



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**FACOLTÀ DI MEDICINA E PSICOLOGIA**

**Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche  
della Valutazione e della Consulenza Clinica**

Prova Finale

**DEPRESSIONE E DANZA SPORTIVA**  
*Aspetti terapeutici della danza sportiva  
nel trattamento della depressione*

**Relatore:**

**Prof. Gabriele Sani**

**Candidata:**

**Federica Fabrizio**

**Anno Accademico 2014-2015**

*Alla Danza Sportiva ... per aver indirizzato la mia vita,  
alla Depressione ... per avermela cambiata,  
a Me ... che da buona atleta sono riuscita a vincerla!*

# INDICE

|  |         |
|--|---------|
| INTRODUZIONE .....   | Pag. 1  |
| <br>   |         |
| 1. LA DEPRESSIONE .....  | Pag. 2  |
| 1.1 Aspetti generali della depressione .....                                 | Pag. 2  |
| 1.2 I sintomi.....   | Pag. 3  |
| 1.2.1 Criteri diagnostici del DSM-5 .....                                    | Pag. 4  |
| 1.3 Le cause .....   | Pag. 6  |
| 1.4 Modelli Psicoanalitici della depressione .....                           | Pag. 8  |
| 1.4.1 Sigmund Freud e Karl Abraham.....                                      | Pag. 8  |
| 1.4.2 Il concetto di Posizione Depressiva.....                               | Pag. 10 |
| 1.4.3 Donald W. Winnicott.....   | Pag. 11 |
| 1.4.4 John Bowlby .....  | Pag. 11 |
| 1.5 Aspetti terapeutici.....   | Pag. 12 |
| <br>   |         |
| 2. LA DANZA SPORTIVA.....  | Pag. 17 |
| 2.1 Le origini della danza .....   | Pag. 17 |
| 2.1.1 La storia della danza .....  | Pag. 18 |
| 2.2 La danza come sport .....  | Pag. 20 |
| 2.3 Le discipline della Danza Sportiva.....                                  | Pag. 22 |
| <br>   |         |
| 3. I BENEFICI DELLA DANZA SPORTIVA SUL TRATTAMENTO DELLA<br>DEPRESSIONE..... | Pag. 25 |
| 3.1 Aspetto Artistico.....   | Pag. 25 |
| 3.2 Aspetto Fisiologico.....   | Pag. 28 |
| 3.2.1 BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor).....                          | Pag. 30 |
| 3.2.2 Studi di ricerca .....   | Pag. 31 |
| 3.3 Aspetto Psicologico .....  | Pag. 32 |
| 3.4 Aspetto Sociale.....   | Pag. 33 |
| <br>   |         |
| CONCLUSIONI.....   | Pag. 35 |
| <br>   |         |
| BIBLIOGRAFIA .....   | Pag. 36 |
| <br>   |         |
| SITOGRAFIA .....   | Pag. 38 |

## INTRODUZIONE

La depressione è stata definita “il male del secolo” in quanto, da un punto di vista epidemiologico, in termini di sofferenza individuale e di costi sociali, rappresenta un grave problema per il singolo e per la società, con tassi di incidenza e prevalenza in costante aumento. La World Health Organization (WHO) prevede, infatti, che per l’anno 2020 il Disturbo Depressivo Maggiore occuperà il secondo posto come causa di disabilità (Murray, Lopez, 1998), preceduto solamente dalle malattie cardiovascolari, e sarà classificato come principale causa di morbidità nei Paesi Occidentali (WHO Report, 2001). La Depressione è spesso sottovalutata poiché non tutti sono preparati su quest’argomento quindi familiari, amici e, soprattutto, il paziente stesso, non classificandola come una patologia vera e propria, tendono a sminuire la situazione che il soggetto depresso attraversa con frasi del tipo: “Cerca di tirarti su” oppure “Non capisco perché ti butti così giù” o ancora “Non ti manca niente, cerca di reagire”. Il depresso si sente così ancora più in colpa e tutto ciò peggiora lo stato della malattia. Nel momento in cui però la depressione è inquadrata nella sua corretta prospettiva, ossia come patologia, si aprono le porte per la guarigione. Molte sono le strade terapeutiche per la depressione che variano e si supportano tra loro in base alla severità della patologia. Le terapie farmacologiche e psicoterapeutiche costituiscono il trattamento d’elezione del disturbo depressivo, a queste, però, molto spesso si possono affiancare attività di sostegno che hanno molti aspetti positivi nel coadiuvare una più rapida, completa ed efficace risoluzione della sintomatologia. Già da diversi anni molti studi hanno rilevato l’importanza dell’attività sportiva nel processo di guarigione dalla depressione; questo lavoro si focalizzerà in particolare nell’evidenziare come un’attività quale la Danza Sportiva possa essere di sostegno al trattamento terapeutico del disturbo in quanto, oltre a possedere caratteristiche di tipo sportivo, riesce anche a integrare altri aspetti benefici che apporta sia al fisico che alla mente.

# 1. LA DEPRESSIONE

“*Soffrire e piangere significa vivere*”. (Fëdor Dostoevskij, 1866). Questa una delle frasi impresse da Dostoevskij nella sua famosissima opera “Delitto e Castigo”. Soffrire e piangere significa vivere ... Soffrire e piangere di depressione significa morire, morire dentro ... inizialmente neanche ci si accorge di cosa sta succedendo dentro e fuori di noi, ma poi, quando si recupera la via d’uscita, si ritrova la strada per la felicità ...

## 1.1 ASPETTI GENERALI DELLA DEPRESSIONE

La depressione, meglio definita come Depressione Maggiore o Disturbo Depressivo Maggiore, è una patologia che può presentarsi come un singolo episodio o come episodi ricorrenti; insieme alla Distimia, fa parte dei Disturbi Depressivi i quali a loro volta, insieme ai Disturbi Bipolari, sono inseriti in una più ampia categoria diagnostica, quella dei Disturbi dell’Umore (Tatarelli, 2006).

L’esordio dell’episodio depressivo è subdolo, tanto che il soggetto stesso inizialmente fatica a rendersi conto che c’è qualcosa che non va. Dopo diverse settimane i sintomi cominciano a essere presenti in modo costante per la maggior parte del tempo, fino ad arrivare a compromettere il normale funzionamento della vita lavorativa e relazionale.

L’episodio depressivo maggiore può presentarsi con diverse intensità, da forme lievi a episodi più gravi, fino ad arrivare a depressioni con connotazioni psicotiche, talora accompagnate da fenomeni allucinatori. Anche la durata è molto variabile, da poche settimane a molti mesi, ed è in genere proporzionale all’intensità della sintomatologia. (Tatarelli, 2006).

L’episodio solitamente tende ad avere un’evoluzione naturale e a risolversi in modo spontaneo. Il periodo che segue è detto di *eutimia* o *normotimia*. Tuttavia il rischio di ricaduta è molto alto: nei due anni successivi, infatti, il rischio che si ripresenti un nuovo episodio è pari al 50%, nel corso dell’intero arco di vita

invece la probabilità sale al 90%. Ciò vuol dire che solo il 10% ha la probabilità di non essere colpito da un nuovo episodio depressivo. (Lingiardi, 2004)

Purtroppo i disturbi depressivi sono molto più diffusi di ciò che si possa immaginare, infatti ne soffre tra il 10% e il 15% della popolazione. L'età media di insorgenza stimata è intorno ai venticinque anni, tuttavia il disturbo può esordire ad ogni età. In particolare:

*“Il sesso femminile manifesterebbe un maggior rischio di sviluppare un quadro depressivo, con un rapporto di 2:1 rispetto al sesso maschile ... Il rischio di manifestare nel corso della vita un disturbo depressivo maggiore varia dal 10% al 25% per il sesso femminile e dal 5% al 12% per il sesso maschile ... La possibilità di sviluppare un episodio depressivo non sembra essere in relazione con la razza, lo status sociale ed economico ... La depressione sembrerebbe evidenziare una maggior frequenza nelle classi sociali più basse e una prevalenza superiore nelle aree urbane rispetto a quelle rurali.”. (Tatarelli, 2006, pagina 123)*

## **1.2 I SINTOMI**

Il Disturbo Depressivo Maggiore, come menzionato in precedenza, si inquadra tra i Disturbi Dell'Umore. Tuttavia le manifestazioni sintomatologiche della patologia non si limitano ad interessare esclusivamente l'area emotiva-affettiva, ma coinvolgono anche altri aspetti, quali la sfera cognitiva, l'attività psicomotoria e la regolazione neurovegetativa.

Sebbene la sintomatologia lamentata sia molto variabile da paziente a paziente, in linea generale il soggetto affetto da depressione lamenta inizialmente apatia ed abbattimento, accompagnati da persistente tristezza, o, al contrario, da una sensazione di assenza di sentimenti (Tatarelli, 2006). A questi sintomi si vanno ad aggregare altri segni inerenti diverse aree.

Nell'area *emotiva - affettiva* possono emergere sintomi come l'anedonia, ossia l'incapacità di provare piacere e gioia, anche in relazione a situazioni che prima

dell'insorgere della depressione procuravano benessere e felicità; una visione pessimistica della realtà e fortemente negativa di se stessi; un'amplificazione negativa dei ricordi del passato; sensi di colpa e sentimenti d'indegnità; perdita di speranza verso il futuro, perdita d'interessi, auto-svalutazione, sentimenti di disperazione e inutilità. Tutto ciò già di per sé può portare a pensieri di morte che possono variare dal pensare frequentemente alla morte fino ad arrivare alla progettazione vera e propria del suicidio ed alla messa in atto del tentativo stesso.

