

Psicologinews.it

Scientific

**LA TERAPIA
COGNITIVO-
COMPORTAMENTALE
DI II E DI III
GENERAZIONE NEL
TRATTAMENTO
D'USO DA
SOSTANZE (DUS)**

di **Ilaria Di Giusto**

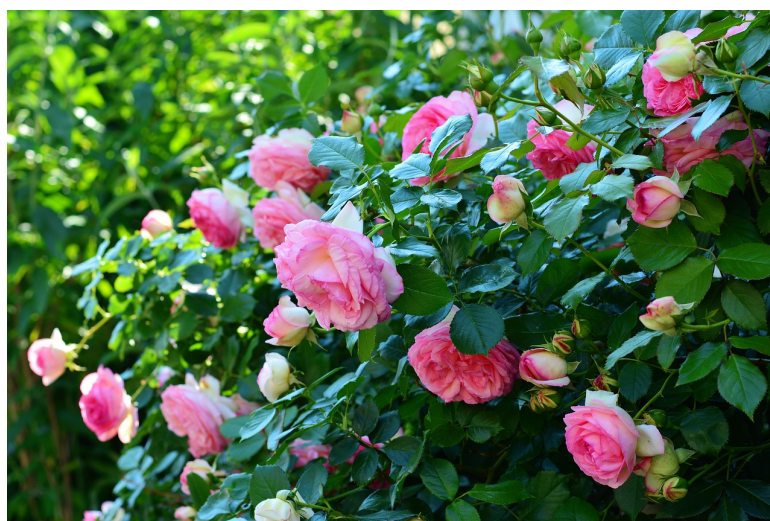
**Psicotraumatologia e
medicina nello
studio dell'obesità.
Un'indagine
sperimentale nella
Valle di Susa**

di **Cristina Peluso (1),
Ivan De Marco (2),
Claudia Chiavarino (3),
Pierangela Schimenti (4)**

**Invecchiamento: i
geni contano
meno di quel che
pensiamo.
L'intervento del
geropsicologo**

di **Giulia Goldin**

Nel pieno della Primavera

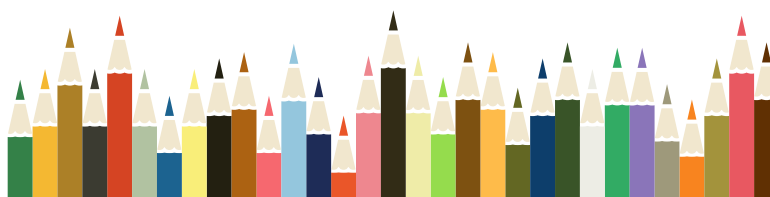


L'Evento sta avendo un riscontro davvero notevole, presentazione di libri, convegni, interviste, eventi particolarissimi.

Il **25 maggio** dalle ore 17 alle 21 in diretta Facebook e LinkedIn in collaborazione con Psicologi per la Responsabilità Sociale **“La giornata della colleganza 2021”** il tema è **“Come ci ha cambiato la pandemia”**. Partecipano i Direttori degli Istituti di psicoterapia e i Responsabili di numerose Associazioni di psicologi.

Il **21 Giugno** dalle 22 a notte fonda, chiusura dell'Evento con **“La notte bianca della psicologia”** decine di psicologi da tutto il Paese portano testimonianza sul tema **“La professione tra sogni, ricordi, progetti per il futuro”**

Un Abbraccio **Raffaele Felaco**



LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI II E DI III GENERAZIONE NEL TRATTAMENTO D'USO DA SOSTANZE (DUS)

di *Ilaria Di Giusto*

La Terapia Cognitivo-comportamentale di II generazione ed il Disturbo d'Uso di Sostanze

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) è considerato il modello di trattamento del disturbo d'uso da sostanze maggiormente supportato da evidenze scientifiche. Risulta essere incisiva nel ridurre la gravità delle ricadute e nell'aumentare la durata degli effetti (Carroll, 1996). L'efficacia è determinata anche dalla compatibilità della TCC con altri approcci come la farmacoterapia ed il *counseling*, considerati in un intervento integrato nel trattamento del disturbo. Obiettivo fondamentale della terapia cognitivo-comportamentale di II generazione è quello di focalizzarsi sui pensieri disfunzionali che portano a comportamenti maladattivi e di riconoscere nella dipendenza un importante schema comportamentale. Tale considerazione trova fondamento nelle teorie dell'apprendimento sociale rispetto all'acquisizione ed al mantenimento del problema della dipendenza da uso di sostanze e mira a favorire l'astinenza (intesa come dismissione dall'uso) attraverso l'acquisizione di abilità di *coping* efficaci ed alternative all'uso. La TCC parte dal presupposto che le sostanze funzionano come regolatori emotivi esterni in persone con deficit ad attuare un controllo emotivo interiorizzato.

Per intervenire terapeutamente è fondamentale, innanzitutto, stabilire una relazione terapeutica empatica, sulla cui base si può successivamente facilitare ed elaborare un confronto sulle problematiche direttamente connesse all'uso, correlate, ad esempio, all'impatto che l'uso delle sostanze ha determinato nei diversi ambiti di vita del soggetto (famiglia, lavoro, cura di sé...). In tale modo si può sostenere ed argomentare la possibilità di un cambiamento della condizione di partenza, fornendo un feedback sulla situazione attuale e sulle conseguenze nefaste a cui la persona potrà arrivare mantenendo la condizione d'uso. Un intervento centrato sulla motivazione mira ad aumentare il senso di autoefficacia del paziente, e quindi la sensazione di poter contare sulle proprie abilità personali di fronteggiamento di situazioni complesse, attraverso l'identificazione di obiettivi concreti e raggiungibili. In questo modo, stabilendo obiettivi intermedi e specifici, fissando, ad esempio, brevi periodi di astinenza, il paziente, nel rispettare il patto con il terapeuta, incrementerà la fiducia in se stesso. Ma la semplice motivazione non è condizione sufficiente per promuovere il cambiamento, motivo per cui il terapeuta deve accompagnare il soggetto nelle varie fasi, cercando di favorire una modifica del comportamento disfunzionale, supportandolo e garantendo il raggiungimento dei risultati, implementando nuove abilità personali; ponendosi come alleato non giudicante, in grado di permettere al paziente di scoprire e mettere in discussione le proprie credenze patogene. In questo modo, si riesce ad intervenire sul potenziamento del livello di consapevolezza del soggetto rispetto alle condotte d'uso. Una fase indispensabile, affinché ciò si verifichi, è quella dell'automonitoraggio che il soggetto dovrà svolgere, con l'ausilio del

terapeuta, attraverso, ad esempio, il completamento di modelli come l'ABC di A. Ellis o il CEPA di G. Liotti, così da procedere alla stilatura di un resoconto definito degli episodi di consumo, con riguardo al contesto, alle emozioni, ai pensieri ed alle azioni correlati all'evento. In questo modo verrà favorito il potenziamento di abilità di tipo metacognitivo e metariflessivo anche rispetto all'individuazione di quelle situazioni di rischio che possono rappresentare fattori scatenanti per la comparsa della condotta disfunzionale, la cui supervisione e consapevolezza può favorire la prevenzione di ricadute future. Il rafforzamento della relazione terapeutica porterà il terapeuta a rappresentare una "nuova base sicura", da cui il paziente potrà allontanarsi per sperimentarsi nei nuovi schemi comportamentali e nel raggiungimento degli obiettivi concordati, così da potersi esporre a situazioni di vita, assumendo comportamenti e condotte adeguate e funzionali al mantenimento della propria condizione di dismissione e all'ambiente circostante. La fase di definizione degli obiettivi a breve, media e lunga scadenza, diviene uno *step* fondamentale per poter valutare l'utilizzo di nuove competenze ed abilità personali e sociali, anche nel riconoscimento ed inserimento in attività stabili e positive, che possano rappresentare un nuovo investimento da parte del soggetto.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale di III onda: la *mindfulness* nel trattamento del DUS

La terapia cognitivista di stampo "razionalista" proposta da Beck prevedeva, quindi, una modificazione cognitiva nel modo di pensare del paziente e del suo sistema di credenze per creare una modificazione durevole a livello comportamentale (Beck, 1995).

Tutte le teorie di ispirazione cognitivista condividono il presupposto che il trattamento debba implicare una forma di modificazione dei pattern disfunzionali che preveda lo sforzo attivo da parte del soggetto per indurre un cambiamento nelle cognizioni e nelle emozioni.

Con la TCC di terza generazione si assiste all'integrazione tra tradizionali tecniche di modificazione di pattern disfunzionali di pensiero e comportamento con strategie basate sull'accettazione. (Tomas, Carniato, 2015). Queste tecniche terapeutiche emergenti promuovono un atteggiamento di apertura e accettazione nei confronti di eventi psicologici, anche di quelli esperiti come 'negativi'.

Le persone con DUS, si sforzano di controllare la realtà mantenendo solo il "positivo" dell'esperienza ed evitando il "negativo", attraverso l'*addiction* (dipendenza psicologica da una sostanza o da un oggetto spinge alla ricerca dell'oggetto stesso). La dipendenza è caratterizzata spesso da impulsività e vulnerabilità emotiva e la sostanza viene a rappresentare, attraverso il corpo, un sistema di regolazione esterna. Con la *mindfulness* si può esperire una maggiore accettazione ed un minore evitamento delle emozioni difficili, imparando a reagire con uno schema maggiormente comprensivo ed equilibrato, ampliando le proprie competenze emotive. Essa, infatti, propone l'opportunità di guardare alla propria esperienza "negativa" e dolorosa non solo come a qualcosa da cambiare o eliminare, ma come un'esperienza con cui entrare in contatto, accogliendo senza contrastare. L'ampliamento delle capacità metacognitive, favorite da una pratica meditativa, consente al soggetto di acquisire una consapevolezza di quei pensieri intrusivi e di quegli automatismi, ma anche di quei fattori affettivi ed ambientali, che conducono al *craving* (desiderio incontrollabile di ripetere l'uso

della sostanza), alla ricerca ed al consumo di sostanze. Il *training* delle funzioni metacognitive con la *mindfulness* può infatti potenziare la capacità nel prestare attenzione a quegli elementi attivatori del consumo, permettendo di intercettare e gestire i processi cognitivi ed affettivi associati al *craving*, prima che diventino invalidanti (Garland et. al, 2014; Witkiewitz et al., 2014). La dipendenza è un disturbo dell'apprendimento strumentale causato dalla reiterata attivazione del sistema di ricompensa cerebrale da parte delle sostanze d'abuso (Di Chiara, 1999). I comportamenti strumentali appresi e reiterati tendono a trasformarsi in memorie procedurali, in azioni abituali e automatiche, controllate e innescate dagli stimoli associati anche in modo implicito, scarsamente accessibili alla consapevolezza. Il training *mindfulness* sembra favorire la capacità dei soggetti nella gestione delle diverse caratteristiche proprie del *craving*, attraverso una più adeguata comprensione dei meccanismi di innesco ed un processo di defusione, grazie al quale diventa possibile guardare al *craving* in modo aperto, non giudicante e, soprattutto, non reattivo. In questo modo, pur di fronte alla consapevolezza dell'impulso proprio del desiderio incontrollato verso la sostanza, i pazienti possono diventare abili a depotenziare le componenti affettive e motivazionali ad esso collegate. E se spesso gli automatismi determinano l'attivazione di meccanismi patogeni per controllare i processi psichici spiacevoli ed sgraditi attraverso la soppressione, gli studi hanno dimostrato che i tentativi di non pensare a qualcosa hanno un effetto opposto, determinando un'accentuazione dei contenuti cognitivi, affettivi e motivazionali a ciò che si cerca di sopprimere. Per quanto i pensieri intrusivi collegati al consumo siano presenti ed inevitabili nei soggetti dipendenti, essi sono transitori se si

cerca proprio di evitare la soppressione, che, paradossalmente, ne acutizza la presenza nella nostra mente (Kavanagh et al., 2004). Ciò che si richiede ai pazienti, in questi casi, è di "imparare a cavalcare le onde" (Harris, 2012); imparare a navigare, a "*surfare*" sull'onda del *craving*, senza farsi travolgere e senza reagire attraverso automatismi (Bowen et al., 2009).

Gli studi sull'utilizzo della *mindfulness* nel trattamento del disturbo d'uso da sostanze si sono fortemente intensificati nell'ultimo decennio. Sono stati sviluppati diversi protocolli basati sulla *mindfulness*, quali: Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), Mindfulness Oriented Recovery Enhancement (MORE), Mindfulness Training for Smokers (MTS), Moment-by-Moment in Women's Recovery (MMWR) e altri interventi progettati per contrastare quei fattori che facilitano il mantenimento del disturbo d'uso da sostanze e le possibili ricadute. Ed in tutti sono stati riscontrate quelle caratteristiche di intervento su esposte, miranti a favorire la capacità del soggetto di difendersi dai contenuti emozionali collegati al *craving*, attraverso una migliore gestione di tali episodi che si basi, non sull'evitamento, ma sulla capacità di accogliere l'impulso e modificare quegli schemi comportamentali disfunzionali che rispondono ad automatismi ed impulsività.

In una recente revisione, pubblicata nel 2020, nella quale sono stati posti in esame gli studi scientifici sull'applicazione della *mindfulness* nel DUS, pubblicati dal 2017 in poi, sono stati esaminati alcuni punti in comune dei vari protocolli di intervento e la loro efficacia. Il fondamento su cui si basano tutti gli interventi è rappresentato dal portare la propria attenzione sull'esperienza immediata del momento presente. Indipendentemente dalle tecniche impiegate, l'obiettivo della consapevolezza è quello di interrompere

(momentaneamente) la riflessione su eventi passati e la pianificazione di azioni future. La maggior parte dei protocolli che sono stati esaminati hanno previsto pratiche di meditazione sia formali che informali, pianificate per supportare i partecipanti a interrompere il ciclo dei pensieri ed il processo di azione messo in atto dal pilota automatico. Uno dei componenti chiave del DUS, come abbiamo precedentemente visto, è rappresentato dal desiderio di impegnarsi nell'uso di sostanze a causa dell'abitudine o il desiderio di aumentare la sensazione di momentanea piacevolezza, evitando quindi ogni forma e condizione di disagio. Uno degli obiettivi primari degli interventi basati sulla *mindfulness* che sono stati presi in esame, consiste nel portare l'attenzione focalizzata su tutto ciò che sta sorgendo nel momento presente (cioè desiderio, tristezza, dolore, ecc.), senza giudizio e senza la necessità di sopprimere o evitare attivamente quei sentimenti. La prevalenza degli studi considerati ha presentato risultati positivi ed incoraggianti in quelle condizioni di DUS in comorbidità con alti livelli di depressione e sintomi d'ansia. Un altro risultato positivo riscontrato, sono stati gli effetti benefici che gli interventi basati sulla *mindfulness* hanno fatto registrare sulla reattività e sui *bias* di attenzione. Mitigare l'attenzione sostenuta e motivata sui segnali relativi alla sostanza, così come la reazione di un individuo a questi segnali, può rivelarsi uno degli aspetti più vantaggiosi proposti dalla *mindfulness* nel trattamento del disturbo d'uso da sostanza. Un ulteriore fattore che tali protocolli sembrano considerare è lo stress percepito. Molti dei protocolli esaminati hanno dimostrato che i partecipanti, al termine del percorso, avevano un controllo più consapevole e volontario delle situazioni stressanti che avrebbero potuto condurli, precedentemente, all'uso di sostanze.

Questi risultati potrebbero essere collegati al processo di consapevolezza non giudicante proposto in tutti i protocolli. (Korecki et al., 2020).

Si spera che la ricerca futura possa fare maggiormente luce su quei comportamenti sottostanti la consapevolezza, attraverso lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti di valutazione appropriati a determinare più approfonditamente gli effetti degli interventi basati sulla *mindfulness*. Un elemento su cui potrà essere approfondita la ricerca, sarà l'analisi più attenta della durata dei protocolli meditativi, valutando il periodo medio di pratica, efficace per la dismissione e la prevenzione delle ricadute. Molti degli attuali interventi basati sulla *mindfulness* seguono la struttura del protocollo MBSR originale sviluppato da Kabat-Zinn all'inizio degli anni '80 con poche variazioni. L'intero campo della ricerca sulla consapevolezza trarrebbe beneficio dalla verifica delle variazioni rispetto all'intervento standard di otto settimane, inizialmente sviluppato per determinare l'appropriata risposta della meditazione in queste popolazioni cliniche.

Bibliografia

- Bech J. Cognitive therapy. Basis and beyond. Guilford, New York; 1995.
- Bowen S., Chawla N., Collins S., Witkiewitz K., Hsu S., Grow J., Clifasefi S., Garner M., Douglass A., Larimer M.E., Marlatt A. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. [2009; 30\(4\), 295–305.](#)
- Bulli F., Melli G. Mindfulness e Acceptance in Psicoterapia. Eclipsi di IPSICO, Firenze; 2010.
- Carroll Kathleen M., Consoli A. (a cura di). Trattamento della dipendenza da cocaina. Edizione Centro Scientifico, Torino; 2009.
- D'Agnese V. (a cura di). Il lavoro educativo con le fasce deboli. Modelli

teorici ed operativi. Pensa Multimedia, Lecce; 2014.

Ellis A. L'autoterapia razionale emotiva. Erickson, Trento; 1993.

Garland E.L., Manusov E.G., Froeliger B., Kelly A., Williams J.M., and Howard M.O. Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse: Results from an early-stage randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2014; 82(3), 448–459.

Kavanagh D.J., Waghorn G., Jenner L., Chant D.C., Carr V., Evans M., Herrman H., Jablensky A., McGrath J.J. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Issues*, 2004; 66, 115-124.

Korecki J.R., Schwebel F.J., Votaw V.R., Witkiewitz K. Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. 2020; 15: 51.

Harris R. Se il mondo ti crolla addosso. Impara a veleggiare tra le ondate della vita. Erickson, Trento; 2013.

Mascetti W., Il comportamento d'abuso e la dipendenza. In *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino; 1995.

Miller W.R., Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga, e altre dipendenze. Erickson, Trento; 1994.

Pagliarini L., Baldini F. Il trattamento nella dipendenza da cocaina. Protocollo d'intervento cognitivo-comportamentale ambulatoriale per operatori. Franco Angeli, Milano; 2010.

Ravenna M. Psicologia delle tossicodipendenze. Il Mulino, Bologna; 1997.

Rigliano P., Bignamini E. (a cura di), *Cocaina. Consumo, Psicopatologia, Trattamento*, Raffaele Cortina Editore, 2009.

Tomas M., Carniato L. La Mindfulness e la prevenzione delle ricadute nel

trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo. 2015, 6; 91-103.

Zuffa G. (a cura di). *Cocaina. Il consumo controllato*. Gruppo Abele, Torino; 2010.

