



COGNITIVISMO CLINICO

INDICE

RUMINAZIONE DEPRESSIVA E REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI Rosa Palmieri	p.	137
IL FENOMENO DEL SUICIDIO: EPIDEMIOLOGIA E DEFINIZIONI Antonella Rainone, Katia Tenore, Alice Bertuzzi, Sabrina Cantarano, Maria Luisa Carenti, Lorenzo Cruciani, Angela De Angelis, Giuseppina Fabene, Claudia Govetto, Edoardo Gregni, Federica Liso, Laura Pietracci, Paola Sabatini, Marta Sisto, Alessandra Spennato, Donatella Tommasi	»	169
L'INTERVENTO DI VALIDAZIONE: PER UNA CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI IN PSICOTERAPIA Rosario Esposito	»	185
ANSIA PER LA SALUTE: CAPIRE E TRATTARE IL DISTURBO DA SOMATIZZAZIONE ATTRAVERSO UN MODELLO COGNITIVO DELL'ANSIA Valentina Torsello e Gian Luigi Dell'Erba	»	195
I DISTURBI DELL'ADATTAMENTO: UN MODELLO DI CONCETTUALIZZAZIONE Maria Assunta Carati e Gian Luigi Dell'Erba	»	207
LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NELLA PREVENZIONE DELLA RECIDIVA DEGLI AUTORI DI REATO. UN PROGETTO PILOTA MULTIDISCIPLINARE Franco Baldini, Giovanni Barin, Renato Bricolo, Paolo Fraizzoli, Francesca Gamba, Giovanna Marani, Andrea Pasetto, Gianandrea Perego, Federica Turri, Daniela M. Zardini	»	227
RECENSIONI	»	246

Rinnovi il suo abbonamento a *Cognitivismo clinico* - Rivista semestrale **peer review**

La rivista è disponibile gratuitamente sul web

Abbonamento cartaceo Italia privati € 20 - Istituzioni € 35 - Un fascicolo € 22 - Estero € 42 -
Air Mail € 40

L'abbonamento annuale dà diritto a ricevere 2 numeri a partire dal numero successivo al momento in cui viene ricevuto il versamento. Per nessuna ragione l'abbonamento potrà essere retroattivo.
L'abbonamento effettuato tramite libreria costa sempre € 35

si abboni ora con la modalità più comoda: invii un assegno bancario non trasferibile intestato a Giovanni Fioriti Editore srl; effettui un bonifico bancario da appoggiarsi su banca IntesaSanPaolo IBAN IT35E0306905070100000103318 - BIC BCITITMM; effettui un versamento su c.c.p. n. 1009210764, intestato a Giovanni Fioriti Editore srl; autorizzi l'addebito su carta di credito via fax o email agli indirizzi sotto riportati, indicando numero, CV2 e data di scadenza della sua carta.

Psichiatria e Psicoterapia - Rivista trimestrale **peer review**

Italia privati € 45,00 – Istituzioni € 65,00 – Estero € 80,00 – Un fascicolo € 22,00
L'abbonamento annuale dà diritto a ricevere 4 numeri a partire dal numero successivo al momento in cui viene ricevuto il versamento. Per nessuna ragione l'abbonamento potrà essere retroattivo.
L'abbonamento cartaceo italiano effettuato tramite libreria costa sempre € 65,00.

Clinical Neuropsychiatry

Journal of Treatment
Evaluation
Bimonthly Journal **peer review**

La rivista è disponibile gratuitamente sul web

L'abbonamento cartaceo costa

	Istitutions	Individuals
Europe-USA	€ 110,00	€ 100,00
Elsewhere	€ 130,00	€ 110,00
Full airmail	€ 30,00 extra	
Single copies of the journal are	€ 25,00 (post free)	

Giovanni Fioriti Editore s.r.l., C.F e P. Iva 05690241004, Capitale sociale € 10.400,00, numero iscrizione registro imprese di Roma 57137/1999. N.R.E.A.: 914758. Sede: via Archimede 179, 00197 Roma, tel. 0039 06 8072063, fax 06 86703720.
info@fioriti.it www.fioriti.it www.clinicalneuropsychiatry.org

RUMINAZIONE DEPRESSIVA E REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI

Rosa Palmieri

Dottore di Ricerca, Psicologa e Psicoterapeuta
Libera Università Ss. Assunta (LUMSA), sede di Taranto
EMPEA: Centro Clinico e di Ricerca in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Bari.

Corrispondenza

palmieri.rs@gmail.com

Riassunto

La ruminazione è una delle strategie di regolazione delle emozioni più studiate. Il presente lavoro si propone di fornire una breve rassegna sull'argomento. Secondo la Response Style Theory di Nolen-Hoeksema, la ruminazione è uno "stile di risposta" caratterizzato da "comportamenti e pensieri focalizzati sui propri sintomi depressivi e sulle loro implicazioni" (Nolen-Hoeksema 1991, p. 569). Evidenze provenienti da studi longitudinali, correlazionali e sperimentali condotti con popolazioni cliniche e non cliniche hanno mostrato che la tendenza a ruminare in risposta all'umore depresso non solo predice l'insorgenza dei sintomi depressivi ma anche la loro maggiore durata e gravità (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1993; Nolen-Hoeksema 1991, 1997; Nolen-Hoeksema et al. 1994). La ruminazione è, inoltre, associata a una serie di conseguenze negative di tipo cognitivo (per esempio, ridotta concentrazione), emotivo (per esempio, emozioni negative) e sociale (per esempio, ridotto supporto sociale). Negli ultimi dieci anni sono state prodotte numerose evidenze (Treyner et al. 2003) relativamente alla natura multidimensionale della ruminazione. Tali studi suggeriscono la necessità di specificare meglio il contenuto e la modalità di elaborazione dei pensieri ruminativi al fine di comprendere appieno la relazione tra ruminazione depressiva e esiti disadattativi. È presentata, infine, una breve sintesi sui trattamenti della ruminazione attualmente disponibili.

Parole chiave: ruminazione, regolazione emozioni, depressione, modalità di elaborazione

DEPRESSIVE RUMINATION AND EMOTION REGULATION

Abstract

Rumination is one of the most investigated emotion regulation strategies. The aim of this work is to briefly review literature on this topic. According to the Response Style Theory by Nolen-Hoeksema, rumination is a traitlike response style characterized by "behaviors and thoughts that focus one's attention on one's depressive symptoms and on the implications of those symptoms" (Nolen-Hoeksema 1991, p. 569). Evidence from several longitudinal, correlational, and experimental studies conducted in clinical and nonclinical populations have shown that the tendency to ruminate in response to depressed mood may not only predict the onset of depressive symptoms, but may also be predictive of longer duration and more severe depressive symptoms (e.g., Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema 1993; Nolen-Hoeksema

1991, 1997; Nolen-Hoeksema et al. 1994). Furthermore, rumination has been found to be associated with a number of negative consequences on the cognitive (e.g. impaired concentration), affective (e.g. negative emotions) and social (e.g. low social support) domain. However, in the last ten years a considerable body of evidences (e.g. Treynor et al. 2003) addressing the multidimensional nature of rumination has accumulated, suggesting that the content and processing modes of ruminative thought must be further specified in order to fully understand the relationship between depressive rumination and maladaptive outcomes. A brief review of treatment of depressive rumination is presented as well.

Key words: rumination, emotion regulation depression, processing mode

Introduzione

Negli ultimi decenni, la ricerca sull'influenza delle emozioni e dei disturbi emozionali sull'elaborazione delle informazioni (attenzione, memoria...) ha conosciuto un notevole sviluppo. È ormai noto che le persone non subiscono passivamente gli stati emozionali ma vi rispondono attivamente compiendo notevoli sforzi di regolazione (Gross 1998; Larsen 2000) ed è la risposta allo stato emotivo, piuttosto che lo stato emotivo in sé, che è associata all'insorgenza e al mantenimento dei disturbi emotivi (Nolen-Hoeksema 1991; Teasdale 1988). La regolazione delle emozioni è, quindi, cruciale per il benessere: la sana regolazione emotiva è fondamentale per la salute e il benessere mentale, mentre l'inadeguata regolazione caratterizza molte forme di psicopatologia (Gross 2007; Vingerhoets et al. 2008).

Gli studi condotti hanno mostrato come i processi di regolazione emozionale siano fondamentali per numerosi aspetti dell'adattamento che vanno dal funzionamento affettivo alle relazioni sociali (Gross 2001, 2007). La ruminazione rappresenta una delle strategie di regolazione emozionale maggiormente indagate ed è emblematica della stretta connessione tra processi cognitivi ed emotivi. Sebbene i diversi approcci teorici propongano delle concettualizzazioni differenti della ruminazione e dei meccanismi coinvolti, è possibile, tuttavia, fornire una definizione generale di tale costrutto come pensieri ripetitivi e/o ricorrenti (Brotman e Derubeis 2004).

La ruminazione si inserisce, dunque, nella più ampia categoria dei "pensieri ripetitivi": pensieri caratterizzati da un focus cognitivo ripetitivo o prolungato su se stessi, le proprie emozioni o eventi di vita passati o futuri (Segerstrom et al. 2003). La ruminazione mentale è stata differentemente concettualizzata: a) come un tentativo di ridurre la rottura provocata dall'emozione e di riprendere o sostituire gli obiettivi interrotti (Martin e Tesser 1989); b) come un tentativo di ristabilire le credenze di base minacciate dall'evento emozionale e di assimilare le informazioni relative a questa esperienza in schemi mentali pre-esistenti (Horowitz 1979); c) come una tendenza ciclica e disfunzionale a rimanere ancorati a pensieri ripetitivi, generando sintomi depressivi (Nolen-Hoeksema 1987). Nel corso della presente trattazione si farà riferimento prevalentemente a quest'ultima concettualizzazione.

Il verificarsi di pensieri ripetitivi e non voluti rappresenta uno dei principali sintomi di alcuni disturbi emotivi e può anche contribuire al mantenimento di alcuni di essi, come la depressione; si deduce, pertanto, la centralità che la ruminazione mentale assume nell'ambito dell'indagine sulle strategie di regolazione emozionale e nell'ambito più generale della ricerca sulla psicopatologia. Gross (1999), per esempio, include la ruminazione tra le strategie di regolazione delle emozioni da studiare quando si considerano le differenze individuali.

La ruminazione depressiva

“Non riesco a non pensarci. Analizzo e rianalizzo i miei problemi anche quando sono a lavoro e la mia mente dovrebbe essere occupata. Questi pensieri sembrano avere un potere straordinario nella mia mente. Mi chiedo sempre ‘Perché è successo proprio a me?’ e cerco a fatica di trovare un senso, un significato che mi faccia stare meglio... ma tutti i miei sforzi sono inutili. Diventa sempre peggio perché tanto più penso al mio umore depresso per cercare di risollevarmi da esso e risolvere i miei problemi, tanto peggio mi sento. Tutto ciò mi rende davvero depressa!”

Le parole di questa paziente descrivono bene il costrutto di ruminazione depressiva, un tratto di personalità che contribuisce al mantenimento della sintomatologia depressiva (Nolen-Hoeksema 1991), attraverso elementi cognitivi (pensieri focalizzati sul sé), comportamentali (interferenza rispetto al comportamento strumentale) ed emotivi (incremento della reattività emozionale). Secondo la *Response Style Theory* (RST, Nolen-Hoeksema 1991), un punto di riferimento fondamentale nel campo di ricerca su regolazione delle emozioni e depressione, la ruminazione è costituita da pensieri ripetitivi e passivi relativi ai propri sintomi depressivi nonché alle possibili cause e conseguenze di tali sintomi. Si tratta di un processo che le persone attivano quando sono tristi o depresse e che esacerba e prolunga i sintomi depressivi che possono, in tal modo, diventare cronici. Sebbene le persone possano ricorrere alla ruminazione come strategia di *problem solving*, esse restano intrappolate nei pensieri ruminativi senza riuscire a mettere in atto dei comportamenti adattativi, consumando piuttosto il loro tempo a pensare a quanto si sentano tristi (Carver et al. 1989; Lyubomirsky et al. 1998; Nolen-Hoeksema 1991). In altre parole, la ruminazione non porta a un *problem solving* attivo in grado di affrontare le circostanze all’origine dei sintomi (Nolen-Hoeksema et al. 2008).

Può capitare a tutti di ruminare almeno un po’ quando si è tristi o depressi, ma questo non significa essere ruminatori. La tendenza a ruminare quando si è d’umore triste o depresso è piuttosto una differenza individuale stabile, un tratto di personalità (Nolen-Hoeksema e Davis 1999). Questo significa che, mentre alcune persone possono attivare pensieri ruminativi quando sono tristi o depresse, altre ruminano molto e altre molto poco o per nulla (Nolen-Hoeksema 2004). Studi longitudinali (Nolen-Hoeksema e Davis 1999; Nolen-Hoeksema e Larson 1998), studi sul campo (Nolen-Hoeksema et al. 1993) e studi che hanno coinvolto persone precedentemente depresse (Roberts et al. 1998) hanno mostrato che queste differenze individuali tendono ad essere stabili nel tempo, persino quando l’umore depresso aumenta o si riduce.

La RST è stata inizialmente introdotta per spiegare le differenze di genere nella depressione, un dato ben consolidato in letteratura (si veda Hyde et al. 2008 per una rassegna sull’argomento). Si stima che, in età adulta, il numero di donne che soffre di depressione sia il doppio rispetto a quello degli uomini, una differenza confermata in culture differenti (Kessler et al. 1993; Lucht et al. 2003; Piccinelli e Wilkinson 2000; Weissman e Klerman 1977). Secondo Nolen-Hoeksema (1987), tra le possibili spiegazioni delle differenze di genere nella depressione (per esempio, fattori genetici, ruoli sessuali ecc.) le differenze nello stile di risposta rispetto all’umore depresso giocherebbero un ruolo fondamentale. In particolare, nel lavoro *“Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory”* (1987), sulla base delle evidenze emerse in numerosi studi, l’autrice sostiene che uomini e donne rispondono in modo diverso ai sintomi depressivi. Gli uomini tendono a impegnarsi in attività che li distraggono dall’umore depresso, mentre le donne tendono ad essere meno attive e tendono, piuttosto, a ruminare sulle possibili cause e implicazioni del loro stato d’umore. Lo stile ruminativo delle donne amplifica e prolunga i sintomi depressivi,

mentre lo stile di risposta più attivo degli uomini riduce i sintomi depressivi. Le risposte che possono essere etichettate come “distrazione” includono pensieri e comportamenti che: a) aiutano a spostare la propria attenzione dall’umore depresso e dalle sue conseguenze; b) sono in grado di fornire un rinforzo positivo (Nolen-Hoeksema 1991). Esempi di risposte di distrazione sono, per esempio, fare una corsa, concentrarsi su un progetto di lavoro o guardare un film con gli amici¹.

Secondo la RST, la ruminazione esacerba e prolunga i sintomi depressivi, aumentando, in tal modo, la probabilità che questi sintomi si cronicizzino e che sintomi, inizialmente moderati, evolvano in episodi di Depressione Maggiore (Nolen-Hoeksema 2004). Secondo Nolen-Hoeksema (2004), vi è una serie di meccanismi attraverso i quali la ruminazione può prolungare la depressione, rendendo più probabile che i sintomi iniziali evolvano progressivamente in sintomi più gravi (es. effetti dell’umore depresso sui processi di pensiero, interferenza con l’efficacia del problem solving, riduzione di attenzione, concentrazione e comportamento strumentale).

In generale, è possibile affermare che la ruminazione è una strategia di regolazione emozionale che ha una notevole influenza sullo stato d’umore (si vedano Nolen-Hoeksema et al. 2008; Watkins 2008). È tuttavia importante sottolineare che la ruminazione non implica semplicemente un aumento dell’accessibilità a contenuti negativi ma è piuttosto uno stile di elaborazione (Daches et al. 2010): è la focalizzazione eccessiva e ripetitiva sul sé e sui contenuti negativi (Mor e Winquist 2002) che è esperita come difficile da controllare (Papageorgiou e Wells 2001a; Watkins e Baracaia 2001).

Ruminazione, emozioni negative e sintomi depressivi

Nolen-Hoeksema e Morrow (1991) hanno messo a punto la *Ruminative Response Scale* (RRS) per misurare le differenze individuali nella tendenza a ruminare. La scala è costituita da 22 item; essi si distinguono in item focalizzati sul “significato” della ruminazione (per esempio, “*Scrivi cosa stai pensando e lo analizzi*”), item focalizzati sui “sentimenti” legati all’umore depresso (per esempio, “*Pensi a quanto ti senti triste*”), item focalizzati sui “sintomi” (per esempio, “*Pensi a quanto sia difficile concentrarti*”) e item focalizzati sulle “cause e conseguenze dell’umore” (per esempio, “*Pensi ‘non sarò in grado di svolgere il mio lavoro se non mi libero di questo’*”). Le istruzioni del questionario chiedono alle persone di focalizzare la propria attenzione sui pensieri che hanno quando sono “tristi, malinconiche o depresse” e di indicare su una scala a quattro punti (da 1 “quasi mai” a 4 “quasi sempre”) cosa fanno quando sperimentano quanto indicato da ciascuna risposta. Vari studi (Just e Alloy 1997; Nolan et al. 1998; Nolen-Hoeksema e Davis 1999; Nolen-Hoeksema et al. 1999; Nolen-Hoeksema e Morrow 1991; Nolen-Hoeksema et al. 1994) hanno mostrato che la RRS presenta un’elevata consistenza interna, con valori di alpha di Cronbach compresi tra 0,88 e 0,92. Sulla base degli studi effettuati (Nolen-Hoeksema e Davis 1999; Nolen-Hoeksema et al. 1999) si può affermare che la RRS misuri una tendenza stabile a ruminare. La validità predittiva della RRS è stata testata sia in campioni non clinici (per esempio, Nolen-Hoeksema e Davis 1999; Nolen-Hoeksema e Morrow 1991; Nolen-Hoeksema et al. 1994; Nolen-Hoeksema et al. 1999) sia in campioni clinici (per esempio Nolan et al. 1998; Roberts et al. 1998;). Considerati globalmente, i risultati di questi studi indicano che la scala è in grado di predire la depressione al *follow-up*, al di là di altre variabili come il livello iniziale di depressione

¹ È importante sottolineare che le risposte di distrazione non includono attività pericolose o autodistruttive – come abuso di alcol e droghe o comportamenti aggressivi – che, a breve termine, possono spostare l’attenzione dai problemi ma che a lungo termine risultano dannose (Nolen-Hoeksema et al. 2008).

o altri *stressor*. È stato effettuato un primo studio di validazione della scala su un campione italiano (Palmieri et al. 2007) che ha sostanzialmente confermato la stessa struttura fattoriale emersa nello studio americano di Treynor, Gonzales, e Nolen-Hoeksema (2003). Tali risultati suggeriscono la possibilità di impiegare questo strumento anche nella popolazione italiana.

Per quanto concerne gli effetti dello stile ruminativo sulla depressione, o in termini più generali, sull'umore depresso, numerosi studi hanno mostrato, utilizzando la RRS, che la tendenza a ruminare quando si è depressi predice la probabilità, la gravità e la durata della sindrome depressiva (Just e Alloy 1997; Kuehner e Weber 1999; Nolan et al. 1998; Nolen-Hoeksema 2000; Nolen-Hoeksema et al. 1993, 1994; Nolen-Hoeksema et al. 1999; Roberts et al. 1998; Sarin et al. 2005; Segerstrom et al. 2000; Spasojevic e Alloy 2001; Wood et al. 1990). Nella revisione della *Response Style Theory*, Nolen-Hoeksema et al. (2008) sottolineano come il valore predittivo della ruminazione sia stato osservato anche in campioni di bambini e adolescenti (Abela et al. 2002; Nolen-Hoeksema et al. 2007) e in popolazioni diverse dagli USA (Ito e Agari 2003; Kuehner e Weber 1999; Raes et al. 2003; Sakamoto et al. 2001). Inoltre, gli effetti della ruminazione sull'umore depresso sono stati osservati anche nelle popolazioni non cliniche. Più precisamente, è stato rilevato come uno stile di risposta ruminativo sia in grado di predire livelli più elevati di disforia nel corso del tempo in studi longitudinali condotti con persone appartenenti a campioni non patologici, persino quando si controllavano i livelli iniziali di depressione (Nolen-Hoeksema e Morrow 1991; Nolen-Hoeksema et al. 1994).

Gli effetti dello stile ruminativo sono stati osservati anche in studi sperimentali. Nella rassegna in cui sono stati analizzati i risultati di decine di studi in cui sono stati impiegati i compiti di induzione della ruminazione e della distrazione messi a punto da Nolen-Hoeksema e Morrow² (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1993, 1995; Lyubomirsky et al. 1998; Morrow e Nolen-Hoeksema 1990; Nolen-Hoeksema e Morrow 1993), Nolen-Hoeksema et al. (2008) hanno concluso che l'induzione della ruminazione incrementa in modo significativo l'umore disforico nei partecipanti disforici ma non nei partecipanti non disforici. Al contrario, il compito di distrazione riduce l'umore disforico nei partecipanti disforici ma non ha alcun effetto sui partecipanti non disforici. È interessante notare che risultati simili sono stati ottenuti anche nei partecipanti clinicamente depressi (Watkins 2004; Watkins e Baracaia 2002; Watkins e Moulds 2005; Watkins e Teasdale 2001).

Alla fine di questa breve rassegna sulla relazione tra ruminazione e depressione, è importante sottolineare che, sebbene la teoria originale di Nolen-Hoeksema si focalizzasse solo sulla

² Nel compito di induzione della ruminazione, ai partecipanti è chiesto di focalizzarsi sui significati, le cause e le conseguenze delle sensazioni ed emozioni che sentono per 8 minuti. Coerentemente con la definizione di ruminazione di Nolen-Hoeksema, i pensieri su cui è richiesto di focalizzare l'attenzione sono pensieri focalizzati sui sintomi (per esempio, "Le tue attuali sensazioni di stanchezza/energia", "Il livello di tensione nei tuoi muscoli"), pensieri focalizzati sull'emozione (per esempio, "Quanto ti senti triste/felice", "Il modo in cui ti senti dentro di te") e pensieri focalizzati sul sé (per esempio "Il tuo carattere e ciò ti sforzi di essere", "Il tipo di persona che pensi dovresti essere"). Va precisato che essendo formulate in modo emotivamente neutro, si assume che queste affermazioni non abbiano alcuna influenza sull'umore dei partecipanti non disforici. Tuttavia, dal momento che le persone depresse o disforiche presentano emozioni e cognizioni più negative, si assume che questa focalizzazione sul sé di tipo ruminativo possa renderli significativamente più disforici. Anche nel compito di distrazione si chiede alle persone di focalizzarsi su una serie di idee; in questo caso, però, si tratta di pensieri focalizzati "esternamente" e non legati alle emozioni o ai sintomi. Per esempio, alle persone è richiesto di pensare a "Una barca che attraversa lentamente l'oceano", "L'espressione del volto della Monnalisa", "Un pullman a due piani che attraversa la strada".

relazione tra ruminazione e depressione, contributi di ricerca più recenti suggeriscono che lo stile di pensiero ruminativo possa predire anche altre forme di psicopatologia. Per esempio, è stato osservato che la ruminazione predice l'aumento nell'abuso di alcol nel corso del tempo (Nolen-Hoeksema e Harrell 2002; Nolen-Hoeksema e Larson 1999), e, in un campione di ragazze adolescenti monitorate per quattro anni, è risultata associata allo sviluppo dei sintomi di bulimia nervosa, specialmente il *binge eating* (Nolen-Hoeksema et al. 2007; Svaldi e Naumann, 2014). Un'importante associazione è stata osservata anche con l'autolesionismo; si è osservato, infatti, che la ruminazione è associata all'autolesionismo non suicidario (Hilt et al. 2008; Voon et al. 2014) ed è in grado di predire l'aumento nell'ideazione suicidaria nel corso tempo (Miranda e Nolen-Hoeksema 2007; Smith et al. 2006). Infine, studi longitudinali hanno trovato che livelli elevati di ruminazione erano associati a livelli maggiori di ansia e di sintomi post-traumatici (Abbott e Rapee 2004; Fresco et al. 2002; Harrington e Blankenship 2002; Kocovski et al. 2005; Muris et al. 2005; Nolen-Hoeksema 2000; Nolen-Hoeksema e Morrow 1991).

Basi evolutive della ruminazione depressiva

Dal momento che la ruminazione è concettualizzata come una differenza individuale stabile appare opportuno interrogarsi sugli antecedenti evolutivi dello stile di risposta ruminativo. In realtà, va rilevato che, nonostante la tendenza a mettere in atto uno stile di risposta ruminativo rappresenti un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo della depressione clinica e medi anche gli effetti di altri fattori di rischio per la depressione, la ricerca sulle basi evolutive della ruminazione è piuttosto limitata.

Abuso infantile. La tendenza a ruminare potrebbe svilupparsi in coloro che hanno vissuto eventi di vita traumatici che risultano particolarmente difficili da comprendere o spiegare (Spasojevic e Alloy 2002), primo fra tutti, l'abuso (sessuale, fisico o psicologico) in età infantile (Sarin e Nolen-Hoeksema 2010). I bambini abusati possono esperire una mancanza di controllo rispetto agli eventi di vita e questo potrebbe essere uno dei fattori che porta allo sviluppo della depressione: vi è, infatti, evidenza di una forte associazione tra abuso subito in età infantile e depressione in età adulta (Roosaa et al. 1999; Gibb et al. 2001). Per quanto riguarda, nello specifico, il legame diretto tra abuso e ruminazione, Spasojevic e Alloy (2002) hanno rilevato che la ruminazione media la relazione tra abuso sessuale ed emotivo, da un lato, ed episodi di depressione dall'altro. Conway et al. (2004) hanno esaminato la relazione tra abuso, ruminazione e disforia. Coloro che riportavano di avere subito più esperienze di abuso, presentavano livelli più elevati di ruminazione. A loro volta, sia i livelli di abuso sia i livelli di ruminazione erano associati alla disforia. Questi risultati suggeriscono che una delle modalità attraverso le quali la vittimizzazione può condurre allo sviluppo della depressione in età adulta è proprio la tendenza a ruminare; oppure, alternativamente, è possibile che la vittimizzazione porti alla depressione attraverso altre modalità e che sia piuttosto l'esperienza della depressione o della disforia che favorisce la ruminazione.

È stato ipotizzato, inoltre, che lo stile ruminativo si sviluppi quando si è allevati in un ambiente emotivamente povero, da *caregiver* incapaci di fornire abilità di regolazione delle emozioni (Linehan 1993; Saarni 1999). In altri termini, coloro che sopravvivono ad una storia di abuso potrebbero impiegare la ruminazione come strategia di regolazione delle emozioni semplicemente perché non dispongono di altre abilità per regolare le emozioni negative.

Recentemente Sarin e Nolen-Hoeksema (2010) hanno esaminato il ruolo della ruminazione nella relazione tra esperienze di abuso sessuale subito durante l'infanzia e strategie di *coping*

disadattative, come *binge eating* e abuso di sostanze, in un campione di 603 persone. I risultati ottenuti indicano che chi subisce esperienze di abuso sessuale nell'infanzia può esperire livelli di stress maggiori e impegnarsi nella ruminazione per fronteggiare lo stress rispetto a coloro che non hanno vissuto esperienze di questo tipo. Sembra che chi viene abusato in età infantile possa utilizzare strategie di *coping* come l'abuso di sostanze o il *binge eating* per fronteggiare lo stress e gli effetti psicologici della ruminazione.

Va precisato che, sebbene coloro che hanno subito un abuso nel corso dell'infanzia possano diventare ruminatori, questo non implica che tutti i ruminatori abbiano subito degli abusi.

Stili genitoriali. Secondo Nolen-Hoeksema (1998), un fallimento nell'apprendimento di strategie di *coping* attive, unitamente alla percezione di scarso controllo sull'ambiente sperimentata in età infantile, possono essere elementi comuni nella storia di coloro che, da adulti, divengono ruminatori. Secondo questa prospettiva, quindi, il ruolo genitoriale è cruciale. Vi sono evidenze provenienti dal più ampio ambito di studi relativo agli antecedenti della ruminazione che sembrano coerenti con questa visione. Per esempio, è stato dimostrato che due dimensioni genitoriali quali l'iperprotezione e la mancanza di calore emotivo siano implicate nello sviluppo della depressione (Barber 1996; Burbach e Borduin 1986; Gerlsma et al. 1990). I genitori possono anche rappresentare una sorta di 'modello di ruminazione' per i loro figli. Nolen-Hoeksema et al. (1995) hanno esaminato le strategie di *coping* per affrontare situazioni frustranti utilizzate da bambini di età compresa tra 5 e 7 anni, figli di madri depresse e di madri non depresse. Gli autori hanno osservato che i bambini che avevano madri intrusive e ipercritiche erano passivi e si mostravano senza speranza di fronte alle delusioni; inoltre, i bambini le cui madri erano ruminatrici tendevano a restare inerti.

Un'altra possibilità è che i bambini apprendano uno stile di risposta ruminativo come strategia di regolazione delle emozioni se non vengono loro esplicitamente insegnate delle strategie di *problem solving* attive per fronteggiare lo stato d'umore depresso (Nolen-Hoeksema 2004). Coerentemente con questa ipotesi, nello studio sopraccitato di Nolen-Hoeksema et al. (1995), le madri che erano intrusive e non davano a propri figli la possibilità di risolvere i problemi, che non insegnavano esplicitamente ai loro bambini a provare nuove strategie quando si sentivano frustrati o che erano critiche quando i loro figli fallivano, avevano figli che tendevano a disperarsi di fronte alle difficoltà e presentavano minori capacità di *problem solving*.

Differenze di genere. Infine, le basi evolutive della ruminazione potrebbero essere spiegate da differenze di genere legate a fattori biologici e ambientali. I bambini e le bambine possono ricevere degli insegnamenti differenti dai loro genitori per quanto riguarda le modalità per affrontare le emozioni negative. Dal momento che i genitori sembrano molto preoccupati del fatto che i loro figli non esprimano emozioni "femminili", come la tristezza o la paura, e che di fronte alle difficoltà si mostrino forti e "dei piccoli uomini", possono insegnare ai bambini delle strategie di *problem solving* in misura maggiore rispetto a quanto accada per le bambine. Questi atteggiamenti dei genitori, nonché i rinforzi sociali e le punizioni ad essi legati, possono far sì che i ragazzi prima, e gli uomini dopo, sviluppino degli stili di risposta attivi (come la distrazione o il *problem solving* costruttivo) per regolare l'umore depresso. Appare opportuno precisare che ciò non implica che i genitori insegnino alle bambine a ruminare, ma piuttosto che non le incoraggino a impiegare strategie più attive ed efficaci di *problem solving* (Nolen-Hoeksema 2004) per regolare le emozioni. Per quanto concerne, invece, i fattori biologici, Nolen-Hoeksema (2004) ha suggerito che i bambini che sono fisiologicamente più reattivi allo stress, potrebbero avere maggiori difficoltà nella gestione di stati emozionali negativi, il che, a sua volta, potrebbe portarli a focalizzarsi su questi stati e a cadere quindi in un *pattern* di tipo ruminativo.

Le conseguenze della ruminazione depressiva

Come messo in luce nel corso della trattazione, la ruminazione non costituisce una strategia adattativa di regolazione emozionale dal momento che tende a peggiorare, piuttosto che migliorare, l'umore negativo. Accanto agli effetti prodotti direttamente sulle emozioni negative e sui sintomi depressivi, o più in generale sui disturbi emozionali, la ruminazione produce una serie di conseguenze negative. Lyubomirsky e Tkach (2004) hanno descritto in dettaglio tali conseguenze e analizzato i risultati degli studi sperimentali e correlazionali prodotti a riguardo. Gli autori suggeriscono che la combinazione di ruminazione e disforia attivi emozioni negative e sintomi depressivi, processi di pensiero orientati negativamente, scarse capacità di *problem solving*, indebolimento della motivazione e inibizione del comportamento strumentale, riduzione della concentrazione e delle capacità cognitive, e aumento dello stress e dei problemi. Inoltre, ciascuna parte (o più parti) di questo circuito può (possono) influenzare o esercitare un feedback su un'altra parte (o parti), e la sequenza di relazioni può seguire varie possibilità. In realtà, come sarà meglio illustrato nei paragrafi che seguono, la conseguenza ultima della ruminazione disforica può essere proprio la perpetrazione della stessa.

Pensieri negativi. La ruminazione influenza negativamente i processi di pensiero, portando le persone disforiche o depresse a pensare in modo più negativo al passato, al presente e al futuro. Negli studi sperimentali, è stato dimostrato che i partecipanti disforici indotti a ruminare mostrano delle differenze statisticamente significative rispetto ai partecipanti non disforici o indotti a distrarsi. Le persone disforiche tendono a fornire interpretazioni più pessimistiche dei problemi interpersonali e delle esperienze sconvolgenti (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1995, Studio 1; Lyubomirsky et al. 1999, Studio 2); fanno delle valutazioni di sé più negative, sentono meno controllo sulla propria vita (Lyubomirsky et al. 1999) e recuperano più ricordi negativi dal passato (Lyubomirsky et al. 1998; McFarland e Buehler 1998; Pyszczynski et al. 1989). La ruminazione in presenza di umore depresso potrebbe aumentare i ricordi negativi semplicemente dirigendo l'attenzione a quei ricordi resi più accessibili e salienti dall'umore depresso. Inoltre, la ruminazione potrebbe agire come una sorta di 'ancoraggio' attraverso il quale i ruminatori disforici richiamano ulteriori ricordi aumentando ancora di più l'umore depresso (Lyubomirsky et al. 1998). Per esempio, tanto più una persona si chiede "Perché sono depresso?" quando è in uno stato d'umore negativo, tanto più tenderà a recuperare risposte e ricordi negativi. È interessante notare che la ruminazione non influenza solo l'interpretazione degli eventi passati ma anche di quelli futuri. È stato osservato, infatti, che i ruminatori hanno minori aspettative rispetto al verificarsi di eventi futuri positivi (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1995), alle soluzioni dei loro problemi (Lyubomirsky et al. 1999), o alla possibilità di intraprendere attività divertenti (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1993).

Scarse capacità di *problem solving*. I ruminatori, quando sono depressi o disforici, ritengono che la ruminazione possa aiutarli a trovare un senso e delle soluzioni che possano, in ultima istanza, risolvere i loro problemi. Numerosi studi (Lyubomirsky et al. 1999; Watkins e Baracaia 2002; Raes et al. 2005) non solo hanno messo in discussione questo assunto ma hanno anche dimostrato come la ruminazione interferisca con il *problem solving* attraverso gli effetti che produce sui pensieri negativi. Più precisamente, la ruminazione interferisce con uno o più dei passaggi del processo di *problem solving* – ovvero (1) definizione o valutazione del problema, (2) generazione e selezione di soluzioni alternative e (3) implementazioni delle soluzioni (D'Zurilla e Goldfried 1971). Gli studi hanno mostrato che la ruminazione porta i soggetti disforici a valutare i propri problemi come insuperabili (Lyubomirsky et al. 1999), a non riuscire a mettere

in atto strategie di soluzione efficaci (Lyubomirsky et al. 1999; Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1995), e a essere piuttosto reclusi nella loro implementazione (Lyubomirsky et al. 1999, Studi 1 e 3; si veda anche Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1993; Ward et al. 2003). Quest'ultimo punto è estremamente rilevante in quanto i ruminatori potrebbero trovare delle soluzioni efficaci ma potrebbero avere difficoltà nel passaggio successivo, ovvero nella loro implementazione.

Riduzione della motivazione e inibizione del comportamento strumentale. La riduzione della motivazione (e la conseguente inibizione del comportamento strumentale) è una delle modalità attraverso le quali la ruminazione può interferire con l'efficacia del *problem solving*. Alcuni studi (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1993; Lyubomirsky et al. 1999; Ward et al. 2003) suggeriscono che la ruminazione, mantenendo il focus sui propri sintomi depressivi, può convincere le persone che non dispongono di strategie per risolvere i problemi e, di conseguenza, spingerli a non impegnarsi in attività costruttive e adattative. I ruminatori possono, ad esempio, decidere di non partecipare ad attività piacevoli (attività di distrazione) sebbene possano riconoscere che ne trarrebbero vantaggio. Secondo Ward et al. (2003) il processo che inibisce e interferisce con la capacità degli individui di mettere in atto questi comportamenti strumentali include ridotta fiducia e soddisfazione rispetto alla soluzione dei problemi, ridotta volontà di impegnarsi in queste soluzioni, pensieri negativi al riguardo e maggiore bisogno di tempo e informazioni per metterle in atto. Tutto ciò rappresenta un'importante barriera per un'implementazione efficace delle strategie di soluzione nonché un motivo per continuare a ruminare. L'inibizione del comportamento strumentale è stato identificato anche nel campo della salute. Per esempio, Lyubomirsky et al. (2006) hanno osservato come lo stile di risposta ruminativo possa giocare un ruolo importante nel posticipare la richiesta di aiuto in caso di problemi di salute. Più precisamente, gli autori hanno condotto due studi: in uno chiedevano a delle donne sane di immaginare di aver appena scoperto di avere un cancro al seno, nell'altro hanno intervistato delle donne che avevano realmente avuto un cancro al seno e che lo avevano sconfitto. I risultati del primo studio hanno mostrato che le ruminatrici, rispetto alle non ruminatrici, erano meno propense a chiamare il medico in seguito alla scoperta del cancro immaginario. Coerentemente con questo dato, nel secondo studio è stato rilevato che le ruminatrici, rispetto alle non ruminatrici, avevano realmente posticipato la richiesta di aiuto, impiegando in media 39 giorni in più prima di rivolgersi ad un professionista della salute.

Ridotta concentrazione. La ruminazione, associata a uno stato depressivo, può interferire con la concentrazione, così come con la *performance* a scuola, a lavoro e, più in generale, nelle attività quotidiane. I pensieri ruminativi tendono a intrudere nelle attività quotidiane; di conseguenza, si verifica un depauperamento delle risorse attenzionali che possono essere dirette verso un compito specifico, determinando una riduzione della quantità di informazioni che possono essere elaborate (Baddeley e Hitch 1994). Come sottolineato da Lyubomirsky et al. (2003), le conseguenze sono un senso di mancanza di concentrazione e di velocità nel compito che si sta svolgendo, la presenza di pensieri negativi e interferenti, e la riduzione della performance in compiti che richiedono un carico cognitivo da lieve a moderato. È importante sottolineare che l'interferenza nella capacità di concentrazione può avere implicazioni anche per le relazioni sociali e il lavoro. Per esempio, se le persone ruminano durante le interazioni sociali possono perdere importanti informazioni sociali.

Aumento dello stress e dei problemi. Queste conseguenze possono essere raggruppate in tre aree principali: minacce alla salute fisica e stress, problemi nelle relazioni sociali e adattamento emotivo.

Per quanto concerne la salute fisica e lo stress, è stato suggerito che la ruminazione possa

prolungare l'*arousal* psicologico e fisiologico che accompagna lo stress (Key et al. 2008). Secondo il modello proposto da Gerin et al. (2006), la ruminazione, in seguito ad un evento stressante, può causare delle emozioni negative le quali, a loro volta, producono un'elevata attivazione del sistema autonomo (per esempio, l'aumento della pressione arteriosa). L'elevata attivazione del sistema autonomo può prolungare le emozioni negative (e viceversa), che a loro volta attivano la ruminazione (e viceversa). La ruminazione può quindi influenzare i livelli di pressione sanguigna ben al di là della durata dell'evento acuto stressante (Gerin et al. 2006). Aymans et al. (1995) hanno trovato in un campione di pazienti oncologici un'associazione tra la tendenza a ruminare e la scarsa *compliance* medica; similmente in un campione di pazienti vascolari, Fritz (1999) ha osservato che la ruminazione prediceva la ri-ospedalizzazione quattro mesi dopo un infarto.

La ruminazione depressiva può avere delle ripercussioni negative anche sulle relazioni sociali. I ruminatori cronici possono essere alienati a causa della loro tendenza a ruminare e perdere, quindi, il supporto sociale o avere dei livelli di stress più elevati (Spasojević et al. 2004). Per esempio, nel corso di uno studio della durata di 18 mesi, Nolen-Hoeksema e Davis (1999) hanno osservato che tra le persone che avevano subito un lutto recente i ruminatori ricercavano maggiore supporto sociale dopo la perdita, ma di fatto ne ricevevano meno. Risultati simili sono stati descritti anche da Spasojević e Alloy (2003); anche nel loro studio, i ruminatori mostravano lo stesso *pattern* di risposta, ovvero maggiore ricerca di supporto e maggiore insoddisfazione per il supporto percepito, questa volta valutato nel corso di un periodo di due anni e mezzo. Inoltre, in questo studio, lo stile di risposta ruminativo era in grado di predire il numero di eventi interpersonali negativi nel corso dello stesso periodo, suggerendo una sorta di effetto stressante determinato dalla ruminazione persistente. Altri studi (Collins e Bell 1997; Bushman et al. 2005) hanno mostrato un'associazione tra ruminazione e aggressività. McCullough et al. (1998, 2001), per esempio, hanno osservato che la ruminazione era associata ad un desiderio di rivincita dopo una trasgressione interpersonale. È interessante inoltre notare che rispetto ai non ruminatori, i ruminatori tendono a sentirsi più responsabili del tono emotivo delle loro relazioni (Nolen-Hoeksema e Jackson 2001)³. Ne consegue che i ruminatori possono prestare attenzione ad ogni sfumatura dei loro rapporti interpersonali ed essere sempre all'erta rispetto a possibili pericoli, alimentando quindi la ruminazione.

Infine, per quanto riguarda l'adattamento emotivo, è stato osservato che in seguito ad un evento traumatico (per esempio, un disastro naturale o la perdita di una persona cara), rispetto ai non ruminatori, i ruminatori mostrano degli atteggiamenti disadattativi (Spasojević e Alloy 2001), esprimono meno emozioni positive (Nolen-Hoeksema et al. 1997), e mostrano i sintomi del disturbo post-traumatico da stress, in particolare pensieri intrusivi (Nolen-Hoeksema e Morrow 1991).

Perché continuare a ruminare nonostante le conseguenze negative?

Data la mole di dati che mostra le conseguenze negative della ruminazione, ha senso domandarsi come mai le persone continuano a ruminare. Una possibile spiegazione è che i ruminatori hanno delle credenze relative all'utilità della ruminazione come strategia di regolazione emotiva (credenze metacognitive) e che queste credenze possano a loro volta promuovere la tendenza a ruminare. In una serie di studi Papageorgiou e Wells (2001a,b) hanno

³ Va precisato che questi dati si riferiscono solo alle ruminatrici. Si veda Nolen-Hoeksema e Jackson (2001) per ulteriori dettagli.

indagato la presenza e il contenuto delle credenze metacognitive relative alla ruminazione. Hanno osservato che persone con episodi depressivi ricorrenti hanno sia credenze positive sia credenze negative sulla ruminazione. Le credenze positive riguardano la ruminazione intesa come strategia di *coping*; la ruminazione è cioè considerata utile e di grande aiuto per ottenere *insight*, identificare le cause della depressione, risolvere i problemi, prevenire gli errori e i fallimenti futuri (per esempio, “*Ho bisogno di ruminare sui miei problemi per trovare delle risposte alla mia depressione*”, “*Ruminare sulla mia depressione mi aiuta a comprendere i fallimenti e gli errori del passato*”). Le credenze metacognitive negative, invece, riguardano la incontrollabilità e i danni prodotti dalla ruminazione (per esempio, “*La ruminazione sui miei problemi è incontrollabile*”, “*Ruminare potrebbe farmi del male*”) e le conseguenze sociali e interpersonali della ruminazione (per esempio, “*La gente non mi accetterà se rumino*”, “*Tutti mi metterebbero da parte se sapessero davvero quanto rumino su me stesso*”).

Papageorgiou e Wells (2003) hanno proposto un modello metacognitivo di tipo clinico sulla ruminazione e la metacognizione basato sulla teoria dei disturbi emotivi proposta da Wells e Matthews’ (Self-Regulatory Executive Function S-REF, Wells e Matthews 1994)⁴ e sulle evidenze empiriche a supporto della relazione tra ruminazione, depressione e metacognizione. Secondo questo modello, le credenze positive sui benefici e i vantaggi della ruminazione motivano le persone a impegnarsi nella ruminazione sostenuta. Una volta che la ruminazione è attivata, le persone valutano i pensieri ruminativi come incontrollabili e dannosi nonché capaci di produrre conseguenze negative sul piano sociale e interpersonale (credenze negative). L’attivazione di queste credenze può, a sua volta, contribuire all’esperienza della depressione.

Watkins e Moulds (2005) hanno esaminato le differenze nelle credenze positive sulla ruminazione tra pazienti depressi, pazienti in fase di remissione e persone che non avevano mai sofferto di depressione (gruppo di controllo). Questo studio, in realtà, replica ed estende lo studio di Papageorgiou e Wells (2001b) con un campione più ampio. I risultati hanno mostrato che i pazienti depressi avevano maggiori credenze positive sulla ruminazione rispetto ai soggetti del gruppo di controllo. Inoltre, sia i pazienti attualmente depressi sia coloro che si erano ripresi dalla depressione nutrivano più credenze positive circa l’utilità dei pensieri ripetitivi sugli stati d’animo e sugli eventi del passato in generale rispetto ai soggetti che non erano mai stati depressi. Gli autori hanno concluso che questo *pattern* di risultati conferma che i pazienti con la tendenza a ruminare (ovvero i pazienti depressi e coloro che si sono ripresi dalla depressione) presentano elevati livelli di credenze metacognitive positive.

Le credenze positive e negative sulla ruminazione sono state riscontrate anche nelle popolazioni non cliniche (per esempio, Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1993; Watkins e Baracaia 2001). Recentemente, Moulds et al. (2010) hanno esteso la letteratura esistente mostrando delle associazioni tra credenze positive sulla ruminazione, da un lato, e ruminazione e depressione dall’altro. Sembrerebbe che gli individui che hanno credenze positive sulla ruminazione ruminino di più rispetto a coloro che non hanno tali credenze, a prescindere dal tipo di evento che hanno esperito (Moulds et al. 2010).

I risultati degli studi su citati suggeriscono, quindi, che le credenze positive sulla ruminazione possono giocare un ruolo importante nel determinare se un individuo utilizzerà o

⁴ Lo S-REF è un generico modello metacognitivo per concettualizzare la vulnerabilità e il mantenimento dei disturbi emotivi. Secondo questo modello, la vulnerabilità rispetto ai disturbi emotivi è caratterizzata da un eccesso di attenzione focalizzata sul sé e processi di riflessione (come appunto la preoccupazione e la ruminazione) e l’attivazione di alcuni pensieri irrazionali. Alcuni di questi pensieri irrazionali possono essere di tipo metacognitivo e derivare dall’interpretazione di taluni pensieri.

meno la ruminazione per regolare i pensieri e le emozioni e, di conseguenza, nell'aumentare la vulnerabilità alla depressione (Isa Alfaraj et al. 2009).

Dati di questo tipo hanno anche importanti implicazioni dal punto di vista psicoterapeutico. La terapia della depressione e della ruminazione dovrebbe prendere in considerazione le credenze metacognitive sulla ruminazione per poter essere efficace (si veda, a questo proposito, la terapia metacognitiva della depressione proposta da Wells e Papageorgiou, 2004).

Ruminazione e cognizione: il ruolo delle funzioni esecutive

La ruminazione assorbe le risorse cognitive che sono necessarie per un'efficiente regolazione delle emozioni e del comportamento. Le persone depresse che ruminano possono, quindi, trovarsi continuamente nella condizione di dover risolvere l'interferenza tra la ruminazione e il compito o l'attività in cui sono impegnate (Levens et al. 2009). Coerentemente con queste osservazioni, Hertel (1998) sostiene che la ruminazione indebolisca la *performance* cognitiva riducendo (catturando) l'attenzione e le risorse cognitive, prevenendo in questo modo la loro allocazione in compiti che richiedono un certo impegno mentale. La ruminazione è associata, infatti, a deficit delle funzioni esecutive come il controllo attenzionale, la flessibilità cognitiva e l'inibizione. Come sottolineato da Whitmer e Banich (2007), questi deficit si manifestano primariamente come comportamenti e pensieri perseverativi. La perseverazione è definita come l'incapacità di modificare in modo efficiente il comportamento sulla base del *feedback* ricevuto, modulare il comportamento alla luce delle conseguenze future attese e adattare il proprio stato mentale in base alle contingenze ambientali (Lezak 1995).

