UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle relazioni interpersonali

Elaborato finale

Il counselling è efficace nella cura della depressione? Un'analisi della letteratura.

Is counselling effective in the treatment of depression? A literature review.

Relatrice
Prof.ssa Stefania Mannarini

Correlatrice esterna
Dott.ssa Luisa Orrù

Laureando: Mattia Aldrigo
Matricola: 2047268

Anno accademico 2023/2024

Abstract
L'organizzazione mondiale della sanità (WHO) valuta il disturbo depressivo maggiore come uno dei disturbi più invalidanti al mondo, oltre che dai costi sociali più elevati. Per far fronte a tale patologia esistono vari strumenti terapeutici contraddistinti da differenti approcci e orientamenti teorici. Uno di questi strumenti è il Counselling, definito come processo finalizzato ad aiutare la persona a risolvere un problema, prendere una decisione o migliorare la propria salute, in un arco di tempo relativamente breve e limitato. L'obiettivo di questo elaborato è quello di indagare l'efficacia del counseling psicologico nel trattamento del disturbo depressivo maggiore, analizzando la letteratura in relazione a studi sperimentali e trial randomizzati. La disamina non si limiterà solo a considerare studi quantitativi e sperimentali per non sottovalutare l'importanza di una dimensione più qualitativa, offerta dalle indagini interpretative fenomenologiche che riescono ad approfondire da un punto di vista idiografico le due individualità di counsellor e paziente coinvolte nel counselling, offrendoci inoltre un quadro specifico di integrazione prima con la modalità delle visual arts, e poi con la possibilità di cimentarsi in esperienze avventurose. I risultati evidenziano come il counselling sia uno strumento efficace, soprattutto nel breve termine, e comparabile sia alla psicoterapia che al trattamento farmacologico, e come esso possa rappresentare una valida alternativa nel trattamento del disturbo depressivo maggiore.

INDICE

-INTRODUZIONE

1. Il counselling e la depressione

1.1 Il counselling, definizione, correnti teoriche e diversi approcci

1.2 La depressione, epidemiologia, criteri diagnostici e teorie di riferimento

1.3 Utilità del counselling per un paziente con sindrome depressiva

2. Evidenze a dimostrazione dell'efficacia del counselling per la depressione e fattori coinvolti

2.1 Comparazione tra l'efficacia del counselling e quello della terapia farmacologica nell'ambito della depressione: evidenze di letteratura

2.2 Comparazione tra l'efficacia del counselling e quello di altre psicoterapie per il trattamento del disturbo depressivo

2.3 L'importanza dell'elemento del tempo, e l'efficacia del counselling per la depressione rapportata ad esso

3. La dimensione terapeutica del counselling oltre gli studi sperimentali, ulteriori fattori da considerare

3.1 Come viene configurato Il paziente con sindrome depressiva nel counselling

3.2 il ruolo del counsellor, le sue caratteristiche e l'impatto del concetto di "capacità negativa"

3.3 il counselling che "esce" dal setting, visual arts ed esperienze di "avventura"

-Conclusioni

-Bibliografia

INTRODUZIONE

Il presente elaborato si propone di indagare l'efficacia del counselling psicologico nel trattamento del disturbo depressivo maggiore (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013), e si pone l'obbiettivo di raccogliere, attraverso un'accurata analisi della letteratura, evidenze empiriche derivanti da articoli scientifici delle maggiori banche dati, tra cui Psychinfo, Scopus,e Google Scholar, che contestualizzino e informino sulla validità dello strumento terapeutico.

Per quanto riguardo Il counselling, esso è definibile dal CNOP come "consulenza psicologica breve, detta anche focale o sostegno psicologico" (*https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/fenomeno_counseling_.pdf*,s.d.) che utilizza fattori comuni e condivisi alle altre "talking therapies" senza utilizzare tecniche specifiche (Barkham et al., 2017). Mentre l'esigenza di attuare una ricerca su questo tema proviene dal significativo impatto che ha il disturbo depressivo maggiore nella salute dell'individuo. Si stima infatti che la disabilità associata al disturbo depressivo maggiore sia paragonabile a quella di gravi condizioni di salute come l'insufficienza cardiaca o l'infarto del miocardio (Cappucciati et al., 2010), e che l'impegno economico che ne deriva si attesti sugli 11 miliardi di guadagni persi all'anno per la sola Inghilterra (Barkham et al., 2017). Dai dati raccolti dalle indagini continuative svolte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si nota che il 6% della popolazione italiana di età adulta e il 9% di età anziana riferiscono sintomi depressivi (EpiCentro, s.d.); e le ripercussioni che ne derivano hanno subito, durante il periodo di lockdown e isolamento sociale dovuti dalla pandemia, un ulteriore aumento stimato al 28% dall'OMS in occasione del World Mental Health Report (*World Mental Health Report*, s.d.).

La tesi proseguirà quindi approfondendo nel concreto l'efficacia del counselling per la depressione, attraverso la revisione di Trials randomizzati e controllati che comparano il counselling in un primo momento con l'antidepressivo SSRI Citalopram (Cappucciati et al., 2010), e in seguito con la psicoterapia Cognitivo comportamentale (Pybis et al., 2017), ottenendo risultati positivi e consistenti che non evidenziano differenze significative tra il counselling gli altri due strumenti terapeutici di primo ordine (*Depression in Adults: Treatment and Management*, s.d.), i quali godono di più solidità da un punto di vista delle evidenze scientifiche. Il quadro è completato con una riflessione riguardante la dimensione del tempo

nella terapia della depressione, che si rivela fondamentale a partire dalla percezione che ne hanno gli individui affetti da disturbo depressivo maggiore (Thönes & Oberfeld, 2015) e diventa tassello del percorso terapeutico nel momento in cui si attenzione le caratteristiche temporali limitate e circoscritte del counselling, che dai dataset IAPT dimostra di durare in media meno sessioni rispetto proprio alla terapia cognitivo comportamentale (Pybis et al., 2017).

Gli studi sperimentali di tipo quantitativo protagonisti fin qui dello studio costituiscono indubbiamente la base della ricerca empirica, in quanto grazie alla randomizzazione e all'elevato controllo sono in grado di prevenire da errori sistematici e bias, ma come ogni metodologia di ricerca non sono esenti da lacune, infatti si potrebbe attribuire loro il difetto della generalizzazione dovuta alle rigide e standardizzate condizioni in cui avviene la prova, dell'incapacità di rappresentare le minoranze e della poca attenzione alle comorbidità individuali. Al fine di ottenere un indagine che punta ad essere il più completa possibile è opportuno diversificare il metodo di indagine per ottenere informazioni complementari a quelle derivate dagli RTCs, per questo motivo l'ultimo capitolo della tesi si avvale del mezzo della analisi interpretativa fenomenologica, che consente interpretazioni idiografiche e consente spazio agli insight (Goldman et al., 2016), dando modo di approfondire la relazionalità del processo del counselling, e analizzare le due individualità che ne sono coinvolte, per poi concludere seguendo quello che era la convinzione teorico-tecnica di Franz Alexander, ossia che occorresse considerare il processo terapeutico non esclusivamente circoscritto e confinato alla tradizionale seduta terapeutica e allargare la riflessione all'influenza che hanno le esperienze esterne sui progressi e cambiamenti del processo terapeutico(Rocco & Montorsi, 2011). Indi per cui questi assunti vengono presi in esame, e infine considerati nell'analisi dell'impatto che hanno le esperienze avventurose, e l'utilizzo delle visual arts, in integrazione con le sedute terapeutiche del counselling.

1.Il counselling e la depressione

1.1 Il counselling, definizione, correnti teoriche, e diversi approcci

Trovare una unica definizione di counselling impiegata dalla comunità scientifica risulta complesso, sia per via dell'eterogeneità dei suoi campi di applicazione che per i diversi orientamenti e approcci teorici che sottendono a tale pratica.
Il N.I.C.E. (National institute for Health and Care Excellence's) ad esempio è un'organizzazione indipendente britannica volta a promuovere, sia nazionalmente che internazionalmente, indicazioni e linee guida da seguire per un'efficace pratica clinica attraverso l'analisi della letteratura. Si tratta di un ente non dipartimentale che fa a capo al ministero della salute del regno unito, ed è utilizzato dal sistema sanitario di Inghilterra, Galles, scozia e Irlanda del Nord, nelle linee guide tracciate da esso non compare vera e propria definizione di counselling.
L'organo del N.I.C.E non è il solo ente a non scendere nel dettaglio quando si parla di counselling, anche la BACP (Association for Counselling e Psychoterapy) si limita ad utilizzare il "termine ombrello" di "talking therapies" (Barkham et al., 2017), ossia di strumento terapeutico che utilizza la parola, il discorso, per adempiere al suo compito di favorire il processo terapeutico. In aggiunta, l'EAC (European Association for counselling) definisce il counselling come una relazione professionale che ha l'obiettivo di aiutare i pazienti che si sottopongono ad esso (Barkham et al., 2017),continuando quindi, in coerenza con il N.I.C.E. a descrivere lo strumento attraverso termini generici senza scendere nella specificità.
Nonostante ciò, però, revisionando la letteratura scientifica è possibile individuare diverse descrizioni che discutono il processo del counselling. Ne è un esempio quella di King, Marston, e Bower (2014) che si rifanno ad un "approccio non direttivo e interpersonale, derivante dalla teoria di Carl Rogers" (Barkham et al., 2017).

D’altra parte, Cuijpers et al. (2012) prendono una posizione che si riferisce al counselling come “un approccio che utilizza i fattori comuni e gli attributi condivisi delle talking therapies, senza l’utilizzo di tecniche psicologiche specifiche che caratterizzano invece particolari tipi di terapia” (Barkham et al., 2017).
Restando entro i confini italiani invece gli enti e le associazioni di categoria più accreditate si esprimono come di seguito:
per l’Asso-counselling, il counselling professionale sarebbe un’“attività il cui obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del cliente, sostenendo i suoi punti di forza e le sue capacità di autodeterminazione, che offre uno spazio di ascolto e riflessione, nel quale esplorare difficoltà relative a processi evolutivi, fasi di transizione, stati di crisi e rinforzare capacità di scelta o cambiamento; che utilizza varie metodologie mutuate da diversi orientamenti teorici, rivolgendosi al singolo, alle famiglie, a gruppi e istituzioni. Il counselling può essere erogato in vari ambiti, quali privato, sociale, scolastico, sanitario, aziendale”. (Asso-counselling, 2009). In questo passaggio grande importanza viene acquisita dai concetti di Autodeterminazione, con conseguente autoefficacia, e cambiamento, che tende ad essere un vero e proprio percorso, guidato in collaborazione da counsellor e paziente attraverso stati transizionali difficili come quelli di crisi che portano ad una rinforzata capacità di scelta, per via di due concetti fondamentali che diventano il motore della resilienza e del cambiamento: ascolto e riflessione.
Secondo il FAIP invece il counselling è “una relazione di aiuto che muove dall’analisi dei problemi del cliente, si propone di costruire una nuova visione di tali problemi e di attuare un piano di azione per realizzare le finalità desiderate dal cliente (prendere decisioni, migliorare relazioni, sviluppare la consapevolezza, gestire emozioni e sentimenti, superare conflitti)” (Faip, 2006). Anche qui infatti emerge un movimento, che parte dall’analisi delle difficoltà soggettive del cliente per arrivare a un cambiamento propositivo, per costruire una nuova visione rappresentazionale di quei problemi e intraprendere la via per realizzare le finalità decise da counsellor e paziente.
L’attività del counselling è quindi riassumibile interamente ed esattamente, dal CNOP (consiglio nazionale ordine psicologi) come “consulenza psicologica breve, detta anche focale o sostegno psicologico” (CNOP, s.d.).