I sintomi che derivano da un'alterazione dell'area *cognitiva* invece sono: difficoltà di concentrazione e facile distraibilità, difficoltà nel pensare e progettare il futuro, alterazione mnestiche e concentrazione su pensieri ruminativi.

Anche l'area *neurovegetativa* subisce dei cambiamenti. Si può notare un aumento o una diminuzione significativa dell'appetito con conseguenze sul mantenimento del peso corporeo. Molto importanti sono i disturbi del sonno, generalmente i pazienti affetti da depressione presentano insonnia, specialmente centrale e terminale, ma può avvenire anche il contrario, ossia possono dormire di più del solito, nel qual caso si parla di ipersonnia. Un altro sintomo importante presente in quest'area è un forte calo del desiderio sessuale o calo della libido, che può associarsi negli uomini ad impotenza e nelle donne ad anorgasmia, ossia difficoltà o impossibilità a raggiungere l'orgasmo. Sintomo importante è anche l'astenia: i pazienti lamentano continua stanchezza, spossatezza e debolezza.

Infine troviamo possibili alterazioni nell'area *psico-motoria*, dove compaiono sintomi come un rallentamento motorio dovuto a stanchezza e svogliatezza oppure forte agitazione motoria legata a stati ansiosi e inquietudine. Similmente, i pazienti affetti da depressione possono presentare disturbi formali del pensiero caratterizzati da rallentamento o, al contrario, accelerazione ideica.

### **1.2.1. CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-5**

Per diagnosticare al paziente una depressione maggiore non basta però un insieme di sintomi che spesso possono indicare la presenza di altre

patologie, ma piuttosto sono utilizzati dei parametri, definiti criteri diagnostici, che si trovano nel DSM ossia il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali redatto dall'American Psychiatric Association e giunto ormai alla sua quinta edizione (American Psychiatric Association, 2014). Il DSM è uno dei sistemi di classificazione dei disturbi mentali più utilizzato da medici, psicologi e psichiatri di tutto il mondo. Le caratteristiche principali di questo manuale sono di essere: *ateorico*, poiché non si basa su nessun tipo di approccio teorico; *multi assiale*, raggruppando i disturbi su cinque assi (sebbene questa classificazione sia stata superata nell'ultima versione del Manuale) e redatto su *basi statistiche*.

Secondo tale manuale il paziente deve presentare cinque o più sintomi (di cui almeno uno deve essere 1) umore depresso o 2) perdita di interesse) per un periodo di almeno due settimane, tra i seguenti:

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno.
2. Marcata diminuzione d'interesse o piacere (anedonia) per tutte o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno.
3. Perdita significativa di peso in assenza di diete o aumento di peso oppure riduzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno.
4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno.
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno.
7. Sentimenti di auto-svalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno.
8. Ridotta capacità di pensare o concentrarsi.

9. Pensiero ricorrente di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, oppure tentato suicidio o ideazione di un piano specifico per suicidarsi.

I criteri sopraelencati fanno parte dei Criteri A di diagnosi, ma per porre diagnosi di depressione bisogna soddisfare altri due criteri, il Criterio B specifica che i sintomi devono essere di intensità tale da causare disagio o compromissione clinicamente significativa in ambito sociale, occupazionale o in altri ambiti funzionali importanti. Secondo il Criterio C, invece, l'episodio depressivo maggiore non deve essere attribuibile all'uso di sostanze o ad una patologia medica sottostante.

### **1.3 LE CAUSE**

Nonostante i casi siano in costante aumento, le cause certe della depressione non sono ancora a tutt'oggi ben note (Tatarelli, 2006), sono stati tuttavia identificati numerosi fattori di rischio biologici, genetici, psicologici e ambientali che, interagendo tra loro, possono aumentare il rischio di sviluppare una patologia depressiva.

In primo luogo si è riscontrato che una delle cause principali della depressione risiede in fattori di tipo *biologico*. Secondo l'assetto biologico lo sviluppo della patologia depressiva dipende da un alterato funzionamento della neurotrasmissione monoaminergica mediata dai neurotrasmettitori serotonina, noradrenalina e dopamina, che rivestono un ruolo cruciale nella regolazione del tono dell'umore. Inoltre, la serotonina possiede attività regolatorie sull'appetito e sul sonno, la noradrenalina influenza il risveglio e l'attenzione, mentre la dopamina il movimento e la motivazione, oltre ad avere un'importanza fondamentale nei meccanismi di dipendenza da sostanze. In generale, si ritiene che nella patologia depressiva esista una riduzione della neurotrasmissione mediata dalle monoamine, dalla quale dipendono i sintomi manifestati clinicamente. Numerose ricerche, inoltre, hanno evidenziato un coinvolgimento del sistema neuroendocrino nell'eziopatogenesi del disturbo, in particolare

alterazioni dell'asse tiroideo e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, responsabile, quest'ultimo, della regolazione della secrezione del cortisolo e, quindi, della risposta allo stress.

Un importante fattore di rischio per lo sviluppo della malattia depressiva è da ricercarsi in fattori *genetici*. Numerosi studi hanno infatti evidenziato che il rischio di sviluppare un disturbo depressivo è maggiore in pazienti con una storia familiare di patologia affettiva rispetto alla popolazione generale. Nonostante però il fattore ereditario sia strettamente legato all'insorgenza della malattia depressiva, non è dato per certo che poi essa si sviluppi, così com'è possibile che invece si sviluppi in persone che non hanno nessuna storia familiare di Disturbo Depressivo.

Una certa rilevanza è stata data anche a fattori *ambientali*. Forti eventi stressanti che turbano l'esistenza, come un lutto significativo, una perdita importante, gravi problemi finanziari o di lavoro, catastrofi naturali, un abuso fisico o psicologico etc., accompagnati da una mancanza di relazioni di sostegno o di una rete amicale, possono fungere da fattore scatenante lo sviluppo di una patologia depressiva in individui con determinate predisposizioni genetiche e biologiche.

Grande importanza nella predisposizione allo sviluppo di patologie depressive è stata data nel corso degli anni anche a fattori di tipo *psicologico*. Secondo diversi autori un ruolo fondamentale nell'insorgenza della depressione è giocato da relazioni carenziali che alcuni bambini instaurano con le figure genitoriali. Da una ricerca spagnola effettuata da Juan Luis Linares e Carmen Campo sono emersi dati che confermano che i bambini "carenziati" e trascurati sono maggiormente predisposti allo sviluppo futuro di una patologia depressiva. In particolare, secondo gli autori, i bambini che instaurano relazioni con i genitori basate su elementi come la trascuratezza e la mancanza, sviluppano connotazioni comportamentali e psicologiche come: la scarsa fiducia negli altri e in un loro possibile aiuto; la sensazione di poter contare solo su loro stessi; la tendenza a tenere tutto sotto controllo; un senso di parentificazione, ossia di sentirsi genitore dei genitori, venendo però svalutati da questi ultimi; sviluppare un forte egocentrismo al fine di ottenere attenzione attenzioni; andare alla ricerca di altre

figure che possono rivestire il ruolo di genitori, come una nonna ad esempio; oppure tendenza ad ammalarsi spesso. Il processo di parentificazione svalutante e di dipendenza dal genitore sono i due elementi che, secondo gli autori, spingono maggiormente il bambino a sviluppare una predisposizione alla depressione maggiore. Questi due elementi provocano quindi nel bambino lo sviluppo di un'identità basata su un atteggiamento verso se stesso di tipo svalutante che lo porta a non avere fiducia e stima di sè. (J.L. Linares, C. Campo,, 2003)

Eventi ambientali e sociali, fattori psicologici, genetici e biologici s'intrecciano tra loro creando così un modello multifattoriale che va a spiegare le cause dell'insorgenza di un disturbo depressivo.

#### **1.4 MODELLI PSICOANALITICI DELLA DEPRESSIONE**

In passato, secondo diversi autori, come Freud, Abraham o la Klein, la patologia depressiva veniva vista come appartenente al mondo interiore del soggetto, considerandola come uno stato affettivo fisiologico che rientra nell'esperienza di ogni uomo. Con il passare del tempo questo concetto si è evoluto ed arricchito in complessità, cosicché attualmente *“l'ipotesi più accreditata è quella di una via eziologica comune che propone una mediazione tra le diverse teorie secondo un modello psicosociale”*(Tatarelli, 2006, pag.133)

##### **1.4.1 SIGMUND FREUD E KARL ABRAHAM**

Molti sono stati gli autori del passato che hanno elaborato ipotesi psicoanalitiche per spiegare la sindrome depressiva. Dapprima Freud con il suo testo *“Lutto e Melanconia”*, scritto poco prima dello scoppio della prima guerra mondiale e pubblicato due anni dopo la sua realizzazione ossia nel 1917, in seguito Karl Abraham, psicoanalista tedesco e discepolo di Freud.