Psicotraumatologia e medicina nello studio dell'obesità. Un'indagine sperimentale nella Valle di Susa

di **Cristina Peluso (1)**, **Ivan De Marco (2)**, **Claudia Chiavarino (3)**, **Pierangela Schimenti (4)**

Abstract

Il Dottor Felitti afferma la correlazione tra il PTSD ed il BMI come conseguenza dei traumi infantili. Bottaccioli afferma invece che l'infiammazione può comportare l'obesità e l'insorgenza del disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Lo studio vuole verificare: la correlazione tra PTSD e BMI, la correlazione tra PTSD e infiammazione, la correlazione tra livello di obesità e QoL, la correlazione tra istruzione e BMI ed il PTSD attraverso l'uso di psicofarmaci. In collaborazione con la dott.ssa Schimenti è stato selezionato con campionamento casuale un gruppo di 45 pazienti obesi (≥ 18 anni, Valle di Susa). Questi soggetti sono stati testati attraverso 2 questionari self-report. Il questionario per il PTSD era MSS-C e per la valutazione della QoL l'EQ-5D. Le analisi dei dati sono state elaborate dal software SPSS. Il campione è composto da 11 uomini e 34 donne con un'età media di 53,40 anni e un BMI medio di 39,33. I pazienti assumono farmaci anti-infiammatori nel 44,4% e psicofarmaci nel 37,8% dei casi. Il 6,7% delle persone selezionate ha un livello di istruzione elementare, il 64,4% intermedio, il 24,4% superiore e solo il 4,4% ha una laurea. Durante lo studio è stata confermata la correlazione statistica tra PTSD e BMI. È stata confermata la correlazione tra PTSD e consumo di psicofarmaci e anche la correlazione inversa con il livello di istruzione. Inoltre, è stata confermata anche la correlazione tra PTSD e infiammazione in rapporto a QoL e BMI.

Parole chiave:

PTSD, obesità, disturbo del comportamento alimentare, trauma, infiammazione, QoL, MSS-C, EQ-5D

***Corrispondenza**

Cristina Peluso, Laurea in psicologia dello sviluppo e dell'educazione presso IUSTO (Istituto Universitario Salesiano Torino).

Italia: +39 3278461465, E-mail: cristipel@libero.it

¹ Laurea in Psicologia dello sviluppo e dell'educazione

² Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo clinico, Accredited practitioner in EMDR, Professore universitario presso IUSTO.

³ Psicologa e psicoterapeuta, professoressa di psicologia e psicometria e Responsabile della Ricerca universitaria presso l'Istituto Universitario Salesiano di Torino (IUSTO).

⁴ Dottoressa di Medicina generale specializzata in Diabetologia e Malattie del ricambio.

Introduzione:

Negli ultimi anni il problema dell'obesità è aumentato molto soprattutto tra i giovani, il cui rischio di incorrere in problemi fisici, sociali e psicologici, è sempre più elevato. L'obesità causa un calo significativo della qualità e dell'aspettativa di vita (Cefalu, 2015). La disabilità nella vita di tutti i giorni è una delle conseguenze più invalidanti dell'obesità grave, che interferisce pesantemente con l'aspettativa di vita e con la qualità della vita (Disord, 2010). Alcuni studi riguardanti la sfera psicosociale confermano che la persona obesa presenta una forte

insoddisfazione per la propria immagine corporea rispetto alle persone normopeso (Cernelic-Bizjak, 2014). L'obesità può suscitare un senso di vergogna e di inadeguatezza nei confronti del proprio corpo e questo può condizionare il paziente portandolo ad autoisolarsi, evitando palestre o luoghi di ritrovo per non incorrere in sgradevoli commenti. È quindi necessario sottolineare come la sfera sociale influenzi quella biologica e come la sfera biologica possa influenzare quella sociale; questo porta la persona ad una forma di isolamento (Oliva, 2010). Il luogo in cui la persona vive, cresce e si forma è un fattore fondamentale nel determinare il tasso di obesità nel mondo (Obesity, 2015). La ricerca condotta dall'EASO conferma che esiste una corrispondenza tra il livello di istruzione e l'obesità. In Italia, gli adulti obesi con diploma di scuola superiore coprono il 6,5% delle statistiche contro il 16,8% degli adulti obesi con diploma di scuola primaria (Obesity, 2015). L'OMS dichiara che dal 1980 il numero di persone obese è più che raddoppiato in tutto il mondo, infatti oggi gli adulti in sovrappeso raggiungono il 39% e gli obesi sono il 13%: (Lidia, 2017) di questo 13%, il 5% sono maschi e l'8% femmina. L'OMS prevede inoltre che l'obesità sarà presente nel 70% della popolazione entro il 2030. In molti Paesi europei la patologia legata all'eccesso di peso è aumentata di tre volte dal 1980 e la ricerca condotta nel 2015 dall'OMS rivela che un soggetto su due è in sovrappeso e uno su cinque è francamente obeso (Nicolucci, 2015).

L'obesità è in aumento soprattutto nei paesi del Nord Europa. Infatti, uno studio condotto in Finlandia dall'EHIS ("European Health Interview Survey" nel 2014) ha mostrato che la prevalenza della malattia è raddoppiata nell'arco di un ventennio, raggiungendo il 18,3% della popolazione. Nello stesso anno in

Estonia è stata riscontrata una percentuale del 20,4% mentre Francia e Spagna (da un'incidenza iniziale del 7% nel 1994) oggi superano il 15% della diagnosi di obesità (Lidia, 2017). Oltre alla predisposizione genetica, le cause riconosciute includono importanti fattori ambientali o stili di vita scorretti, come lo stile di vita sedentario. Nella stragrande maggioranza dei paesi europei, gli adulti in sovrappeso e obesi superano la metà della popolazione. L'OMS Europa nel 2013 aveva proposto misure di prevenzione per contrastare la diffusione di questa patologia su più fronti (ISTAT, 2015). Le conseguenze dell'obesità sono gravissime: oggi in Europa circa 2,8 milioni di persone muoiono a causa delle conseguenze del sovrappeso (Civitani, 2018). I gruppi sociali più svantaggiati hanno una doppia probabilità di incorrere in patologie rispetto alle classi sociali più elevate. L'obesità è considerata responsabile della compromissione del benessere della persona e fattore predisponente alla morte prematura. Per ridurre la diffusione di questo grave problema sociale, i 53 Stati membri della Regione Europea dell'OMS nel 2012 hanno individuato una serie di obiettivi da raggiungere entro il 2020 con lo scopo di ridurre il gap economico e promuovere la salute delle persone (Gilardi, 2015).

Rispetto ai 28 paesi dell'UE (51,7%), differisce la popolazione di Italia e Francia, con valori inferiori al 43% di eccesso di peso. Inoltre, c'è una maggiore disparità per quanto riguarda il livello di istruzione: in Italia la scarsa scolarità e l'eccesso di peso sono direttamente proporzionali. Infatti, gli individui con un basso livello di istruzione hanno una probabilità che supera il 60% di essere in sovrappeso, a differenza del resto dei paesi europei che non superano il 40% (BES, 2017). I dati raccolti dall'OMS nel 2015 sulla base del BMI mostrano che la popolazione

italiana normopeso rappresenta il 51,8%, la popolazione sottopeso il 3% e il 45,1% è in eccesso di peso (ISTAT, Fattori di rischio per la salute:

2

fumo, obesità alcool e sedentarietà, 2016). L'obesità colpisce circa il 10% degli adulti, una percentuale significativamente inferiore a quella di altri paesi europei in cui l'obesità raggiunge il 15,9% (Lidia, 2017). Nel 2016 la speranza di vita nazionale e il benessere psicofisico degli individui hanno evidenziato un peggioramento legato alla presenza della patologia. Attraverso un'attenta prevenzione, diagnosi precoce e screening periodico, le morti premature potrebbero essere significativamente ridotte (BES, 2017). Come affermato in precedenza, l'obesità è una malattia mondiale. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, insieme all'Istituto Superiore di Sanità, hanno avviato un progetto denominato "PASSI" ("Progress in Healthcare Companies for Health in Italy"). Dopo aver condotto studi sperimentali nel 2007, il progetto è entrato a far parte di tutte le Organizzazioni Sanitarie del Piemonte nel 2010. PASSI si occupa di monitorare la salute della popolazione, collaborando con Regioni e Province italiane, approfondendo stili di vita, incidenza di malattie croniche, fattori di rischio per la salute e promuovere la conoscenza da parte dei cittadini delle strategie di prevenzione attuate dal Paese. Le ricerche effettuate da PASSI avvengono attraverso l'estrazione casuale di alcuni residenti il cui unico criterio di inclusione o esclusione è quello di avere un'età compresa tra i 18 ei 69 anni. Attraverso telefonate annuali, gli operatori dell'ASL intervistano i residenti chiedendo loro di rispondere alle domande di un questionario anonimo standardizzato, sul quale viene successivamente condotta

un'analisi dei dati raccolti a livello locale, regionale e nazionale (Fossati, 2017). I risultati consentono di creare un "indicatore sentinella" che valuta lo stato di avanzamento dei Piani Regionali di Prevenzione implementati. PASSI è un sistema di sorveglianza epidemiologica che, secondo la Direzione Generale della Salute della Commissione Europea, è una pratica raccomandata in tutti gli altri Stati dell'Unione Europea (EpiCentro, 2018). Il progetto si è impegnato a raccogliere dati nazionali su un arco di tempo che va dal 2008 al 2017, dividendo l'Italia in tre settori: Nord, Centro e Sud. La regione con una prevalenza di obesità particolarmente elevata è la Campania con il 14,6%, seguita da Sicilia e Calabria in ordine decrescente, le cui percentuali oscillano intorno al 13%, seguita dalla Puglia

12,3%). Molise, Emilia-Romagna, Abruzzo e Umbria hanno valori che oscillano intorno all'11%. Tutte le restanti regioni sono al di sotto del valore medio nazionale fino alla Provincia di Bolzano (7,3%) che presenta la percentuale di obesi più bassa di tutta Italia. In Italia il sovrappeso colpisce il 33% della popolazione mentre almeno una persona su dieci soffre di vera e propria obesità, con importanti ricadute sul benessere psico-fisico (Nicolucci, 2015).

La continua sorveglianza effettuata dal PASSI conferma che il 4% della popolazione (circa 16mila italiani, per lo più femmine) è sottopeso, mentre 6 persone su 10 rientrano nella fascia di peso normale. Le persone in sovrappeso sono 113mila e 35mila obese (over 50) di cui solo 3 su 10 seguono una dieta. Queste condizioni fisiche sfavorevoli alterano la percezione degli individui riguardo al loro stato di salute. Il PASSI, infatti, ha proposto agli intervistati una domanda riguardante l'auto-percezione del peso corporeo. Tra i soggetti a cui è stato chiesto quale percezione avessero del proprio peso corporeo, il 45,4% delle persone in sovrappeso e l'87,3% delle persone obese hanno risposto "troppo alto". Le osservazioni fatte dall'associazione mostrano che 6 persone su 10 valutano la propria salute in modo positivo e solo 3 con discrezione. La percezione negativa sembra essere solitamente scelta dalla donna che presenta difficoltà economiche e problemi di salute, circa 12mila persone all'interno della popolazione italiana. Questo dato rimane costante con il passare del tempo e corrisponde ai dati regionali registrati in Piemonte (Cosola, 2012). La percezione del deterioramento della propria salute è direttamente proporzionale all'aumento dell'età; infatti, oltre i 65 anni, condizioni di salute insoddisfacenti sono segnalate in circa il 20% degli intervistati (ISTAT, 2015). Nel nostro Paese, il Governo,

insieme alle Regioni e alle Province, ha in programma di intraprendere un progetto di prevenzione contro il diabete e l'obesità incentrato su strategie socio-sanitarie che mirano a correggere gli errori più grossolani legati ai condizionamenti della società moderna. Gli specialisti di riferimento sono il dietologo e il diabetologo, in grado di indirizzare la popolazione verso un modello alimentare di tipo mediterraneo e uno stile di vita che contrasta la sedentarietà (Cucinotta, 2018). Dall'analisi dei dati

3

ottenuti è emerso che la grande maggioranza degli italiani e, in particolare dei piemontesi, dichiara di godere di uno stato di salute buono o discreto. Inoltre, questo dato appare stazionario a livello nazionale ma migliora ai confini piemontesi (Migliardi, 2014). Nel 2013 la popolazione ha avuto una minore prevalenza di eccesso di peso rispetto all'intera nazione: il 35% dei casi rispetto al 41% del dato nazionale (Piemonte, 2014-2018). Un'indagine condotta nel 2015 dall'ISTAT ha nuovamente evidenziato la discrepanza tra i valori di eccesso di peso regionali e nazionali; l'analisi riporta una prevalenza del 47,6% a livello nazionale contro il 43,3% a livello della regione Piemonte (ISTAT, 2015). Il territorio era ulteriormente suddiviso in cinque frazioni tutte dipendenti dalla ASL TO3 una di queste era la Val Susa-Val Sangone. La ASL TO3, in accordo con il Piano Sanitario Nazionale e Regionale, ha il compito di garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione secondo le esigenze territoriali ed epidemiologiche. La ricerca condotta dal PASSI sulla popolazione ASL TO3 ha rilevato che oltre la metà degli individui di età superiore ai cinquant'anni è in sovrappeso e di questi il 40% dichiara di essere in buone condizioni psicofisiche

(Cosola, 2012). Nel 2017 c'è stata una variazione significativa delle percentuali: è diminuita la prevalenza di persone con peso normale (47%) e in soli tre anni è aumentata la popolazione in eccesso (52%) di cui il 36% in sovrappeso e il 16% sono obesi. L'obesità di primo grado è rappresentata dal 75%, l'obesità di secondo grado dal 17% e di terzo grado dall'8%, avendo quindi raggiunto, in pochi anni, più del doppio del valore iniziale (ASLTO3, 2017). Dalle interviste effettuate emerge che l'IMC non sempre coincide con la percezione della propria condizione; infatti nella ASL TO3 è emersa una correlazione tra l'indice di massa corporea e la dispercezione del proprio peso nel 67,19% degli obesi. Il 74,58% dei soggetti in sovrappeso, invece, considera "adeguata" la propria condizione fisica. L'OMS ha ideato iniziative internazionali per promuovere la salute pubblica: questo è ormai considerato un valore multidimensionale influenzato dalla qualità della vita e dal benessere psicologico. Le indagini condotte in Italia negli ultimi anni tendono a focalizzarsi sulla percezione della qualità della vita dal punto di vista psichico, fisico e sociale (Migliardi, 2014).

L'esperienza traumatica colpisce il 70-90% della popolazione e, mentre la maggior parte delle persone mostra buone capacità di recupero, una minoranza significativa svilupperà probabilmente una patologia. Oltre all'ansia, alla depressione e al disturbo da stress post-traumatico ("Disturbo post-traumatico da stress"), le possibili conseguenze includono l'abuso di sostanze e i disturbi alimentari (Helpman, 2017). Questi studi sono stati ulteriormente approfonditi da Vincent Felitti e Anda Robert del "Center for Disease Control" ("CDC, San Diego Department of Preventive Medicine in California"), la cui ricerca ha confermato che la presenza di un PTSD è associata

a un aumento del rischio di obesità. Felitti ha scoperto che il maltrattamento sui minori è tra le cause più comuni di obesità. I risultati di uno studio longitudinale (con 17.000 persone su un periodo di 16 anni) condotto negli Stati Uniti hanno mostrato che il 41,7% delle donne che avevano subito abusi durante l'infanzia ha successivamente sviluppato un PTSD (Duncan, 2015). Felitti ha ritenuto importante approfondire gli studi ACE ("Adverse Childhood Experiences"). Ricerche successive hanno dimostrato che i traumi infantili e il conseguente disturbo da stress post-traumatico possono causare obesità, allucinazioni, depressione, tentativi di suicidio, abuso di sostanze e persino diversi tipi di cancro nella vittima. Questi studi confermano quindi l'esistenza di una correlazione tra obesità e disturbo da stress post-traumatico (Larkin, 2014). Per supportare ulteriormente questa tesi, è stata studiata la correlazione tra maltrattamento sui minori, disturbo da stress post-traumatico e BMI, trovando l'esistenza di un disturbo da stress post-traumatico nelle persone obese a causa di maltrattamenti subiti durante l'infanzia. Quindi l'obesità si conferma come un possibile moderatore della relazione tra i sintomi del disturbo da stress post-traumatico e la memoria traumatica. Pertanto, il PTSD sembra essere un mediatore delle associazioni tra l'aumento del BMI e l'esperienza del maltrattamento nell'infanzia. Infatti, le donne vittime di traumi infantili sono particolarmente a rischio di obesità rispetto a coloro che non ne hanno sofferto (Duncan, 2015). Per questi pazienti l'obesità non è il problema, ma la soluzione; per loro l'obesità era solo una forma diversa con cui esprimevano la complessità e la natura del disagio sperimentato (Felitti V. M., 2001). In queste persone

sono state adottate terapie molto efficaci per il recupero della forma fisica, ma il solo dimagrimento non ha risolto il problema, ha solo tolto loro l'unica strategia adottata per affrontare il disturbo (Sachs- Ericsson, 2017).

Felitti diceva che parlare di “malattia dell'obesità” è sbagliato, infatti la ricerca compulsiva del cibo è comune a diverse forme di dipendenza. I benefici psicoattivi del cibo sono importanti anche se non terapeutici. Se parliamo del prossimo morso, della prossima sigaretta, del prossimo partner sessuale, del prossimo drink o della prossima dose di qualsiasi sostanza chimica psicoattiva, il concetto è ugualmente applicabile (Rehkopf, 2016). Grazie ai dati ottenuti dalle ricerche e ai numerosi studi in letteratura, Felitti ha riconosciuto che l'eccessiva assunzione di cibo non è alla base del problema, ma è una possibile soluzione. “L'obesità è il marker del problema, proprio come fumare per una casa in fiamme” (Felitti M. J., 2012). Spesso l'obesità è uguale alla soluzione di un'esperienza traumatica che il tempo ha seppellito a causa della vergogna, della segretezza e dei tabù sociali contro l'esplorazione di alcune aree dell'esperienza umana.

Questa tesi sperimentale intende approfondire la connessione tra disturbi mentali e patologie fisiche, in particolare tra PTSD e obesità e tra obesità e QoL (“Qualità della vita”). Durante lo studio sono stati analizzati diversi articoli scientifici riguardanti il disturbo da stress post-traumatico e l'obesità, partendo dall'ipotesi che individui traumatizzati possano aver sviluppato un disturbo che porta a considerare il cibo come una forma di compensazione della sofferenza mentale. Parallelamente sono stati analizzati gli scritti di Bottaccioli che correlano tre variabili: obesità, disturbo da stress post-traumatico e infiammazione. Bottaccioli ha affermato

che gli eventi stressanti della vita potrebbero portare all'attivazione di meccanismi pro-infiammatori considerati la principale causa della conseguente obesità. Secondo Bottaccioli, la preferenza per cibi ipercalorici potrebbe determinare l'insorgenza di disturbi psichici come la depressione o il disturbo da stress post-traumatico, attivando così un processo di condizionamento bidirezionale tra fattori psichici e fisici. Si precisa che per queste affermazioni l'autore non riporta bibliografia scientifica. Si è quindi deciso di somministrare materiale sperimentale ad un campione di popolazione affetta da obesità lieve, media e grave per indagare la relazione tra le suddette variabili. Il quesito di ricerca dello studio si concentra sull'ipotesi di una possibile associazione tra PTSD, obesità e infiammazione e qualità della vita e individua in futuro una potenziale strategia di intervento.

Ipotesi di ricerca:

- a) Verificare l'esistenza di una correlazione tra il PTSD e il grado di obesità, ipotizzandone una maggiore prevalenza nelle persone con obesità grave;
- b) Verificare l'esistenza di una correlazione tra PTSD e infiammazione, traendo le informazioni da eventuali terapie con farmaci antinfiammatori;
- c) Verificare l'esistenza di una correlazione inversa tra grado di obesità e QoL;
- d) Verificare l'esistenza di un disagio psichico (PTSD) indagando l'assunzione di psicofarmaci,

ansiolitici o antidepressivi.