Attenendoci alle indicazioni del N.I.C.E. invece, vi sarebbero potenzialmente due tipi di counselling: uno più generico e meno specifico, che si avvale di competenze e skills più generali condivise alle altre forme di psicoterapia e uno più specifico, che utilizza diversi modelli dettagliati per il processo terapeutico.
Si è assistito, in un periodo risalente agli anni ’90, al diffondersi di corsi che si promettono di assicurare la possibilità di praticare un’attività professionale senza gli oneri richiesti da una formazione normata, e l’attività del counselling è ascrivibile in questa realtà, tant’è che a seguito dell’interrogazione parlamentare dell’onorevole Goisis del 12 Gennaio 2010 è scaturito un mandato di indagine affidato ai carabinieri.
Sul piano normativo l’esistenza del counselling è prevista come prerogativa esclusiva della professione dello psicologo, definita in Italia nel 1989 e riconosciuta dalla legge 56/89. Ulteriori indicazioni in merito vengono fornite dalla legge 170/3, che contiene un elenco di attività professionali tipiche dello psicologo che sono sovrapponibili alle definizioni di counselling, come la realizzazione di progetti formativi volti al rafforzamento e allo sviluppo delle potenziali individuali e sociali, interventi riguardanti l’orientamento professionale o la valutazione di risorse e problematiche di soggetti affetti da disabilità (CNOP, s.d.).
Un importante risultato inoltre è stato raggiunto il 10 Novembre 2021, giorno in cui l’UNI (Ente Normazione internazionale per la definizione di nuove professioni non regolamentate) ha negato il riconoscimento distinto di attività di counsellor e coaching, che continua a non rappresentare una professione a sé stante e che risulta completamente sovrapponibile a quella dello psicologo, e per questo motivo perseguibile penalmente per “abuso della professione di psicologo” (*Counsellor e coach, chiuso il processo di riconoscimento*, 2021).
Come ogni strumento terapeutico anche il counselling è ascrivibile all’interno di differenti cornici teoriche. Gli approcci teorici terapeutici e di counselling possono essere riassunti in:
psicodinamico, interpersonale, cognitivo-comportamentale e di sistemico-familiare.

Ci concentreremo in particolare sul counselling interpersonale e quello cognitivo comportamentale, che, nella terapia del disturbo depressivo maggiore, possiedono maggiori evidenze scientifiche nei termini di efficacia comparata con altri orientamenti di counselling e/o psicoterapia.
Una volta definito il counselling, attingendo dai principali organi deputati, come N.I.C.E, FAIP, CNOP e Asso-Counselling, e aver messo a fuoco le sue caratteristiche di terapia psicologica breve, inquadrandolo anche da un punto di vista normativo e legislativo, il prossimo passo è quello di concentrarsi sui disturbi depressivi. Su tutti è stato scelto il disturbo depressivo maggiore, patologia su cui verterà l'analisi della letteratura riguardante l'efficacia dello strumento del counselling.

1.2 La depressione, epidemiologia, criteri diagnostici e teorie della depressione

I Disturbi depressivi sono classificati e divisi secondo il DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) in: disturbo depressivo maggiore, disturbo da disregolazione dirompente, disturbo depressivo persistente (distimia), disturbo disforico premestruale, disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, disturbo depressivo dovuto da un'altra condizione medica, altri specificati disturbi depressivi e disturbo depressivo non specificato. I sintomi comuni a queste problematiche sono la presenza di tristezza e umore irritabile accompagnato da "cambiamenti somatici e cognitivi che hanno significante effetto sul funzionamento dell'individuo". Le caratteristiche invece che li differenziano possono essere tempistiche e durata o presunta eziologia, per la nostra analisi l'oggetto di studio principale sarà il disturbo depressivo maggiore e di conseguenza gli interventi di counselling nell'ambito della sua terapia (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).

L'ICD 10 (International Classification of diseases), invece prevede una differente divisione attraverso l'episodio depressivo lieve, moderato o severo, nei quali l'individuo mostra i sintomi di umore depresso, perdita di interesse, ridotta energia, debolezza, diminuzione dell'attività e fatica marcata (*International classification of diseases*, 1994).

Nello specifico, le principali caratteristiche cliniche e diagnostiche del Disturbo depressivo maggiore sono riconducibili ad un umore depresso per la maggior parte della quotidianità e in un modo cronico e costante, una marcata diminuzione dell'interesse e del piacere per qualunque attività (anedonia), oscillazione di peso che vanno dalla perdita significativa all'aumento significativo in parallelo all'appetito, insonnia o ipersonnia, agitazione psicomotoria o al contrario ritiro motorio con fatica eccessiva rispetto allo sforzo e perdita di energia, sentimenti di inadeguatezza e senso di colpa, diminuzione delle abilità di pensiero e concentrazione, indecisione e pensieri ricorrenti riguardo la morte con ricorrente ideazione suicidaria o eventuali tentativi suicidari (*International classification of diseases*, 1994).

Sono diversi gli studiosi e i teorici che hanno contribuito e si esprimono sull'inquadramento contestuale della depressione che offrono altrettanto eterogenee proposte di descrizione:

- la teoria biochimica, che evidenzia ed enfatizza la componente genetica che predispone al disturbo depressivo attraverso studi come quello sui gemelli e su individui adottati. Uno dei processi implicati nei sintomi depressivi sarebbe l'interazione neurotrasmettitoriale cerebrale che media gli impulsi nervosi e il controllo ormonale dal sistema endocrino al resto del corpo (Depue R.A., 1979) cambiamenti neurochimici e ormonali giocano un importantissimo ruolo sia sulla depressione che sul suo trattamento;
- le teorie psicoanalitiche, lo stesso Freud scrive riguardo lutto e "melancolia", da cui derivano perdita e dolore, accompagnati da evitamento e ritiro dal mondo esterno. In continuità freudiana, Blatt sostiene che l'ideazione depressiva provenga dalla paura dell'abbandono, dai sensi di colpa e dal fallimento per aver deluso le aspettative altrui. Due sfumature diverse di depressione, chiamate da Blatt "Anaclitica" ed "Introiettiva", sarebbero caratterizzate rispettivamente nel primo caso da sentimenti impotenza, tristezza e debolezza e nell'altro da un contesto familiare intrusivo, ostile ed ambivalente teso ad esprimere un senso di colpa invadente nell'individuo (Blatt S.J., 1974);
- le teorie cognitive, che volgono la loro attenzioni sulle dinamiche all'interno e all'esterno del nucleo familiare relazionale, lo sviluppo di risposte comportamentali e affettive legate al temperamento, quindi innate, e i sistemi di schemi e infrastrutture cognitive umane. Uno dei più celebri cognitivisti studiosi del disturbo depressivo è Beck, che descrive un modello di "pattern cognitivi negativi" (Beck A., 1967) alla base del funzionamento mentale degli individui depressi, che comprendono pensieri e idee negative riguardanti sé stessi, il mondo che li circonda e di conseguenza il futuro che li attenderà, manifestate in 4 aree:

aspetti emotivi come la tristezza e l'umore depresso, aspetti cognitivi riguardanti la bassa autostima, aspetti motivazionali nel campo dell'attitudine negativa e mancanza di motivazione, aspetti fisici che si ripercuotono in ipo- o ipersonnia e ipo- o iperfagia (Beck A., 1979).

Lo psicoterapeuta statunitense sostiene che vi siano due principali tipi di depressione, una che avrebbe alla radice problemi relazionali, che riguarda gli individui dal “carattere socialmente stereotipato” (Beck A., 1988); mentre l’altra troverebbe le sue cause in un tipo di personalità più indipendente, amante della propria libertà e dei propri spazi che però subisce una depressione dell’umore nel momento in cui vengono a mancare libertà e indipendenza, e si trovano a dover dipendere da altri per lo svolgimento di un compito o realizzazione di un obiettivo. Inoltre, secondo Burns la depressione sarebbe il “primo problema di salute al mondo” (2000) in quanto può condurre anche tendenze, idee e agiti suicidari, e le sue cause possono essere trovate in 3 fattori: quelli biologici come le predisposizioni genetiche e biochimiche, i fattori sociali dei contesti di crescita dell’individuo, i fattori di stress ambientali che consistono in eventi stressanti o luttuosi riguardanti l’ambiente che hanno un forte impatto nell’umore dell’individuo (Burns D. , 2000). Nella visione di Burns la depressione infatti più che appartenere ai disturbi emotivi veri e propri sarebbe meglio descritta come una trasformazione emotiva dovuta da distorsioni cognitive di pensiero, che tendono ad operare una radicalizzazione e overgeneralizzazione del pensiero, con focus e filtro esclusivamente su aspetti negativi della propria esperienza vissuta sottostimando e ignorando in modo assiduo quelli positivi manifestando nella maggior parte dei casi anche bias di interpretazione e giungendo conseguentemente a conclusioni frutto degli errori nei processi interpretativi (Ibraheem M. & Basma A., 2017)

Dai dati raccolti attraverso le indagini continue che l’istituto Superiore di Sanità (ISS) svolge, si nota che il 6% della popolazione italiana di età adulta e il 9% di età anziana riferiscono sintomi depressivi e percepiscono il proprio stato di salute psicologica come invalidato per una media di quasi 16 giorni nel mese precedente all’intervista. Altre sottostime inoltre vanno a indicare che i sintomi di anedonia e umore depresso riguardino per la maggior parte le donne (8%), persone con un basso livello di istruzione (11%) e dalle precarie condizioni economico-lavorative (9%). Un ulteriore elemento aggravante del quadro della salute mentale italiana è che solo il 62% degli intervistati che presentano sintomi

depressivi ricorre all'aiuto di qualcuno, che nella prevalenza dei casi è un medico o un operatore sanitario (EpiCentro, s.d.)

È inoltre provato, che la pandemia di Covid e il conseguente Lockdown abbiano avuto un effetto peggiorativo e slatentizzante sulla salute mentale della popolazione, e quindi anche sugli individui affetti da disturbo depressivo. A confermarlo è il World mental health report dell'OMS che mostra come I ricercatori abbiano stimato un incremento del 26-28% per i disturbi depressivi maggiori solo nel primo anno di pandemia da una stima di 193 milioni di persone prima della pandemia, a circa 298 milioni dopo la pandemia, con 243 milioni di individui colpiti esclusivamente da disturbo depressivo maggiore. I fattori pandemici che hanno contribuito all'eclatante peggioramento della salute mentale possono essere ricondotti alla paura derivante dal potenziale impatto della salute del virus, ma anche in misure meno direttamente correlate al virus quali stress derivante da licenziamenti o insicurezza finanziaria, da incertezza e informazioni false e dall'isolamento e le misure di distanziamento sociale (*World Mental Health Report*, s.d.).