Davis e Nolen-Hoeksema (2000) hanno esaminato la flessibilità cognitiva di ruminatori e non ruminatori attraverso il *Wisconsin Card Sorting Test* e hanno rilevato un'associazione tra ruminazione e tendenza alla perseverazione: i ruminatori commettevano significativamente più errori di perseverazione e, rispetto ai non ruminatori, avevano maggiori difficoltà nell'adattarsi alla flessibilità richiesta dal compito. È importante sottolineare che questi effetti non potevano essere attribuiti a differenze nell'intelligenza generale o allo stato d'animo. I risultati suggeriscono, pertanto, che la tendenza a ruminare quando si è depressi o disforici possa essere caratterizzata e prolungata dalla inflessibilità cognitiva e dalla perseverazione. Tuttavia, questi risultati mostrano semplicemente un'associazione tra ruminazione e disfunzioni esecutive sotto forma di perseverazioni. Watkins e Brown (2002) hanno impiegato un approccio più diretto per esaminare il ruolo delle funzioni esecutive nella ruminazione manipolando la ruminazione stessa. Pazienti depressi e un campione di controllo di persone non depresse sono stati indotti a ruminare o a distrarsi prima di eseguire un compito di generazione casuale di numeri. Coerentemente con quanto osservato da Davis e Nolen-Hoeksema (2000), i risultati di questo studio hanno mostrato come nei pazienti depressi (ma non nei soggetti del campione di controllo), l'induzione della ruminazione determinava un aumento dei pensieri ruminativi e una difficoltà nel sopprimere le risposte di conteggio automatizzate (intesa come un fallimento nel controllo inibitorio). Questo significa che i pazienti depressi indotti a ruminare restavano come bloccati in un certo *set* mentale e non riuscivano ad adattarsi ai cambiamenti dell'ambiente. Per quanto riguarda, invece, i soggetti indotti a distrarsi (sia depressi sia non depressi) non sono emerse delle differenze né rispetto alle misure di ruminazione né rispetto a quelle delle funzioni esecutive. Secondo gli autori, ciò indicherebbe che i pazienti depressi non hanno un deficit di tipo esecutivo (per lo meno nell'aspetto delle funzioni esecutive coinvolto nel compito da loro impiegato) ma piuttosto che per le persone depresse è la ruminazione che interferisce con i processi

esecutivi. Rispetto ai meccanismi cognitivi coinvolti, è possibile che la ruminazione sottragga risorse alle funzioni esecutive interferendo in tal modo con la soppressione di risposte inadeguate (per esempio, la tendenza a contare in sequenza, a rispondere in modo coerente con la regola precedente nel *Wisconsin Card Sorting Test*, o ad attivare pensieri o ricordi altamente accessibili, Watkins e Brown 2002). Più recentemente, risultati simili sono stati osservati anche in campioni non clinici (Arditte e Joorman 2014; Philippot e Brutoux 2008; Whitmer e Banich 2007).

In definitiva, i risultati di questi studi suggeriscono che l'attenzione dei ruminatori può restare 'fissata' su certi pensieri perché i meccanismi inibitori non sono in grado di rimuovere in modo efficiente dalla memoria di lavoro l'informazione che non è più necessaria (Banich et al. 2009).

Naturalmente, questo processo riguarda non solo gli stimoli neutri ma anche – e soprattutto – stimoli emotigeni. Quando devono elaborare delle informazioni emozionali con valenza negativa, i ruminatori possono avere notevoli difficoltà nel distrarsi da questi pensieri a causa della combinazione dei *bias* associati alla ruminazione e dei meccanismi inibitori fallaci. Per esempio, Joorman (2006) ha confrontato le prestazioni di ruminatori e non ruminatori (distinti sulla base dei punteggi ottenuti alla *Ruminative Response Scale*) in un compito di *priming* basato su stimoli emozionali a valenza negativa in cui i partecipanti dovevano effettuare delle valutazioni di sé. I risultati hanno mostrato che la ruminazione era strettamente associata alla difficoltà nell'inibire le informazioni emozionali non rilevanti elaborate in modo autoreferenziale: i ruminatori, contrariamente ai non ruminatori, non erano in grado di inibire le parole emozionali. Va precisato che queste differenze restavano significative anche quando si controllavano i punteggi di depressione; ciò suggerirebbe, quindi, che la ruminazione è strettamente associata all'inibizione e che questa associazione non è mediata dalla depressione. È interessante notare che la ruminazione è associata alla difficoltà di inibire l'informazione solo quando l'informazione ha una valenza negativa e non quando ha una valenza positiva (Joorman e Gotlib 2008). La difficoltà nell'inibire l'informazione negativa influenza anche il recupero dei ricordi autobiografici. Per esempio, è stato osservato che rispetto ai soggetti disforici indotti a distrarsi o ai soggetti non disforici, i soggetti disforici indotti a ruminare erano più lenti nel richiamare ricordi positivi (Joormann e Siemer 2004).

In conclusione, è possibile affermare che esiste una stretta associazione tra deficit nelle funzioni esecutive, in particolare nell'inibizione, e la tendenza a ruminare quando si è depressi o disforici. Questo dato è stato confermato anche dagli studi di *neuroimaging*; è stato infatti osservato che quando ai ruminatori sono presentati stimoli emozionali negativi, l'amigdala mostra un'attivazione sostenuta rispetto a quanto accade invece nei non ruminatori (Ray et al. 2005). La relazione tra l'attività dell'amigdala e l'attivazione emozionale sembra essere una componente chiave della rete neurale alla base della ruminazione (Cooney et al. 2010).

Come suggerito da Daches et al. (2010), l'associazione tra ruminazione e disfunzioni esecutive può rendere difficile per i ruminatori staccarsi dal contenuto negativo, e ciò, a sua volta, può contribuire a mantenere le emozioni negative, confermando in tal modo la ruminazione come strategia disfunzionale di regolazione delle emozioni.

Ruminazione positiva

La maggior parte degli studi che ha esaminato i processi di regolazione delle emozioni si è focalizzata su come le persone affrontano gli eventi negativi e come regolano le emozioni negative, mentre scarsa attenzione è stata prestata alle emozioni positive e alla loro regolazione (Gross 1998). Di conseguenza, anche la ricerca sulla ruminazione ha principalmente riguardato gli aspetti negativi (per esempio, sintomi depressivi, fallimenti ecc.). Tuttavia, le modalità di

regolazione delle emozioni positive possono essere ugualmente importanti (Feldman et al. 2008).

Esaminando la letteratura a un livello più generale, è possibile trovare qualche riferimento alle forme di ruminazione positiva. Per esempio, Martin e Tesser (1996), sostengono che la ruminazione si verifica anche in seguito ad un risultato particolarmente positivo (per esempio, quando le cose vanno inaspettatamente bene), sebbene il loro focus riguardi la ruminazione che si verifica in seguito ad un avanzamento problematico verso lo scopo. Secondo Carver (1996), le condizioni che portano alla ruminazione sono più o meno le stesse che producono le emozioni, per cui, propone un parallelismo tra emozioni positive (che insorgono quando le cose vanno inaspettatamente bene) e una forma di ruminazione positiva. Carver (1996) propone il “*basking*” (ruminazione sul presente) e la “*reminiscenza*” (ruminazione sul futuro) come i migliori esempi di ruminazione positiva. Secondo l’autore, “*il basking riflette il fatto che hai appena fatto (o stai facendo) meglio di quanto atteso o necessario [...] È una continua riaffermazione del fatto che non hai un problema*” (Carver 1996). La reminiscenza rispetto al successo passato, invece, potrebbe essere definita una forma di *problem solving* in quanto, sebbene talvolta possa essere attivata dall’aver lo stesso stato mentale positivo nel presente, nella maggior parte dei casi si sviluppa in seguito a un’insoddisfazione. In quest’ultimo caso, la reminiscenza può creare un’immagine mentale di successo la cui funzione è cancellare le emozioni negative.

Larsen e Prizmic (2004) utilizzano l’espressione “ruminare sul presente” per indicare le strategie di regolazione che le persone impiegano per mantenere le emozioni positive, come focalizzarsi sui propri punti di forza o sulle circostanze di vita favorevoli.

Recentemente, Johnson e collaboratori (Johnson et al. 2008; Feldman et al. 2008) hanno iniziato a prestare maggiore attenzione al costrutto di ruminazione positiva, descrivendo due differenti strategie di regolazione delle emozioni positive: “La ruminazione positiva”, definita come “*la tendenza a rispondere agli stati emozionali positivi con pensieri ricorrenti relativi alle qualità positive di sé, alle esperienze emozionali positive e alle proprie circostanze di vita favorevoli*” (Feldman et al. 2008) e il “*dampening*”, definito come “*la tendenza a rispondere agli stati emozionali positivi con strategie mentali che riducono l’intensità e la durata dello stato d’umore positivo*” (Feldman et al. 2008). Sia per la “ruminazione positiva” sia per il “*dampening*”, il punto di partenza è rappresentato dalle emozioni positive; quello che le differenzia è il modo impiegato per ridurre le emozioni negative spostando la propria attenzione verso i pensieri positivi nel tentativo di sentirsi meglio (Carver et al. 1989; Wells e Davies 1994). Feldman et al. (2008) hanno cercato di colmare il *gap* esistente in letteratura relativamente alle emozioni positive, un *gap* che esiste nonostante sia le emozioni positive sia le emozioni negative giochino un ruolo importante nei disturbi dell’umore. Gli autori hanno messo a punto una misura *self-report* per misurare le risposte ruminative e di *dampening*, il *Response to Positive Affect Questionnaire* (RPA; Feldman et al. 2008). Il questionario misura la tendenza a rispondere agli stati affettivi positivi con pensieri ricorrenti relativi alle qualità positive di sé, alle esperienze emozionali positive, o con risposte che possano ridurre le emozioni positive. Sia le istruzioni sia gli item sono stati sviluppati in modo tale da riflettere quelli della *Ruminative Response Scale* (Nolen-Hoeksema e Morrow 1991). I risultati ottenuti con questo strumento sono estremamente interessanti in quanto mettono in luce delle importanti associazioni tra ruminazione positiva e ruminazione depressiva. Coloro che ottenevano punteggi elevati nella scala *Dampening* riportavano anche un elevato utilizzo della ruminazione sulle emozioni negative, in modo particolare la rimuginazione, considerata la componente disadattativa della ruminazione, dal momento che è risultata associata alla depressione sia a breve termine sia negli studi longitudinali (Treyner et al. 2003). Invece, la scala *Emotion-focus positive rumination* correla positivamente con la scala *Riflessione* dell’RRS,

considerata la componente adattativa della ruminazione essendo associata a una riduzione dei livelli di depressione nel corso del tempo (Nolen-Hoeksema e Davis 2004; Treynor et al. 2003). Sulla base di questi risultati, gli autori suggeriscono che sia la ruminazione sugli stati d'umore positivi sia la ruminazione sugli stati negativi possano essere entrambe indicatori di un fattore di ordine più elevato, quale l'elaborazione emozionale. La validità della RPA è stata testata anche dal punto di vista clinico. Johnson et al. (2008) hanno osservato come, rispetto ai partecipanti del gruppo di controllo, i pazienti con Disturbo Bipolare e Disturbo Depressivo Maggiore ruminavano di più sulle emozioni negative ma solo quelli con Disturbo Bipolare ottenevano punteggi elevati anche nella ruminazione positiva. Da questo punto di vista, la ruminazione positiva potrebbe contribuire alla disregolazione delle emozioni positive in coloro che risultano vulnerabili alla mania e all'ipomania.

La natura multidimensionale della ruminazione depressiva

Rimuginazione e Riflessione

Come messo in evidenza nel corso di questa trattazione, la ruminazione depressiva è associata e determina una serie di conseguenze negative in quanto esacerba l'umore depresso e riduce le capacità cognitive. È probabile, tuttavia, che le conseguenze della ruminazione dipendano da come il costrutto è operazionalizzato in quanto alcuni tipi di ruminazione possono interferire con il *problem solving* mentre altri possono produrre degli *insight* o facilitare la soluzione dei problemi. Una serie di lavori (per es. Johnson et al. 2009, Nolen-Hoeksema et al. 2008) infatti, suggerisce che esistano differenti modalità di ruminazione e ciascuna di esse sembra avere proprietà funzionali distinte. In altre parole, la ruminazione non può essere considerata un costrutto unitario ma, piuttosto, come un fenomeno multi sfaccettato che include sia componenti adattative sia componenti disadattative.

Una prima distinzione è tra rimuginazione e riflessione, due sottotipi di ruminazione individuati attraverso l'analisi delle componenti principali della RRS. Più precisamente, Treynor et al. (2003) hanno rimosso dalla scala quegli item che misurano la sintomatologia depressiva più che la ruminazione vera e propria e hanno effettuato un'analisi delle componenti principali sui restanti item. Hanno così individuato due fattori: la rimuginazione (*brooding*) e la riflessione (*reflection*). La rimuginazione consiste in un confronto passivo della propria situazione attuale con qualche standard non raggiunto, in una contemplazione passiva di ciò che non va nella propria vita. È caratterizzata da un focus su questioni astratte del tipo "perché io?" (per esempio, "Penso: Cosa ho fatto per meritarmi tutto ciò?") e un focus sugli ostacoli di problemi insormontabili (per esempio, "Penso: Perché non riesco a gestire meglio le cose?"). La riflessione è, invece, definita come un guardarsi dentro per impegnarsi in un *problem solving* cognitivo volto ad alleviare i sintomi depressivi (per esempio, "Analizzo gli eventi recenti per cercare di capire perché sono depresso"). Gli autori hanno osservato che queste due componenti erano associate in modo diverso alla depressione nelle analisi longitudinali: la riflessione era associata ad una riduzione dei sintomi depressivi nel corso del tempo (sebbene fosse associata alla depressione a breve termine) mentre la depressione era associata alla rimuginazione sia a breve termine sia nelle analisi longitudinali. Secondo gli autori "La riflessione può essere attivata dalle emozioni negative e condurre essa stessa alle emozioni negative a breve termine, ma può diventare adattativa nella misura in cui riduce i livelli di depressione probabilmente perché porta a un *problem solving* efficace. Al contrario, la rimuginazione [...] non è adattativa" (Treynor et al. 2003, p. 257).

Molti altri studi hanno confermato la rimuginazione come la componente disadattativa della ruminazione. È stato dimostrato, ad esempio, che è la rimuginazione, non la riflessione, che è associata ai *bias* nell'elaborazione delle informazioni (Joorman et al. 2006; Datches et al. 2010). Sono state osservate anche delle associazioni tra riflessione e utilizzo di strategie di *coping* adattative, da un lato, e rimuginazione e strategie disadattative dall'altro (Burwell e Shirk 2007). La riflessione e la rimuginazione sono risultate associate in modo diverso anche ad una storia di tentativi di suicidio. Di fatto, i tentativi suicidari sono un sintomo importante della depressione che si verifica spesso negli episodi depressivi (Williams et al. 2006). Crane et al. (2007) hanno rilevato come tra i pazienti con Depressione Maggiore, coloro che avevano pensato al suicidio o che avevano messo in atto tentativi suicidari non rimuginavano di più rispetto a coloro che non avevano mai pensato o messo in atto un tentativo suicidario, ma riportavano livelli più bassi di riflessione. Evidenze preliminari della distinzione tra rimuginazione e riflessione sono state trovate anche in campioni di bambini e adolescenti (Burwell e Shirk 2007; Raes e Hermans 2008; Verstraeten et al. 2011; Willem et al. 2011).

È importante notare che in alcuni studi la riflessione non è emersa come la componente adattativa della ruminazione. Per esempio, Miranda e Nolen-Hoeksema (2007) hanno esaminato la rimuginazione e la riflessione come predittori dell'ideazione suicidaria in un ampio campione e hanno riscontrato che entrambe erano in grado di predire se le persone avrebbero pensato al suicidio ad un *follow-up* effettuato ad un anno di distanza. Roelofs et al. (2008) hanno trovato che sia la riflessione sia la rimuginazione erano dei mediatori significativi dei sintomi depressivi in un campione di pazienti depressi. Similmente Kwon e Olson (2007) non hanno trovato una chiara differenziazione tra rimuginazione e riflessione in termini di associazione rispetto alla depressione. Pertanto, il quadro relativo al ruolo della riflessione è piuttosto complicato, dati i risultati incongrui.

Tuttavia, al di là dei risultati contraddittori, come messo in evidenza da Verstraeten et al. (2010), le evidenze empiriche sembrano comunque associare la rimuginazione alle componenti disadattative della ruminazione e la riflessione a quelle adattative. Inoltre, in altri studi sono stati descritti fattori simili alla riflessione e alla rimuginazione (Bagby e Parker 2001; Roberts et al. 1998; Trapnell e Campbell 1999). Per esempio, Raes et al. (2008) hanno effettuato un'analisi fattoriale confermativa sulla Ruminaton on Sadness Scale (RRS, Conway et al. 2000), una misura alternativa della ruminazione depressiva. È stata ottenuta una soluzione a tre fattori: "Ruminazione sui motivi della mia tristezza" (Analisi Causale), "Ruminazione sul significato della mia tristezza" (Comprensione), e "Incontrollabilità della ruminazione sulla mia tristezza" (Incontrollabilità). Tra di essi, era solo il terzo fattore a essere associato ai sintomi depressivi. Lo studio conferma la necessità della distinzione tra i diversi sottotipi di ruminazione dato che non tutti i tipi di ruminazione contribuiscono al mantenimento o all'intensificazione dei sintomi depressivi.

Ruminazione astratta e concreta: il ruolo della modalità di elaborazione nel pensiero ruminativo

Coerentemente con la letteratura che distingue tra riflessione e rimuginazione, gli studi di Watkins e collaboratori (Moberly e Watkins 2006; Watkins et al. 2008; Watkins e Teasdale 2001, 2004) e studi di neuroimmagine (Johnson et al. 2009) suggeriscono che le componenti disadattative della ruminazione siano legate ai suoi aspetti astratti e analitici, mentre una forma di riflessione più esperienziale e concreta di riflessione sul sé non sarebbe disadattativa.

La modalità astratta (o analitica) è focalizzata sulla valutazione a livelli alti di elaborazione delle cause, dei significati, delle conseguenze e delle implicazioni dell'esperienza del sé. La

modalità concreta (o esperienziale), invece, è focalizzata sui livelli di elaborazione più bassi, specifici, contestuali e concreti dell'esperienza personale. Da un punto di vista teorico, questa distinzione è basata sulla *'Reduced Concreteness Theory'* (Borkovec et al. 1998; Stöber 1998; Stöber e Borkovec 2002) e sulla *'Interacting Cognitive Subsystems theory'* (ICS; Teasdale e Barnard 1993; Watkins 2004). Questi approcci teorici condividono l'idea che l'esperienza del sé possa essere elaborata o in modo concreto, focalizzato sui fattori di processo, o in un modo astratto, valutativo e che, quando questa distinzione è applicata ad esperienze personali negative, la modalità di elaborazione astratta è disadattativa rispetto a quella concreta.

Sono stati individuati tre possibili meccanismi attraverso i quali il livello di elaborazione può influenzare le conseguenze dei pensieri ripetitivi, come appunto la ruminazione (Moberly e Watkins 2006; Watkins 2008). Il primo meccanismo è il *problem solving* deficitario: l'elaborazione astratta dell'esperienza negativa del sé può fornire delle descrizioni di eventi che sono meno dettagliate, meno orientate all'azione e, quindi, meno efficaci nel generare piani durante il *problem solving* (Stöber 1998; Williams 1996). Watkins e Baracaia (2002) e Watkins e Moulds (2005) hanno infatti mostrato che livelli di elaborazione più concreti sono associati a migliori capacità di *problem solving*. Il secondo meccanismo riguarda gli effetti sull'autoregolazione. Secondo Leary et al. (2006), l'elaborazione astratta circa le implicazioni del proprio comportamento può interferire con il comportamento reale, mentre l'elaborazione concreta richiede meno sforzo, consente di focalizzare l'attenzione sulle richieste immediate della situazione e riduce l'ansia. Appare quindi evidente come l'autoregolazione possa beneficiare della elaborazione concreta. L'esempio fornito da Watkins (2008, p. 188) a questo proposito è estremamente significativo: *"Un giocatore di pallacanestro giocherà meglio se si focalizza su come colpire la palla piuttosto che pensare alle implicazioni di un possibile fallimento nel colpirla"*. Il terzo meccanismo attraverso il quale il livello di elaborazione può influenzare le conseguenze dei pensieri ripetitivi riguarda il grado di generalizzazione in risposta agli eventi emozionali. L'elaborazione astratta produce delle rappresentazioni mentali che vengono generalizzate attraverso le situazioni, facilitando, in questo modo, le inferenze in situazioni diverse. Nelle situazioni negative, però, questo comportamento può diventare disadattativo in quanto l'elaborazione astratta può facilitare l'ipergeneralizzazione: per esempio, un singolo fallimento personale spiegato in termini di inadeguatezza globale è meno adattativo rispetto alla spiegazione della situazione in termini di difficoltà specifiche della situazione (Hamilton et al. 1993).

La modalità astratta è fenomenologicamente coerente con la ruminazione depressiva, così come descritta nel corso di questa trattazione, caratterizzata cioè dalla focalizzazione sul sé e sui sintomi, da autovalutazioni, e da analisi ripetute delle cause, significati e implicazioni di questi sintomi. Esempi di pensieri ruminativi, infatti, sono: *"Perché sono un perdente?"*, *"Perché reagisco così male?"*, *"Non riesco ad affrontare proprio nulla"* (Papageorgiou e Wells 2004), per cui il focus è a un livello estremamente astratto. Invece, nella modalità concreta, in cui le persone focalizzano la propria attenzione sull'esperienza dei loro sintomi e stati d'animo è fenomenologicamente differente rispetto alla ruminazione depressiva. In particolare, secondo l'ipotesi della modalità di elaborazione, durante la ruminazione, il focus concreto dovrebbe essere adattativo, quello astratto disadattativo (Watkins 2004; Watkins e Moulds 2005). Questa ipotesi è stata confermata in alcuni studi che hanno mostrato come, rispetto alla variante astratta e valutativa, quella concreta ed esperienziale riduceva le valutazioni negative di sé di tipo globale (Rimes e Watkins 2005), migliorava il *problem solving* sociale (Watkins e Moulds 2005), e rendeva i ricordi autobiografici meno specifici (Watkins e Teasdale 2001, 2004), laddove l'ipergeneralità dei ricordi è considerato un indicatore di patologia (Palmieri 2012). In

altri termini, questa ipotesi sottolinea che le modalità astratta e concreta cambiano il modo in cui l'informazione è elaborata piuttosto che il contenuto e la valenza di ciò che è elaborato (Moberly e Watkins 2006).

Coerentemente con l'idea che la modalità di elaborazione astratta rappresenti un *bias* cognitivo implicato nel mantenimento della depressione, Watkins, Bayens e Read (2009) sono stati i primi a fornire evidenze empiriche del fatto che il training basato sulla concretezza possa ridurre la disforia, sebbene, come ammettono gli stessi autori, non sono noti i meccanismi alla base di questo processo.

L'integrazione dei dati comportamentali con gli studi di neuroimmagine può fornire importanti indicazioni in questa direzione. Per esempio, Johnson et al. (2009) hanno trovato supporto rispetto alla distinzione tra ruminazione analitica ed esperienziale in due studi basati sull'impiego dell' fMRI in cui hanno indagato l'attività della corteccia mediale, la riflessione sul sé, e la depressione. A partecipanti disforici e non disforici era chiesto di ruminare in modalità astratta o concreta. I risultati ottenuti hanno mostrato che sia i partecipanti disforici sia quelli non disforici mostravano, rispetto alla condizione di controllo, maggiore attivazione della corteccia prefrontale mediale (mPFC) quando erano impegnati nella ruminazione astratta. Dal momento che evidenze provenienti da studi di neuroimmagine suggeriscono che le regioni della mPFC sono associate a differenti aspetti o dimensioni dei pensieri focalizzati sul sé (Amodio e Frith 2006; Benoit et al. 2010; D'Argembeau et al. 2008; Packer e Cunningham 2009), questi risultati potrebbero essere interpretati come indicativi del fatto che la ruminazione analitica induceva maggiormente i pensieri focalizzati sul sé. Inoltre, nella condizione analitica e non in quella esperienziale, i partecipanti disforici e gli alti ruminatori mostravano una riduzione più marcata nell'attività della PFC anteriore mediale che è associata al raggiungimento degli scopi. Per cui, quando erano impegnati nella ruminazione analitica, i partecipanti disforici e gli alti ruminatori pensavano meno agli scopi rispetto a quanto facevano nel momento in cui si impegnavano nella ruminazione esperienziale.

Anche Cooney et al. (2010) hanno condotto uno studio basato sull'impiego dell'fMRI per esaminare gli aspetti neurali della ruminazione in soggetti depressi, confrontandoli con un campione di controllo costituito da soggetti sani. Un aspetto innovativo dello studio consiste nel fatto che la ruminazione è stata confrontata con due condizioni di distrazione: la distrazione astratta (per esempio, "*Pensa a cosa contribuisce allo spirito di squadra*") e la distrazione concreta (per esempio, "*Pensa ad una fila di bottiglie di shampoo esposte su uno scaffale*") in modo tale da poter isolare meglio l'attivazione differenziale dovuta all'elaborazione emozionale, al recupero dei ricordi e al *self-focus* durante la ruminazione. Nessuno studio aveva mai manipolato la modalità di elaborazione (astratta vs. concreta) della distrazione, che è stata sempre impiegata come una semplice condizione di controllo. Contrastando la ruminazione e le due condizioni di distrazione, sono emersi due differenti *pattern* di attivazione associati alla ruminazione. Durante la ruminazione, rispetto a quanto accadeva nella distrazione concreta, i partecipanti depressi mostravano, rispetto ai soggetti del campione di controllo, un incremento dell'attivazione della corteccia orbitofrontale, della corteccia cingolata inferiore subgenuale e della corteccia prefrontale dorsolaterale. In linea con quanto emerso negli studi sul ruolo del *self-focus*, durante il compito di ruminazione vi erano attivazioni della mPFC sia nei pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore sia nei soggetti del gruppo di controllo. È importante rilevare che queste regioni erano attivate sia nei pazienti depressi sia nei soggetti di controllo ed erano attivate anche nella condizione di distrazione astratta.

In definitiva, appare opportuno rilevare che la mPFC è implicata sia nella memoria

autobiografica (Maguire 2001; Svoboda et al. 2006) sia nella insorgenza e mantenimento della depressione (Keedwell et al. 2005; Lemogne et al. 2009). Ciò suggerisce che la mPFC possa essere implicata in una sorta di ciclo in cui le modalità di elaborazione delle informazioni *self-focused* (specialmente l'elaborazione astratta e la memoria autobiografica) contribuiscono al *self-focus* ruminativo che caratterizza i pazienti depressi (si veda a tal proposito, Cooney et al. 2010).

Il trattamento della ruminazione depressiva: un breve excursus

Sebbene la ruminazione depressiva sia divenuta l'oggetto di numerose ricerche, le tecniche o i trattamenti direttamente rivolti a questa strategia di regolazione delle emozioni strettamente connessa alla depressione sono, in realtà, piuttosto scarsi (Purdon 2004; Wells e Papageorgiou 2004).

Le evidenze sperimentali illustrate nel corso di questa trattazione – secondo le quali brevi periodi di distrazione non solo migliorano l'umore delle persone depresse ma anche la qualità dei pensieri e del *problem solving* – suggeriscono l'importanza di insegnare alle persone vulnerabili alla ruminazione depressiva ad impegnarsi in attività piacevoli o neutre come strategia a breve termine quando si trovano imbrigliate nelle reti dei pensieri ruminativi (Nolen-Hoeksema et al. 2008). Una volta che lo stato d'umore è stato migliorato attraverso queste attività di distrazione, le persone possono impegnarsi nel *problem solving* o nella rivalutazione delle situazioni che hanno generato il loro stato depressivo. Il tipo di attività che possono fungere da distruttori (per esempio, fare attività sportiva, uscire con gli amici) somigliano alle attività previste negli interventi di riattivazione comportamentale della depressione (Jacobson et al. 1996; Lewinsohn et al. 1984), di cui è stata mostrata l'efficacia (Jacobson et al. 1996, 2001). L'attivazione comportamentale agisce contrastando la tendenza centrale della depressione – ossia il ritiro e l'inattività. Da questo punto di vista, è importante sottolineare che le strategie comportamentali sono efficaci nella misura in cui non solo distraggono le persone dal loro umore depresso e aumentano i rinforzi positivi a breve termine, ma incrementano i rinforzi positivi anche a lungo termine aiutando le persone a superare i problemi della propria vita. Infatti, se le persone evitano semplicemente i propri problemi attraverso la distrazione, vi è un'elevata probabilità che questi problemi tendano a ripresentarsi. Pertanto, è fondamentale che gli interventi comportamentali incoraggino le persone depresse a impegnarsi nel *problem solving* dopo aver messo in atto le strategie di distrazione a breve termine e/o a focalizzarsi su attività che aumentino la probabilità che le cose migliorino.

La terapia cognitiva standard, invece, non si rivolge specificamente alla ruminazione depressiva, ma piuttosto mira a modificare i pensieri automatici negativi, i *bias cognitivi* tipici della depressione (come la “catastrofizzazione” o la “personalizzazione”) e gli schemi depressogeni. In realtà, Mc Millan e Fisher (2004) suggeriscono che, sebbene i pensieri automatici negativi siano concettualmente distinti dalla ruminazione depressiva, è possibile che le tecniche utilizzate per modificare il contenuto dei pensieri automatici negativi possano essere efficaci anche nel modificare il contenuto della ruminazione depressiva. Le tecniche di ristrutturazione cognitiva della terapia cognitiva (Beck et al. 1979) mirano a insegnare alle persone depresse, inclusi i ruminatori depressi, delle strategie per affrontare i pensieri che attraversano la loro mente e che causano sofferenza. Il punto chiave è che le persone non considerano più i propri pensieri come verità assolute e li sostituiscono con pensieri più adattativi (Barber e Derubeis 1989; Teasdale et al. 1995).

Watkins (2009) ha messo a punto e verificato preliminarmente l'efficacia di una variante della

terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la *Rumination-FocusedCBT* (RFCBT) direttamente rivolta al trattamento della ruminazione depressiva. Sebbene si basi sui principi fondamentali e sulle tecniche della CBT per la depressione, la RFCBT include degli elementi innovativi. In primo luogo, incorpora l'approccio analitico-funzionale e contestuale sviluppato nel trattamento basato sulla Attivazione Comportamentale (*Behavioural Activation*, BA) che è emerso da un'analisi delle componenti della CBT (Jacobson et al. 1996; Martell et al. 2001). L'approccio dell'Attivazione Comportamentale è stato integrato nella RFCBT in quanto include una focalizzazione specifica sulla riduzione della ruminazione secondo una prospettiva analitico-funzionale. Nel contesto della BA e della RFCBT, la ruminazione è concettualizzata come una forma di evitamento, e l'analisi funzionale è impiegata per facilitare la riduzione di questo evitamento e sostituirlo con comportamenti più utili. In secondo luogo, gli approcci usati nella RFCBT derivano da studi sperimentali recenti che hanno mostrato l'esistenza di differenti stili o modalità di ruminazione, con differenti proprietà funzionali e conseguenze: la ruminazione astratta, disadattativa, e la ruminazione concreta, adattativa. L'assunto chiave della RFCBT è che la ruminazione è un processo normale che può essere utile se impiegato in modo appropriato. In pratica, la RFCBT utilizza l'analisi funzionale per aiutare i pazienti a comprendere che le loro ruminazioni sulle proprie esperienze negative possono essere utili o dannose e a insegnare loro a spostarsi verso la modalità di pensiero più funzionale. Più precisamente, l'analisi funzionale si focalizza su a) la ruminazione (per esempio, differenze tra pensieri utili e non utili rispetto ai problemi; differenze tra gli effetti a breve e a lungo termine delle ruminazioni); b) comportamenti associati (per esempio, procrastinazione), e c) comportamenti opposti rispetto alla ruminazione come l'efficace coinvolgimento nelle attività. Questa analisi dettagliata del contesto e della funzione è poi impiegata per aiutare i pazienti a riconoscere i segni 'pericolosi' di ruminazione, sviluppare strategie alternative e piani contingenti (per esempio, rilassamento, assertività) e modificare le contingenze ambientali e comportamentali che mantengono la ruminazione. Inoltre, la RFCBT utilizza gli esercizi esperienziali e di *imagery* e gli esperimenti comportamentali finalizzati ad adottare uno stile di pensiero più concreto. Da questo punto di vista, quindi, la RFCBT differisce dalla CBT per la depressione, che si focalizza sulla modificazione del contenuto dei pensieri, ponendo una maggiore enfasi sulla modificazione del processo di pensiero. Le prime evidenze, sebbene preliminari, mostrano l'efficacia della RFCBT, coerentemente con l'ipotesi che la ruminazione possa essere un mediatore rispetto ai risultati del trattamento (Watkins 2009).

Anche la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) di Segal, Williams e Teasdale (2002) può essere efficace nell'affrontare le ruminazioni. Questa terapia – che è stata messa a punto con l'obiettivo di prevenire le ricadute in soggetti vulnerabili alla depressione – si basa sull'assunto che, quando una persona si riprende da un episodio depressivo, è sufficiente un livello molto basso di umore negativo per attivare un elevato numero di pensieri negativi (per esempio, “*Sono un fallito*”, “*Non valgo niente*”...) assieme a sensazioni di debolezza o fatica; tutto ciò spinge la persona a chiedersi cosa non vada in lei, che cosa le stia accadendo, ecc... entra, cioè, in quei circuiti di ruminazione di cui si è ampiamente parlato in questa trattazione. La MBCT allena le persone a prendere consapevolezza dei pensieri, delle sensazioni corporee e delle emozioni; ciò consente di identificare sin da subito le emozioni e i pensieri negativi e di staccarsi dai processi ruminativi che altrimenti darebbero nuova linfa ai pensieri negativi e all'umore depresso. A differenza delle terapie cognitive tradizionali, l'obiettivo non è quello di modificare il contenuto dei pensieri negativi ma piuttosto essere consapevoli di essi e imparare a distaccarsene. Secondo Nolen-Hoeksema et al. (2007), esisterebbe un altro meccanismo che potrebbe spiegare l'efficacia delle tecniche di *mindfulness* nel prevenire o ridurre le ricadute della depressione. Se la ruminazione

alimenta le convinzioni delle persone di essere senza speranza, le tecniche di *mindfulness* possono ridurre le ruminazioni mettendo in discussione proprio tali convinzioni. Le strategie di *mindfulness* insegnano alle persone che i loro pensieri non sono necessariamente veri e incontrollabili e a vedere piuttosto tali pensieri come al di fuori di sé o distanti da sé (Segal et al. 2002). Di conseguenza, queste tecniche potrebbero mettere in discussione la validità delle convinzioni dell'assenza di speranza generate dalla ruminazione e addestrare le persone a non accettare meccanicamente come necessariamente vera la sensazione di assenza di speranza che accompagna la depressione. Per quanto riguarda, invece, l'ansia e le preoccupazioni, si ritiene che gli interventi basati sulla *mindfulness* agiscano attraverso la riduzione dell'evitamento di immagini dolorose e di emozioni negative contribuendo all'elaborazione di queste immagini ed emozioni (Kabat-Zinn et al. 1992; Miller et al. 1995; Roemer et al. 2006). Di conseguenza, gli interventi *mindfulness* possono essere efficaci nel ridurre le ruminazioni e le preoccupazioni attraverso meccanismi differenti.

Nell'ambito delle terapie *mindfulness-based*, riveste notevole importanza anche il punto di vista dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT, Hayes e Brownstein 1986; Hayes e Wilson 1994; Hayes et al. 1999). L'obiettivo dell'ACT non è la riduzione dei sintomi, ma la modificazione profonda della relazione che abbiamo con i nostri pensieri disfunzionali e le nostre emozioni negative. Etimologicamente, "accettare" deriva dal latino "*accipere*", che significa ricevere o prendere ciò che viene offerto. Accettazione psicologica, in psicoterapia, implica l'abbandono di schemi disfunzionali per approdare al processo attivo di sentire i sentimenti come sentimenti, pensare ai pensieri come pensieri, ricordare i ricordi come ricordi e così via. L'accettazione è spesso la migliore operazione che si possa fare a riguardo della propria storia personale, perché la propria storia non si può cambiare. Pertanto, essa è intesa come 'antidoto' all'evitamento e proposta come un'alternativa alle strategie finalizzate ad evitare le esperienze dolorose o non volute.

In questo approccio, la ruminazione è considerata come un meccanismo di evitamento esperienziale che, in quanto tale, contribuisce al mantenimento della sofferenza emotiva. Invece, se una persona è in grado di accettare anche le emozioni e i pensieri difficili, dovrebbe anche ridurre la tendenza a ruminare su di essi. Autori come Arch e Craske (2008) e Twohig (2012) hanno sottolineato come l'accettazione possa essere un approccio molto valido per affrontare pensieri come quelli ruminativi che a volte possono essere difficili da confutare attraverso la logica. In altre parole, per i ruminatori accettare di esperire tali pensieri piuttosto che cercare di scacciarli ogni volta che si verificano potrebbe essere una strategia molto più fattibile e adattativa soprattutto a lungo termine. Inoltre, dato che l'ACT promuove l'accettazione dei pensieri indesiderati piuttosto che incoraggiare nuovi contenuti mentali, è in grado di superare gli effetti negativi della soppressione del pensiero.

Wells e Papageorgiou (2004) hanno elaborato una terapia metacognitiva specifica per la ruminazione depressiva. La terapia metacognitiva enfatizza l'importanza di modificare il controllo del pensiero e la relazione che l'individuo ha con i processi di pensiero. Nel caso specifico della ruminazione depressiva, il trattamento metacognitivo consiste nel far sì che la ruminazione sia posta sotto il controllo metacognitivo, nel combattere le credenze metacognitive non adattative, e nel fornire una maggiore flessibilità nell'elaborazione cognitiva. Un trattamento così strutturato si basa, in primo luogo, sul monitoraggio della frequenza e della durata della ruminazione (attraverso l'impiego di diari oppure di strumenti standardizzati come la "*Ruminative Response Scale*", Nolen-Hoeksema e Morrow 1991; o la "*Rumination on Sadness Scale*", Conway et al. 2000) e la valutazione delle credenze metacognitive (con strumenti come la "*Negative Beliefs about Rumination Scale*", Papageorgiou et al. 2001 e la "*Positive Beliefs about Rumination Scale*", Papageorgiou e Wells 2001b; a questi strumenti standardizzati, è possibile affiancare anche delle

interviste relative alle credenze su vantaggi e svantaggi della ruminazione).

Gli obiettivi della terapia metacognitiva della ruminazione depressiva, così come enunciati da Wells e Papageorgiou (2004), sono: 1) Far familiarizzare il paziente con l'idea che lo stile ruminativo e la continua attenzione rivolta a potenziali minacce (per esempio, l'eccessiva focalizzazione sui propri sintomi) non arrecano benefici, ma sono, piuttosto, causa di problemi. 2) Facilitare l'abbandono della ruminazione. Questo obiettivo può essere ottenuto attraverso l'"Analisi dei vantaggi e degli svantaggi" che consiste nel mostrare come la ruminazione sia problematica, evidenziare le credenze metacognitive sulla ruminazione, e sottolineare gli svantaggi dei processi ruminativi in modo tale che il paziente sia più motivato ad interrompere l'attività di ruminazione. 3) Aumentare la flessibilità del controllo sui processi cognitivi. Due tecniche, in particolare, si propongono questa finalità: l'*Attention Training Treatment* (ATT: Wells 1990), uno strumento che riduce la focalizzazione sul sé e aumenta la flessibilità del controllo sull'elaborazione cognitiva, e la "*Detached mindfulness*" ("Attenzione distaccata" Wells e Matthews 1994), una strategia che consente l'interruzione dei pensieri ruminativi, insegnando al paziente a mantenere la consapevolezza di tali pensieri come un osservatore passivo, piuttosto che impegnarsi attivamente nei processi ruminativi. 4) Modificare le credenze metacognitive. Le credenze metacognitive negative (relative alla incontrollabilità della ruminazione) possono essere modificate attraverso l'impiego di due tecniche: la prima consiste nell'insegnare ai pazienti a notare i segni della ruminazione e, una volta riconosciuta, metterla al bando. La seconda tecnica, invece, consiste nell'interrompere l'attività di ruminazione ogni volta che si presenta e nel posticiparla sino a uno specifico momento nella giornata; al momento stabilito, i pazienti possono scegliere di attivare un breve periodo di ruminazione (10 minuti). Quando impiegano questa tecnica, molti pazienti dimenticano di "concedersi" il momento ruminativo; ad ogni modo, Wells e Papageorgiou (2004) sottolineano come, anche nel caso in cui i soggetti impieghino il momento di ruminazione, il fatto che siano stati in grado di interrompere i pensieri ruminativi possa essere impiegato come dimostrazione della controllabilità del processo. Per quanto concerne, invece, la modificazione delle credenze metacognitive positive (relative all'utilità della ruminazione come strategia di *coping* e come strumento per trovare soluzioni e comprendere i problemi), il terapeuta cerca di indagare se all'utilizzo della ruminazione abbia fatto seguito la soluzione dei problemi connessi alla depressione; dopodiché si esplorano, prima, evidenze a supporto della credenza dell'utilità della ruminazione e, dopo, evidenze contrarie. Dopo aver messo in luce la coesistenza di credenze negative e positive sulla ruminazione, si chiede al paziente come la ruminazione possa essere contemporaneamente utile (come strategia di *coping*) e dannosa (nella misura in cui aumenta la depressione); la dissonanza cognitiva che emerge aumenta la probabilità che le credenze vengano indebolite. 5) Modificare le credenze negative sulle emozioni. I disturbi emozionali sono associati a credenze negative sulle emozioni e, nel caso specifico della depressione, è la stessa paura della depressione a costituire un fattore di vulnerabilità al disturbo; i soggetti inclini alla depressione, infatti, sono spesso ipersensibili ai primi segnali e sintomi del disturbo, e tendono ad interpretarli negativamente come segno di ricaduta o come qualcosa di "anormale". La terapia metacognitiva cerca, anzitutto, di normalizzare l'esperienza delle fluttuazioni d'umore e insegna ai pazienti a prendere le distanze dai tipici errori del pensiero depressivo come la catastrofizzazione, in modo tale che il paziente impari a esperire con serenità le emozioni, senza ruminare su di esse.

Infine, anche la terapia interpersonale (Klerman e Weissman 1986) potrebbe essere efficace nel trattamento della ruminazione depressiva. Come già sottolineato, i ruminatori tendono a vivere più conflitti interpersonali, anche quando non sono depressi (Nolen-Hoeksema e Davis

1999) e le tensioni interpersonali possono, al tempo stesso, contribuire alla ruminazione ed alimentarla. Comprendere il ruolo di questa stretta relazione nella depressione, apportando dei cambiamenti nelle relazioni problematiche e incrementando le *social skills* dei ruminatori potrebbe aiutarli a superare i loro problemi interpersonali e, quindi, aiutarli a stare meglio.

A conclusione di questo breve *excursus* sul trattamento della ruminazione, è interessante notare che tutte le forme di trattamento presentate si basano su teorie piuttosto differenti sulle cause della depressione e affrontano aspetti diversi. Tuttavia, gli studi che hanno confrontato direttamente l'efficacia delle diverse terapie generalmente non hanno trovato delle differenze significative (si veda per una rassegna a riguardo, Hollon et al. 2002). Allo stesso modo, i pochi studi che hanno esaminato se i diversi trattamenti abbiano effetti differenti sulla ruminazione non hanno evidenziato differenze (Arnou et al. 2004; Schmaling et al. 2002). Una delle possibilità è che tutti gli interventi siano efficaci perché forniscono ai ruminatori depressi una spiegazione del motivo per cui sono depressi e una serie di strumenti per superare la loro depressione. Nella misura in cui credono alle spiegazioni che il terapeuta gli fornisce, i ruminatori ricevono delle risposte ai loro quesiti ruminativi relativamente a cosa è sbagliato nella loro vita e una serie di strategie per affrontare i problemi futuri (Nolen-Hoeksema et al. 2008).

Considerazioni conclusive

La ruminazione depressiva è emblematica della connessione tra processi di pensiero e umore e sta ricevendo un'attenzione sempre maggiore per il ruolo centrale che riveste nella eziologia del disturbo depressivo e nel suo mantenimento. La presente trattazione ha cercato di evidenziare come, nella misura in cui le persone adottano questo stile di risposta per fronteggiare l'umore depresso, esse tendano a esperire un'amplificazione dello stato depressivo. Infatti, sebbene tale focalizzazione possa essere percepita e messa in atto come una forma di *insight*, in realtà, le persone non giungono ad una migliore comprensione di se stesse, ma restano piuttosto imbrigliate in cicli ripetitivi di pensiero ruminativo che peggiorano lo stato depressivo.

Tuttavia, come più volte sottolineato, la ruminazione depressiva è un costrutto multi sfaccettato e non tutte le forme di ruminazione sono di per sé disadattative. Esistono modalità differenti di ruminazione: una variante astratta, verbale-analitica, valutativa, coerente con la fenomenologia della ruminazione depressiva e, in quanto tale, disadattativa, e una variante concreta, esperienziale, incoerente rispetto alla fenomenologia della ruminazione depressiva (Watkins et al. 2008; Watkins e Teasdale 2001, 2004). Ciò che rende la ruminazione disadattativa non è, quindi, il contenuto dei pensieri ma la modalità di elaborazione. Tale distinzione risulta estremamente importante anche dal punto di vista del trattamento, come messo in luce dai risultati preliminari della terapia cognitivo comportamentale focalizzata sulla ruminazione (RFCBT) messa a punto da Watkins (2009).

Sebbene sia ormai accertato che la ruminazione è importante nell'insorgenza e nel mantenimento della depressione e, come più recentemente messo in luce, anche di altre patologie e problemi quali l'abuso di sostanze, i disturbi alimentari e l'autolesionismo, è ancora difficile stabilire come potrebbe essere descritta, misurata e impiegata per predire certi *outcome*. Di conseguenza, nella misura in cui questo costrutto diventa progressivamente sempre più importante nella ricerca e nella pratica clinica, è auspicabile la messa a punto e l'utilizzo di modelli e indici affidabili di ruminazione.

Bibliografia

- Abbott MJ, Rapee RM (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology* 113, 136-144.
- Abela JRZ, Brozina K, Haigh EP (2002). An examination of the response styles theory of depression in third- and seventhgrade children: A short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30, 515-527.
- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87, 49-74.
- Amodio DM, Frith CD (2006). Meeting of the minds: The medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 7, 268-277.
- Arch JJ, Craske MG (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice* 15, 4, 263-279.
- Arditte KA, Joorman J (2014). Rumination moderates the effects of cognitive bias modification of attention. *Cognitive Therapy & Research* 38, 2, 189-199.
- Arnow BA, Spangler D, Klein DN, Burns DD (2004). Rumination and distraction among chronic depressives in treatment: A structural equation analysis. *Cognitive Therapy and Research* 28, 67-83.
- Aymanns P, Filipp S-H, Klauer, T (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates. *British Journal of Social Psychology* 34, 107-124.
- Baddeley A, Hitch G (1994). Developments in the concept of working memory. *Neuropsychology* 8, 485- 493.
- Bagby MR, Parker JDA (2001). Relation of Rumination and Distraction with Neuroticism and Extraversion in a Sample of Patients with Major Depression. *Cognitive Therapy and Research* 25, 1, 91-102.
- Banich MT, Mackiewicz KL, Depue BE, Whitmer AJ, Miller GA, Heller W (2009). Cognitive control mechanisms, emotion and memory: A neural perspective with implications for psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 33, 613-630.
- Barber BK (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development* 67, 3296-3319.
- Barber JP, DeRubeis RJ (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 13, 441-457.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford, New York.
- Benoit RG, Gilbert SJ, Volle E, Burgess PW (2010). When I think about me and simulate you: Medial rostral prefrontal cortex and self-referential processes. *NeuroImage* 50, 1340-1349.
- Borkovec TD, Ray WJ, Stober J (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research* 22, 561-576.
- Brotman MA, Derubeis, RJ (2004). A comparison and appraisal of theories of rumination. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di) *Depressive rumination: nature, theory and treatment*, pp. 177-184. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- Burbach DJ, Bordin CM (1986). Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review* 6, 133-153.
- Burwell RA, Shirk SR (2007). Subtypes of rumination in adolescence. Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 36, 56-65.
- Bushman BJ, Bonacci AM, Pendersen WC, Vasquez EA, Miller, N (2005). Chewing on it can chew you up: effects of rumination on triggered displaced aggression. *Journal of Personality and Social Psychology* 88, 6, 969-983.
- Carver CS (1996). Goal engagement and the human experience. In RS Wyer Jr. (a cura di) *Ruminative thoughts: Adv. in social cognition*, vol. IX pp. 49-61. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56, 267-283.
- Collins K, Bell R (1997). Personality and aggression: the Dissipation Rumination Scale. *Personality and*

Individual Differences 22, 751-755.