Secondo *Freud* il concetto di depressione è strettamente affine a quello di lutto poiché entrambi sono caratterizzati dall'identificazione con l'oggetto amato perduto. Ciò che differenzia però il lutto dalla depressione non è la semplice perdita dell'oggetto amato, ma piuttosto l'affetto depressivo sarebbe scaturito dalla perdita di un oggetto molto amato sì, ma sovrainvestito narcisisticamente, perché il soggetto tende a identificarsi con l'oggetto perduto amato, perdendo così insieme all'oggetto anche una parte di sé. Inoltre, l'odio provato per l'oggetto perduto è rivolto contro se stessi, sotto forma di autoaccusa e autodenigrazione, piuttosto che rivolgere queste accuse contro l'oggetto perduto. Per Freud la depressione è una condizione quindi che caratterizza la psiche di tutte le persone ma il potenziale depresso ha una forte tendenza a instaurare relazioni caratterizzate da uno spiccato narcisismo e ambivalenza. (Lingiardi, 2004). *“Freud sostiene, inoltre, la presenza nei soggetti depressi di un Super-Io severo, collegata al sentimento di colpa per aver mostrato sentimenti di aggressività nei confronti di persone amate”*. (Tatarelli, 2006)

*Karl Abraham* ipotizzò invece che l'episodio depressivo consiste in un'oscillazione tra la fase orale-cannibalica e tra la fase anale-espulsiva. L'oggetto perduto è fantasticamente incorporato ed espulso impedendo il normale processo di rianimazione che caratterizza invece la fine del lutto normale. La divergenza principale tra i due autori riguarda la figura centrale della patologia melanconica, il padre della psicoanalisi colloca il momento d'inizio della depressione nel complesso edipico, identificando l'oggetto amato interiorizzato con il padre edipico, mentre Abraham rileva l'importanza della figura materna e delle prime fasi dello sviluppo psico-sessuale. Inoltre questo ultimo ipotizza una fase depressiva infantile in cui il bambino non è in grado di fronteggiare le forti angosce che scaturiscono dal conflitto edipico. (Lingiardi, 2006)

#### 1.4.2 IL CONCETTO DI POSIZIONE DEPRESSIVA

*“Le ipotesi di Freud e Abraham sono state successivamente approfondite e modificate da Melanie Klein (1935,1937)”*. (Lingiardi, 2004, pagina 254). Secondo l’autrice uno dei processi essenziali dello sviluppo psichico dell’individuo è l’elaborazione della *posizione depressiva*. La Klein riteneva che tutti i bambini tra i quattro e i sei mesi di vita debbano affrontare un compito psichico essenziale ossia quello di integrare la rappresentazione di due oggetti, quello buono e gratificante con quello cattivo e frustrante. In questa fase il bambino scopre che gli oggetti che lo frustrano sono gli stessi oggetti che gratificano i suoi desideri. Questa elaborazione della coincidenza dei due oggetti scaturisce nel bambino senso di colpa e di angoscia per aver riversato la sua aggressività contro l’oggetto buono che era lo stesso bersaglio dell’oggetto cattivo; tutto ciò genera delle angosce depressive fondamentali nello sviluppo infantile. Questa fase coincide con il periodo dello svezzamento, dove il bambino, attraverso il meccanismo della riparazione, elabora le angosce depressive cercando, attraverso la gratitudine e la creatività, di ricomporre l’oggetto distrutto. La posizione depressiva viene intesa quindi come una fase normale di sviluppo che viene superata naturalmente dal bambino, ma nel caso in cui ciò non avvenga, oppure non avvenga in modo soddisfacente, si gettano le basi per una disposizione a sviluppare poi una patologia depressiva la quale viene quindi intesa come il fallimento della riparazione nella posizione depressiva. Un altro autore che si è occupato del concetto di posizione depressiva è stato *Otto Kernberg* (1976) il quale ha messo in relazione il concetto della Klein con quello di “fase di riavvicinamento” della *Mahler* (1975). Secondo quest’autore la posizione depressiva è associata al conflitto che il bambino prova, dal terzo anno di vita in poi, tra l’angoscia di essersi separato dalla relazione simbiotica con la madre e la sua conseguente conquista di autonomia e il bisogno di rimediare a questa separazione integrando così un sé autonomo contro un sé dipendente. (Lingiardi, 2004).

### **1.4.3 DONALD W. WINNICOTT**

Winnicott (1965) ha rielaborato il concetto della Klein rilevando però tre punti di divergenza: l'autore definisce la fase di sviluppo "fase della preoccupazione" e non "posizione depressiva" come aveva invece affermato la Klein in quanto, secondo lui, non è corretto denominare una fase di sviluppo normale utilizzando un termine patologico. Winnicott definisce questa fase come "fase della preoccupazione" poichè risulta caratterizzata dalla capacità di preoccuparsi per un'altra persona o relazione. Il bambino, inoltre, secondo Winnicott, non sperimenta oggetti buoni o cattivi ma piuttosto stati fisiologici dissociati di forte eccitamento e semplice affetto. Durante la fase della capacità di preoccuparsi, che coincide sempre con l'età dello svezzamento, avviene un'integrazione di questi diversi stati affettivi. Infine, il bambino in questa fase dipende dalla madre ed è consapevole di questa dipendenza, per questo la possibilità di superare questa fase non dipende solo dal bambino ma anche dall'ambiente e più specificamente dalla madre che deve sopravvivere agli assalti del bambino e accettare i suoi gesti riparativi. Anche secondo quest'autore lo sviluppo di una patologia depressiva può considerarsi come l'esito fallimentare del superamento di questa fase. (Lingiardi, 2004).

### **1.4.4 JOHN BOWLBY**

Anche un autore relativamente più recente rispetto ai precedenti, ossia John Bowlby (1907-1990), attraverso delle ricerche su varie specie animali e sull'uomo, è arrivato ad affermare che la reazione depressiva e il suo relativo superamento sono una condizione essenziale nella vita dell'uomo, per sua natura caratterizzata da continue perdite e cambiamenti. Bowlby attraverso i suoi studi ha individuato un pattern di reazione alla perdita di un oggetto amato che è divisa in tre fasi. La prima fase è denominata *fase di protesta* distinta da forte collera e angoscia nella quale si tende a rifiutare l'accaduto e si cerca in tutti i modi di riconquistare l'oggetto

perduto, presentando crisi di rabbia e di dolore. Una seconda fase definita di *disperazione* in cui si è in balia di sentimenti depressivi dove ci si chiude in se stessi e si subisce una forte disorganizzazione degli schemi cognitivi e comportamentali che si utilizzavano nella relazione con l'oggetto perduto. L'ultima fase è quella del *distacco*, dove avviene una riorganizzazione degli schemi descritti in precedenza e si va incontro a una graduale accettazione della perdita dell'oggetto in cui gli aspetti acuti di dolore cominciano man mano a ridursi. (Lingiardi, 2004).

## 1.5 ASPETTI TERAPEUTICI

Seppure con tempistiche non molto brevi, curare la depressione è possibile. Le indicazioni terapeutiche si basano su un approccio caratterizzato dalla combinazione di più trattamenti che, se utilizzati contemporaneamente, possono notevolmente ridurre i tempi di guarigione e prevenire la ricomparsa di un nuovo episodio depressivo. I trattamenti principali utilizzati sono quello *farmacologico* e *psicoterapico*.

*“L'introduzione dei farmaci antidepressivi ha permesso di poter mettere la farmacoterapia al primo posto nel trattamento della depressione”.* (Tatarelli, 2009, pagina 132). Il trattamento *farmacologico* è essenziale in uno stato acuto della depressione ed ha come obiettivo principale quello di ridurre l'intensità dei sintomi. I farmaci precedentemente utilizzati, definiti *triciclici*, a causa dei loro numerosi effetti collaterali sono stati parzialmente sostituiti da farmaci di nuova generazione, con minori effetti indesiderati, che si classificano in base alla loro capacità di intervenire in modo selettivo sulla trasmissione serotoninergica, noradrenergica o su entrambe. Come accennato in precedenza, si ritiene che una delle principali alterazioni neurobiologiche responsabili dello sviluppo di Depressione sia una riduzione nella neurotrasmissione monoaminergica.<sup>1</sup> Le monoamine sembrano influenzare specificamente determinate funzioni neuropsichiche. Ad esempio, una ridotta trasmissione serotoninergica

---

<sup>1</sup> Vedi paragrafo 1.3

sembrerebbe essere responsabile di abbassamento del tono dell'umore, difficoltà nell'addormentamento e mancanza di appetito, mentre le carenze di noradrenalina comportano perdita di energia, di motivazione e d'iniziativa. Il principio su cui si basano questi farmaci è l'inibizione selettiva della ricaptazione del neurotrasmettitore interessato (serotonina, noradrenalina, dopamina), ossia fanno in modo che il neurotrasmettitore rilasciato in seguito all'attivazione neuronale non sia ricaptato dai trasportatori e riportato all'interno del neurone. In questo modo, la concentrazione di neurotrasmettitori all'interno dello spazio sinaptico aumenta e la neurotrasmissione è facilitata.

Più specificatamente i principali farmaci antidepressivi correntemente utilizzati si dividono in:

**SSRI:** Selective Serotonin Reuptake Inhibitors ossia inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina i quali, bloccando in maniera specifica il trasportatore della serotonina, ne impediscono il riassorbimento de parte del neurone presinaptico. Ciò porta ad una serie di modificazioni neuroadattative a livello dei recettori della serotonina che, come effetto finale, provocano un aumento della trasmissione serotoninergica. I farmaci più noti appartenenti a questa classe sono Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram.

**NaRI:** Noradrenaline Reuptake Inhibitors ossia inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina. Con questi farmaci si tende ad aumentare i livelli del neurotrasmettitore noradrenalina nel sistema nervoso centrale inibendone la ricaptazione nello spazio sinaptico da parte dei trasportatori pre-sinaptici. L'esponente principale di questa classe di farmaci è la Reboxetina.