Abbiamo analizzato il disturbo depressivo avvalendoci dei manuali diagnostici più affidabili e utilizzati, ossia DSM e ICD, inquadrando le sue peculiarità di depressione dell'umore, alterazione delle funzioni fisiologiche e ricadute sulle funzioni emotive e cognitive. Proseguendo poi nella disamina avvalendoci delle teorie della depressione e dell'esame delle statistiche riguardanti il disturbo a livello italiano per comprendere al meglio il quadro generale. Lo studio proseguirà quindi affrontando una dimensione più specifica, ossia quella della persona affetta da disturbo depressivo che si sottopone ad una terapia psicologica di counselling, gli stati d'animo e gli atteggiamenti che vengono evocati dall'incontro con il clinico.

1.3 Utilità del counselling per un paziente con sindrome depressiva

Secondo Halligan (1983), una delle particolarità più clinicamente difficili e problematiche del lavoro terapeutico con i pazienti caratterizzati da disturbi depressivi e del loro "incontro" con il clinico, il processo e il setting terapeutico è il loro atteggiamento evitante rinunciatario e fortemente inibito, riluttante alle proposte trasformative e al cambiamento, il che tende a figurare l'individuo come difficile da raggiungere. "La paralisi emotiva" (Halligan F.G., 1983) che si manifesta in questo tipo di pazienti nei termini di tendenze evitanti e inibite va a costituire una forte resistenza.

La letteratura indica dunque che il processo terapeutico va contestualizzato in quelli che sono i nuclei di forte dipendenza a cui predispone il disturbo depressivo. Infatti, sia la psicoterapia che il counselling si configurano prima di tutto come un legame interpersonale tra clinico e cliente, un'interdipendenza sana volta al miglioramento del funzionamento globale e mentale e soprattutto al raggiungimento futuro di un'indipendenza rinnovata e solida che può partire dalle fondamenta da co-costruire con il clinico (terapeuta o counsellor che sia). Il fatto che la struttura dipendente possa favorire lo stabilirsi di una buona relazione terapeutica va parallelamente al pericolo che possa contribuire a farla diventare una dipendenza eccessiva che sconfina in un morboso attaccamento dipendente al clinico e a quello che egli rappresenta, è proprio per questo motivo che Il counsellor deve tenere conto anche di questo aspetto, nella pianificazione e strutturazione dell'intervento.

Moos e Tsu (1976) si concentrano sul comportamento reattivo di coping che deve caratterizzare l'individuo e sui processi coinvolti. Le dinamiche individuate dagli studiosi sarebbero due, una riguardante le reazioni alle problematiche esterne, mentre l'altra lo sviluppo di risposte adattive partendo dai propri stati d'animo, emozioni, non più quello che si vede all'esterno bensì quello che si sente all'interno. Per via delle sue stesse caratteristiche però, questo secondo tipo di reazione di coping implica un certo grado di metacognizione e consapevolezza riguardo i propri vissuti interni, i quali rappresentano la fonte di informazione e la

possibilità di espressione e riconoscimento di quelle che sono le proprie emozioni, sia che esse abbiano una valenza positiva che negativa.
Proprio perché non sempre il paziente ha sviluppato sufficiente esplorazione e chiarezza sui suoi vissuti interni all'inizio il lavoro terapeutico con una persona affetta da disturbo depressivo deve procedere ad una velocità lenta e con circospezione, senza dare eccessivo supporto attivo (Dixon S.L., 1979) per ovviare al rischio di intrusività. Cosi nel primo periodo di conoscenza circa i nuclei interni del paziente, quest'ultimo e il clinico devono cominciare il proprio percorso di consapevolezza affrontando quei cardini soggettivi tipici del disturbo depressivo, quali colpa, masochismo, bisogno di essere punito, assenza di valore, disperazione e assenza di speranza (Halligan F.G., 1983).
Secondo Beck (1967) inserirsi in queste dinamiche seguite da veri e propri circoli viziosi e Bias cognitivi e rappresentazionali di conferma non è facile, specie perché un intervento troppo intrusivo e prematuro potrebbe essere percepito dall'individuo come non sincero, finendo per danneggiare l'alleanza terapeutica e il rapporto interpersonale creati fino ad allora.
Da una analisi della letteratura emerge inoltre che il counselling si presti molto bene al compito di contrastare gli effetti della "solitudine appresa" (Halligan F.G., 1983) tipica dei disturbi depressivi, ossia la tendenza alla reticenza e inibizione sociale, al ritiro e all'impotenza. Esso può, da un punto di vista cognitivo, andare a ristrutturare quei costrutti maladattivi supportando parallelamente il soggetto nell'acquisizione di maggiore adattamento, senso di agency e responsabilità. Allo stesso tempo, da un punto di vista più psicoanalitico e psicodinamico, avere il tempo per elaborare lutto e perdita interna che l'hanno colpito (Freud S., 1917) la quale richiede tempo per essere compresa, portata in superficie e affrontata.
L'incontro con il clinico si configura dunque come un momento estremamente delicato, i nuclei di inibizione, dipendenza ed evitamento tipici del paziente affetto da disturbo depressivo devono essere contenuti dal clinico, che deve tenerne conto ed affiancare il paziente nello sviluppo di meccanismi di coping, evitando di favorire per contro i circoli di distorsioni cognitive e di dipendenza morbosa insite nella patologia depressiva.

2. Evidenze a dimostrazione dell'efficacia del counselling per la depressione e fattori coinvolti

2.1 Comparazione tra l'efficacia del counselling e quella della terapia farmacologica nell'ambito della depressione: evidenze di letteratura

Analizzando quelle che sono le caratteristiche cliniche dei disturbi depressivi, e nello specifico del disturbo depressivo maggiore, si arriva a comprendere come essi abbiano un impatto sostanziale non solo sulla salute mentale dell'individuo, ma anche sul benessere fisico e sociale. La correlazione che in letteratura è stata riscontrata con altre patologie mediche è alta, la mortalità degli individui con disturbo depressivo che hanno ricevuto assistenza domiciliare è aumentata rispetto al primo anno da essa, vi è un forte e costante rischio suicidario oltre che l'alta comorbidità con anoressia e bulimia nervosa, e abuso di sostanze quali alcool e droghe (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013). Inoltre, la disabilità associata al disturbo depressivo è comparabile o addirittura superiore a quella apportata da gravi condizioni internistiche come l'infarto del miocardio o il diabete ed è caratterizzata da elevati costi economici in termini di giorni di lavoro e produttività persi. (Cappucciati et al., 2010).

Questi tratti del disturbo depressivo lo rendono frequentemente oggetto di osservazioni e attenzione che sconfinano dai campi della sola psicologia, e ciò viene ulteriormente riscontrato dal rapporto OSMED svolto dall'AIFA (Agenzia italiana del Farmaco) riguardante il consumo di farmaci in Italia nel 2021 che trae i suoi dati dai flussi informatizzati anonimi che provengono dalle tessere sanitarie elettroniche ai quali vengono aggiunti le informazioni che arrivano da una rete di 800 medici di medicina generale. Si nota che su una popolazione di 119 mila utenti che si rivolgono alla medicina generale si possono contare 6,7 nuovi casi di depressione ogni 1000 pazienti. Complessivamente invece il 13% di questi

pazienti presi in carico dal campione di 800 medici preso in causa manifesta una depressione diagnosticata (*L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2021*, s.d.).

Il fatto che gli individui con disturbo depressivo si interfaccino con il medico di base, che molte volte rappresenta la prima figura a cui giunge la segnalazione del loro disagio, implica che esso debba saper rispondere a tale richiesta, attraverso una funzione puramente indicativa di assistenza, di attivazione e segnalazione ad altri professionisti clinici o di prescrizione farmacologica. I Professionisti della medicina generale sembrano propendere per l'ultimo tipo di soluzione; infatti, secondo uno studio che ne indaga il contesto statunitense, L'80% dei medici generali davanti ad un paziente con sintomi depressivi prescrive dei farmaci antidepressivi.

Le linee guida APA sembrano però smentire questa linea di azione intrapresa dai medici generali, perché se nei casi di un disturbo depressivo grave il trattamento farmacologico risulta una condizione pressoché "sine qua non", la corretta gestione dei disturbi più lievi è oggetto di dibattito, con in campo tante evidenze che dimostrano l'utilità di interventi psicologici non farmacologici come il counselling («Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (Revision). American Psychiatric Association», 2000). In particolare, è ampiamente confermata l'efficacia del counselling interpersonale, ossia quella corrente di counselling che deriva dalla terapia di base teorica interpersonale, la quale pone il suo focus nei rapporti interpersonali dell'individuo andando ad agire su conflitti irrisolti, cambiamenti e scontri di ruolo e deficit nelle abilità interpersonali (Wolf & Hopko, 2008) valorizzando le risorse personali individuali.

L'indagine di Cappucciati e collaboratori, dell'università degli studi di Pavia verte proprio sulla comparazione tra il counselling interpersonale e la farmacoterapia nel trattamento del disturbo depressivo medio e lieve attraverso una sperimentazione randomizzata controllata. I pazienti maggiorenni reclutati nel contesto della medicina generale, dopo aver effettuato una prima visita condotta da un ricercatore si sono prestati alla Hamilton Depression Rating scale (HDRS) e la Work and social Adjustement scale (WSAS), rispettivamente da una parte

uno degli strumenti di riferimento per la valutazione quantitativa della sintomatologia depressiva attraverso un'eterovalutazione che permette l'esplorazione sintomatologica in modo indipendente dal contesto psicopatologico clinico in cui essa si trova; dall'altra invece uno strumento che indaga mediante l'autovalutazione l'adattamento sociale e lavorativo (Cappucciati et al., 2010). I partecipanti con punteggio dell' HDRS tra 8 e 13 sono stati mantenuti in osservazione per una futura rivalutazione, mentre quelli con punteggio che supera il cut off di 13 sono stati randomizzati e ed è stato attribuito loro uno dei due bracci di trattamento: il primo che segue il trattamento psicologico breve di counselling interpersonale, con un protocollo che prevede 6 sedute di 30 minuti ciascuna, e il secondo che consiste nell'uso del trattamento mediante l'assunzione del farmaco antidepressivo SSRI Citalopram, caratterizzato da buona tollerabilità, scarsi effetti collaterali e frequente impiego nel contesto della medicina generale (Cappucciati et al., 2010). Il disegno di ricerca include 4 valutazioni: alla baseline, dopo 2 mesi, dopo 6 mesi e ad un anno dall'arruolamento, con la nota che gli individui che dopo 2 mesi sono peggiorati sono stati soggetti ad un cambio di braccio: a quelli che hanno effettuato il protocollo di counselling interpersonale è stato prescritto l'antidepressivo con l'indicazione di ulteriori 3 colloqui a cadenza di 15 giorni, mentre ai pazienti che hanno assunto l'antidepressivo è stata aggiunta la terapia del counselling (Cappucciati et al., 2010).