- Conway M, Csank, PAR, Holm SL, Blake CK (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment* 75, 404-425.
- Conway AR, Kane MJ, Bunting MF, Hambrick DZ, Wilhelm O, Engle RW (2005). Working memory span tasks: A methodological review and user's guide. *Psychonomic Bulletin & Review* 12, 769-786.
- Conway M, Mendelson M, Giannopoulos C, Csank PAR, Holm SL (2004). Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. *Child Abuse and Neglect* 28, 393-410.
- Cooney RE, Joormann J, Eugene F, Dennis EL, Gotlib, IH (2010). Neural correlates of rumination in depression. *Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience* 10, 470-478.
- Cooper ML, Frone MR, Russell M, Mudar P (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 990-1005.
- Crane C, Barnhofer T, Williams JMG (2007). Cue self-relevance affects autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Memory* 15, 3, 312-323.
- D'Zurilla TJ, Goldfried MR (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 78, 107-126.
- Daches S, Mor N, Winquist J, Gilboa-Schechtman E. (2010). Brooding and attentional control in processing self-encoded information: Evidence from a modified Garner task. *Cognition and Emotion* 24, 5, 876-885.
- Davis RN, Nolen-Hoeksema S (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research* 24, 699-711.
- D'Argembeau A, Xue G, Lu, Z-L, Van der Linden M, Bechara A. (2008). Neural correlates of envisioning emotional events in the near and far future. *NeuroImage* 40, 398-407.
- Feldman GC, Joorman J, Johnson SM (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research* 32, 507-525.
- Fresco DM, Frankel AN, Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179-188.
- Fritz HL (1999). The role of rumination in adjustment to a first coronary event. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60, 1-B, 0410.
- Gerin W, Davidson KW, Christenfeld NJ, Goyal T, Schwartz JE (2006). The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic Medicine* 68, 64-72.
- Gerlsma C, Emmelkamp, PMG, Arrindell WA (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 10, 251-277.
- Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Donovan P, Hogan ME, Cronholm J, Tierney S. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research* 25, 425-446.
- Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR (1998). Consequences of depression during adolescence: marital status and marital functioning in early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology* 107, 4, 686-690.
- Gross JJ (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 2, 271-299.
- Gross JJ (1999). Emotion and emotion regulation. In LA Pervin e OP John (a cura di) *Handbook of personality: Theory and research*, 2nd ed., pp. 525-552. Guilford Press, New York.
- Gross JJ (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions In Psychological Science* 10, 214-219.
- Gross JJ (2007). *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press, New York.
- Hamilton JC, Greenberg J, Pyszczynski T, Cather C (1993). A self-regulatory perspective on psychopathology and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 3, 205-248.
- Harrington JA, Blankenship V (2002). Ruminative thoughts and their relation to depression and anxiety. *Journal of Applied Social Psychology* 32, 465-485.
- Hayes SC, Brownstein AJ (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst* 1, 175-190.
- Hayes SC, Wilson KG (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for

- experiential avoidance. *The Behavior Analyst* 17, 2, 289-303.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York.
- Hertel PT (1998). Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *Journal Abnormal Psychology* 107, 166-172.
- Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S (2008). Non-suicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 63-71.
- Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 3, 39-77.
- Horowitz MJ (1979). Psychological response to serious life events. In V Hamilton e DM Warburton (a cura di) *Human stress and cognition: An information processing approach*, pp. 235-263. Wiley, Chichester, UK.
- Hyde JS, Mezulis A, Abramson LY (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review* 115, 291-313.
- Isa Alfaraj AMA, Spada MM, Nikčević AV, Puffett A, Meer S (2009). Positive beliefs about rumination in depressed and non-depressed pregnant women: a preliminary investigation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 27, 1, 54-60.
- Ito T, Agari I (2003). The relationship between negative rumination trait and the Big Five of personality. *Japanese Journal of Counseling Science* 36, 1-9.
- Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. (1996). A component analysis of cognitivebehavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 295-304.
- Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice* 8, 255-270.
- Johnson MK, Nolen-Hoeksema S, Mitchell KJ, Levin Y (2009). Medial Cortex activity, self-reflection and depression. *Social Cognitive & Affective Neuroscience* 4, 313-327.
- Johnson SM, McKenzie G, McMurrich S (2008). Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Cognitive Therapy and Research* 32, 702-713.
- Joormann J (2006). Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy and Research* 30, 2, 149-160.
- Joormann J, Dkane M, Gotlib IH (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy* 37, 269-280.
- Joormann J, Gotlib IH (2008). Updating the contents of working memory in depression: Interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology* 117, 182-92.
- Joormann J, Siemer M (2004). Memory accessibility, mood regulation, and dysphoria: Difficulties in repairing sad mood with happy memories? *Journal of Abnormal Psychology* 113, 179-188.
- Just N, Alloy LB (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 221-229.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 149, 936-943.
- Keedwell PA, Andrew C, Williams SC, Brammer MJ, Phillips ML (2005). A double dissociation of ventromedial prefrontal cortical responses to sad and happy stimuli in depressed and healthy individuals. *Biological Psychiatry* 58, 495-503.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz, M, Blazer DG, Nelson, CB (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders* 29, 85-96.
- Key BL, Campbell TS, Bacon S L, Gerin W (2008). The influence of trait and state rumination on cardiovascular recovery from a negative emotional stressor. *Journal of Behavioral Medicine* 31, 237-248.
- Klerman GL, Weissman MM (1986). The interpersonal approach to understanding depression. In T Millon e

Ruminazione depressiva e regolazione delle emozioni

- GL Klerman (a cura di) *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*, pp. 429-456. Guilford Press, New York.
- Kwon P, Olson, ML (2007). Rumination and depressive symptoms: Moderating role of defense style immaturity. *Personality and Individual Differences* 43, 4, 715-724.
- Kocovski NL, Endler NS, Rector NA, Flett GL (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 43, 971-984.
- Kuehner C, Weber I (1999). Responses to depression in unipolar depression patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response style theory. *Psychological Medicine* 29, 1323-1333.
- Larsen RJ (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry* 11, 129-141.
- Larsen RJ, Prizmic Z (2004). Affect regulation. In KD Vohs e RF Baumeister (a cura di) *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, pp. 40-61. Guilford, New York.
- Leary MR, Adams CE, Tate EB (2006). Hypo-egoic selfregulation: Exercising self-control by diminishing the influence of the self. *Journal of Personality* 74, 1803-1831.
- Lemogne C, le Bastard G, Mayberg H, et al. (2009). In search of the depressive self: extended medial prefrontal network during self-referential processing in major depression. *Social Cognitive Affective Neuroscience* 4, 305-312
- Levens SM, Muhtadie L, Gotlib IH (2009). Impaired resource allocation and rumination in depression. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 757-766.
- Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Breckenridge JS, Teri L (1984). *The coping with depression course*. Castalia, Eugene, OR.
- Lezak MD (1995). *Neuropsychological assessment (3rd edition)*. Oxford University Press, New York.
- Linehan MM (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- Lucht M, Schaub RT, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Bartels T, et al. (2003). Gender differences in unipolar depression: A general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *Journal of Affective Disorders* 77, 203-211.
- Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology* 65, 339-349.
- Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 176-190.
- Lyubomirsky S, Caldwell ND, Nolen-Hoeksema S (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology* 75, 166-177.
- Lyubomirsky S, Kasri F, Chang O, Chung I (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 25, 276-304.
- Lyubomirsky S, Kasri F, Zehm K (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research* 27, 309-330.
- Lyubomirsky S, Tkach C (2004). The consequences of dysphoric rumination. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di) *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*, pp. 21-42. New York, Wiley.
- Lyubomirsky S, Tucker KL, Caldwell ND, Berg K (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology* 77, 1041-1060.
- Maguire EA (2001). Neuroimaging studies of autobiographical event memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences* 356, 1441-1451.
- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Norton, New York.
- Martin LL, Tesser A (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In JS Uleman e JA Bargh (a cura di) *Unintended thoughts*, pp.306-326. Guilford, New York.
- Martin LL, Tesser A (1996). Some ruminative thoughts. In RS Wyer Jr. (a cura di) *Ruminative thoughts: adv. in social cognition*, vol. IX pp. 1-47. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.
- McCullough ME, Bellah CG, Kilpatrick SD, Johnson JL (2001). Vengefulness: Relationship with forgiveness,

- rumination, well-being and the Big Five. *Personality and Social Psychology Bulletin* 27, 601-610.
- McCullough ME, Rachal KC, Sandage SJ, Worthington EL, Brown SW, Hight TL (1998). Interpersonal forgiving in close relationship. II: Theoretical elaboration and Measurement. *Journal of Personality and Social Psychology* 75, 1424-1440.
- McFarland C, Buehler R (1998). The impact of negative affect on autobiographical memory: The role of self-focused attention to moods. *Journal of Personality and Social Psychology* 75, 1424-1440.
- McMillan D, Fischer P (2004). Cognitive Therapy for Depressive Thinking. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di) *Depressive rumination: nature, theory and treatment*, pp. 241-258. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry* 17, 192-200.
- Miranda R, Nolen-Hoeksema S (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidality at one-year follow up in a community sample. *Behavior Research and Therapy* 45, 3088-3095.
- Moberly NJ, Watkins ER (2006). Processing mode influences the relationship between trait rumination and emotional vulnerability. *Behavior Therapy* 37, 281-291.
- Mor N, Winquist J (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 128, 638-662.
- Morrow J, Nolen-Hoeksema S (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 58, 519-527.
- Moulds ML, Yap CSL, Kerr E, Williams AD, Kandris E (2010). Metacognitive beliefs increase vulnerability to rumination. *Applied Cognitive Psychology* 24, 351-364.
- Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences* 39, 1105-1111.
- Nolan SA, Roberts JE, Gotlib IH (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research* 22, 445-455.
- Nolen-Hoeksema S (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin* 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema S (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 4, 569-582.
- Nolen-Hoeksema S (1994). An interactive model of emergence of gender differences in depression in adolescence. *Journal of Research on Adolescence* 4, 519-534.
- Nolen-Hoeksema S (1998). Ruminative coping with depression. In J Heckhausen e CS Dweck (a cura di) *Motivation and self-regulation across the life span*, pp. 237-256. Cambridge University Press, New York.
- Nolen-Hoeksema S (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema S (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Sciences* 10, 5, 173-176.
- Nolen-Hoeksema S (2004). The response styles theory. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di) *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*, pp. 107-124. Wiley, New York.
- Nolen-Hoeksema S, Davis CG (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology* 77, 801-814.
- Nolen-Hoeksema S, Davis CG (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry* 15, 60-64.
- Nolen-Hoeksema S, Harrell ZA (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 16, 391-403.
- Nolen-Hoeksema S, Jackson B (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly* 25, 37-47.
- Nolen-Hoeksema S, Larson J (1998). *A dynamic model of the gender differences in depressive symptoms*. Manuscript submitted for publication.
- Nolen-Hoeksema S, Larson J (1999). *Coping with loss*. Erlbaum, Mahwah, NJ.

Ruminazione depressiva e regolazione delle emozioni

- Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology* 72, 855-862.
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion* 7, 561-570.
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology* 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema S, Parker L, Larson J (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, 92-104.
- Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 116, 198-207.
- Nolen-Hoeksema S, Wolfson A, Mumme D, Guskin K (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology* 31, 377-387.
- Nolen-Hoeksema, S, Wisco BE, Lyubomirsky S (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 3, 400-424.
- Packer DJ, Cunningham WA (2009). Neural correlates of reflection on goals states: The role of regulatory focus and temporal distance. *Social Neuroscience* 4, 412-425.
- Palmieri R (2012). ‘Ricordo le volte che...ma non ricordo quella volta che...’: una rassegna sulla memoria autobiografica overgenerale. *Giornale Italiano di Psicologia* 2, 289-314.
- Palmieri R, Gasparre A, Lanciano T (2007). Una misura disposizionale della Ruminazione depressiva: la RRS di Nolen-Hoeksema e Morrow. *Psychofenia* 10, 17, 15-33.
- Papageorgiou C, Wells A (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 8, 160-164.
- Papageorgiou C, Wells A (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Research and Therapy* 32, 13-26.
- Papageorgiou, C, Wells, A (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research* 27, 3, 261-273.
- Papageorgiou C, Wells A (2004). Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*, pp. 3-20. Wiley, Chichester, UK.
- Papageorgiou C, Wells A, Meina LJ (2001). *Development and preliminary validation of the Negative Beliefs about Rumination Scale*. Manuscript in preparation.
- Philippot P, Brutoux F (2008). Induced rumination dampens executive processes in dysphoric young adults. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39, 219-227.
- Piccinelli M, Wilkinson G (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry* 177, 486-492.
- Purdon C (2004). Psychological Treatment of Rumination. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di) *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment*, pp. 217-239. John Wiley & Sons, Chichester.
- Pyszczynski T, Hamilton JC, Herring FH, Greenberg J (1989). Depression, self-focused attention, and the negative memory bias. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 351-357.
- Radloff LS, Rae DS (1979). Susceptibility and precipitating factors in depression: sex differences and similarities. *Journal of Abnormal Psychology* 88, 174-181.
- Raes F, Hermans D (2008). On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: Brooding vs. reflection. *Depression and Anxiety* 25, 1067-1070.
- Raes F, Hermans D, Williams JMG, Bijttebier P, Eelen, P (2008). “A “Triple W”-Model of Rumination on

- Sadness. Why am I feeling sad, What's the meaning of my sadness, and I Wish I could stop thinking about my sadness (but I can't!)". *Cognitive Therapy and Research* 32, 526-541
- Raes F, Hermans D, Eelen P (2003). The Dutch version of the Ruminative Response Scale (RRS-NL) and the Rumination Of Sadness Scale (RSS-NL). *Gedragstherapie* 36, 97-104.
- Raes F, Hermans D, Williams JMG, Demyttenaere K, Sabbe B, Pieters G, Eelen P (2005). Reduced specificity of autobiographical memories: A mediator between rumination and ineffective problem solving in major depression? *Journal of Affective Disorders* 87, 331-335.
- Ray RD, Ochsner KN, Cooper JC, Robertson ER, Gabrieli JD, Gross JJ (2005). Individual differences in trait rumination and the neural systems supporting cognitive reappraisal. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* 5, 156-168.
- Rimes KA, Watkins E (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy* 43, 1673-1681.
- Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research* 22, 401-423.
- Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, van Os J (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy* 26, 1283-1289.
- Roemer L, Salters-Pedneault K, Orsillo SM (2006). Incorporating mindfulness- and acceptance-based strategies in the treatment of generalized anxiety disorder. In RA Baer (a cura di) *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*, pp. 51-74. Elsevier Academic Press, San Diego, CA.
- Roosa MW, Reinholtz C, Angelini PJ (1999). The relation of child sexual abuse and depression in young women: Comparisons across four ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology* 27, 65-76.
- Saarni C (1999). *The development of emotional competence*. Guilford, New York.
- Sakamoto S, Kambara M, Tanno Y (2001). Response styles and cognitive and affective symptoms of depression. *Personality and Individual Differences* 31, 1053-1065.
- Sarin S, Nolen-Hoeksema S. (2010). The dangers of dwelling: An examination of the relationship between rumination and consumptive coping in survivors of childhood sexual abuse. *Cognition and Emotion* 24, 1, 71-85.
- Sarin S, Abela JRZ, Auerbach RP (2005). The response styles theory of depression: a test of specificity and causal mediation. *Cognition and Emotion* 19, 751-761.
- Schmaling KB, Dimidjian S, Katon W, Sullivan M (2002). Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *Journal of Abnormal Psychology* 111, 350-356.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach for Preventing Relapse*. Guildford Press, New York.
- Segerstrom SC, Stanton AL, Alden, LE, Shortridge BE (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: what's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology* 85, 3, 909-921.
- Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE, Craske MG (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research* 24, 671-688.
- Smith JM, Alloy LB, Abramson LY (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, 443-454.
- Spasojevic J, Alloy LB (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk to depression. *Emotion* 1, 25-37.
- Spasojevic J, Alloy LB (2002). Who becomes a depressive ruminator?: Developmental antecedents of ruminative response style. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 16, 405-419.
- Spasojevic J, Alloy LB (2003). *Interpersonal Consequences of a Ruminative Response Style*. Manuscript in preparation, Temple University.
- Spasojević J, Alloy LB, Abramson LY, Maccoon D, Robinson, MS (2004). *Reactive rumination: Outcomes, mechanisms, and developmental antecedents*. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di) *Depressive*

Ruminazione depressiva e regolazione delle emozioni

- Rumination: Nature, theory and treatment*, pp. 43-85. John Wiley & Sons, Chichester.
- Stöber J (1998). Worry, problem elaboration and suppression of imagery: The role of concreteness. *Behaviour Research and Therapy* 36, 751-756.
- Stöber J, Borkovec TD (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research* 26, 89-96.
- Stroebe M, Gergen MM, Gergen KJ, Stroebe W (1992). Broken hearts or broken bonds. *American Psychologist* 47, 1205-1212.
- Svaldi J, Neumann E. (2014). Effects of Rumination and Acceptance on Body Dissatisfaction in Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review* 22, 5, 338-345.
- Svoboda E, McKinnon MC, Levine B (2006). The functional neuroanatomy of autobiographical memory: A meta-analysis. *Neuropsychologia* 44, 2189-2208.
- Teasdale JD (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion* 2, 3, 247-274.
- Teasdale JD, Barnard PJ (1993). *Affect, cognition, and change: Re-modelling depressive thought*. Erlbaum, Hove, United Kingdom.
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy* 33, 25-39.
- Trapnell PD, Campbell JD (1999). Private self-consciousness and the Five-Factor Model of Personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology* 76, 2, 284-304.
- Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research* 27, 3, 247-259.
- Twohig MP (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 4, 499-507.
- Verstraeten K, Vasey M, Raes F, Bijttebier P (2011). Brooding and reflection as components of rumination in late childhood. *Personality and Individual Differences*, 48, 367-372.
- Vingerhoets A, Nyklicek I, Denollet J (2008). *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues*. Springer Science, New York.
- Voon D, Hasking P, Martin G (2014). The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury. *British Journal of Clinical Psychology* 53, 1, 95-113.
- Ward AH, Lyubomirsky S, Sousa L, Nolen-Hoeksema S (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin* 29, 96-107.
- Watkins E (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences* 37, 679-694.
- Watkins E (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin* 134, 163-206.
- Watkins E (2009). Depressive rumination: investigating mechanisms to improve cognitive behavioural treatments. *Cognitive Behaviour Therapy* 38, 8-14.
- Watkins E, Baracaia S (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences* 30, 723-734.
- Watkins E, Baracaia S (2002). Rumination and social problem solving in depression. *Behaviour Research and Therapy* 40, 1179-1189.
- Watkins ER, Baeyens CB, Read R (2009). Concreteness training reduces dysphoria: Proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 55-64.
- Watkins E, Brown RG (2002). Rumination and executive function in depression: An experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 72, 400-402.
- Watkins E, Moberly NJ, Moulds ML (2008). Processing mode causally influence emotional reactivity/ distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion* 8, 3, 364-378.
- Watkins ER, Moulds M (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion* 5, 319-328.
- Watkins E, Teasdale JD (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology* 110, 353-357.
- Watkins E, Teasdale JD (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders* 82, 1-8.

- Weissman M, Klerman G (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry* 34, 98-111.
- Wells A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy* 21, 273-280.
- Wells A, Davies MI (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy* 32, 871-878.
- Wells A, Matthews G (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Lawrence Erlbaum, Hove, UK.
- Wells A, Papageorgiou C (2004). Metacognitive Therapy for Depressive Rumination. In C Papageorgiou e A Wells (a cura di) *Depressive rumination: nature, theory and treatment*, pp. 259-273. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- Whitmer A, Banich MT (2007). Inhibition versus switching deficits in different forms of rumination. *Psychological Science* 18, 546-553.
- Willem L, Bijttebier P, Claes L, Raes F (2011). Rumination subtypes in relation to problematic substance use in adolescence. *Personality and Individual Differences* 50, 695-699.
- Williams JMG (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In DC Rubin (a cura di) *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*, pp. 244-267. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Williams JMG, Broadbent K (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology* 95, 144-149.
- Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJ, Segal ZV (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders* 91, 189- 94.
- Wood JV, Saltzberg JA, Neale JM, Stone AA, Rachmiel TB (1990). Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology* 58, 1027-1036.
- Wortaman C, Silver R (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 349-357.

IL FENOMENO DEL SUICIDIO: EPIDEMIOLOGIA E DEFINIZIONI

Antonella Rainone*, Katia Tenore*, Alice Bertuzzi°, Sabrina Cantarano°, Maria Luisa Carenti°, Lorenzo Cruciani°, Angela De Angelis°, Giuseppina Fabene°, Claudia Govetto°, Edoardo Gregni°, Federica Liso°, Laura Pietracci°, Paola Sabatini°, Marta Sisto°, Alessandra Spennato°, Donatella Tommasi°

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC)

°Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC)

Corrispondenza

Antonella Rainone
rainone@apc.it

Riassunto

Nel considerare i vari aspetti legati al fenomeno suicidario, per la comunità scientifica il compito di fornire una definizione univoca del problema si è, nel corso del tempo, sempre più complicato. Infatti quello che emerge da una generale analisi della letteratura, è che i lavori degli Autori, che più si sono dedicati al tema del suicidio (O'Carroll 1996; Silverman 2006, 2007; De Leo 2004, 2006), non si concludono con un'unica definizione dello stesso e degli aspetti ad esso correlati bensì portano a nomenclature spesso discordanti tra loro a volte poco chiare.

Come segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, c'è una continua evoluzione dei termini utilizzati per indicare i diversi fenomeni legati al suicidio (OMS 2014); anche per quanto riguarda gli studi sull'epidemiologia dell'ideazione suicidaria e dei tentativi di suicidio, viene sottolineato come i dati presenti in letteratura siano spesso disomogenei, a causa delle diverse definizioni attribuite ai comportamenti suicidari e agli intervalli di tempo considerati nei vari studi di ricerca (Meneghel et al. 2004).

Il presente lavoro si propone di effettuare una revisione delle principali definizioni riportate in letteratura in riferimento al fenomeno suicidario, con lo scopo di proporre definizioni che possano essere il più possibile precise ed univoche. Si ritiene infatti che una nomenclatura più chiara e concorde possa favorire i clinici in termini di un miglior assessment e conseguentemente, per quanto possibile, condurre ad una miglior prevenzione del suicidio.

Parole chiave: suicidio, fenomeni suicidari, epidemiologia, nomenclatura

THE PHENOMENON OF SUICIDE: EPIDEMIOLOGY AND DEFINITIONS

Abstract

When the different aspects of suicidal phenomenon are considered, the aim of the Scientific Community

to reach an univocal definition of the topic is become more difficult. In fact, from a general analysis of the literature, it emerges that the studies of the Authors (O'Carroll 1996; Silverman 2006, 2007; De Leo 2004, 2006), who try to go deep in the suicide topic, don't show a common definition of suicide and his aspects and lead to discordant and unclear nomenclatures

As stated from World Health Organization (OMS) there is an on-going evolution of the terminology, used to describe suicide related phenomena (OMS 2014), also considering epidemiological studies of suicidal ideation and suicide attempts it is underlined that literature data are often uneven, because of the different definitions of suicidal behaviors and to the temporal range considered (Meneghel et al. 2004).

The present work has the aim to review the main definition of suicidal phenomenon in literature, with the goal to propose more accurate and univocal definitions. We think that a more clear and unanimous nomenclature may help clinicians in the assessment and consequently in suicide prevention.

Key words: suicide, suicide related phenomena, epidemiology, nomenclature

Epidemiologia

Suicidio nel mondo

Il rapporto pubblicato dall'OMS relativo all'anno 2012 ha evidenziato, sulla base delle statistiche relative ai tassi di suicidio nel mondo, come il suicidio globale costituisca uno dei più gravi problemi di salute pubblica, rappresentando la quindicesima principale causa di morte a livello globale e la seconda principale causa di decesso nella popolazione di età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Il suicidio impatta sulla parte più vulnerabile della popolazione mondiale, è altamente prevalente in gruppi sociali emarginati e discriminati e nei Paesi a basso e medio reddito in cui risorse e servizi, se presenti, sono spesso scarsi e limitati.

Nel 2012 sono stati stimati 804.000 morti per suicidio, un tasso di suicidio annuo globale standardizzato per età di 11,4 su 100.000 abitanti (15 per i maschi e 8 per le femmine). Tuttavia, essendo un fenomeno assai delicato e considerato illegale in alcuni paesi, è molto probabile che sia sottostimato e che molti decessi possano essere erroneamente classificati come dovuti a un'altra causa di morte.

Nei Paesi più ricchi il numero di morti per suicidio nella popolazione maschile è tre volte superiore a quella femminile, mentre nei Paesi a basso e medio reddito il divario è minore (1,5 uomini suicidi per ogni donna). A livello globale, i suicidi rappresentano il 50% di decessi violenti negli uomini e il 71% nelle donne. In relazione all'età, i tassi di suicidio sono più elevati dopo i 70 anni sia per gli uomini sia per le donne in quasi tutte le regioni del mondo (OMS 2014).

L'analisi dei dati sui suicidi relativi ai principali Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economici (OCSE) – Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Repubblica di Corea, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria – mette in luce due aspetti: il primo riguarda la Grecia, che dal 1993 al 2010 mostra i valori più bassi (mai oltre i 4 suicidi ogni centomila abitanti) tra tutti i Paesi considerati; il secondo riguarda la tendenza decrescente del fenomeno in gran parte dei paesi, seppur negli ultimissimi anni si osservino leggeri aumenti che sarà necessario valutare sulla base di ulteriori aggiornamenti (ISTAT 2012).

Per quanto riguarda i metodi di suicidio, l'attendibilità dei dati risulta alquanto limitata, poiché

tra il 2005 e il 2011 solo 76 dei 194 Stati membri dell'OMS hanno riportato dati relativi ai metodi di suicidio nel database di mortalità dell'OMS. Questi Paesi rappresentano circa il 28% di tutti i suicidi a livello mondiale, pertanto i metodi utilizzati nel rimanente 72% dei casi non sono chiari, inoltre la registrazione dei dati risulta molto più accurata nei Paesi ad alto reddito.

Nonostante l'incremento della popolazione tra il 2000 e il 2012, il numero assoluto di suicidi è diminuito del 9%, ma i dati relativi ai diversi Paesi presi in esame registrano un aumento del 38% nei Paesi a basso e medio reddito nella regione Africana e un calo del 47% nelle regioni a basso e medio reddito del Pacifico Occidentale (OMS 2014).

Riguardo al più importante fattore di rischio di suicidio nella popolazione generale, ovvero il tentato suicidio, i dati nel mondo non sono univoci come quelli riguardanti il suicidio, in quanto non esiste un unico organismo come l'OMS deputato al monitoraggio dei tentativi suicidari che avvengono ogni anno in tutte le Nazioni (Meneghel et al. 2004).

I tassi di parasuicidio rilevati nel periodo 1970-2000 nella popolazione generale mostrano un'incidenza che va da 2,6 a 1100 per 100.000 abitanti e un *range* di prevalenza *lifetime* che oscilla tra 720 e 5930 per 100.000 abitanti. In relazione all'età, è possibile osservare un'inversione di tendenza: mentre l'incidenza del suicidio cresce con l'aumentare dell'età, la tendenza dei tentativi di suicidio è opposta. La proporzione parasuicidi/suicidi completi nella popolazione anziana approssimativamente è risultata essere di 4:1, rispetto al 15:1 per la popolazione generale e al 200:1 per la fascia giovane (Meneghel et al. 2004; De Leo et al. 2001).

Per quanto riguarda la relazione tra genere e tentativo di suicidio i vari studi sono concordi nel rilevare una frequenza più elevata nel sesso femminile, indipendentemente dalla zona geografica indagata (Meneghel et al. 2004; Hjelmeland et al. 2000; Schmidtke et al. 1996; Moscicki 1995; Pavan et al. 1991).

Nonostante i rilievi epidemiologici costituiscano un apprezzabile riferimento per una valutazione dell'incidenza e prevalenza dei comportamenti suicidari, diversi ordini di fattori rendono problematiche le comparazioni tra dati provenienti da nazioni diverse. Esistono differenze tra un paese e l'altro nelle metodiche utilizzate per l'identificazione dei casi di suicidio e tentato suicidio, nella compilazione del certificato di morte e nella codifica della causa. Inoltre l'atteggiamento culturale nei confronti del fenomeno influisce sulle modalità di definizione del problema, sull'interpretazione dell'intenzionalità e sulle procedure informative per la raccolta dei dati, da ciò si suppone un elevato rischio di sottostima in ogni fascia di età (Meneghel et al. 2004; Pavan et al. 1991).

Suicidio in Europa

Tra il 1993 e il 2010 Estonia, Ungheria, Slovenia e Finlandia presentano i tassi più alti di suicidio (ISTAT 2012).

L'Italia è tra i Paesi con i livelli più bassi di mortalità per suicidio e presenta un trend negativo del fenomeno: dagli 8 decessi ogni centomila abitanti nel 1993, ai 5,9 nel 2009. Anche Regno Unito (7,7 nel 1993 e 6,7 nel 2010) e Spagna (8 nel 1993 e 6,9 nel 2009) mostrano valori relativamente bassi, ma la tendenza alla diminuzione è meno accentuata. La Francia passa da 21,6 suicidi per centomila abitanti ad inizio periodo (1993) a circa 16 negli ultimi anni (2006-2007-2008), la Germania, da 15,2 nei primi anni considerati (1993-1994-1995) scende a valori compresi tra 10 e 11 suicidi ogni centomila abitanti tra il 2006 e il 2010 (ISTAT 2012).

Infine, risulta particolarmente interessante considerare l'epidemiologia del fenomeno all'interno delle carceri. In Italia, nel triennio 2005-2007, il tasso di suicidio è stato pari a 10

casi ogni 10.000 detenuti; nel 2009 è salito a 11,2. In alcuni paesi, come la Francia, la Gran Bretagna e la Germania, che hanno un numero di detenuti paragonabile a quello dell'Italia, avvengono in media più suicidi rispetto a quelli che si registrano nelle nostre carceri (Ministero della Giustizia 2010). Tuttavia, per un confronto efficace tra i dati dei vari Paesi è utile prendere in considerazione anche la frequenza dei suicidi nella popolazione libera affinché il dato, relativo al sistema carcerario, possa essere contestualizzato nella comunità di riferimento. Tra i Paesi considerati, l'Italia presenta lo scarto maggiore tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta: in carcere i suicidi sono circa 9 volte più frequenti rispetto alla popolazione libera. In Gran Bretagna sono 5 volte più frequenti, in Francia 3 volte più frequenti, in Germania e in Belgio 2 volte più frequenti, mentre in Finlandia il tasso di suicidio è lo stesso dentro e fuori le carceri (Ministero della Giustizia 2010).

Suicidio in Italia

I tassi di mortalità per suicidio in Italia, come in altri Paesi del Mediterraneo, sono significativamente inferiori rispetto ai dati riportati dai Paesi del Nord e del Centro Europa e da altri continenti (Levi et al. 2003).

Nel 2008 l'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (Scocco et al. 2008) su un campione di 4712 persone residenti in Italia ha evidenziato che la prevalenza di ideazione suicidaria, di piani e di tentativi suicidari è del 3%, 0,7% e 0,5% rispettivamente. I tassi di prevalenza di questi fenomeni correlati al suicidio non differiscono dalle zone del nord, centro e sud Italia.

I fattori di rischio relativi al comportamento suicidario sono: il sesso femminile, la bassa istruzione e un'ideazione al suicidio precoce. La presenza di un disturbo mentale costituisce un rischio per tutti i fenomeni di suicidio indagati (ideazione, piani e tentativi di suicidio). La depressione e l'ansia rappresentano un importante fattore di rischio, così come i disturbi alimentari e l'abuso di sostanze tra i giovani. Tra gli anziani sono da non trascurare le malattie somatiche. Altri fattori, come il sesso e l'età, hanno dimostrato avere un'influenza variabile su specifici aspetti correlati al suicidio. La morte per suicidio è più frequente negli uomini e negli adulti più anziani, ma l'ideazione suicida è più comune tra le donne e le persone più giovani. I fattori socio-demografici hanno evidenziato come gli adolescenti con un'età compresa tra 15 e 19 anni, che vivono nel nord-est, riferiscono di avere pensieri suicidi e talvolta una grave ideazione suicida (Scocco et al. 2008).

Nomenclatura

L'OMS definisce il suicidio come “*un atto di eliminazione di se stesso, deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona interessata, nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato fatale*” (OMS 1998). Diversi sono gli autori che, nel corso del tempo, si sono occupati di fornirci una definizione, più o meno univoca, di suicidio: Davis nel 1988 lo descrive come “*Un atto auto inflitto, minaccioso della vita, fatale ed intenzionale, senza un manifesto desiderio di vivere; ci sono due componenti implicite: la mortalità e l'intento*”; nello stesso anno Rosenberg (1988), descrive il suicidio come una “*Morte derivante da un atto inflitto a se stesso, con l'intenzione di uccidersi*”; per Ivanoff (1989), il suicidio è definibile come una “*Morte intenzionale auto avviata*”; nel 1992, Mayo, individua 4 elementi che insieme contribuiscono a rappresentare il suicidio come un gesto compiuto da un'unica persona, che agisce in modo attivo o passivo ma con la finale intenzione della propria vita e, come un evento che ha luogo solo in caso di morte. Le definizioni di tale costrutto fanno tutte riferimento a un atto caratterizzato dall'intenzione di mettere fine alla

propria vita che si conclude con la morte del soggetto interessato. Altri autori, nel provvedere a una definizione chiara del fenomeno, oltre a sottolineare l'intenzionalità del suicidio, hanno messo in luce diversi aspetti legati al problema: Beachler (1975), ad esempio, pone l'accento sulle difficoltà esistenziali da cui può originare tale gesto; Goldsmith e collaboratori (2002) evidenziano invece le modalità attraverso cui può sopraggiungere la morte. L'Institute of Medicine, nel 2002, cerca di operazionalizzare il costrutto evidenziandone la multifattorialità. È utile citare anche la riflessione di Bridge (2005), il quale fa notare come il suicidio potrebbe essere caratterizzato anche da una conoscenza non sempre accurata delle conseguenze e dei rischi legati a tale comportamento.

Nel considerare i vari aspetti del fenomeno suicidario, per la comunità scientifica il compito di fornire una definizione univoca del problema si è complicato. Quello che emerge, infatti, da una generale analisi della letteratura, è che i lavori dei diversi autori che più si sono dedicati al tema del suicidio (O'Carroll 1996; Silverman 2006, 2007; De Leo 2004, 2006) non si concludono con un'unica definizione dello stesso, bensì con vere e proprie nomenclature caratterizzate a volte da poca chiarezza e spesso discordanti. In aggiunta alla sola descrizione di suicidio, vengono infatti introdotti una serie di concetti quali: suicidalità, parasuicidio, tentativo di suicidio, autolesionismo, comportamento suicida non fatale (con o senza lesioni), ideazione suicidaria ecc..

Una delle prime incongruenze che emerge riguarda il concetto di suicidalità. Ad esempio Silverman (2006) include con questo termine le ideazioni con o senza piani, i gesti suicidi e i tentativi di suicidio, descrivendo i pensieri e i comportamenti del suicida prima dell'atto vero e proprio. Nel 2001 la National Strategy for Suicide Prevention racchiude nel termine suicidalità pensieri, idee, piani e tentativi suicida ma, a differenza di Silverman, non si sofferma solo su ciò che precede l'atto ma considera anche i suicidi completati.

Nello specifico, alcuni termini inclusi nel più ampio concetto di suicidalità, vengono bene definiti e chiariti nel loro significato: De Leo (2004), ad esempio, definisce un Comportamento Suicida non fatale (con o senza lesioni) come *“Un atto non abituale con un risultato non fatale che l'individuo, assumendosi il rischio di morire o di infliggere danni fisici, inizia e porta avanti”*, intendendo un'azione non devastante anche se può presentarsi il rischio che la persona stessa possa morire.

Altri autori, invece, definiscono i comportamenti legati ad azioni di autodanneggiamento con il termine di Autolesionismo Deliberato; Hawton e Weatherall (2003) includono in questa categoria avvelenamento e autolesionismo non fatale indipendentemente dalla motivazione. Un'altra definizione di Autolesionismo Deliberato è: *“Comportamento intenzionale di auto danneggiamento, dove non vi sia evidenza di intenzionalità di morire. Comprende vari modi per cui gli individui feriscono se stessi, come: auto lacerazione, sovradosaggi, esibendo una deliberata imprudenza”* (AAS/SPRC 2006). Entrambe le definizioni si riferiscono, dunque, ad un'azione premeditata che rechi danno a se stessi sottolineando però che non sarà letale per la persona medesima; dunque, al contrario di De Leo che nella sua definizione di comportamento suicida prende in considerazione la possibilità che il soggetto vittima del danno possa morire, con l'introduzione del concetto di autolesionismo si considerano solo quelle azioni, meramente autoinflitte e che non saranno letali.

Altro concetto compreso nella categoria della suicidalità e riguardo al quale si è sentito il bisogno di specificare il significato è quello di ideazione suicidaria. Pavan nel 1991 in merito all'ideazione suicidaria si esprime in termini di: *“Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto soppressione; situazioni nelle quali l'individuo ha l'idea di auto sopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell'agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; desiderio di essere morto o un pensare alle modalità per uccidersi”*, riferendosi a quelle idee e

pensieri momentanei che oscillano tra il pensare che la propria vita non dovrebbe essere vissuta al pianificare di autoannullarsi senza arrivare al suicidio vero e proprio. Nel 2002 viene inclusa in questa definizione anche la preoccupazione delirante per il proprio o altrui suicidio (De Leo et al. 2002). Nel DSM-5 l'ideazione suicidaria è inclusa nel criterio 9 del Disturbo Depressivo Maggiore in termini di: *“pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico di commettere un suicidio”* (APA 2014).

Per quanto concerne il concetto di Parasuicidio, invece, ci troviamo di fronte ad una forte ambiguità di significati; nel citarne alcuni: Kreitman (1997) descrive il parasuicidio come l'insieme di *“Tutti gli avvenimenti auto lesivi che non hanno provocato la morte, indipendentemente dalla volontà dell'atto”*. L'Autore dunque pone l'accento sull'esito, una sfumatura che non considera l'intenzionalità ma solo la riuscita o meno dell'atto stesso. Al contrario, Pavan (1991) definisce il parasuicidio come un *“Atto a esito non fatale in cui un individuo mette in atto deliberatamente un comportamento non abituale che, senza l'aiuto di altri, danneggia sé stesso; oppure ingestione in eccesso di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che era stata prescritta in dosaggio terapeutico, mirando ad ottenere, in diretta conseguenza di ciò, un danno fisico”*, sottolineando, oltre all'esito, una certa significatività nell'intenzione di danneggiare se stessi. Ancora, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1994) si esprime in termini di: *“Tentativo di suicidio e parasuicidio sono termini usati intercambiabilmente riconoscendo le difficoltà inerenti l'accertamento degli intenti”*. L'OMS suggerisce, dunque, la possibilità di collocare il termine parasuicidio come sinonimo di tentativo di suicidio a prescindere dall'intenzionalità o meno del gesto, data la difficoltà, riconosciuta, del suo riscontro.

In proposito al tentativo di suicidio, alcune definizioni che si riscontrano in letteratura sembrano essere abbastanza concordi nel considerarlo un gesto auto inflitto, potenzialmente lesivo, attraverso il quale si manifesta l'intenzione esplicita o implicita di morire, con esito non fatale, che non provoca la morte dell'individuo: *“Un comportamento di potenziale auto danneggiamento con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza implicita o esplicita che una persona intende ad un certo livello (diverso da 0) di uccidere sé stesso. Il tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni”* (O'Carroll 1996); *“Un atto distruttivo auto inflitto e non fatale, con un esplicito o dedotto intento di morire”* (Goldsmith 2002); *“Un comportamento di potenziale auto danneggiamento, con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere sé stessa. Un tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni”* (NSSP 2001). In quest'ultima definizione della *“National Strategy for Suicide Prevention”* viene ripresa la definizione di tentativo di suicidio proposta da O'Carroll (1996). La NSSP effettua però una sottile distinzione separando la definizione di tentativo da quella di *“atto suicida”*, nel quale oltre alla potenzialità del gesto può determinarsi la morte: *atto suicida come “comportamento di potenziale auto danneggiamento per cui c'è evidenza che la persona probabilmente intendesse uccidere sé stesso; un atto suicida può provocare: morte, lesioni, o nessuna lesione”* (NSSP 2001).

Si rimanda all'Appendice 1 per una panoramica delle principali definizioni sull'argomento presenti in letteratura.

Tipologie di suicidio

La difficoltà nel riuscire a fornire una definizione univoca del fenomeno del suicidio si riscontra anche nel ridefinire una sintesi maggiormente omnicomprensiva della tipologia dei metodi utilizzati.

Uno dei primi autori a fornire una descrizione del fenomeno è stato Durkheim (1858-1917),

che classifica il suicidio in base a due criteri sociali: il criterio di *integrazione sociale* ed il criterio di *regolazione sociale*.

- 1) Per *integrazione sociale* l'autore indica l'alto o basso grado secondo cui una persona è integrata nella società in cui vive. Un livello di integrazione eccessivamente alto determina l'assorbimento dell'individuo all'interno della società stessa. Quando il livello di integrazione è, invece, eccessivamente basso, l'individuo tende ad allontanarsene, contrapponendosi ad essa. Per Durkheim, quindi:
 - nella società ad alta integrazione si verifica il “suicidio altruistico” che avviene quando una persona si sacrifica per il bene della collettività;
 - nella società a bassa integrazione si verifica, invece, il “suicidio individualistico” caratterizzato dall'isolamento dell'individuo dalla società, accompagnato da contestazione e ribellione.
- 2) Per *regolazione sociale* Durkheim fa riferimento al grado di controllo che la società estende sui suoi membri. Quando c'è un eccessivo controllo con regole rigide, l'individuo avverte senso di costrizione e oppressione. Quando il livello di controllo è eccessivamente basso si ha una disorganizzazione sociale in quanto le regole sono deboli. Anche in questo caso quindi:
 - in una società con alto controllo sociale si verifica il “suicidio fatalistico” dovuto a un'eccessiva regolamentazione, vissuta come oppressione;
 - in una società con un basso grado di controllo sociale si verifica, invece, il “suicidio anomico” dovuto alla mancanza di rispetto delle norme e allo sbriciolamento dei valori sociali.

Questa prima classificazione sociologica del suicidio è stata poi seguita da descrizioni più psicologiche del fenomeno.

La letteratura scientifica sull'argomento pone particolare attenzione al ruolo svolto dall'impulsività e all'influenza delle diverse culture di appartenenza nella scelta delle metodologie da applicare.

L'impulsività è una variabile complessa e difficilmente analizzabile, che comprende comportamenti quali lo scarso auto-controllo, l'assunzione di rischi, la ricerca di sensazioni forti per ottenere sufficiente soddisfazione e l'incapacità di ritardare la gratificazione (Migliarese et al. 2012). Proprio per le sue caratteristiche, diversi studi hanno definito l'impulsività come “facilitatore” dell'atto suicidario (Mann 1999; Baca Garcia 2005). Per tali ragioni risulta importante, anche nell'ambito clinico, conoscerne l'influenza che essa ha nell'atto suicidario e che caratteristiche presenta.

Diversi studi si sono occupati di identificare le differenze tra chi compie un suicidio pianificato e chi compie un suicidio impulsivo che potrebbero essere definite come due modalità opposte di compiere suicidio (la prima prevede la pianificazione della strategia o delle strategie di azione; la seconda si caratterizza proprio per la mancanza di progettazione).

Da uno studio condotto nelle carceri italiane (Carli 2010) in cui è stato indagato il ruolo dell'impulsività negli autolesionisti, tentatori e ideatori di suicidio, è emerso che l'impulsività contribuisce a una maggiore frequenza dei comportamenti aggressivi e dell'autolesionismo piuttosto che dei tentativi di suicidio. Gli ideatori di suicidio risultano invece maggiormente depressi e meno resilienti.

Uno studio di Spokas (2012) ha confermato tali risultati. Confrontando i tentativi *impulsivi* vs. *premeditati*, ha riscontrato che gli individui che compiono tentativi impulsivi di suicidio sono meno depressi di coloro che lo pianificano, riportano abusi sessuali in infanzia e presentano maggiormente disturbi da uso di alcol. Coloro che compiono tentativi impulsivi inoltre si aspettano che i loro

tentativi siano meno letali rispetto a chi li pianifica, ma in realtà la letalità dei due gruppi è risultata del tutto simile. Lo stesso fenomeno viene riscontrato da Wyder (2007) che ha inoltre rilevato che la maggioranza di coloro che tentano il suicidio, indipendentemente dall'impulsività, vivono il processo suicidario come fluttuante e non lineare.

Tale dato fa ben comprendere quanto prevedere un suicidio o un tentativo di suicidio possa essere difficile, perché il pensiero stesso di suicidarsi solitamente non segue un ragionamento progressivo quanto piuttosto un ragionamento alternato, a volte confuso.

Anche Wei (2013) ha confrontato i tentativi di suicidio impulsivi e non impulsivi in pazienti trattati nei pronto soccorso di quattro ospedali in Cina, confrontando caratteristiche socio-demografiche e psicologiche. È emerso che il 44% dei tentativi considerati risultavano impulsivi. I motivi riportati erano principalmente suscitare paura ed esprimere rabbia. Confermando i risultati riportati da Spokas (2013), tali soggetti avevano punteggi più bassi per ideazione suicidaria e per depressione, anche se riportavano una peggiore qualità della vita. Tra i soggetti che avevano compiuto atti impulsivi vi era una bassa prevalenza di disturbi psichiatrici, ma un'alta prevalenza di disturbi da abuso di sostanze. Wei individua anche dei "predittori dei tentativi di suicidio impulsivi": 1) avere credenze religiose; 2) un basso punteggio alla scala di ideazione suicidaria; 3) un basso punteggio per depressione.

In conclusione, i risultati degli studi riportati sono coerenti tra loro e individuano specifiche caratteristiche in grado di distinguere soggetti maggiormente a rischio di compiere atti suicidari impulsivi e non, con potenziali implicazioni anche in ambito clinico.

1. *Età*: i soggetti più giovani sembrano essere maggiormente propensi ad atti di tipo impulsivo. Probabilmente questa tendenza deriva anche dallo sviluppo più precoce del sistema limbico rispetto alla corteccia prefrontale e dalle conseguenze di questo disequilibrio. Il tardivo sviluppo delle aree deputate al controllo rispetto a quelle deputate agli aspetti emotivi potrebbe infatti spiegare l'alta *novelty seeking* e *sensation seeking* riconosciuta negli adolescenti e in generale nei soggetti più giovani (Migliarese 2012).
2. *Depressione*: I soggetti depressi, o con punteggi più elevati di depressione, sembrano essere meno propensi ad atti suicidari di tipo impulsivo, prediligendo la loro pianificazione. Tale fenomeno è confermato anche dai risultati di uno studio di Nakagawa (2009) sui correlati clinici dei tentati suicidi nei disturbi depressivi maggiori, evidenziando inoltre il fattore protettivo che invece è legato ai disturbi d'ansia. Secondo l'autore, nell'ambito di una psicoterapia, trattare l'ansia trascurando la depressione metterebbe i pazienti a rischio di comportamenti suicidari.
3. *Abuso di sostanze o di alcol*: tale dato è stato riscontrato in tutti gli studi riportati. Anche in questo caso è possibile ipotizzare una relazione tra l'uso di sostanze e la mancata inibizione della condotta.

Per quanto concerne la scelta delle metodologie utilizzate, un discorso a parte va fatto sull'influenza svolta dall'intenzione suicidaria. In generale, più un comportamento è caratterizzato dall'intento di morire, maggiore sarà la potenziale letalità del metodo scelto per adempiere a quella intenzione. Ciò è particolarmente vero nell'impiego programmato di determinati metodi, a differenza dell'atto impulsivo.

La scelta di un metodo di autodistruzione dipende molto da una serie di fattori che agiscono indipendentemente e in combinazione.

Come hanno descritto Berman, Litman e Diller (1989), questi fattori sono i seguenti.