- e) Verificare l'esistenza di una correlazione inversa tra il grado di istruzione ed il BMI.

5

Metodo

Partecipanti:

I pazienti invitati a prendere parte a questo progetto di tesi costituiscono un campione rappresentativo della popolazione adulta valsusina. I criteri di inclusione riguardano un'età superiore ai 18 anni, un BMI superiore/uguale a 30 (che sottintende il valore minimo di BMI identificativo di obesità) e la distribuzione geografica (tutti residenti nella Valle di Susa). Sono stati indagati: il sesso, l'età, il BMI, il grado di obesità, l'assunzione di psicofarmaci, l'assunzione di antinfiammatori e il livello di scolarità dei partecipanti. Il campionamento casuale ha portato alla partecipazione di 11 uomini (24,24%) e 34 donne (75,6%) per un totale di N=45 pazienti. La dottoressa Schimenti ha calcolato per ciascuno l'indice di massa corporea (BMI) misurando il peso (espresso in kg) e dell'altezza (espressa in metri) usando la seguente formula: $BMI = m/(h^2)$. La media delle età dei 45 partecipanti è pari a $M = 53,40$ anni (deviazione standard $\delta = 14,785$) mentre la media del BMI è pari a $M = 39,333$ (deviazione standard $\delta = 5,3294$).

Strumenti statistici:

Il materiale di ricerca distribuito consiste in due test: "Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder" (MSS-C) finalizzato a valutare la presenza di un PTSD. Il secondo mirava all'autovalutazione della QoL: "European Quality of Life-5

Dimension" (EQ-5D). L'MSS-C, nato nel 1988 studia un trattamento per i veterani della guerra del Vietnam, grazie alla collaborazione tra T.M. Keane, J.M. Caddell e K.L. Taylor che compone il "Post-traumatic Stress Disorder Center, Veteran Administration Medical Center di Boston" (Lauterbach D. V., 1997). Si tratta di uno strumento con indicatori di validità e affidabilità particolarmente significativi (split-half $r = .80$). La scala MSS-C sembra essere fortemente correlata agli indicatori di disagio psicologico per cui è considerata un indicatore importante sia della rilevazione del disturbo da stress post-traumatico che del disagio sperimentato dall'individuo. L'MSS-C è molto simile alla sua versione militare. Nella versione militare, le persone sono invitate a rispondere a dichiarazioni riguardanti le sequele delle loro esperienze di guerra mentre nella versione civile il questionario di autovalutazione indaga le esperienze generiche (Lauterbach DV, 1997) e riporta undici item riformulati in modo da sostituire il riferimento a servizio militare con un riferimento più generico al passato. L'MSS-C è composto da 35 item, per ognuno dei quali l'autovalutazione si basa su una scala Likert a 5 punti: "per niente vero", "non molto vero", "un po' vero", "molto vero" e "assolutamente vero". Le voci sono divise in due parti, la prima metà delle quali mette in relazione il sintomo con un evento specifico (ad esempio: "I rumori imprevisti mi fanno saltare dall'evento"), mentre la seconda ha un contenuto più generico (ad esempio: "Sono in grado di essere emotivamente vicino agli altri"), (Norris, 1996). Il questionario ha un punteggio totale che si ottiene sommando le risposte del paziente; i punteggi vanno da un minimo di 35 a un massimo di 175 punteggi (Inkelas, 2000).

Il test scelto per misurare la qualità della vita è "EUROQoL". Questo strumento è

stato studiato da un gruppo di ricercatori di cinque paesi del Nord Europa (Inghilterra, Finlandia, Olanda, Norvegia e Svezia), da cui il nome "EuroQol". Il gruppo di ricercatori è stato fondato nel 1987 e nel 1990 è avvenuta la prima distribuzione del test in diversi paesi. Da questa prima analisi sono emerse tutte le possibili combinazioni di condizioni di salute e nel 1991 è stata pubblicata la bozza finale con il nome di "EQ-5D" ("European Quality of Life-5 Dimension"), (Szende, 2007). Il questionario EQ-5D è un self-report. Questo test è stato progettato per valutare la qualità della vita percepita dall'individuo indipendentemente dalla malattia diagnosticata o dai trattamenti proposti; è uno strumento standard che

6

può essere utilizzato in tutte le malattie. Il questionario analizza la QoL da due prospettive: la prima prevede una valutazione oggettiva delle condizioni psichiche e fisiche complessive, la seconda propone un'analisi della percezione soggettiva dell'individuo del suo stato. Esistono infatti item mirati alla specificità della malattia e quindi sono più sensibili ad una specifica patologia. Questo processo permette di ottenere un indice misurato dal punto di vista del paziente stesso (Balestroni, Bertolotti, 2012, p. 155– 156). Grazie alla sua facilità e rapidità di somministrazione, il questionario rappresenta un utile strumento di screening su ampie popolazioni. (Balestroni & Bertolotti, 2012) Le istruzioni per la compilazione dell'EQ-5D sono incluse nel questionario stesso, non richiede alcuno sforzo cognitivo e bastano pochi minuti per completarlo. La prima parte del questionario fornisce un sistema descrittivo incentrato su cinque dimensioni: la capacità di muoversi, la cura personale, le attività di routine, il

dolore o il disagio e l'ansia e la depressione.

Il test indaga il periodo corrente e il paziente è invitato a indicare il proprio stato di salute contrassegnando la casella che riporta la frase più appropriata per il proprio stato (Szende, 2007). La seconda parte dello strumento è "EQ-VAS" che è una scala analogica, visiva, orizzontale di 20 cm. I punteggi vanno da 0 a 100, dove 0 rappresenta il "peggiore stato di salute immaginabile" e 100 rappresenta il "miglior stato di salute immaginabile". Gli intervistati segnano direttamente sulla scala il punteggio corrispondente al proprio stato di salute il giorno della compilazione (Yu, 2015). Gli stati di salute definiti dal sistema descrittivo EQ-5D, possono essere convertiti in un unico valore applicando una formula che essenzialmente attribuisce valori (detti anche "pesi"), a ciascuno dei livelli di ciascuna dimensione (Mandy, 2014). Ogni item ha tre livelli di risposta graduata sulla percezione del proprio stato: livello 1 (nessun problema), livello 2 (alcuni problemi), livello 3 (molti problemi).

Le cinque dimensioni indagate e i tre livelli di risposta danno luogo a 243 (3⁵) possibili condizioni di salute e consentono di cogliere l'assenza o la presenza di eventuali problemi oltre alla loro intensità (moderata o grave). Riportando il valore corrispondente ad ogni dimensione indagata si ottiene un numero di cinque cifre che descrive lo stato di salute della persona. Ad esempio, un EuroQol con le risposte "11111" descrive un individuo che non ha problemi nelle dimensioni descritte. Invece un EuroQol di "11123" descrive un individuo che non ha problemi fisici (deambulazione, cura di sé e attività abituali), soffre di un leggero dolore o disagio ed è in uno stato di profonda depressione. L'algoritmo permette di sintetizzare le informazioni raccolte

attraverso il punteggio finale che è la somma dei pesi attribuiti ad ogni risposta: in questo modo si otterrà un punteggio compreso tra 0 e 1 (Mandy, 2014).

La formula prevede inoltre l'esistenza di due costanti: la prima che deve essere aggiunta se il paziente ha qualche disfunzione fisica, la seconda che deve essere aggiunta solo se il soggetto supera il livello 3 anche se solo per una delle dimensioni.

Procedura:

La distribuzione dei questionari è stata effettuata presso lo studio medico del Dott. Schimenti che ha descritto oralmente, a ciascun individuo, le finalità della ricerca e le modalità di completamento delle prove, con la raccomandazione di compilarle alla volta presso il proprio domicilio di tranquillità e solitudine. Ad ogni soggetto sono stati dati 5 fogli identici pinzati insieme e contenenti, in ordine, il test QoL e poi l'MSS-C. Le variabili coinvolte in questo studio sono: PTSD, obesità, uso di psicofarmaci, uso di farmaci antinfiammatori e livello di istruzione di ogni paziente.

7

Sono state studiate le seguenti correlazioni tra le variabili:

- a) PTSD e grado di obesità;
- b) PTSD e infiammazione;
- c) il grado di obesità e la qualità di vita;
- d) PTSD e farmaci psicotropi;

- e) Grado di obesità e livello di istruzione.

Una volta caricata la matrice dati sul database, è stato utilizzato un software dedicato denominato SPSS, attraverso il quale è stato possibile ottenere i risultati delle frequenze assolute e delle percentuali di ogni variabile rispetto al campione totale del paziente, oltre alla tabella delle correlazioni.

Risultati:

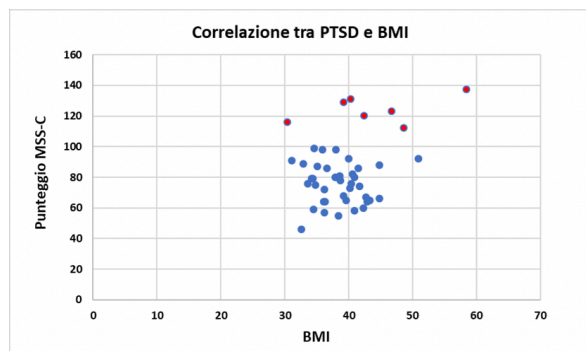
Le analisi di correlazione mostrano un'associazione significativa tra il BMI e il punteggio MSS-C totale ($r = .325$, $p = .030$): il BMI aumenta quando il punteggio nel test del disturbo post-traumatico aumenta (Figura 1). Tuttavia, esiste anche una correlazione significativa tra BMI e QoL. Dalle statistiche descrittive è stato possibile individuare le caratteristiche tipiche del campione esaminato.

Figura 1: La correlazione tra il PTSD ed il BMI

I 45 pazienti, ottenuti mediante campionamento casuale, appartenevano alla femmina nel 75,6% (34

pazienti) e al maschio nel 24,4% dei casi (11 pazienti), pari a circa un quarto del totale.

Dal campione è emerso che il grado di obesità prevalente è il terzo (44,40%, pari a 20 pazienti) cioè il più grave, con una prevalenza pari esattamente al doppio dei casi di obesità di primo grado (22,20%, pari a 10 pazienti), (Figura 2).



8

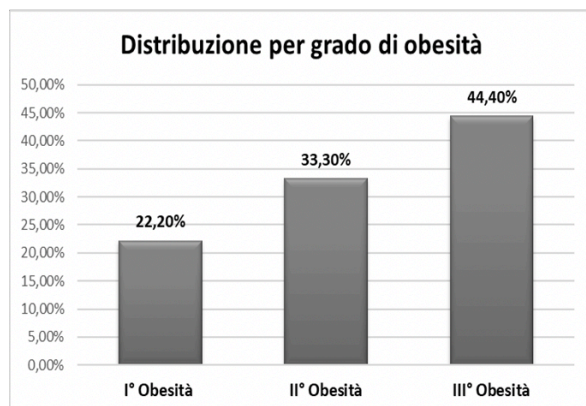
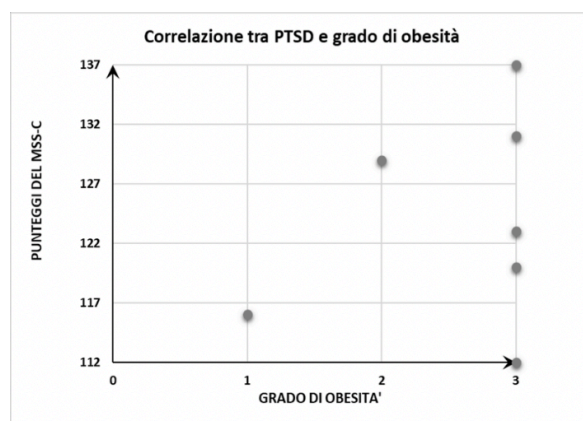


Figura 2: Distribuzione per grado di obesità

L'indagine statistica mostra che circa la metà dei pazienti (20) assume farmaci antinfiammatori. Dall'esame della cartella clinica risulta che poco più di un terzo (37,80%, pari a 17 pazienti) del campione assume farmaci psicotropi (ansiolitici o antidepressivi). La maggior parte del campione possiede un diploma di scuola secondaria inferiore (64,40%, pari a 29 pazienti), seguito da un diploma di scuola media superiore (24,40%, pari a 11 pazienti). Nel 6,70% dei casi le materie hanno un diploma di scuola primaria (3) e solo il 4,40% si è laureato (2 pazienti). A partire da queste statistiche sono stati ottenuti altri grafici che esprimono la distribuzione del PTSD rispetto al campione. Il grafico mostra i punteggi significativi di PTSD al test MSS-C rispetto ai diversi gradi di obesità: si può notare che il primo e il secondo grado di obesità presentano un solo caso di PTSD, mentre nel terzo ci sono cinque casi di miglior punteggio.

Secondo gli autori del MSS-C, i punteggi significativi che indicano la presenza di una positività al disturbo da stress post-traumatico sono nel range tra 130 ± 18 , o nel caso presente tra 112 e 148. I punteggi inclusi in questo sono stati trovati sette: 112, 116, 120, 123, 129, 131 e 137.

Figura 3: Correlazione tra PTSD e grado di obesità 9



L'analisi dei dati è stata effettuata tenendo conto dei limiti della ricerca, ovvero del fatto che il campione ha limiti numerici importanti (solo 45).

Tornando alle ipotesi iniziali, sono state approfondite le seguenti correlazioni: La prima ipotesi di ricerca è stata:

a) Verificare l'esistenza di una correlazione tra il PTSD e il grado di obesità, ipotizzando una maggiore prevalenza nelle persone con obesità grave;

Esiste un'associazione significativa tra il BMI e il punteggio MSS-C totale, così come il BMI aumenta quando aumenta il punteggio nel test del disturbo post-traumatico. Tuttavia, esiste una correlazione significativa tra BMI e QoL. Per approfondire i risultati si è deciso di elaborare graficamente i dati ottenuti su un piano cartesiano. I risultati MSS-C sono stati posti sull'asse delle ordinate mentre i dati relativi al BMI del campione sono stati inseriti sull'asse delle ascisse.

La seconda ipotesi di ricerca era la seguente:

b) Verificare l'esistenza di una correlazione tra PTSD e infiammazione, traendo informazioni da eventuali terapie con farmaci antinfiammatori;

Per rispondere a questa ipotesi di ricerca sono stati raccolti dati statistici relativi all'assunzione di farmaci antinfiammatori da parte dei pazienti del campione in esame. È emerso che questa ipotesi (proposta in letteratura da Bottaccioli) non è confermata in quanto tra tutti i pazienti che assumono terapie antinfiammatorie, la percentuale di coloro che soffrono di PTSD (42,80%) è statisticamente inferiore a quelli non affetti da PTSD (44,73 %).

La terza ipotesi di ricerca richiesta per:

c) Verificare l'esistenza di una relazione inversa tra il grado di obesità e QoL;

Rispetto a questa ipotesi di ricerca, lo studio di correlazione ha mostrato risultati significativi. Il campione presentava varie disfunzioni fisiche legate a diversi gradi di obesità con importanti limitazioni delle attività quotidiane.

La quarta ipotesi di ricerca richiesta per:

d) Verificare l'esistenza di una malattia mentale (PTSD) indagando sull'assunzione di farmaci psicotropi (ansiolitici o antidepressivi).

Questa ipotesi di ricerca è stata ampiamente confermata dalle percentuali di pazienti con disturbo da stress post-traumatico che assumono psicofarmaci nel 71,40% dei casi rispetto al 31,57% di tutti gli altri pazienti del campione in esame.

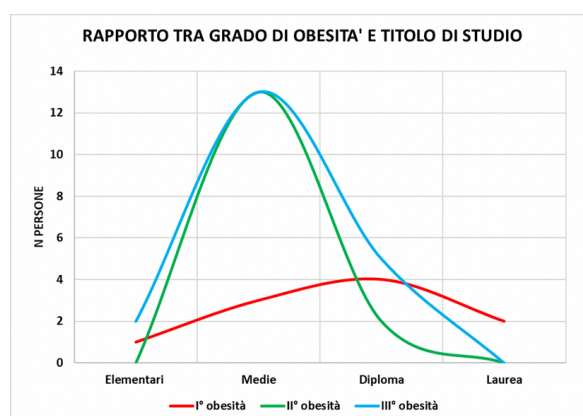
10

L'ultima ipotesi di ricerca richiesta:

e) Verificare l'esistenza di una correlazione inversa tra il livello di istruzione ed il BMI.

Per verificare questa ipotesi di ricerca, sono stati studiati i livelli di istruzione per ciascuna banda di BMI corrispondente ai tre gradi di obesità. Nei pazienti con $30 < \text{BMI} < 34,9$ si evidenzia un livello di istruzione elevato, di cui due lauree (20%) aventi un livello di istruzione elevato pari al 60%. D'altra parte, per i pazienti con un BMI compreso tra $35 < \text{BMI} < 39,9$ è dimostrato che solo il 13,33% (2 pazienti su 15) ha un livello di istruzione elevato. Il grafico mostra che solo 5 pazienti su 20 hanno un livello di istruzione elevato. I risultati mostrano che i più alti livelli di BMI corrispondono a bassi livelli di istruzione, confermando l'ipotesi che esista una correlazione inversa tra BMI e livello di istruzione. È importante sottolineare che tra i sette pazienti con PTSD solo uno ha un livello di istruzione superiore (diploma) e due hanno il livello di scuola elementare (Figura 4).

Figura 4: Rapporto tra grado di obesità e titolo di studio



11

Conclusioni:

Questa tesi ha correttamente ed efficacemente confermato le ipotesi di

ricerca, nonostante i limiti precedentemente sottolineati. La prima ipotesi è stata confermata da valori statistici particolarmente significativi e dalla successiva analisi globale dei dati ottenuti, secondo quanto affermato da Felitti. Pertanto, si presume che queste persone abbiano subito un trauma durante l'infanzia e che successivamente abbiano sviluppato l'obesità come conseguenza e gestione del trauma vissuto. La seconda ipotesi, le teorie di Bottaccioli, che prevedevano di dimostrare l'associazione tra infiammazione, obesità e PTSD, non è stata confermata. Dai nostri dati non esiste una relazione significativa tra PTSD, obesità e infiammazione. Si presume che la cascata di eventi preveda l'insorgenza di infiammazioni (articolari e vascolari) solo come conseguenza dell'eccesso di peso e non come causa. La terza ipotesi, il rapporto tra obesità e QoL, ha dato risultati significativi, evidenziando come le persone con livelli di BMI elevati presentino serie difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. La quarta ipotesi di ricerca ha dimostrato la correlazione tra PTSD e disagio psichico attraverso l'analisi delle cartelle cliniche da cui è emerso che la maggior parte dei pazienti affetti da PTSD assume quotidianamente farmaci psicotropi (ansiolitici o antidepressivi). Anche la quinta ipotesi di ricerca ha portato a risultati significativi: è stato possibile dimostrare la correlazione inversa tra BMI e titolo di studio, rivelando che un titolo di studio basso è correlato a un maggior rischio di obesità (Figura 4). Probabilmente questa statistica indica che, oltre a considerare il cibo come una forma di compensazione della sofferenza mentale, un basso livello di scolarizzazione implica una scarsa conoscenza del problema, dei conseguenti danni fisici (anche gravissimi). Questo studio mostra che

l'obesità è la proiezione di un disturbo ed è quindi necessaria una valutazione psicologica o psichiatrica preventiva prima di impostare qualsiasi trattamento per i pazienti obesi al fine di identificare i fattori che potrebbero contribuire al successivo sviluppo di un disturbo alimentare.