Il punteggi iniziali delle scale sono risultati sovrapponibili per entrambi i gruppi di trattamento (nel caso della HDRS quello del counselling con scoring medio di 18.06, mentre quello dell'SSRI pari a 16.47, mentre nel caso della WSAS il gruppo del counselling ha totalizzato 23.39 e quello della farmacoterapia 19.38), e in ambedue i gruppi è stata riscontrata una riduzione altamente significativa dei punteggi sia nell'HDRS sia nel WSAS dalla condizione di partenza basale a quella di 12 mesi. In quanto nel caso della scala Hamilton i punteggi sono calati per i pazienti assegnati al counselling a 6.27 e per quelli al Citalopram a 6.50; mentre per la scala di funzionamento lavorativo e sociale i partecipanti si attestano rispettivamente su 11.67 e 8.15 (Cappucciati et al., 2010).

Il principale risultato del disegno di trattamento di questo studio è che il counselling interpersonale sembra essere un'alternativa valida, di pari efficacia alla terapia farmacologica nel trattamento del disturbo depressivo, sia per quanto riguarda una remissione e miglioramento dei sintomi depressivi che il miglioramento del funzionamento globale, sociale e lavorativo (Cappucciati et al., 2010).

In merito a questo paragrafo, un possibile dubbio che potrebbe sollevarsi è quello della natura della comparazione tra un intervento psicologico come il counselling, e uno farmacologico come gli antidepressivi in questo caso, in quanto hanno oggetti di cura differenti, e agiscono in modi differenti su piani differenti. Afferma in merito il professor Egidio Tommaso Errico, psichiatra e psicoanalista della S.I.P.P. (Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica), premettendo che questa antitesi riguardi più la terapia psicologica psicodinamica rispetto alle altre, che le terapie psicologiche non mirano come scopo ultimo all'eliminazione del sintomo ma a riconoscere il significato che esso veicola e permettere che ciò acquisisca un senso nella storia e nella persona del paziente, conferendo ad esso un ruolo più attivo. D'altra parte invece la soluzione dei disturbi secondo la farmacoterapia è offerta dal paziente al medico, ed esula da tutta la rete di significati che potrebbero essere sottesi (InPsiche, 2018). A tal proposito, assume una posizione dissonante, Paolo Migone, psichiatra e psicoanalista, codirettore della rivista "Psicoterapie e Scienze Umane" e copresidente del Rapaport-Klein Study Group del Massachusetts, che sostiene non sia ben chiaro con quale criterio il farmaco non sia posto sullo stesso piano logico di tutti gli altri interventi o fatti che avvengono nella relazione terapeutica. Secondo questa trattazione, infatti, il significato che assume la prescrizione farmacologica durante la terapia non è conosciuto a priori ma va scoperto e svelato durante la terapia stessa, a livello teorico infatti il prescrivere farmaci sarebbe un'operazione analoga al non prescriverli, entrambi sono interventi che agiscono sulla persona del paziente e che aprono ad un numero di variabili sconosciuto. A monte della questione secondo Paolo Migone vi sarebbe la considerazione del rapporto mente-corpo, e a meno che non si voglia prendere una posizione antiquatamente dualistica, gli interventi tesi a produrre modifiche in un paziente generano effetti che sono sia

psicologici che biologici. L'intervento farmacologico, che si attiene più alla sfera biologica, quindi, provoca alterazioni che inducono anche modifiche psicologiche nel vissuto soggettivo dell'individuo; allo stesso modo l'intervento psicologico potrebbe provocare anche delle variazioni biologiche, più o meno evidenziabili.
È per questo motivo che il Dottor Migone ritiene che le due metodologie terapeutiche non si collochino su un piano totalmente diverso e antitetico, perché pur producendo verosimilmente cambiamenti molto differenti tra loro non esiste un intervento farmacologico o psicologico " allo stato puro" ma sempre integrato o combinato con la dimensione che teoricamente è opposta, ma concretamente è associata (© *PSYCHOMEDIA - Paolo Migone, «L'associazione tra psicoterapia e farmaci: perché discuterne ancora?»*, s.d.).

2.2 Comparazione tra l'efficacia del counselling e di psicoterapie per il trattamento del disturbo depressivo

Secondo le linee guida dell'APA (American Psychological Association), il trattamento psicologico di elezione per la depressione è la psicoterapia cognitivo comportamentale, per via delle numerose evidenze scientifiche e studi randomizzati controllati che porta a suo favore, garantendo negli individui una diminuzione dei sintomi depressivi sia in età adulta che in età di sviluppo (Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders, 2019). Coerentemente con questo anche il NICE indica con tutta sicurezza la terapia cognitivo comportamentale come la più efficace, dotata di pari efficacia e costo economico dei farmaci, riferendosi d'altro canto al counselling come intervento di rilievo secondario (*Depression in Adults: Treatment and Management*, s.d.).

Al contrario però, diversi studi vanno a disconfermare quello che il NICE asserisce in merito all'efficacia e al rapporto costi-benefici del counselling, tra cui quello di Ward, King et al. che pone in comparazione la terapia cognitivo comportamentale alla pratica di cura del medico generale e soprattutto del counselling breve, attraverso un'indagine che riguarda 464 partecipanti, basata sui punteggi iniziali del Beck Depression Inventory, questionario autosomministrato a scelta multipla che indaga la presenza, l'intensità e la gravità dei sintomi depressivi. I risultati evidenziano come tutti e 3 i gruppi attribuiti ai diversi trattamenti nominati mostrino una remissione dei sintomi depressivi, e che l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale può essere comparata a quella del counselling breve (i punteggi di baseline nel BDI della terapia CBT da una media di 27.6, si abbassano dopo 4 mesi a 12.7 e dopo 12 mesi a 9.3, mentre la media degli stessi per il gruppo trattato con il counselling breve è 25.4 alla baseline, 11.5 dopo 4 mesi e 11.1 dopo 12 mesi) andando a concludere che per il trattamento delle forme depressive nel breve periodo il counselling breve e la terapia cognitivo comportamentale possiedono efficacia analoga, ed entrambe costituiscono invece una soluzione più vantaggiosa nel breve termine rispetto al trattamento usuale della medicina generale (Ward et al., 2000).

Altre evidenze a favore dell'efficacia del counselling e del fatto che esso sia paragonabile all'utilizzo delle psicoterapie di durata maggiore ci arriva dall'analisi

dei report stilati dall'IAPT (Improving access to psychological Therapies), il quale rappresenta un programma del servizio sanitario inglese volto allo sviluppo e al miglioramento dell'accesso a terapie psicologiche scientificamente provate ed evidence-based su raccomandazione del NICE. Il suo servizio si svolge nell'ambito di disturbi depressivi e d'ansia e si basa sui principi di standardizzazione delle sessioni, adeguata formazione e trainer clinici, comprovate evidenze scientifiche e appropriata scelta della modalità della terapia erogata (*NHS England » NHS Talking Therapies, for anxiety and depression*, s.d.).

Dal 2011 la mancanza di una specifica unica e standardizzata forma di counselling porta allo sviluppo del *Counselling for depression (CFD)* costituito da un approccio centrato sull'individuo con aspetti comuni alla terapia con focus su emozioni basata su modelli esperienziali (Pybis et al., 2017).

I report dell'IAPT mostrano come la terapia cognitivo comportamentale e il CFD rappresentino le due modalità di terapia più diffuse, con percentuali che si attestano rispettivamente sul 53% e il 23% di accessi, con un simile tasso di recupero per la depressione, risultante a 45.9% per la terapia CBT e 47.6% per il counselling CFD (Pybis et al., 2017). Risultano coerenti con ciò anche i dati raccolti nel *"second indipendent National Audit of psychological Therapy"* che indicano come la terapia cognitivo comportamentale costituisca una percentuale del 46% e il counselling del 25% (*Report of the second round of the National Audit of Psychological Therapies. Royal College of Psychiatrists. 2013*).

Per una più profonda analisi dell'argomento sfrutteremo l'accesso ai dati dei servizi IAPT coinvolti nel Second National Audit of Psychological Therapy, il quale ha lo scopo di valutare la qualità del trattamento psicologico del servizio sanitario inglese per i disturbi mentali e ricevuto dai richiedenti (Pybis et al., 2017).

I valori di baseline iniziale dell'indagine sono composti dai dati pubblicati nel 2011, i quali sono seguiti da un secondo momento di raccolta volto a determinare gli esiti del trattamento, avvenuto tra i 18 e i 24 mesi dopo. I 33243 partecipanti risultanti successivamente all'applicazione dei criteri di esclusione, sono divisi tra i 23595 riceventi terapia cognitivo comportamentale e i 9648 per quanto riguarda il counselling generico, contenente aspetti differenti integrati fra loro, come quelli

della teoria interpersonale, cognitivo comportamentale, e cognitivo analitica (Pybis et al., 2017).

Inoltre, per la valutazione il programma IAPT si avvale principalmente di due strumenti: il primo è il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), un breve questionario self-report che indaga le aree coincidenti ai criteri del DSM-IV e che presenta un cut off clinico di 10. Il secondo invece è il *Generalised Anxiety Disorder-7* (GAD-7), utilizzato per via della alta comorbidità tra disturbi depressivi e ansia, è un questionario self report che misura la gravità delle manifestazioni riconducibili ad un disturbo d'ansia generalizzata. Dato che il nostro approfondimento si focalizza sull'efficacia del counselling nell'ottica dei disturbi depressivi, ci focalizzeremo sui loro sintomi e sul PHQ-9.

L'analisi si concentra sui livelli di eventuale miglioramento o peggioramento degli individui presenti nel dataset, i primi dati significativi che affronteremo riguardano la situazione di severità dei sintomi prima dell'intervento terapeutico, il cambiamento seguente all'intervento, che sia counselling o psicoterapia CBT, e il numero di sessioni attese.

A differenza della terapia cognitivo comportamentale, al counselling hanno avuto accesso più individui caratterizzati da disturbo depressivo moderato, rispetto ai livelli di severità grave o lieve che invece si sono rivelati maggiormente distintivi della parte di popolazione assegnata alla CBT (Pybis et al., 2017).

Per quanto riguarda i valori del PHQ-9 pre-intervento, sia la media del counselling che quella della CBT assume un valore di 15.4. Entrambi i valori subiscono un drastico calo successivamente all'intervento psicologico, con una media del punteggio pari a 10.6 per entrambi i gruppi. La media totale delle sessioni frequentate misura 8.5: se da una parte per la terapia cognitivo comportamentale il valore medio è superiore alla media generale, ossia 8.9, dall'altra il counselling presenta un punteggio nettamente inferiore, 7.5. In linea con questo ultimo dato, si riscontra che laddove i pazienti abbiano partecipato ad un numero di sedute superiore alla media, al contrario dei risultati precedenti, la terapia CBT si è dimostrata leggermente più efficace del counselling, mentre tarando la considerazione esclusivamente ad un numero di sessioni compreso tra 2 e 7 il

verdetto si ribalta, e il counselling presenta migliori tassi di recupero e miglioramento (Pybis et al., 2017).