- 1) *L'accessibilità e la facilità d'uso.*

- 2) *La conoscenza, l'esperienza e la familiarità.* L'uso e il possesso di armi è, per esempio, più diffuso nel sud degli Stati Uniti dove si registra anche un maggior numero di suicidi per arma da fuoco.
- 3) *Il significato, il simbolismo e la valenza culturale.* Si è a lungo teorizzato sul motivo per cui le donne suicidarie preferiscono ingerire dei farmaci, e ciò sembra sia dovuto all'innata preoccupazione riguardo al proprio aspetto fisico e al timore di deturpazioni. Inoltre i farmaci sono stati a lungo associati all'idea di un sonno pacificatore, l'equivalente simbolico della morte.
- 4) *Lo stato psichico del potenziale suicida.* Il bisogno di far conoscere le proprie riflessioni negli ultimi istanti di vita sembra essere associato alla scelta del metodo. Peck (1986) in uno studio sui giovani suicidi scoprì che coloro che usano metodi meno cruenti e meno letali (alcol e barbiturici, avvelenamento da monossido di carbonio) è più probabile che lascino alcune righe prima di suicidarsi. I metodi più strani e bizzarri sono quasi esclusivamente utilizzati da psicotici.

I fattori culturali, in particolare giocano un ruolo importante per la scelta del metodo, così come l'immagine collettiva che la società ha dei diversi mezzi. Ad esempio, in tempi di crisi, i suicidi "spettacolari" aumentano rispetto ai periodi normali.

Per quanto riguarda le metodologie prescelte per attuare il suicidio i dati a livello nazionale sono piuttosto limitati.

Secondo i dati ISTAT pubblicati nel 2012 e risalenti agli anni 1993-2009 per gli uomini troviamo al primo posto "impiccagione e soffocamento" (52,1%), al secondo "precipitazione" (16,6%), al terzo "arma da fuoco ed esplosivi" (15%). Nelle donne troviamo, invece, al primo posto "precipitazione" (35,1%), al secondo "impiccagione e soffocamento" (33,4%) e al terzo "avvelenamento" (12,1%). Sembra emergere che dal 1993 al 2009 abbiano subito una sensibile diminuzione le modalità "avvelenamento" tra gli uomini e "annegamento" tra le donne.

Secondo i dati dei Paesi membri OMS, tra quelli ad alto reddito la maggior parte dei suicidi sembra avvenire per mezzo di armi da fuoco, soprattutto in America (46%). In Paesi con un'alta percentuale di residenti nelle campagne impegnati nell'agricoltura, uno dei metodi principali di suicidio è quello da "avvelenamento con pesticidi". La revisione dei dati per gli anni 1990-2007 stima che circa il 30% dei suicidi a livello mondiale siano dovuti ad avvelenamento da pesticidi, soprattutto in Paesi a medio e basso reddito. Come detto per le tipologie di suicidio, anche le metodologie di suicidio sono influenzate dall'ambiente, possono cambiare nel tempo e possono diffondersi da una cultura all'altra. In aree altamente urbanizzate, come la Cina, dove la maggioranza della popolazione vive in grattacieli, il metodo di suicidio più comune sembra essere la "precipitazione".

Per quanto riguarda invece le regioni asiatiche, il suicidio per auto-immolazione rispecchia la connotazione culturale del fuoco che simboleggia la protesta contro le ingiustizie nella vita. La disponibilità, inoltre, all'accesso del kerosene comporta che le donne in India e in alcuni Paesi musulmani (come Iran e Pakistan) tendano a darsi fuoco durante litigi familiari come conflitti di coppia e per la dote.

In conclusione per fornire una chiave di lettura più ampia, ma non esaustiva data l'evidente complessità dell'argomento, viene riportata di seguito una tabella riepilogativa delle diverse tipologie di suicidio.

SUICIDIO DIMOSTRATIVO	L'individuo non vuole realmente uccidersi, ma si configura generalmente come una richiesta di aiuto. Può avere significato di vendetta nell'intento di suscitare nell'altro un senso di colpa, di ricatto per ottenere qualcosa, di sacrificio per raggiungere una condizione superiore, di ordalia per sfidare la vita.
SUICIDIO LIBERATORIO	Può avere significato di fuga da una situazione vissuta come insopportabile, di lutto come perdita di una parte di sé, di castigo per l'espiazione di una colpa e di delitto in cui si cerca di portare con sé nella morte un'altra persona.
SUICIDIO PIANIFICATO	Quando un soggetto pianifica la propria morte. Può essere semplice o complesso nel caso in cui vi è la combinazione di più metodi per evitare il fallimento del primo metodo e garantire un esito fatale.
SUICIDIO DA BILANCIO	Quando una persona facendo un bilancio su come ha vissuto può essere indotta al suicidio dalla convinzione di essere un fallito. Si verifica un crollo dell'autostima che porta ad una svalutazione ed autocolpevolizzazione di fronte a se stessi e un senso di vergogna davanti agli altri.
SUICIDIO DI COPPIA	E' detto anche "suicidio romantico". Si verifica quando tra due partner esiste un'elevata confluenza o simbiosi. Può riguardare due coniugi, due fidanzati, due amici o un genitore e un figlio. Quando le due persone decidono di togliersi la vita insieme stringono un "patto di suicidio" per promettersi di condividere tutto fino alla fine. Si verifica soprattutto quando entrambi vivono la sensazione di una vita insopportabile e senza senso. Talvolta è simultaneo, altre volte capita che sia attuato da un partner che uccide prima l'altro e poi se stesso. Può succedere, però in questo caso, che la vista del corpo morto dell'altro possa essere talmente sconvolgente da indurre una pausa di riflessione che consente di "svegliarsi" e abbandonare i propositi suicidi.
SUICIDIO DI DENUNCIA O DI PROTESTA	Quando una persona vede che tutti i suoi appelli dovuti alla frustrazione sono rimasti inascoltati può essere indotta a tentare modi di protesta più evidenti ed estremi
SUICIDIO EGOISTICO	È commesso da persone con un basso grado di integrazione sociale, cioè persone isolate, chiuse, spesso disadattate. Generalmente queste persone si allontanano dagli altri e si oppongono alle norme sociali. Assumono un'onnipotente illusione di autosufficienza o autarchia.
SUICIDIO IMPULSIVO	Quando è presente un'incontenibile agitazione, una forte pressione interna, un'elevata instabilità emotiva, un'exasperazione di emozioni negative. È commesso da chi sente l'impossibilità di sopportare continue frustrazioni, avvillimenti, mortificazioni: si passa subito all'azione (acting out) per liberarsi da una situazione vissuta come intollerabile.
SUICIDIO ISTITUZIONALE	È riconosciuto in alcune tradizioni: in India c'è l'usanza, per esempio, del suicidio della vedova. Questo rituale (desiderare di morire dopo la perdita di una persona cara) si verifica anche a livello psicologico nella nostra società quando muore il coniuge.

SUICIDIO LUCIDO E RAZIONALE	Si sceglie il suicidio utilizzando argomentazioni strettamente logiche e razionali. Chi lo realizza non è in preda ad emozioni impulsive e non soffre di disturbi mentali. È detto anche “suicidio filosofico” ed è teorizzato e attuato da quegli intellettuali o saggi, i quali ricorrono a esso con argomentazioni fredde, logiche e razionali per allontanarsi dal disgusto della vita o dalla nebbia della noia.
SUICIDIO DA NOIA O DA TEDIUM VITAE	In questo caso non si “vedono” stati d’animo sconvolti, tormenti o situazioni ambientali intollerabili ma la persona si uccide perché la sua vita non ha nessun gusto o sapore, tutto sembra piatto, grigio, indifferente. Questa triste stasi emotiva insidia spesso alcuni adolescenti suicidi, i quali sfiorano la morte con indifferenza, distacco, apatia.
SUICIDIO MASCHERATO	Quando non si vuol far sapere i propri intenti suicidi perché ci si vergogna. Quando non si vuole incolpare la propria famiglia oppure si vuol fare riscuotere un’assicurazione sulla vita. Menninger (1938) lo ha definito “suicidio parziale” che secondo lui può essere riscontrato in tossicodipendenti, alcolisti, fumatori accaniti, personalità antisociali.
SUICIDIO DI MASSA	Alcuni sono dettati da situazioni sociali e ambientali insopportabili; altri sono inseriti in contesti religiosi dove si predica il suicidio come passaggio veloce verso l’altro mondo. Altri suicidi collettivi nascono in ambito adolescenziale dall’imitazione di comportamenti autodistruttivi dei coetanei. Si tratta tuttavia di casi meno frequenti rispetto ai suicidi individuali. Generalmente questi gruppi sono uniti o dall’uso di droga o da situazioni di insuccesso scolastico o emarginazione o fallimenti sociali.
SUICIDIO ORGANICO CONTRO IL PROPRIO CORPO	È attuato da quelle persone che non vogliono più vivere e riducendo la loro spinta vitale si rendono più predisposte a contrarre malattie e a conseguire più facilmente morti premature, attraverso tumori, malattie di cuore, diabete, enfisema. Secondo Menninger (1938) si tratta di una “conversione somatica” del desiderio di morire: è come se il corpo fosse invaso dalla morte psicologica che conduce poi a quella fisica. La malattia psicosomatica potrebbe rappresentare la “realizzazione” di questo desiderio di distruzione.
SUICIDIO ORDALICO	Quando si lascia alla fortuna, al fato, decidere della propria vita. Per esempio il passatempo mortale della roulette russa. La funzione di ordalia (ordalia = giudizio di Dio) consiste nel mettere alla prova il destino per “vedere se ci ama o ci odia”. Alcuni ricorrono a questi giochi pericolosi per riempire il vuoto della propria vita con sensazioni forti, eccitanti.
SUICIDIO PASSIONALE	Scaturisce quando si è in preda a un’emozione sconvolgente che annulla ogni considerazione razionale. Generalmente nasce da una forma patologica di gelosia amorosa, quando l’abbandono crea una profonda ferita narcisistica che fa crollare l’autostima. Spesso il suicidio passionale è preceduto dall’omicidio.

SUICIDIO RELIGIOSO	Al tempo dei martiri cristiani era diffuso un intenso atteggiamento mistico-religioso che considerava il martirio come un modo per ricongiungersi alla divinità e vivere in Cristo. Quando il suicida ha tale impostazione mistico-religiosa non è focalizzato tanto sulla morte, ma sul ricongiungimento all'energia universale in cui trovare la pace eterna.
SUICIDIO RIPARATORE	La spinta al suicidio riparatore è molto elevata quando si verificano scandali giganteschi. Una persona che ha commesso imbrogli e crimini si sente spinto al suicidio per espiare le proprie colpe per poi sentirsi assolto.
SUICIDIO PERSECUTORIO	Accade quando ci si sente perseguitati da una persona considerata la causa di tutta la propria infelicità. Si cerca di colpire in se stessi la persona che ci ha deluso e distrutto.
OMICIDIO-SUICIDIO	È composto di due momenti. Un primo momento in cui si uccide l'altro e un secondo in cui si uccide se stessi. I motivi dell'omicidio-suicidio possono essere raggruppati in due categorie: quello aggressivo-sessuale dovuto a gelosia che si attua quando si massakra il partner e poi ci si uccide; e quello aggressivo-protettivo che si verifica quando si uccidono i figli e le persone care e poi se stessi.
SUICIDIO SANSONICO	Quando si provoca la propria morte, ma per ammazzare anche altre persone.
SUICIDIO AGGRESSIVO DEI KAMIKAZE	È il suicidio attuato come arma di lotta contro i nemici o gli invasori.

(Adattato da Polito M. *Suicidio: la guerra contro se stessi. Cause e prevenzione*. Libreriauniversitaria.it Editore. Padova 2009)

Conclusioni

La lingua della suicidologia è vasta ed eterogenea. Molti altri autori, oltre a quelli menzionati, hanno tentato di definire meglio il fenomeno, tuttavia le contraddizioni in merito restano numerose (per un approfondimento si rimanda all'Appendice 1). Una nomenclatura meno ambigua e più concorde potrebbe portare beneficio al campo della ricerca e anche a quello della clinica in termini di un miglior assessment e conseguentemente, per quanto possibile, condurre ad una miglior prevenzione del rischio suicidario. Questo obiettivo è stato proprio oggetto del nostro lavoro.

Vogliamo quindi concludere proponendo una nomenclatura che riteniamo più chiara e specifica e che abbiamo elaborato a partire dall'esperienza clinica e come tentativo di trovare una sintesi delle diverse definizioni di suicidio e dei suoi correlati riportati in letteratura.

In merito al termine **Suicidalità** la definizione che riteniamo esser più completa ed esaustiva è quella fornita dalla National Strategy for Suicide Prevention nel 2001 che racchiude pensieri, idee, piani e tentativi suicida e anche suicidi completati.

Consideriamo il **Parasuicidio** un comportamento o atto deliberato o atto deliberato non fatale, non intenzionale, ossia che non implica l'intenzione di morire e che arrechi un danno immediato alla propria incolumità fisica; se l'esito è mortale è considerato incidentale. A nostro avviso, si può includere all'interno della categoria Parasuicidio anche l'autolesionismo solo nel caso in cui minacci l'incolumità fisica del soggetto.

Per quanto concerne gli **Atti suicidari** possiamo descriverli come qualsiasi comportamento

intenzionale di togliersi la vita, compresi quelli con esito fatale; nel caso in cui l'esito non risulti essere fatale sono detti **Tentativi di suicidio**. Entrambi, Atti e Tentativi suicidari, non rientrano nella categoria **parasuicidaria**.

All'interno del costrutto di **Ideazione Suicidaria** includiamo idee, pensieri e piani di suicidio; riteniamo idonea la definizione del *Trattato Italiano di Psichiatria* (Pavan 1991): "Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto soppressione; situazioni nelle quali l'individuo ha l'idea di auto sopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell'agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; desiderio di essere morto o un pensare alle modalità per uccidersi".

Per concludere, il **Suicidio** è inquadrabile quale atto riuscito con esito fatale.

APPENDICE 1

SUICIDALITÀ:

- *"Include: ideazione con o senza piano, gesti suicidi e tentativi di suicidio. Descrive i pensieri e i comportamenti del suicida prima dell'atto vero e proprio"*, Silverman (2006);
- *"Termine che racchiude: pensieri, idee, piani, tentativi suicida e suicidi completati"*, Strategia Nazionale per la Prevenzione dei Suicidi (2001).

PARASUICIDIO:

- *"Tentativo di suicidio e parasuicidio sono termini usati intercambiabilmente riconoscendo le difficoltà inerenti l'accertamento degli intenti"*, OMS (1994);
- *"Atto ad esito non fatale in cui un individuo mette in atto deliberatamente un comportamento non abituale che, senza l'aiuto di altri, danneggia sé stesso; oppure gestione in eccesso di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che era stata prescritta in dosaggio terapeutico, mirando ad ottenere, in diretta conseguenza di ciò, un danno fisico"*, tratto dal *Trattato Italiano di Psichiatria*, Pavan (1991);
- *"Tutti gli avvenimenti auto lesivi che non hanno provocato la morte, indipendentemente dalla volontà dell'atto"*, Kreitman (1997).

TENTATIVO DI SUICIDIO:

- *"Un comportamento di potenziale auto danneggiamento con un risultato non fatale per cui c'è evidenza implicita o esplicita che una persona intende ad un certo livello (diverso da 0) di uccidere se stesso. Il tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni"*, O'Carroll (1996);
- *"Un comportamento di potenziale auto danneggiamento, con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere se stessa. Un tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni"*, Strategia Nazionale per la Prevenzione del Suicidio (2001);
- *"Un atto distruttivo auto inflitto e non fatale, con un esplicito o dedotto intento di morire"*, Goldsmith (2002);
- *"Un comportamento potenzialmente autolesionista con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona avesse l'intento di uccidere se stesso senza portare a termine l'intento a causa di un fallimento o di un intervento salvifico"*, AAS/SPRC (2006).

ATTO SUICIDA:

- *"Un comportamento di potenziale auto danneggiamento per cui c'è evidenza che la per-*

sona probabilmente intendesse uccidere se stesso; un atto suicida può provocare: morte, lesioni, o nessuna lesione”, Strategia Nazionale per la Prevenzione del Suicidio (2001).

AUTOLESIONISMO:

- *“Include avvelenamento e autolesionismo non fatale, indipendentemente dalla motivazione”, Hawton (2003);*
- *“Comportamento intenzionale di auto danneggiamento, dove non vi sia evidenza di intenzionalità di morire. Comprende vari modi per cui gli individui feriscono se stessi, come: auto lacerazione, sovradosaggi, esibendo una deliberata imprudenza”, AAS/SPRC (2006).*

COMPORAMENTO SUICIDARIO:

- *“Un atto non abituale con un risultato non fatale che l’individuo, assumendosi il rischio di morire o di infliggere danni fisici, inizia e porta avanti”, De Leo (2004).*

IDEAZIONE SUICIDARIA:

- *“Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto soppressione; situazioni nelle quali l’individuo ha l’idea di auto sopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell’agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; desiderio de essere morto o un pensare alle modalità per uccidersi”, tratto da Trattato Italiano di Psichiatria, Pavan (1991).*

SUICIDIO:

- *“Tutti i casi di morte risultanti direttamente o indirettamente da atti positivi o negativi provocati dalla stessa vittima che sa che produrranno questo risultato”, Durkheim (1897);*
- *“Il suicidio è un omicidio (che coinvolge l’odio e il desiderio di uccidere); “Il suicidio è un omicidio su se stessi (spesso coinvolge la colpa o il desiderio di essere ucciso); “E’ il desiderio di morire, coinvolge la disperazione”, Menninger (1938);*
- *“Tutti i comportamenti che cercano e trovano la soluzione a un problema esistenziale facendo un tentativo sulla vita del soggetto”, Baechler 1975);*
- *“È un atto coscienzioso di auto annientamento, meglio inteso come un malessere multidimensionale in un individuo bisognoso, il quale definisce un problema per il quale il suicidio è la migliore soluzione”, Shneidman (1985);*
- *“Un atto con un risultato fatale che il defunto, conoscendo o aspettandosi tale risultato, aveva iniziato e portato avanti con lo scopo di provocare i cambiamenti desiderati”, OMS (1986);*
- *“Un atto auto inflitto, minaccioso della vita, fatale e intenzionale, senza un manifesto desiderio di vivere; ci sono due componenti implicite: la mortalità e l’intento”, Davis (1988);*
- *“Morte derivante da un atto inflitto a se stesso, con l’intenzione di uccidersi”, Rosenberg (1988);*
- *“Morte da lesione, avvelenamento o soffocamento dove si evince (esplicitamente o implicitamente) che la lesione sia stata auto inflitta e che il defunto intendesse uccidersi”, OCDS definition (1988);*
- *“Morte intenzionale auto avviata”, Ivanoff (1989);*

- “La definizione di suicidio ha 4 elementi: (1) Il suicidio ha avuto luogo solo in caso di morte; (2) Deve essere compiuto da una sola persona; (3) L'agente del suicidio può essere attivo o passivo; (4) Implica un finale intenzionale della propria vita, Mayo (1992);
- “Per definizione il suicidio non è una malattia, ma una morte che è stata causata da un comportamento o un'azione intenzionale ed auto inflitta”, Silverman e Maris (1995);
- “Un atto di uccisione su se stesso deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona interessato nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato fatale”, OMS (1998);
- “Morte da lesione, avvelenamento o soffocamento, dove è evidente che l'atto auto inflitto ha portato alla morte della persona”, Goldsmith et al. (2002);
- “Atto fatale auto inflitto e distruttivo con un esplicito o dedotto intento a morire. La descrizione multi assiale comprende: metodo, posizione, intento, diagnosi e demografia”, IOM (2002);
- “Un atto con un risultato fatale che il defunto conoscendo e aspettandosi un risultato fatale, ha iniziato e portato avanti con lo scopo di portare cambiamenti voluti”, De Leo (2004);
- “Definiamo intenzionalità suicidaria, come il desiderio, volontà, di porre fine alla propria vita come esperienza cosciente; con associata una conoscenza più o meno accurata del comportamento e delle conseguenze associate al rischio. Inoltre, viene presa in considerazione la percezione e la conoscenza dei metodi e dei mezzi disponibili per raggiungere il risultato desiderato”, Bridge (2005);
- “Esito del comportamento, l'atto, l'intenzione di morire o smettere di vivere per acquisire uno status differente, la consapevolezza delle conseguenze”, De Leo (2006).

Bibliografia

- American Association of Suicidology/Suicide Prevention Resource Center [AAS/SPRC] (2006). Resource sheet #2: *The language of suicide. Core competencies for the assessment and management of individuals at risk for suicide*. Washington, DC.
- Baechler J (1975). *Suicides*. Basic Books, New York.
- Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA (2005). Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *American Journal of Psychiatry* 162, 2173-2175.
- Center for Disease Control and Prevention [CDC] (1988). CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters morbidity and mortality. *Weekly report* 37, 1-2.
- Davis JH (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. In J Nolan (Ed) *The suicide case: Investigation and trial of insurance claims. Tort and Insurance Practice Section*, pp. 33-50. The American Bar Association, Washington, DC.
- De Leo D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof ADM, Bille-Brahe U (2004). Definitions of suicidal behavior. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, S.D.M. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 17-39). Washington, DC: Hogrefe & Huber.
- De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille Brahe U (2006). Definitions of Suicidal Behavior. Lesson learned from the OMS/EURO Multicentre Study. Hogrefe and Huber Publishers 27, 1, 4-25.
- De Leo D, Padoani W, Scocco P et al. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the OMS/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 16, 300-310.
- De Leo D, Pavan L et al. (2002). Il Suicidio. In Cassano GB, Pancheri P et al. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, 2393-2416.
- Durkheim E (1951). *Suicide: A study in sociology* (JA Spaulding & G Simpson, Trans.). The Free Press,

- London. (Original work published 1897).
- Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti su dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d'Europa, e dell'U.S. (2010). *Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesieuropoi e gli Stati Uniti*. Department of Justice - Bureau of Justice Statistics.
- Eshun S (2003). Sociocultural determinants of suicide ideation: a comparison between american and ghanaiian college samples. *Suicide Life-Threat Behav* 33, 165-71.
- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE (Eds) (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. The National Academies Press, Washington, DC.
- Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*, 7, 357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
- Hawton KD, Weatherall R (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients OMS presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry* 182, 537-542.
- Hjelmeland H, Nordvik H, Bille-Brahe U et al. (2000). A cross-cultural study of suicide intent in parasuicide patients. *Suicide Life-Threat Behav* 30, 295-303.
- ISTAT (2012). *I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche*.
- Ivanoff A (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly* 60, 73-84.
- Kreitman N (1977). *Parasuicide*. Wiley, New York.
- Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Safena S, Maulik PK et al. (2003). Trends in mortalità from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand* 108, 341-9.
- Mayo DJ (1992). What is being predicted? The definition of "suicide". In RW Maris, AL Berman, JT Maltsberger & RI Yufit (Eds) *Assessment and prediction of suicide*, pp. 88-101. Guilford, New York.
- Meneghel B, Corinto B, Pavan C, Pavan L (2004). Epidemiologia del tentativo di suicidio e dell'ideazione suicidaria. *Noos aggiornamenti in psichiatria* 4, 247-256.
- Menninger K (1938). *Man against himself*. Harcourt, Brace & World, New York.
- Moscicki EK (1995). Epidemiology of suicidal behaviour. *Suicide Life-Threat Behav* 25, 22-35.
- National Strategy For Suicide Prevention (2001). *Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26, 237-252.
- Pavan L (1991). Suicidio. In *Trattato Italiano di Psichiatria*. 2° ed., Masson, Milano, pp. 2393-422.
- Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Gantner G et al. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences* 32, 1445-1455.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the OMS/EURO Multicentre Study of Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 327-38.
- Schneidman ES (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons, New York.
- Scocco P et al. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry* 49, 13-21.
- Silverman MM (2006). Suicide & Life – Threatening Behavior. *ProQuest Psychology Journals* 36, 5, 519.
- Silverman MM, Maris RW (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, 296-301.
- Welch SS (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv* 52, 368-75.
- World Health Organization (1986). *Summary report: Working group in preventive practice and attempted suicide*. OMS Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Suicide. Author, Geneva.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. http://apps.OMS.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

L'INTERVENTO DI VALIDAZIONE: PER UNA CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI IN PSICOTERAPIA

Rosario Esposito

Scuola di Psicoterapia Cognitiva s.r.l., Napoli

Corrispondenza

rosaverde@libero.it

Riassunto

Una classificazione degli interventi clinici potrebbe risultare di grande utilità per definire chiare strategie nel lavoro psicoterapeutico. Rispetto ad una classificazione che prevede la categorizzazione di interventi clinici riferiti a variabili individuali che andrebbero a modificare, si sono elencate quattro categorie di interventi: la ristrutturazione cognitiva, la validazione, il fornire abilità e il favorire una sequenza psicobiologia. In questo lavoro verrà approfondito il solo intervento di *validazione*, tra le quattro categorie, considerato il più complesso e controverso e pertanto meritevole di una trattazione a parte. Dopo una descrizione di questo importante strumento e l'ipotesi di una sua funziona come conferma di appartenenza al gruppo, il lavoro prosegue con la possibilità di integrare la validazione con il modello ABC della terapia cognitiva. Successivamente l'intervento di *validazione* è confrontato con la ristrutturazione cognitiva e sono elencati quattro criteri rispetto ai quali utilizzare l'uno o l'altro: il senso di appartenenza, la causa dello stato affettivo, la fonte e la veridicità. Concludono il lavoro alcuni esempi di interventi clinici.

Parole chiave: psicoterapia, validazione, classificazione interventi, terapia cognitiva, integrazione in psicoterapia

THE INTERVENTION OF VALIDATION: A CLASSIFICATION OF INTERVENTIONS IN PSYCHOTHERAPY

Abstract

A classification of clinical interventions could be very useful to define clear strategies in psychotherapeutic work. Compared to a classification which provides for the categorization of interventions based on individual variables that should be a change, they have identified four categories: cognitive restructuring, validation, provide skills and encourage a sequence psychobiology. In this work only the intervention of validation will be deepened among the four, considered the most complex and controversial category and therefore worthy of a separate discussion. After a description of this important instrument and the assumption of its functions as a confirmation of belonging to the group, the work continues with the ability to integrate validation with the ABC model of cognitive therapy. Subsequently the intervention of validation is compared with cognitive restructuring and lists four criteria against which to use one or the other interventions: a sense of belonging, the

cause of the affective state, the source and veracity. Conclude the work a few examples of clinical interventions.

Key words: psychotherapy, validation, classification interventions, cognitive therapy, psychotherapy integration

Introduzione

La terapia cognitivo-comportamentale è un orientamento psicoterapeutico molto variegato accomunato però dal tentativo di dimostrare l'efficace dei suoi interventi. Questo orientamento risulta flessibile e adattabile e, a mano a mano che nuovi interventi per la cura dei disturbi emotivi si dimostrano efficaci, gli stessi sono incorporati nel bagaglio di ogni buon terapeuta cognitivista. Se questo da un lato è un fattore positivo perché fornisce un'ampia scelta di strumenti, dall'altro la stessa pluralità e complessità degli interventi rende l'impostazione del caso clinico e la strategia terapeutica sempre più difficile e complessa. Uno dei modi per ovviare a questa difficoltà sarebbe il disporre di una classificazione degli interventi in psicoterapia per evitare sovrapposizioni terminologiche e chiarendo come e perché si utilizza una tecnica anziché l'altra.

Vista la scarsità di tali classificazioni in letteratura (Sapuppo et al. 2013), è nostro intento quello di creare una classificazione degli interventi in psicoterapia che possa tener conto delle sole *variabili psicologiche individuali* sulle quali gli interventi stessi agiscono. Se due interventi, descritti in modo operativo, agiscono sulla stessa variabile psicologica individuale (ad es. il dialogo interno), questi sono raggruppati nella stessa categoria. Questa classificazione riferita alle variabili individuali su cui gli interventi agiscono piuttosto che sulle azioni che si compiono, può essere utile a definire la funzione che l'intervento ha e pertanto a confrontare, in termini di utilità ed efficacia, i diversi strumenti clinici tra loro.

Di questa classificazione, che illustreremo dettagliatamente in un successivo lavoro e che comprende le categorie degli interventi di ristrutturazione cognitiva, di validazione, del fornire abilità e del favorire una sequenza psicobiologia (Esposito 2004, 2006, 2008a; Marra e Esposito 2014), riteniamo che l'intervento di validazione (Linehan 1993; Esposito 2010) sia il più importante e controverso e, per questo motivo, necessita, in questo articolo, di una trattazione a parte. In particolare in questo lavoro, dopo aver definito l'intervento di validazione e chiarito a cosa può servire, il confronto sarà fatto tra validazione e ristrutturazione cognitiva mentre in un successivo lavoro il confronto sarà fatto tra tutte le categorie della classificazione definendo così delle possibili e coerenti strategie terapeutiche.

L'intervento di validazione

Quando si svolge un intervento di validazione si comunica al paziente, senza ambiguità, che il suo comportamento è logico ed è possibile comprenderne il significato tenendo conto del contesto in cui si realizza (Linehan 1993; Esposito 2010). In questo senso "le strategie di validazione rappresentano l'esempio più evidente e diretto di strategie di accettazione che è dato ritrovare in questo modello" (Linehan 2001, p. 217). Più che considerare il comportamento del paziente (le emozioni, il comportamento, i suoi pensieri) un problema da dover modificare, ad esempio con una ristrutturazione cognitiva, l'intervento di validazione, è il cercare di giustificare quel comportamento alla luce del contesto, della storia, dei vincoli genetici e biologici di quel paziente. *Quello che pensi, senti e fai è comprensibile ed ha una logica rispetto alla tua storia, al contesto che stai vivendo, ai fattori genetici e biologici che ti appartengono.* La validazione,

così come concettualizzata dalla Linehan, può assumere quindi quattro forme: ci possono essere validazioni delle emozioni, dei comportamenti, delle cognizioni, oppure incoraggiare per doti naturali non ancora valorizzate. Inoltre è prevista la possibilità, il sesto dei livelli classificati dalla Linehan, di validare la persona in quanto tale, prescindendo dai suoi comportamenti, emozioni e cognizione (Linehan 2001, 2009). La validazione, inoltre, si articola in tre differenti fasi: l'ascolto e l'osservazione, il rispecchiamento e la validazione diretta vera e propria. Lo scopo finale dell'intervento resta comunque l'acquisizione da parte del paziente di una funzione autonoma di auto-validazione (Linehan 2001). Questo tipo di intervento risulta essere un potente mezzo di cura nelle sedute di psicoterapia, anche se contro-intuitivo. Infatti, anziché individuare un problema e modificarlo, si cerca di riconoscerlo e renderlo comprensibile, logico e coerente con tutti gli altri aspetti della vita del paziente. È contro-intuitivo perché pur di dare dignità e valore al paziente e ai suoi comportamenti si possono validare anche comportamenti negativi, sbagliati o disfunzionali avendo cura di separare comunque "il grano dalla paglia" (Linehan 1997 p. 375).

Secondo Leahy (2005) è possibile collocare la validazione tra empatia, cioè la capacità di capire ciò che prova un'altra persona, e la compassione, che ci permette di sentire *con* e *per* un'altra persona, preoccupandoci della sua sofferenza. Per comprendere il valore terapeutico dell'intervento di validazione, questo autore lo avvicina alla *responsività* del sistema di accudimento. Validare qui assume il significato di rispondere ai bisogni del paziente, di accudire. Considerato, infatti, che la validazione degli stati emotivi sperimentati nel rapporto con i genitori e nei rapporti successivi influenza le credenze sulle proprie emozioni, il nucleo della terapia diventa una relazione terapeutica capace di riattivare e correggere tali esperienze emozionali proprio attraverso la validazione. Inoltre, l'identificazione delle regole e delle strategie che il paziente utilizza per ottenere validazione in terapia, rappresenta un'occasione importante per comprendere e modificare lo stile di interazione disfunzionale che egli solitamente utilizza nelle relazioni significative (Leahy 2001).

La validazione e il sistema di appartenenza-affiliazione

La validazione, d'altra parte, può essere anche vista come l'opportunità di comunicare all'altro che quello che sente, dice o fa, essendo *comprensibile* alla luce della storia, delle relazioni e del suo sistema biologico, è conforme alle caratteristiche del gruppo, attivando in questo modo un senso di appartenenza-affiliazione e assicurandolo che non verrà escluso (Esposito 2008a). Pertanto l'intervento della validazione, oltre a soddisfare il sistema di attaccamento, può essere visto anche come un ottimo intervento per soddisfare il bisogno di affiliazione: confermare all'altro che è "normale", cioè conforme ai valori del gruppo (non che è in difficoltà e ha bisogno di aiuto, caratteristica del sistema di attaccamento) e che quindi è parte del gruppo (riconoscimento e accettazione da parte del gruppo di riferimento). Evoluzionisticamente appartenere a un gruppo, il sistema di affiliazione-appartenenza appunto, è un valore fondamentale della vita in quanto assicura il raggiungimento degli scopi spesso citati come vitali dell'esistenza umana (accoppiamento, accesso alle risorse protezione ecc.) (Gilbert 1989; Lichtenberg et al. 1992; Liotti 1994).

La validazione e l'ABC

Proviamo ora a considerare l'intervento di validazione secondo lo schema dell'ABC. Questo strumento è classicamente usato per la ristrutturazione cognitiva che, per certi versi, si pone

come alternativa all'intervento di validazione. La domanda a cui vogliamo rispondere è: come si potrebbe collocare l'intervento di validazione in uno schema ABC?

L'ABC (Beck 1984) è uno strumento usato in terapia cognitiva per evidenziare il rapporto tra eventi (A), pensieri (B) ed emozioni/comportamenti (C). Consiste nel tracciare tre colonne su un foglio di carta, nella prima riga si scrive la lettera A, nella seconda la lettera B, nella terza la lettera C. Per ogni episodio di disagio il paziente scrive nella colonna della lettera A lo stimolo che lo ha portato a fare quel pensiero, nella lettera B quale pensiero aveva (immagini mentali o dialogo interno) e nella C le emozioni o le azioni che ha compiuto. Una cosa interessante ai fini di questo lavoro è la possibilità che la C di un ABC, cioè emozioni e comportamenti, possa diventare a sua volta un evento di un ulteriore ABC, detto quindi secondario (De Silvestri 1982). *L'ABC secondario* è un ABC che si struttura su un primo ABC e si caratterizza con il simbolo ' per distinguerlo dal primo. In questo caso la C del primo ABC, cioè le emozioni o i comportamenti, diventano lo stimolo, l'innesco, per ulteriori pensieri ed emozioni, quindi di un altro A'B'C'. È una valutazione sul proprio modo di funzionare, di solito, in psicopatologia, una valutazione su di sé generalizzata e negativa ("sono fatto male", "dovrei essere più forte", "sono sbagliato"). Vediamo un esempio.

Tabella 1. Esempio di ABC secondario. La C di un ABC, in questo caso l'ansia da prestazione, può essere a sua volta un evento A di un ulteriore ABC, quest'ultimo detto quindi secondario

	A	B	C
ABC primario	interrogazione	Adesso non saprò rispondere, mi bloccherò sicuramente, andrò male	Ansia
A'B'C' secondario	Ansia all'esame	Affronto sempre così gli esami, sono proprio un incapace	tristezza

Un altro concetto molto utile ai fini del nostro discorso è *l'ABC relazionale* (Esposito 2005). L'ABC relazionale è la possibilità di usare la concettualizzazione ABC per intervenire sul sistema di conoscenza del paziente attraverso la relazione interpersonale. Normalmente la condivisione dello schema ABC con il paziente è parte integrante della terapia cognitiva: si spiega al paziente il rationale dello strumento e se ne condivide il modello teorico. Il paziente è consapevole di come stiamo operando e cosa stiamo esplorando, in questo modo si promuove anche una collaborazione al lavoro terapeutico (Beck 1984). D'altra parte lo strumento dell'ABC, oltre a favorire una fase di valutazione dei pensieri negativi, può anche fungere da base concettuale per intervenire sui processi cognitivi del paziente attraverso la relazione interpersonale. In questa eccezione lo strumento dell'ABC fa da sfondo concettuale all'interazione tra paziente e terapeuta (ABC relazionale), ai loro racconti, alle domande poste, agli interventi effettuati, ma non si condivide né lo schema né il modello con il paziente. In questa eccezione il modello ABC non è esplicitato in seduta e tuttavia guida ed indirizza l'operato del terapeuta rendendo possibile delle vere e proprie ristrutturazioni cognitive esperienziali. Il terapeuta ipotizzando l'ABC attivo nel paziente (A = arriverò in ritardo; B = sicuramente il terapeuta mi punirà, lo merito, sono una frana; C = tristezza e rabbia verso se stesso) può comportarsi di conseguenza per favorire una ristrutturazione cognitiva attraverso il proprio comportamento (ad esempio sostenendo che anche lui spesso fa tardi). Questo modo di utilizzare l'ABC ricalca il modo "funzionale" di usare la validazione secondo la Linehan (1997 p. 380). Secondo la Linehan, infatti, la validazione può essere usata in modo *topografico*, cioè usando il verbale-esplicito su persona e comportamenti, quindi a parole, oppure il modo *funzionale*, cioè il non verbale-implicito, rispondendo con il comportamento e i gesti e rimandando al paziente la

comunicazione che il comportamento è valido. D'altra parte lo stesso Beck (1984, p. 157), anche se non concettualizzato in questo modo, prevedeva tra gli interventi di terapia cognitiva quello relazionale di "esperienza emotiva correttiva".

La validazione come ABC secondario e relazionale

Da quanto detto finora potremmo considerare, quindi, l'intervento di *validazione* come un *ABC secondario e relazionale* che attiva un senso di appartenenza-affiliazione nel paziente. L'intervento di validazione, infatti, nel confermare la B o la C dell'ABC primario (terapeuta: "Ha ragione a pensare di aver sbagliato tutto"; oppure: "È normale avere paura"), al tempo stesso, in modo implicito e relazionale, ristruttura la B dell'ABC secondario (paziente: "Le mie valutazioni sono esatte, non sono sbagliato"; "le mie reazioni emotive sono normali, io sono normale").

In questo senso, dal punto di vista dell'intervento terapeutico, la *validazione* è un intervento di ristrutturazione cognitiva e di cambiamento. Non c'è quindi una contrapposizione tra validazione come accettazione e ristrutturazione cognitiva come cambiamento, la differenza consisterà solo nella scelta di quale aspetto si vuole modificare. A nostro avviso questo modo di considerare l'intervento di validazione consente di valutare meglio la strategie terapeutica, di stabilire, cioè, come e quando intervenire con la validazione o con la ristrutturazione cognitiva, evitando un generico suggerimento di farlo con equilibrio – "balance" per la Linehan (1997).

Intervenire con la validazione: quando e perché

Un problema che si pone è quindi quando intervenire validando quello che il paziente sente, dice o fa (validazione) e quando invece provare a modificare quello che lui sente, dice o fa (ristrutturazione cognitiva). Immagino già il lettore che nel leggere di modificare quello che il paziente sente sia quantomeno sorpreso. Ma perché cosa si fa quando il paziente ci dice di avere ansia? O tristezza? È proprio questo il problema, cercare di capire quando è utile modificare quel sentire (eliminare lo stato di ansia o di tristezza) e quando invece validarlo. La risposta potrebbe essere facile: validare tutti gli stati emotivi e modificare quelli che procurano molta sofferenza. Ma dalla nostra esperienza clinica non è così. Qui si vuole sostenere che in molti casi, tenendo conto di altri fattori, è utile validare uno stato di tristezza anche se comporta molta sofferenza e, d'altra parte, tentare di modificare uno stato di tristezza anche se non intenso. Per questo motivo è nato l'interesse verso una classificazione degli interventi e verso la validazione in particolare.

È possibile che l'intervento di validazione possa soddisfare più bisogni. L'intervento di validazione così come concettualizzato in questo lavoro potrebbe riguardare l'attivazione di un senso di appartenenza-affiliazione al gruppo da parte del paziente. Per appartenenza al gruppo intendiamo un senso di appartenenza al gruppo che il quel momento, secondo il paziente, gli garantirebbe l'accesso alle risorse. Questo non significa che di conseguenza l'intervento di validazione è volto a confermare l'autostima del paziente, non è il dimostrare al paziente quanto egli sia bravo, ma, piuttosto, che è normale e che perciò appartiene al gruppo. Paradossalmente una persona potrebbe anche avere dei difetti, o non essere tanto bravo, o il più bravo, ed avere un senso di appartenenza al gruppo. Ad esempio, paziente: "Dottore sono profondamente dispiaciuto perché noto che tra gli amici spesso sono preso in giro"; terapeuta: "La capisco... diamoci la mano [tende la mano al paziente], anche io spesso lo sono tra i miei amici".

Se, come abbiamo sopra sostenuto, la validazione può essere vista come un intervento che

attraverso la relazione agisce sulla modifica di un ABC secondario per favorire un senso di appartenenza, quali sono i fattori quindi che dovrebbero indirizzare la scelta del terapeuta verso questo tipo di intervento o, viceversa, verso la ristrutturazione cognitiva?

Tabella 2. Esempio di ABC primario e secondario: come si procede? Si ristruttura la B del primario, confermando parzialmente la B' del secondario, oppure si valida la B del primario con la conseguente ristrutturazione della B' del secondario?

A	B	C
Penso sempre alla mia separazione	Non troverò mai nessuno come lei, mi manca, mi manca tantissimo	Tristezza e depressione 1
A'	B'	C'
Tristezza e depressione per la separazione	Non sono un uomo, non so reagire	Tristezza e depressione 2

È possibile considerare quattro aspetti che indirizzano la scelta dell'intervento sul modificare quello che il paziente sente, dice o fa (intervento di ristrutturazione cognitiva sull'ABC primario) oppure sul modificare, implicitamente, *la valutazione* di quello che il paziente dice, sente o fa (validazione dell'ABC primario e quindi ristrutturazione dell'ABC secondario).

Il primo aspetto è appunto il **senso di appartenenza** che il paziente presenta. Vi sono alcuni pazienti, come ad esempio i pazienti borderline, ai quali è difficile provare a modificare quello che sentono, dicono o fanno, nonostante questo gli procuri notevole disagio, perché, implicitamente, questo significa che non vanno bene e richiama la loro non-appartenenza al gruppo. Bisognerebbe proprio fare una distinzione iniziale tra pazienti con un buon senso di appartenenza e pazienti con uno scarso senso di appartenenza poiché questo influenza tutti gli interventi successivi. Quindi la prima valutazione da fare è quanto quel paziente ha un senso soddisfacente di appartenenza al gruppo: con quale gruppo si riconosce, quanti amici ha, se ha delle condivisioni, se collabora a dei progetti, se si sente accolto e sostenuto in caso di difficoltà. Più il paziente ha uno scarso senso di appartenenza, più bisogna considerare l'intervento di validazione come prioritario.

Il secondo aspetto è la **causa dello stato affettivo** di quel paziente. Bisogna considerare se lo stato emotivo espresso è frutto di uno stimolo che universalmente suscita l'attivazione di un sistema motivazionale biologicamente predisposto (ad esempio il pianto dovuto all'attivazione del sistema di attaccamento in relazione ad un lutto) oppure ad una considerazione assolutistica e generalizzata ("mai più troverò un partner"). Questa distinzione può apparire banale ma all'interno di un costruttivismo radicale (Foucault 1967; von Glasersfeld 1995) è ipotizzabile che qualsiasi cosa accada al paziente possa essere interpretato in diversi modi semplicemente modificando il significato che lo stesso ha per quel paziente. Al di là della bontà del ragionamento filosofico (vedi Jervis 2005; Ferraris 2012), in ambito psicoterapico sembra utile considerare che alcune reazioni emotive rispetto a certi stimoli sono biologicamente predisposte e pertanto inevitabili e naturali (Gilbert 1989; Lichtenberg et al. 1992; Liotti 1994). Per queste reazioni emotive sembra opportuno validare il vissuto del paziente. In altre parole (vedi esempio in **tabella 2**), bisogna distinguere nello stesso pianto la parte di lutto che il paziente sta vivendo per la perdita di una persona (sistema motivazionale biologicamente predisposto) e la parte relativa al pensiero di non poter avere più una relazione affettiva importante nella vita (considerazione assolutistica e generalizzata). Sulla prima parte si può intervenire con la validazione (ristrutturando così un ABC secondario sulla normalità della propria reazione), sulla seconda con la ristrutturazione

cognitiva. La Linehan (2001 p. 224) chiarisce bene questo punto quando sostiene che “le strategie di validazioni emozionali... sono vicine all’approccio di Greemberg e Safran (1987)... [secondo i quali] le emozioni di carattere disfunzionale e disadattative sono emozioni “secondarie” che bloccano la capacità di esperire ed esprimere le emozioni primarie... [le quali] *‘forniscono informazioni sugli stati motivazionali che hanno per l’organismo valore adattivo’* (1987 p. 176)”.

Il terzo aspetto da valutare è **la fonte** delle considerazioni che riporta il paziente. Bisogna valutare se le considerazioni sono frutto di suoi ragionamenti oppure se sono pari pari considerazioni fatte da altri (genitori, amici, partner ecc.). Questo aspetto appare particolarmente importante perché distingue quello che è frutto del paziente, a prescindere dalla bontà del ragionamento, da quello che è preso da altri. La differenza è data se il paziente ha valutato criticamente ed emotivamente quello che gli altri dicono oppure, semplicemente, lo riporta. Ha confrontato quello che gli altri dicono o suggeriscono con i suoi principi e il suo vissuto emotivo? La necessità di fare questa distinzione può consentire di validare, eventualmente, anche lo sforzo, l’impegno o semplicemente il ragionare del paziente, a prescindere dal contenuto che può apparire, al momento, anche del tutto inadeguato. In questo modo non si rischia di validare ragionamenti che il paziente non ha fatto suoi oppure, al contrario, di invalidare la capacità, lo sforzo e l’impegno del paziente di ragionare al di là della bontà del ragionamento, che, per il momento, potrà anche essere inadeguato. A volte, tra l’altro, i pazienti, consapevolmente o inconsapevolmente, verificano cosa pensano i terapeuti sui loro modi di pensare riportando però i concetti come se li avessero detto gli altri e magari criticandoli (la paziente è una fervente cattolica e dice: “Il mio fidanzato dice di credere in Dio, di questi tempi, ma le pare?!”), altre volte, sempre per mettere alla prova le loro credenze ed i terapeuti (cfr. Weiss 1999), riportano i ragionamenti che gli altri fanno e di cui loro non sono d’accordo, facendoli propri e difendendoli (il padre ha detto alla paziente che è troppo aggressiva, la paziente per verificare tale ipotesi dice: “Dottore io penso di esser troppo aggressiva, questa è la verità”). Colpo basso, ma spesso efficace. L’essere attenti alla fonte delle credenze del paziente è, quindi, molto utile perché si può considerare una persona degna e accettata nel gruppo sicuramente per le sue qualità, oppure a prescindere dalle sue qualità, in quanto persona, ma bisogna anche considerare che si può essere riconosciuti e accettati dal gruppo (o *almeno* dalla persona che si ha davanti, ad esempio dal terapeuta) per i ragionamenti che la persona fa specie se sentiti e veritieri, anche se negativi e su se stessi.

Il quarto fattore riguarda, appunto, **la veridicità** di quello che il paziente sostiene. Anche in questo caso la questione può apparire banale ed invece è estremamente delicato e difficile valutare se quello che il paziente sostiene su di sé, sugli altri e sul mondo corrisponde a verità oppure no. Come fa il terapeuta a valutare se quello che sostiene il paziente è vero? Il paziente potrebbe avere ragione sulle sue mancanze, difficoltà, sugli altri, sui fatti che gli accadono e non avere affatto credenze sbagliate a riguardo. Cercando di modificare (ristrutturazione cognitiva) le credenze del paziente, anche se negative, ma vere (“dopo questo fallimento penso di non poter mai più avere una donna nella mia vita”), si rischia di invalidare il ragionamento e la realtà dei fatti non fornendo quello di cui il paziente ha bisogno in quel momento.

Questi sono quattro aspetti da tenere in considerazione nello scegliere l’intervento di validazione o ristrutturazione cognitiva nelle sedute di psicoterapia, in generale, nello scegliere gli interventi in psicoterapia così come elencati altrove (Marra e Esposito 2014).

Riassumendo: trovare la logica, i motivi, il senso di quello che il paziente sente, dice o fa, al di là del disagio che causano o della loro funzionalità, è un potente strumento per farlo sentire “normale”, parte del gruppo e, così, attivare un senso di appartenenza-affiliazione.