12

Bibliografia

- ASLTO3. (2017). ASL TO3: il 5% dei cinquantenni è ad alto rischio cardiovascolare. *ASL TO3 Azienda Sanitaria di Collegno e Pinerolo*, 2.
- Balestroni, G. &. (2012). EuroQoL-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life . 155.
- BES. (2017). Migliora la speranza di vita. *Salute*, 31-43.
- Cefalu, W. B.-S. (2015). Advances in the Science, Treatment, and Prevention of the Disease of Obesity: Reflections From a Diabetes Care Editors' Expert Forum. . *Diabetes care*, 1567-1582.
- Cernelic-Bizjak, M. &.-P. (2014). Impact of negative cognitions about body image on inflammatory status in relation to health. *Psychology & health*, 264-278.
- Civitani, A. G. (2018). Helpcode Italia. La malnutrizione infantile in Italia e nel mondo: C'era una volta

la cena. Report 2018. 14.

- Cosola, A. &. (2012). La salute percepita nell'ASL TO3. . *PASSI*, 40-41.
- Cucinotta, D. A. (2018). Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on diabetes care.: 11th Italian Diabetes e Obesity Barometer Report. *Italian Diabetes Monitor*.
- Disord, E. W. (2010). Obesità e Disturbi dell'Alimentazione Indicazioni per i diversi livelli di trattamento a,b,c,d,e. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document: (H24 e riabilitazione intensiva metabolica). 1-31.
- Duncan, A. E.-R.-C. (2015). Associations between body mass index, post-traumatic stress disorder, and child maltreatment in young women. *Child abuse e neglect*, 2.
- EpiCentro. (2018). Sovrappeso e obesità dati sorveglianza

Passi: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. A cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità.

- Felitti, V. &. (2001). Sleep-eating and dynamics of morbid obesity, Weight Loss, and Regain of Weight in five patients. *The permanente Journal* .
- Felitti, V. J. (2012). Obesity: problem, solution, or both? *The permanente journal* , 28.
- Fossati. (2017). La sorveglianza PASSI in ASL CN1 nella Giornata della salute mentale. 3.
- Gilardi, L. (2015). Disuguaglianze nei casi di obesità: una guida per contrastarle. . 1.
- Helpman, L. Z.-J. (2017). Sex differences in trauma-related psychopathology: a critical review of neuroimaging

literature . *Current psychiatry reports*, 104.

- Inkelas, M. L. (2000). Dimensionality and reliability of the Civilian Mississippi Scale for PTSD in a postearthquake community. *International Society for traumatic stress studies* , 152-153.
- ISTAT. (2015). *Le dimensioni della salute in Italia: Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali.*, 43.
- ISTAT. (2016). Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità alcool e sedentarietà *Report Statistiche* , 4.
- Larkin, H. F. (2014). Social work and adverse childhood experiences research: implications for practice and health policy. *Social work in public health* , 1-16.
- Lauterbach, D. V. (1997). Psychometric properties of the civilian version of the Mississippi PTSD scale.

Journal of traumatic stress .

- Lauterbach, V. K. (1997). Psychometric Properties of the Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale. *Journal of traumatic stress*, p. 499.
- Lidia, G. E. (2017). Epidemiologia dell'obesità in Italia e alcuni aspetti della qualità della vita. . 8° *Rapporto sull'obesità in Italia.*, 3.
- Mandy, v. R. (2014). EQ-5D-Y User guide: basic information on how to use the EQ-5D-Y instrument. . *EQ-5D*, 10.
- Migliardi, A. M. (2014). La salute in Piemonte nelle opinioni dei suoi abitanti: giudizio e uso dei servizi sanitari, condizioni di salute, fattori di rischio, attenzione e prevenzione . 6.
- Nicolucci, A. S. (2015). Obesità: misurare, programmare e intervenire attraverso un approccio di Sanità Pubblica. *Health Policy in non-communicable disease:*

*Il burden of disease
dell'obesità in Italia, 8.*

epidemiology, 488-492.

- Norris, F. H. (1996). The revised Civilian Mississippi Scale for PTSD: reliability, validity and Cross-Language stability: international society for traumatic stress studies. *Journal of traumatic stress, 287.*
- Obesity, E. A. (2015). A call to action on obesity: a statement of the members of the European Association for the study of obesity to EXPO. *EASO, 4.*
- Oliva, L. (2010). Corpi uguali storie diverse. 65. 14
- Piemonte, Regione (2014-2018). Piano regionale della prevenzione 2014-2018: approvazione dei programmi di prevenzione per il periodo 2015-2018. 14.
- Rehkopf, D. H. (2016). Adverse childhood experiences and later life adult obesity and smoking in the United States. *Annals of epidemiology, 488-492.*
- Sachs-Ericsson, N. J. (2017). When emotional pain becomes physical: adverse childhood experiences, pain, and the role of mood and anxiety disorders. *Journal of clinical psychology, 17-23.*
- Szende, A. O. (2007). EQ-5D value sets: Inventory, comparative review and user guide. 15.
- Yu, S.-T. C.-Y.-P.-H.-S. (2015). Validity of EQ-5D in general population of Taiwan: results of the 2009 National Health Interview and Drug Abuse Survey of Taiwan. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2542.*

Invecchiamento: i geni contano meno di quel che pensiamo. L'intervento del geropsicologo

di **Giulia Goldin**

Fin dalla prima infanzia veniamo esposti a rappresentazioni negative della vecchiaia, che diviene ben presto sinonimo di declino fisico e cognitivo, dipendenza, perdita e infelicità. Famoso è l'aforisma del commediografo romano Terenzio "*senectus ipsa est morbus*" ovvero "la vecchiaia è di per sé una malattia". Ma è veramente così?

Come vedremo a breve, l'invecchiamento, in realtà, è un processo altamente eterogeneo e modificabile per cui abbracciare la visione fatalista dominante non sembra essere una scelta saggia.

Secondo i ricercatori, infatti, l'invecchiamento dipende per il 30% da fattori genetici e per ben il **70%** da **fattori ambientali**, ovvero stile di vita, relazioni sociali, salubrità dell'ambiente fisico, status socio-economico (Easterbrook, 2014). Questi dati fanno tirare un sospiro di sollievo e riflettere sul potente mezzo della **prevenzione** e sulla nostra **agency**.

Invecchiamento: tra perdite e guadagni

Come anticipato, l'invecchiamento è un processo complesso e molto eterogeneo, dipendente perlopiù da fattori ambientali. L'aumento vertiginoso della speranza di vita,

verificatosi a partire dal secolo scorso, è infatti spiegato dal miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e alimentari, dal progresso medico e scientifico e dalle maggiori opportunità di istruzione.

Secondo la **prospettiva life-span** (Baltes & Baltes, 1990) anche l'invecchiamento è da considerarsi una fase di sviluppo a tutti gli effetti, caratterizzato da un continuo bilanciamento di perdite e guadagni. A livello neuroanatomico e neurofisiologico si verificano una serie di cambiamenti che possono influire sulle prestazioni cognitive: riduzione progressiva del volume cerebrale, assottigliamento delle circonvoluzioni, allargamento di solchi e ventricoli, cambiamenti a livello neurotrasmettitoriale (De Beni & Borella, 2015). L'età comporta un declino specialmente nella memoria di lavoro, nella capacità di inibizione e nella velocità di elaborazione (Birren, 1959; Borella et al., 2008). Per quanto riguarda la **memoria** in generale, i sistemi più compromessi risultano essere - oltre alla memoria di lavoro - la memoria prospettica, la memoria a breve termine visuo-spaziale e la rievocazione episodica, mentre la memoria a lungo termine risulta preservata (De Beni & Borella, 2015). Non a caso, le aree più soggette a variazioni sembrano essere la corteccia prefrontale, parietale e l'ippocampo (Raz, 2000). Infine, prendendo in considerazione il modello bifattoriale dell'intelligenza di Horn e Cattell (1966), i due tipi di **intelligenza** individuati dagli autori

seguono traiettorie ben distinte lungo l'intero arco di vita: la cristallizzata, strettamente legata ad aspetti culturali e misurata con prove di vocabolario, rimane stabile con l'età, mentre la fluida, misurata con prove di ragionamento e determinata biologicamente, tende a declinare.

Le prestazioni dell'individuo sono fortemente influenzate non solo dalla difficoltà del compito ma anche dal sistema di **credenze** che sviluppa circa le proprie capacità e le cause a cui attribuisce i risultati. Come precedentemente accennato, si tende spesso a dipingere la vecchiaia come una fase di vita caratterizzata da un inesorabile declino fisico e cognitivo, costellata da perdite e fallimenti. Gli stereotipi negativi nei confronti di individui appartenenti alla terza età prendono il nome di **ageismo** (Butler, 1969) e portano gli anziani a sviluppare pessimismo verso le proprie abilità cognitive, in particolare verso la memoria (De Beni & Borella, 2015). Una volta interiorizzate, la vulnerabilità e la fragilità rappresentate hanno effetti negativi sulla performance stessa ma anche su aspetti emotivo-motivazionali, portando l'anziano al ritiro sociale e all'**evitamento** di tutte quelle attività in cui si sente inadeguato. Si alimenta, così, un circolo vizioso per cui all'aumentare dell'evitamento diminuisce la pratica di determinate abilità, con conseguente perdita di esse e il manifestarsi della "*profezia che si autoavvera*". Risulta, dunque, necessario proporre **interventi**

metacognitivi che permettano di agire sul sistema di credenze individuale (Carretti et al., 2011).

Infine, per quanto riguarda le emozioni, si riscontra spesso negli anziani il cosiddetto "**effetto positività**", ovvero la tendenza a prediligere ricordi positivi o a rielaborare in chiave positiva eventi negativi del passato. Questo altro non è che il "**paradosso dell'invecchiamento**" ovvero quel fenomeno per cui, nonostante all'aumentare dell'età possa esserci un declino a livello fisico-sensoriale e cognitivo, la regolazione emotiva rimane efficiente o può addirittura migliorare, fungendo il più delle volte da meccanismo di compensazione (Charles & Carstensen, 2007).

L'invecchiamento può quindi essere considerato un fenomeno **multidirezionale** e **multidimensionale**, caratterizzato da una serie di cambiamenti non necessariamente deficitari.

Riserva cognitiva e plasticità cerebrale

Per quanto riguarda l'influenza dell'ambiente sulla senescenza, è doveroso introdurre i concetti di riserva cognitiva e plasticità cerebrale, ampiamente trattati dalle Neuroscienze.

Con **riserva cognitiva** (Stern, 2009) si intende quella modalità attiva con cui il cervello è in grado di contrastare un processo patologico. Alti livelli di educazione, attività lavorative e passatempi stimolanti praticati nel tempo libero sembrano incidere sulla flessibilità e l'efficacia

delle reti neurali, permettendo un ritardo dei segni clinici della demenza nel caso in cui essa si presenti.

Ma come è possibile che le esperienze di vita abbiano un effetto così diretto sul nostro cervello? La spiegazione è data dalla **plasticità cerebrale**, una proprietà intrinseca del cervello umano che consente di adattarsi alle pressioni ambientali, ai cambiamenti fisiologici e agli eventi di vita attraverso un continuo rimodellamento delle mappe neuro-sinaptiche (Guglielman, 2012). La plasticità cerebrale accompagna l'intero arco di vita e agisce anche quando il processo neurodegenerativo è in corso.

Lo psicologo dell'invecchiamento

Se, come dice la letteratura, l'ambiente incide profondamente sui processi di invecchiamento allora risulta lampante la necessità della figura dello psicologo che, in veste di ambiente sociale, può proporre alla popolazione anziana interventi di vario tipo, sfruttando le proprietà della plasticità cerebrale.

Il *"Piano d'azione globale di salute pubblica in risposta alla demenza"*, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2017), riconosce l'importanza dello psicologo nel sensibilizzare la comunità sui disturbi neurocognitivi e nel promuovere interventi di supporto ai caregivers.

L'American Psychological Association (APA), inoltre, ha pubblicato nel 2003, con una revisione nel 2014, le *"Linee guida*

per la pratica psicologica con gli anziani" e riconosciuto nel 2010 la figura del **geropsicologo**.

Nel contesto italiano l'inquadramento di tale figura varia da regione a regione, infatti in alcune di esse lo psicologo non rientra negli standard di personale previsti per le strutture per anziani. Nonostante ciò, gli psicologi interessati all'invecchiamento possono fare affidamento alle preziose linee guida pubblicate nel 2013 dall'Ordine degli Psicologi del Veneto *"Ruolo e attività dello psicologo nell'area anziani"*. Esse delineano sei possibili aree di intervento psicologico: residenzialità e semiresidenzialità, area ospedaliera, area domiciliare, università o centri di ricerca, terzo settore e comunità locale. Se consideriamo le tre tipologie di prevenzione classificate da Caplan (1964) sulla base della dimensione temporale, il geropsicologo è un professionista qualificato che può proporre interventi di **prevenzione primaria** (attività di promozione dell'invecchiamento attivo, programmi di empowerment cognitivo ed emotivo-motivazionale, attività volte a potenziare la riserva cognitiva e a garantire uno stile di vita sano), di **prevenzione secondaria** (attività di screening delle abilità cognitive per individuare persone a rischio) e **terziaria** (diagnosi e interventi orientati alle emozioni, al comportamento, agli aspetti cognitivi o funzionali a seconda del caso). A questi si aggiungono anche la **formazione**

degli operatori sanitari e le attività di **sostegno** ai caregivers.

Un esempio di intervento nella demenza: la stimolazione cognitiva

Un esempio di intervento rivolto a pazienti con demenza di grado lieve-moderato è la stimolazione cognitiva. Essa, tramite il coinvolgimento dell'anziano in attività di gruppo e discussione che favoriscono la socializzazione, sembra rallentare il decorso della malattia e avere effetti significativi sul funzionamento cognitivo globale, sulla qualità di vita e sul linguaggio (Clare & Woods, 2004; Lobbia et al., 2018). Esistono al momento diversi protocolli di stimolazione ma l'unico a essersi dimostrato *evidence-based* e raccomandato dalle linee guida internazionali NICE (2018) è la **Cognitive Stimulation Therapy** (CST) di A. Spector (2006). Si tratta di un protocollo strutturato, collocabile in un modello di Cura Centrata sulla Persona (Kitwood, 1997), utilizzato a livello mondiale (Aguirre et al., 2013) e adattato al contesto italiano grazie al manuale di Gardini e colleghi (2015). La CST prevede un programma base (14 sessioni, due volte a settimana) e uno di mantenimento (24 sessioni, una volta a settimana). In entrambi i programmi le attività sono proposte in due forme, differenti per difficoltà, in base allo stadio di malattia dei partecipanti: la forma A per Disturbo Neurocognitivo Maggiore di grado lieve (MMSE: 19-24), la forma B per il grado moderato (MMSE: 14-18).

Un dato interessante, inoltre, è che i risultati ottenuti con la CST si sono dimostrati sovrapponibili a quelli degli anticolinesterasici (Ballard et al., 2011), motivo per cui la terapia psicosociale è da considerarsi di prima scelta.

Dunque, tramite la stimolazione cognitiva si offre al partecipante un ambiente arricchito in grado di favorire la neuroplasticità, potenziando i meccanismi compensativi adottati dal cervello a fronte dei cambiamenti funzionali tipici del normale invecchiamento (Park & Reuter-Lorenz, 2009).

Conclusioni

L'invecchiamento porta con sé una serie di **normali** cambiamenti neuroanatomici e neurofisiologici che possono determinare un declino cognitivo e funzionale. Il cervello, a fronte di questi cambiamenti, adotta in automatico dei meccanismi di compensazione che fungono da "impalcatura" e che possono essere ulteriormente potenziati attraverso lo svolgimento di attività e interventi che, servendosi della plasticità cerebrale, permettono la formazione di nuovi circuiti neurali, contrastando così il processo neurodegenerativo. A ciò si aggiunge un sistema di credenze ormai consolidato culturalmente che vede l'anziano come impossibilitato a migliorarsi e destinato a perdite e fallimenti, senza vie di scampo. Questo sicuramente demotiva l'anziano nel mettersi in gioco in tutte quelle attività un tempo facilmente perseguibili, mettendo in atto

comportamenti di evitamento che facilitano la perdita delle proprie abilità e confermano gli stereotipi legati all'età. Il geropsicologo può agire sensibilizzando la popolazione sulle tematiche legate al processo di invecchiamento, scardinando così la visione negativa diffusa sulla vecchiaia, e proponendo interventi metacognitivi e di potenziamento cognitivo ed emotivo-motivazionale. Nel caso di decadimento cognitivo, può proporre interventi volti a rallentare il processo dementigeno e, nelle fasi più avanzate, a garantire la migliore qualità di vita possibile, riducendo i disturbi del comportamento e rispondendo ai bisogni emotivi della persona.

Bibliografia

- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most?. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(3), 284-290.
- American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *The American Psychologist*, 69(1), 34.
- Ballard, C., Khan, Z., Clack, H., & Corbett, A. (2011). Nonpharmacological treatment of Alzheimer disease. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 589-595.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation.
- Birren, J. E. (1959). Handbook of aging and the individual.
- Borella, E., Carretti, B., & De Beni, R. (2008). Working memory and inhibition across the adult life-span. *Acta psychologica*, 128(1), 33-44.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, 9(4_Part_1), 243-246.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry.
- Carretti, B., Borella, E., Zavagnin, M., & De Beni, R. (2011). Impact of metacognition and motivation on the efficacy of strategic memory training in older adults: Analysis of specific, transfer and maintenance effects. *Archives of gerontology and geriatrics*, 52(3), e192-e197.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging.
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological rehabilitation*, 14(4), 385-401.
- Copes, A., Empolini, M., Garbo, P., Gasparotto, L., & Indiano, A. (2013). Ruoli e attività specialistiche dello psicologo nell'area anziani.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Manuale di psicologia dell'Invecchiamento e della longevità*, il Mulino.

Easterbrook, G. (2014). What happens when we all live to 100?. *The Atlantic*, 314(3), 61-72.

Gardini, S., Pradelli, S., Faggian, S., & Borella, E. (2015). *La terapia di stimolazione cognitiva: un intervento efficace per la persona con demenza. Programma base e di mantenimento della Cognitive Stimulation Therapy (CST): Programma base e di mantenimento della Cognitive Stimulation Therapy (CST)*. FrancoAngeli.

Guglielmo, E. (2012). The ageing brain: Neuroplasticity and lifelong learning. *eLearning Papers*, 29, 1-7.

Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. *Journal of educational psychology*, 57(5), 253.

Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open university press.

Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., & Borella, E. (2018). The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia. *European Psychologist*.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*.

Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual review of psychology*, 60, 173-196.

Raz, N. (2000). Aging of the brain and its impact on cognitive

performance: Integration of structural and functional findings.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R. T., & Orrell, M. (2006). *Making a difference: an evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications.

Stern Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47. 2015-2028

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*.

L'aumento delle richieste di consulenza psicologica durante la pandemia da COVID-19. Alcune considerazioni sul lavoro con i preadolescenti.

di *Francesca Dicè*

Come è ben noto, durante l'ultimo anno nella popolazione è stato rilevato un importante aumento della sintomatologia ansioso-depressiva, anche in soggetti solitamente non a rischio. La paura del contagio, le restrizioni volte al contenimento dell'infezione, l'avvicinarsi di molteplici disposizioni governative ha portato la maggior parte delle persone a sviluppare quella che è stata definita "Pandemic Fatigue", ovvero la stanchezza da pandemia (Murphy, 2020).