Le evidenze vanno fortemente a contrastare le indicazioni del NICE secondo cui il counselling breve costituirebbe un intervento secondario rispetto alla psicoterapia, specialmente cognitivo comportamentale, che gode di maggiori evidenze rispetto al rapporto costi-benefici. Si può infatti notare come counselling e CBT siano perfettamente comparabili nell'ottica di un intervento psicologico per la depressione, e gli outcome che ne derivino siano, secondo più modalità, sovrapponibili, oltre al fatto che le due modalità di intervento presentino un impatto routinario molto simile in quello che è il trattamento per la depressione (Pybis et al., 2017).

Nonostante l'efficacia delle due terapie psicologiche sia paragonabile esse differiscono rispetto alla media delle sessioni frequentate, e quindi alla temporalità, suggerendo un doveroso approfondimento riguardo tale tematica.

2.3 L'importanza dell'elemento del tempo, e l'efficacia del counselling per la depressione rapportata ad esso

Il concetto del tempo è un tema ricorrente per quanto riguarda il campo della depressione, nonostante spesso non rappresenti il primo focus per uno sguardo clinico esso rimane comunque fondamentale per una valutazione, sia nosografica che idiografica, il più completa possibile. Attingendo dalla teoria psicoanalitica, infatti, possiamo notare come la depressione riguardi il lutto, la perdita dell'amore, della libertà o della salute, dovuta ai più differenti eventi di vita. Il fattore tempo entra in gioco nel momento in cui l'individuo deve trovare la forza di elaborare un lutto, accettare la perdita di qualcosa che prima c'era e ora non c'è più, contemplare l'assenza ove prima esisteva la presenza, passando inevitabilmente per esperienze di dolore, sofferenza e perdita di interesse (Halligan, 1983). Rilevante, inoltre, che secondo alcuni studi, la dimensione del tempo individuale sarebbe intaccata e compresa nella sintomatologia depressiva. Una meta-analisi di Thönes e Oberfeld approfondisce proprio l'area degli studi riguardanti la percezione del tempo negli individui affetti da disturbo depressivo. La bibliografia indagata si dimostra a tratti contrastante, ma lo studio mostra come, gli individui colpiti da disturbo depressivo, seppur da una parte presentino risultati analoghi al gruppo di controllo in compiti di stima soggettiva temporale, dall'altra presentano una sensazione soggettiva di più lento passare del tempo, evidenziando come stima e sensazione soggettiva possano essere considerate scisse l'una dall'altra (Thönes & Oberfeld, 2015).

L'aspetto nucleare del tempo viene inevitabilmente ad essere degno di valore anche nel momento del trattamento e della decisione per l'intervento. Secondo le linee guida del NICE, è possibile identificare indicativamente una soglia temporale oltre la quale il clinico dovrebbe allertarsi qualora progressi o cambiamenti non fossero, almeno in minima parte, riscontrabili. Si tratta di 4 settimane per il trattamento farmacologico mediante antidepressivi, e dalle 4 alle 6 settimane per il trattamento psicologico o quest'ultimo combinato a quello farmacologico. Secondo il NICE, oltre tali intervalli nelle casistiche riportate, il clinico dovrebbe innanzitutto rassicurare il paziente, per poi provvedere nell'eventuale valutazione di cambiamenti nel piano terapeutico di trattamento,

considerando anche la possibilità di ipotesi diagnostiche alternative e dando rilevanza al peso che i fattori ambientali e sociali hanno su un eventuale punto di stallo (*Depression in Adults: Treatment and Management*, s.d.).

Da ciò ne consegue che neanche il nostro sguardo sull'efficacia del counselling nell'ambito del trattamento della depressione possa prescindere dal considerare quantomeno l'aspetto della durata della terapia, il suo peso e quanto essa si possa protrarre nella vita dell'individuo. Proprio la durata in termini temporali e di media delle sessioni terapeutiche frequentate è infatti uno dei principali tratti che distingue il counselling generico dalle altre psicoterapie.

A conferma di questo tratto caratteristico del counselling sono i risultati emersi dall'indagine di Corney e Simpson dell'università di Greenwich, nella quale i due studiosi approfondiscono quelli che sono gli outcome durante i mesi nel trattamento di pazienti cronicamente depressi con la terapia del counselling. Il trial, che ha luogo nel contesto della medicina generale, valuta i risultati e l'efficacia del counselling, di tipo psicodinamico e cognitivo comportamentale, per la depressione cronica, ad una baseline di partenza, 6, 12 e 36 mesi (Corney & Simpson, 2005). I principali outcome sono stati raccolti utilizzando il *BDI (Beck depression Inventory)* e il *SAS (Social Adjustement scale)* al fine di misurare la gravità della sintomatologia depressiva e l'adattamento sociale e relazionale, per il gruppo sperimentale a cui è stato somministrato il counselling e quello di controllo, che ha proseguito con il trattamento della medicina generale. Il gruppo sperimentale presentava nei punteggi del BDI una media leggermente più alta, quasi in modo significativo di 22, a differenza della più bassa media di 20 del gruppo di controllo. Una prima analisi dei punteggi del BDI mostra come sia il gruppo sperimentale appartenente al counselling che quello di controllo della pratica di medicina generale abbiano presentato un miglioramento della media dei valori che vanno dalla baseline ai 6 mesi (da 21.5 a 16 per il gruppo assegnato al counselling, e da 19.9 a 16 per il gruppo di controllo). Miglioramento che però non si è ripetuto per quanto riguarda l'intervallo dai 6 ai 12 mesi e si è verificato in maniera decisamente meno significativa al traguardo dei 36 mesi (solo dalla media di 15 dei 12 mesi a 13.5 dei 36 mesi per il gruppo sperimentale e dai 15.3 a 13.8 per il gruppo di controllo). Analogo è il trend del SAS, nel quale è

riscontrabile per entrambi i gruppi un miglioramento dalla baseline ai 6 mesi, ma non per i successivi due intervalli, ossia da 6 a 12 mesi e da 12 a 36 mesi. Premettendo che il Cut-off scelto per il BDI oltre il quale il punteggio viene classificabile come "caso clinico" è 14, ossia quella soglia al di sopra della quale l'individuo è considerato destinato attenzione clinica per intervento e trattamento (Corney & Simpson, 2005). Gli outcome del questionario per i sintomi depressivi di Beck mostrano un abbassamento significativo dei punteggi e quindi un miglioramento sintomatologico degno di attenzione tra l'inizio dello studio e i 6 mesi, calo che è significativamente maggiore nel gruppo sperimentale, dove la percentuale di individui considerati casi clinici al primo intervallo è di 54%, rispetto al gruppo di controllo che mostra un 62%. Ai 12 mesi il divario tra counselling e pratica di medicina generale aumenta, e le percentuali di casi clinici diventano rispettivamente 35% e 63%; nonostante ciò però, quella che era la discrepanza maturata dalla baseline prima a 6, e poi a 12 mesi tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo si appiana dopo 36 mesi e la percentuale di casi del gruppo sperimentale trattato con il counselling si stabilizza ad un valore di 39%, non significativamente diverso dal 45% dei casi della pratica di medicina generale (Corney & Simpson, 2005).

I risultati di questo studio approfondiscono e chiariscono ulteriormente quella che avevamo considerato essere una forte peculiarità del counselling, coerentemente con la sua temporalità circoscritta, infatti, la differenza clinica tra counselling e pratica di medicina generale misurata in percentuale di casi attraverso il BDI che era risultata fino a 12 mesi, al livello dei 3 anni sparisce.

Queste informazioni possono essere arricchite e completate dallo studio di Pybis et al. precedentemente nominato, nel quale si evince come, accertata la comparabilità di esito terapeutico e apporto sul disturbo depressivo dell'individuo, i pazienti a cui è stato somministrato lo strumento del counselling hanno partecipato a meno sessioni, in media 7.5, rispetto a quelli che hanno partecipato a sedute di psicoterapia cognitivo comportamentale, che ha presentato una media di 8.9 sessioni; con una percentuale del 74% di individui che hanno esperito l'esperienza terapeutica del counselling partecipante a 9 sessioni o

meno, contro il 62.3% dei pazienti trattati con la psicoterapia CBT (Pybis et al., 2017).

Questi dati vanno a supporto alla convinzione che il counselling, anche per sue caratteristiche intrinseche quali tempo e sedute limitate, sia dotato di più efficacia nel breve termine, in un lasso di tempo circoscritto e non troppo lungo, e che forse per alcune situazioni che richiedono un intervento più profondo sarebbe più adeguata una diversa psicoterapia più strutturata attraverso un percorso più lungo, o quantomeno l'interazione reciproca tra i due tipi di interventi. Allargare la valutazione e visione terapeutica alla dimensione del tempo è fondamentale per l'elaborazione del corretto piano di intervento su misura per ogni paziente, non trascurando quelle che sono le differenti caratteristiche idiografiche e le esigenze e disponibilità contestuali dell'ambiente.

3. La dimensione terapeutica del counselling oltre gli studi sperimentali, ulteriori fattori da considerare

3.1 Come viene configurato il paziente con sindrome depressiva nel counselling

Nell'ambito della ricerca psicologica sui diversi interventi, e quindi anche sul counselling, frequente è il quesito su quali siano i metodi di indagine e osservazione più efficaci per ottenere le migliori evidenze. La metodologia che gode sicuramente di più grande approvazione e migliori referenze è quella dei *Randomized Controlled Trial* – RCT. Tra le caratteristiche che rendono i Trials Randomizzati e controllati una delle più solide basi per gli studi nel campo psicologico vi sono gli elementi della randomizzazione e l'elevato grado di controllo, che prevengono da eventuali errori sistematici e bias (Barkham et al., 2017).

Per gli autori dello studio citato, sarebbe inverosimile ammettere l'esistenza di metodi infallibili, e come ogni sistema di ricerca anche i RCTs hanno le loro lacune: in alcuni casi infatti potrebbe essere attribuita loro una debolezza nella generalizzazione per via delle rigide e standardizzate condizioni in cui avviene la prova, inoltre altre carenze potrebbero essere identificate nella poca attenzione alle comorbidità che sono presenti nei partecipanti, nel riferimento ad una piccola specifica parte della popolazione che ha piacere e volontariamente si presta ad uno studio, e nella poca capacità di rappresentare le minoranze (Barkham et al., 2017). Risulta quindi opportuno diversificare le modalità utilizzate per raccogliere le informazioni, al fine che esse si completino in modo da conferire una visione che punti ad essere il più completa possibile. Secondo gli autori, proprio per questo la psicologia non può privarsi di ulteriori disegni di ricerca, nei quali è più

predominante la dimensione specifica e idiografica degli individui e del processo terapeutico in sé.