**SNRI:** Serotonin-Noradrenalin Reuptake Inhibitors ossia inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina. In questo caso l'inibizione della ricaptazione coinvolge entrambi i neurotrasmettitori. I farmaci più comuni appartenenti a questa classe sono Venlafaxina e Duloxetina.

Esistono inoltre altri farmaci antidepressivi con profili d'azione più complessi, che comunque, come effetto finale, hanno quello di potenziare la

neurotrasmissione monoaminergica. Attualmente sono in corso studi sull'impiego di farmaci che agiscono su altri sistemi potenzialmente coinvolti nell'eziopatogenesi della depressione, come ad esempio modulatori della trasmissione glutamatergica.

Il trattamento *psicoterapico* ha una grande importanza nel disturbo depressivo e solitamente accompagna il trattamento farmacologico. Nelle forme lievi di depressione anche la sola psicoterapia consegue notevole successo, mentre, nelle forme più gravi l'unione dei due trattamenti è fondamentale. Vi sono diversi approcci psicoterapici: cognitivo - comportamentale, psicomotivo, interpersonale, fenomenologico, etc ... ma quello che è più indicato per questo tipo di malattia è una psicoterapia di tipo cognitivo - comportamentale (TCC) che ha mostrato scientificamente una grande efficacia sui sintomi della depressione. Nel corso di questo tipo di terapia il paziente è aiutato a prendere coscienza dei circoli viziosi che mantengono lo stato di malattia e ad acquisire modalità di pensiero e comportamenti più funzionali. Il trattamento cognitivo - comportamentale si basa sull'assunto che i pazienti depressi sono vittime di distorsioni cognitive e di una visione negativa di se stessi e delle aspettative verso il futuro; viene perciò insegnato al paziente come riconoscere i propri pensieri automatici negativi e le distorsioni cognitive e a sostituire tutto ciò con interpretazioni più realistiche modificando inoltre le convinzioni disfunzionali che predispongono il paziente a distorcere le proprie esperienze quotidiane.

Le principali distorsioni cognitive dei pazienti depressi sono:

1. *Pensiero dicotomico*: si tende a vedere una situazione in soli due modi tra loro contrapposti, senza un'eventuale via di mezzo.
2. *Pensiero catastrofico*: il paziente si aspetta costantemente che avvenga una tragedia formulando pensieri di predizione del futuro solamente con esiti catastrofici generando così di conseguenza stati di forte ansia.
3. *Ragionamento emotivo*: pensare che qualcosa sia vera solamente perché "sentiamo" che sia così ignorando tutto ciò che prova il contrario.
4. *Astrazione selettiva*: ci si concentra solamente su un dettaglio negativo invece che su tutto il discorso o sull'intera situazione.

5. *Lettura del pensiero*: credere di sapere ciò che gli altri pensano o il perché agiscano in un determinato modo.
6. *Ipergeneralizzazione*: arrivare a conclusioni generali in maniera affrettata utilizzando avverbi come “sempre” o “mai”.
7. *Personalizzazione*: credere che gli altri si comportino in maniera negativa a causa nostra senza prendere in considerazione altre possibili spiegazioni.

Alle terapie farmacologiche e psicoterapeutiche, che caratterizzano il nucleo centrale del trattamento del disturbo depressivo, si possono inoltre affiancare alcune norme generali riguardanti lo stile di vita, il comportamento e rimedi “dolci”, che possono contribuire ad alleviare i sintomi della malattia, come ad esempio:

- Pianificare le attività giornaliere con una tabella settimanale creando piccoli obiettivi da conseguire, in modo da non creare ansia o possibile senso di fallimento.
- Sforzarsi di alzarsi al mattino appena svegli in quanto la tendenza a dormire nei soggetti depressi è molto forte poiché il sonno rappresenta una fuga dalla realtà.
- Cercare di non isolarsi ma sviluppare invece la propria rete sociale.
- Seguire un'alimentazione sana ed equilibrata ricca di verdure a foglia verde, frutta secca, cioccolato fondente, pesce, uova, cereali integrali, legumi, latte e derivati. È stato suggerito, in passato, che in particolare alimenti ricchi di triptofano potessero essere indicati nel migliorare la sintomatologia depressiva, in quanto il triptofano è un precursore della serotonina. Tuttavia le opinioni a riguardo sono molto controverse.
- Evitare fumo, caffè e bevande alcoliche, che hanno effetti eccitanti sul sistema nervoso e possono aumentare le sensazioni d'ansia.
- Aumentare la qualità del sonno per favorire un equilibrio psicofisico dedicando al sonno un ambiente pulito, ordinato e sereno, evitando attività fisica, film dal contenuto violento e sostanze eccitanti prima di coricarsi, utilizzando pigiami in tessuto naturale, fare un bagno caldo rilassante e bere tisane a base di tiglio, passiflora o valeriana.

- Praticare attività fisica in modo regolare e moderato. È stato accertato, infatti, che il movimento ha effetti più che positivi che influiscono sul benessere del corpo sia a livello fisiologico sia psicologico.
- Praticare massaggi rilassanti, yoga o tecniche di meditazione sono tutti rituali che favoriscono il rilassamento psico-corporeo riducendo così gli stati ansiosi che accompagnano spesso la depressione. (Poletini, 2012).

## 2. LA DANZA SPORTIVA

Quando il ballo e lo sport s'incontrano, nasce la Danza Sportiva. Nata in tempi molto recenti ha avuto il grande compito di riconoscere alla danza, vista prima solo come una forma d'arte, anche una connotazione sportiva in quanto possiede le stesse e identiche caratteristiche di tutti gli altri sport, come vedremo nel dettaglio in seguito.

### 2.1 LE ORIGINI DELLA DANZA

Sin dal principio della vita umana la danza è sempre esistita tant'è che già nella Bibbia troviamo testi che si riferiscono ad essa, come nel passo riportato da Samuele riferito al Re Davide: "*Danzava con tutte le sue forze davanti al Signore ... Salta e danza*" (2 Samuele 7,2). Per i vari popoli la danza ha sempre rappresentato un grande strumento di comunicazione per esprimere il rapporto dell'uomo con la natura, con la società e con la religione. È utilizzata come mezzo di preghiera, per esprimere riconoscenza, di rito, per marcare i passaggi importanti della vita come la nascita o le nozze, per sentirsi parte di una comunità e più in generale per spiegare ciò che non è possibile rendere comprensibile con le parole in quanto l'uomo è spinto da un forte bisogno, ossia quello di esprimere ciò che non riesce a verbalizzare.

Due generi di danza si sono susseguiti nell'evoluzione della vita dell'uomo, quella *astratta* e quella *imitativa*. La danza astratta, utilizzata in tutti i paesi del mondo, racchiude in sé i più disparati fini: nell'Australia nord-occidentale si balla per invocare un'abbondante pioggia finalizzata all'aumento del raccolto, in Africa per accrescere l'energia sessuale in modo da assicurare la discendenza della tribù, in Danimarca ancora oggi si balla durante le cerimonie funebri danzando intorno alla bara, oppure, addirittura in California le ragazze alla loro prima mestruazione ballano senza sosta per incoronare questo evento. Nelle danze di tipo imitativo invece la finalità è diversa, in quanto, gli uomini tendevano a danzare rappresentando un avvenimento molto desiderato come simbolo propiziatorio

della sua realizzazione. Il danzatore s'impersonifica profondamente con l'oggetto che rappresenta nella speranza così di dominarlo e controllarlo. (Zocca, 2004)

L'esigenza di stabilire delle regole che rendessero la danza più schematizzata si ebbe poco prima dell'inizio del Cinquecento, inquadrando le danze libere dentro una coreografia. La prima schematizzazione risale precisamente al 1489 quando Bergozio Botta organizzò, in occasione delle nozze di Galeazzo e Isabella D'Aragona, una composizione danzata ma organizzata da una coreografia a carattere storico-mitologico. Si susseguirono nel tempo diversi spettacoli di danza coreografati che con il tempo si perfezionarono sempre più, fino ad arrivare al 1881 quando fu messo in scena il balletto più clamoroso: l'Excelsior, diretto dal coreografo Luigi Manzotti, il cui scopo era di rappresentare l'epoca delle grandi invenzioni come il Traforo del Moncenisio, il Canale di Suez, l'elettricità e il telefono, spettacolo interpretato da un numero imponente di ballerini. (Cianfoni, 2007).

### **2.1.1 LA STORIA DELLA DANZA**

L'origine della danza intesa come disciplina a sé stante è collocata agli inizi del *Rinascimento*. Il Quindicesimo secolo, infatti, vide la comparsa della figura del maestro di ballo, delle scuole di danza e dei primi trattati dedicati alla danza, concependola non solo come un'attività d'intrattenimento sociale ma anche come materia formativa vera e propria. In particolare, a differenza di ciò che avveniva nelle società feudali, nelle quali era vista solo come passatempo, nel Rinascimento la danza acquistò una connotazione educativa e cerimoniale. Nelle corti italiane del *Quattrocento* si andava a creare uno stile originale di danza che poi si diffuse anche nelle più importanti capitali europee, sostituendo il ballo di tipo spettacolare con un repertorio di danze costituito da passi, musiche e regole riportate in codici manoscritti. Con il successivo clima di pace ed equilibrio che si era instaurato negli stati della penisola, raggiunto con la pace di Lodi nel 1454, aumentarono anche gli eventi festosi nelle varie

corti Italiane, dove il ballo costituiva un elemento fondamentale. La magnificenza delle feste organizzate rispecchiava la grandezza e la potenza della corte, per questo dovevano essere più sfarzose possibili, organizzate nei minimi dettagli e rappresentare un evento eccezionale; la loro durata si estendeva per più giorni, erano previsti tornei, banchetti, spettacoli di danza, ed in particolare il ballo non era più solamente una rappresentazione da ammirare, ma erano i membri della corte stessa che si esibivano e gli invitati stessi che ballavano insieme. (Sasportes, 2011).