Essa appare particolarmente complessa nei preadolescenti, fascia d'età generalmente caratterizzata da fisiologiche dinamiche conflittuali nel rapporto con i genitori e con il gruppo dei pari. I ragazzi fra gli 11 ed i 15 anni, infatti, già solitamente intenti a confrontarsi con le complesse trasformazioni psicofisiche tipiche del loro momento evolutivo, stanno sviluppando sempre più di frequente comportamenti distruttivi o vissuti depressivi (Silva et al., 2020).

I genitori, naturalmente preoccupati e confusi, chiedono di frequente di essere sostenuti nella gestione di tali dinamiche, angosciati dalla possibilità che insorgano comportamenti distruttivi se non, addirittura, psicopatologici (Canzi et al., 2021). "Dottoressa!" ricordo una madre "Come faccio a tenerlo in casa? Significherebbe lasciarlo davanti ai videogiochi tutto il giorno!" "È diventato aggressivo, risponde sempre male!"

Oppure: "Sta sviluppando dei sintomi ansiosi, non dorme la notte!"

Se la consulenza psicologica per questa fascia d'età è sempre difficile (poiché la tipica diffidenza del preadolescente è spesso di ostacolo all'innescarsi dell'alleanza terapeutica), in questo momento l'accesso al loro mondo interno si sta rivelando ancora più complessa (Rogora & Bizzarri, 2020). Il senso di frustrazione e di angoscia legato ai contenuti della pandemia, unito anche ad uno scoraggiamento nei confronti del mondo adulto che, tanto incerto nella gestione di un evento sanitario così complesso, sembra comportare anche un'importante difficoltà di affidarsi al dialogo con il mondo esterno (Amran, 2020; Musso & Casibba, 2020).

"Ma io non ho niente da dirti!" dicono alcuni di loro "Io sto bene, è solo che mi scoccio di stare a casa. Che ci sto a fare? Tanto se me lo prendo, non muoio!" oppure "Proprio a me doveva capitare la madre ansiosa? Le mamme dei miei amici non hanno tutta questa paura!" ma anche "Ho paura per me e per la mia famiglia. La notte ho gli incubi!"

La rigidità di tali pensieri, noto, sembra essere aggravata dal sentimento di solitudine che circonda le loro vite in questa fase. L'impossibilità di confrontarsi con gli altri, di vedere anche il malessere altrui, porta i preadolescenti, che sono ancora in fase di acquisizione di una visione prospettica della loro esperienza di vita, a maturare la convinzione di essere gli unici a patire il disagio dell'isolamento, sottovalutando la portata collettiva dell'emergenza da COVID-19. "Io non vedo i miei amici da un sacco di tempo!" "A me non piace la DAD!"

Fabrizio De Andrè diceva che spesso “il dolore degli altri è dolore a metà” ed il nostro compito di clinici, credo, è sicuramente quello di comprendere e contenere le preoccupazioni dei nostri piccoli pazienti, ma anche di aiutarli ad acquisire una visione più completa della complessità della situazione pandemica. Ciò anche per consentire loro di accedere ad una maggiore tollerabilità delle frustrazioni legate alle restrizioni sociali ed anche delle incertezze del mondo adulto riguardo i tempi del loro definitivo superamento.

Silva CA, Queiroz LB, Fonseca C, Silva LE, Lourenço B & Marques H. (2020). Spotlight for healthy adolescents and adolescents with preexisting chronic diseases during the COVID-19 pandemic. *Clinics*, 75 DOI: [10.6061/clinics/2020/e1931](https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1931)

Bibliografia.

Amran MS. (2020). Psychosocial risk factors associated with mental health of adolescents amidst the COVID-19 pandemic outbreak. *International Journal of Social Psychiatry*. DOI: [10.1177/0020764020971008](https://doi.org/10.1177/0020764020971008)

Canzi E., Ferrari L., Lopez G., Danioni F., et al. (2021). Essere genitori durante l'emergenza COVID-19: stress percepito e difficoltà emotive dei figli. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 1:29-46, DOI:10.3280/MAL2021-001003

Murphy J. (2020). Pandemic Fatigue. *Ir Med J*, 113(6):90.

Musso P. & Cassibba R. (2020). Adolescenti in tempo di Covid-19: dalla movida alla responsabilità, in "Psicologia clinica dello sviluppo, Rivista quadrimestrale" 2:191-194, doi: [10.1449/97612](https://doi.org/10.1449/97612)

Rogora C. & Bizzarri V. (2020). "Non sarà più come prima". Adolescenti e psicopatologia Alcune riflessioni durante la pandemia da Covid-19. *Psicobiettivo* 2: 137-148 DOI: [10.3280/PSOB2020-002011](https://doi.org/10.3280/PSOB2020-002011)

L'Adolescenza

di *Marika Porricelli*

ABSTRACT

L'adolescenza è un periodo particolarmente critico, che si pone all'attenzione di tanti specialisti provenienti da campi anche molto eterogenei tra di loro. Questo articolo indaga la perniciosa trappola dei comportamenti di rischio in cui molti adolescenti si ritrovano spesso, senza esserne neanche pienamente consapevoli. L'obiettivo è quello di indagare le possibili cause di tale vulnerabilità che possono essere di tipo non solo sociale e psicologico, ma anche e soprattutto di tipo neurofisiologico. L'aspetto fondamentale è la descrizione dell'evoluzione del cervello di un adolescente e le differenze morfologiche e funzionali che esso presenta rispetto a quello di un soggetto adulto. Un altro aspetto che è stato affrontato è la descrizione di tutti i più frequenti comportamenti di rischio tra gli adolescenti con particolare attenzione al disturbo psicopatologico dato dalla dipendenza da internet, che spesso è poco riconosciuto. Infine viene indagata una possibile prassi di intervento specialistico.

INTRODUZIONE

Dalla [Relazione annuale al Parlamento 2018 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia](#), curata dal Dipartimento per le politiche antidroga è stato stimato che in Italia un terzo della popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M = 39,5%; F = 27,2%). Questo è dimostrabile anche dagli ingressi negli Istituti Penali per Minorenni in Italia di minori con imputazioni per reati droga correlati, che solo nel 2017 sono stati 163. La maggior parte degli ingressi riguarda soggetti di età inferiore a 18 anni (71%) e maschi (98%). Più nello specifico dai dati emerge che un terzo della popolazione tra i 15 e i 64 anni riferisce di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita (M = 39,1%; F = 26,4%). Anche per quanto riguarda sostanze stimolanti, quali amfetamine ed ecstasy tra i giovani adulti tali prevalenze risultano più elevate: si attesta infatti una stima di circa 350.000 giovani-adulti tra i 15 e i 24 anni. Inoltre il 3,2% dei residenti in Italia ha utilizzato sostanze allucinogene (come LSD, funghi allucinogeni ecc.) almeno una volta nel corso della propria vita, e tra questi si osserva un consumo più elevato tra i più

giovani, di quasi 350.000 giovani tra i 15 e i 24 anni.

1.L'ADOLESCENZA

2.1 Il punto di inizio e di fine dell'adolescenza

Sappiamo dalla letteratura che l'adolescenza viene descritta come una particolare fase della vita caratterizzata da molteplici cambiamenti e sfide. Essa è una fase di sviluppo il cui range di età crea ancora oggi crea incompatibilità tra i ricercatori. Ad esempio all'inizio del 20 ° secolo, G. Stanley Hall definì vagamente l'adolescenza come un periodo di sviluppo periodo che va dai 14 ai 24 anni nel suo trattato sull'adolescenza. Tuttavia, più di 50 anni fa, l'OMS propose l'adolescenza come un periodo che andava dai 10 ai 20 anni, notando che sebbene sia inizi con la pubertà, ha un punto di fine meno ben definito. Per questo motivo in Italia per convenzione spesso si utilizza come punto di fine dell'adolescenza il raggiungimento dell'età legislativa dei 18 anni, ma come espresso precedentemente dal punto di vista fisiologico e psicologico stabilire il punto di fine dell'adolescenza è piuttosto difficile. L'adolescenza comprende sia elementi di crescita biologica che importanti transizioni di ruolo sociale, elementi entrambi cambiati nel secolo

scorso. Da un lato la pubertà precoce ha accelerato l'inizio dell'adolescenza in quasi tutte le popolazioni, mentre dall'altro il concetto di "crescita continua" ha innalzato il punto di fine dell'adolescenza fino a ben 20 anni. Allo stesso modo il ritardo nelle transizioni di ruolo, come il completamento dell'istruzione, il matrimonio e la genitorialità, continuano a modificare le percezioni popolari di quando inizia l'età adulta.

2.2 Le sfide dell'adolescenza

L'adolescenza corrisponde ad un periodo di particolari sfide psicologiche sociali in cui il giovane si ritrova a dover costruire una propria identità personale credibile e che gli permetta di addentrarsi nel mondo sociale "degli adulti". Ma oltre a tali sfide e cambiamenti psico-sociali che coinvolgono l'adolescente vi sono anche molteplici cambiamenti cerebrali e ormonali che interessano in particolare la maturazione delle regioni cerebrali legate alla percezione delle emozioni e la gestione del rischio della gratificazione.

3.IL CERVELLO DI UN ADOLESCENTE

Il cervello degli adolescenti risulta essere profondamente diverso da quello degli adulti; diversamente da quello di altri organi, infatti, lo sviluppo dell'encefalo si costruisce solo gradualmente modificandosi nel corso dello sviluppo dell'individui. Ed il processo di connessione delle aree cerebrali non può dirsi completo prima dei 25 anni, per tale motivo la caratteristica centrale del cervello degli adolescenti è il basso livello di connessione nell'area frontale. In altre parole le significative difficoltà degli adolescenti nel comprendere le conseguenze delle loro azioni e nel prendere decisioni razionali vanno pertanto attribuite all'incompleto e insufficiente sviluppo della connettività dei loro lobi frontali. Oggi, grazie all'utilizzo delle tecniche di brain imaging, è possibile osservare la maturazione del cervello nel corso dell'adolescenza, in particolare il completamento dello sviluppo del lobo frontale, che, dal punto di vista filogenetico, rappresenta quell'aspetto che distingue gli esseri umani da tutte le altre specie animali. Le prime aree del cervello a raggiungere il completo sviluppo sono il tronco cerebrale e il mesencefalo; esse regolano le funzioni corporee essenziali alla sopravvivenza (respirazione, digestione, escrezione,

termoregolazione), le cosiddette funzioni autonome. Le aree che si sviluppano per ultime, invece, sono il sistema limbico, in cui ha luogo la regolazione emozionale, e la corteccia cerebrale, che permette il pensiero astratto. Man mano che il cervello si sviluppa, aumenta di volume e di plasticità. La crescita di ogni regione del cervello dipende in larga parte dalla stimolazione che esso riceve e, quindi, dalla possibilità di creare nuove sinapsi, cioè nuove connessioni tra i neuroni (LeDoux 2002). Sono queste ultime, le connessioni neurali, l'elemento cardine dello sviluppo cerebrale. Il numero e il tipo di connessioni sinaptiche che si formeranno dipende unicamente dall'esperienza. All'età di tre anni, nel cervello del bambino si sono formate ormai circa 1000 trilioni di sinapsi, che sono molte di più di quelle che gli serviranno. Alcune di esse si rafforzeranno e rimarranno intatte, altre andranno perse (Edelman 1987). Una volta giunto all'adolescenza, il bambino avrà perso circa la metà di queste sinapsi e nel corso della sua vita se ne aggiungeranno relativamente poche rispetto ai restanti 500 trilioni (Shore 2005). Un primo messaggio forte che ci viene dagli studi sul neuro-sviluppo è quindi che nel cervello adolescente

succedono tante cose in un tempo relativamente breve.

3.1 Pruning o selezione delle sinapsi

Nuove scoperte nel campo della maturazione cerebrale hanno aperto interessanti ipotesi sul perché in adolescenza aumentino i comportamenti più istintivi e la vulnerabilità allo sviluppo di disturbi psicopatologici, e in particolare a dipendenze di diverso tipo. Questo potrebbe essere spiegato dal fatto che in questa fascia di vita si verificano cambiamenti importanti in quelle strutture cerebrali che svolgono funzioni riguardanti l'inibizione delle risposte, la calibrazione del rischio e della soddisfazione e della regolazione emotiva. Infatti, in questi anni avviene, una seconda ondata di **pruning dendritico** simile a quello dei primissimi anni di vita. Tale pruning fa riferimento al fatto che il cervello di un adolescente si ritrova a sfoltire la ramificazione neuronale, incrementando la connettività e stabilizzando le sinapsi, cioè attraverso la selezione delle sinapsi. In parole semplici, esso corrisponde al fenomeno per cui avviene la selezione di alcuni neuroni e l'eliminazione di altri deputati "superflui" per garantire l'esecuzione di un'attività in particolare, e questo

avviene in risposta all'esperienza e agli stimoli ricevuti. In altri termini, il cervello di un adolescente è una fenomenale macchina di apprendimento: sostituisce continuamente sinapsi, attraverso lo sfoltimento di ciò che è meno utile e meno utilizzato, e incamera, in cambio, una quantità enorme di nuove informazioni che, se sottoposte a richiamo ripetuto, danno luogo al potenziamento a lungo termine e alla stabilizzazione delle sinapsi e quindi a un consolidamento dei ricordi molto migliore di quello che ha luogo nell'adulto. Tale processo di pruning, raggiunge il culmine per le ragazze a 11 anni e a 12 anni per i ragazzi. Il pruning inizia dai lobi posteriori per progredire solo successivamente ai lobi frontali. Su questa progressione è importante soffermarsi: poiché è proprio a livello anteriore che sono collocate le funzioni cognitive che permettono la pianificazione, la definizione delle priorità, la soppressione degli impulsi e il soppesare le conseguenze delle proprie azioni. Tutte funzioni, a cui viene dato il nome di funzioni esecutive e la loro maturazione più tardiva può essere una delle ragioni della caratteristica impulsività degli adolescenti. L'adolescente, in altre parole, presenta un cervello in totale confusione, in

quanto da un lato si ritrova un'insufficiente presenza di sostanza bianca (ossia ciò che determina la velocità nel trasmettere gli impulsi), mentre dall'altro una sovrabbondanza di sostanza grigia, ossia di neuroni, ma che egli solo parzialmente in grado di organizzare e controllare. Come lo descrive anche Steinberg **il cervello di un adolescente è come un motore potente che non è guidato da un pilota adatto.**

3.2 il ruolo degli Ormoni:

Un altro ruolo decisivo in questo processo maturativo è dato dagli ormoni. Infatti il periodo adolescenziale è innescato dall'improvvisa irruzione nel corpo umano degli ormoni sessuali (estrogeni e testosterone), che avviene proprio in contemporanea con il periodo in cui avviene il pruning. Tali ormoni, sono molto attivi nel cervello dell'adolescente esercitando un'influenza diretta sui neurotrasmettitori che regolano l'umore e l'eccitabilità ed hanno un effetto consistente sul cosiddetto sistema limbico – ossia su quelle strutture cerebrali che hanno a che fare con i ricordi e le emozioni – che spiega il perché gli adolescenti siano particolarmente sensibili agli sbalzi di umore e soggetti a reazioni eccessive,

ad esempio di rabbia o di angoscia. Tale sistema limbico nell'adolescenza diventa una specie di serbatoio compresso e infiammabile, in quanto se da un lato le emozioni possono esplodere facilmente, allo stesso tempo gli adolescenti possono ricercare situazioni rischiose al fine di scaricare emozioni intense. Ad esempio di fronte ad uno stimolo negativo gli adolescenti attivano le stesse aree che sono attivate in un cervello adulto, tuttavia nell'adolescente a differenza dell'adulto l'entità di attivazione di tali regioni è eccessiva, mentre invece è limitata l'attività di quelle aree deputate al controllo delle reazioni emotive che corrisponderebbero alle funzioni esecutive pre-frontali.

3.COMPORTAMENTI DI RISCHIO

Abbiamo visto come l'adolescenza sia un periodo fortemente vulnerabile rispetto alla messa in atto di comportamenti a rischio, soprattutto dato il particolare sviluppo cerebrale caratterizzato da una più lenta maturazione delle aree della corteccia prefrontale deputate alla guida e alla regolazione del comportamento rispetto a quelle subcorticali connesse alle nuove emozioni è alla base di tale fragilità. Questo fisiologico squilibrio rende l'adolescente bisognoso di avere

riferimenti solidi, come genitori o adulti di riferimento, che hanno il ruolo di lacunare, almeno temporaneamente, il fisiologico ritardo della maturazione di alcune funzioni cerebrali di regolazione. La mancanza o la debolezza di tali figure aumenta la vulnerabilità dell'adolescente per i comportamenti a rischio. E di fronte a questa mancanza gli adolescenti si ritrovano a ricercare altrove, nel gruppo dei pari o nelle nuove realtà virtuali (chat, blog, forum, instant messaging, social network, SMS, etc.). Tutto ciò fa capo al fatto che si diffondano tra i giovani modelli basati essenzialmente sulle emozioni e la loro ricompensa immediata. La via tipica attraverso cui il comportamento a rischio si consolida è la seguente: si inizia con uso volontario o sperimentale, per libera scelta o per forte condizionamento del gruppo dei pari; si passa a un uso di droghe di tipo occasionale e a una sua intensificazione con ricerca di stimoli ed effetti che siano sempre maggiori; si arriva così ad un uso condizionato abituale con iniziale perdita della libera scelta, in quanto a questo punto le strutture e funzioni cerebrali si modificano; e infine si passa ad un uso condizionato, compulsivo e non controllabile, con perdita totale della libera scelta e del controllo volontario.

4.1. Uso e abuso di alcol

L'uso e l'abuso di alcol è molto frequente tra i giovani, come abbiamo visto in precedenza. L'aspetto fondamentale da sottolineare è che i ragazzi che iniziano a bere prima dei 15 anni mostrano un rischio 4 volte maggiore di diventare dipendenti dall'alcol rispetto a quelli che iniziano dopo i 21 anni; e ciò è dovuto alle modificazioni che l'alcol e le droghe operano sul cervello. Infatti come abbiamo visto il cervello a quest'età è più plastico e quindi tende ad assumere la sostanza come elemento "necessario" al proprio funzionamento rispetto ad un cervello adulto che percepisce la sostanza come estranea. Inoltre, gli adolescenti risultano particolarmente vulnerabili agli effetti dell'etanolo dal momento che gli enzimi epatici deputati al suo metabolismo raggiungono una piena attività solo intorno ai 20-21 anni. Una caratteristica tipicamente adolescenziale è quella di bere in maniera compulsiva al fine di raggiungere l'ubriacatura e infatti la maggior parte dei problemi correlati all'alcol nei giovani non è dovuto al suo utilizzo cronico, ma proprio al suo uso occasionale che sfocia nell'intossicazione. Una pratica oggi comune tra i giovani è infatti il **binge drinking** definito come l'ingestione rapida di sei o più bevande alcoliche in

un'unica occasione. Questa condotta è particolarmente frequente tra i giovani dagli 11 ai 15 anni tra i quali l'abitudine di effettuare binge drinking in discoteca è particolarmente frequente. Per quanto riguarda, invece il fenomeno del **policonsumo**, e cioè consumo di alcol insieme a tabacco e cannabis viene rilevato in aumento, soprattutto nelle fasce giovanili.