In questo ultimo capitolo, infatti, lo studio verrà integrato da conoscenze ricavate da analisi interpretative fenomenologiche, proprio per non trascurare le differenze e le sfumature del singolo individuo e dei processi che avvengono all'interno di quello che è lo strumento relazionale terapeutico del counselling, nel processo di cura del disturbo depressivo maggiore.

Al fine di entrare nella profondità dei meccanismi relazionali del counselling il nostro sguardo si sposta ora nel provare a comprendere la funzione e la prospettiva di coloro che ne fanno parte, e un primo passo è entrare nella visione di colui a cui il counselling si riferisce: il paziente.

Lo studio di Goldman, Brettle e Mcandrew pone il suo sguardo, infatti, sulla prospettiva del cliente per quanto riguarda l'efficacia del counselling per la depressione (CFD) e ha lo scopo di esplorarne le esperienze e gli elementi ritenuti utili e inutili.

Ai 12 partecipanti, reclutati dai counsellor dell'NHS (National Health Service), viene chiesto di *compilare l'Helpful Aspects of Therapy* HAT questionnaire, che consiste in un breve questionario self-report riguardante le esperienze positive e negative dopo ciascuna sessione di counselling, in aggiunta a delle interviste semistrutturate. I dati sono raccolti e interpretati attraverso l'analisi interpretativa fenomenologica, che consente interpretazioni idiografiche e concede spazio agli insight individuali (Goldman et al., 2016).

Dalla raccolta dati emergono 4 temi sovraordinati, ciascuno con le proprie caratteristiche subordinate: Il primo è la considerazione del counselling come un "processo utile", che apporta un beneficio all'individuo e che quindi è per esso funzionale ed efficace ad apportare un miglioramento soggettivo. Tra le caratteristiche più apprezzate dai pazienti vi è l'unicità della relazione di counselling, i clienti si sentono collocati in una dimensione di spazio-tempo differente da tutte le altre, all'interno della quale hanno piena libertà di parola e le loro emozioni sono validate e valorizzate dal clinico, che con atteggiamento non giudicante, attraverso la relazione supportiva, riesce a processare e aumentare la sensazione di consapevolezza da parte del paziente (Goldman et al., 2016).

Il secondo tema sovraordinato riguarda la visione del counsellor da parte del cliente, comprendente le sue “qualità” costituite dalle caratteristiche innate del clinico, come l’onestà, l’empatia e la genuinità; e le sue “abilità” ossia la capacità di utilizzare nel processo terapeutico quelle che sono le qualità innate, prodotto di esperienza, studio e pratica (Goldman et al., 2016).

Il terzo nucleo sovraordinato è rappresentato dalle “conquiste”, i risultati e progressi identificati dal paziente come frutto del rapporto di counselling. Come, per esempio, apprendere di più riguardo se stessi o una maggiore comprensione delle proprie qualità e limiti. Il fatto che il paziente riconosca cosi chiaramente che grazie al counselling si stanno manifestando in lui dei cambiamenti positivi e dei successi, indica che sta avvenendo una valorizzazione della propria persona, che si sposta da un eventuale stato di incongruenza tipica dell’inizio del percorso ad un aumento della coscienza del proprio sé e del proprio equilibrio, tra lati positivi e negativi (Goldman et al., 2016).

Il quarto tema invece è costituito dagli aspetti negativi e frustranti che il cliente ha riconosciuto nella sua esperienza di counselling per la depressione. Infatti, ricordando che nessuna tecnica si dimostra infallibile anche il counselling risulta avere delle criticità secondo il punto di vista del paziente. Alcuni temi potrebbero essere ricondotti alla terapia psicologica in generale, come quello della sensazione di fatica e stanchezza derivante dal processo terapeutico, e dalla cadenza settimanale di esso. Il fatto che il paziente si senta libero nell’espressione implica che il suo flusso interiore sia importante e vivo, e d’altra parte viene esperito come stressante, soprattutto nel lungo periodo in occasione di esperienze terapeutiche reiterate (Goldman et al., 2016).

Nonostante i fisiologici aspetti meno positivi però, le testimonianze raccolte da questo studio attraverso un’analisi di tipo idiografico dei partecipanti indicano come il counselling per la depressione sia apprezzato e considerato un’utile risorsa per la prospettiva del paziente, e getta le basi per eventuali studi futuri che possano approfondire ulteriormente il tema delle due individualità coinvolte nel processo terapeutico del counselling.

3.2 Il ruolo del counsellor, le sue caratteristiche e l'impatto del concetto di "capacità negativa"

Per comprendere meglio i meccanismi dello strumento del counselling la nostra analisi si sposta ora sull'altro polo che partecipa agli scambi relazionali terapeutici, ovvero il clinico, che nel caso della terapia del counselling, assume il nome di counsellor. Il counsellor non viene considerata una professione autonoma, in quanto i servizi che eroga sono di competenza di un'altra figura legislativamente riconosciuta, quella dello psicologo. E va di pari passo il fatto che l'attività del counselling sia considerata competenza esclusiva dello psicologo, e in qualsiasi altro caso in cui sia svolta da soggetti non iscritti all'albo degli psicologi ciò rappresenta abuso della professione (*https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/fenomeno_counseling_.pdf*, s.d.).

La professione del counselling e quindi la figura del counsellor pongono le loro radici nella teoria di Carl Rogers, che attraverso le concettualizzazioni della corrente umanistica dona tante di quelle che sono le caratteristiche che deve assumere clinico nel rapporto terapeutico di counselling.

Tra gli attributi considerati fondamentali per un counsellor vi sono innanzitutto l'atteggiamento empatico, che si traduce in un ascolto profondo allo stesso tempo ricettivo e attivo dei contenuti portati dal cliente, riflettendo a fondo sulla carica emotiva e cognitiva dei temi espressi dal paziente, preferendo sempre la creazione di un ambiente di contenimento attraverso la qualità empatica alla rigida strutturazione come guida del processo terapeutico.

La seconda qualità imprescindibile per un counsellor è la congruenza, meglio spiegabile in accordo interiore attraverso genuinità, sincerità e trasparenza, sia a livello intrapersonale che interpersonale. Il counsellor e di conseguenza il counselling, infatti, pur garantendo flessibilità e apertura totale devono assicurare alto grado di sincerità e coerenza; ciò non si traduce in modo immediato in spontaneità, in quanto parliamo di un'attività professionale relazionale, che necessita quindi di un alto grado di cognizione e attenzione sulla relazione stessa.

L'altro atteggiamento indispensabile da parte del clinico è l'accettazione incondizionata, che si concretizza in un sentimento costante di ricettività e astensione del giudizio. Il clinico nel porsi in un modo accettante e non valutante esprime tutta la sua disponibilità all'ascolto, facilitando così un clima di contenimento in cui il cliente può sentirsi libero di aprire al clinico anche le parti più delicate di sé, facilitando il processo terapeutico, agevolando e aumentando la fiducia, migliorando l'alleanza clinico-paziente, che risulta strettamente correlata con l'outcome terapeutico (*https://www.counsellingscuolaeuropea.org/rivista/21-22-2007.pdf*, s.d.).

È possibile notare, riferendosi all'indagine sulla prospettiva del cliente nel counselling per la depressione precedentemente considerata, come quelle che sono le basi per l'atteggiamento del counsellor coincidano con la visione del clinico e del processo di counselling da parte del cliente. Tra le informazioni raccolte infatti è presente il tema del cliente che arriva a considerare la figura del counsellor come un supporto che assicura contenimento e che va a creare un ambiente sicuro in grado di metterlo a proprio agio. A tal proposito, secondo la considerazione del cliente, le operazioni sottese al lavoro terapeutico del counsellor consistono nella facilitazione nell'accesso e nell'espressione delle emozioni, nella riflessione e nello sviluppo dei significati interni, aiutando nel donare senso a esperienze e stati d'animo che causano grande distress e confusione, consentendo la migliore attivazione dei meccanismi di coping. Si comprende dunque che il miglioramento terapeutico è in gran parte anche determinato dalle abilità e conoscenze del clinico, che attraverso empatia, congruenza, e accettazione incondizionata crea le giuste condizioni atte a valorizzare e sostenere il paziente nel suo cambiamento (Goldman et al., 2016).

La particolare natura relazionale del counselling come strumento terapeutico, e lo specifico campo di un disturbo come la depressione che può essere estremamente invalidante, portano ad allargare il nostro sguardo, oltre che alle caratteristiche del counsellor, alle reazioni e all'atteggiamento che esso assume in reazione alla carica emotiva, solitamente densa e pesante, che il cliente può esprimere in seduta. Una delle qualità fondamentali nel lavoro con i pazienti affetti da disturbi depressivi si configura nella "capacità negativa", termine coniato per

la prima volta dal poeta John Keats ma ripreso da Wilfred Bion ed utilizzato per la sua teoria, che consiste nella capacità di tollerare l'incertezza e il dubbio evitando sensazioni di eccessivo disagio e perdita di controllo (Del, 2020). È Catrin Del a pubblicare un approfondimento che pone al centro del focus proprio la capacità negativa nel processo del counselling: essa impatta sul processo terapeutico nel momento in cui il clinico si misura con le frustrazioni e le trasformazioni cliniche del cliente, e nel caso del disturbo depressivo maggiore con la lenta tristezza e il senso di perdita causati dall'anedonia e abulia dei pazienti (Del, 2020).

Proprio perché il processo del counselling si configura come un contesto di cambiamento e trasformazione a cui il clinico deve garantire contenimento, la qualità di saper restare in una posizione di sicurezza e agio nel moto trasformativo del paziente risulta fondamentale per i fini terapeutici. È solo accettando il caos terapeutico, e sapendo convivere con l'incertezza e l'insicurezza del non sapere che il counsellor può cercare di attribuire un senso retrospettivo ai vissuti del cliente e far si che vi sia un'internalizzazione della capacità di tolleranza alla frustrazione e al dolore da parte del paziente che si trova in seduta. Si tratta quindi di sostenere e farsi attraversare dalla frustrazione invece che evaderla, accogliere tratti del percorso terapeutico in cui è dominante l'assenza di senso. L'attivazione e utilizzo della capacità negativa del clinico è la via per poter restare veramente al fianco del paziente durante la cognizione e l'attribuzione di significato ad una forma passata del proprio sé verso l'accettazione e la costruzione di un nuovo stato armonico e sempre meno disordinato, passando inevitabilmente tra momenti in cui la dissonanza sarà presente anche nella relazione terapeutica (Del, 2020).