Nel fare ciò è importante soprattutto:

- distinguere e validare **reazioni psico-biologiche** universalmente e geneticamente predisposte rispetto a reazioni emotive frutto di generalizzazioni assolutistiche;
- capire quanto le considerazioni fatte sono **frutto del ragionamento del paziente** (confronto quello che gli altri dicono o suggeriscono con i suoi principi ed il suo vissuto emotivo) e ciò per non rischiare di validare le opinioni di altri semplicemente riportate in seduta (verificare cosa ne pensano gli altri su quello che afferma oppure chiedere spesso: “lei cosa ne pensa a riguardo?”);
- chiedersi quanto quello che il paziente sostiene **corrisponde a verità** per non rischiare di invalidare la realtà dei fatti, e, soprattutto, lo sforzo del suo ragionamento (soprattutto quando questo è pertinente, realistico, veritiero).

Di fronte ad una problematica sarebbe, quindi, bene chiedersi: quanto questo paziente ha un senso di appartenenza? Quanto il suo stato emotivo è frutto di una predisposizione biologica? Quanto corrisponde a verità quello che sostiene? Quanto quello che dice è condiviso a livello emotivo e dei suoi principi?

La validazione nella pratica clinica

Per favorire la bontà e la validità del ragionamento, fornendo così alcuni prototipi di interventi in psicoterapia (Esposito 2014), riportiamo di seguito alcuni interventi di validazione che nella nostra esperienza clinica sono risultati di grande utilità terapeutica.

Il primo caso (Esposito 2010) riguarda un paziente che da circa un anno soffre per la fine di una importante relazione affettiva: *“Sto male, depresso, non riesco a dormire, piango sempre, non provo piacere nel mangiare o fare altre cose che mi piaceva fare prima”*. Risposta del terapeuta: *“Capisco quello che sta dicendo. Questo che accade è importante, normale e naturale. Vada a casa, stia a letto, non mangi se non le va, faccia come si sente”*. Sempre lo stesso paziente in una seduta successiva dice: *“Ho fatto tutto sbagliato, sono incapace con gli altri, la mia ex ha fatto bene a lasciarmi”*. Il terapeuta risponde: *“Capisco perché lei dice questo, sono d'accordo con lei”*. Il terapeuta valuta che quello che dice il paziente corrisponde a verità, sia frutto di un sistema motivazionale di perdita (lutto) e di un suo pertinente ragionamento sulle cause della separazione e valida sia lo stato affettivo, sia il ragionamento, ristrutturando così un ABC secondario su se stesso, su quello che prova e sostiene. In tutti e due i casi il paziente ha riportato un notevole miglioramento.

Nel secondo caso una paziente sostiene di avere la sensazione che quando le persone la conosceranno bene la eviteranno viste le sue qualità. Il terapeuta risponde: *“capisco quello che dice... penso anche io che sia così, che abbia ragione... in effetti la sua rabbia può creare non pochi problemi (validazione sul ragionamento della paziente), non sono d'accordo sul fatto che queste caratteristiche debbano essere motivo di abbandono o esclusione (ristrutturazione cognitiva sul contenuto)”*. La paziente ribatte che il mondo va così, che gli uomini, ad esempio, se non hai seno ti rifiutano. Il terapeuta risponde: *“È vero, è così (validazione sul ragionamento che fa la paziente), io però non la penso così, secondo me queste cose non fanno una persona (ristrutturazione sul contenuto)”*. Il terapeuta valuta che, in parte, quello che dice la paziente corrisponde a verità e sia frutto di un suo ragionamento e valida le opinioni della paziente (ho degli aspetti per cui gli altri mi rifiutano) ristrutturando così un ABC secondario su quello che prova e sostiene (valuto bene quel che ho e quello che mi accade). Ristruttura invece la possibilità che questi aspetti possano essere motivo di esclusione, *almeno* da parte del terapeuta. In questo caso la paziente riporta un notevole miglioramento ma soprattutto un aumento di lucidità e chiarezza (*realizzazione* nel senso di Janet 1935; van der Hart, Nijenhuis, Steele 2011).

Conclusioni

Questo lavoro si inserisce in un più ampio progetto di creare una classificazione degli interventi in psicoterapia che possa tener conto delle sole *variabili psicologiche individuali* sulle quali gli interventi stessi agiscono (Marra e Esposito 2014). In questo modo, si ipotizza, possa essere più facile chiarire le strategie terapeutiche adottate. L'intervento di validazione (Linehan 1993; Esposito 2010) risulta essere il più importante e controverso tra le categorie individuate che comprendono gli interventi di ristrutturazione cognitiva, del fornire abilità e del favorire una sequenza psicobiologia (Esposito e Marra 2014). In questo lavoro, pertanto, ci proponiamo di descrivere questo importante tipo di intervento confrontandolo con il metodo ABC e la ristrutturazione cognitiva (Beck 1984). L'intervento di *validazione*, pertanto, può essere visto come un ABC *secondario e relazionale* che attiva un senso di appartenenza-affiliazione nel paziente. Sono descritti quattro aspetti da tenere in considerazione nello scegliere questo strumento terapeutico: il senso di appartenenza-affiliazione, la natura dello stato emotivo, la fonte e la veridicità delle credenze.

Più in generale, così come concettualizzata, la validazione potrebbe esser vista come un potente strumento di testimonianza di accettazione nel gruppo dopo un qualsiasi accadimento negativo. Di fronte agli eventi spiacevoli quotidiani, essere ascoltati, senza dimostrazioni di disprezzo o rifiuto, testimonierebbe che dopo lo sfortunato evento si è comunque ben accettati dal gruppo. La validazione così intesa sarebbe quindi una continua necessità quotidiana per gli uomini considerati animali sociali (Dunbar 2011) e in quanto tali costretti a preoccuparsi ed a monitorare continuamente la loro appartenenza al gruppo. In questo senso, dopo ogni evento spiacevole che ci accade, la prima domanda sarebbe: "Dopo questo guaio, accadimento ecc. quanto sono ancora parte del gruppo?". Questo potrebbe spiegare la calma che segue nell'esser ascoltati rispetto a un problema, anche se il problema rimane uguale a prima. Validare quindi vuol dire "hai ragione, è normale, non ti preoccupare, fai parte del gruppo". Quel *normale* andrebbe visto come riferito all'appartenere ancora al gruppo. Questa funzione della validazione potrebbe essere diversa, e affiancare, quella dell'essere accuditi. Paradossalmente i due concetti potrebbero non stare insieme: "Sì stai male, provo molta compassione per te, adesso ti do cure, però poi non fai parte del gruppo". Il modo in cui la validazione è qui definita potrebbe essere uno degli aspetti fondamentali per una teoria del conforto, intesa come modo per sollevare le persone dalla sofferenza emotiva (Esposito 2008a).

Bibliografia

- Beck A (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio Editore, Roma.
- De Silvestri C (1982). Il problema secondario. In G Chiari & L Nuzzo (a cura di) *Le prospettive comportamentale e cognitiva in psicoterapia*. Bulzoni Editore, Roma.
- Dunbar R (2011). *Di quanti amici abbiamo bisogno?*. Cortina Editore, Milano.
- Esposito R (2010). Validation of feeling. In I Marks L Sibilis e S Borgo (a cura di) *Common language in psychotherapy procedures. The first 80*, Centro Ricerche Psicoterapia Edizione, Roma or <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/>, 2008b.
- Esposito R (2014). Terapia cognitiva e terapia sensomotoria: causation e possibile integrazione, *Psicobiattivo* 34, 2, 141-153.
- Esposito R (2004). "Integrazione tra analisi funzionale e terapia cognitiva standard in un caso di disturbo ossessivo-compulsivo" paper presentato XII Congresso Nazionale SITCC – Verona 22-24 settembre.
- Esposito R (2005). La Psicoterapia cognitivista: teoria, pratica e sviluppi. In F Aquilar, E Del Castello, R

- Esposito (a cura di), *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*, Franco Angeli, Milano.
- Esposito R (2008a). *Rivedere, abilitare e validare: l'utilizzo di tre interventi in psicoterapia cognitivo-comportamentale*, paper presentato al XIV Congresso Nazionale SITCC, Cagliari 23-26 ottobre.
- Esposito R (2006). *Strategie e interventi in psicoterapia cognitiva*, paper presentato al XIII Congresso Nazionale SITCC, Napoli 27-29 ottobre.
- Ferraris M (2012). *Manifesto del nuovo realismo*. Editori Laterza, Bari.
- Foucault M (1967). *Le regole e le cose*. Rizzoli Editore, Milano.
- Gilbert P (1989). *Human nature and suffering*. Lawrence Erlbaum Associations, Howe.
- Greenberg LS, Safran J D (1987). *Emotion in Psychotherapy*. Guilford Press, New York.
- Janet P (1935). "Réalisation et interprétation". *Annales Médico-Psychologiques* 93, II, 329-366.
- Jervis G (2005). *Contro il relativismo*. Laterza, Bari.
- Koerner K, Linehan MM (2009). Validation principles and strategies. In WT O'Donohue & JE Fischer (Eds) *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. John Wiley & Sons, Hoboken, New York.
- Leahy RL (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Guilford Press, New York.
- Leahy RL (2005). A social-cognitive model of validation. In P Gilbert (Eds) *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy*, pp. 195-217. Routledge, London.
- Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Technique*, Analytic Press, Hillsdale, New York.
- Linehan M (1997). Validation and psychotherapy. In A Bohart & L Greenber (Eds) *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*, pp. 353-392. American Psychological Association, Washington DC.
- Linehan M (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press. Tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Cortina Editore, Milano 2001.
- Liotti G (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Marra I, Esposito R (2014). *Una Classificazione degli interventi in psicoterapia cognitivo comportamentale*, paper presentato al XVII Congresso Nazionale SITCC, Genova 25-28 settembre.
- Sapuppo W, Marino M, Siculo A, Esposito R, Russo K, Silvestri AM, Tramontano A, Strauss K, Piro C, Cesareo C, Cesaro L, Castaldo S, Caravella S, Delle Curti M, D'ambra M, Iorio A, Lettieri M, Giuliano A, Falivene R, Cajazzo L, Anatriello E, Esposito R (2013). *Gli interventi in psicoterapia: è possibile un linguaggio comune tra i vari orientamenti?* paper presentato al V Forum sulla Formazione in Psicoterapia, Assisi 18-20 Ottobre.
- van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2006). *The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Tr. it. *Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina, Milano 2011.
- von Glasersfeld E (1995). *Radical Constructivism: A Way of Knowing and Learning*. The Falmer Press, London & Washington.
- Weiss J (1993). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*, Guilford Press, New York. Tr. it. *Come funziona la psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

ANSIA PER LA SALUTE: CAPIRE E TRATTARE IL DISTURBO DA SOMATIZZAZIONE ATTRAVERSO UN MODELLO COGNITIVO DELL'ANSIA

Valentina Torsello* e Gian Luigi Dell'Erba**

*Psicologa Psicoterapeuta
Associazione Psicologia Cognitiva APC Roma sede di Lecce
** Psicologo Psicoterapeuta
Servizio Psicologia Clinica ASL LECCE
Associazione Psicologia Cognitiva APC Roma

Corrispondenza

Valentina Torsello
valentinatorsello@gmail.com

Riassunto

Oggetto: il Disturbo da Somatizzazione è un disturbo che il DSM IV-TR include nei disturbi somatoformi; l'attuale versione del manuale (DSM 5) dedica un capitolo a parte per i disturbi con prevalente sintomatologia somatica. Tuttavia, questo quadro clinico è a tutti gli effetti, un disturbo d'ansia e come tale può essere inquadrato alla luce delle caratteristiche principali proprie della sindrome ansiosa.

Metodo: nella ricerca abbiamo applicato il modello d'ansia standard e le procedure della terapia cognitiva comportamentale (TCC) a un campione di n. 12 soggetti in età evolutiva, al fine di evidenziare come la TCC per l'ansia è efficace per questa categoria diagnostica e che la sua validità resta invariata anche a 12 mesi dalla fine del trattamento.

Risultati: i soggetti, valutati sia con la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) sia con la Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), hanno evidenziato una significativa riduzione dei punteggi dopo circa 4 mesi dall'inizio del trattamento, non presentando più alcun criterio per la diagnosi di altri disturbi di asse I.

Parole chiave: somatizzazione, terapia cognitivo-comportamentale, disturbi d'ansia

ANXIETY FOR HEALTH: UNDERSTANDING AND TREATING SOMATIZATION DISORDER
THROUGH A COGNITIVE MODEL OF ANXIETY

Abstract

Objective: the Somatization Disorder is a disorder that the DSM IV-TR includes in somatoform disorders; the current version of the manual (DSM 5) devotes a separate chapter to the disorders with prevalent somatic symptoms. However, this clinical picture is actually an anxiety disorder and how that can be framed under the light of the main features of the anxiety syndrome.

Method: In this research we applied the standard model of anxiety and the procedures of cognitive

behavioral therapy (CBT) to a sample of 12 subjects in developmental age, in order to show that CBT for anxiety are effective for this diagnostic category and that its validity remains stable even at 12 months after the treatment.

Results: The subjects, evaluated both with the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) and with the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), showed a significant reduction in scores after 4 months of treatment, not presenting any criteria for the diagnosis of other disorders of Axis I at all.

Key words: somatization, cognitive-behavioral therapy, anxiety disorders

Introduzione

Nella nuova edizione del *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali* (DSM 5, APA, 2013) il Disturbo da Somatizzazione è sostituito dal Disturbo da Sintomi Somatici ed è inserito nel capitolo Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati, insieme alle diagnosi di disturbo da ansia di malattia, disturbo di conversione, fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, disturbo fittizio, disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione. La centralità dei sintomi somatici e la preoccupazione per la salute con conseguente compromissione della qualità di vita del soggetto, sono la caratteristica che accomuna i diversi quadri diagnostici.

La natura del disturbo non è stata bene trattata ed approfondita nella letteratura, tuttavia sembra che le caratteristiche di tale quadro clinico siano sovrapposte a quelle di un disturbo d'ansia tradizionale, come quelli inclusi nel capitolo dei disturbi d'ansia del DSM 5.

Generalmente, i Disturbi da Sintomi Somatici si mostrano come disturbi organici, secondo una certa varietà di tipologie. Ai sintomi può accompagnarsi anche una condizione medica ma pensieri, emozioni e comportamenti sono eccessivi rispetto alla condizione stessa.

Questi sintomi possono essere specifici (per es., dolore al petto) o aspecifici (per es., stanchezza), sono molto frequentemente sensazioni fisiche che il paziente riferisce come sintomi prodromici o centrali di malattie organiche.

Spinto dalla preoccupazione, il soggetto effettua cospicui controlli clinici e/o strumentali accessori, si rivolge a numerosi medici e specialisti, e tende molto spesso all'amplificazione ed alla progressiva esasperazione del malessere più che alla accettazione. Il soggetto subisce un forte impatto nel suo funzionamento personale, sociale e lavorativo, con un peggioramento degli aspetti più propriamente esternalizzati della propria condotta.

I Disturbi da Sintomi Somatici si distinguono dalla Simulazione per la mancanza di intenzionalità nella identificazione del sintomo (caratteristica invece della Simulazione), ma sono caratterizzati da molti degli aspetti centrali dei quadri propriamente ansiosi come, ad esempio: convinzioni di pericolo, tensione, evitamenti e comportamenti protettivi, convinzioni di dannosità dell'ansia, convinzioni disfunzionali sul funzionamento mentale (Dell'Erba et al. 2009).

I sintomi riferiti dal paziente sono spesso sensazioni fisiche normali o sensazioni fisiche derivanti da cause benigne; in altri casi, si tratta di correlati fisici della tensione e di emozioni derivanti da problemi psicologici che il soggetto affronta nella vita quotidiana. Il soggetto interpreta negativamente tali stati fisici neutri, iniziando ad interferire con tali reazioni fisiche attraverso la sua condotta, l'auto-osservazione e l'utilizzo massivo di medicinali. Inoltre, come vedremo più avanti, il paziente non collega o attribuisce le sensazioni di tensione ai problemi psicologici ed emotivi che ha ma, al contrario, si dimostra infastidito ed indifferente nei confronti

di tali collegamenti.

Generalmente, i Disturbi da Sintomi Somatici evidenziano una poco chiara trattazione tradizionale a causa della non sempre lineare separazione con i disturbi organici e con quelli "dovuti a condizioni mediche generali". La distribuzione di genere è spostata nel verso femminile (Katon 1993; Barlow e Durand 2000).

Nella nostra ricerca abbiamo fatto riferimento ai criteri diagnostici del DSM IV-TR, pertanto si userà la vecchia nomenclatura, Disturbo da Somatizzazione, rispetto all'attuale Disturbo da Sintomi Somatici presente nel DSM 5.

Disturbi da Somatizzazione

Questo quadro clinico è il più frequente all'interno dei disturbi somatoformi ed è stato conosciuto come "sindrome di Briquet" (dal nome del medico Pierre Briquet). Le manifestazioni del disturbo comprendono lamentele del soggetto per vari sintomi fisici, caratterizzate dall'andamento cronico. Tali sintomi riguardano localizzazioni e distretti corporei variabili, spesso multiformi o confusi. Il quadro clinico che emerge classicamente comprende solitamente questi gruppi di sintomi:

- sintomi di tipo cardiocircolatorio
- sintomi di tipo propriocettivo
- sintomi di tipo gastrointestinale
- sintomi di tipo genitourinario
- sintomi di tipo neuromotorio.

L'esordio di tale disturbo può essere prima dei 20-25 anni, e può evidenziarsi con un decorso cronico, con una certa compromissione del funzionamento sociale e lavorativo (Katon 1993).

Il disturbo può sovrapporsi o associarsi ad altri disturbi clinici come: il Disturbo di Panico, il Disturbo d'Ansia Generalizzato, il Disturbo Depressivo Maggiore, la Distimia, il Disturbo da Conversione, il Disturbo Algico psicogeno (Kendall e Hammen 1995).

Può concomitare l'Abuso di Farmaci (analgesici, antinfiammatori ed ansiolitici) come conseguenza del decorso cronico e come conseguenza delle condotte soggettive (Barlow e Durand 2000).

Il trattamento del disturbo è considerato difficile (Seligman e Rosenham 2000). Il trattamento farmacologico mira, più che altro, alla riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi, infatti, gli antidepressivi (SSRI, SNRI, TC, IMAO, Atipici) in genere sono moderatamente efficaci (First e Tasman, 2006). Il trattamento psicologico è di difficile implementazione a causa del fatto che il soggetto considera il proprio disturbo come una "condizione medica generale".

In età evolutiva, questo disturbo si evidenzia come una progressiva e stabile tendenza alle lamentele fisiche rispetto a sensazioni fisiche di non chiara natura (Barlow e Durand 2000).

Alcuni autori evidenziano 3 caratteristiche che spesso (anche se non sempre) possono essere prese in considerazione per distinguere sintomi di una condizione medica generale da un disturbo caratterizzato da sintomi fisici non giustificati: 1) coinvolgimento di diversi apparati; 2) esordio precoce e decorso cronico stabile senza segni fisici di anomalia di struttura; 3) assenza di alterazioni di laboratorio caratteristiche e direttamente correlabili alla condizione medica ipotizzabile (Katon 1993). E' chiaro che alcune condizioni mediche sono al limite di tale quadro non essendo correlate a segni ma solo a lamentele soggettive (come ad esempio, cefalee muscolo-

tensive, la fibromialgia, la sindrome premestruale, il dolore toracico atipico, solo per fare alcuni esempi).

La Somatizzazione e il Modello dei Disturbi d'Ansia

Molteplici evidenze indicano che la Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) è la terapia di scelta per i disturbi d'ansia (Lyddon e Johns 2000; Chambless e Hollon 1998, Roth e Fonagy 2005; Bergin e Garfield 1994; Moras 2003; Dell'Erba et al. 2009).

Negli ultimi 15 anni le ricerche che indicano la efficacia della TCC per i disturbi d'ansia in genere e il panico/agorafobia in particolare sono stati progressivi e sempre più chiari (Barlow 2002; Barlow e Ceny 1988; Barlow et al. 1989; Chambless e Ollendick 1998; Roth e Fonagy 2005; Clark 1986, 1991, 1996; Dell'Erba 1997, 2004). Questi trattamenti sono stati spesso tradotti in protocolli (Barlow 2002; Freeman et al. 1989; Kendall e Chambless 1998; Snyder e Ingram 2000; Wells 1997, 2008).

Le caratteristiche generali del trattamento cognitivo dei disturbi d'Ansia hanno i seguenti aspetti comuni (Beck 1976; Beck e Emery 1985; Hollon e Beck 1994; Dobson 2000; Dell'Erba 1998; Clark e Fairburn 1997; Sanavio 1991):

- Condivisione del modello cognitivo ABC con il paziente;
- Esame degli episodi problematici stabilendo un collegamento tra stimoli, pensieri, e risposte emotive;
- Identificazione di uno o più costrutti o schemi significativi responsabili di un certo pattern di interpretazioni tipiche del paziente;
- Modificazione di inferenze, valutazioni e schemi legati a risposte disfunzionali del paziente;
- Test empirici delle inferenze e valutazioni soggettive; messa in discussione nella pratica mediante prove sul campo;
- Promozione di condotte legate alla acquisizione di scopi costruttivi;
- Interruzione dei circoli viziosi, legati agli evitamenti, alle protezioni ed alle rassicurazioni messe in atto dal paziente, attraverso l'esposizione in vivo e la ristrutturazione delle cognizioni disfunzionali;
- Intervento sulle convinzioni di dannosità dell'ansia e delle emozioni intense;
- Intervento sulle convinzioni disfunzionali riguardo la propria mente ed i processi mentali.

Il modello standard dei disturbi d'ansia pone, al centro del problema psicologico, le specifiche interpretazioni di uno stimolo (interno o esterno) valutato come pericoloso (a diversi livelli) (Beck e Emery 1985). La valutazione di pericolo per la minaccia di un certo specifico scopo o tema generale va considerata come indicatore per la variazione della diagnosi. Infatti, mentre uno stimolo interpretato come pericolo catastrofico per la salute imminente (situazione di emergenza nel presente) è caratteristico del disturbo di Panico (e successiva Agorafobia), uno stimolo interpretato come minaccia alla integrità della reputazione o immagine sociale è la caratteristica del Disturbo d'Ansia Sociale. Ognuno dei disturbi d'Ansia ha un suo specifico tema o scopo che è visto come minacciato (Beck e Emery 1985; Mancini e Perdighe 2008; Dell'Erba 1998; Dell'Erba et al. 2009). Naturalmente un soggetto può anche sviluppare la paura che contemporaneamente più di uno scopo venga minacciato o attaccato (Clark 1996; Dell'Erba 1998).

In questo modello, vari Autori (ad esempio Wells 1997, 2000, 2008; Clark e Salkovskis 1991) hanno incluso anche l'Ipocondria, la quale viene invece associata al gruppo dei disturbi somatoformi. In questa sede, anche chi scrive, vede il Disturbo da Somatizzazione caratterizzato e descritto secondo il modello standard dell'Ansia (Dell'Erba et al. 2009; Wells 2008; Taylor e Asmundson 2005; Olatunji 2008).

Le condizioni, fisiche oggetto delle lamentele, sono come uno stimolo che viene interpretato in termini preoccupanti, suscita attenzione in modo costante e selettivo e viene mantenuto in evidenza attraverso ruminazioni, preoccupazioni, e tentativi continui di rassicurazione. L'aumento di attenzione, da un lato, aumenta l'intensità delle sensazioni fisiche (come dolore, formicolio, fitte, torpore), dall'altro, contribuisce a confondere e sovrapporre le sensazioni fisiche normali con i sintomi di ansia generati dalle interpretazioni di pericolo (di avere una malattia importante o misteriosa, ad esempio) e dalle preoccupazioni di avere sensazioni aventi il valore di sintomi "cronici" che, dunque, non tendono ad esaurirsi, ridursi o a scomparire (doppio circolo vizioso) (Clark 1996; Clark e Fairburn 1997; Beck e Emery, 1985). Questo disturbo, è caratterizzato da comportamenti di evitamento e comportamenti protettivi che hanno la funzione di contrastare o non far peggiorare il disturbo temuto. L'effetto reale di questi comportamenti e strategie soggettive è quello di impedire la comprensione della reale natura di tali sensazioni sfavorendo e rendendo improbabile la possibilità che il soggetto si tranquillizzi. I soggetti fanno, inoltre, ampio uso di farmaci analgesici, antinfiammatori ed altri farmaci mirati a combattere molteplici malattie comuni.

Il disturbo da Somatizzazione è molto somigliante all'Ipocondria. In entrambi, vi è la valutazione di avere una malattia e il ricorso ai controlli medici e alla rassicurazione, ma mentre nell'Ipocondria la malattia è sempre grave e il soggetto cerca i controlli continuamente non potendo correre il rischio di fidarsi di un solo risultato o di un medico (comportamento protettivo), nella Somatizzazione il soggetto può valutare di avere una "normale malattia somatica" ma diventa seccato, infastidito o demoralizzato per il fatto di avere i sintomi e quegli stati fisici e si lamenta e contrasta essi in modo continuo; le sensazioni fisiche sono al centro dell'attenzione del soggetto, mentre nell'ipocondria vi è anche solo la possibilità di essersi ammalati pur senza percepire nulla a livello fisico (Taylor et al. 2005; Taylor e Asmundson 2005).

Il Disturbo di Somatizzazione è un disturbo che diventa comprensibile impiegando una lettura cognitiva, la quale vede nel ruolo dell'attenzione allarmata e nelle interpretazioni come pericolo il fattore principale, e di conseguenza attribuisce un ruolo importante ai comportamenti protettivi che paradossalmente mantengono il disturbo (Marks et al. 2003). Il tipo di significati impiegati dal soggetto nel preoccuparsi per i sintomi di natura fisica sono solitamente appresi in famiglia o possono essere una conseguenza della presenza di disturbi di ansia tradizionali progressi o concomitanti (Katon 1993; First e Tasman, 2006).

Le spiegazioni tradizioni di tale quadro ruotano attorno alle modalità isteriche di spostare l'attenzione su aspetti superficiali per nascondere problemi centrali che il soggetto evita di affrontare; nel fare questo appare incapace di legare emozioni ai significati (alessitimia). Questa prospettiva, classicamente psicanalitica, sebbene così schematizzata riduttivamente, ha ancora una sua ragionevolezza alla luce delle conoscenze moderne sui processi mentali, anche se necessiterebbe di essere tradotta in processi basati sulle attuali evidenze (ed in tal modo diventerebbe abbastanza sovrapponibile al modello cognitivo sopra richiamato).

Aspetti Metacognitivi

I pazienti con disturbi psicologici evidenziano alcune peculiarità o anomalie nella comprensione di se stessi, del proprio funzionamento mentale, dei propri stessi pensieri (Semerari 1999; Dell'Erba e Nuzzo 2010). Queste caratteristiche sono state viste, in un primo tempo, come aspetti caratteristici di quadri clinici gravi come l'autismo, le psicosi, il ritardo mentale, o gravi disturbi di personalità (Perris 1993; Semerari 1999; Dimaggio e Semerari 2003; Baron-Cohen 1995). Diversi difetti metacognitivi riscontrati in età evolutiva sono stati esaminati anche in pazienti adulti con diversi disturbi (Rosen 1989; Wells 2006). Che alcuni problemi metacognitivi implicanti problemi con l'autoriflessività e la competenza sulla propria mente ci siano anche nei disturbi, cosiddetti, "nevrotici" sembra attualmente privo di qualsiasi dubbio (si veda ad esempio Mancini e Gangemi 2002, 2004; Dell'Erba e Nuzzo 2006; Dell'Erba et al. 2009). In particolare, Dell'Erba et al. (2010) in una ricerca basata sui fattori comuni dei disturbi ansiosi evidenziavano come il fattore Metacognizione della scala LPI (Dell'Erba et al. 2010) era presente ed elevato in tutti i disturbi mentali.

Nei pazienti ansiosi vi sono diversi aspetti implicanti problemi relativi alla mentalizzazione e metacognitivi sistematici. Ad esempio, un primo aspetto generale è l'incapacità a comprendere i circoli viziosi tra problemi emozionali. Un problema può innescare un altro, ma prendere in esame questo secondo problema rende ciechi al primo. Un secondo problema è la difficoltà stabile del soggetto a giustificare le interpretazioni di pericolo relativo alle sensazioni fisiche sulla base di convinzioni generali possedute. In sostanza, i soggetti adottano una divisione tra spiegazione "razionale" (non adottata in quanto fumosa e vaga) e una spiegazione "emotiva" (contenente sia una interpretazione di pericolo e la convinzione posseduta che certe sensazioni sono associate ad una minaccia grave, sia che le stesse emozioni intense e l'ansia siano dannose) e, dunque, adottano la seconda spiegazione. Un terzo aspetto consiste in una difficoltà a capire le emozioni come associate a valutazioni specifiche (ad esempio pericolo-ansia, o torto-rabbia o perdita-tristezza) giudicando le emozioni come una "spinta energetica" misteriosa senza spiegazione.

Queste difficoltà di autoriflessione e di mentalizzazione si associano ai problemi di maturazione psicologica in pazienti in età evolutiva, i quali evidenziano i limiti dovuti a una capacità cognitiva che deve ancora completarsi appieno (Wellman 1990).

Su questi aspetti, l'intervento cognitivo comportamentale mirato ai disturbi ansiosi è considerato come interventi dedicati alle conoscenze schematiche sulla mente e i suoi processi, l'abilità di identificazione su sé stessi di certi meccanismi e contenuti, e la abilità di compiere interventi sul proprio assetto cognitivo in modo costruttivo (citando Sternberg 1988: conoscenze sul funzionamento cognitivo – autoconsapevolezza del proprio funzionamento – strategie di autoregolazione). Una caratteristica di ogni disturbo psicologico, quindi anche di ogni disturbo ansioso, è la ridotta consapevolezza del proprio atteggiamento ansioso. Per tale ragione, mentre il soggetto è impegnato fronteggiare il pericolo e ad attuare strategie protettive, lascia fuori dalla consapevolezza informazioni realistiche necessarie alla correzione del falso allarme; il soggetto entra in una "visione a tunnel" ed impiega euristiche di percezione e ragionamento congrue e adeguate a fronteggiare un pericolo catastrofico (Dell'Erba et al. 2009). Infine, e nello specifico dell'area del disturbo, si è notato che attraverso la discussione delle interpretazioni delle sensazioni fisiche i pazienti adottavano una "teoria del funzionamento fisico" caratterizzata da assenza di sensazioni; in tal modo, le sensazioni fisiche funzionali venivano a essere interpretate come segnali o sintomi di patologie potenzialmente gravi (Dell'Erba et al. 2009). Questo tipo di prospettiva o di "teoria della salute o della malattia" dei pazienti appare dicotomica e irrealistica e appare come una caratteristica di questo genere di disturbo psicologico.

Ricerca

Gli obiettivi della ricerca sono stati due; il primo, indiretto, è stato quello di considerare il Disturbo da Somatizzazione con le caratteristiche di un disturbo ansioso (Dell'Erba et al. 2006). Il secondo obiettivo è stato di valutare l'efficacia nella pratica del trattamento per i disturbi d'ansia secondo una prospettiva cognitivo-comportamentale applicato al Disturbo da Somatizzazione. È stato, quindi, eseguito un studio longitudinale per valutare il trattamento psicologico secondo alcune misure standard per la clinica.

Campione

I soggetti della ricerca sono stati associati per diagnosi e per età nel corso di un periodo di 36 mesi, con diagnosi di Disturbo da Somatizzazione, e presi in trattamento. I pazienti sono stati 12, di età dagli 11 ai 19 anni, 8 maschi e 6 femmine, tutti studenti della Scuola Media inferiore e superiore. I soggetti non assumevano farmaci psicotropi, tranne 2 che assumevano benzodiazepine (un soggetto assumeva alprazolam, l'altro lorazepam) da circa 15 giorni al momento della prima visita.

I soggetti avevano effettuato molteplici visite e consulenze mediche; 4 di essi erano positivi per patologie internistiche ma le lamentele fisiche riferite erano sproporzionate rispetto ai disturbi riscontrati, ed inoltre la maggior parte delle lamentele fisiche erano non correlate alla patologia medica rilevata oggettivamente.

Misure

Tutti i soggetti erano valutati con la MINI 5.5 Plus (Lecubrier e Sheehan 1997), un'intervista strutturata per il DSM-IV, con il SCL90R (Derogatis 1994; recentemente dotata di norme locali; vedi Dell'Erba et al. 2010), con la HRSA di Hamilton (1959), e venivano effettuate le Matrici Progressive Colorate di Raven (1940), un test intellettuale rapido ma valido ed attendibile, mirato alla esclusione di deficit intellettivi, più che alla individuazione precisa del QI (Dell'Erba 2008). Ai 12 soggetti è stato evidenziato un Disturbo da Somatizzazione e, in una certa misura, una comorbilità con altri disturbi di ansia (3 con Panico, 2 con Disturbo d'Ansia Generalizzata, 1 con Disturbo d'Ansia Sociale). Nessun soggetto evidenziava Disturbi di Personalità, mentre erano presenti Tratti evitanti e dipendenti in 7 soggetti.

Sia la SCL90R sia la Scala di Hamilton per l'Ansia sono state somministrate anche dopo il termine del trattamento e dopo 10-13 mesi circa. È stato valutato il grado di somiglianza del profilo nei 3 diversi momenti (assessment, fine terapia, follow-up).

Risultati

Dei 12 soggetti, 11 hanno terminato il trattamento, ed un soggetto ha abbandonato le sedute, a causa di un trasferimento dei genitori. La **figura 1** si riferisce agli 11 soggetti che hanno terminato il trattamento. Alla fine del trattamento, dopo 4,8 mesi di media (variabile dalle 7 sedute alle 17 sedute) tutti i soggetti non presentavano nessun criterio diagnostico per alcun disturbo clinico.

I risultati della ricerca evidenziano che i soggetti evidenziavano almeno 3 scale sintomatologiche alla SCL90R. Le scale SOM, ANX, PHO erano gli aspetti prevalenti, così come ogni disturbo d'Ansia (Dell'Erba 1998; Dell'Erba e Nuzzo 2006).

La HRSA di Hamilton all'Assessment era 18,6 (d.s.4,1) mentre al termine del trattamento era 2,6 (d.s.2,1) indicando uno scarto significativo, e restando sotto il cut-off di 5 (Dell'Erba 2008).

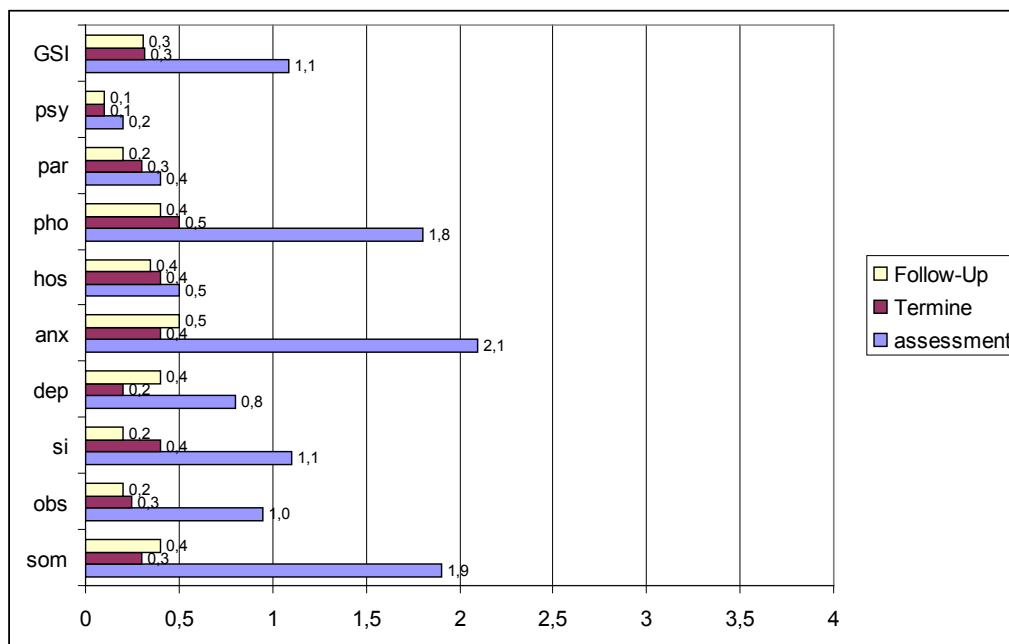


Figura 1. Valutazione psicologica con SCL90R dell'Assessment, Trattamento e Follow-up a 10-13 mesi ($p < 0.001$)

È stato calcolato il t di Student (SPSS v.16) per ogni scala tra i valori dell'Assessment e quelli del termine della terapia, e la differenza tra il termine e il follow-up. I risultati vedono i due profili finali come identici dal punto di vista matematico statistico, mentre diversi dal primo (differenza significativa $p < 0,001$). In ogni fattore sintomatologico è stata testata la differenza tra assessment, termine e follow-up dimostrando che, tranne le scale PAR e PSY (basse sia pre- che post-trattamento), i gruppi di sintomi risultano enormemente distanti ($p < 0.001$) nonostante l'esiguo numero di soggetti.

I soggetti hanno risposto al trattamento evidenziando un ripristino delle condizioni normali. Il trattamento cognitivo comportamentale, inoltre, è stato gradito dai soggetti, ed essi hanno collaborato molto positivamente, prestandosi e facendo da stimolo alla naturale curiosità dei soggetti preadolescenziali.

Lo studio di ricerca, sebbene preparatorio dato il numero dei soggetti, è marcatamente nella direzione degli studi di efficacia (Kendall e Chambless 1998; Nathan e Gorman 2002; Roth e Fonagy 2005; Lyddon Johns 2001).

Il trattamento ha comunemente applicato il modello dei disturbi d'Ansia (Perdighe e Mancini 2008; Wells 1997, 2008; Dell'Erba et al. 2009) e il protocollo per gli altri disturbi d'Ansia, come ad esempio, il Panico, Ansia Sociale, Ansia Generalizzata, DOC (Barlow 2002; Dell'Erba et

al. 2009). Comprendere il Disturbo da Somatizzazione come un disturbo ansioso e includerlo all'interno dell'Ansia clinica permette l'impiego di un strumentario di procedure divenute accreditate e fondate sulla evidenza empirica.

Conclusioni

Il trattamento cognitivo comportamentale dell'ansia patologica è efficace ed efficiente come dimostrato dalla letteratura degli ultimi 15 anni (Lambert e Vermeersch 2002; Lambert e Ogles 2004; Nathan 2007; Nathan e Gorman 2002; Kendall e Chambless 1998; Roth e Fonagy 2005; Dell'Erba 1997b; Dell'Erba et al. 2009; Dell'Erba et al. 2009). Il modello cognitivo comportamentale impiegato per capire e spiegare l'ansia patologica appare poggiato su precise fondamenta teoriche e di ricerca (Seligman e Ronenham 2000; Clark 1996; Clark e Fairburn 1997; Barlow 2002).

Il trattamento efficace del Disturbo da Somatizzazione è aderente alle linee operative cognitive comportamentali dei disturbi ansiosi.

È interessante notare che mentre il considerare la Somatizzazione come difficile da cogliere diagnosticamente ed eziologicamente si associa a scarsi risultati nella clinica (Seligman e Rosenham 2000; Kendall e Hammen 1995), il considerare questo disturbo all'interno dei disturbi ansiosi e l'applicare le procedure cliniche standard per l'ansia rende i risultati positivi, ed in linea con le altre dimostrazioni empiriche (Hollon e Beck 1994).

Chiaramente, saranno necessarie ulteriori ricerche e verifiche (con un campione numeroso e stratificato per età) per confermare il protocollo di trattamento e per rafforzare la prospettiva impiegata in questo lavoro.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition text revision*. American Psychiatric Association, Washington, D.C. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2002.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association, Washington, D.C. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
- Barlow DH (1997). Cognitive behavioural therapy for panic disorder: current status. *Journal of Clinical Psychiatry* 58, 32-37.
- Barlow DH (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford, New York.
- Barlow DH, Cerny J (1988). *Psychological treatment of panic*. Guilford, New York.
- Barlow DH, Craske M, Cerny J, Kosko J (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy* 20, 261-282.
- Barlow DH, Durand D (1998). *Abnormal Psychology*. Brooks-Cole, Pacific Grove, CA
- Baron-Cohen S (1995). *Mindblindness*. MIT Press, Cambridge.
- Beck AT (1976). *Principi di Terapia Cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Astrolabio, Roma, tr. it. 1988.
- Beck AT, Emery G (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Book, New York.
- Bergin A, Garfield S (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York.
- Chambless DL, Hollon SD (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (66)1, 7-18.
- Chambless DL, Ollendick TH (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies

- and evidence. *Annual Review of Psychology* 52, 685-716.
- Clark DM (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy* 24, 461-470.
- Clark DM (1991). Cognitive therapy for panic disorder. *Paper presented at the NIH Consensus Development Conference on Treatment of Panic Disorder*, September 1991, Washington.
- Clark DM (1996). *Panic Disorder: From Theory to Therapy*. In Salkovskis PM (a cura di) *Frontiers of Cognitive Therapy*. Guilford, New York.
- Clark DM, Fairburn J (1997). *Science and Practice of Cognitive Therapy*. Oxford Press, London.
- Clark DM, Salkovskis PM (1991). *Cognitive therapy with panic and hypochondrias*. Pergamon, New York.
- Dell'Erba GL, Carati MA, Canniello F, Ciafardini A, Delle Donne AR, Giordano F, Ingrosso A, Isnardi R, Loperfido A, Saccomandi F, Torsello V, Vantaggiato S (2009). *Studi sull'efficacia dei trattamenti dei Disturbi d'Ansia*. In Dell'Erba GL (a cura di) *Psicologia Clinica basata sulle evidenze*. Editrice BHEA, Maglie.
- Dell'Erba GL, Nuzzo E (2006). Il trattamento efficace nella pratica del Disturbo di Panico e Agorafobia in una valutazione comparativa tra psicofarmacologia e trattamento psicologico specifico. *Rivista di Psichiatria XXV*, 3.
- Dell'Erba GL, Nuzzo E (2010). *Psicologia Pratica. Riflettere psicologicamente su se stessi e sugli altri*. Pensa Multimedia Editore, Lecce.
- Dell'Erba GL (1997). Il trattamento psicologico breve nel Disturbo da Attacchi di Panico con o senza Agorafobia: la tecnica cognitivo-comportamentale. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria LVIII*, 4, Luglio-Agosto.
- Dell'Erba GL (1997b). La valutazione della psicoterapia. *Psicoterapie* 3, 9.
- Dell'Erba GL (1998). *Introduzione alla Psicoterapia Cognitiva Standard*. Edizioni APC, Roma.
- Dell'Erba GL (1999). La valutazione sintomatologica con il Psychopathological State Index: aspetti metrici e clinici. *Psicologia Europea XXI*, 3, 5-22.
- Dell'Erba GL (2008). *Diagnosi Psicologica*. Edizioni Pensa Multimedia, Lecce.
- Dell'Erba GL, Bellomo A (1999). *Studio comparativo tra terapia cognitiva standard e psicofarmacologia per il disturbo da panico ed agorafobia*. *Psichiatria* 99, Atti del convegno Nazionale della S.I.P. – Ciesse, Bari.
- Dell'Erba GL, Carati MA, Greco S, Muya M (2009). *La sindrome ansiosa. Comprensione e trattamento dei disturbi d'ansia*. ED. FrancoAngeli, Milano.
- Dell'Erba GL, Maniglia R, Nuzzo E (2006). Le Lamentele Fisiche: caratteristiche e trattamento del Disturbo da Somatizzazione in uno studio pilota in età evolutiva. *Rivista di Psichiatria XXV*, 1.
- Dell'Erba GL, Muya M, Carati MA, Greco S, Balenzano K, Bellacicco L, Bellomo L, Benedetto M, Canniello F, Ciafardini A, De Giorgi A, De Marco V, Di Schiena R, Doria S, Elia L, Gasparre A, Giordano F, Greco R, Ingrosso A, Isnardi R, Loperfido A, Marzano V, Minerva E, Moramarco M, Navarra D, Palmieri R, Pennelli M, Putzolu A, Redavid G, Rosito A, Saccomanni F, Scalera E, Schino P, Scopece G, Simeone M, Spinelli C, Sticchi A, Tarricone I, Torsello V, Vantaggiato S, Vantaggiato V, Zatton E, Petrerà L, Amato R, Nuzzo E (2010). Lo standard del profilo SCL90R. Studio su campione di N.1216 soggetti per la costruzione di norme italiane locali. *Psicopuglia – Notiziario Ordine Psicologi della Puglia*, 1, Aprile.
- Dimaggio G, Semerari A (2003). *Disturbi di Personalità, Metacognizione e Cicli interpersonali*. Laterza, Bari-Roma.
- Dobson K (2000). *Psicoterapia cognitivo comportamentale*, McGrawHill, Milano, tr.it. 2002.
- Emmelkamp P.M.G. (1994). Behavior therapy with adults. In Bergin AE, Garfield SL (a cura di) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley.
- First MB, Tasman A, (2006). *Clinical guide to the diagnosis and treatment of mental disorders*. Wiley&sons, Chichester.
- Freeman A, Pretzer J, Fleming B, Simon KM (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. Plenum, New York.
- Hollon SD, Beck AT (1994). *Cognitive and cognitive-behavioral therapies*. In Bergin AE, Garfield SL *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York.

- Hollon SD, Beck AT (1994). *Cognitive and cognitive-behavioral therapies*. In AE Bergin & SL Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-466). Wiley, New York.
- Katon W (1993). Somatization disorder, hypochondriasis, and conversion disorder. In Dunne DL (Ed) *Current Psychiatric Therapy*, Saunders, Philadelphia.
- Kendall PC, Chambless DL (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 3-167.
- Kendall PC, Hammen C (1995). *Clinical Psychology*. Houghton Mifflin, New York.
- Kosko J, Barlow DH, Toussinari RB, Cerny J (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 77-84.
- Lambert MJ, Vermeersch DA (2002). Effectiveness of psychotherapy. In A.A.V.V. *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier Science (USA), New York.
- Lambert MJ, Ogles BM (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In MJ Lambert (Ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). Wiley, New York.
- Lecubrier Y, Sheehan DV (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 12, 224.
- Lyddon WJ, Jones JV (2001). *Empirically Supported Cognitive Therapy. Current and Future Applications*. Springer, New York. Tr. it. 2002, *L'approccio evidence based in psicoterapia*. McGraw-Hill, Milano.
- Mancini F (1996). L'Egodistonia. In Bara BG *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Boringhieri, Torino.
- Mancini F, Gangemi A (2002). Il paradosso nevrotico ovvero della resistenza al cambiamento. In Castelfranchi C, Mancini F, Miceli M *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*. Boringhieri, Torino.
- Mancini F, Gangemi A (2004). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti XVI*, 2, Agosto.
- Marks DF, Sykes CM, McKinley JM (2003). Health Psychology: Overview and professional issues. In Weiner IB, Nezu AM, Nezu CM, Geller PA. *Handbook of Psychology. Health Psychology* 9. Wiley, New York.
- MCKay D, Bouman TK, (2008). Enhancing Cognitive-Behavioral Therapy for Motivational Interviewing: three case illustration, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 22, 2, 154-166
- Moras K (2002). Research in psychotherapy. In AA VV *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier Science (USA), New York.
- Nathan PE (2007). *Efficacy, effectiveness, and the clinical utility of psychotherapy research*. In *The Art and Science of Psychotherapy*. Guilford, New York.
- Nathan PE, Gorman JM (1998). *A guide to treatment that works*. Oxford University Press, New York.
- Nathan PE, Gorman JM (2002). *A guide to treatments that work* (2nd ed.). Oxford University Press, New York.
- Olatunji BO (2008). New direction in research on Health Anxiety and Hypochondriasis: Commentary on a timely special series, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 22, 2, 183-190
- Perris C (1993). *Psicoterapia del Paziente Difficile*, Metis, Lanciano.
- Rosen H (1989). Piagetian Theory and Cognitive Therapy. In Freeman et al. (Eds) *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*, Plenum Press, New York.
- Roth A, Fonagy P (2005). *What works for whom?* Guilford, New York.
- Sanavio E (1994). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. NIS, Roma.
- Seligman MEP, Rosenhan DL (1997). *Abnormality*. Norton, New York.
- Semerari A (1999) (a cura di). *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Snyder CR, Ingram RE (2000). *Handbook of Psychological Change*, Wiley, NY.
- Sternberg RJ (1988). Mental Self-government: a theory of intellectual styles and their development. *Human Development* 31.
- Taylor S, Asmundson GJG (2005). *Treating health anxiety: a cognitive behavioural approach*. Guilford Press, New York.

- Taylor S, Asmundson GJG, Coons MJ (2005). Current direction in the treatment of Hypochondriasis, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 19, 3, 285-304
- Wellman HM (1990). *The Child's Theory of Mind*. MIT Press, Cambridge.
- Wells A (1997). *Trattamento Cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill. Milano, tr. it. 1999.
- Wells A (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley, UK, tr.it. 2002 *Disturbi emozionali e metacognizione*. Erickson, Trento.
- Wells A (2006) (a cura di). *Worry and its psychological disorders*. Wiley & sons, Chichester.
- Wells A (2008). *Metacognitive Therapy of Anxiety and Depression*. Wiley & sons, Chichester.
- Wells A, Matthews G (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Erlbaum, Hove.