4.2 Uso e abuso di tabacco

Un altro comportamento che inizia frequentemente in età adolescenziale è quello dell'uso del tabacco, infatti circa l'80 % dei fumatori adulti riferisce di aver cominciato a fumare prima dei 18 anni. Ed anche in questo caso, come con l'alcol è stato segnalato che quanto prima si comincia a fumare regolarmente, tanto più alta la probabilità di sviluppare una dipendenza. Inoltre, un aspetto che potrebbe essere banale, ma di grande importanza risulta essere la vendita del tabacco trinciato cioè delle sigarette "fai da te" che è più che quintuplicato rispetto al 2004. Infatti, il minor costo del tabacco sfuso rispetto a quello delle sigarette lo rende particolarmente appetibile per i giovani consumatori. Un aspetto importante da tenere in considerazione è che oltre alle conseguenze negative sulla salute a

breve e lungo termine il fumo risulta spesso associato ad altri comportamenti a rischio: infatti i giovani fumatori sono tre volte più propensi a consumare alcolici e 8 volte più propensi a fare uso di cannabinoidi, rispetto ai non fumatori.

3. Uso e Abuso di Cocaina

Gli ultimi dati risalenti al 2017 contenuti nella relazione annuale dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze conferma che al secondo posto solo dopo i cannabinoidi, la cocaina si colloca, come la droga più utilizzata in Europa dai giovani adulti tra i 15 e i 34 anni. La cocaina è una sostanza che agisce come forte stimolante del Sistema Nervoso Centrale. I principali effetti psicologici legati al suo uso e abuso sono: l'aumento dell'energia, la diminuzione dell'appetito, la vigilanza mentale, l'eccitazione, l'euforia, la socievolezza e soprattutto il senso di onnipotenza. Il motivo che spinge l'adolescente a farne uso, potrebbe esser dato dal fatto che egli ritrovandosi di fronte a tante difficoltà evolutive può vedere la cocaina come una sostanza che gli propone di trovare differenti mondi finzionali nei quali entrare, rappresentandosi il mondo secondo i propri desideri, che a volte vengono vissuti come irraggiungibili. In

altre parole, attraverso l'uso della cocaina l'adolescente trova quel senso di onnipotenza che gli permette di sentirsi all'altezza delle situazioni che magari prima lo spaventavano, e che gli permette di poter affrontare la vita con più decisione. Un altro motivo importante è che l'adolescente vive la droga come se essa non fosse tale; utilizza la sostanza, ma sdrammatizza sulle conseguenze possibili e non si ritiene in alcun modo un tossicodipendente. La cocaina è per lui una semplice via per sperimentare, per trasgredire. Altre volte, la cocaina può ora essere percepita "come se" fosse una cura, un rimedio a qualcosa di più profondo, che il giovane non riesce ad affrontare a mente lucida, come se avesse l'esigenza di offuscare il pensiero per potere vivere serenamente. La cocaina diventa come "viaggio", capace di provocare un piacere psico-fisico assoluto. Consiste nel raggiungimento di un mondo parallelo meraviglioso rispetto ad una realtà che sta troppo "stretta". Diventa un rifugio della mente, una protezione dell'autostima di fronte all'ambiente sociale, che quasi sempre viene vissuto come ostile. È come se il giovane creasse dei luoghi mentali nei quali rifugiarsi, quando vuole sfuggire da una realtà insostenibile perché troppo

angosciata. Diversi studi, (Vonmoos e collaboratori), hanno evidenziato come l'uso di cocaina in soggetti con meno di 19 anni abbia un effetto più marcato sulle funzioni cognitive rispetto a quello che ha nei soggetti che iniziano ad utilizzare più tardi questa sostanza. Tuttavia, in questi studi veniva preso in considerazione un indice globale che comprendeva in sé molte funzioni cognitive (attenzione, memoria di lavoro, memoria dichiarativa, funzioni esecutive), precludendo, la possibilità di stimarne il singolo peso. Nel recentissimo lavoro di Lopes e collaboratori, le singole funzioni cognitive vengono valutate utilizzando specifici test neuropsicologici. A tale proposito gli autori hanno suddiviso i soggetti in 3 gruppi: consumatori precoci (con una storia di dipendenza prima dei 18 anni); consumatori tardivi (con una storia di dipendenza iniziata dopo i 18 anni); e soggetti facenti parte del gruppo di controllo.

Il dato che è emerso è che i soggetti con dipendenza da cocaina mostrano avere funzioni esecutive significativamente compromesse rispetto al gruppo di controllo, ma l'età d'inizio della dipendenza risulta determinante quando si esaminano le singole funzioni neuropsicologiche e gli schemi di

consumo. In particolare, i consumatori precoci mostrano performance peggiori in: memoria di lavoro, attenzione sostenuta e memoria dichiarativa. Mentre i consumatori tardivi evidenziano peggiori prestazioni nell'attenzione divisa. Bisogna, tuttavia, mettere in luce alcuni limiti dello studio. Anche se è molto plausibile che la cocaina possa influenzare la maturazione nervosa, non si può del tutto escludere che adolescenti con uno sviluppo nervoso anormale presentino una maggiore vulnerabilità a sviluppare dipendenze da droghe. Evidenziare quali funzioni cognitive vengono maggiormente colpite dall'uso di sostanze ha un'importante ricaduta sul piano riabilitativo neuropsicologico. Diversi approcci riabilitativi come quelli basati sulle tecniche Mindfulness associate al Goal Management Training sembrano dare buoni risultati sulle singole funzioni cognitive (es. memoria di lavoro) ed estendere il loro effetto anche in contesti più ecologici migliorando la qualità della vita dei soggetti che hanno avuto storie di dipendenza.

4.4 Le smart drugs

Negli ultimi anni si stanno diffondendo le cosiddette **smart drugs** letteralmente "droghe furbe", e cioè tutti quei composti

di origine sia naturale che sintetica, non proibiti dalle leggi vigenti sugli stupefacenti, che possono però comunque contenere principi attivi con proprietà psicoattive (presunte o accertate). La facile reperibilità di queste sostanze, (che possono essere acquistate anche attraverso siti web) associata ai loro costi contenuti, contribuisce a farne un prodotto particolarmente appetibile per la popolazione adolescenziale. I rischi per la salute, non devono essere sottovalutati, in quanto variano dall'essere lievi e transitori, a letali in base a una molteplicità di fattori come il principio attivo, il dosaggio, le modalità di assunzione e le caratteristiche psicofisiche del consumatore.

4.5 Internet Addiction Disorder

Negli ultimi anni, tra gli adolescenti si è assistito ad un notevole incremento dell'utilizzo del computer e in particolare di internet. Inizialmente utilizzato come fonte di informazione, è poi diventato uno dei mezzi preferiti dai ragazzi per comunicare tra di loro tramite servizi quali: chat, posta elettronica e blog. Il problema della privacy non sembra neanche lontanamente preoccupare ragazzi che non esitano a mettere sui loro blog foto private, a descrivere le

proprie emozioni e anche le loro ansie e paure utilizzando il proprio spazio virtuale come un diario segreto a cui però paradossalmente può accedere chiunque. Tuttavia, anche se non è sempre facile da riconoscere, l'eccessivo uso di Internet può sfociare in una vera e propria dipendenza infatti si parla proprio di Internet Addiction Disorder (IAD) per descrivere un disturbo di dipendenza patologica da internet che si manifesta con sintomi psichici e fisici simili a quelli che vengono osservati in soggetti dipendenti da sostanze psicoattive. L'IAD, tuttavia non è ancora incluso nel DSM 5, ma è collocato nell'appendice delle patologie che richiedono ulteriori approfondimenti in quanto è una categoria ancora poco definita. Tuttavia, nonostante questo, è particolarmente diffusa tra i giovani che presentano sintomi tipici di una dipendenza di qualsiasi altro tipo come: il bisogno di trascorrere un tempo sempre maggiore in rete per ottenere soddisfazione, la mancata riduzione di interesse per altre attività che non siano internet, la presenza di classici sintomi di astinenza dopo la sospensione o diminuzione dell'utilizzo della rete come: lo sviluppo di agitazione psicomotoria ansia, depressione, pensieri ossessivi su cosa accada online; l'impossibilità di

interrompere o tenere sotto controllo l'utilizzo di internet, il dispendio di grande quantità di tempo in attività correlate alla rete e la persistenza dell'utilizzo di internet nonostante la consapevolezza dei propri problemi fisici, sociali, lavorativi o psicologici recati dalla rete.

a.

In conclusione, i nuovi processi di riorganizzazione delle strutture cerebrali creano una fragilità che anche se fisiologica rende l'adolescenza un periodo particolarmente critico per lo sviluppo di disturbi psicopatologici e di comportamenti a rischio. A tale fragilità biologica si associano una serie di altri fattori di natura psicologica. Quindi l'insieme dei fattori biologici e psicologici che trasformano nel corso di pochi anni un bambino in giovane adulto fa sì che l'adolescenza sia un'età particolarmente enigmatica e di fronte a tale enigma bisogna tener conto di almeno quattro elementi che possano orientare lo specialista nella comprensione dei sintomi per cui l'adolescente è stato portato a consultazione:

- innanzitutto bisogna individuare la fase dello sviluppo in cui si ritrova l'adolescente. La maturazione adolescenziale infatti si svolge in tre

fasi: la prima fase consiste nello sviluppo dei caratteri sessuali secondari e quindi corrisponde al periodo in cui le trasformazioni corporee sono più intense e aumenta la reattività emozionale, la ricerca di sensazioni, l'orientamento verso la ricompensa e la creazione di gruppi di coetanei in cui la sessualità è sperimentata ancora in maniera infantile, cioè pregenitale. Nella seconda fase dell'adolescenza, invece, l'accrescimento somatico e lo sviluppo sessuale rallentano creando di conseguenza una nuova armonia corporea che però è accompagnata anche da un aumento della vulnerabilità verso il rischio di maggiore disregolazione emotiva. Infine, nella terza fase ed ultima dell'adolescenza lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie viene completato e con esso anche la maturazione dei lobi frontali facilitando di conseguenza la regolazione affettiva e l'auto riflessione.

- In secondo luogo bisogna definire il tipo di temperamento di base che contraddistingue l'adolescente che si ha di fronte. Il temperamento è quella parte della persona legata all'ereditarietà genetica, riconoscibile

precocemente nel corso dello sviluppo e relativamente stabile nel tempo. La sua individuazione è importante al fine di collocare il sintomo all'interno della personalità dell'adolescente. Infatti, sono state descritte alcune dimensioni temperamentali che possono avere un certo ruolo nello sviluppo di disturbi psicopatologici. Innanzitutto possiamo individuare una prima dimensione temperamentale chiamata "evitamento del danno", la quale se risulta essere particolarmente bassa è tipica di soggetti audaci, estroversi, pieni di energia e a rischio di sviluppare disturbi esternalizzati. Mentre, al contrario se risulta essere troppo alta è tipica di soggetti cauti, apprensivi timidi e inibiti e a rischio di sviluppare disturbi internalizzati. Un'altra dimensione temperamentale è la "dipendenza dalla ricompensa" la cui presenza è tipica di soggetti aperti e riconoscenti, mentre la sua assenza è tipica di soggetti che hanno una scarsa empatia, scarsa preoccupazione per gli altri, preferiscono stare da soli, non si interessano dell'approvazione altrui, hanno emozioni superficiali, scarso senso di colpa e nei casi estremi

possono essere adolescenti che godono nell'intimidire, dominare e ferire gli altri. Ci sono poi altre due dimensioni temperamentali che corrispondono alla "ricerca della novità" e la "ricerca di sensazioni". La ricerca della novità descrive adolescenti esplorativi, ma anche spesso impulsivi e irritabili, infatti quando eccessiva è associata a disturbi da deficit di attenzione. Un alto grado della ricerca di sensazioni, invece, viene messa in relazione con la propensione a comportamenti antisociali. In definitiva il temperamento è un modo per descrivere il perché ogni singolo risponda in modo differente nello sperimentare le emozioni e nel reagire all'ambiente circostante, ma è anche un modo per indagare i fattori intrinseci che possono predisporre lo sviluppo di un disturbo. Ad esempio per quanto riguarda lo sviluppo di un disturbo della condotta il pattern predisponente è considerato quello costituito da: un'alta ricerca di novità (cioè alta ricerca di esperienze nuove anche se pericolose come le sostanze psicotrope), da un basso evitamento del danno (quindi scarsa preoccupazione per i danni che possono causare le proprie azioni) e

da una bassa dipendenza della ricompensa (cioè scarsa disponibilità a modificare il proprio comportamento sulla base delle ricompense che possono essere ottenute). Il carattere invece è quella parte della persona maggiormente correlata alle relazioni con gli altri, con la società e con i valori del circuito sociale e familiare di vita. Esso è meno influenzato dai fattori biologici rispetto al temperamento e infatti può essere esplorato cercando di avere informazioni sul tipo di relazioni sociali che l'adolescente instaura con chi gli è vicino. È proprio rapporto tra il temperamento e il carattere a far emergere la finale organizzazione della personalità che è la vera conquista dell'adolescente.

- Infine in termini generali i problemi psicopatologici degli adolescenti possono essere raggruppati in due grandi aree: i disturbi esternalizzati che sono più immediatamente visibili dall'esterno, che corrisponderebbero alla tendenza ad agire le proprie conflittualità interne in comportamenti trasgressivi che coinvolgono cose e persone esterne, e i disturbi internalizzati che sono detti così perché sono disturbi che si mantengono all'interno dell'individuo

e che sono meno immediatamente visibili ad occhio nudo poiché in questi domina l'inibizione comportamentale. Per cui i comportamenti esternalizzati sono quelli che identificano giovani che hanno un difettoso controllo dell'impulsività e dell'aggressività, (aspetto tipico dei ragazzi che fanno uso di sostanze di diverso tipo); mentre i comportamenti internalizzati sono di solito connotati da un eccesso di controllo degli impulsi e dalla timidezza come tratto caratteristico. In letteratura abbiamo la Child Behaviour CheckList o CBCL che è uno strumento molto agile per orientarsi sulla prevalenza di una di queste due aree della psicopatologia.

- Infine, in clinica è sempre necessario considerare il sintomo psicopatologico, motivo della consultazione, non in modo isolato nel tempo, ma soffermandosi su quattro fasi importanti del disturbo: la fase pre-morbosa, una fase che può precedere anche di molti anni l'insorgenza di sintomi e che è spesso caratterizzata dalla presenza di lievi sintomi sottosoglia per cui di solito non è necessario avviare alcun trattamento. Si individua quindi un sintomo che fa parte delle

caratteristiche del soggetto (come il temperamento il carattere) che lo possono predisporre allo sviluppo del disturbo. Quando siamo in questa fase è sufficiente una sorveglianza che comunque è necessaria. (un esempio può essere il rapporto tra timidezza ed esordio solo successivo di un disturbo d'ansia). La fase prodromica che è connotata oltre da qualche sintomo specifico, anche da una riduzione del funzionamento sociale, adattivo e anche cognitivo che fa apparire l'adolescente agli occhi dei genitori o di chi lo conosce come diverso talora un po' strano e incomprensibile. La fase acuta che è connotata dall'emergenza dei sintomi cardine del disturbo che permettono di fare diagnosi. E la fase di remissione dei sintomi verso la guarigione e la cronicizzazione. È importante che il pediatra sappia riconoscere il passaggio dalla fase premorbosa (in cui non è necessario invio ad uno specialista) a quella prodromica (in cui l'invio allo specialista può abbreviare i tempi di cura) senza aspettare la fase acuta della malattia.

In sintesi di fronte alla preoccupazione genitoriale relativa al proprio figlio/a adolescente il pediatra potrà orientarsi

nella sua valutazione preliminare considerando innanzitutto la fase dello sviluppo puberale in cui si trova il ragazzo, la quale permette di ricevere anche informazioni importanti sul livello di maturazione delle strutture nervose, successivamente, le caratteristiche temperamentali di base che creano lo sfondo in cui collocare il problema attuale e la tipologia di problema cercando di distinguere bene tra aspetti internalizzanti ed esternalizzanti.

a.BIBLIOGRAFIA

SENATO DELLA REPUBBLICA XVIII LEGISLATURA, *Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2018 (dati 2017)*, 2018. <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

S.M SAWYER, P.S AZZOPARDI, D. WICKREMARATHNE, G.C PATTON, *The age of adolescence*, Lancet Child Adolesc Health 2018, January 17, 2018. https://www.why.org.au/sites/default/files/2019-11/2018Sawyer_Age_of_AdolescenceFINAL.pdf

GIANLUIGI MONNIELLO, LAURO QUADRANA, *Mente adolescente e neuroscienze*, Funzione Gamma, 28 / 10 / 2004 [https://](https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/mente-neuroscienze.pdf)

www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/mente-neuroscienze.pdf

FRANCES E. JENSEN CON AMY ELLIS NUTT, *Il cervello degli adolescenti*, Mondadori Milano 2015 <file:///C:/Users/FileSystem%2020201002/Downloads/Il-cervello-degli-adolescenti.pdf>

[ELEONORA MINACAPPELLI](#), *Il cervello degli adolescenti: ciò che è necessario sapere per aiutare a crescere i nostri figli* (2015), recensione su Open School studi cognitivi, 26 febbraio 2016 <https://www.stateofmind.it/2016/02/cervello-degli-adolescenti-crescere-figli/>

CASEY, B.J, S., GALVAN A., *The adolescent brain*, Dev Rev, 28(1):62-77

CRONE, E., *Nella testa degli adolescenti*, Feltrinelli, Milano, 2012

JEAMMET, P., *Adulti senza riserva*, Cortina, Milano, 2008

MARCELLI, D., *Adolescenza e psicopatologia*, Masson/Elsevier, 6° ed., 2006

MURATORI, F., *Ragazzi violenti*, Il Mulino, Bologna, 2005

THOMPSON, R.A., NELSON, C.A., *Developmental science and the media. Early brain development*, Am Psychol (2001)

BERIVI S., ALIASI P., ET AL. *Un nuovo servizio per gli adolescenti e gli esordi di Uso di Sostanze e di Dipendenze*

Comportamentali – “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA – Fragilità Minori, Giovani Adulti e Famiglie”: risultati e prospettive, Lirpa Journal; 02.07.2020. <http://www.lirpa-internationaljournal.it/2019/07/01/un-nuovo-servizio-per-gli-adolescenti-e-gli-esordi-di-uso-di-sostanze-e-di-dipendenze-comportamentali-percorso-diagnostico-terapeutico-assistenziale-pdta-fragilita-minori-giova/>

ALESSANDRA MUNNO, BARBARA SIMONELLI, *Adolescenti e nuove droghe. Le finzioni “stupefacenti” nel disagio giovanile*, Riv. Psicol. Indiv., suppl. n. 69: 216-230, 2011 http://www.sipi-adler.it/wp-content/uploads/2015/04/069_CD_Munno-Simonelli.pdf

ALESSIA BASSI, STEFANO CANALI, *Cocaina e sviluppo delle funzioni cognitive*, 3/06/2017, Psicoattivo <http://www.psicoattivo.com/cocaina-e-sviluppo-delle-funzioni-cognitive/>

La fratria nelle famiglie con minore affetto da Disturbo dello Spettro Autistico: spunti di riflessione.

di **Emanuele Mingione**

E-mail: emanuele.mingione@gmail.com

Keywords: Fratria, Gruppi di supporto, Autismo

ABSTRACT

Nel presente articolo sono riportati alcuni spunti di riflessione sull'importanza di porre attenzione sullo stress psicoemotivo vissuto dalla fratria di minori disabili in base all'esperienza clinica svolta dall'equipe multidisciplinare del Nucleo di II Livello di NPIA del Distretto 12 dell'ASL CE (1).