3.3 Il counselling che “esce” dal setting: visual arts ed esperienza di “avventura”

Uno tra i primi teorici a porre l’attenzione sulle esperienze che avvengono esternamente rispetto al setting terapeutico è rappresentato dalla figura di Franz Alexander. Lo psicoanalista statunitense contribuisce alla definizione e innovazione della tecnica psicoterapeutica psicoanalitica durante la prima metà del ventesimo secolo, e in particolare, nell’elaborare la nozione di “esperienza emotiva correttiva” egli invita i clinici a non precludere la propria attenzione dalle esperienze che il paziente può fare al di fuori dal tradizionale contesto terapeutico. Coerentemente con questa condizione Alexander afferma che considerare il processo terapeutico non esclusivamente circoscritto e confinato alla seduta potrebbe offrire la possibilità di allargare il setting, tenendo a mente che anche al di fuori dalle mura del setting il paziente potrebbe fare esperienze emotive correttive in grado di influenzarne progressi e cambiamenti (Rocco & Montorsi, 2011). Le osservazioni di Alexander si riferivano all’atteggiamento clinico e alla tecnica della psicoterapia psicodinamica, ma, nonostante ciò, la nostra analisi proseguirà tenendo a mente le intuizioni che lo statunitense ha tracciato, calandole nel contesto del counselling ed esaminando quello che accade quando si integra il trattamento di counselling con pratiche differenti dalla tradizionale terapia all’interno del setting, ossia visual arts ed esperienze avventurose nel nostro caso.

Laddove il disturbo depressivo sembra privare il mondo dei depressi dei colori e ridurlo ad un grigio cronico (Puterbaugh, 2006) l’articolo di Lee, Mustaffa e Tan ha l’obiettivo di esplorare l’utilizzo di pratiche di visual arts, come il disegno, il collage e la manipolazione del materiale, in integrazione al counselling nel trattamento dei disturbi depressivi, attraverso l’esame di 3 casi studio. L’indagine utilizza sia metodi quantitativi che qualitativi per la raccolta dei dati, consistente nell’osservazione delle 6 sessioni di counselling e degli elaborati artistici dei partecipanti, nell’utilizzo del questionario *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) che misura la risposta emotiva dei partecipanti dopo ciascuna sessione di counselling, oltre che interviste-diario semistrutturate (Lee et al., 2017).

La terapia utilizzata è quella del counselling centrato sull'individuo, che viene integrato con attività di produzione d'arte le quali hanno l'obbiettivo di facilitare l'espressione e la comprensione interna del paziente, offrendo un modo alternativo all'esternalizzazione delle emozioni parallelo al counselling (Lee et al., 2017).

I dati qualitativi raccolti dalle interviste sono stati organizzati secondo 6 temi, i primi dei quali costituiscono i due poli antipodi di senso di soddisfazione da una parte, e di non familiarità dall'altra. I partecipanti infatti hanno riscontrato risposte positive, grazie alla sensazione di agio e soddisfazione dopo aver eseguito delle attività artistiche nel processo terapeutico, considerate capaci di coinvolgere maggiormente l'individuo anche nelle sedute, oltre che aiutarlo ad esprimersi meglio avvalendosi anche dell'arte per esplorare sé stesso. Allo stesso tempo però non sono state escluse le risposte negative dovute principalmente all'estraneità circa le attività terapeutiche del counselling o quelle artistiche (Lee et al., 2017).

Il nucleo centrale dell'interazione arte-counselling risulta essere la maggiore esplorazione del mondo interno del cliente, aspetto che si articola nell'affrontare i problemi nella seduta da un punto di vista differente dato dalle composizioni artistiche e in una più profonda espressione ed esplorazione dei propri vissuti interni. Emerge dal feedback dei partecipanti, infatti, il fatto che le creazioni artistiche consentissero loro di esprimersi attraverso un modo alternativo, portandoli ad una sensazione di sollievo e facendo si che essi potessero affrontare i loro problemi in un modo più diretto, contribuendo allo sviluppo di maggior cognizione e apprendimento riguardo sé stessi. L'ultimo tema, ma non di secondaria importanza, tratto dai resoconti dell'interviste semistrutturate, riguarda lo sviluppo e il progresso che può offrire produrre arte nel processo di counselling, dato che non solo permette una maggior conoscenza ed espressione di sé da parte del cliente, ma anche una più immediata lettura e comprensione del paziente da parte del counsellor, che è in grado di condurre il percorso terapeutico e calibrare il dialogo anche in funzione dagli elementi che emergono dalle elaborazioni artistiche personali dei clienti (Lee et al., 2017).

Continuando a dirigere la nostra attenzione all'influenza delle esperienze esterne al setting terapeutico nel counselling per la depressione il focus si sposta ora sul peso delle esperienze d'avventura, approfondito dall'articolo di Kyriakopoulos della Teeside University di Middlesbrough. Lo studio si pone l'obiettivo di indagare i vissuti di 6 pazienti partecipanti in un primo momento all'*adventure therapy*, caratterizzata da camminata su una montagna e arrampicata, seguente le premesse teoriche che il cambiamento terapeutico possa essere favorito per mezzo di connessioni isomorfe anche da avvenimenti ed esperienze esterne alla terapia; e in un secondo momento ad un periodo di sedute di counselling, attraverso un'intervista semistrutturata atta ad esplorare la dimensione conscia e quella più profonda dei partecipanti (Kyriakopoulos, 2011).

Gli outcome e i resoconti ottenuti dall'analisi danno luogo a deduzioni raggruppabili in 4 domini, che riguardano in primo luogo il miglioramento ottenuto sia nelle relazioni interpersonali che in quelle intrapersonali. Infatti se da una parte i benefici hanno originato un progresso nella socialità tra i membri del gruppo, dando la possibilità di sperimentare un senso di comunità e di cooperazione offrendo un modo in più per sviluppare connessioni e conoscere l'altro; dall'altra il processo ha permesso la crescita della dimensione personale, attraverso il miglioramento della considerazione e del concetto che si ha di sé, che è in grado di superare compiti inimmaginabili fino a prima, e che quindi in armonia con l'effetto del lavoro del counselling si pone in contraddizione agli schemi negativi sviluppati. Lo spingersi sempre più oltre e il realizzare gli obiettivi prefissati nel contesto esterno portano all'aumento di motivazione, che viene traslata anche nel campo della vita quotidiana e dei cambiamenti che ne possono nascere (Kyriakopoulos, 2011). Questo aspetto riguarda anche il contesto della terapia e il raggiungimento di progressi e obiettivi terapeutici, tema rappresentato dal terzo dominio concettuale, l'essere immersi nella natura provoca una sensazione di benessere perché offre una sensazione di isolamento dalla vita quotidiana e da quelli che possono essere considerati come problemi o difficoltà, senza distrazioni il processo esterno è attivo e concreto, il cambiamento arriva solo se seguito a determinate azioni e impegno, e ciò abbinato al counselling

provvede ad un crescente senso di agentività e ad una maggior concentrazione sul proprio sé nel qui e ora (Kyriakopoulos, 2011).

Infine, il quarto dominio ottenuto riguarda il raggiungimento di un posto sicuro dove poter lavorare su sé stessi e proseguire verso il miglioramento delle proprie condizioni attraverso l'esplorazione di sé. Le sedute di counselling vengono considerate dai partecipanti come luogo dove si sentono a proprio agio e contenuti, dove le loro emozioni e pensieri possono avere libero sfogo, e danno l'importante possibilità di discussione riguardo a ciò che è stato affrontato fuori, all'esterno, con il supporto della relazione terapeutica con il counsellor, la quale può agire nei deficit socio-relazionali dell'individuo e garantire un terreno più fertile per l'incontro con gli altri, ma soprattutto con sé stessi (Kyriakopoulos, 2011).

Dalle testimonianze analizzate si deduce che sia opportuno non trascurare il peso delle esperienze esterne al setting terapeutico, e per quanto gli studi incontrati siano caratterizzati da limiti di ricerca, uno su tutti quello di avere pochi partecipanti a disposizione, essi ci offrono uno sguardo più approfondito sulla singolarità e i vissuti interni del paziente che si sottopone alla terapia del counselling per la depressione, anche in integrazione alle particolari pratiche delle visual arts e delle esperienze d'avventura esterne.

In questo capitolo abbiamo compreso innanzitutto come nella materia delle indagini psicologiche non ci si possa affidare esclusivamente a studi quantitativi sperimentali, i cosiddetti studi randomizzati controllati, trascurando una dimensione più qualitativa e idiografica. Per questo motivo sono stati utilizzati degli studi che seguono il modello delle analisi interpretative fenomenologiche, in grado di restituire un aspetto più idiografico, qualitativo e specifico, ricco di sfumature e informazioni soggettive. Attraverso questo metodo di indagine ci siamo concentrati sulla relazionalità del counselling, e sulle due individualità che ne sono coinvolte. L'analisi è iniziata dalla figura del paziente, esaminando la sua prospettiva, i suoi pensieri e le sue emozioni riguardo il percorso del counselling e il counsellor. L'approfondimento è proseguito poi nella considerazione del ruolo del counsellor, le sue caratteristiche e nello specifico l'impatto che ha il concetto di "capacità negativa" all'interno del contesto di cambiamento e incertezza del

counselling per la depressione. Infine la nostra riflessione si è conclusa indagando quello che accade quando si “allarga” il setting (Rocco & Montorsi, 2011), e quindi si attenziona l’influenza delle esperienze esterne, nel nostro caso di avventura e visual arts, nel processo di counselling per il disturbo depressivo, andando ad esplorare i vissuti e gli stati d’animo e gli esiti terapeutici dei pazienti protagonisti di questi percorsi.

Conclusioni

L’obiettivo dell’elaborato è stato quello di descrivere l’utilità del counselling nel trattamento del disturbo depressivo maggiore. A partire dall’analisi della letteratura esistente è stato possibile considerare l’efficacia del counselling nel trattamento della depressione in comparazione con la farmacoterapia, con la psicoterapia cognitivo comportamentale e contestualizzata rispetto alla dimensione del tempo e della durata del percorso terapeutico; proseguendo con un’analisi sui ruoli che fanno parte della relazione terapeutica nel counselling e con l’integrazione tra counselling e visual arts ed esperienze esterne avventurose nel trattamento terapeutico.