Nel *Seicento* la danza, oltre che nelle corti, si affacciò anche sui palcoscenici teatrali, in particolare su quelli Francesi, unendo in uno stesso spettacolo poesia, danza e musica; Re Luigi XIV diede un forte stimolo alla danza teatrale tanto che, nel 1653, si esibì in prima persona nel *Ballet Royal du Jour et de la Nuit* impersonificando il “sole nascente” (ruolo perfettamente in sintonia con il nome con il quale è conosciuto nella storia: “Re Sole”). Non molto più tardi, sempre in Francia, precisamente nel 1661, nacque l’Accademia Reale della Danza (Académie Royale de Danse) e insieme con essa la danza classica, detta appunto “*accademica*” poiché dipendente da una serie di norme codificate.

Nel *Settecento* la danza che si svolge in teatro perse la sua parte espressiva concentrandosi sempre più su virtuosismi tecnici allo scopo di stupire il pubblico, divenendo però così troppo artificiosa. Ma con l’avvento dell’illuminismo, che fondava il suo pensiero sull’importanza della natura e dell’essenza dell’uomo, si ebbero riforme in ogni campo, anche nella danza. I danzatori furono spogliati delle maschere, parrucche e vesti pesanti che non permettevano il naturale movimento del corpo e la sua conseguente espressione, ma il limite non venne comunque superato in quanto il risultato che si ottenne fu quello di un maggior sviluppo della pantomima, che si limitava ad imitare la natura e le emozioni. Fu Salvatore Viganò con il suo “Coreodramma” ad adoperarsi per la riunificazione delle tre arti (danza, recitazione e canto), mentre il suo collega Carlo Blasis cercò di rendere la danza classica meno artificiosa e più espressiva. Ma,

nonostante tutto, la danza, la recitazione e il canto non ritrovarono la loro originaria unione rimanendo così arti a sé stanti e separate.

Durante il periodo *Ottocentesco* cominciò a diffondersi il “Balletto Romantico” orientato maggiormente verso l’esplorazione della realtà interiore dando voce ai sentimenti, all’inconscio e ai sogni. Il primo esempio di balletto romantico fu nel 1832 con “La Sylphide” messo in scena all’Opéra di Parigi, ed in quest’occasione si ebbe la comparsa del tutù e delle classiche punte da danza. Il centro della danza si spostò in seguito dall’Opéra di Parigi a scuole di altri paesi europei come il Teatro alla Scala di Milano e San Pietroburgo, che ospitava a quel tempo i maggiori coreografi europei tra cui il coreografo e ballerino francese Marius Petipa che nelle sue opere, come per esempio Don Quichotte, Lo Schiaccianoci e Il Lago dei Cigni, mirava a realizzare spettacoli dal fascino grandioso, ottenendo grande ammirazione da parte del pubblico, e le cui opere sono rappresentate ancora oggi nei migliori teatri del mondo.

## **2.2 LA DANZA COME SPORT**

La danza, oltre ad essere identificata come una forma artistica, è anche ufficialmente riconosciuta come uno sport, perché ha tutte le caratteristiche per essere definito tale, presupponendo la presenza di requisiti fisici, psicologici e sociali di carattere sportivo, e cioè:

- Sviluppo, potenziamento ed elasticità *muscolare* con conseguente resistenza alla fatica.
- Lavoro *aerobico* e *anaerobico* che si alternano durante tutta la fase della lezione.
- Aumento della *frequenza cardiaca* e della *circolazione periferica* con conseguente *attivazione del metabolismo* lipidico
- Costante e regolare *allenamento* effettuato con una determinata cadenza settimanale.

- *Disciplina e concentrazione.* La prima permette l'acquisizione di regole sociali e interiori mentre la seconda aiuta a liberare la mente da idee estranee lasciando campo libero all'esercizio ginnico.
- *Divertimento, socializzazione* e alleggerimento della tensione nervosa, caratteristica essenziale per una componente sportiva.
- Possibilità di intraprendere un *percorso agonistico* sviluppando così anche abilità competitive.
- Superamento dei propri *limiti psicofisici* che permette gradualmente di migliorare e apprendere tecniche sempre più complesse nel corso del tempo.
- Grande sensazione di *benessere* al termine degli allenamenti grazie all'attivazione di determinati fattori biochimici che vedremo nel prossimo capitolo.
- Presupposto di buona salute attraverso *controlli medici* e relativi certificati d'idoneità sportiva.
- *Preparazione mentale* oltre che atletica, sviluppando abilità psicologiche e cognitive quali l'autostima, la fiducia in se stessi, l'attenzione e la concentrazione, la motivazione etc ...

Uno sport completo quindi, perché l'uomo nella sua interezza è totalmente coinvolto quando balla: non solo il corpo, ma anche la mente e lo spirito. Infatti, la danza, oltre alle caratteristiche che la accomunano con tutti gli altri sport, ha anche un aspetto introspettivo perché permette di conoscersi meglio e di tirar fuori le proprie emozioni e caratteristiche caratteriali facendo così emergere la propria personalità.

La danza come sport diviene tale il 26 Giugno del 2007 quando la Federazione Italiana della Danza Sportiva (costituita il 26 Febbraio del 1996) viene riconosciuta ufficialmente dal Consiglio Nazionale del C.O.N.I. come Federazione Sportiva Nazionale. Inoltre il C.O.N.I. riconosce quest'ultima come unico organismo in grado di disciplinare lo sport della Danza Sportiva in Italia. Lo

scopo di questa federazione, secondo il primo articolo dello statuto federale, è quello di:

*“... scopo di promuovere, organizzare, regolamentare e sviluppare in Italia, in ogni fascia di età e di popolazione, la Danza Sportiva in tutte le sue forme e manifestazioni, nel rispetto dei principi costituzionali e della legislazione vigente ed in armonia con gli indirizzi e con le direttive del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) e del Comitato Olimpico Internazionale (CIO).” (Comm.1, Art.1, Statuto Federale).*

Inoltre, il fenomeno della Danza Sportiva si sta diffondendo sempre più, tanto che già dal 1997 è entrata a far parte come sport ufficiale della manifestazione sportiva nata nel 1981 denominata *World Games*, ossia dei Giochi Mondiali, che vengono organizzati ogni quattro anni e tramite i quali il Comitato Olimpico Internazionale (CIO) seleziona le nuove discipline olimpiche. Gli atleti di alto livello sono inoltre seguiti anche dall'Istituto di Medicina e Scienza dello Sport del CONI “Antonio Venerando” al pari di tutti gli altri atleti appartenenti a diverse Federazioni Sportive. In particolare, nel dipartimento di Psicologia dello Sport, si lavora molto sulla componente psicologica degli atleti attraverso la preliminare valutazione del loro status psicologico e successivo potenziamento mentale attraverso tecniche come il Biofeedback, il rilassamento mentale e tecniche di visualizzazione, in modo da permettere loro di raggiungere abilità e traguardi sportivi sempre più elevati

### **2.3 LE DISCIPLINE DELLA DANZA SPORTIVA**

La Danza Sportiva, in quanto disciplina sportiva, è caratterizzata da regolamenti propri e metodi d'insegnamento specifici, l'atleta quindi non può improvvisare, ma deve necessariamente seguire tecniche e regole concernenti il proprio stile di danza, così come avviene in tutti gli altri sport. La danza Sportiva predispone inoltre una divisione per disciplina, categoria e classi, dove per *categoria* s'intende la fascia di età nella quale si esercita una determinata disciplina che sono: 8-9 anni, Under 11, Under 15, Over 16, 19/34 anni, 35/45 anni e 45 Over; le

*classi* rappresentano invece il livello di difficoltà, la posizione attuale dell'atleta, il quale solitamente mira a raggiungere sempre la successiva. In breve, si parte da una "classe" di semplice divertimento in cui il livello di difficoltà tecnica è molto basso, che corrisponde alla classe D (*Divulgativa*), passando per le classi C, B, A, AS, di difficoltà via via crescente, fino ad arrivare all'ultima classe, definita *Master*, prettamente agonistica, caratterizzata da difficoltà tecniche, fisiche e psicologiche molto elevate. Le *discipline* sono svariate, possono essere eseguite in coppia, in squadra o individualmente e si dividono principalmente in danze di coppia e danze artistiche le quali a loro volta presentano successive suddivisioni. A titolo esemplificativo nella pagina seguente riporteremo una divisione più schematizzata della suddivisione delle discipline della Danza Sportiva.