Nello specifico, è stato preso in esame quanto riferito da coppie genitoriali di bambini ed adolescenti con la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico rispetto agli altri figli presenti in famiglia.

Il lavoro svolto attraverso colloqui, interviste e test specifici ha messo in evidenza la necessità di fornire a questi genitori non solo delle corrette informazioni sulla gestione psicoeducativa del figlio o dei figli con disabilità ma anche suggerimenti per un adeguato supporto emotivo agli altri membri presenti nel sistema familiare. In particolar modo, tale esigenza è risultata importante nei casi in cui la scoperta della patologia del minore e la sua quotidianità hanno generato un "blocco" sul versante comunicativo-relazionale generale tra le varie figure, portando a disfunzionalità anche piuttosto rischiose, con l'attivazione da un lato di conflitti, dall'altro di vere e proprie sensazioni

abbandoniche da parte degli altri figli presenti.

Introduzione

Con il termine fratria, in ambito della psicologia della famiglia, si intende la presenza di fratelli nel nucleo familiare. Fratelli che rappresentano una valida risorsa per la crescita psicoemotiva della persona. La relazione nel sottosistema figli si basa su di una spazialità di ruolo e gerarchia orizzontale rispetto alla verticalità del rapporto con i genitori. Inoltre, la dimensione temporale rende speciale tale relazione basandosi su di una maggiore continuità, garantita da una vicinanza di età tra i membri e da una prospettiva di condivisione della vita insieme superiore rispetto ai propri padri ed alle proprie madri. Naturalmente all'interno della fratria agiscono numerose variabili, tra cui l'unicità di ogni individuo, l'ambiente esterno e l'ambiente familiare, che potrebbero portare a crepe e fratture nell'equilibrio delicato di questo rapporto. Ad esempio, l'assenza dei genitori potrebbe permettere ai fratelli di instaurare un rapporto molto profondo, oppure, al contrario, la rigidità genitoriale, o la triangolazione di un genitore su un fratello, potrebbe portare i fratelli ad allontanarsi e a non essere un sostegno l'uno per l'altro.

Cosa accade, però, quando un fratello o una sorella, o più di essi, sono affetti da una patologia del neurosviluppo molto invalidante sul versante comunicativo-relazionale come il Disturbo dello Spettro Autistico? Come cambiano gli assetti familiari allo stato attuale e rispetto alla progettazione del domani? Diverse ricerche internazionali e l'esperienza

diretta con tali famiglie offrono spunti sui quali riflettere che evidenziano l'importanza di una presa in carico globale dell'intero sistema, dando opportunità di confronto a tutti gli attori coinvolti.

La fratria nelle famiglie con minore affetto da Disturbo dello Spettro Autistico

Molte ricerche sulla fratria rispetto al Disturbo dello Spettro Autistico si sono concentrate sui fattori genetici e biologici della patologia. Infatti, per quel che riguarda la familiarità del disturbo gli studi sui gemelli hanno fornito dati molto suggestivi. In particolare, è stata segnalata una concordanza, fra gemelli monozigoti, variabile dall'86% al 92%. Nei gemelli dizigoti, la concordanza sarebbe di circa il 26%. Nei fratelli non gemelli, invece, l'incidenza sarebbe di circa il 2%, con un rischio 100 volte superiore a quello stimato nella popolazione generale (0,02%) (2).

Altri studi sulle fratrie hanno, invece, dimostrato che tra il 3 % ed il 5 % dei casi, un altro/un'altra fratello/sorella presenta delle anomalie "nello spettro dei disturbi autistici", se uno dei membri della famiglia ne è affetto (3) (4).

Attualmente, un certo numero di cromosomi ha attirato l'attenzione di molti studi scientifici (il 2, il 13, il 15 e il 17), anche se i ricercatori sono concordi nel pensare che non vi è un unico gene responsabile dell'autismo, ma che ve ne siano diversi ad interagire fra di loro.

Oltre agli studi genetici, molte indagini si sono focalizzate sugli aspetti emotivi e sociali riguardanti la fratria e la disabilità. Numerosi ricercatori hanno avanzato l'ipotesi che le criticità comportamentali del Disturbo dello Spettro Autistico influenzino l'intero nucleo familiare, così che la fratria del bambino con autismo presenti maggiori possibilità di sviluppare dei problemi d'adattamento

sociale (5) (6). In generale, molti lavori si sono incentrati sul capire se avere un fratello o una sorella con autismo porti a delle conseguenze negative sullo sviluppo psicosociale, provando a rilevare se la convivenza con uno o più soggetti con questa patologia possa avere effetti sulla struttura della personalità, dell'identità sociale e delle competenze relazionali dei membri della fratria.

I disturbi prevalenti nell'autismo come difficoltà della comunicazione verbale e non verbale, problematiche nell'interazione sociale, interessi limitati, difficoltà d'adattamento sociale, comportamenti stereotipati, sono le sfide adattative con le quali si devono rapportare e confrontare le fratrie. Fratelli e sorelle, infatti, devono affrontare l'insieme di questi comportamenti, cosa che presuppone dei cambiamenti all'interno del nucleo familiare (7). Ma se da un lato numerose ricerche, in tale ambito, hanno dimostrato che le fratrie sono soggette a problemi d'adattamento, altre non hanno messo in evidenza alcuna differenza tra le fratrie di bambini con autismo e quelle di bambini senza handicap o affetti da sindrome di Down (8) (9).

Durante il lavoro svolto dall'equipe multidisciplinare del Nucleo di II livello dell'ASL CE, in diversi colloqui ed interviste è emerso che molti genitori di bambini con disabilità sentono la necessità di fornire uno spazio di ascolto incentrato sulla gestione degli aspetti psicoemotivi dei figli "normotipici". Sono state, infatti, riportate esperienze di disagio nella condivisione degli ambienti familiari, vissuti di gelosia o di abbandono rispetto alle figure genitoriali, sensazioni di vergogna, difficoltà di accettazione della malattia del proprio familiare o anche angoscia per il proprio futuro in quanto designati come caregiver a vita.

Si precisa che in molti casi si è consigliato ai genitori di avviare un vero

e proprio percorso psicoterapeutico con la presa in carico dell'intero sistema familiare.

Al contempo è giusto evidenziare che in molti racconti dei genitori è stato sottolineato e rilevato il ruolo importante svolto dalla fratria. In particolare, si è riscontrato che in diverse situazioni fratellini o sorelline "sani" hanno svolto il ruolo da "traino", modello e stimolo per i bambini con autismo, aiutandoli nell'acquisizione di piccole competenze, specialmente durante la condivisione del gioco.

Altra riflessione nata dal confronto con queste famiglie nel corso delle attività svolte dall'equipe multidisciplinare è l'idea di raccomandare e suggerire la partecipazione a gruppi di supporto specifici alla ricerca di uno scambio informativo ed esperienziale.

In America, i gruppi di supporto dei fratelli sono stati sviluppati e implementati da medici e psicologi al fine di tentare di affrontare alcuni dei bisogni psicosociali unici dei fratelli di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico (10). Si ritiene che i fratelli di bambini con autismo, in particolare, si confrontino con sfide uniche oltre a quelle sopra descritte. Diversi studi hanno riportato una maggiore emotività e/o problemi comportamentali nei fratelli di bambini con autismo rispetto a fratelli e sorelle di bambini con un'altra disabilità o senza disabilità (11). Di conseguenza, i gruppi di supporto per i fratelli di bambini con autismo possono risultare necessari e preziosi. I gruppi di supporto dei fratelli riportati nella letteratura clinica condividono diverse somiglianze. Molti degli obiettivi di questi gruppi includono il fornire informazioni sulle disabilità per migliorare la comprensione dei fratelli, discutere i problemi incontrati e i modi adattivi per affrontarli e incoraggiare i fratelli ad esprimere i sentimenti riguardanti l'aver un fratello/sorella con

questo tipo di disabilità. Alcuni studi di settore, nati per verificare l'efficacia di questi gruppi di sostegno, nonostante le differenze metodologie per la valutazione, in generale, hanno riportato miglioramenti nella conoscenza delle disabilità dei fratelli, una maggiore autostima e interazioni più positive tra il fratello e il bambino con la disabilità (12) (13) (14).

Conclusioni

Il lavoro che si è svolto e che si sta svolgendo con le famiglie di minori con il Disturbo dello Spettro Autistico ha fatto emergere il bisogno di trovare per i fratelli e le sorelle di questi bambini uno spazio in cui potersi confrontare e in cui poter raccontare ed elaborare i propri vissuti emotivi rispetto alla patologia, ma anche uno spazio in cui poter ricercare un nuovo equilibrio personale, familiare e sociale. Infatti, se da un lato è importante fornire le corrette informazioni circa gli aspetti peculiari di tale disturbo, dall'altro è necessario concentrarsi sugli aspetti comunicativi-relazionali sia all'interno del contesto familiare di appartenenza sia all'esterno nel microcosmo sociale in cui si è inseriti, al fine di garantire la costruzione di una rete di supporto salda che possa accompagnare la crescita individuale e la crescita del proprio fratello/sorella affetto da tale disabilità.

Note

1 Luana Sergi, Neuropsichiatra Infantile e Referente del Nucleo di II livello del ASL CE; Emanuele Mingione, Psicologo-Psicoterapeuta; Benedetta De Rosa, Psicologa (Tirocinante); Viviana Natale, Logopedista; Laura Aveta, Neuropsicomotricista.

2 Militerni R.: Neuropsichiatria Infantile, V edizione, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2015.

3 Szatmari P.: Genetics of autism: overview on new directions, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 351-368, 1998.

4 Tomblain J.B.: Autism and autism risk in siblings of children with specific language impairment, *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38 (3), 235-250, 2003.

5 Kaminsky L., Dewey D.: Psychosocial adjustment in siblings of children with autism, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (2), 225-232, 2002.

6 Rodrigue J. R., Geffken G. R., Morgan S. B.: Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 665-674, 1993.

7 Morgan S.B.: The autistic child and family functioning: A developmental-family system's perspective, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 263-280, 1988.

8 Fisman S., Wolf L., Ellison D., Gillis B., Freeman T., Szatmari P.: Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1532-1541, 1996.

9 Bagenholm A., Gillberg C.: Psychosocial effects on siblings of children with autism and mental retardation: a population-based study, *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 291-307, 1991.

10 Smith T., Perry A.: A Sibling Support Group for Brothers and Sisters of Children with Autism, *Journal on Developmental Disabilities*, 11, 1, 2005.

11 Gold N.: Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 147-163, 1993.

12 Evans J., Jones J., & Mansell I.: Supporting siblings: Evaluation of support groups for brothers and sisters of children with learning disabilities and challenging behaviour. *Journal of Learning Disabilities*, 5, 69-78, 2001.

13 Lobato D.: Brief Report: Preschool siblings of handicapped children - impact of peer support and training. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 345-350, 1985.

14 Lobato D. J., Kao B. T.: Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 711-716, 2002.

Bibliografia

BAGENHOLM A., GILLBERG C.: *Psychosocial effects on siblings of children with autism and mental retardation: a population-based study*, *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 291-307, 1991.

EVANS J., JONES J., & MANSELL I.: *Supporting siblings: Evaluation of support groups for brothers and sisters of children with learning disabilities and challenging behaviour*, *Journal of Learning Disabilities*, 5, 69-78, 2001.

FISMAN S., WOLF L., ELLISON D., GILLIS B., FREEMAN T., SZATMARI P.: *Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1532-1541, 1996.

GOLD N.: *Depression and social adjustment in siblings of boys with autism*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 23, 147-163, 1993.

KAMINSKY L., DEWEY D.: *PSYCHOSOCIAL ADJUSTEMENT IN SIBLINGS OF CHILDREN WITH AUTISM*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43 (2), 225-232, 2002.

LOBATO D.: *Brief Report: Preschool siblings of handicapped children - impact of peer support and training*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 15, 345-350, 1985.

LOBATO D. J., KAO B. T.: *Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability*, Journal of Pediatric Psychology, 27, 711-716, 2002.

MILITERNI R.: *Neuropsichiatria Infantile*, V edizione, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2015.

MORGAN S.B.: *The autistic child and family functioning: A developmental-family system's perspective*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 18, 263-280, 1988.

RODRIGUE J. R., GEFFKEN G. R., MORGAN S. B.: *Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism*, Journal of Autism

and Developmental Disorders, 23, 665-674, 1993.

SMITH T., PERRY A.: *A Sibling Support Group for Brothers and Sisters of Children with Autism*, Journal on Developmental Disabilities, 11, 1, 2005.

SZATMARI P.: *Genetics of autism: overview on new directions*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 28, 351-368, 1998.

TOMBLAIN J.B.: *Autism and autism risk in siblings of children with specific language impairment*, International Journal of Language and Communication Disorders, 38 (3), 235-250, 2003.

DAD.... Adolescenti e pezze a colori

Storie di quotidiana resistenza, un pizzico di psicomatria e neuropsicologia

di **Roberto Ghiaccio**

Settembre già è alle porte, l'estate non è ancora cominciata, ma già sta finendo senza pioggia direbbe il Romano della Grande Bellezza, in una area di nostalgia a cui ormai siamo abituati. E con una vena ansiogena già pensiamo a settembre, i libri, i programmi, il nuovo PEI, l'ICF, tra poco i supermercati si riempiono di quaderni, zaini e penne, un tempo progettuale che fa della scuola un consumismo prestazionale pericoloso, quasi anti inclusivo, ma la scuola è e deve essere inclusione.

Mai avrei pensato di scrivere sulla pandemia, eppure....eppure ho incontrato dei ragazzi, dei ragazzi, che in aule virtuali si sono definiti grigi, grigi come generazione di grigi. Sfumature perse in divari generazionali, nella fisiologica disconnessione sotto - cortico - corticale, grigi come le ragnatele di certe stanze, stanze di fantasmi, stanze di specchi, specchi che esulano dall'attività di neuroni specchio perché confinati al di qua di un schermo, che da parte l'ultimo orizzonte il guardo esclude.

Attualmente, c'è un crescente interesse per la ricerca sulla salute mentale di bambini e adolescenti durante la pandemia COVID-19. I primi studi non rappresentativi dalla Cina, dove il COVID-19 si è diffuso per primo e inizialmente ha colpito la maggior parte delle persone, hanno riportato livelli crescenti di stress, ansia e depressione. Jiao et al. riferiscono che un terzo dei bambini e degli adolescenti di età compresa tra 3 e 18 anni era

appiccicoso, disattento, irritabile e preoccupato.

Xie et al. hanno scoperto che il 23% dei bambini dal 2 ° al 6 ° anno presentava sintomi depressivi e il 19% aveva sintomi di ansia durante la pandemia, mentre Zhou et al. riferiscono che il 44% dei ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni mostrava sintomi depressivi, il 37% mostrava ansia e il 31% presentava entrambi i tipi di sintomi. Alti livelli di sintomi depressivi e ansiosi sono stati recentemente replicati da Duan et al. Lo stesso dato è riportato da due studi non rappresentativi indiani.

Uno studio dal Brasile con bambini e adolescenti da 6 a 12 anni sottolineano l'impatto negativo della pandemia sulla salute mentale dei bambini. Hanno scoperto che i bambini e gli adolescenti hanno sperimentato gravi disagi psicologici come preoccupazioni, impotenza, ansia e paura. Inoltre, recenti studi a livello nazionale negli Stati Uniti hanno riportato un peggioramento del benessere psicologico e della salute comportamentale di bambini e adolescenti rispetto al periodo precedente la pandemia.

Inoltre, due studi europei non rappresentativi dall'Italia e dalla Spagna hanno rilevato che i problemi di salute mentale come problemi di condotta, irritabilità e solitudine nei bambini e negli adolescenti sono aumentati durante il blocco del COVID-19. Un sondaggio non rappresentativo tra i genitori di bambini e adolescenti tedeschi e uno studio qualitativo tedesco ha inoltre rilevato che i bambini e gli adolescenti sono spesso preoccupati per la pandemia COVID-19 e i cambiamenti associati.

E poi c'è la scuola dove sono protagonisti attivi della vita scolastica, non sono solo ospiti inquietanti. Questi protagonisti non vivono gli apprendimenti

in modo passivo, bensì in modo attivo e personale, e più l'apprendimento risulta difficoltoso più si richiedono conoscenze e competenze da parte del docente. Soprattutto in questo periodo dove la distanza sociale si è declinata come trauma relazione, dove l'inaspettato e l'ingovernabile sono entrati nelle vite modificando radicalmente le Nostre vite

Siamo stati in uno spillover, se vogliamo semplificare un pangolino ha indirizzato del droplet a un chiroterro, un mammifero placentato, che ha fatto altrettanto all'indirizzo di un altro mammifero, un sapiens, un po' quello che fanno proprio alcuni sapiens divulgando compulsivamente banali post che vengono viralizzati con wazzapp o altri vettori social. L'imprevista e nefasta emergenza sanitaria che ne è seguita ha slantentizzato problematiche silenziose ma stimolato anche nuove forme di adattamento.

Un aspetto peculiare di questo momento non è solo il gap tra programmazione effettuata e realizzata, ma quello che gli adolescenti vivono sono lacune relazionali, lacune di serenità, motivazione ed autostima. Dalla nostra pratica clinica raccogliamo fondamentalmente tre grandi preoccupazioni, preoccupazioni che intrecciano la vita familiare con la vita scolastica in modo indissolubili. Tali perplessità, sono registrate sia circa lo sviluppo tipico che soprattutto nei casi di nero varietà.

La prima preoccupazione riguarda forme di regressione, adolescenti che si comportano come bimbi più piccoli, rinunciando all'adulterità e a quell'anticipazione del sentirsi grandi, , torna la paura del buio, la paura della notte molti tornano a dormire con i genitori, aumentano gli stati d'ansia, somatizzazioni non ben definite e diffuse, a cui reagire con la serenità non

cadendo negli allarmismi ma comprendendo la fase reattiva - transitoria simbolo di fisiologica preoccupazione.

La seconda grande preoccupazione riguarda la scuola, le lacune che si porteranno a settembre, gli apprendimenti, la prestazione scolastica. Bisogna focalizzarci sulle competenze, sulle funzioni trasversali che sottendono agli apprendimenti, togliere l'accento dalla prestazione, dalla votazione per non alimentare sottesi movimenti ansiosi che incutono paura dell'errore e timore di divergere. Bisogna capire e far capire che chi sbaglia non è sbagliato e che l'errore non solo ci è amico.

La terza attuale preoccupazione è circa l'autoregolazione, l'inibizione, le capacità di autocontrollo. L'uso forzato di strumenti virtuali ha prodotto un deficit inibitorio, la realtà reale è più lenta, più regolata della realtà virtuale, questo inevitabile alienamento ha prodotto ripercussioni sul comportamento e sugli apprendimenti stessi. A tal proposito ricordiamo ricorrenti fenomeni di lettura superficiale che non conduce ad una buona comprensione del testo e di conseguenza porta ad una memorizzazione poco efficace.