I DISTURBI DELL'ADATTAMENTO: UN MODELLO DI CONCETTUALIZZAZIONE

Maria Assunta Carati¹ e Gian Luigi Dell'Erba²

¹Psicologa-Psicoterapeuta, Unità Operativa di Psicologia Clinica APC-Lecce, Docente APC.

²Psicologo-Psicoterapeuta, ASL Lecce-Servizio Psicologia Clinica, Didatta e Docente APC, Docente a contratto in Psicologia Clinica-Università del Salento.

Corrispondenza

Maria Assunta Carati; e-mail: mariam3@libero.it

Riassunto

Nella pratica clinica la diagnosi di Disturbo dell'adattamento presenta non di rado delle difficoltà. Per le sue caratteristiche di aspecificità dei sintomi, a esso sono talvolta ricondotte forme di disturbo che non soddisfano i criteri per altre diagnosi, oppure è considerato come diagnosi di "transizione", quasi "sottosoglia", in attesa dell'emergere di un quadro più definito e grave. Tale non specificità del disturbo è anche uno dei motivi che hanno determinato una scarsa attenzione della ricerca sia sulla sua concettualizzazione sia sul suo trattamento.

Il DA è il tipico disturbo che funge da modello per poter definire i fattori di mediazione tra l'evento stressante e la reazione del soggetto. Nella nostra proposta di concettualizzazione del disturbo l'evento stressante è un evento valutato dal soggetto in termini di minaccia o compromissione di scopi fondamentali. Una volta data la compromissione dello scopo riteniamo che nello sviluppo del disturbo giochino un ruolo decisivo alcuni processi cognitivi: convinzioni e valutazioni che alimentano la focalizzazione sulle conseguenze negative dell'evento; credenze e valutazioni che ostacolano le abilità di coping e impediscono l'organizzazione di un piano di azioni funzionale al perseguimento di scopi alternativi.

Parole chiave: disturbo dell'adattamento, scopo, evento stressante

ADJUSTMENT DISORDER: A MODEL OF CONCEPTUALIZATION

Abstract

In clinical practice, the diagnosis of Adjustment disorder often presents some difficulties. Often, this disorder is seen as a temporary diagnostic label, almost subthreshold, partly because of its vagueness and generality of the symptoms; in fact, they are attributed to it disorders that do not meet other clinical conditions, waiting for higher diagnostic definition. This non-specificity of the disorder is also one of the reasons that have led to a lack of attention research, both on its conceptualization and its treatment.

The DA is the typical disorder that serves as a model to define the factors mediating between the stressful event and the reaction of the subject. In our proposed conceptualization of the disorder, the stressful event is an event evaluated by the subject in terms of threat or impairment of the fundamental goals. Once the

purpose of impairment has occurred, we believe that the development of the disorder play a decisive role in some cognitive processes: appraisals and assumptions that feed the focus on the negative consequences of the event; beliefs and evaluations which disrupt coping skills and prevent the organization of a plan of action to enable the pursuit of alternative goals.

Key words: adjustment disorder, goal, stressful event

Introduzione

In generale, il DSM ha trascurato le patologie reattive all'evento, caratteristiche della psicopatologia classica da Oppenheim a Jaspers e a Schneider, in quanto questo sistema diagnostico, insieme all'ICD 10, si definisce come ateorico e descrittivo e tralascia l'eziologia in favore dell'oggettività della fenomenologia. Tra le poche eccezioni vi sono il Disturbo dell'adattamento (DA), il Disturbo da stress post-traumatico (DSPT) e il Disturbo da stress acuto (DSA). Questi Disturbi si riferiscono a condizioni cliniche in riferimento a eventi negativi, stressanti o traumatici. In questa direzione, nel DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) è stato messo a punto un capitolo dedicato agli stati reattivi (Disturbi correlati a Eventi Traumatici e Stressanti; DCETS).

L'evento si riferisce a condizioni presenti nella vita che correlano con cambiamenti significativi come ad esempio: divorzio, lutto, licenziamento, trasferimento, cambiamento di condizioni di lavoro, importanti problemi sul lavoro, mobbing, bullismo, problemi di salute, interventi chirurgici, notizie di diagnosi e prognosi impegnative. Questi eventi di vita sono interpretati dal soggetto in modo negativo e questa valutazione causa disadattamento. L'evento traumatico, invece, è una condizione grave che è correlata alla minaccia della vita del soggetto, al pericolo di subire lesioni, all'assistere a scene violente su altri in modo prossimale o all'essere vittima di incidenti gravi o disastri. Il trauma è un evento di per sé grave e correlato a un intenso e drammatico impatto sul soggetto.

Nel corso dello sviluppo della psichiatria e della psicologia clinica, diversi autori hanno sviluppato metodologie per definire e misurare l'entità e l'impatto degli eventi stressanti. Esempi di questo lavoro sono la *Social Readjustment Rating Scale – SRRS* (Holmes e Rahe 1967) e la *Interview for Recent Life Events – IRLE* (Paykel et al. 1971) che misurano l'impatto medio di un evento in una lista di eventi stressanti più diffusi. Tali scale sono dette *normative*: agli eventi ritenuti mediamente più importanti e più frequenti è stato assegnato un "peso" derivandolo da studi sulla popolazione generale e su campioni di pazienti psichiatrici, peso che rappresenta il potenziale impatto medio dell'evento sul soggetto. Invece tra le liste di eventi di vita che si basano sul metodo *soggettivo*, quello cioè che richiede che la valutazione dell'importanza dell'evento sia fatta dal soggetto stesso, ricordiamo il *Recent Life Change Questionnaire – RLCQ* (Rahe et al. 1974), il *Life Experience Survey – LES* (Sarason et al. 1978) e il *Life Events Questionnaires – LEQ* (Horowitz et al. 1977).

Nella storia della psicopatologia è sempre stato presente il bisogno di definire le patologie psichiche reattive agli eventi. Numerosi autori hanno in qualche modo specificato più di altri questi disturbi e assegnato loro un posto più o meno largo nella tassonomia del momento. Nella disamina storica che segue ci atterremo a Kardiner (1969) e Tennant (1994).

Esquirol (1846) può essere citato come colui che ha dato largo spazio alla reazione agli eventi come causa di patologia su una vasta gamma di disturbi, tutti compresi nella "follia morale". Il periodo in cui forse è stata più avvertita l'esigenza di definire e capire queste condizioni reattive,

è stato quello durante e successivo i due grandi conflitti mondiali. Storicamente il concetto di reazione psicogena a eventi stressanti e traumatici fu introdotto da Bleuler nel 1911. Oppenheim (1892) già definiva le nevrosi post-traumatiche, patologia adottata poi da Kraepelin (1896) per definire il grande ed epidemico fenomeno delle cosiddette “nevrosi di guerra”, condizioni cliniche correlate a terrore in riferimento al sentimento di impotenza dei soggetti che dovevano fronteggiare le mutate e nuove condizioni di conflitto bellico (aerei, bombe, gas, cannoni, mine). Simmel probabilmente mise l'accento su questo disturbo in modo più chiaro nel 1918 portando in risalto i meccanismi ipotizzati in questa condizione clinica; a Simmel fecero eco Freud (1914), Ferenczi (1918), Abraham (1919), Fenichel (1945) con alcune ipotesi psicodinamiche sul trauma acuto e sugli eventi acuti in grado di scatenare o riaprire conflitti irrisolti. Bleuler (1911), in qualche modo ispirato dalla psicanalisi, dedicò alla reazione agli eventi un certo spazio, forse non ben definito, ma identificato nella “psicogenesi” e nella definizione dei disturbi psicoreattivi. Bleuler vedeva però la psicogenesi come spiegata da dinamiche proprie della personalità di base, anche questo in qualche modo mutuato da Freud e collaboratori. Mentre negli Stati Uniti Meyer (1951) considerava gran parte delle psicopatologie come un tentativo di adattarsi, anche patologicamente, alle condizioni di vita reale, prospettiva che influenzò per diversi anni gli autori americani e il DSM, in Europa Jaspers (1913) puntava sul concetto di reazioni ad avvenimenti, che per essere considerate normali dovevano essere “comprensibili” dal clinico, e non deviare in durata, intensità, motivi e legame logico con l'evento. In caso contrario, le reazioni ad avvenimenti andrebbero viste come patologiche. Purtroppo Jaspers non fu chiaro nell'individuare precise patologie ma questi concetti, soprattutto la comprensibilità della reazione, durarono a lungo, probabilmente fino al DSM-III (American Psychiatric Association 1980). Un altro clinico che ha considerato appieno le patologie reattive agli avvenimenti è stato Schneider (1946), il quale precisò diversi processi delle reazioni “abnormi” viste come tentativi patologici di adattamento. Il DSM-III del 1980 ha interrotto una tradizione che tentava di comprendere il collegamento tra eventi stressanti e l'insorgenza della malattia; dal 1980 il collegamento diretto è ristretto a pochi esempi clinici tra cui i Disturbi dell'adattamento.

I Disturbi “reattivi” sono ridimensionati, e dal 1994 con il DSM restano il DA, il DSA e il DSPT come reazioni dirette collegate a eventi stressanti. Certamente, gli eventi stressanti possono esserci anche diagnosticando altri disturbi come il Disturbo depressivo maggiore, il Disturbo di panico, il Disturbo d'ansia generalizzata ma l'esposizione a essi non è elencata esplicitamente come criterio diagnostico. Di fatto, le reazioni a eventi sono diventati disturbi più ridimensionati per gravità e durata. Ci si può chiedere il perché di questa evoluzione nella classificazione: probabilmente questo approccio teorico e descrittivo, tendenzialmente a-eziologico, è la reazione all'ambientalismo e allo “psicanalismo” dominanti nella metà del secolo scorso, e preferire un approccio più oggettivo anche se più ristretto e povero teoricamente è più in linea con le neuroscienze.

Caratteristiche generali

Le strategie di adattamento e le risposte all'ambiente fisico, relazionale, socioeconomico e culturale sono significativamente connesse alla nozione di “benessere psico-sociale”. La risposta del soggetto a eventi significativi può essere costruttiva quando il funzionamento globale dell'individuo non diminuisce (o eventualmente diminuisce solo temporaneamente) ma può anche migliorare. In alcuni casi, il soggetto può rispondere agli eventi della propria vita in modo disfunzionale e patologico.

La caratteristica principale dei DA come definito nel DSM-5 e nell'IDC-10 (Organizzazione Mondiale della Sanità 1992) è una reazione negativa a uno o più eventi o fattori stressanti chiaramente definibili, che si manifesta con sintomi sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, tali da compromettere il funzionamento precedente del soggetto. L'individuo sviluppa dei sintomi in un periodo che può variare da qualche giorno a 3 mesi dall'insorgenza di eventi negativi nella vita. Questi eventi possono essere eventi stressanti per la maggior parte della popolazione o soltanto interpretati tali dal soggetto; sono comunque episodi significativamente associati con una variazione delle strategie di adattamento ordinarie del soggetto e quindi con lo stato psicopatologico conseguente.

Questa reazione negativa del soggetto è qualitativamente diversa rispetto alla presenza di sintomi cognitivi, affettivi e comportamentali spiegati da un disturbo preesistente, anche se può esserci, in ogni modo, un disturbo mentale non correlato alla reazione negativa rispetto agli eventi stressanti. In questo caso, il disturbo preesistente può essere affiancato da un DA se quest'ultimo spiega la variazione di sintomi come conseguenza della reazione del soggetto all'evento stressante. Si deve valutare con attenzione se la reazione del soggetto è una risposta meglio spiegata da un diverso disturbo e l'evento stressante è da considerarsi come evento scatenante un certo disturbo (ad es. Disturbo depressivo maggiore) o, invece, si tratta di un DA vero e proprio, o ancora si tratta di entrambi.

Solitamente il DA è Acuto e si risolve in un tempo breve, circa 6 mesi, ma può eventualmente prolungarsi. Se il soggetto manifesta sintomi oltre ai 6 mesi dall'esordio stressante, questo può essere dovuto alla presenza di uno stress cronico e prolungato, fattore che deve però sempre essere identificato e deve correlarsi (quindi, spiegare) alle condizioni cliniche e alla risposta negativa del soggetto. In questo caso il DA è Persistente (cronico) ed è indeterminato.

La natura del fattore o evento stressante può essere "semplice", quando si verifica un evento definito, oppure "multiplo" e complesso, quando si manifestano nella vita del soggetto diversi fattori, anche concatenati tra loro (e anche l'uno conseguente all'altro); gli eventi possono essere anche "ricorrenti", quando si esprimono attraverso situazioni cicliche, oppure "continui", quando sono persistenti.

L'evento, naturalmente, può riguardare sia il soggetto come singolo, quando per esempio attiene ai propri specifici problemi, oppure può interessare l'individuo come membro di un gruppo o una comunità, nel caso di un evento ambientale o situazionale comune (questo è il caso di soggetti immigrati, rifugiati, profughi, sfollati, vittime di disastri ambientali naturali, perseguitati). Alcuni fattori ed eventi stressanti si riscontrano in eventi di vita ordinari (gravidanza, matrimoni, frustrazioni in diversi ambiti, separazioni, cambiamenti di natura fisica e sociale ecc.) sebbene vissuti in modo disfunzionale e patologico.

Nella **tabella 1** sono riportati i criteri diagnostici del DSM-5 per i Disturbi dell'adattamento.

Tabella 1. *Criteri diagnostici Disturbi dell'adattamento DSM-5*

A.	Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o più eventi stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dall'insorgenza dell'evento/i stressante/i.
B.	Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno o da entrambi i seguenti criteri: <ol style="list-style-type: none">1. Marcata sofferenza che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi.

Tabella 1. *Continua*

2. Compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altri importanti aree.
C. Il disturbo correlato con lo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale preesistente.
D. I sintomi non corrispondono a un lutto normale.
E. Una volta che l'evento stressante o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri sei mesi.
<i>Specificare quale:</i>
Con umore depresso
Con ansia
Con ansia e umore depresso misti
Con alterazione della condotta
Con alterazione mista dell'emotività e della condotta
Non specificati
<i>Specificare se:</i>
Acuto: meno di 6 mesi
Persistente (cronico): 6 mesi o più

Tipologia

Il DA nel DSM-5 così come accadeva nel DSM-IV è caratterizzato da 6 sottotipi ed evidenzia un'ampia gamma di sintomi e condizioni cliniche.

Esso può essere:

1. Con umore depresso: il soggetto evidenzia sintomi depressivi come scoraggiamento, tendenza al pianto, ritiro, evitamento degli impegni significativi;
2. Con ansia: i sintomi caratteristici sono l'irrequietezza, la preoccupazione e le ruminazioni, il frequente trasalimento e la tendenza all'attivazione dei sintomi fisiologici;
3. Con ansia e umore depresso misti: l'individuo può evidenziare entrambe le condizioni precedenti;
4. Con alterazione della condotta: in tale sottotipo il soggetto evidenzia una modalità di comportamento violento, aggressiva, lesiva dei diritti degli altri, e possono aversi le seguenti condizioni, fughe, vandalismo, risse, guida spericolata, comportamento aggressivo verso le persone significative;
5. Con alterazione mista dell'emotività e della condotta: in questo tipo il soggetto evidenzia sia i sintomi ansiosi e depressivi, sia comportamenti devianti e disfunzionali (come il tipo precedente);
6. Non specificati: quando l'individuo evidenzia sintomi che non sono ricompresi nelle tipologie precedenti (per esempio, lamentele somatiche o ritiro) mantenendo però i criteri generali del disturbo.

Il tipo più comune è quello depressivo (5,9%), segue quello misto emozioni e condotta (2,8%), quindi ansia (2,5%) e infine altri tipi 1,0%.

Le manifestazioni del disturbo possono presentarsi in una varietà di situazioni di vita (lavorative, scolastiche, familiari, sociali) e possono contribuire al peggioramento di condizioni

sanitarie e medico-generalmente preesistenti.

Da diversi studi (Biondi 1999) si è notato che le caratteristiche di genere possono spiegare una parte della varianza del disturbo: alle donne adulte viene diagnosticato questo disturbo con il doppio della frequenza rispetto ai maschi. Nessun'altra caratteristica socio-demografica ed economica rilevante spiega con chiarezza il resto dell'incidenza studiata.

Esordio e decorso

I dati epidemiologici (Cassano e Tundo 2006; Invernizzi e Brezzi 2012; Piccinelli et al. 1995) indicano che la prevalenza del DA può essere tra circa il 2% e l'8% tra i bambini e gli anziani, e circa il 12-20% tra i pazienti con problemi medici generali che presentano conseguenze anche psicopatologiche (fra questi anche i familiari di pazienti con problemi gravi). Tra i soggetti affetti da malattie gravi o croniche l'incidenza sale al 50% nei casi di gravi problemi di salute (come interventi cardiaci, problemi oncologici, pazienti con HIV, pazienti in dialisi, pazienti che hanno subito gravi traumi ortopedici o amputazioni).

L'esordio del disturbo oscilla intorno ai 3 mesi dalla manifestazione di eventi di vita stressanti. Spesso, l'insorgenza dei sintomi è immediata quando l'evento è un fatto acuto (licenziamento, disastro ambientale, sfratto ecc.), se il fattore stressante invece persiste nel tempo anche i sintomi tendono a durare.

Ci sono molte evidenze che il DA è un disordine transitorio con remissione spontanea, tuttavia può portare ad alti tassi di morbilità psichiatrica e alti tassi di suicidio (Kryhanovskaya e Canterbury 2001). Alcuni lavori (Casey 2009) mettono in luce come il DA comporti gli stessi livelli di rischio per atti autolesivi o autosoppressivi di altri disturbi per cui la credenza che sia meno grave è smentita dalle ricerche.

Uno studio su un campione di 302 soggetti tra i 12 e i 22 anni al primo trattamento ha evidenziato che l'89% soddisfaceva i criteri per il DA e di essi il 25% presentava idee di suicidio o precedenti atti suicidari (Pelkonen e Marttunen 2005). Il gruppo con idee di suicidio si differenziava dagli altri per una storia precedente di trattamenti psichiatrici, scarso funzionamento sociale, umore disforico e agitazione psicomotoria.

Il profilo dei soggetti con tentativi di suicidio fra quelli con DA confrontati con quelli con Disturbo depressivo maggiore (DDM) include maggiori livelli di deprivazione infantile, istituzionalizzazioni e instabilità infantile. L'agito è più probabile venga facilitato dall'influenza di alcool e non è pianificato. Inoltre l'intervallo tra l'inizio del disturbo e il tentativo di suicidio è significativamente più breve nel DA (Benton e Ifeagwu 2009; Polyakova et al. 1998; Portzky et al. 2005). Questo è un gruppo con una lunga storia di vulnerabilità e instabilità maggiore che nei DDM, ciò a sostegno dell'ipotesi che le caratteristiche di personalità possono avere un'influenza nel DA.

Un altro studio di Runeson e collaboratori (1996) ha evidenziato che l'intervallo medio tra diagnosi di DA e comportamenti suicidari è di 1 mese, per il DDM è di 3 mesi, per il Disturbo borderline di personalità è di 30 mesi, per la Schizofrenia di 47 mesi.

Non è, infine, ancora chiaro se l'esordio del disturbo sia indipendente da precise condizioni di vulnerabilità preesistenti o correlate a fattori di predisposizione verso disturbi ansiosi o dell'umore. Come si cercherà di chiarire nella concettualizzazione, il DA è correlato alle abilità del soggetto a fronteggiare il cambiamento stressante e alla compromissione di scopi e mete significative; in questo senso, il possesso o meno di abilità di coping preesistenti può essere messo in relazione con la risposta stressante patologica o con la "resilienza".

Diagnosi differenziale

Il DA pone alcuni problemi nella diagnosi differenziale e deve essere distinto da altri disturbi con i quali può condividere alcune manifestazioni sintomatologiche, su un piano di realtà o meno. Nei Disturbi d'ansia il focus è spesso sui sintomi d'ansia stessi e sul tipo di pericolo che il paziente crede di subire dato lo stato d'ansia. Nella depressione c'è spesso un problema secondario, cioè il preoccuparsi dei sintomi stessi della depressione come il rallentamento, l'ansia o il pensiero intrusivo. Il DA presenta alcune differenze generali verso i Disturbi depressivi ma anche ansiosi. Il focus attentivo e quindi i problemi riferiti dal paziente riguardano sempre l'evento e le sue conseguenze.

Il DA con umore depresso deve essere distinto dal Disturbo depressivo maggiore (DDM) a causa della maggiore intensità e specificità dei sintomi di quest'ultima patologia; inoltre, il DDM può certamente essere esacerbato o precipitato da un evento stressante o da una condizione di cambiamento ma questa spesso assume un ruolo di evento precipitante che non muta il quadro clinico. Naturalmente, può essere che un preciso evento stressante determini un cambiamento nel profilo clinico con manifestazioni più tipiche della reazione a un evento che si associa alla condizione depressiva, in tal caso il DA si aggiunge in comorbidità al disturbo preesistente.

Lo stesso tipo di DA deve essere differenziato anche dal Disturbo depressivo persistente (distimia) in quanto il DA è transitorio e ha un legame diretto con un evento stressante del quale costituisce la reazione, mentre nella distimia non è chiaro il legame con un evento e la durata è di almeno due anni.

Il DA deve, inoltre, distinguersi da un Disturbo depressivo dovuto un'altra condizione medica (per esempio, ipotiroidismo). In questo caso non c'è un evento stressante, l'alterazione è causata dal processo patologico generale, vi è una diretta relazione eziologica tra disturbo e condizione medica e quindi i contenuti sono congrui a essa. Nel DA il focus attentivo è direttamente centrato sull'evento mentre nella condizione medica potrebbe essere centrato sul malessere causato dalla compromissione fisiologica, che nel caso dell'ipotiroidismo è per esempio il rallentamento (astenia, deconcentrazione, alterazione dell'alimentazione e del sonno). Deve essere detto che la notizia della diagnosi di una grave patologia può essere essa stessa vista come un evento stressante che può innescare un DA.

Il DA con ansia va distinto dai disturbi clinici del gruppo dell'ansia, e in particolar modo dal Disturbo d'ansia generalizzata (DAG). Questo disturbo ha una durata di almeno 6 mesi, e spesso i sintomi sono preesistenti a uno o più eventi negativi significativi subiti dal soggetto. Nel DA non è chiara la differenza dei sintomi ansiosi specifici, dall'esperienza clinica si può desumere che un quadro di DA può complicarsi in un DAG o può esacerbarlo. Comunque per un'esatta distinzione resta il criterio temporale a meno che non si abbia un DA Cronico che sfonda il limite dei 6 mesi.

Altri due disturbi dai quali deve essere distinto il DA sono il DSPT e il DSA, con cui condivide l'essere correlato alla comparsa di un evento. Mentre nel DA questo evento è una condizione di vita che può essere ordinaria o essere oggettivamente stressante, nel DSPT e nel DSA l'evento è traumatico e deve assumere un impatto terrorizzante che pone in serio pericolo di vita il soggetto o almeno costituisce un episodio estremo. Questi disturbi si differenziano anche per due altri aspetti uno di natura temporale, l'altro sintomatologico in quanto nel DSPT sono presenti i flashbacks, l'estremo evitamento, l'iperallarme, tutti sintomi che non sono proprio inquadrabili nella reazione disfunzionale all'episodio stressante. Va ricordato che nel DSM-5 però si aggiunge che il DA può essere diagnosticato quando in seguito a un evento traumatico si

evidenzia un quadro di sintomi che non soddisfano o superano la soglia diagnostica per il DSA o il DSPT, o ancora quando una persona non è stata esposta a un evento traumatico ma presenta il profilo sintomatologico completo del DSA o del DSPT.

Un'ulteriore differenziazione va operata con i Disturbi di personalità nei quali le caratteristiche individuali di risposta all'ambiente sono stabili e di lunga durata. In particolare si pone il problema di tenere separati il DA Con alterazione della condotta dal Disturbo di personalità antisociale (DdPA). Nel DA i problemi della condotta, l'aggressività, gli eventuali atti antinormativi, sono risposte disfunzionali a un evento stressante, mentre nel DdPA il tratto è preesistente. Naturalmente, un evento stressante può esacerbare una tendenza pregressa o può cambiare il profilo clinico e quindi vedere aggiunto il DA alla condizione preesistente.

Per il lutto nel DSM-5 si stabilisce la distinzione tra DA e *disturbo da lutto persistente complicato* per il quale è previsto un set di criteri più specifici ma resta, come vedremo nel paragrafo seguente, la difficoltà di distinguere il DA da un lutto normale.

È importante distinguere il DA Non specificato con lamentele somatiche dal Disturbo da sintomi somatici: in quest'ultimo caso manca la relazione con l'evento stressante, i pensieri le emozioni e i comportamenti del soggetto sono centrati sui sintomi, sono preesistenti e di solito di più lunga durata.

Infine va ricordato che durante il trattamento di condizioni mediche generali alcuni fattori psicologici e/o stressanti possono innescare una condizione di disadattamento e se vi sono chiari eventi può essere diagnosticato un DA; ma mentre nel DA le risposte cognitive, affettive e comportamentali si manifestano come conseguenza di tali eventi stressanti (in questo caso eventi di natura sanitaria), al contrario i Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche sono fattori psichici che complicano le condizioni sanitarie, il trattamento o la prognosi.

Questioni sulla natura del disturbo e criticità della diagnosi

Come abbiamo visto precedentemente per la diagnosi differenziale il DA va tenuto ben separato da diversi disturbi con cui condivide alcuni sintomi. Vi sono però ulteriori problemi che esso pone, sia dal punto di vista diagnostico sia sulla stessa natura psicopatologica.

La non specificità dei criteri ha fatto di questo disturbo una nicchia diagnostica in cui collocare tutte quelle condizioni cliniche che non soddisfacevano i criteri per altre diagnosi ma che erano sufficientemente severe da giustificare un disturbo, oppure era una diagnosi di attesa prima dell'emergere di un disturbo più grave.

Nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) il DA era definito come diagnosi residua che si poneva solo quando erano stati esclusi i disturbi maggiori, soprattutto affettivi e di ansia. Diversi autori hanno messo in evidenza come fosse insoddisfacente la validità della definizione del disturbo. Il Work Group del DSM-5 ha operato un cambiamento introducendo il DA nel capitolo dei Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti. Maercker e collaboratori (2007) e Strain e Friedman (2011) hanno proposto una modifica della diagnosi in termini di *sindrome di risposta allo stress* (Horowitz 1976, 2004), secondo questi autori tale definizione avrebbe dovuto liberare il DA della non specificità che fino al DSM-IV-TR lo ha caratterizzato e ha fatto sì che sia stata utilizzata come diagnosi residua, ponendolo su un continuum che vede a un estremo il DA e a quello opposto il DSPT.

Secondo tale modello il DA così come il DSPT e il DSA è caratterizzato da tre grandi aree di sintomi.

Intrusioni: involontari, ricorrenti e dolorosi ricordi che incorrono sia spontaneamente

sia attivati da segnali provenienti dall'ambiente. Si può passare da isolati pensieri all'essere tormentati dai ricordi. I pensieri dolorosi riguardano l'evento e le sue conseguenze: cosa è successo, come poteva essere evitato e come potrebbe essere ristabilita giustizia.

Evitamento: tentativi di evitare e di escludere dalla coscienza pensieri e sentimenti associati all'evento stressante. Allo stesso modo si possono tentare di evitare attività o situazioni in qualche modo collegati con l'evento stressante. Questi sforzi tuttavia si rivelano inefficaci e al contrario vari aspetti della vita tengono la persona legata all'evento.

Fallimento nell'adattamento: riguarda i cambiamenti comportamentali e interpersonali che derivano dalla difficoltà di elaborare l'evento. Difficoltà di concentrazione e di affrontare i problemi della vita o del lavoro; cambiamenti interpersonali come la tendenza al ritiro; spesso si evidenzia ritiro da attività che erano precedentemente importanti come hobby, sport ecc.

Il cambiamento effettuato nel DSM-5 tuttavia si limita all'inserimento del DA nei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti e non opera alcuna variazione rispetto ai criteri diagnostici che restano gli stessi, aspecifici, del DSM-IV-TR, non liberando di fatto il DA da alcuni problemi legati alla diagnosi differenziale con altri disturbi.

La criticità maggiore riguarda la distinzione tra DA e normale risposta adattiva e la sovrapposizione con altri disturbi. Inoltre nella pratica clinica c'è un chiaro problema a distinguerlo da una reazione luttuosa intensa. Può essere diagnosticato in seguito alla morte di una persona cara quando l'intensità, la qualità o la persistenza delle reazioni di dolore sono eccessive rispetto a quelle normalmente attese, considerate le norme culturali, religiose e l'età, ma non sempre la distinzione di fatto è facile da operare perché le differenze restano sfumate.

Il DA pone dei seri problemi a essere una diagnosi psicologica in entrata in quanto a causa dei criteri temporali non può essere accertata la fine; peraltro l'intensità dei sintomi non è chiara per la non specificità dei criteri. Per il DSM-5 era stata proposta una modifica del criterio B nella direzione di prevedere per la diagnosi la presenza contemporanea di entrambi i punti 1 e 2, cioè sia la marcata sofferenza che la compromissione del funzionamento. Questo per rendere più stringente e vincolante il criterio B al fine soprattutto di evitare il rischio di sovrastimare il disturbo, ovvero di psicopatologizzare anche normali reazioni a eventi stressanti. Dal gruppo però che si è occupato del disturbo è stato valutato che non vi erano dati empirici che lo dimostrassero e quindi è rimasto come era, cioè per porre diagnosi può essere sufficiente solo uno dei due punti.

Un altro problema è accertare il tipo Acuto o Persistente, in quanto un evento può essere unico ma causare una conseguenza che perdura giorno dopo giorno.

In ultimo, permane una certa innegabile difficoltà a valutare la differenza tra disturbi sottosoglia, tratti (non DdP) preesistenti e il DA. Sembra che il DA si collochi in un certo continuum che vede le condizioni e problemi di vita a un estremo normale, poi accanto i tratti, i disturbi sottosoglia e i disturbi maggiori.

Fattori di rischio

È stato notato che nel DA e nelle reazioni a eventi stressanti i fattori di rischio sono il reverso dei fattori protettivi che spiegano la resilienza (Barlow e Durand 1998; Biondi 1999; First e Tasmari 2004; Hansell e Darmour 2004).

La resilienza comprende un insieme di risposte flessibili dal punto di vista cognitivo, comportamentale ed emotivo riguardo eventi avversi, acuti o cronici, i quali eventi possono essere insoliti o generalmente frequenti. Essa consiste nell'adozione di un atteggiamento e quindi di un significato che il soggetto attribuisce a un evento avverso, il quale significato spiega

le risposte flessibili piuttosto che inflessibili, rigide e disfunzionali (Neenan 2009). La resilienza è un repertorio di modi di rispondere a eventi che può essere appresa ed è a disposizione di chiunque. Il punto centrale della resilienza è che il soggetto non interpreta una frustrazione o un'avversità come compromettente ciò che è davvero importante per lui (è per lui un valore o un significato di vita), che consiste in ciò che è in suo potere e costituisce un orientamento a lungo termine. Al contrario, quando un soggetto interpreta un evento o un'avversità come una minaccia a uno scopo centrale di vita o come minacciante un dominio altamente significativo, può rispondere in modo rigido, inflessibile, stereotipato e con un costo emotivo altissimo. Non è banale ricordare che lo stesso modo di pensare al "riprendersi" o al come affrontare le avversità può essere una complicazione (per esempio, lo stereotipo del riprendersi al 100% istantaneamente senza alcuna conseguenza, il "rimettersi subito in piedi"). La resilienza implica un doppio livello di valutazione: 1) cosa è bene o importante per il soggetto; 2) gli eventi che sono o non sono sotto il suo controllo. Mentre il soggetto si sente coinvolto e impegnato nel primo livello, può autoregolarsi nel secondo. Questi due livelli sono spesso confusi da chi risponde in modo disfunzionale nel medio-lungo termine.

Di seguito nella **tabella 2** elenchiamo alcuni dei più noti fattori di rischio implicati nella modalità di reazione agli eventi stressanti (Dell'Erba 1998).

Tabella 2. *Fattori di rischio*

Evidenza di gravità oggettiva dell'evento	vs	Non evidenza oggettiva di gravità
Evento significativo per il soggetto	vs	Evento non particolarmente significativo
Ridotte capacità di gestire il cambiamento	vs	Buone capacità di affrontare i cambiamenti
Ridotto senso di controllo interno sull'evento	vs	Buon senso di controllo e padronanza
Minaccia all'immagine di sé	vs	Scarsa rilevanza con l'immagine di sé per il soggetto
Basso supporto familiare e sociale	vs	Buon grado di supporto
Basso livello socio-economico	vs	Buon livello e risorse economiche
Coincidenza di altri eventi negativi	vs	Assenza di altri eventi significativi

Teoricamente, i fattori di rischio in senso psicologico più significativi sono le ridotte abilità di coping e un atteggiamento di indisponibilità all'accettazione. Le abilità di coping, che sono comunque un costrutto ampio, comprendono diversi aspetti come per esempio: ottimismo, speranza, focus sui problemi, realismo, pensiero critico, padronanza, senso di autoefficacia, autostima. Il minimo comune denominatore potrebbe essere il senso di autoefficacia (Bandura 1997; Karoly 1995; Karoly e Anderson 2000; Seligman 1990, 2002; Snyder 1994; Snyder et al. 2000).

Vediamo di seguito come tali elementi entrano nella nostra proposta di concettualizzazione del disturbo.

Concettualizzazione

Il DA è il tipico disturbo che funge da modello per poter definire i fattori di mediazione tra l'evento stressante e la reazione del soggetto. Per fare questo dobbiamo considerare che l'evento stressante è un evento che crea un cambiamento e crea le condizioni per una modificazione degli assetti psicologici del soggetto. In altre parole, il soggetto è spinto al cambiamento, deve adattarsi, deve operare degli spostamenti nelle sue strategie quotidiane e a lungo termine. Tutto questo costituisce uno sforzo, uno stress nel riadattarsi. Per superare la condizione stressante il soggetto deve avere la capacità di saper fronteggiare l'evento, il cambiamento, le perdite, le frustrazioni, le conseguenze, il nuovo riassetto.

È necessario definire i possibili fattori di mediazione del soggetto che stanno tra l'evento e la reazione. Essi sono i modi di lettura, d'interpretazione, di dare senso all'evento.

Un evento stressante viene valutato dal soggetto e nella valutazione i processi cognitivi cercano di stimare la minaccia verso i suoi scopi fondamentali (Capo e Mancini 2008; Castelfranchi et al. 2002; Grosse et al. 2007); la compromissione o la frustrazione di scopi e mete importanti spinge la persona a cercare di "riparare" la compromissione o invalidazione dello scopo, e a cercare mezzi alternativi per perseguire lo scopo o il piano futuro o altrimenti deve cambiare progetto di vita. Quindi il tipo di analisi cognitiva è laboriosa e cruciale.

Nella valutazione della minaccia a uno scopo importante entrano fattori ed elementi come: quante risorse il soggetto crede di avere, quanto crede sia stabile la compromissione, quanto è globale, quanto la compromissione si riflette sull'immagine che egli ha di se stesso, quanto cerca di accettarla e cosa lo ostacola ad accettare sia l'evento sia la compromissione, quanto supporto sociale (aiuto o soccorso) ha o può avere, quante risorse materiali ha o può avere.

Tutti questi aspetti sono il fulcro dell'analisi cognitiva che il soggetto opera perché costretto a risolvere il problema. I modi della risoluzione e quindi della reazione all'evento dipenderanno dal tipo di valutazioni degli scopi e dei mezzi disponibili o andati frustrati.

L'entità della sofferenza è proporzionale alla rilevanza dello scopo per il soggetto. Può trattarsi di uno scopo che è collegato ad altri scopi o regge altri scopi. L'evento può talvolta compromettere uno scopo attraverso il cui raggiungimento può essere raggiunto un altro scopo a esso sovraordinato. Rifacendoci a Castelfranchi e Miceli (2004) quando illustrano quella che loro chiamano "configurazione cognitiva minima sottostante alla nozione di bisogno", potremmo dire che l'evento avverso compromette uno scopo strumentale e quindi priva il soggetto della risorsa attraverso cui ottenere lo scopo sovraordinato. Per esempio affrontare un divorzio significa perdere il compagno (scopo strumentale) e quindi non poter avere una famiglia (scopo sovraordinato).

Oppure subire un licenziamento significa restare senza un lavoro (scopo strumentale) e perdere la possibilità di un riconoscimento professionale e sociale.

Da questa analisi ne discendono una serie di conseguenze dirette:

- più è giudicato importante lo scopo e più è intensa la reazione all'evento (uno scopo è giudicato importante quando da esso dipendono altri scopi salienti o a esso sono in qualche modo collegati altri scopi in modo non sostituibile);
- meno è sostituibile lo scopo con un altro scopo-mezzo più è grave la sofferenza del soggetto (cioè più è intensa l'espressione dell'emozione collegata alla valutazione rispetto allo stato dello scopo in esame);
- meno piani e progetti sono a disposizione del soggetto più è grave la reazione (meno lo scopo è sostituibile più danno c'è);

- più la compromissione si riflette su altri aspetti e più aspetti coinvolge più è grave (vale a dire che la compromissione di uno scopo che regge altri scopi causa maggiore danno e quindi vi è maggiore intensità dell'emozione collegata);
- meno scopi del tipo "sovraordinato" ha il soggetto, dello stesso valore/forza di quello compromesso, maggiore è la sofferenza;
- meno risorse ha il soggetto più è grave la reazione (quando uno scopo importante non è sostituibile ma non è neanche possibile ripararsi o sottrarsi dal danno perché i mezzi per proteggersi o "attuire il colpo" non sono disponibili allora il soggetto proverà maggiore sofferenza psicologica);
- meno il soggetto accetta l'accaduto più è grave la sofferenza (se il soggetto non è disposto, in ultima analisi, ad accettare la perdita, "accusare il colpo", accettare su un piano di realtà quanto è accaduto, allora sarà più difficile adattarsi e si proverà maggiore sofferenza).

Perché quello scopo è così importante per il soggetto? Si può ipotizzare che abbia a che fare con qualche dominio non solo rilevante ma diremo *decisivo* per la definizione di sé. La sua compromissione fa registrare la discrepanza tra stato anelato/prospettato e stato attuale e ciò comporta un danno alla rappresentazione che il soggetto ha di sé. Per esempio se per una persona farsi una famiglia significa essere normale, adeguata, completa ecc., il non averla comporta necessariamente confrontarsi con una mancanza che si rappresenta come una difettualità, come una limitazione al valore di sé. Si crea uno iato tra sé reale/attuale e sé ideale. Se non ci sono altri scopi che siano altrettanto decisivi per la definizione di sé il soggetto può interpretare tale limitazione come intollerabile.

Il problema può essere suddiviso per comodità espositiva in due casi.

- a) La situazione in cui l'evento compromette lo scopo strumentale ma non compromette del tutto lo scopo sovraordinato. Per esempio il divorzio impedisce di continuare a vivere con quel compagno ma non la possibilità di farsi una famiglia con un'altra persona. Un licenziamento comporta la perdita di quel lavoro ma non compromette la possibilità di ottenere un'affermazione professionale. In questi casi lo scopo sovraordinato può essere compromesso in modo temporaneo o meglio minacciato.
- b) Il caso in cui scopo strumentale e scopo sovraordinato coincidono per cui l'evento compromette entrambi. Per fare un esempio, una madre che perde il suo unico figlio in età matura quando non è più fertile: per lei in questo caso è definitivamente compromesso lo scopo di essere madre.

Va da sé che la seconda situazione è decisamente più grave.

Nel primo caso può essere valutata e ricercata la possibilità di individuare altri scopi mezzi per raggiungere lo stesso scopo sovraordinato A. Lo scopo sovraordinato può essere almeno in parte preservato ma vanno ricercati nuovi modi o risorse per raggiungerlo.

Nel secondo caso il problema riguarda la presenza o meno di scopi sovraordinati diciamo "definiti" per il sé, cioè di scopi che possano essere ugualmente rilevanti per la rappresentazione di sé che ha il soggetto. Altri scopi che gli garantiscono comunque di "sopportare" la compromissione dello scopo A. Il soggetto deve rinunciare allo scopo A e investire in altri scopi. In tal caso quindi si tratta di accettare la compromissione dello scopo.

Come chiariscono molto bene Mancini e Perdighe (2012) la via dell'accettazione va percorsa quando il soggetto non può impedire la compromissione dello scopo cioè quando questo è al di fuori del suo potere e quando continuare a investire sullo scopo produce sofferenza e non consente di rivolgere le proprie energie verso altri scopi personali rilevanti e raggiungibili.

Una volta data la compromissione dello scopo nel mantenimento della sofferenza giocano

un ruolo decisivo alcuni elementi. Nella nostra proposta di concettualizzazione del disturbo mettiamo in luce il concorso di tre grandi aree di fattori che intervengono nel funzionamento del disturbo, che alimentano la focalizzazione sulle conseguenze negative dell'evento e impediscono l'organizzazione di un piano di azioni funzionale al perseguimento di scopi alternativi:

- a) l'area delle convinzioni di chi è orientato verso uno scopo potremmo dire di ordine più generale e trasversali ai diversi tipi di reazione emotiva. Riguardano l'assetto mentale di chi è orientato verso uno scopo (Mancini e Perdighe 2012);
- b) le valutazioni inerenti il significato personale attribuito alla compromissione e che determinano la specifica reazione emotiva;
- c) le valutazioni e le credenze che ostacolano le abilità di coping.

Convinzioni di chi è orientato verso uno scopo trasversale ai diversi tipi di reazione emotiva

- Convinzioni di tipo normativo: quando lo scopo è ritenuto qualcosa che molti riescono a raggiungere “è normale avere una famiglia” allora si è meno disposti a rinunciarvi. È questo quello che Mancini e Perdighe (2012) indicano come uno degli ingredienti minimi perché vi sia investimento verso uno scopo.
- Convinzioni di “diritto/giustizia” legate alla valutazione delle energie e dell'impegno rivolto all'ottenimento dello scopo. Se una persona ritiene di aver speso molto tempo ed impegno per raggiungere uno scopo riterrà il suo ottenimento o mantenimento un diritto e quindi di converso la sua compromissione un'ingiustizia (“dopo tutto ciò che ho fatto non è giusto”). Del resto è difficile pensare che una persona non investa tempo ed energie in uno scopo rilevante per sé.
- Errori di valutazione sul proprio potere di controllo dell'esito dell'investimento verso uno scopo. Confusione tra controllo delle azioni rivolte all'ottenimento dello scopo e controllo degli esiti. Data la rilevanza dello scopo e quindi le risorse e le azioni spese nella direzione del suo ottenimento, il controllo di tali azioni può essere confuso con il controllo del risultato. Nel corso del processo di investimento verso uno scopo l'attenzione della persona sarà selettivamente rivolta a quanto è in suo potere per ottenerlo sottostimando quanto è invece fuori dal suo controllo. Nel momento della compromissione la persona sarà ancora orientata a ripercorrere il percorso e a rimuginare su possibili azioni che avrebbero dovuto impedire il danno.

A tal riguardo riportiamo il caso di una signora di 67 anni che si dispera per la perdita del marito suicida. Non si dà pace perché si colpevolizza per non avere dato sufficiente importanza ai segnali del marito che, a seguito di una malattia e della conseguente perdita di autonomia, era depresso e qualche volta le aveva espresso il suo desiderio di morire. In questo caso la compromissione dello scopo “invecchiare con il compagno di una vita” è aggravata dall'attribuzione della responsabilità della compromissione a se stessa (“è stata colpa mia avrei dovuto rendermi conto di quanto stava per accadere”, “avrei potuto evitarlo”). L'attribuzione a sé di quanto compromesso ha complicato l'accettazione perché in qualche modo la signora riteneva fosse in proprio potere la salvaguardia dello scopo. In casi come questi il soggetto ripercorre con la mente tutte le operazioni e i percorsi che avrebbe “dovuto” compiere così richiamando alla mente diverse possibili azioni di prevenzione del danno confondendo la loro disponibilità mentale con la loro probabilità di successo.

Valutazioni inerenti il significato personale attribuito alla compromissione e che determinano la specifica reazione emotiva

Valutazioni e meccanismi di mantenimento che si innescano quando il soggetto attribuisce una specifica interpretazione a ciò che è accaduto. Il tipo di emozione dominante dipende dal tipo di valutazione che è fatta dal soggetto; per esempio, nel caso di una perdita di una persona intima, il soggetto può valutare in termini di “perdita” il fatto subito e quindi avrà una emozione di tristezza, depressione, lutto, disperazione, malinconia e simili, che sono tutte declinazioni della tristezza, ossia l’emozione relativa alla perdita. Se il soggetto valuterà il fatto in termini di “torto” e di “danno ingiusto” allora avrà rabbia, collera, furia, vendetta, ostilità e simili che sono declinazioni emotive della rabbia, ossia l’emozione relativa al torto e all’ingiustizia. Se il soggetto, invece, giudicherà il fatto in termini di “pericolo” avrà emozioni come ansia, paura, panico, timore, insicurezza, terrore e simili che sono declinazioni emotive della paura, ossia l’emozione relativa alle valutazioni di pericolo.

Per riprendere l’esempio della fine di una relazione affettiva potremmo dire che: nel primo caso il dominio può essere sintetizzato in -> valgo solo se mi costruisco una famiglia; nel secondo -> sono una persona che merita di avere qualcuno vicino; nel terzo -> sono una persona che ha necessità di qualcuno che si prenda cura di lei.

Il tipo di emozione dominante dipende dal tipo di valutazione, come abbiamo appena visto, ma non di rado possono essere coinvolti più aspetti e quindi il DA potrebbe avere diverse declinazioni emotive: ansia, depressione e rabbia.

Una volta rappresentato l’evento in tali termini si attivano alcuni cicli ricorsivi di mantenimento tipici che interessano sia i processi cognitivi che interpersonali. Intervengono meccanismi quali attenzione selettiva, memoria e bias che orientano la selezione delle informazioni ed il ragionamento nella direzione della conferma delle proprie ipotesi negative. Lo scopo minacciato orienterà le funzioni cognitive, ad esempio per effetto dell’attenzione selettiva si può avere una focalizzazione su informazioni che confermano la minaccia dello scopo. Nella valutazione di pericolo il soggetto sarà rivolto ai segnali che confermano la minaccia. Nella valutazione di perdita a quelli che segnalano l’assenza e la difficoltà di recupero di una qualsiasi forma alternativa di bene. Nella valutazione di danno ingiusto a quelli che indicano una ripartizione degli eventi in modo non coerente con il merito personale, così allontanandolo da azioni tese ad affermare le proprie capacità di agire in senso positivo e lasciandolo nella posizione del rimuginio o della rivalsa vendicativa.

La memoria è orientata nella direzione per cui il soggetto tende a indugiare su ricordi/fatti che confermano la bontà/necessità di quanto perso per la realizzazione dello scopo. Quanto perso diventa condizione *sine qua non* per il raggiungimento dello scopo e qualsiasi alternativa è valutata di scarso valore rispetto all’importanza dello stesso.

In ugual modo si innescano comportamenti interpersonali che impediscono l’investimento verso scopi alternativi. Pensiamo alla persona che subisce un abbandono affettivo potrà continuare a focalizzarsi sul bene perduto, a essere guardinga rispetto a possibili segnali che indicano una minaccia ignorando invece quelli di apertura degli altri così confermando la sua ipotesi di non poter più avviare una relazione.

Valutazioni e credenze che ostacolano le abilità di coping

In questo ambito possiamo far rientrare tutte quelle credenze che riguardano le proprie

I disturbi dell'adattamento: un modello di concettualizzazione

capacità di fronteggiamento della nuova condizione e le valutazioni delle risorse a disposizione.