| <b>Danze di COPPIA</b>   | <b>Danze ARTISTICHE</b>   |
|--|---|
| <p data-bbox="352 315 766 344" style="text-align: center;"><b>DANZE INTERNAZIONALI</b></p> <p data-bbox="300 396 818 649"><b>Danze Standard e Danze Latine:</b> Valzer Inglese, Tango, Valzer Viennese, SlowFoxtrot, QuickStep, Samba, Cha Cha Cha, Rumba, Paso Doble, Jive, Combinata.</p> <p data-bbox="300 696 818 896"><b>Danze Jazz:</b> Rock'nRoll, Rock Acrobatico, BoogieWoogie, Swing Dance, Lindy Hop, Mixing Blues, Combinata.</p> <p data-bbox="300 943 818 1142"><b>Danze Freestyle:</b> Danze Caraibiche (Salsa, Mambo, Bachata, Merengue, Combinata e Rueda) Danze Argentine (Tango, Vals e Milonga), Hustle.</p> | <p data-bbox="906 315 1286 344" style="text-align: center;"><b>DANZE ACCADEMICHE</b></p> <p data-bbox="841 396 1353 539"><b>Danza Classica:</b> tecniche di balletto, Variazioni libere, Pas de Deux, Repertorio Classico.</p> <p data-bbox="841 586 1353 730"><b>Danza Moderna e Contemporanea:</b> Modern Jazz, Lyrical Jazz, Graham, Cunningam, Limon e generi derivati.</p>   |
| <p data-bbox="403 1193 715 1223" style="text-align: center;"><b>DANZE NAZIONALI</b></p> <p data-bbox="300 1274 818 1527"><b>Liscio Unificato e Ballo da Sala:</b> Mazurka, Valzer Viennese, Polka, Valzer Lento, Tango, FoxTrot, Combinata, Show Coppie e Formazioni.</p>  | <p data-bbox="887 1193 1305 1223" style="text-align: center;"><b>DANZE COREOGRAFICHE</b></p> <p data-bbox="841 1274 1353 1417"><b>Danze Freestyle:</b> Synchro Dance, Choreographic Dance, Show Dance, Disco Dance.</p> <p data-bbox="841 1464 1353 1664"><b>Danze Etniche, Popolari e di carattere:</b> Tap Dance, Twist, Charleston, Belly Dance, Danze tradizionali varie.</p> |
| <p data-bbox="403 1715 715 1744" style="text-align: center;"><b>DANZE REGIONALI</b></p> <p data-bbox="300 1796 818 1939"><b>Danze Folk e Liscio Tradizionale:</b> Mazurka, Valzer, Polka e altri bali tradizionali.</p>  | <p data-bbox="970 1715 1222 1744" style="text-align: center;"><b>STREET DANCE</b></p> <p data-bbox="841 1796 1353 1939"><b>Urban Dance:</b> Hip Hop, Break Dance, Electric Bolgie, Funk, Hype, Contaminazioni e stili derivati.</p>   |

### **3. I BENEFICI DELLA DANZA SPORTIVA SUL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE**

La Danza rappresenta un nuovo aspetto terapeutico della depressione che può essere utilizzato come supporto al trattamento psicoterapico e psicofarmacologico, in forme lievi di depressione, o come terapia di mantenimento in prevenzione di possibili ricadute. Gli studi inerenti quest'argomento sono molto recenti e ancora in continua evoluzione, nonostante ciò, però è stato riconosciuto alla danza un grande effetto terapeutico dovuto ai diversi aspetti della danza stessa: quello *artistico* come forma di terapia, precisamente "Danza Terapia"; quello *fisiologico* e sportivo, legato ai benefici che l'attività fisica procura ai pazienti depressi; quello *psicologico* e quello *sociale* dovuto alla grande capacità di unione che la danza possiede.

Ma come può quindi, in dettaglio, la Danza Sportiva avere degli aspetti vantaggiosi e benefici per la risoluzione della depressione e la sua prevenzione? Di seguito, esamineremo nel dettaglio i vari aspetti terapeutici della Danza Sportiva.

#### **3.1 ASPETTO ARTISTICO**

La danza è da sempre intesa come una forma d'arte ma rispetto alle altre forme artistiche, utilizzando il corpo come strumento di comunicazione, essa "*favorisce più delle altre arti, l'estrinsecazione della personalità interiore dell'essere umano.*" (Cianfoni, 2007, pagina 11). Uno dei primi aspetti che caratterizzano la danza, infatti, è quello della sua marcata componente artistica e comunicativa. Attraverso il ballo è possibile, infatti, esprimere i propri stati d'animo, le proprie emozioni e sensazioni, ciò può avvenire in modo "forzato", interpretando ciò che la disciplina specifica ci chiede, o, al contrario, lasciando scaturire le proprie emozioni senza neanche rendersene conto. Non a caso è luogo comune definire la

danza “lo specchio dell’anima”. I tratti caratteriali e psicologici che contraddistinguono ogni individuo vengono fuori nel momento in cui balla giacché non è possibile scindere le emozioni dal corpo; le nostre emozioni, anche le più nascoste, si sono sempre espresse attraverso il corpo, basti pensare alla potenza della comunicazione non verbale.

Questa parte artistica e comunicativa della danza, insieme al movimento, è utilizzata ormai da anni come terapia e in particolare nella Danza Terapia, una metodologia trasversale applicabile a diverse forme di malessere che utilizza il movimento del corpo per recuperare la percezione di sé, imparare a comunicare in modo più funzionale con sé stessi e con gli altri e aumentare il benessere. Nel corso del tempo si sono sviluppate diverse tecniche di danza terapia, tutte utilizzano il movimento del corpo come espressione di stati interni ma differiscono tra loro in quanto prevedono di impiegare movimenti più o meno composti.

Inizialmente il danzatore slovacco *Rudolf Von Laban*, che è il punto di riferimento di tutta la danza terapia, riteneva che fosse necessario per ogni individuo imparare a dominare il proprio movimento al fine di raggiungere un equilibrio nella relazione con se stesso. Il movimento del corpo umano, secondo l’autore, può essere spiegato secondo quattro fattori principali inerenti le leggi della fisica: il peso del corpo, il flusso del movimento, il tempo e l’energia; ma questa visione meccanica del movimento da sola non è sufficiente. Così Von Laban distinse due categorie di movimento, quello funzionale, guidato dalla razionalità, e quello espressivo che ha la finalità di rivelare uno stato d’animo. E’ possibile perciò attraverso la danza esprimere stati d’animo e caratteristiche di personalità, inquadrando quest’ultima esclusivamente come movimento di tipo espressivo. Nasce così il Laban Movement Analysis, un sistema di osservazione e decodificazione del movimento, e il relativo Labanotation, strumento necessario per la trascrizione del movimento. (Zocca, 2004)

Più avanti, all’inizio del Novecento, la danza terapia comincia a diffondersi sempre più grazie alle due ballerine *Chace* e *Shoops*. Anch’esse prediligevano nel

loro metodo forme di danza spontanee e libere da schemi, aiutando in modo particolare un numero considerevole di reduci di guerra affetti da depressione.

In periodi più recenti lo studio della danza terapia si è unito a quello della psicoanalisi Junghiana grazie al contributo di *Mary Starks Whitehouse* che ha definito questo tipo di approccio “Danza Terapia Analitica”. Questa tecnica permette una graduale apertura dell’inconscio attraverso una serie di movimenti eseguiti a occhi chiusi e poi espressi verbalmente supervisionati dal terapeuta.

Un altro metodo che utilizza forme di danza spontanea è quello elaborato da *Maria Fux*, una ballerina argentina che ha sperimentato direttamente su se stessa gli aspetti terapeutici della danza durante un periodo di profonda depressione. Il suo metodo però non cerca di far emergere contenuti inconsci come quello della Whitehouse e non utilizza forme di psicoterapia. Lo scopo di questo metodo è piuttosto quello di utilizzare il potere liberatorio della danza senza porsi però obiettivi specifici ma migliorando la salute psico-fisica nel suo complesso.

In seguito il danzatore *Hems Duplan* fondò la tecnica dell’espressione primitiva (expression primitive) la quale utilizza movimenti tipici delle culture tradizionali; movimenti che traggono la loro ispirazione dalle danze tribali, accompagnati da suoni di tamburi e melodie cantilenante ripetitive. Tutto ciò ha uno scopo ben preciso in quanto il ritmo prodotto dai tamburi ha l’intenzione di riprodurre e rievocare il battito cardiaco, la danza, che avviene generalmente a piedi nudi, simbolizza il rapporto con la terra, i canti ripetitivi hanno la funzione di riprodurre gli effetti della ninna nane connotate da caratteristiche rassicuranti. Questi suoni e movimenti ripetuti conducono il paziente a uno stato di rilassamento profondo, favorendo così l’espressione di stati emotivi interni.

Come stiamo notando la danza come forma di terapia ha subito nel corso del tempo tantissimi aggiornamenti e modificazioni, a partire da Laban, arrivando fino alla *Psicodanzaterapia* dei giorni nostri. In questa metodologia è presente un cospicuo utilizzo della psicoterapia, in particolare quella cognitivo - comportamentale, associato alla danza. Lo scopo principale della psicodanzaterapia è di ridurre e prevenire le problematiche psicopatologiche. Le

tecniche di danza di quest'approccio non prevedono, a differenza dei precedenti, movimenti liberi da schemi, ma piuttosto si servono di quasi tutte le discipline della Danza Sportiva, affini ovviamente alla metodologia utilizzata; possono essere usati balli di coppia come il Tango Argentino oppure le Danze Standard per risolvere problematiche di coppia, oppure danze individuali come la Danza Moderna o danze che si svolgono in gruppo come quelle Coreografiche per curare, ad esempio, problemi di tipo relazionale. Questa metodologia prevede l'utilizzo di tantissime tecniche psicologiche che vanno a intervenire su specifiche aree come quelle emotiva, cognitiva, relazionale e psicomotoria. Accanto a questa forma d'intervento sono affiancati colloqui di psicodiagnosi svolta da professionisti del settore in collaborazione con i tecnici di danza terapia. Con questa nuova forma di danza terapia è possibile arginare innumerevoli forme di malessere, che vanno dalle più lievi, come ad esempio forme d'insicurezza o problematiche relazionali, fino alle più gravi, come i disturbi d'ansia o quelli depressivi.