Esaminando i risultati dello studio di Cappucciati et al., emerge innanzitutto che nei 35 pazienti reclutati i punteggi delle scale HAM-D per la sintomatologia depressiva e WSAS per il funzionamento sociale e lavorativo risultano paragonabili sia per chi ha ricevuto il trattamento farmacologico con l’antidepressivo SSRI Citalopram sia per chi ha frequentato le sedute di counselling: in entrambi i gruppi si è potuto riscontrare una significativa diminuzione dei valori delle scale, e l’efficacia dei due trattamenti non è caratterizzata da nessuna differenza significativa (Cappucciati et al., 2010). Inoltre, dalla comparazione tra counselling e psicoterapia cognitivo comportamentale attraverso i dati coinvolti nei report dello IAPT, emerge che i valori al test PHQ-9 a seguito dell’intervento diminuiscono sia per il gruppo sottoposto a counselling, sia per quello a cui è stata somministrata la terapia cognitivo comportamentale. Ciò mostra come counselling e CBT siano perfettamente comparabili in ottica di un intervento psicologico per la depressione, e non solo, ma anzi, il counselling per via delle intrinseche caratteristiche di temporalità breve e circoscritta si è dimostrato più efficace nel breve termine, con la

media delle sue sedute che si attesta su un valore di 7.5, più basso dell'8.9 della terapia CBT (Pybis et al., 2017). A supporto di questa ipotesi, altre evidenze hanno rimarcato la maggiore efficacia nel breve termine del counselling, basandosi sui valori dei punteggi del BDI e del WSAS, osservando come i pazienti sottoposti al counselling siano caratterizzati da un miglioramento della media dei valori dei due questionari in un modo paragonabile ai pazienti trattati con pratiche di medicina generale, ossia significativo dopo 6 mesi, nullo dopo 12 mesi, e non significativo dopo 36, con una riduzione dei casi ritenuti degni di attenzione clinica maggiore nel counselling, rispetto al trattamento della medicina generale ai 6 mesi. Divario che cresce ancora di più ai 12 mesi, dove i casi clinici del gruppo di trattamento generale sono il doppio di quelli del counselling, e che però sparisce ai 36 mesi, dando luogo a valori non significativamente differenti, andando ulteriormente a confermare come il counselling sortisca maggior effetto nel breve termine, in questo caso 6 e 12 mesi, rispetto ad un periodo più lungo (Corney & Simpson, 2005).

Infine, l'ultimo aspetto da considerare, è che gli outcome delle analisi interpretative fenomenologiche prese in considerazione mostrano come l'integrazione delle visual arts e delle esperienze avventurose esterne alla terapia possa contribuire al miglioramento dell'efficacia nel counselling per la depressione, e sia estremamente apprezzato dai pazienti, da cui il metodo delle visual arts è considerato come un mezzo alternativo per guardare dentro di sé, esprimersi e per comunicare meglio le proprie emozioni al counsellor (Lee et al., 2017); mentre quello delle esperienze avventurose viene identificato come possibilità di ricavare per sé un luogo sicuro isolato dalla movimentata routine quotidiana, che attraverso le prove fisiche può dare segnali di autostima e autoefficacia, contribuendo ai progressi svolti nelle sedute del counselling (Kyriakopoulos, 2011).

A fronte di quanto preso in considerazione, è possibile mettere in luce alcuni limiti che accomunano gli studi citati: l'esigua numerosità dei partecipanti agli studi e la metodologia di analisi che differisce da quella dedicata a uno studio sperimentale. Ancora, l'uso di indicatori di efficacia: si osserva come raramente gli studi abbiano focalizzato l'attenzione all'analisi diretta dell'efficacia dello strumento counselling,

preferendo scegliere indicatori collaterali e non diretti all'osservazione del cambiamento della sindrome depressiva.

Inoltre, la letteratura considera che l'integrazione del counselling con mezzi di attività alternativi come le visual arts e azioni fuori dal setting di trattamento, possa contribuire ad un miglioramento nel percorso terapeutico di counselling, consentendo maggiore espressione degli stati d'animo da parte del paziente e conseguente comprensione di essi da parte del counsellor, andando a rafforzare quindi la formazione della relazione e di un'alleanza terapeutica tra i due.

In conclusione, dall'esame degli studi presi in considerazione si può dedurre che lo strumento del counselling viene considerato efficace per il trattamento del disturbo preso in esame, al pari di metodologie di trattamento che godono di più considerazione scientifica quali l'utilizzo di farmaci antidepressivi e la terapia cognitivo comportamentale.

Bibliografia

Barkham, M., Moller, N. P., & Pybis, J. (2017). How should we evaluate research on counselling and the treatment of depression? A case study on how the National Institute for Health and Care Excellence's draft 2018 guideline for depression considered what counts as best evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*, *17*(4), 253–268. https://doi.org/10.1002/capr.12141

Cappucciati, M., Vecchia, L., Magnani, R., Rocchetti, M., Barcella, M., Martinelli, V., & Politi, P. (2010). Studio di comparazione tra terapia farmacologica e counselling interpersonale nel trattamento della depressione in medicina generale. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, *123*(2), Articolo 2. https://doi.org/10.6092/2039-1404.123.677

Corney, R., & Simpson, S. (2005). Thirty-six month outcome data from a trial of counselling with chronically depressed patients in a general practice setting. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *78*(1), 127–138. https://doi.org/10.1348/147608304X21365

Counsellor e coach, chiuso il processo di riconoscimento. (2021, novembre 12). https://www.ordinepsicologier.it/it/notizie/382

Del, C. (2020). Uncertainties, mysteries, doubts: A consideration of negative capability in psychodynamic counselling with young people. *Psychodynamic Practice*, *26*(4), 318–335. https://doi.org/10.1080/14753634.2020.1830430

Depression in adults: Treatment and management. (s.d.).

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). (2013). American psychiatric association.

EpiCentro. (s.d.). *Depressione—Passi*. Recuperato 22 luglio 2024, da https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione

Goldman, S., Brettle, A., & McAndrew, S. (2016). A client focused perspective of the effectiveness of Counselling for Depression (CfD). *Counselling and Psychotherapy Research*, *16*(4), 288–297. https://doi.org/10.1002/capr.12088

Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. (2019). *APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts: (505892019-001)* [Dataset]. https://doi.org/10.1037/e505892019-001

Halligan, F. G. (1983). Reactive Depression and Chronic Illness: Counseling Patients and Their Families. *The Personnel and Guidance Journal*, *61*(7), 401–406. https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1983.tb00054.x

Https://www.counsellingscuolaeuropea.org/rivista/21-22-2007.pdf. (s.d.). Recuperato 19 giugno 2024, da https://www.counsellingscuolaeuropea.org/rivista/21-22-2007.pdf

Https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/fenomeno_counseling_.pdf. (s.d.). Recuperato 19 giugno 2024, da https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/fenomeno_counseling_.pdf

Ibraheem, M., & Basma, A. (2017). A study on the reduction of the depression level and improvement of the psychological adjustment level of university students through a counseling programme, using Beck's theories of depression. *Educational Research and Reviews*, *12*(23), 1138–1145. https://doi.org/10.5897/ERR2017.3354

InPsiche. (2018, settembre 25). Farmaci e psicoterapia chiarimenti e suggestioniInPsiche. *InPsiche*. https://www.inpsiche.it/farmaci-e-psicoterapia-chiarimenti-e-suggestioni/

Kyriakopoulos, A. (2011). How individuals with self-reported anxiety and depression experienced a combination of individual counselling with an adventurous outdoor experience: A qualitative evaluation. *Counselling and Psychotherapy Research*, *11*(2), 120–128. https://doi.org/10.1080/14733145.2010.485696

Lee, K. L., Mustaffa, M. S., & Tan, S. Y. (2017). Visual arts in counselling adults with depressive disorders. *British Journal of Guidance & Counselling*, *45*(1), 56–71. https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1130797

L'uso dei farmaci in Italia—Rapporto OsMed 2021. (s.d.). Recuperato 30 luglio 2024, da https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2021

NHS England » NHS Talking Therapies, for anxiety and depression. (s.d.). Recuperato 6 giugno 2024, da https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/

Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. (2000). *The American Journal of Psychiatry*, *157*(4 Suppl), 1–45.

PSYCHOMEDIA - Paolo Migone, «L'associazione tra psicoterapia e farmaci: Perché discuterne ancora?» (s.d.). Recuperato 1 agosto 2024, da https://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86-01.htm

Puterbaugh, D. T. (2006). Communication Counseling as Part of a Treatment Plan for Depression. *Journal of Counseling & Development*, *84*(3), 373–381. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00417.x

Pybis, J., Saxon, D., Hill, A., & Barkham, M. (2017). The comparative effectiveness and efficiency of cognitive behaviour therapy and generic counselling in the treatment of depression: Evidence from the 2nd UK National Audit of psychological therapies. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 215. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1370-7

Report of the second round of the National Audit of Psychological Therapies. Royal College of Psychiatrists. 2013. Http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/NAPT%20second%20round%20National%20report%20%20website%2028-11-13v2.pdf. Accessed 9 Apr 2017. - Cerca con Google. (s.d.). Recuperato 6 giugno 2024, da https://www.google.com/search?q=Report+of+the+second+round+of+the+National+Audit+of+Psychological+Therapies.+Royal+College+of+Psychiatrists.+2013.+http%3A%2F%2Fwww.rcpsych.ac.uk%2Fpdf%2F+NAPT%2520second%2520round%2520National%2520report%2520%2520website%252028-11-+13v2.pdf.+Accessed+9+Apr+2017.&client=firefox-b-d&sca_esv=d6f3a8cef97b345f&sca_upv=1&ei=LPphZqT2Aqnd7_UPkLSPuA0&v

ed=0ahUKEwikvMqcyMeGAxWp7rsIHRDaA9cQ4dUDCBA&uact=5&oq=Report+of+the+second+round+of+the+National+Audit+of+Psychological+Therapies.+Royal+College+of+Psychiatrists.+2013.+http%3A%2F%2Fwww.rcpsych.ac.uk%2Fpdf%2F+NAPT%2520second%2520round%2520National%2520report%2520%2520website%252028-11-+13v2.pdf.+Accessed+9+Apr+2017.&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAi7wFSZXBvcnQgb2YgdGhlIHNlY29uZCByb3VuZCBvZiB0aGUgTmF0aW9uYWwgQXVkaXQgb2YgUHN5Y2hvbG9naWNhbCBUaGVyYXBpZXMuIFJveWFsIENvbGxlZ2Ugb2YgUHN5Y2hpYXRyaXN0cy4gMjAxMy4gaHR0cDovL3d3dy5yY3BzeWNoLmFjLnVrL3BkZi8gTkFQVCUyMHNlY29uZCUyMHJvdW5kJTIwTmF0aW9uYWwlMjByZXBvcnQlMjAlMjB3ZWJzaXRlJTIwMjgtMTEtIDEzdjIucGRmLiBBY2Nlc3NlZCA5IEFwciAyMDE3LjIWEC4YAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEC4YAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEC4YAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEAAYAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEAAYAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEAAYAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEAAYAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEAAYAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIWEAAYAxi0AhjlAhjqAhiMAxiPAdgBATIZEC4YAxi0AhjlAhjHAxjqAhiMAxiPAdgBAUi7RlDrRFjrRHACeACQAQCYAQCgAQCqAQC4AQPIAQD4AQH4AQKYAgKgAhGoAgqYAwq6BgQIARgKkgcBMqAHAA&sclient=gws-wiz-serp

Rocco, D., & Montorsi, A. (2011). *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico: Un percorso storico*. Upsel Domeneghini Ed.

Thönes, S., & Oberfeld, D. (2015). Time perception in depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 359–372. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.057

Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N., & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ*, *321*(7273), 1383–1388. https://doi.org/10.1136/bmj.321.7273.1383

Wolf, N. J., & Hopko, D. R. (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *28*(1), 131–161. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.004

World mental health report: Transforming mental health for all. (s.d.). Recuperato 30 maggio 2024, da https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338