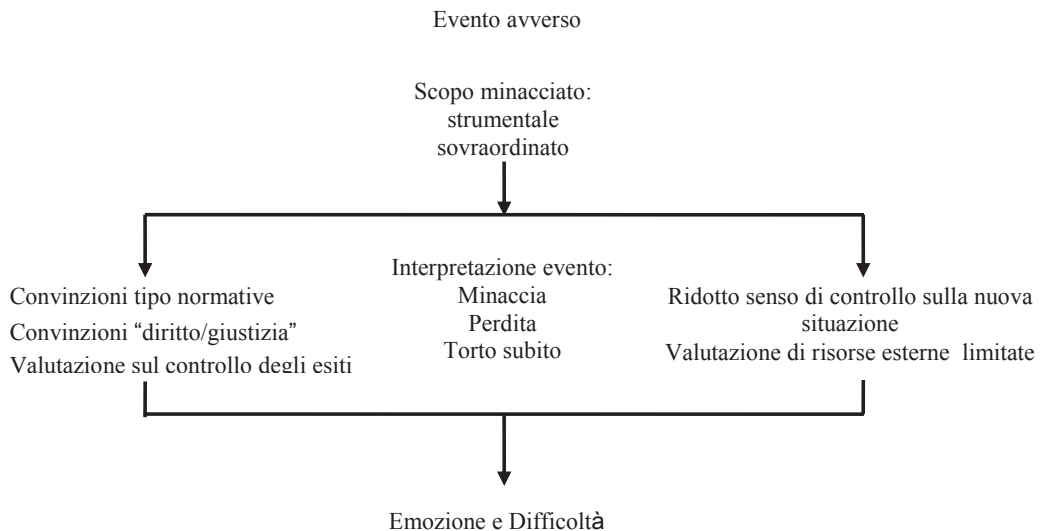
Convinzioni di ridotto senso di controllo sulla nuova situazione quali:

- ritenere di avere scarse possibilità di cambiare la situazione problematica in proprio favore;
- valutare la nuova condizione come al di là delle proprie possibilità, come una condizione che richiede capacità o risorse che non si possiedono;
- indugiare su ostacoli e difficoltà che si incontreranno;
- ritenere che gli eventi dipendano unicamente da variabili esterne e siano poco controllabili.

Unitamente alle precedenti è presente una valutazione delle risorse esterne come limitate. Meno risorse sono disponibili maggiore è la difficoltà di recupero: l'assenza di adeguato supporto sociale o economico si riflette negativamente sulla percezione di avere delle possibilità per fronteggiare con successo la nuova condizione. Allo stesso modo la concomitanza di più eventi stressanti e quindi la compromissione di più scopi priva la persona di punti di forza sui quali fare riferimento.

Nella **tabella 3** è riportato il modello di concettualizzazione del disturbo.

Tabella 3. Schema dei Disturbi dell'adattamento



Terapia

Sul trattamento efficace del DA non vi sono molti studi clinici (Plante 2004).

Il trattamento del DA può essere combinato, e varia a seconda della tipologia in cui si manifesta.

La terapia farmacologica impiega sia agenti anti-ansia sintomatici come le benzodiazepine

(BDZ) in modo costante, sia farmaci antidepressivi come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), i triciclici (TCA) o gli inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI) che hanno una risposta sia sui sintomi ansiosi sia su quelli depressivi, anche se qualche ricerca offre scarso supporto sull'effetto degli antidepressivi (Stewart et al. 1992). Vi sono anche indicazioni per cui gli antidepressivi con proprietà sedative sarebbero suggeriti in casi di storia di dipendenza da sostanze o quando le benzodiazepine sono controindicate (Uhlenhuth et al. 1995).

Possono essere impiegati modulatori e stabilizzatori dell'umore in particolare nelle condizioni di alterazione della condotta (Biondi 1999; Harrison et al. 2005; Stahl 1999; Strain et al. 1994).

Il trattamento psicologico è mirato ai fattori che abbiamo visto coinvolti nel mantenimento del disturbo (Dell'Erba et al. 2013; Dell'Erba et al. 2009):

- a) valutazioni e meccanismi cognitivi che alimentano la focalizzazione sulle conseguenze negative dell'evento;
- b) valutazioni e credenze che ostacolano le abilità di coping;
- c) convinzioni e valutazioni sul proprio piano di vita e valori.

Nel primo punto rientrano gli interventi di analisi e ristrutturazione delle valutazioni catastrofiche rispetto all'evento stressante, mediante l'esame degli scopi coinvolti, la valutazione della compromissione e delle sue conseguenze su un progetto di vita, il miglioramento del realismo, la promozione di un atteggiamento di disposizione all'accettazione del fatto accaduto e delle sue conseguenze realistiche, inteso come un processo di presa di consapevolezza di ciò che è in proprio potere e di ciò che non lo è. La rilevazione e l'analisi delle valutazioni e dei meccanismi cognitivi e interpersonali che mantengono il problema.

Nel secondo ritroviamo il potenziamento delle abilità di coping e di soluzione di problemi: la mobilitazione di risorse per affrontare la nuova condizione; l'esame delle alternative e la promozione di opzioni credibili e possibili per il soggetto.

Il terzo punto è caratterizzato da una ristrutturazione e discussione su ciò che è un bene per il soggetto e dipende da lui (non dall'esterno), e su ciò che è importante come valore guida che ispira la propria condotta individuale e relazionale ed è connesso al proprio impegno costruttivo.

In conclusione, tutti gli interventi per sostenere il senso di autoefficacia (Barlow e Durand, 1998; Beck 1976; Beck et al. 1979; Beck et al. 1985; Ellis 1994, 1999; Hansell e Darmour 2004; Plante 2004; Seligman 1990, 2002).

Solitamente la durata del trattamento è breve.

Conclusioni

Abbiamo osservato come la letteratura sul DA sia estremamente limitata e come manchi una concettualizzazione del disturbo nonostante i dati epidemiologici a disposizione su di esso indichino un'alta incidenza e un rischio anche suicidario significativo. Alcuni autori hanno proposto per il DSM-5 di inserire il disturbo tra le forme di sindrome di risposta allo stress evidenziando come alcune caratteristiche tipiche del DSPT e del DSA siano presenti anche nel DA sebbene in forma attenuata. Tale definizione però si ferma su un piano strettamente fenomenologico-descrittivo, in linea del resto con gli obiettivi del sistema diagnostico, e non tiene conto di aspetti specifici come le differenze individuali nella valutazione dell'evento stressante o delle sue conseguenze.

In questo lavoro è stata proposta, in accordo con i modelli cognitivi della psicopatologia, una concettualizzazione del disturbo che focalizza i fattori coinvolti nel suo sviluppo e mantenimento.

La nuova condizione che deve affrontare una persona esposta a un evento stressante implica la necessaria modifica del suo assetto cognitivo e comportamentale, perché il processo si realizzi positivamente è inevitabile un'integrazione tra rappresentazione di sé e nuovi dati sulla propria condizione. Ciò però può non avvenire perché il nuovo status può produrre un senso di minaccia rispetto a scopi personali decisivi e attivare valutazioni, credenze e processi che impediscono il normale processo di recupero personale.

Il tempo intercorso tra l'evento stressante e la risposta disfunzionale può alcune volte spiegare lo sforzo di analisi cognitiva del soggetto che è impegnato a fronteggiare la compromissione di un progetto cercando alternative, che però non vengono individuate dai pazienti con DA. Nel comprendere questi aspetti importanti della mediazione cognitiva, che spiegano e determinano la reazione, devono essere definiti quali fattori sono preesistenti nel soggetto. In un certo senso, si può ritenere che i tratti di personalità giocano un ruolo così come l'articolazione cognitiva gioca anche un ruolo. Quello che ci sembra chiaro è che i fattori preesistenti a un buon adattamento sono le abilità di coping e l'atteggiamento dell'accettazione. Nel caso del DA, le abilità di coping e l'accettazione sono problematici.

Anche la durata dello stress può assumere un significato importante. Uno stress delimitato nel tempo è diverso da uno stress cronico o continuativo, in quest'ultimo caso il soggetto si trova a dover fronteggiare la minaccia continuamente senza poter attivare il processo di accettazione della nuova situazione per ricominciare.

Il DA può essere ben concettualizzato, generalmente, attraverso un modello cognitivista che preveda un fatto o un episodio o un cambiamento nella vita del soggetto (A) che sopraggiunge ma che viene valutato negativamente (B) e che come conseguenza di tale valutazione il soggetto ha uno stato d'animo o emozione (C). In questo caso però, la valutazione negativa consiste in una valutazione di compromissione di un progetto di vita; inoltre, la specifica valutazione permette di comprendere la specifica emozione (minaccia-ansia, torto-rabbia, perdita-depressione). La condizione manifesta è uno stato di stress continuo, le cui componenti soggettive sono caratterizzate da intensa rimuginazione e lavorio mentale. La maggior parte dei pazienti riferisce di "sentirsi bloccato" e di sentirsi danneggiato a partire da un certo episodio o fatto (episodio critico). Il lavorio che appare al clinico e che viene riferito dalla quasi totalità dei nostri pazienti è come una rimuginazione disperante tesa alla soluzione e al ripianamento dello squilibrio subito (l'equilibrio precedente in periodo pre-clinico). Ci si potrebbe chiedere perché il paziente non accetti l'ostacolo o il temporaneo squilibrio e non si impegni a ricalibrare il proprio progetto di vita. Noi crediamo che la maggior parte degli individui accetti ciclicamente che le cose cambino e di darsi da fare per ripianare e ricalibrare gli "spostamenti" della propria generale direzione; una parte, però, fa eccezione. Lo specifico atteggiamento in questione consiste proprio nel pretendere di non cambiare nulla e di non perdere nulla: come se un soggetto avesse diritto a godersi un periodo di pace e di sospensione dalle "grane" dell'esistenza comune. Solitamente, la maggior parte dei soggetti si "rimette in piedi" e adotta un atteggiamento costruttivo teso al proprio bene, ben comprendendo che la propria condotta è un mezzo importante del futuro riadattamento. Perché questo non fa parte dei pazienti con DA? Questo gruppo di pazienti sembra optare per una soluzione differente: rimuginare in modo disperante sull'attuale mancato equilibrio e vedere i propri sforzi di riadattamento futuro come ulteriore dato negativo ("fatica sprecata", "tutto inutile", "ulteriore ingiustizia", "umiliazione", "così è come se non fossi più io").

Che differenze psicologiche possono essere rintracciate tra i pazienti con DA e pazienti con altri disturbi? Innanzi tutto, in soggetti non clinici è raro osservare una reale pretesa di non poter perdere nulla o di non accettare totalmente e stabilmente il cambiamento eterodeterminato. I

pazienti con DA, rispetto a soggetti con Disturbi d'Ansia, nella nostra pratica clinica quotidiana, non evidenziano una convinzione di dannosità delle emozioni (CDA-Convinzione di dannosità dell'ansia, Dell'Erba et al. 2010), né sono presenti particolari convinzioni su disfunzioni o mal funzionamenti della propria mente e minacce associate. Se confrontati con pazienti depressi (con Disturbi Depressivi), i soggetti con DA non presentano particolari problemi relativi al valore personale o temi di autocritica globale; essi possono evidentemente criticarsi, anche duramente, ma in modo specifico (ad esempio di non aver saputo prevedere o evitare il fatto critico). I soggetti con DA, se confrontati con i pazienti con Disturbi di Personalità, non sembrano evidenziare problemi a lungo termine nelle relazioni interpersonali pregresse, o nella maggior parte delle aree di vita. Tuttavia, il DA può coesistere con tutti i disturbi ricordati prima come episodio critico.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition*. APA Press, Washington DC. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Terza Edizione*. Masson, Milano 1983.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, IV ed. Text Revision*. APA Press, Washington DC. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Edizione Text Revision*. Masson, Milano 2002.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, DSM-5*. American Psychiatric Publishing, Arlington VA. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Bandura A (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York. Tr.it. *Autoefficacia*. Erickson, Trento 2000.
- Barlow DH, Durand MV (1998). *Abnormal Psychology*. Brooks-Cole, Pacific Grove, CA.
- Beck AT (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York. Tr. it. *Principi di Terapia Cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Astrolabio, Roma 1988.
- Beck AT (1976). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York. Tr.it. *L'ansia e le fobie. Una prospettiva cognitiva*. Astrolabio, Roma 1988.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Terapia cognitiva della depressione*. Boringheri, Torino 1987.
- Benton T, Ifeagwu J (2009). Adjustment Disorders. *emedicine from WebMD*. On-line article at <http://emedicine.medscape.com/article/292759print>.
- Biondi M (1999). Disturbi dell'Adattamento, Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post-Traumatico da Stress. In Cassano GB, Pancheri P (a cura di) *Trattato Italiano di Psichiatria*, pp. 2291-2324. Masson, Milano.
- Capo R, Mancini M (2008). Scopi terminali, temi di vita e psicopatologia. In Perdighe C e Mancini F (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*, pp. 33-61. Fioriti, Roma.
- Casey P (2009). Adjustment Disorder. Epidemiology, Diagnosis and Treatment. *Therapy in Practice* 23, 11, 927-936.
- Cassano GB, Tundo A (2006). *Psicopatologia e clinica*. UTET, Torino.
- Castelfranchi C, Mancini F, Miceli M (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Castelfranchi C, Miceli M (2004). Gli scopi e la loro famiglia: ruolo dei bisogni e dei bisogni sentiti. *Cognitivismo Clinico* 1,1, 5-19.
- Dell'Erba GL (1998). Interventi psicologici preventivi: dalla psicoterapia alla psicoeducazione. In Gravili F. (a cura di) *Atti della giornata di studio sulle tossicodipendenza*, pp. 94-129. C.S.T.M. Capone, Lecce.
- Dell'Erba GL, Carati MA, Greco S, Muya M (2009). *La sindrome ansiosa. Comprensione e trattamento dei*

disturbi d'ansia. FrancoAngeli, Milano.

- Dell'Erba GL, Carati MA, Greco S, Muya M, Nuzzo E, Gasparre A, Greco R, Isnardi R, Navarra D, Rosito A, Torsello V, Amato R (2010). Le convinzioni di dannosità dell'ansia (CDA): ricerca sul costruito, proprietà psicometriche del questionario ed implicazioni cliniche. *Cognitivismo clinico* 7, 1, 70-88.
- Dell'Erba GL, Nuzzo E, Carati MA, Greco S, Muya M, DeIaco T, De Leo E, De Marco V, Elia A, Moro G, Pagliara R (2013). Psicoterapia della Sindrome Ansiosa: dai protocolli alle procedure efficaci sui Disturbi Ansiosi. *PsicoPuglia, Notiziario Ordine Psicologi della Puglia* 10, 24-34.
- Ellis A (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Carol Publishing Group, NJ.
- Ellis A (1999). *How to Make Your Self Happy and Remarkably Less Disturbable*. Impact Publishers Inc., US.
- First MB, Tasmari A (2004). *DSM-TR Mental Disorders: Diagnosis, Etiology and Treatment*. John Wiley&Sons, New York.
- Grosse Holtforth M, Pincus A, Grawe K, Mauler B (2007). When what you want is not what you get: goal importance, goal satisfaction, and interpersonal problem. *Journal of clinical and Social Psychology* 26, 1095-1119.
- Hansell JH, Damour L (2004). *Abnormal Psychology*. John Wiley&Sons, New York.
- Harrison PJ, Geddes J, Sharpe M (2005). *Psychiatry*. Blackwell Publishers, New York.
- Holmes TH, Rahe RH (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11, 213-218.
- Horowitz MJ (1976). *Stress Response Syndromes*. Jason Aronson, New York.
- Horowitz, MJ (2004). *Stress response syndromes: PTSD, grief and adjustment disorders, 4th*. Northvale NJ Jason Aronson, New York.
- Horowitz M, Schaefer C, Hiroto D, Wilner N, Levin B (1977). Life Event Questionnaires for Measuring Presumptive Stress. *Psychosomatic Medicine* 39, 6, 413-431.
- Invernizzi G, Brezzi C (2012). *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*. 4 ediz. McGraw-Hill, Milano.
- Kardiner A (1969). Nevrosi traumatiche di guerra. In Arieti S (a cura di) *Manuale di psichiatria*, pp. 238-251. Boringhieri, Torino.
- Karoly P (1995). Self-control theory. In O'Donohue W, Krasner L (a cura di) *Theories of Behavior Therapy: Exploring behaviour change*, pp. 259-285. Washington DC. APA.
- Karoly P Anderson CW (2000). The long and short of psychological change: Toward a goal centered understanding of treatment and durability and adaptive success. In Snyder CR, Ingram RE (a cura di) *Handbook of Psychological Change*, pp. 154-176. Wiley, New York.
- Kryhanovskaya L, Canterbury R (2001). Suicidal behavior in patients with adjustment disorder. *Crisis* 22, 125-131.
- Maercker A, Einsle F, Kollner V (2007). Adjustment disorder-a new concept of diagnosing. *Psychopathology* 40,135-146.
- Mancini F, Perdighe C (2012). Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva. *Cognitivismo Clinico* 9, 2, 95-115.
- Neenan M (2009). *Developing resilience. A cognitive behavioral approach*. Routledge, London.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992). *ICD-10: sindromi e disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Masson, Milano.
- Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH (1971). Scaling of life events. *Archives of General Psychiatry* 25, 340-7.
- Pelkonen M, Marttunen M (2005). Adolescent outpatients with depressive disorders: Clinical characteristics and treatment received. *Nordic Journal of Psychiatry* 59, 127-133.
- Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Bonizzato P, Paltrinieri E, Üstün TB, Sartorius N, Tansella (1995). Lo studio internazionale multicentrico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui disturbi psichici nella medicina generale: risultati relativi all'area di Verona. *M. Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, 01, Gennaio-Aprile, 27-50.
- Plante T (2004). *Contemporary Clinical Psychology*. John Wiley&Sons, New York.
- Polyakova I, Knobler HY, Ambrumova A, Lerner V (1998). Characteristics of suicide attempts in major

- depression versus adjustment disorder. *Journal of Affective Disorders* 47, 1-3, 159-67.
- Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders* 87, 265-270.
- Rahe RH, Floistad I, Bergan T, Ringdal R, Gerhardt R, Gunderson EKE, Ransom JA (1974). A model for life changes and illness research. Crosscultural from the Norwegian Navy. *Archives of General Psychiatry* 31, 172-7.
- Runeson BS, Beskow J, Waern M (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93, 35-42.
- Sarason IG., Johnson JH., Siegel JM (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 5, 932-946.
- Seligman MEP (1990). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and your Life*. Free Press, New York. Tr. it. *Imparare l'ottimismo*. Giunti, Firenze 1996.
- Seligman MEP (2002). *Authentic Happiness. Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Simon & Shuster, New York. Tr. it. *La costruzione della felicità*. Sperling e Kupfer Editori. Milano 2003.
- Snyder CR (1994). *The psychology of hope*. Free Press, New York.
- Snyder CR, Ilardi S, Michael ST, Cheavens J (2000). Hope theory: Updating a common process for psychological change. In Snyder CR, Ingram RE (a cura di) *Handbook of Psychological Change*, pp. 128-150. Wiley, New York.
- Stahl SM (1999). *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge University Press, Cambridge, UK. Tr. it. *Psicofarmacologia essenziale. Basi neuroscientifiche e applicazioni pratiche*. Centro Scientifico Editore, Torino 2002.
- Stewart JW, Quitkin FM, Klein DF (1992). The pharmacotherapy of minor depression. *American Journal of Psychotherapy* 46, 23-36.
- Strain JJ, Friedman MJ, (2011). Considering Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes for DSM-5. *Depression And Anxiety* 28, 818-823.
- Strain JJ, Newcorn J, Wolf D, Fulop G (1994). Adjustment Disorder. In Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (a cura di) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, 4th Edition*. American Psychiatric Press, Washington. Tr. it. *Disturbo dell'adattamento*. *Psichiatria*, pp. 679-688. Centro Scientifico Editore, Torino 1997.
- Tennant C (1994). Life-event stress and psychiatric illness. *Current Opinion in Psychiatry* 7, 207-212
- Uhlenhuth EH, Baiter MB, Ban TA, Young K (1995). International study of expert judgement on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: III. Clinical features affecting experts' therapeutic recommendations in anxiety disorders. *Psychopharmacology Bulletin* 31, 289-96.

LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NELLA PREVENZIONE DELLA RECIDIVA DEGLI AUTORI DI REATO. UN PROGETTO PILOTA MULTIDISCIPLINARE

Franco Baldini¹, Giovanni Barin², Renato Bricolo², Paolo Fraizzoli², Francesca Gamba¹,
Giovanna Marani³, Andrea Pasetto¹, Gianandrea Perego¹, Federica Turri¹, Daniela M. Zardini¹

¹SPC Verona: Via Gaetano Trezza, 12/A - Verona

²Comunità dei Giovani Verona, Via Ponte Rofiolo, 3 - Verona

³ UEPE – Verona

Corrispondenza

Dott.ssa Daniela M. Zardini, Scuola di Psicoterapia Cognitiva
Via Gaetano Trezza, 12/A - 37129 Verona
email: dzardini@gmail.com

Riassunto

L'articolo presenta i risultati di un progetto multidisciplinare, rivolto ai condannati in esecuzione penale esterna che la Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona ha realizzato con il sostegno finanziario di Fondazione Cariverona, in collaborazione con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e la Comunità dei Giovani.

Si tratta di un progetto pilota, finalizzato al pieno reinserimento del condannato e alla diminuzione della recidiva, che prevede l'attivazione di percorsi psicoterapici a orientamento cognitivo-comportamentale ad integrazione di altri progetti pedagogici e socio-lavorativi secondo le raccomandazioni della ricerca empirica che ha dimostrato che la psicoterapia è più efficace nella riduzione della recidiva quando è integrata da trattamenti di tipo pedagogico, socio lavorativo e psichiatrico.

Sono stati presi in carico 23 soggetti, 18 maschi e 5 femmine di età compresa tra i 29 e i 58 anni. Il percorso è stato organizzato in una fase di valutazione psicodiagnostica, 24 colloqui di psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale, la risomministrazione dei test alla fine del percorso, un follow-up telefonico a 6, 12 e 24 mesi.

I risultati indicano che la psicoterapia cognitivo-comportamentale ha apportato importanti miglioramenti nel tono dell'umore, nella percezione della qualità della vita e in alcuni aspetti problematici della personalità dei pazienti. E' tuttavia prematuro ipotizzare che questi miglioramenti possano essere sufficienti a determinare una reale e duratura prevenzione delle recidive. Il periodo di follow-up chiarirà questi dubbi.

Parole chiave: autori di reato, recidiva, terapia cognitivo-comportamentale

TARGETING OFFENDERS RECIDIVISM WITH COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY.
A PILOT MULTIDISCIPLINARY STUDY

Abstract

The article presents the results of a psychological treatment program for convicted criminal offenders on probation or on supervised release. The psychological treatment was a cognitive-behavioral program

developed by the School of Cognitive Therapy of Verona and delivered within a multidisciplinary experimental project, in collaboration with the External Penal Execution Office (UEPE) and “La Comunità dei Giovani”, a local social organization, and financially supported by Cariverona Foundation. We emphasize the importance of the multidisciplinary project since research in this field showed that psychotherapy is more effective in reducing further criminal behavior when clients simultaneously receive other support, such as supervision, education and training, employment, and other mental health counseling.

The sample consisted of 23 subjects, 18 males and 5 females aged between 29 and 58 years. The cognitive-behavioral program was delivered in an individual format and included a psychological assessment, 24 weekly sessions, re-evaluation and follow-up at 6, 12 and 24 months.

The results of this pilot study show that cognitive-behavioral therapy has made major improvements in mood, thoughts, behavior, physical state, well-being and in some problematic aspects of the personality of the offenders.

It is premature to hypothesize that these improvements will be sufficient to determine a real and long lasting prevention of recidivism. The follow-up study will clarify this.

Key words: offenders, criminal recidivism, cognitive behavioral therapy

Introduzione

Secondo l’Ordinamento Penitenziario Italiano (legge n. 354 del 26 luglio 1975 “Norme sull’ordinamento penitenziario e sull’esecuzione delle misure privative e limitative della libertà” e il D.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000 “Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà”) il periodo di reclusione dovrebbe servire al detenuto per riflettere sul comportamento deviante assunto e risultare un’occasione per sviluppare il senso di responsabilità circa i reati commessi, al fine di conseguire un adeguato reinserimento nella società.

Purtroppo, a oggi, la funzione del periodo di reclusione sembra rispondere soltanto al bisogno di sicurezza della collettività in risposta all’allarme sociale provocato dal notevole incremento della delinquenza, che genera sentimenti di profondo sdegno e disagio associati ad una notevole sfiducia negli obiettivi di riabilitazione e di reinserimento sociale dell’autore di reato. Il sovraffollamento delle carceri associato all’elevata incidenza di recidività e al numero sempre crescente di casi di suicidio vanno a complicare ulteriormente la situazione.

D’altro canto la psicologia ha storicamente avuto un ruolo marginale negli approcci al recupero e al trattamento degli autori di reato a causa di una prevalente lettura sociologica che fa derivare i comportamenti malavitosi da situazioni sociali svantaggiate, ignorando o mettendo in secondo piano quanto di psicologico ci può essere a complicare il quadro.

Sorprendentemente, di fatto, anche gli sforzi più importanti posti in essere da differenti gruppi di volontariato a vario indirizzo hanno tralasciato completamente l’aspetto psicologico preferendo concentrarsi sugli aspetti più prettamente socio-assistenziali, quasi che, una volta risolte in modo più o meno adeguato queste necessità, sarebbero caduti automaticamente i presupposti per mettere in atto condotte malavitose. Tuttavia sta via via crescendo la consapevolezza dell’importanza degli interventi psicoterapeutici rivolti ad autori di reati, finalizzati sia a favorire il reinserimento sociale che a ridurre il rischio di recidiva.

La letteratura basata sulle evidenze scientifiche relative all’efficacia dei diversi interventi di psicoterapia indirizzati agli autori di reati indica la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) come il trattamento riabilitativo più promettente. Studi di efficacia hanno dimostrato l’utilità della TCC nella prevenzione della recidiva sia nei giovani che negli adulti, sia in carcere che

nella comunità, sia all'interno di un percorso multidisciplinare che come intervento autonomo (Community Development and Justice Standing Committee 2010; Andrews et al. 1990; Lipsey e Wilson 1998). Numerose revisioni sistematiche e metanalisi sugli effetti dei programmi di trattamento hanno indicato che la TCC ha significativi effetti positivi sulla prevenzione della recidiva (Yates 2003, Bilby et al. 2006, Brooks-Gordon et al. 2006, Lipsey et al. 2007; Community Development and Justice Standing Committee 2010, Koehler et al. 2013, Evans-Chase e Zhou 2014).

I paesi con una pluriennale tradizione di interventi di riabilitazione cognitivo-comportamentale in ambito carcerario sono il Regno Unito, gli Stati Uniti e l'Australia. In questi paesi sono stati messi a punto interventi psicoterapeutici ad orientamento cognitivo-comportamentale che privilegiano un'ottica riabilitativa volta al recupero delle abilità cognitive, relazionali e sociali del soggetto autore di reato e focalizzata su aspetti comportamentali (social skills), emotivi (gestione della rabbia) e cognitivi (ragionamento morale) (Landenberger e Lipsey 2005; Milkman e Wanberg 2007; Lipsey 2009; Clark 2010). Si tratta di trattamenti altamente strutturati, dettagliati in manuali e tipicamente forniti a gruppi di individui, in ambiente carcerario.

Tra i programmi più diffusi, valutati da studi di efficacia e tuttora utilizzati a livello internazionale, si evidenziano:

- Aggression Replacement Training (Goldstein e Glick 1987)
- Moral Reconciliation Therapy (Little e Robinson 1988, 1989)
- Reasoning & Rehabilitation (Ross e Fabiano 1986)
- Relapse Prevention Therapy (Laws 1989)
- Thinking for a change (T4C) (Bush et al. 1997)
- The Good Lives Model (Ward e Marshall 2004)

Per quanto riguarda l'Italia, gli studi presenti in letteratura sono relativi al trattamento dei sex-offenders messi in atto nei Carcere di Opera e Seconda Casa di Reclusione di Milano-Bollate, di Prato e di Teramo (Giulini e Xella 2011).

Nel 2011 a Verona, è stato realizzato il progetto "Percorsi Responsabili", un programma focalizzato sulla prevenzione della recidiva a favore di detenuti in uscita dal carcere attraverso la stretta collaborazione tra la Comunità dei Giovani, l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) con il sostegno finanziario di Fondazione Cariverona.

Il progetto si svolge principalmente in ambito extracarcerario, rivolgendosi ai condannati in esecuzione penale esterna e, in un'ottica di multidisciplinarietà, si affianca e si coordina con il lavoro svolto dall'UEPE e dalle altre organizzazioni presenti sul territorio.

Si tratta di un progetto sperimentale finalizzato al pieno reinserimento del condannato mediante l'attivazione di percorsi psicoterapici ad integrazione di altri progetti pedagogici e socio-lavorativi. Il percorso di psicoterapia è un percorso individualizzato che mira a un'efficace prevenzione della recidiva mediante una proposta terapeutica a orientamento cognitivo-comportamentale focalizzata sulla modalità di pensiero che sottende e sostiene il comportamento criminale, quale la tendenza alla giustificazione personale, l'incapacità di interpretare le situazioni sociali ed i problemi in maniera funzionale, l'incapacità di assumersi la responsabilità delle proprie azioni. Gli obiettivi di tali percorsi sono quelli di avviare un processo di riconoscimento della propria responsabilità, superando i meccanismi di negazione e minimizzazione del reato commesso, intervenire sui fattori predisponenti e di mantenimento delle condotte problematiche, riconoscere modalità di pensiero e di comportamento disfunzionale e individuare alternative più adattive, favorire il reinserimento sociale e il miglioramento della qualità della vita e prevenire la recidiva delle condotte criminose. I risultati preliminari di questo progetto sono stati presentati al congresso CRINVE (Baldini e al. 2013) e al V Forum sulla Formazione in Psicoterapia (Carriero e al. 2013).

Materiali e metodi

Campione

Sono stati presi in carico 23 soggetti, 18 maschi e 5 femmine di età compresa tra i 29 e i 58 anni. Per quanto riguarda la scolarità, 15 soggetti hanno conseguito la licenza media, 8 la licenza superiore. 12 soggetti hanno dichiarato di non aver avuto nessuna difficoltà negli studi, 6 di aver ripetuto una o più classi, 4 di aver ripetuto una o più classi con interruzione degli studi, 1 di aver avuto difficoltà negli studi con sospensione dalla scuola.

I reati per i quali sono stati condannati sono: 12 reati contro la persona (sex-offenders, violenza domestica, omicidio, mancato pagamento assegno familiare); 7 reati contro il patrimonio (furto, ricettazione); 4 reati plurioffensivi (spaccio di stupefacenti).

Protocollo di presa in carico e dell'intervento di psicoterapia

La **tabella 1** illustra il protocollo di intervento.

ATTIVITÀ	CHI	QUANDO	ESITO
Selezione e segnalazione	Assistente Sociale UEPE	Alla necessità	Invio scheda Segnalazione
Colloquio Iniziale	Comunità dei Giovani (CdG)	A seguito della segnalazione	Verbale incontro e inserimento su portale on-line
Somministrazione Test psico-diagnostici SCID 1, SCID 2, MMPI II, BDI 2, SAT P, CBA	Psicologo Testista	A seguito del colloquio iniziale	Anamnesi aree problematiche. Sintesi scritta risultati test condivisa con l'equipe clinica
Visita psichiatrica	Psichiatra	Su attivazione CdG o Testista	Relazione scritta. Prescrizione psicofarmaci. Monitoraggio
Incontro generale terapeutico	CdG, UEPE, SPC	Dopo fase valutazione	Decisione presa in carico. Verbale su portale on-line
Assegnazione psicoterapeuta	Direttore SPC/Equipe	A seguito della presa in carico	Inizio colloqui psicoterapici
Psicoterapia	Psicoterapeuti SPC	1 volta sett. per 24 sedute	Registrazione presenza su portale
Supervisione	Direttore SPC	Ogni 15 giorni	Approfondimento casi singoli e indicazioni operative
Tutoraggio	Tutor CdG	Al bisogno	Mediazione tra utenti, professionisti e servizi esterni
Certificazione protocollo	Terapeuti coinvolti nel progetto	In itinere	Ricerca bibliografica, elaborazione linee guida interventi in area penale
Incontro generale progettuale	Tutti gli operatori del Progetto	Semestrale	Valutazioni generali ed eventuali rettifiche
Incontri specifici	CdG e UEPE con soggetti pubblici o privati	Valutazione referenti progetto	Coordinamento interdisciplinare e stesura verbali incontri
Retest	Psicologo testista	Dopo 24 sedute	Sintesi scritta dell'analisi dei risultati
Follow-up telefonico	Psicoterapeuti	Dopo 6, 12 e 24 mesi.	Notizie sulle condizioni generali del paziente e sulla condizione legale

Strumenti

È stata somministrata una batteria di test per valutarne le caratteristiche di personalità ed il funzionamento psichico. L'assessment psicodiagnostico iniziale ha lo scopo di definire la presa in carico e orientare l'intervento psicoterapeutico. La fase di retest dopo 24 incontri di psicoterapia ha lo scopo di rilevare eventuali cambiamenti delle caratteristiche personologiche rilevate nell'assessment iniziale. Poiché non ci sono in letteratura test standardizzati in grado di misurare con valenza predittiva la recidività (Volpini e al. 2008; Fazel e al. 2012), si è scelto di valutare le caratteristiche di personalità e il funzionamento psichico dei soggetti presi in carico, con lo scopo di esaminare se la psicoterapia cognitivo-comportamentale poteva apportare significativi cambiamenti e se questi cambiamenti potevano rappresentare un fattore di prevenzione per la recidiva di reato.

Nella fase di valutazione psicodiagnostica sono stati somministrati i seguenti test, suddivisi in due incontri della durata di circa 120 minuti ciascuno:

- **SCID 1** per la valutazione dei disturbi psichiatrici in Asse I
- **SCID 2** per la valutazione dei disturbi di personalità
- **MMPI 2** per la valutazione delle caratteristiche personologiche
- **BDI 2** per la valutazione delle reazioni depressive
- **SAT P** per la valutazione della soddisfazione della qualità di vita
- **CBA** scheda IV per la raccolta di informazioni anamnestiche

Nell'incontro di retest dopo un breve colloquio clinico sono stati somministrati MMPI-2, BDI 2 e SAT P.

Il trattamento psicoterapeutico

1. Obiettivi

- avviare un processo di riconoscimento della propria responsabilità relativa al reato
- approfondire il funzionamento di personalità per intervenire sui fattori predisponenti e di mantenimento delle condotte problematiche
- riconoscere modalità di pensiero e di comportamento disfunzionale e individuare alternative più adattive
- favorire il reinserimento sociale e il miglioramento della qualità della vita
- prevenire la recidiva delle condotte criminose

2. Modalità di intervento

- *Raccolta della storia di vita*
Nella prima fase di conoscenza, il terapeuta raccoglie la storia di vita della persona, per comprendere il contesto personale e familiare in cui si sono presentati i comportamenti illeciti.
- *Costruzione dell'alleanza terapeutica*
La creazione di un'alleanza terapeutica positiva tra psicoterapeuta e soggetto è alla base dei passaggi successivi. Il terapeuta punta a creare un clima emotivo positivo attraverso un atteggiamento non giudicante, ma accogliente e rispettoso.
Il terapeuta inoltre sottolinea le qualità e le risorse del soggetto e si pone con atteggiamento di fiducia verso le sue possibilità di cambiamento.
- *Intervento per l'aumento della consapevolezza della responsabilità*

Nella prima fase il terapeuta interviene sui meccanismi di negazione, minimizzazione e/o giustificazione del reato, spesso attivi tra gli autori di reati. Chiede di poter leggere la sentenza e si confronta con il soggetto rispetto ad eventuali discrepanze tra l'immagine che la persona ha del suo reato e ciò che riporta il documento scritto.

Il terapeuta affronta i diversi livelli della minimizzazione e della negazione che portano il soggetto a non responsabilizzarsi rispetto agli eventi accaduti:

- negazione del crimine (“io non ho fatto niente”)
- negazione dell'intenzionalità e della premeditazione (“io non pensavo succedesse niente”)
- giustificazione razionale della condotta riprovevole, anche dal punto di vista morale e psicologico (“è successo solo una volta”, “ho fatto giustizia”, “mi aveva esasperato”)
- errata percezione delle conseguenze delle proprie azioni e della nocività dei propri comportamenti sulla vittima, che vengono minimizzate o non considerate o attribuite ad altri fattori (“non è niente di grave”, “non c'è niente di male”)
- attribuzione della colpa ad altri (“è stato un caso”, “è stata colpa sua”, “non mi ha mai detto che non voleva”)

Il terapeuta aiuta il soggetto a riconoscere la valenza protettiva di questi meccanismi mentali, che permettono di evitare di venire a contatto con emozioni dolorose (timore per le conseguenze legali o familiari, paura, colpa, vergogna; sensazione di sentirsi sopraffatti dalla realtà; ricordo della propria eventuale storia di abusi).

L'intervento è poi mirato a favorire la messa in discussione di questi ragionamenti distorti.

■ *Intervento per l'aumento della motivazione al trattamento*

Il terapeuta esamina insieme al soggetto il grado di motivazione al trattamento, analizzando i benefici personali, familiari o connessi a eventuali agevolazioni di pena che ipotizza di poter ottenere.

Per motivarlo a impegnarsi nel percorso, individua con lui le conseguenze personali, familiari e sociali dei suoi comportamenti problematici e lavora sulla consapevolezza del rischio di recidive.

Questa fase orienta la scelta e la condivisione di obiettivi raggiungibili e significativi in vista di un miglioramento della qualità di vita della persona.

■ *Individuazione del legame tra storia di vita e reato*

Per il soggetto in terapia si rivela particolarmente utile collocare il reato commesso all'interno della propria storia personale e del proprio funzionamento di personalità. Questo non per giustificare le proprie condotte, ma per comprendere e attribuire un significato alle proprie azioni. Capire da dove originino certi propri atteggiamenti, comportamenti o impulsi può essere il primo passo per uscire da meccanismi consolidati, sviluppando nuove modalità di funzionamento.

■ *Riconoscimento e gestione delle emozioni*

Il funzionamento cognitivo del soggetto autore di reati è spesso caratterizzato da alessitimia, cioè dall'incapacità di riconoscere ed elaborare le proprie o le altrui emozioni (Yelsma 1996; Louth e al. 1998; Parker e al. 2005; Ambrosio et al. 2009). Questo deficit comporta conseguenze critiche come:

- incapacità di analizzare e gestire le proprie emozioni dolorose, con conseguenti facili passaggi all'atto
- incapacità di provare empatia verso l'altro (capire cosa prova e agire nel rispetto dei suoi bisogni ed emozioni)

La terapia interviene per insegnare al soggetto a dare un nome alle emozioni proprie e altrui e imparare a contenere la propria emotività attraverso tecniche cognitive (ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali che facilitano la comparsa di emozioni dolorose, che possono arrivare a essere ingestibili) e comportamentali (scelta di comportamenti nuovi ed alternativi).

Per alcuni soggetti autori di reati in questa fase l'intervento si focalizza sull'apprendimento di tecniche finalizzate a un miglior controllo degli impulsi.

Per altri, l'intervento si sviluppa sulle emozioni dolorose connesse al comportamento illecito stesso, soprattutto vergogna e depressione, associate ad un'immagine negativa di sé.

■ *Analisi dei fattori di rischio e dei comportamenti alternativi*

Attraverso l'analisi della storia dei reati, il terapeuta aiuta il soggetto a identificare i fattori interni negativi (stati emotivi come frustrazione, umiliazione, rabbia, depressione ecc.) e quelli positivi (la gratificazione che può derivare dal reato stesso e le fantasie a esso associate) che lo rendono più vulnerabile alla messa in atto di comportamenti criminosi. Vengono inoltre individuati gli elementi esterni (determinate persone, situazioni, contesti particolari) che possono fungere da fattori di rischio.

Viene favorito lo sviluppo della capacità di identificare, e conseguentemente evitare, le situazioni a rischio fin dall'inizio del processo, a cominciare dagli stati emotivi problematici che ne sono alla base.

Il terapeuta inoltre evidenzia le aree funzionanti e le risorse sulle quali far leva per evitare di commettere nuovi reati.

■ *Intervento sulle capacità relazionali*

I soggetti che commettono reati sono spesso carenti nelle abilità sociali e in particolar modo di empatia, cioè la capacità di percepire e comprendere gli stati mentali altrui, i sentimenti, le esigenze e gli interessi dell'altro (Hare 2009). Il percorso è mirato quindi allo sviluppo della "capacità di lettura della mente altrui", della capacità di decentrare e di tollerare il punto di vista altrui, di comprendere ed accettare l'altro nelle sue diverse manifestazioni, di abilità di comunicazione di tipo assertivo (es. capacità di dire di no, capacità di esprimere i propri bisogni senza aggredire ecc.).

■ *Intervento sul funzionamento di personalità*

Una volta consolidata una maggiore consapevolezza delle proprie responsabilità e rielaborato il significato del proprio reato, è possibile intervenire sulle altre aree di fragilità del soggetto (legate alla sua storia di vita, a legami affettivi problematici ecc.) e sugli altri eventuali aspetti patologici della personalità.

3. Conclusione del percorso

Il percorso si conclude con l'analisi dei passaggi effettuati e la condivisione dei risultati raggiunti. Viene prestata particolare attenzione ai fattori di rischio per eventuali ricadute e viene dedicato spazio di riflessione alla progettualità futura. La **tabella 2** illustra le principali aree di intervento e le tecniche utilizzate.

Aree di intervento	Tecniche utilizzate
Scarsa motivazione al trattamento E aderenza incostante	Interventi di colloquio motivazionale
Negazione, minimizzazione e giustificazione del reato	Ristrutturazione cognitiva
Deficit di empatia	Psicoeducazione emozionale, esercizi e domande per sviluppare la lettura della mente altrui, per cogliere i pensieri, sentimenti e i bisogni dell'altro per valutare le conseguenze dei propri comportamenti sugli altri.
Discontrollo della rabbia e degli impulsi	Analisi funzionale della rabbia, dell'escalation della rabbia, dei bias cognitivi alla base dell'attivazione della violenza; tecnica del time-out, di distrazione cognitiva; self-instruction training
Sintomi depressivi	Ristrutturazione cognitiva; sviluppo di attività piacevoli e hobbies
Sintomi ansiosi	Rilassamento
Difficoltà relazionali-scarse abilità sociali	Training di assertività e social skills
Scarsa autostima	Ristrutturazione cognitiva; individuazione e raggiungimento di obiettivi positivi
Scarse strategie di problem solving	Training di problem solving
Presenza di dipendenze patologiche	Interventi motivazionali ed eventuale invio agli enti competenti
Prevenzione della recidiva	Individuazione delle situazioni a rischio, miglioramento delle strategie di coping; incremento della qualità di vita

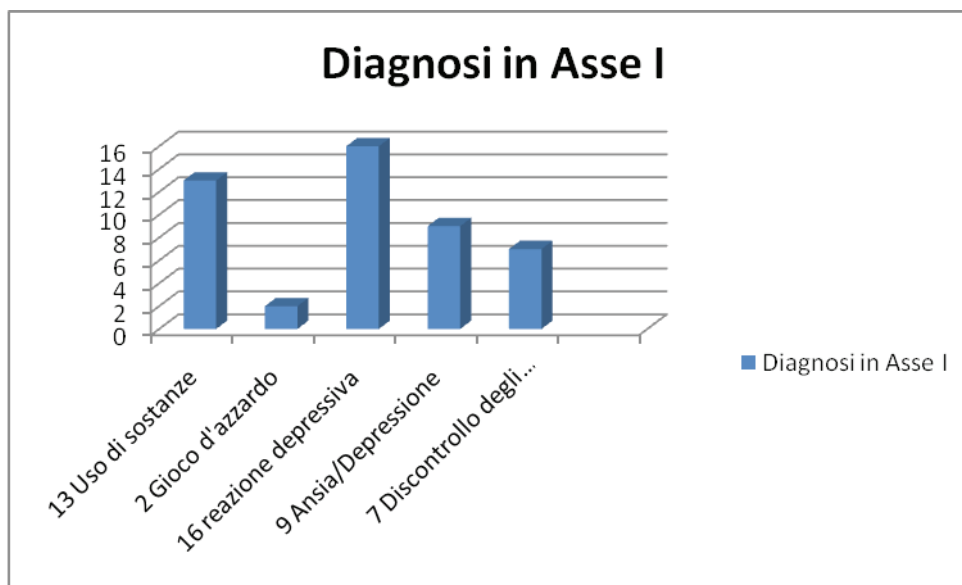
Risultati

Risultati della fase di valutazione iniziale (pre-trattamento)

Caratteristiche psicopatologiche SCID I e II

Dall'analisi della SCID 1 emerge che 13 soggetti su 23 hanno avuto un uso problematico di sostanze psicoattive, in particolare cocaina, eroina e alcol; in 16 soggetti si rileva reazione depressiva ed in 9 una sindrome mista (ansia/depressione); in 7 soggetti ci sono problematiche di discontrollo degli impulsi, tra questi, 2 soggetti hanno problemi con il gioco d'azzardo (**figura 1**).

Figura 1.



Dall'analisi della SCID II emerge che 16 soggetti su 23 presentano almeno un disturbo di personalità.

In particolare 10 soggetti presentano un disturbo di personalità, mentre 6 soggetti presentano più di un disturbo di personalità (**tabella 3**).

Tabella 3.

Disturbo di personalità	N soggetti
Antisociale	4
Narcisistico	2
Dipendente	3
Evitante	1
Antisociale e Paranoide	2
Antisociale, Narcisistico e Ossessivo-Compulsivo	1
Antisociale e Narcisistico	1
Dipendente e Istrionico	1
Borderline e Dipendente	1

Caratteristiche personologiche

Dall'analisi dei protocolli dei 23 soggetti valutati con l' MMPI-2, 22 profili risultano essere completi e validi: i soggetti hanno espresso un'immagine di se libera da distorsioni sistematiche e con punteggi nella norma. Un protocollo risulta essere non valido perché il soggetto presenta un punteggio molto elevato alla scala L (CA69, L uguale a 72).

Tabella 4. MMPI: Risultati nella fase di assessment

MMPI 2	L	F	K	1.Hs	2.D	3. Hy	4. Pd	5.Mf-fm	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si
BD78	62	45	50	40	39	41	51	65	48	36	38	52	43
BS82	39	86	34	82	71	72	80	63	90	71	70	89	67
CA69	72	45	59	49	57	51	47	45	55	57	44	40	55
DFP	43	63	34	60	64	53	64	73	48	65	64	65	65
GV83	52	51	40	35	36	41	49	47	52	31	32	45	48
GG65	46	61	38	46	53	45	69	61	69	56	60	103	43
LS78	49	82	36	62	66	47	58	45	73	64	65	75	57
MA64	55	59	45	58	57	55	80	53	65	50	61	79	56
MM68	62	55	50	62	57	51	69	49	69	44	51	61	51
MM58	49	53	52	64	64	77	80	47	62	54	48	45	40
MC60	39	53	47	62	59	59	69	47	67	64	61	65	49
NJ70	39	68	38	73	83	59	66	63	75	76	71	72	64
OK71	61	73	38	76	60	54	73	55	70	59	67	78	46
PC63	46	76	30	46	43	39	61	41	73	64	68	75	60
RG62	52	63	30	55	59	45	49	53	71	42	46	43	60
SA62	46	69	40	59	76	61	80	50	70	75	72	50	62
SG78	58	71	36	43	55	46	71	40	84	68	64	86	52
SM54	55	65	31	60	50	41	56	45	65	42	60	75	64
SS70	58	57	38	59	82	58	66	50	70	59	61	44	76
SR68	61	67	40	45	62	65	82	50	73	55	60	60	44
TI70	62	47	47	40	55	41	61	49	41	44	48	68	44
TS77	49	68	45	58	43	45	72	35	52	40	56	61	43
ZG75	62	68	50	69	48	49	69	30	65	57	64	72	58

Dall'analisi del campione emergono elevazioni cospicue e frequenti alle scale 4, 6 e 9, rispettivamente Pd, Pa ed Ma. In particolare la scala Pd (Deviazione psicopatica) risulta essere elevata in 14 soggetti, la scala Pa (Paranoia) risulta essere elevata in 16 soggetti, mentre la scala Ma (Maniacalità) in 13 soggetti.