### **3.2 ASPETTO FISIOLOGICO**

Gli effetti positivi dello sport sono stati ormai accertati dai risultati ottenuti dagli studi di ricerca, in particolare degli ultimi dieci anni, sull'utilità dell'esercizio fisico nella cura della depressione<sup>2</sup> (Mammen e Faulkner, 2013). La danza, essendo caratterizzata oltre che da una parte artistica, anche da una componente sportiva, gode anch'essa di questi elementi benefici e positivi. Il ballo, infatti, può essere considerato un vero e proprio sport poiché richiede un grande impegno, sia fisico sia mentale. Dal punto di vista fisico si attivano e sviluppano tutti i muscoli del corpo, si lavora sulla velocità, sulla resistenza, sull'equilibrio e sulla coordinazione, si sollecita l'attività cardiaca e quella aerobica. Praticare una regolare attività fisica quindi influisce sul benessere corporeo e ciò avviene a più livelli.

---

<sup>2</sup> Vedi paragrafo 3.2.2

Da un punto di vista fisiologico l'attività sportiva induce l'organismo a rilasciare *endorfine* ossia sostanze chimiche prodotte dal cervello dotate di particolari attività: la produzione di endorfine aumenta la tolleranza al dolore, favorisce la regolazione del sonno e controlla l'appetito. Le endorfine hanno anche un'altra straordinaria capacità, ossia quella di regolare l'umore; in situazioni stressanti, infatti, il nostro corpo tende a rilasciare endorfine come meccanismo di difesa perché influiscono in modo positivo sullo stato d'animo, aiutandoci quindi a sopportare meglio lo stress. Le endorfine si distinguono in quattro classi: alfa, beta, gamma e delta. In particolare nell'attività fisica si nota un aumento di sintesi di beta-endorfine del 500% che produce, al termine dell'attività, una sensazione di benessere e felicità, con riduzione dell'ansia, dello stress e dell'irritabilità.

Inoltre praticare attività fisica leggera riduce il livello di *cortisolo* nel sangue che come abbiamo visto in precedenza è un ormone prodotto dalle ghiandole surrenali che è molto coinvolto nello stress e nella malattia depressiva.<sup>3</sup> Viene, infatti, chiamato “ormone dello stress” proprio perché è prodotto dal corpo in seguito a condizioni psico-fisiche fortemente stressanti. (Southwick et al., 2005)

A livello fisiologico, infine, è stato dimostrato che il movimento fisico fa aumentare il livello della *serotonina*. La serotonina è comunemente detta “ormone della felicità” oppure “ormone del benessere” proprio per le sue capacità di mediare le sensazioni di felicità e buonumore; inoltre, essa regola l'appetito, aumentando il senso di sazietà, controlla le secrezioni intestinali e sincronizza il ritmo sonno-veglia. E' interessante ricordare che una delle cause dello sviluppo della patologia depressiva risiede proprio in alterazioni della neurotrasmissione serotoninergica, che possono essere in parte regolarizzate da una attività fisica costante e quindi anche dalla danza sportiva che, come abbiamo visto, coniuga il divertimento della musica, l'arte delle danze e i benefici dello sport.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Vedi paragrafo 1.3

<sup>4</sup> Vedi paragrafo 3.2

### 3.2.1 BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor)

BDNF è la sigla inglese che sintetizza il nome completo Brain Derived Neurotrophic Factor (Fattore Neurotrofico di Derivazione Cerebrale), un esponente delle *Neurotrofine*, una classe di proteine ad alto peso molecolare espresse in diverse aree cerebrali, come ad esempio nell'ippocampo e nella corteccia frontale, coinvolte nei processi di apprendimento, memoria e di differenziazione e maturazione delle cellule nervose. Questi fattori giocano un ruolo importante nei meccanismi fisiologici di adattamento che avvengono come risposta a eventi stressanti. In numerosi studi sperimentali si è dimostrato che il BDNF, insieme ad altre neurotrofine tra cui NGF (Nerve Growth Factor), è uno dei principali mediatori coinvolti nell'insorgenza di patologie psichiatriche, tra cui i disturbi dell'umore.

Secondo la teoria neurotrofica la Depressione è dovuta a un'atrofia dei neuroni presenti in determinati circuiti cerebrali in seguito ad una diminuzione dei fattori neurotrofici conseguente ad eventi stressanti. Studi condotti su tessuti cerebrali post-mortem o utilizzando tecniche di neuroimmagini hanno infatti documentato, in pazienti depressi, una significativa riduzione dei volumi ippocampali rispetto ai controlli sani. Molti Autori ritengono che i ridotti livelli di BDNF riscontrati nei pazienti depressi abbiano un ruolo importante nella degenerazione cellulare osservata, in quanto viene a mancare un importante fattore neuroprotettivo nei confronti dei danni indotti dallo stress. Si ipotizza quindi che il ripristino dei valori fisiologici di questa neurotrofina possa avere effetti benefici sulle strutture cerebrali, ad esempio favorendo la neurogenesi, la differenziazione e la sopravvivenza neuronale, oltre ad incrementare la plasticità sinaptica e la formazione di nuove connessioni. Questa ipotesi è supportata da numerosi studi condotti su animali, i quali hanno dimostrato un effetto antidepressivo del BDNF sia in seguito a somministrazione diretta, sia in seguito ad un incremento della sua produzione conseguente

ad una maggiore attività locomotoria (Duman et al., 2008; Masi e Brovedani, 2011; Russo-Neustadt e Chen, 2005.)

Attraverso una regolare attività fisica, e quindi anche praticando Danza Sportiva, è possibile notare un aumento del BDNF, in particolare nella zona ippocampale, andando così a influire positivamente sulla guarigione dalla depressione (Archer et al., 2014)

### **3.2.2. STUDI DI RICERCA**

Come già accennato in precedenza, molti sono stati gli studi effettuati in ambito sportivo per confermare scientificamente i vantaggi e benefici che lo sport ha nei confronti della patologia depressiva.<sup>5</sup> Di seguito verranno esposti a titolo esemplificativo alcune delle ricerche condotte in questo ambito.

In una ricerca condotta dall'Università di Durham, nel Nord Carolina, su un campione di 156 soggetti affetti da depressione di età superiore ai cinquant'anni, si è evidenziato che l'esercizio fisico ha un effetto sovrapponibile a quello dei farmaci antidepressivi nell'indurre un miglioramento della sintomatologia. Il campione di ricerca è stato diviso in tre gruppi: il primo era sottoposto esclusivamente ad un regime farmacologico, il secondo seguiva solamente un piano di esercizio fisico e il terzo entrambi. Dopo 16 settimane di trattamento tutti e tre i gruppi mostravano un miglioramento della sintomatologia ma non in maniera significativamente diversa l'uno dell'altro. (Blumenthal et al., 1999).

Da uno studio francese circa l'influenza dello sport sulla depressione, condotto nel 2005 su un totale di 206 partecipanti di età compresa tra i 14 e 17 anni dalle autrici St-Hilaire A. e Marcotte D., i risultati hanno dimostrato che la pratica di uno sport di tipo non restrittivo ha una

---

<sup>5</sup> Vedi paragrafo 3.2

funzione fortemente protettiva nei confronti dell'insorgenza della malattia depressiva negli adolescenti. (Marcotte e St-Hilaire, 2005.)

Un'altra ricerca, questa volta tutta "made in Italy", che indaga sempre sul versante adolescenziale, è quella condotta da Caruso, Cedro e Settineri dieci anni prima della precedente, precisamente nel 1995 e pubblicata nella nota rivista "Movimento" nata in Italia nel 1984. La ricerca è stata effettuata su un campione totale di 164 studenti tra i 14 e 15 anni di età; anche in questo studio l'assunto di base dal quale si è partiti era quello di indagare se lo sport possa rilevarsi da sostegno nella depressione adolescenziale in quanto, secondo gli autori, in questa fase di vita i sintomi depressivi possono estrinsecarsi attraverso il corpo. (Caruso et al., 1995)

Ed infine uno studio effettuato nell'ormai lontano 1989, intitolato: "L'esercizio fisico: un fattore importante per la salute." In questa ricerca vengono studiate le conseguenze che una riduzione dell'attività fisica può avere. È stato riscontrato infatti che una diminuzione dell'attività sportiva, specialmente nelle società industrializzate, oltre a causare notevoli aumenti di malattie cardiache, ha una grande incidenza anche sull'insorgenza di disturbi dell'umore come la depressione, incoraggiando così a consigliare e promuovere un'adeguata attività sportiva. (Medicina dello Sport, 1989)

### **3.3 ASPETTO PSICOLOGICO**

Il movimento, e in particolare la danza, ha potenti effetti positivi a livello psicologico perché ha la capacità di migliorare la sensazione di autoefficacia e autostima. Notiamo infatti che una persona depressa nel momento in cui si avvicina a una delle discipline della danza sportiva, proprio per il suo stato di malessere, teme di non farcela a riuscire in quell'attività; in seguito quando si rende conto di aver invece appreso determinati passi e movimenti, acquisisce un senso di efficacia dovuto a un aumento di fiducia in se stesso e a un innalzamento dei livelli di autostima, elementi che nella depressione sono molto bassi. A livello psicologico, inoltre, il fatto di dedicare del tempo a noi stessi praticando

quest'attività ci rimanda un'immagine più positiva ossia quella di soggetto meritevole di attenzioni e cura da parte di se stessi. (Poletti, 2012).