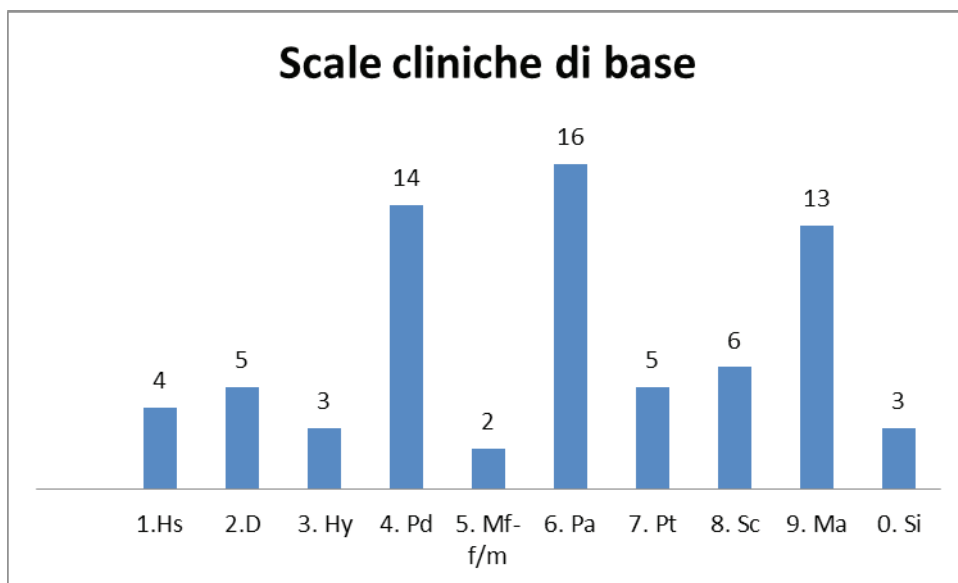
Inoltre in 6 soggetti risultano essere contemporaneamente presenti tutte e tre le scale con elevazioni superiori a 65 punti T.

Elevazioni alla scala Pd (Deviazione psicopatica) indicano tendenza all'antisocialità, alla mancanza di controllo emotivo, al disinteresse per le regole e all'aggressività.

Elevazioni alla scala Pa (Paranoia) indicano uno stile di pensare, di agire e di relazionarsi agli altri piuttosto rigido e pervasivo caratterizzato da sfiducia e sospettosità.

Elevazioni alla scala Ma (Maniacalità) indicano caratteristiche relative a eccitabilità emotiva, amoralità, ipertrofia dell'io ed iperattività motoria.

Figura 2. Frequenze di soggetti per ciascuna scala con valori ≥ 65



Dall'analisi delle scale di contenuto 11 soggetti su 23 hanno valori elevati alla scala CYN che misura la tendenza alla misantropia, alla sospettosità e alla scarsa fiducia verso gli altri,

9 soggetti hanno valori elevati alla scala BIZ che indaga la presenza di idee e pensieri deliranti oltre che di allucinazioni uditive, visive e olfattive, con possibile presenza di ideazione paranoide; tale indice è in linea con l'elevazione emersa alla scala Pa.

Inoltre 10 soggetti ottengono valori elevati alla scala FAM che indaga la presenza di problematiche, discussioni e conflittualità all'interno del nucleo familiare.

9 soggetti ottengono valori elevati alla scala TRT che valuta il livello di fiducia riposto nei confronti delle figure mediche, o di aiuto, oltre che il grado di motivazione al cambiamento.

Dall'analisi delle scale supplementari emerge che 14 soggetti su 23 ottengono bassi punteggi alla scala ES-Forza dell'io che viene considerata un indice di adattabilità, di efficienza, di abilità nel fronteggiare situazioni problematiche di salute psicologica, di percezione di adeguatezza personale e di aderenza alla realtà. Tale scala indaga inoltre la capacità da parte del soggetto di riuscire a trarre profitto dalla psicoterapia.

Infine 10 soggetti ottengono valori molto bassi alla scala Re-Responsabilità sociale, che valuta il grado di affidabilità, onestà e la capacità del soggetto di assumersi le proprie responsabilità per le conseguenze dei comportamenti messi in atto.

BDI-II Beck Depression Inventory

Dall'analisi del BDI-II emerge che 15 pazienti presentano reazioni depressive: in particolare in 9 soggetti la reazione depressiva risulta essere grave, in 3 soggetti moderata, mentre in 3 soggetti lieve. In 6 pazienti l'umore risulta nella norma. In 9 soggetti la sintomatologia depressiva è accompagnata anche da sintomatologia ansiosa (sindrome mista).

SAT/P (Satisfaction Profile)

Il test Sat/P fornisce un profilo di soddisfazione soggettiva della qualità della vita indagando le seguenti aree:

1. Funzionalità psicologica
2. Funzionalità fisica,
3. Condizione psicofisica (sonno–alimentazione e tempo libero)
4. Condizione lavorativa
5. Funzionamento sociale

Dall'analisi dei punteggi dei 23 soggetti che hanno eseguito il test, 14 hanno ottenuto punteggi bassi di soddisfazione soggettiva in relazione alla condizione lavorativa, 6 soggetti hanno ottenuto punteggi bassi in relazione alla funzionalità sociale, 5 alla funzionalità fisica, 4 alla funzionalità psicologica e 3 alla condizione psicofisica.

Valutazione psichiatrica

La visita psichiatrica è stata effettuata per valutare la necessità di una integrazione farmacologica. Un trattamento farmacologico è stato prescritto a 10 soggetti che sono poi stati monitorati per valutare l'aderenza e l'efficacia della terapia. A 5 soggetti è stato prescritto un antidepressivo, a 1 soggetto uno stabilizzatore dell'umore, ad 1 soggetto un antidepressivo associato a benzodiazepina; a 1 soggetto un antidepressivo associato a stabilizzatore dell'umore e benzodiazepina, a 1 soggetto un antidepressivo associato a benzodiazepina e disulfiram; e infine a 1 soggetto il disulfiram.

Una buona aderenza alla terapia è stata registrata per 6 soggetti, una non aderenza intenzionale al trattamento è stata registrata per 1 soggetto, una non aderenza al trattamento non intenzionale (dimenticanze momentanee o non aver compreso parti della terapia) è stata registrata per 3 soggetti.

Risultati dopo 24 sedute di terapia individuale (Retest)

17 soggetti hanno completato l'intero percorso di psicoterapia individuale e hanno partecipato alla fase di rivalutazione, due soggetti (LS78, CA69) hanno interrotto volontariamente il trattamento mentre 3 soggetti sono rientrati in carcere, PC63 per scontare la pena, SR68 per violazione delle prescrizioni e TI70 per recidiva prima della conclusione del trattamento; infine un soggetto (OK71) muore in seguito ad un incidente stradale. Solo un soggetto (SM54) risulta recidivo dopo aver concluso le 24 sedute. 4 soggetti (GS78, BS82, RG62, NJ70) decidono di proseguire il percorso di psicoterapia con un secondo ciclo di trattamento effettuando in totale 48 incontri di psicoterapia cognitivo-comportamentale e poi di continuare gli incontri di psicoterapia privatamente.

Risultati al test MMPI-2

Scale cliniche di base

I 17 soggetti che hanno eseguito il retest hanno espresso nuovamente profili validi. In 4 soggetti la scala F si abbassa rispetto al test iniziale: tale abbassamento indica una diminuzione della sintomatologia psicopatologica.

La scala Pd (Deviazione psicopatica) mantiene elevazioni significative in 9 soggetti anche al retest. In 4 soggetti la scala Pd rientra nella norma rispetto al test iniziale. In un solo soggetto

(DFP) risulta significativa (≥ 65) al retest, quando prima non lo era.

La scala Pa (Paranoia) diminuisce nel 50% dei soggetti con elevazioni significative. In 6 soggetti la scala Pa rientra nella norma rispetto ai 12 soggetti della prima somministrazione.

La scala Ma (Ipomaniacalità) rientra nella norma in 2 soggetti, mentre in un soggetto risulta significativa (≥ 65) al retest, quando al test iniziale era nella norma.

Esaminando quindi le scale cliniche di base dei 17 soggetti che hanno eseguito il retest, possiamo dire che il cambiamento più significativo si è verificato per la scala Pa dove si è potuto osservare un sostanziale decremento dei soggetti con un punteggio elevato a tale scala: da 12 soggetti, infatti, 6 hanno ottenuto valori nella norma.

Inoltre in 5 soggetti il retest mostra profili in cui tutte le scale di base rientrano nella norma dopo sei mesi dall'inizio del trattamento.

Scale di contenuto e supplementari

In tutte le scale di contenuto e supplementari prese in considerazione, in fase di retest è diminuito oppure è rimasto stabile il numero di soggetti che avevano ottenuto punteggi elevati (punti $T \geq 65$) alla prima somministrazione,

In particolare, l'analisi dei risultati mette in evidenza che, se alla prima somministrazione 5 soggetti presentavano punteggi elevati alla scala ANX, al retest soltanto 2 soggetti presentano punteggi elevati (≥ 65 punti T). La scala CYN presenta una riduzione a 5 soggetti con punteggi significativi ≥ 65 punti T; al retest la scala BIZ presenta solamente un soggetto con punteggio elevato, la scala FAM presenta tre soggetti con punteggi elevati, la scala TRT si abbassa significativamente in 3 soggetti.

Rimangono pressoché stabili le scale Es-Forza dell'io e Re-Responsabilità sociale.

È significativo sottolineare quindi che tra la valutazione iniziale e il retest i punteggi delle scale di contenuto e supplementari si sono modificati, con una diminuzione del numero di soggetti con punteggi elevati in tali scale.

Risultati al retest SAT/P

In fase di assessment 4 soggetti hanno valori nella norma in tutte le scale del test mentre 13 presentano valori al di sotto della norma in almeno un'area di funzionamento. Al retest 13 soggetti presentano valori nella norma in tutte le aree indagate dal test, suggerendo un netto miglioramento della soddisfazione della qualità di vita, mentre 4 soggetti presentano ancora valori al di sotto della norma in almeno un'area di funzionamento.

I 4 soggetti che alla prima somministrazione lamentano insoddisfazione per il loro funzionamento psicologico, alla seconda somministrazione presentano valori nella norma. La stessa tendenza si evidenzia per i 5 soggetti che alla prima somministrazione lamentano insoddisfazione per la funzionalità fisica, alla seconda somministrazione presentano punteggi nella norma.

Quindi 17 soggetti su 17 si sentono soddisfatti della loro funzionalità fisica e psicologica. Per quanto riguarda la percezione del funzionamento in ambito lavorativo su 9 soggetti che hanno valori al di sotto della norma in fase di assessment, soltanto 3 soggetti mantengono valori inferiori alla norma al retest, mentre 6 soggetti migliorano significativamente. I 2 soggetti che presentano valori al di sotto della norma in fase di assessment ottengono punteggi nella norma al retest per l'area "sonno alimentazione e tempo libero".

Pertanto al retest 17 soggetti su 17 riportano punteggi nella norma rispetto all'area "sonno, alimentazione, tempo libero".

Per quanto riguarda il funzionamento sociale, due soggetti migliorano, due mantengono

Tabella 5. Profili MMPI dei 17 soggetti che hanno completato il percorso, sono evidenziati i valori rilevati in fase di assessment e dopo 24 sedute di terapia individuale (Retest)

	MMPI 2	L	F	K	1.Hs	2.D	3. Hy	4. Pd	5. MF	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si
1 RG62														
I valutazione		52	63	30	55	59	45	49	53	71	42	46	43	60
24 incontri		49	59	32	43	41	39	56	47	71	38	53	52	58
2 BD78														
I valutazione		62	45	50	40	39	41	51	65	48	36	38	52	43
24 incontri		55	45	54	52	43	51	53	59	55	42	44	58	41
3 BS82														
I valutazione		39	86	34	82	71	72	80	63	90	71	70	89	67
24 incontri		46	78	36	64	68	72	83	61	86	60	65	65	60
4 NJ70														
I valutazione		39	68	38	73	83	59	66	63	75	76	71	72	64
24 incontri		55	55	59	64	73	67	75	53	62	65	65	52	52
5 SG78														
I valutazione		58	71	36	43	55	46	71	40	84	68	64	86	52
24 incontri		58	59	40	54	64	54	80	40	70	63	64	75	53
6 MM68														
I valutazione		62	55	50	62	57	51	69	49	69	44	51	61	51
24 incontri		55	47	48	58	57	49	56	49	62	44	53	61	55
7 MC60														
I valutazione		39	53	47	62	59	59	69	47	67	64	61	65	49
24 incontri		62	55	45	67	64	59	72	61	60	67	64	86	55
8 MM58														
I valutazione		49	53	52	64	64	77	80	47	62	54	48	45	40
24 incontri		55	47	59	55	48	53	64	41	58	50	60	42	38
9 ZG75														
I valutazione		62	68	50	69	48	49	69	30	65	57	64	72	58
24 incontri		62	57	54	58	46	45	61	59	58	46	58	50	50
10 SS70														
I valutazione		58	57	38	59	82	58	66	50	70	59	61	44	76
24 incontri		58	59	44	54	72	56	66	48	64	63	64	44	63
11 GG65														
I valut		46	61	38	46	53	45	69	61	69	56	60	103	43
24 Incontri		39	65	36	46	50	45	75	41	71	48	59	100	47
12 DFP														
I valutazione		43	63	34	60	64	53	64	73	48	65	64	65	65
24 incontri		43	51	41	55	62	53	80	63	52	62	63	68	56
13 TS77														
I valutazione		49	68	45	58	43	45	72	35	52	40	56	61	43
24 incontri		43	55	43	43	41	42	58	37	52	36	46	58	46
14 SA62														
I valutazione		46	69	40	59	76	61	80	50	70	75	72	50	62
24 incontri		46	69	40	54	58	52	77	50	70	66	67	55	52
15 SM54														
I valutazione		55	65	31	60	50	41	56	45	65	42	60	75	64
24 incontri		62	72	34	46	55	37	47	37	60	44	53	72	63
16 GV83														
I valutazione		52	51	40	35	36	41	49	47	52	31	32	45	48
24 incontri		55	47	54	46	46	42	53	51	55	42	48	65	49
17 MA64														
I Valutazione		55	59	45	58	57	55	80	53	65	50	61	79	56
24 incontri		52	57	41	46	53	51	75	53	65	42	44	82	44

punteggi sotto la norma e un soggetto (TS77) che in fase di assessment non risultava deficitario, ottiene un punteggio al di sotto la norma in fase di retest.

Risultati al retest BDI-II

Al retest emerge un sostanziale cambiamento nel tono dell'umore dei soggetti. Infatti in fase di assessment, solo 3 soggetti hanno un tono dell'umore nella norma, mentre al retest il numero dei soggetti con tono dell'umore nella norma risulta essere pari a 13. Nella **tabella 6** sono riportati i punteggi totali in percentili ed i risultati dei 17 soggetti al retest.

Tabella 6.

BDI2	Assessment	Retest
RG62	Disforia che comporta disagio e difficoltà (percentile 92)	Nella norma (percentile < 85)
BD78	Nella norma	Nella norma
BS82	Reazione depressiva grave (percentile >95)	Nella norma
NJ70	Reazione depressiva grave (percentile > 95)	Al confine con aspetti di tipo patologico (percentile 90)
SG78	Reazione depressiva grave (percentile >95)	Disforia che comporta disagio e difficoltà (percentile 92)
MM68	Disforia che comporta disagio e difficoltà (percentile 92)	Nella norma
MC60	Al confine con aspetti di tipo patologico (percentile 90)	Disforia che comporta disagio e difficoltà (percentile 92)
MM58	Al confine con aspetti di tipo patologico (percentile 90)	Nella norma
ZG75	Al confine con aspetti di tipo patologico (Percentile 90)	Nella norma
SS70	Reazione depressiva grave (Percentile 99)	Nella norma
GG65	Reazione depressiva grave (percentile 98)	Nella norma
DFP	Reazione depressiva grave (percentile 99)	Nelle norma
TS77	Nella norma	Nella norma
SA62	Disforia che comporta disagio e difficoltà (percentile 95)	Nella norma
SM54	Reazione depressiva grave(Percentile 99)	Reazione depressiva grave (Percentile 96)
GV83	Nella noma	Nella norma
MA64	Reazione depressiva grave (percentile 96)	Nella norma

Follow-up telefonici

Al momento attuale sono stati eseguiti 12 follow-up telefonici a sei mesi dall'esecuzione del retest e 6 follow-up telefonici a 12 mesi dall'esecuzione del retest. Nessuno dei soggetti contattati telefonicamente ha commesso una recidiva di reato entro 6 mesi dal completamento

della psicoterapia.

Un soggetto (sex-offender) ha commesso recidiva di reato dopo 6 mesi dal completamento della terapia.

Discussione

Dall'analisi dei risultati dei test somministrati ai 17 che hanno completato la fase di assessment, il percorso di psicoterapia cognitivo-comportamentale e la fase di retest è possibile ipotizzare

1. Un sostanziale miglioramento del profilo di personalità. Infatti

- I soggetti hanno espresso profili validi dimostrando nella maggior parte dei casi assenza di simulazione di cattivo o buon adattamento.
- In 4 soggetti la scala F si abbassa rispetto al test iniziale: tale abbassamento suggerisce una diminuzione della sintomatologia psicopatologica presente nei soggetti interessati.
- La scala Pa (Paranoia) diminuisce in 6 soggetti su 12. Questa importante diminuzione del numero di soggetti con elevazioni significative a tale scala è sicuramente un dato interessante perché suggerisce un significativo cambiamento della funzionalità cognitiva dei soggetti coinvolti. Il trattamento psicoterapico potrebbe aver modificato schemi cognitivi di interpretazione disfunzionale della realtà di tipo persecutorio in modalità alternative più funzionali.
- In 5 soggetti su 17 il retest mostra profili in cui tutte le scale di base rientrano nella norma.
- Le scale di contenuto e supplementari migliorano in modo significativo. In particolare si evidenzia una diminuzione del numero di soggetti con elevazioni cospicue alla scala BIZ (Ideazione bizzarra) e alla scala FAM (Problemi familiari).

2. Un sostanziale miglioramento della soddisfazione della qualità di vita. Infatti

- In fase di assessment 13 soggetti presentano valori al di sotto della norma in almeno un'area di funzionamento. Al retest il dato si capovolge, e cioè 13 soggetti presentano valori nella norma in tutte le aree indagate dal test, suggerendo un netto miglioramento della soddisfazione della qualità di vita, mentre 4 soggetti presentano ancora valori al di sotto della norma in almeno un'area di funzionamento.
- I 4 soggetti che in fase di assessment lamentano insoddisfazione per il loro funzionamento psicologico, al retest presentano valori nella norma. Lo stesso trend avviene per i 5 soggetti che in fase di assessment lamentano insoddisfazione per la funzionalità fisica, al retest presentano punteggi nella norma. Per quanto riguarda l'area lavorativa, 9 soggetti hanno valori al di sotto della norma nella fase di assessment mentre al retest soltanto 3 soggetti mantengono valori al di sotto della norma. Questi dati suggeriscono che la psicoterapia cognitivo comportamentale, insieme ai percorsi pedagogici e socio-lavorativi promossi in questo progetto sperimentale, contribuiscono ad un aumento della soddisfazione della qualità di vita dei soggetti.

3. Un Sostanziale miglioramento del tono dell'umore. Infatti:

- in fase di assessment i soggetti che hanno un tono dell'umore della norma sono 3 mentre al retest i soggetti con tono dell'umore nella norma sono 13.

4. Un solo soggetto ha presentato recidiva di reato. Infatti:

- i follow-up telefonici per monitorare la condizione medica, sociale, legale e dell'uso di sostanze di tutti i soggetti, unitamente alle notizie pervenute dalle assistenti sociali che seguono i soggetti o le notizie che gli stessi soggetti riferiscono tramite contatti diretti con le psicoterapeute di riferimento, riportano che ad oggi solo un soggetto (sex-offenders) ha recidivato dopo la conclusione del trattamento di psicoterapia.

Considerazioni conclusive

Diversamente dal soggetto libero che sceglie autonomamente un percorso psicoterapeutico l'autore di reato si sottopone al trattamento psicoterapeutico per richiesta altrui e a volte suo malgrado,

I soggetti che hanno partecipato a questo progetto hanno iniziato la psicoterapia con scopi strumentali finalizzati ad una positiva valutazione a fine pena, senza consapevolezza del disagio e della sintomatologia ad esso associata, non ritenendo di aver bisogno di alcuna "cura". Tuttavia per la maggior parte di essi la terapia si è rivelata un'occasione per stimolare una consapevolezza nei confronti delle proprie problematiche inconsapevoli o negate.

I risultati del retest indicano che ci sono stati significativi cambiamenti in alcuni aspetti della personalità, della qualità di vita e del tono dell'umore degli autori di reato che hanno partecipato a questo studio pilota. Questi indicatori sono importanti perché ci permettono di ipotizzare che un clima di collaborazione, sostegno e rispetto può favorire la motivazione al trattamento, l'aumento della consapevolezza della propria responsabilità e la motivazione al cambiamento. A sostegno di questa ipotesi è importante sottolineare che 4 soggetti hanno deciso di continuare la psicoterapia privatamente, sostenendone le spese e dimostrando interesse e motivazione.

Sarebbe prematuro ipotizzare che i miglioramenti descritti possano essere sufficienti a determinare una reale e duratura prevenzione delle recidive. Per ora, dopo 12 mesi di follow-up, quello che possiamo affermare è che soltanto un soggetto ha reiterato il reato per il quale era stato condannato.

Infine è bene precisare che questo è un progetto pilota pertanto ci sono alcune limitazioni associate allo studio quali il numero esiguo di soggetti coinvolti e la mancanza di un gruppo di controllo.

Bibliografia

- Ambrosio T, Minopoli A, Toro MB, Cantelmi T (2009). Disregolazione emotiva e agito sessuale nei sex offender: uno studio comparativo su rabbia e alessitimia all'interno del contesto carcerario. *Modelli per la mente* 2, 3, Settembre/Dicembre.
- Andrews DA, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 28, 369-404.
- Baldini F, Bricolo R, Gamba F, Pasetto A, Turri F, Zardini DM (2013). *Un programma terapeutico ad orientamento cognitivo-comportamentale rivolto a soggetti autori di reati: il progetto "Percorsi Responsabili" a Verona*. II Congresso Internazionale di Scienze Criminologiche. Comportamenti Criminali. Impatti, Strumenti e Reti Sociali. 10-12 Maggio. Milano.
- Bilby C, Brooks-Gordon B, Wells H (2006). A systematic review of psychological interventions for sexual offenders II: Quasi-experimental and qualitative data. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 17, 3, 467-484.
- Brooks-Gordon B, Bilby C, Wells H (2006). A systematic review of psychological interventions for sexual

- offenders I: Randomised control trials. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 17, 3, 442-66.
- Bush J, Glick B, Taymans J (1997). *Thinking for a Change*. Longmont, CO: National Institute of Corrections, United States Department of Justice.
- Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. University of Minnesota press: Minneapolis (traduzione italiana a cura di P. Pancheri e S. Sirigatti. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1995).
- Carrieri L, Ettrapini R, Garau M, Grossi L, Marzola D, Scarcia A, Albanese S, Gamba F, Zardini DM (2013). *La terapia cognitivo-comportamentale per soggetti autori di reati: proposta per un protocollo di intervento nella realtà carceraria italiana*. V Forum sulla Formazione in Psicoterapia. 18-20 Ottobre. Assisi.
- Clark P (2010). Preventing Future Crime With Cognitive Behavioral Therapy. *National Institute of Justice Journal* 265, 22-25. Retrieved from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/229882.pdf>.
- Community Development and Justice Standing Committee. (2010). Making Our Prisons Work: An inquiry into the efficiency and effectiveness of prisoner education, training and employment strategies. *Government of Western Australia, Department of Corrective Services*. Retrieved from <http://www.parliament.wa.gov.au/publications/tailedpapers.nsf/displaypaper/3812249a.pdf>
- Duwe G, Goldman RA (2009). The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 21, 3, 279-307.
- Evans-Chase M, Zhou H (2014). Systematic review of the juvenile justice intervention literature: What it can (and cannot) tell us about what works with delinquent youth. *Crime and delinquency* 60, 3, 451-470.
- Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M (2012). The prediction of violence and antisocial behaviour: A systematic review and meta-analysis of the utility of risk assessment instruments in 73 samples involving 24,827 individuals. *British Medical Journal* 10.1136/bmj.e4692
- Ghisi M, Flebus GB, Montano A, Sanavio E, Sica C (2006). *BDI-II: Beck Depression Inventory-II*. Manuale: Adattamento italiano. Organizzazioni Speciali, Firenze, pp. 1-79.
- Giulini P, Xella CM (2011). *Buttare la chiave? La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*. A cura di. Edizioni Raffaello Cortina.
- Goldstein AP, Glick B (1987). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL:Research Press.
- Hare RD (2009). *La psicopatia. Valutazione diagnostica e ricerca empirica*. Astrolabio Ubaldini (collana Psiche e coscienza).
- Koehler JA, Lösel F, Akoensi TD, Humphreys DK (2013). A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology* 9, 1, 19-43.
- Landenberger NA, Lipsey MW (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology* 1, 451-476.
- Laws DR (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press.
- Little G, Robinson K D, Burnette K D, Swan S (1999). Successful ten-year outcome data on MRT-treated felony offenders: Treated offenders show significantly lower reincarceration in each year. *Cognitive-Behavioral Treatment Review* 8, 1, 1-3.
- Little GL, Robinson KD (1988). Moral Reconciliation Therapy: A systematic step-by-step treatment system for treatment resistant clients. *Psychological Reports* 62, 135-151.
- Little GL, Robinson KD (1989). Effects of Moral Reconciliation Therapy upon moral reasoning, life purpose, and recidivism among drug and alcohol offenders. *Psychological Reports* 64, 83-90.
- Lipsey MW (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. *Victims and Offenders* 4, 124-147.
- Lipsey MW, Wilson DB (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds) *Serious And Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 313-345). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Collaboration Systematic Review* 6, 1-27.

La terapia cognitivo-comportamentale nella prevenzione della recidiva degli autori di reato

- Louth S M, Hare, R D, Linden W (1998). Psychopathy and alexithymia in female offenders. *Canadian Journal of Behavioural Sciences* 30, 91-98.
- Majani G, Callegari S (1998). *Test SAT-P. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Erickson, Trento.
- Milkman H, Wanberg K (2007). Cognitive-behavioral treatment: a review and discussion for correction professionals. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections. Retrieved from <http://nicic.gov/Library/021657>.
- Parker JDA, Shaughnessy PA, Wood LM, Majeski SA, Eastabrook JM (2005). Cross-cultural alexithymia. Validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in North American aboriginal populations. *Journal of Psychosomatic Research* 58, 83-88.
- Ross RR, Fabiano E (1986). *Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills*. T3 Associates Training and Consulting Inc. Ottawa, Ontario.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Volpini L, Mannello T, De Leo G (2008). La valutazione del Rischio di recidiva. *Rassegna penitenziaria e criminologica* 1, 147-161.
- Yates PM (2003). Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioral model of intervention. *Journal of Child Sexual Abuse* 12, 195-232.
- Yelsma P (1996). Affective orientations of perpetrators, victims, and functional spouses. *Journal of Interpersonal Violence* 11, 141-161.
- Ward T, Marshall W L (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression*. Special Issue: Treatment & Treatability 10, 153-169.

RECENSIONI

Il disturbo da Accumulo a cura di C. Perdighe e F. Mancini.

Ci aveva già pensato Verga a fotografare il viscerale attaccamento alle proprie cose, alla propria “roba”, senza tralasciare la sofferenza a distaccarsene. Difficile indebolire, infatti, quel legame che ci unisce con alcuni oggetti, rispetto ai quali “*ci sentiamo e comportiamo quasi come facciamo verso noi stessi*” (James 1980, p.88). A tutti sarà capitato almeno, una volta nella vita, di tenere particolarmente a qualche oggetto da cui risulta difficile sottrarsi e svalutare, così, l’importanza di ciò che lo contraddistingue dagli altri e che risuona perfettamente nella pronuncia bisillabica dell’aggettivo possessivo “mio”. Difficile reciderne il legame se quel mio si pone in relazione identitaria con me. Difficile ma non impossibile, eccetto che per quei casi in cui il livello di compromissione e sofferenza implicato si associa ad una bizzarra fenomenologia comportamentale tesa ad un inverosimile accumulo di oggetti, che nel noto caso dei fratelli Collyer è costato loro la vita. Gli oggetti accumulati così come la motivazione a conservarli sembrano, infatti, accomunare gli *hoarders* ai soggetti normali. L’elemento discriminante sembra essere proprio la quantità di oggetti accumulati (Frost e Gross 1993) tanto che, per alcune persone, l’attaccamento agli oggetti diventa un vero e proprio disturbo mentale, una singola entità diagnostica riconosciuta dal recente DSM-V come Disturbo da Accumulo (DA; *hoarding disorders*). Più diffuso di quanto si pensi, il DA calamita sempre più l’attenzione clinica mossa dalla comprensione dei meccanismi implicati e della sua eziopatogenesi-ad oggi- ancora poco chiari. In questo fervido background, si inserisce

l’ammirevole risultanza di impegno scientifico e professionale della Scuola di Psicoterapia Cognitiva che con Claudia Perdighe, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, e Francesco Mancini, neuropsichiatra infantile nonché docente all’Università degli Studi Guglielmo Marconi di Roma, si è concretizzata ne “Il Disturbo da Accumulo” edito da Raffaello Cortina. New entry nelle librerie, il libro si pone come una completa trattazione di quello che potrebbe limitarsi ad apparire come uno strano comportamento, talmente bizzarro da divenire protagonista di *reality tv*. Ponendosi come un disturbo ancora nuovo per noi, il libro offre un’analisi approfondita che, con estremo zelo, dischiude la comprensione di ciò che la letteratura più aggiornata riporta in merito, occupandosi del disturbo in tutte le sue possibili declinazioni, come - ad esempio - *l’animal hoarding*. A partire da un’attenta analisi della fenomenologia comportamentale di tipo accumulatorio, che guida la fase di *assessment* clinico del disturbo -(anche con l’aiuto di strumenti psicodiagnostici, proposti in appendice)- gli autori si concentrano sui meccanismi psicologici sottendenti la mente dell’accumulatore, passando in rassegna le autorevoli risposte degli studiosi ad interrogativi che popolano la mente di chiunque, con incredulità, si domandi “come si può arrivare a tanto?”, “cosa spinge un *hoarder* a continuare ad accumulare?”. L’attento esame delle motivazioni all’accumulo, degli scopi e delle credenze che regolano il comportamento degli *hoarders* (distinguendolo da quello tipicamente ossessivo) viene integrato, volgendo particolare attenzione all’indagine dei meccanismi neurobiologici sottendenti il DA, alle cause neuropsicologiche, alle influenze ambientali nonché genetiche. Ad oggi, infatti, la letteratura offre evidenze circa il ruolo giocato dal substrato neurobiologico - in termini di coinvolgimento

di aree limbiche sottocorticali e corteccia prefrontale ventromediale - piuttosto che da un pattern cognitivo deficitario (attenzione, memoria, funzioni esecutive), che insieme alle esperienze traumatiche si pongono come fattori scatenanti e modulanti la sintomatologia del DA. La trattazione proposta dagli autori offre, inoltre, uno spaccato in chiave evolutiva, proponendo, un rispettivo esempio di intervento sull'accumulo nei bambini. Per completare con esaustività la trattazione, il libro si misura anche con la questione del trattamento, complicato dalle problematiche di insight e motivazione, che creano attrito nella compliance di un protocollo terapeutico che coniuga l'ERP con altre componenti della CBT, come proposto da Steketee e Frost (2007) e che mira ad "addestrare i pazienti ad imparare a sopportare di più la sensazione di buttare via qualcosa di importante". Un prezioso contributo, quello realizzato dagli autori, nonché una importante guida per chi è clinicamente animato dall'interesse verso la comprensione di specifici processi e contenuti mentali sottendenti la genesi nonché il mantenimento del DA.

James W. (1890). *The principles of psychology*. Vol. I. Henry Holt, New York.

Frost R.O., Gross R.C. (1993). "The hoarding of possessions". *Behavior Research and Therapy* 31, pp. 367-381.

Steketee G., Frost R.O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring: a therapist guide*. Oxford University Press, New York.

Rocco Luca Cimmino

Bergeret A., Cimbolli P., De Pascale A., (a cura di) (2014). *La psicoterapia dei processi di significato personale dei disturbi psicopatologici. Manuale teorico-pratico*, Edizione Alpes, Roma, pp. 416.

"Il libro vuole mostrare con chiarezza e trasparenza lo stato dell'arte del modello cognitivo costruttivista orientato in termini di processi sistemici complessi, pensato da Vittorio Guidano, conosciuto come postrazionalismo, ed indicare gli sviluppi successivi di tale orientamento in termini di progetto di ricerca" (p. VIII). Questo è parte dell'esordio di questa pietra miliare per formatori e formandi all'approccio che, fra le tante caratteristiche, si differenzia per l'enfasi sulla concettualizzazione dei processi di costruzione del significato.

Le articolazioni di questo libro sono lineari. Il primo capitolo "La prospettiva del cognitivismo costruttivista sistemico e post-razionalista nella psicoterapia" (A. De Pasquale) fa un'ottima presentazione del contesto storico del pensiero sistemico. Lo stato attuale dell'arte è dato dal primo capitolo sulla prospettiva del cognitivismo costruttivista sistemico e post-razionalista (A. De Pasquale) e dal settimo capitolo sulle pubblicazioni delle ricerche a sostegno di questo approccio (A. Moltedo).

Il secondo capitolo "I processi di costruzione del significato personale nell'età dello sviluppo" (P. Cimbolli) approfondisce il primato delle emozioni sulle convinzioni e il passaggio evolutivo dalla costruzione dei significati alla loro condivisione consapevole. Questo capitolo potrebbe essere integrato con quello sulla "Psicopatologia e psicoterapia dello sviluppo morale" (M. Villegas) con un buon approfondimento della libertà e delle comparazioni fra le varie teorie: di Piaget, Kohlberg, Loevinger, Bull, Villegas, Selman e Kegan.

Il terzo capitolo "" (B. Nardi, E. Arimatea) è uno dei più originali perché correla

l'Organizzazione di Significato Personale (OSP) all'apprendimento imitativo, grazie ai neuroni specchio. Infatti, sembra che "le due direttrici dei processi di sviluppo che portano a stabilizzare le OSP siano: 1. La prevedibilità della figura accidentale nelle situazioni che si ripetono nel tempo e che sono, per il bambino, emotivamente significative; 2. La disponibilità del caregiver rispetto ai bisogni del bambino che ne ricava la propensione a essere oggetto di cura, aiuto, attenzione, supporto emotivo e affetto" (pp. 37-38).

Attraverso questi due assi fondamentali di sviluppo (la prevedibilità e la disponibilità del care-giver) si formano quattro principali OSP: controllante, distaccata, contestualizzata e normativa. Per una diagnosi di personalità è necessario anche considerare le caratteristiche con le quali ogni soggetto mette a fuoco le sue esperienze: inward (l'interpretazione delle caratteristiche dell'ambiente attraverso le proprie attivazioni interne) e outward (l'interpretazione dei messaggi e delle richieste ambientali che riconoscono e validano le attivazioni interne). Quindi, la prevedibilità e la disponibilità del care-giver più la messa a fuoco inward o outward sono fra le coordinate più basilari per una diagnosi di personalità secondo l'approccio post-razionalista. Per rendere più agevole la diagnosi, soprattutto per le ricerche, vi sono due questionari specifici: 1) il PMQ (Personal Meaning Questionnaire) basato sulla descrizione delle OSP fatta da Guidano; 2) il MQOP (Mini Questionario sulla Organizzazione Personale) per cogliere la processualità della personalità in relazione alla costruzione del significato personale.

Il capitolo quarto, "La comprensibilità della psicosi" (G. Cutolo) prevede innanzitutto la consapevolezza e la capacità dell'osservatore di reggere emotivamente e nel tempo l'impatto con la sintomatologia attraverso l'integrazione dei contenuti di esperienze perturbanti e difficilmente assimilabili e la ridefinizione dell'osservatore. Questo permetterà la costruzione di una relazione terapeutica

rispettosa della soggettività.

Sono molto importanti gli argomenti trattati in più di un capitolo: la formulazione dei casi clinici, i disturbi dell'attaccamento e i disturbi delle condotte alimentari.

I capitoli sei e otto sulla formulazione dei casi clinici (A. Quinones) sono particolarmente interessanti perché corredati da allegati che rendono più comprensibile l'individuazione e l'applicazione dei domini di primo ordine e di second'ordine che sono alla base della costruzione di un'esistenza umana significativa: "... il malessere psicologico viene frammentato, organizzato e gerarchizzato in domini di formazione che denominiamo di primo ordine e di secondo ordine". (p. 98) Questo è più facilmente comprensibile se la psicoterapia viene intesa come un processo del significato: "... l'obiettivo generale di una psicoterapia orientata a modificare un significato deficitario nel contesto del programma di trasformazione del significato personale consiste essenzialmente nello scomporre e suddividere quanto il paziente esprime nei diversi domini di informazione" (p. 96).

Altri tre capitoli trattano le sindromi più frequenti nella quotidianità di uno psicoterapeuta: la depressione (M. Reda), il disturbo ossessivo-compulsivo (G. Mannino) e l'ansia (S. Alcini).

Fra le sindromi più complesse qui trattate abbiamo i disturbi di personalità (L. Canestri), la schizofrenia (G. Maxia, G. Mannino) e le problematiche di coppia (M. Zumaya).

Di particolare interesse risulta il capitolo su "Lo spettro dei disturbi bipolari: trattamento e psicoterapia in termini di processi di significato" (D. Merigliano e M. Dodet) per la proposta di un "modello di indagine che ... si muove lungo un percorso che parte dal sintomo per arrivare al Significato Personale come invariante specifico del sistema che lo impone" (p. 285). Nel bipolare la ricorrenza è indicata dal passaggio da una polarità all'altra ed è decisivo allenare questo tipo

paziente a contestualizzare gli eventi emotivi nel ricostruire sia il contesto particolare-immediato (episodio specifico del disagio occorso) e sia il contesto allargato (fase di vita in cui il paziente si trova quando emerge il disturbo). In questo modo sarà possibile ricostruire l'evento discrepante da un punto di vista soggettivo e oggettivo. Per arrivare a dare significato e coerenza all'andamento oscillatorio (da colpa o inadeguatezza a onnipotenza) è necessario aiutare il paziente a focalizzarsi sull'esperienza immediata: "Il riconoscimento delle microscillazioni spesso non messe a fuoco, aiuta il paziente a cogliere le attivazioni emotive che sottendono tali oscillazioni" (p. 300)

In quasi tutti i capitoli di questo libro si possono apprezzare le esemplificazioni dei concetti con dei casi clinici. Uno dei capitoli che maggiormente rispecchia questa caratteristica è quello sull'utilizzo del materiale onirico in psicoterapia (D. Merigliano) la cui originalità sta nella esplicitazione della tecnica della moviola per sequenzializzare il fluire di questa esperienza: 1. Il racconto libero del paziente così come viene ricordato; 2. La tonalità emotiva al risveglio nel ricordare il sogno; 3. Scomposizione del sogno in 'scene' distinte una dalle altre; 4. Ricostruzione dei vissuti emotivi per ogni singola scena e per la loro successione; 5. Formulazione di ipotesi interpretative delle scene e delle sequenze; 6. Formulazione di ipotesi interpretative sul significato di quel sogno in quel momento specifico di vita. "Spesso una lettura accurata dei sogni così intesa, riesce a far cogliere sensi e significati a volte ancora nascosti o di difficile decodifica, diventando operazione preziosa fondamentale nel percorso di una psicoterapia" (p. 352)

La psicoterapia dei processi di significato personale è un testo anche per i non addetti ai lavori perché permette di comprendere le varie applicazioni dell'approccio cognitivo costruttivista, ma anche perché permette di comprendere i concetti base della sua

antropologia e psicopatologia: la concezione della persona e come si potrebbe ammalare.

La persona è intesa come un sistema individuale che costruisce significati coerenti per percepirsi e (raccontarsi) ed essere percepito (raccontare) in modo congruente tra l'"IO" (protagonista che esperisce ed agisce) ed il "ME" (che osserva e valuta dando significato all'esperienza). L'uno non può vivere senza darsi una ragione del suo esistere. È per questo l'uomo ha bisogno di dare un significato coerente alla sua esperienza. Le esperienze avvertite come discrepanti (perché percepite come incoerenti o incongruenti) sono esperienze perturbanti che possono essere fattori di crescita o fattori patologici (p. 351).

L'esperienza percepita e interpretata come discrepante, incoerente, incongruente o perturbante può corrispondere all'esperienza di mancanza di senso o di significato. Questo vuoto di senso (o mancanza di congruenza e coerenza percepita) potrebbe essere un'opportunità per crescere (dando un senso, congruenza e coerenza a ciò che apparentemente non ne ha) oppure una condizione pre-patologica. Questo potrebbe essere un elemento in comune fra il cognitivismo costruttivista e il cognitivismo esistenziale. Entrambi si basano sui significati soggettivi.

Aureliano Pacciolla

Semerari A., *Il delirio di Ivan. Psicopatologia dei Karamazov*, Laterza, Bari 2014, pp. 120.

Perché un grande ricercatore e psicoterapeuta, come Semerari, esperto nel trattamento dei disturbi di personalità dovrebbe occuparsi dei fratelli Karamazov? Perché, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, i personaggi sono profondamente credibili nel loro diventare folli. Quindi, da una parte è vero che Semerari in questa sua pubblicazione non

ci presenta una ricerca scientifica su casi clinici ma dall'altra è altrettanto vero che questo studio sulle reazioni dissociative di fronte alla minaccia del male possiamo riscontrarlo in moltissimi casi di clinici. Quando il male è percepito come soverchiante, la mente per proteggersi si dissocia. Questo avviene sia in Dmitrij, Aleksej e Ivan e sia nei casi di psicopatologia. Chi è costretto al contatto prolungato col male sicuramente ne sperimenta il suo effetto disgregante e devastante: "... il male diventa qualcosa che si muove come attraverso una membrana semipermeabile lungo i confini dell'Io ... Questo confondersi di confini tra mondo esterno e mondo interno è anche, nella sua essenza, ciò che chiamiamo dissociazione" (p. IX); "la loro capacità di discriminare con chiarezza tra gli eventi del mondo interiore e la realtà esterna si indebolisce e la loro identità perde di coesione" (p. 119).

La diagnosi è tanto più grave quanto il trauma compromette gli equilibri ed i rapporti fra realtà interna e realtà esterna ma anche dal grado di resilienza che caratterizza una particolare struttura di personalità ed il sistema relazionale in cui si trova. Infatti la prognosi favorevole per Dmitrij non è solo perché i borderline con l'età riducono l'impulsività e aumentano le capacità riflessive ma anche dalla capacità di sostituire gradualmente le strategie di evitamento e fuga con le strategie di fronteggiamento delle minacce. Aleksej può avere una prognosi positiva grazie alla filantropia perché così può dare un senso più accettabile alla sua vita e/o può compensare i sensi colpa. Per Ivan, invece, la prognosi è riservata (ma non disperata) perché da una parte ha fronteggiato il male dentro di sé, si è accusato e ha ricollocato al suo interno il demone (la parte abietta sé) che prima allucinava fuori di sé stesso ma dall'altra "Ivan Fedorovic si ritrova deprivato del suo orgoglio [narcisista], umiliato, ancora più svuotato di scopi e di senso e con un profondo sentimento di indegnità" (p. 118). La resilienza di Ivan potrà essere sostenuta da due importanti elementi prognostici: a) l' "aiuto di Aleksj, con

la sua straordinaria comprensione del male e la sua attitudine non giudicante"; b) l'amore per Katerina Ivanovna. Personalmente darei molto più rilievo alla consistenza e durata di questi due elementi per inferire una prognosi un po' meno infausta. Tuttavia, molto dipenderà dalla possibilità di poter risperimentare i momenti di vuoto, di perdita di senso o di umiliazione.

Prima di trattare direttamente la psicopatologia dei Karamazov, l'A. fa una breve introduzione sui disturbi della coscienza e il loro rapporto coi traumi psicologici in cui vengono trattati i disturbi dissociativi con un fugace accenno al DSM-5 e ai suoi sviluppi traumatici. Qui sono cruciali due domande: 1. Cosa accade quando proprio la figura confortante è anche la fonte della paura e della minaccia? 2. Come si passa dalla organizzazione dell'attaccamento ad uno sviluppo traumatico della personalità? Nel caso di Ivan uno dei tratti della sua personalità da considerare come reazione alla umiliazione, al vuoto e alla vergogna è l'orgoglio come "... ottimo antidoto al senso di vuoto ... strumento fondamentale per sentirsi vivo e non sentirsi umiliato" (p. 67). Il passaggio dall'umiliazione all'orgoglio può avvenire con ciò che F. Mancini chiama "tema di vita": "In questo modo egli [Ivan] stringe un patto luciferino che lo condanna un assurdo culto del proprio Io, a smarrire la distanza dagli altri attraverso la superbia e il disprezzo e a smarrire di conseguenza la capacità di empatia e di sentimenti di appartenenza" (p. 68). Questo patto o impegno con se stesso può essere uno degli elementi più rilevanti nella eziopatogenesi della personalità. Verrebbe da chiedersi se l'eziopatogenesi del narcisismo sia quella indicata dal mito in cui Narciso riceve "la condanna a consumarsi per la propria immagine è la conseguenza per non aver corrisposto l'amore della ninfa Eco" (p. 69). Oppure se non possa essere l'opposto: chi non si apre all'amore si autocondanna a consumarsi per la propria immagine? Probabilmente il paziente con Disturbo Narcisistico della Personalità percepisce

più appropriata la seconda formulazione e mantiene l'atteggiamento egosintonico. Lo psicoterapeuta può avere mantenere la prospettiva della causalità circolare. Di fatto sembra che sia la percezione dell'essere amati "adeguatamente" la prevenzione e la terapia del narcisismo. Chi non si sente amato crede di non essere abbastanza "speciale". "Anche se tu non mi ami, io sono molto speciale. E te lo dimostro". Sembra che questo dialogo interno o patto abbia un ruolo rilevante per il "tema di vita" e quindi per lo sviluppo patologico della personalità del narcisista.

Oltre all'eziopatogenesi sono molti gli spunti di riflessione che questo libro può dare sia ai non addetti ai lavori e sia agli specialisti sui disturbi della personalità, come per esempio i fattori precipitanti e la resilienza; la metacognizione e l'egosintonia; i deficit di integrazione delle emozioni e di riconoscimento degli stati mentali.

Questo libro ci offre l'opportunità per discutere (ma anche per osservare nei pazienti) come il trauma, che è alla base di una formazione dissociativa, non è solo una violenza subita direttamente. La violenza assistita fra due caregivers (conflitti fra i due genitori o fra un genitore e un altro caregiver), oppure la trascuratezza e, ancora peggio, l'imprevedibilità stabilizzata delle reazioni (emotivo-umoral) dei caregivers può essere l'anticamera delle dissociazioni che portano alla instabilità emotiva, relazionale e generale dei bambini. Questa permanente instabilità ed imprevedibilità genitoriale può aver portato Dmitrij a non dominare ma a essere dominato dalla sua rabbia, Aleksej a sviluppare un accudimento invertito e Ivan a sviluppare una marcata tendenza narcisista. Questi sono soltanto alcuni dei rilievi che ogni psicoterapeuta potrebbe fare nel trattare i propri pazienti e nel considerare la chiave di lettura che Semerari fa dei questi personaggi. E se facessimo delle ipotesi inferenziali sul tipo di

trattamento (farmacologico e psicoterapico) di questi tre personaggi? Siamo propri sicuri che Ivan avrebbe lo stesso trattamento farmacologico e la stessa diagnosi di Disturbo Narcisistico di personalità secondo i criteri alternativi del DSM-5? In questo caso non sarebbe tanto importante la convergenza delle diagnosi quanto piuttosto le motivazioni implicite alle decisioni dei clinici.

Per il DSM-5 le caratteristiche tipiche del disturbo narcisistico di personalità sono l'autostima instabile e fragile, con tentativi di regolarla per mezzo della ricerca di attenzione e di approvazione, oppure una manifesta o celata grandiosità. Queste caratteristiche si manifestano con due tratti di personalità patologici: 1. La grandiosità (manifesti o celati sentimenti che "tutto sia dovuto"; egocentrismo e ferma convinzione di essere migliori degli altri e "degnazione" verso gli altri). 2. Ricerca di attenzione (eccessivi tentativi di attirare l'attenzione ed esserne al centro e ricerca di ammirazione). Inoltre, sarà importante poter osservare anche la compromissione del funzionamento della personalità in almeno due delle seguenti quattro aree: identità, autodirezionalità, empatia e intimità.

Quanto più Ivan si avvicina a questi suddetti criteri diagnostici tanto più – come indica il DSM-5 – ha una personalità narcisistica "maligna" specificata anche con altri tratti di personalità: manipolatorietà, inganno, insensibilità, depressività e ansia. Sarebbe molto interessante trovare nel personaggio di Ivan quanto più di questi tratti e confrontarlo con un caso clinico con le medesime caratteristiche personologiche. L'interesse non sarebbe solo ameno ma utile per lo stesso paziente e per gli psicoterapeuti se il paziente acconsentisse di leggerlo e di offrire le sue considerazioni. Questa una delle applicazioni della biblioterapia ma potrebbe essere di interessante agli studiosi di letteratura.

Aureliano Pacciolla