Tramite la concentrazione necessaria per imparare i passi, la danza riduce l'intensità anche di un altro frequente sintomo della depressione, ossia il pensiero ossia la tendenza a pensare e ripensare sempre agli stessi problemi rimuginando in continuazione su di essi. Infatti, il ballo è basato su un insieme di passi da comprendere e memorizzare, per cui è necessario concentrarsi su di essi e sul momento presente distogliendo l'attenzione dai problemi e rendendosi così più spensierati; bisogna pensare ad altro spostando così il focus attentivo, si dice, infatti, che “quando il corpo balla ... la testa dimentica”.

Infine praticando attività fisica e quindi ballando, ci si scarica di tutta la tensione accumulata durante la giornata che, come abbiamo visto, nel soggetto depresso può essere provocata anche da eventi irrilevanti che però, a causa dello stato di malessere psichico sottostante, acquistano per lui un'enorme valenza negativa.

### **3.4 ASPETTO SOCIALE**

L'interazione sociale è molto importante per chi soffre di depressione e la danza in questo può aiutare molto in quanto raramente è praticata in solitudine, ma avviene di solito in situazioni collettive. Le discipline, come abbiamo visto prima, sono tantissime e si articolano in assoli, balli di coppia o di gruppo.<sup>6</sup> In tutti i casi comunque gli allenamenti avvengono in strutture adeguate, generalmente in una scuola di ballo, dove i corsi si svolgono in forma collettiva, quindi anche se si è scelto di praticare una disciplina che prevede un ballo da svolgere con un partner, nella scuola durante l'allenamento, ci saranno anche altre coppie con cui poter instaurare interazioni sociali. Inoltre i momenti di socializzazione non si limitano al solo orario della lezione di allenamento ma si protraggono anche in altre occasioni come serate danzanti in vari locali, feste, competizioni amatoriali, cene etc ... Tutto ciò quindi avviene in una situazione di gruppo che favorisce

---

<sup>6</sup> Vedi paragrafo 2.3

tantissime opportunità di socializzazione. Noto, infatti, sia in veste di Tecnico di Danza Sportiva che di ballerina Agonista, una grande tendenza delle persone a frequentare le scuole di ballo, non solo per passione verso una delle diverse discipline, ma soprattutto per costruire nuove amicizie. Insomma per i danzatori ogni scusa è buona per stare insieme e divertirsi! Ora questo non è il caso di una persona che ha un disturbo depressivo poiché quest'ultimo ha spesso la tendenza a ritirarsi in solitudine ma, se avvicinandosi a questo mondo si lascia coinvolgere dal gruppo riesce ad ottenere dalla Danza, oltre ai benefici che sopra abbiamo elencato, anche vantaggi sociali, sviluppando una ricca rete amicale e vivendo momenti con la compagnia di altre persone in ambienti di festa e spensieratezza che possono distogliere la mente dai sintomi depressivi. Dovendo poi partecipare a occasioni di tipo collettivo la persona depressa, che spesso trascura la sua immagine corporea esteriore a causa della profonda apatia, ritrova anche un piccolo stimolo per prepararsi all'evento e prendersi cura di sé.

## CONCLUSIONI

Dopo aver esplorato la patologia depressiva nel suo complesso, la sua definizione, le varie teorie psicoanalitiche che hanno cercato di dare una spiegazione a questa malattia, i sintomi che produce, le cause che permettono alla malattia di insorgere e soprattutto gli elementi terapeutici per superarla, ci si è avvicinati al mondo della danza, intesa inizialmente come pura forma artistica, e in tempi più recenti, con la nascita della Federazione Italiana della Danza Sportiva, riconosciuta anche come attività sportiva nonché quindi Sport Federale.

Successivamente si è cercato di indagare circa gli aspetti della danza che possono apportare un contributo nel trattamento della patologia depressiva. In particolare l'obiettivo di queste ultime righe era di indagare in che modo la Danza Sportiva possa avere effetti terapeutici sulla depressione. Si è notato come essa crei numerose possibilità di socializzazione con gli altri e modifichi attraverso la regolare attività fisica particolari fattori biochimici cerebrali. Tutto ciò va a contrastare i sintomi tipici della depressione fornendo un valido aiuto al suo superamento.

La danza, poichè espressione corporea di stati interiori, può anche avere il ruolo contrario, ossia quello di sensore della presenza di un disturbo depressivo, può quindi farci capire che c'è qualcosa che non va ... l'interesse per la propria disciplina tende a scemare e insieme con essa anche la concentrazione, il corpo tende ad assumere una posizione più chiusa e il volto, anziché esprimere sicurezza e determinazione, è coperto da un velo di tristezza ... Questo duplice aspetto della danza ci rivela la sua grande caratteristica d'intermediazione tra gli stati interni della nostra anima e il mondo esterno, ci permette di esprimere i nostri stati emotivi e la nostra personalità e al contempo permette di far vedere agli altri e a noi stessi chi realmente siamo.

*A volte è possibile fingere, mascherando le nostre vere emozioni, ma ... se si balla con il cuore ... non si mente mai!*

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2014). *Criteri Diagnostici Mini DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Archer, T.; Josefsson T.; Lindwall M. (2014). Effects of physical exercise on depressive symptoms and biomarkers in depression. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 13(10), pp. 1640-1653.

Blumenthal, J.A.; Babyak, M.A.; Moore, K.A.; Craighead, W.E.; Herman, S.; Khatri, P.; Waugh, R.; Napolitano, M.A.; Forman, L.M.; Appelbaum, M.; Doraiswamy, P.M.; Krishnan, K.R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159(19), pp. 2349-2356.

Caruso, A.; Cedro, C.; Settineri, S. (1995). Desiderio di sport e “depressione mascherata” in adolescenza. *Movimento*, 11(1), pp. 17-19.

Cianfoni, P. (2007). *Manuale di coreografia. Testo guida per la preparazione del tecnico federale*. Cuneo: Fusta Editore.

Duman, C.H.; Schlesinger L.; Russell D.S. (2008). Voluntary exercise produces antidepressant and anxiolytic behavioral effects in mice. *Brain Research*, 1199 (14/03/2008), pp. 148-158.

Federazione Italiana Danza Sportiva. *La FIDS e le sue regole*. Cuneo: Europa Edizioni.

Linares, J.L.; Campo C. (2003). *Dietro le rispettabili apparenze. I disturbi depressivi nella prospettiva relazionale*. Milano: Franco Angeli Editore.

Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Milano: Gruppo editoriale il Saggiatore S.p.A.

Mammen, G.; Faulkner, G. (2013) Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), pp. 649-657.

Marcotte, D.; St-Hilaire, A. (2005). L'influence de la pratique d'un sport restrictif en non restrictif sur la depression, le developpement pubertaire, l'image corporelle et les standards de performance a l'adolescence. *Revue des Sciences & Techniques des Activites Physiques & Sportives hiver*, 26(67), pp. 73-88.

Masi, G. ; Brovedani, P. (2011). The hippocampus, neurotrophic factors and depression: possible implications for the pharmacotherapy of depression. *CNS Drugs*, 25(11), pp. 913-931.

Medicina dello Sport (1989). L'esercizio fisico: un fattore importante per la salute. *Medicina dello Sport*, 42(2), pp. 53-54.

- Murray, C. L.; Lopez, A. D. (1998). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press.
- Petrosini, L.; De Gennaro L.; Guariglia C. (2002). *Fisiologia del comportamento*. (Settima Edizione). Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A.
- Polettini, B. (2012). *Ansia, attacchi di panico, malinconia DEPRESSIONE disturbi da stress e una esagerata voglia di vivere*. Roma: Edizioni del Baldo.
- Russo-Neustadt, A.A.; Chen, M.J. (2005). Brain-derived neurotrophic factor and antidepressant activity. *Current Pharmaceutical Design*, 11(12), pp. 1495-1510.
- Sasportes, J. (2011). *La storia della danza in Italia. Dalle origini ai giorni nostri*. Torino: EDT s.r.l.
- Southwick, S.M.; Vythilingam, M.; Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 255-291.
- Tatarelli, R. (2006). *Psichiatria per problemi*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Tatarelli, R. (2009). *Manuale di psichiatria e salute mentale. Per le lauree sanitarie*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A.
- Zocca, D. (2004). *Laboratorio danza. Attività di movimento creativo con i bambini*. Trento: Edizioni Erickson.

## **SITOGRAFIA**

1. <http://www.who.int/whr/2001/en/>
2. <http://www.medicinenon.it/cause-e-cause-della-depressione>
3. <http://www.apc.it/depressione/depressione>
4. <https://www.leanonme.net/ch-it/informazioni-sulla-depressione/quali-sono-le-cause-della-depressione>
5. <http://www.psicolab.net/2006/la-depressione-nella-storia-parte-i%C2%B0/>
6. [http://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo\\_depressivo](http://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_depressivo)
7. <http://www.istitutobeck.com/depressione-pensieri.html>
8. <http://www.benessere.com/psicologia/arg00/danzaterapia.htm>