Questi fenomeni li possiamo rintracciare in una lettura a zig a zig, che salta parti di testo in cerca di parole chiave (skipping), in una lettura veloce poco profonda che non elabora quanto letto (skimming). Altro inconveniente dell'uso prolungato della realtà virtuale è la perdita del senso di empatia e della coerenza centrale, cioè difficoltà di attenzione sociale nel prendere il punto di vista dell'altro, un difetto in questo delicato meccanismo porta ad una maggiore impulsività sociale e cognitiva.

Alla luce di queste ultime riflessioni ci auguriamo che i mediatori virtuali

restino mediatori e non diventino stabili sostituti di un'arte, insegnare, basata sulla relazione e sull'emozione. Proponiamo dunque di andare verso una neuro didattica guidata dall'evidence base education e dall'universal design for learning, che promuova non più la linearità della transizione delle conoscenze ma la meta cognizione e l'autoregolazione, basate sul feedback della valutazione non quantitativa ma formativa.

In quest'ottica l'inclusione sfugge a quel paradigma assimilazionista di far raggiungere a tutti negli stessi tempi i medesimi risultati, sposandosi dall'uguaglianza degli esiti tutti uguali, alla disuguaglianza delle risorse. Per quanto riguarda i ragazzi affetti da disturbi del neurosviluppo, lo tsunami, ha messo in difficoltà e sotto stress molte famiglie, specie quelle che hanno figli con caratteristiche neuro diverse, che hanno visto bloccata la riabilitazione e l'unica fonte di socializzazione, la scuola.

I ragazzi con disturbi specifici dell'apprendimento invece hanno dimostrato che i cosiddetti strumenti compensativi, in realtà possono essere utilizzati da tutti, e che non vanno valutati come una facilitazione bensì come una strada diversa per arrivare alla stessa destinazione. Abbiamo assistito ad un intrecciarsi di fattori di rischio, l'isolamento, il distanziamento, la mancata interazione, hanno aperto scenari di dipendenza virtuale, di attaccamento virtuale, facendosi riflettere su emergenti demenze digitali.

Nella solitudine di un click si condensano storie, vite, famiglie, la trappola della rete che non sorregge ha visto un aumento di casi di cyber bullismo, dove la polivittimizzazione e gli spettatori attivi e passivi sono infiniti. Questa distorsione dello strumento virtuale, ha il rischio di vedere un capovolgimento di fronte, chi

nella vita reale è il bullo designato, nella realtà virtuale può diventare la vittima. Circa i disturbi del neuro sviluppo abbiamo assistito ad un incremento dello stress genitoriale ed ad un moltiplicarsi di disregolazioni.

Cosa aspettarci a settembre? Speriamo che oltre la corsa a zaini griffati, astucci ultraleggeri, non si aggiunga la mascherina firmata. Mascherine che coprono il sorriso, il motore dell'apprendimento, mascherine non solo filtranti, ma mascherine dell'animo immerse nelle corsa a fare, nell'ossessione di dover fare, di recuperare...se c'è una cosa che a settembre dovremmo recuperare è la tranquillità, la serenità di una relazione che non dovrà essere incentrata sulla paura di apprendere ma sul piacere di farcela.

Ciò che accomuna tutti i nostri adolescenti è che più sperimentano il successo e riceveranno gratificazioni, quando si impegnano a fare ciò che deve fare, tanto più saranno motivati a ripetere le stesse azioni corrette. Se capiamo bene come funziona riusciremo a fornirgli gli strumenti di cui ha bisogno. Non mortifichiamoli, capiamoli ma senza giustificarli. Non rimproveriamoli, e facciamoli sentire la persona giusta al momento giusto.

La DAD un piccolo mondo di un mondo piccolo" pigiama sotto, giacca sopra e ciabatte protagoniste, genitori che irrompono, scarichi che incombono, vicine che cantano nonne che suggeriscono...qualcuno è in pigiama, qualcuno chiede tempo per la colazione, il camion passa e grida "patat e pummaroll" (patate e pomodori). Benvenuti a scuola covid ma non tutte le DAD vengono per nuocere, potrebbe aver dato una spallata al modo classica, tradizionale unilineare - frontale di fare lezione.

La DAD chi a insegnanto, se pur con mille criticità, di esclusione e connessione ad andare oltre la cattedra verso contenti i contesti di apprendimento, costruiti senza barriere. In questo strano periodo, il nostro compito è quello di non far andare avanti per raggiungere il fantasma della programmazione, ma far consolidare mediante strategie interattive, e non meri assegni di “cose” da fare, la motivazione, l'autostima e l'autovalutazione. Non concentriamoci sugli studenti ma sui destinatari finali

I mediatori vanno sempre usati in maniera calca, inducendo nei protagonisti della scuola emozioni positive e non paura dell'errore, tali mediatori che usati con buon senso e con buona volontà diventano un aiuto prezioso per la co-costruzione di competenze. Certo è la difficoltà ad utilizzare sempre ogni giorno tali strumenti, che hanno escluso parti di classi, messo contro fazioni di genitori, la infondo la dad è un mezzo e non un fine, un strumento transitorio che pur tra mille problematicità ha ricordato alla scuola tutta l'importanza della vicinanza affettiva.

Cosa aspettarci a settembre ? Speriamo che oltre la corsa a zaini griffati, portapastelli a 5 piani con tanto di attico e garage, non si aggiunga la gara alla mascherina firmata, di tendenza all'ultima moda. Mascherine che coprono il sorriso, il motore dell'apprendimento, mascherine non solo filtranti, ma mascherine dell'animo immerse nelle corsa a fare, nell'ossessione di dover fare di recuperare...se c'è una cosa che a settembre dovremmo recuperare è la tranquillità, la serenità di una relazione che non dovrà essere incentrata sulla paura di apprendere ma sul piacere di farcela nella relazione autentica.

In circostanze “normali”, la prevalenza mondiale dei disturbi mentali è del 13,4%, come riportato da una meta-analisi di Polanczyk GV 2018. Gli studi sopra citati indicano quindi un aumento significativo dei problemi di salute mentale negli adolescenti durante la pandemia, che può portare a disturbi manifesti nel tempo. C'è ancora una mancanza di conoscenza su come questa prevalenza reattiva aumenti o aumenterà mentre la pandemia continua, nostro compito è evitare il cristallizzarsi verso stati strutturali.

Siamo come tronchi nella neve. In apparenza essi vi stanno appena adagiati sopra, lievemente, e non dovrebbe bastare che una minuscola spinta per smuoverli via. E invece no, non ci si riesce, perché aderiscono saldamente al terreno. Ma attenti: anche questa è soltanto un'apparenza!(F. Kafka, Gli alberi) Anche gli adolescenti, come alberi sulla neve: apparentemente posati, in realtà radicati, ma non abbastanza saldi, sempre con una pezza a colori.

Bibliografia

Barbara Strauch, Capire un adolescente: Come cambia il cervello dei ragazzi fra i tredici e i diciotto anni, Oscar 2005

David Bainbridge, Adolescenti. Una storia naturale, Einaudi 2010

Manfred Spitzer, Demenza Digitale, Corbaccio 2013

Manfred Spitzer, La solitudine Digitale, Corbaccio 2016

Maryanne Wolf, Lettore, vieni a casa. Il cervello che legge in un mondo digitale, Villani 2018

Roberta Ferrucci et, Durante un'epidemia Aspetti psicologici e psicopatologici legati alla pandemia di Covid-19, Erikson, 2021

Stefano Vicari et, Bambini, adolescenti e Covid-19 L'impatto della pandemia dal punto di vista emotivo, psicologico e scolastico, Erikson, 2021

La madre: rappresentazioni e cambiamenti nel tempo e nello spazio

di **Barbara Casella**

*L'odierna **rappresentazione della famiglia** con i ruoli di ogni singolo componente, le gerarchie relazionali e le dinamiche familiari sono il risultato di un'evoluzione storica complessa, influenzata dai mutamenti sociali, economici e culturali avvenuti nel corso dei secoli.*

Dopo il **secondo conflitto mondiale**, la struttura della famiglia italiana, era ancora profondamente tradizionale, fondata su una solidarietà forte ed esclusiva che dava poco spazio al singolo, la cui importanza era ordinata gerarchicamente per età e sesso. Il modello principale di famiglia era quello patriarcale, in cui i ruoli dei coniugi erano nettamente distinti: il capofamiglia era l'uomo, che lavorava e sosteneva la famiglia, e la donna si occupava della crescita dei figli e della casa. I rapporti con tutta la parentela erano saldi e connessi alla morale cristiana; la maggior parte della vita quotidiana ruotava intorno al focolare domestico.

Con il passare degli anni, la **famiglia tradizionale** ha iniziato a conoscere notevoli mutamenti, dovuti ai cambiamenti della società, tra cui l'emancipazione femminile. Il rivoluzionario cambiamento si è avuto negli anni settanta del XX secolo, grazie al quale la famiglia diviene basata sul matrimonio, inteso come unione affettiva e sessuale di due soggetti di pari dignità. La procreazione perde il carattere di obbligatorietà: volere un figlio diventa un valore, un bene che si sceglie. Questo mutamento influisce sui servizi, che si confrontano con un'esigenza di rinnovamento, ponendo in primo piano i bambini e favorendo il *puerocentrismo* all'*adultocentrismo*.

Uno dei momenti chiave che ha caratterizzato il mutamento della struttura della famiglia, si è avuto nel 1970 con la **legge sul divorzio** e, in seguito, nel 1975 con la rivisitazione generale del **diritto di famiglia**, che comporta principalmente l'abolizione del delitto d'onore, il superamento del divieto di metodi e tecniche contraccettive, il diritto della donna di mantenere il proprio cognome dopo il matrimonio. Questa modifica del diritto di famiglia considera l'importanza del singolo che,

indipendentemente dal sesso e dall'età, ha diritti e doveri.

Il fare famiglia non è più visto e vissuto come tappa fondamentale per l'ingresso nella vita adulta, superando la linearità tradizionale: vita nella famiglia d'origine, fidanzamento, matrimonio e generazione di figli. Molteplici **fattori sociali, culturali ed economici** hanno favorito tali mutamenti, come l'invecchiamento della popolazione, la riduzione dei tassi di fecondità e di nuzialità, cambiamento del ruolo sociale della donna e l'instabilità coniugale. Tali cambiamenti negli anni hanno posto le basi per l'attuale struttura della famiglia, caratterizzata da un basso numero di membri e dalla numerosa crescita di nuove forme familiari.

In questa nuova prospettiva familiare la **figura femminile** e, in particolare, quella della madre ha assunto nuove sfumature, mantenendo costante il suo ruolo fondamentale all'interno della famiglia, ritenuta punto di riferimento e, in contemporanea, dalla società come lavoratrice, erogatrice di solidità e curatrice delle relazioni.

La rappresentazione della figura materna non ha solo un significato

biologico e generativo, ma anche un significato simbolico. La madre accompagna il bambino nel mondo e lo aiuta nella costruzione del proprio senso di identità. Il ruolo della mamma nel nucleo familiare è simbolo di cura, affetto, punto di riferimento, di equilibrio nelle dinamiche più diverse; spesso fa da moderatrice tra il proprio compagno ed i figli, o stesso tra i figli. Fin dal primo momento il bambino, attraverso lo **sguardo della madre**, guarda il mondo esterno: vede l'Altro e vede anche se stesso. Quante volte un bimbo prima di fare qualcosa, o avvicinarsi a qualcuno, o accettare un regalino guarda la madre per capire come agire.

Se pensiamo alla madre per eccellenza (secondo la tradizione occidentale) **Maria, la madre di Gesù**, sa che la vita che genera non è di sua proprietà, è responsabile di questa vita che ha nel grembo, che deve aiutare a crescere ma non è un suo possesso. **Madre** è infatti colei che mette al mondo un figlio, gli insegna a camminare per poi lasciarlo andare. La vita del figlio diviene la cosa più importante al mondo, ma allo stesso tempo bisogna saperla lasciare andare. Il rischio che si corre nel non lasciar camminare da solo il proprio figlio è

quello di negargli la vita, di tenerlo bloccato ed atrofizzarlo.

La storia del **re Salomone e delle due madri**, nel primo libro dei Re, ci offre una visione della funzione materna: *“Un giorno gli si presentarono davanti due donne per avere un giudizio riguardo una disputa. Disse la prima: Vostra maestà, io e questa donna viviamo nella stessa casa. Un giorno io ho partorito un bambino e tre giorni dopo anch'ella diede alla luce un figlio. In quel periodo non c'era nessuno in casa oltre a noi due. Una notte questa donna per errore si coricò sul suo piccino e lo soffocò, allora, mentre io dormivo, ella si alzò e si prese il mio bambino, mettendomi nel letto il suo. Al mattino, quando mi svegliai, trovai il bambino morto e mi disperai, ma subito mi accorsi che il piccino non era il figlio mio, bensì quello dell'altra donna. No, no! gridò allora l'altra madre. Il bambino vivo è il mio, il tuo è quello morto. Ti sei sbagliata e non c'era nessuno in casa che possa testimoniare! Le due donne continuarono a litigare così davanti al re: era la parola di una contro la parola dell'altra e il re ebbe bisogno di tutta la sua saggezza per scoprire la verità. Al fine Salomone si fece portare una spada e disse: Ognuna di voi sostiene che il bambino vivo è il suo e che quello morto appartiene*

all'altra donna. Ora taglieremo in due il bambino vivo così ciascuna delle due madri ne avrà una parte. No, no! disse la prima donna. Piuttosto lasciate a lei il bambino, ma vi scongiuro sire, non uccidetelo. L'altra madre invece si mostrò d'accordo con il giudizio del re: Va bene sire, tagliatelo in due come avete detto. A quel punto Salomone non ebbe più dubbi: Date il bambino alla prima madre: è chiaro che lo ama veramente come una madre ama il figlio suo, mentre alla seconda non importa niente della vita del piccolo!”

La figura materna, rappresentata in questo racconto, preferisce la vita del figlio non ritenendolo di sua proprietà, perché la vera mamma lo avrebbe dato all'altra purché non venisse tagliato in due. L'altro aspetto simbolico della **funzione materna presente in questa storia, invece, è quello della madre** che soffoca, schiaccia il figlio e il suo desiderio, quella che attualmente potremo definire “*mamma chioccia*” che considera i suoi figli come un proprio prolungamento.

La “**mamma coccodrillo**” di cui parla Massimo Recalcati, citando Lacan, si perde nei propri figli, vive solo per loro, vi si dedica senza limiti. La madre assorbe

completamente il bambino, dando vita ad una relazione madre-figlio che non può sopportare alcuna forma di separazione, chiusa verso il mondo esterno, favorendo una dipendenza affettiva che non permette ad entrambi di vivere la propria vita. L'eccessiva protezione materna potrebbe non permettere al figlio di vivere, non dandogli la possibilità di andare da solo. Il primo simbolo di distacco necessario tra la madre e il figlio avviene al **momento del parto**, quando la madre sente che se non spingerà fuori il figlio, potrebbe morire.

La completa fusione, l'assenza di identità rappresentano i **rischi della maternità** ed il ruolo del padre diviene di fondamentale importanza, in quanto la sua figura allenta la diade madre-figlio. La **funzione paterna** di porre delle regole, di dedicarsi al gioco, di accudire il figlio, impedisce che il bambino venga completamente assorbito dall'affetto materno e, allo stesso tempo, ricorda alla **madre** di essere anche donna. L'integrazione della donna e della madre è necessaria, poiché l'una senza l'altra sono destinate a fallire entrambe. Una maternità sana **non cancella in un individuo il suo essere donna**.

In quest'ottica la figura materna è cambiata anche nello spazio, inteso come uno spazio metaforico in cui la madre tiene uno accanto all'altro i ruoli che sente di ricoprire. E' allo stesso momento donna, madre, compagna, lavoratrice, cittadina, sorella, figlia, amica, confidente, amante ... ; un ruolo non esclude l'altro. Questa rappresentazione materna, però, richiede determinate capacità di flessibilità e di organizzazione delle varie mansioni durante l'arco della giornata. Muoversi in questa rete di impegni e responsabilità, soprattutto nella società attuale sempre più richiedente, non è facile ma spesso lo si dà per scontato. Di fatto la donna di oggi, come quella di ieri che lavorava nelle fabbriche, nelle campagne, sembra debba avere la capacità di essere **“multitasking”** nelle varie sfere della vita quotidiana.

Questa nuova rappresentazione di madre nella società, però, spesso è caratterizzata da un groviglio di sensazioni e pensieri che possono inquietare la vita privata. Molte mamme riportano il loro essere soddisfatte ma stanchissime, vogliono controllare tutto ma desiderano aiuto, preoccupate per il futuro dei figli ma super impegnate per il

loro presente. Lontane dal modello di madre che le ha cresciute e, allo stesso tempo, ne sentono il forte legame; ognuna, con la sua storia e le sue fatiche, sente di dover gestire da sola la maggior parte delle responsabilità familiari.

Da questo ne può derivare una catena infinita di **sensi di colpa**: chi lavora fuori casa rimpiange il tempo che non dedica alla famiglia; chi non ha un lavoro si sente in obbligo di dover compensare con carichi extra di impegni familiari, perché crede di non contribuire economicamente al bilancio familiare. La **stanchezza** diviene una costante nella vita della maggior parte delle madri, la fatica nell'affrontare la quotidianità, spesso accompagnata dalla smania di riuscire a stare su tutto. Ciò potrebbe avere origine nella rappresentazione culturale del vedere la madre come colei che si sacrifica.

Quest'aspetto **sacrificale** potrebbe nel tempo essere modificato, come abbiamo visto i cambiamenti che sono avvenuti nei secoli. Ogni madre, ogni donna, ogni essere umano potrebbe dare maggiormente luce a ciò che ha dentro di sé: desideri, obiettivi, sogni e ambizioni, senza avere la sensazione di

star togliendo spazio e tempo ai propri cari.

Bibliografia

- Andolfi M., (2006), *Manuale Di Psicologia Relazionale*, Apf, Roma.
- Cannarozzo G., (2009), *Famiglia Oggi E Prospettive Interculturali*, Rubbettino, Catanzaro.
- Cicognani E., Baldazzi M., Cerchierini L., (2005), *Lavorare con i genitori di adolescenti*, Carrocci, Roma.
- Magistrali G., *Riscoprirsi genitori*, Unicopli Milano 1997
- Recalcati M., *Le mani della madre*, Feltrinelli Milano 2019
- Rossi Ilo, (1986), *L'adolescente, La Famiglia, La Comunità. Quale Risposta?*, Clueb, Bologna.

Note

1Legge 25 Maggio 1970, n.352

2Legge 19 Maggio 1975, n.151

3Giuseppe Magistrali, *Riscoprirsi genitori*, Milano 1987, p. 21

4<https://www.lasacrabibbia.net/antico-testamento/i-libri-storici/1-libro-dei-re/>

5Massimo Recalcati, *Le mani della madre*, Milano 2019, p. 113

Stress lavoro-correlato, excursus normativo e percorso valutativo.

di **Daniela Di Martino**

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo del 9 aprile 2008, n. 81, che ridefinisce il quadro normativo in materia di **salute e sicurezza sui luoghi di lavoro**, viene esplicitato l'obbligo giuridico a carico del datore di lavoro di procedere, nel corso della valutazione dei rischi, all'individuazione di quei fattori organizzativi aziendali che sono potenzialmente causa di stress correlato al lavoro.

Con questa novità vengono accolte a livello nazionale le istanze contenute nell' **Accordo Europeo dell' 8 ottobre 2004**, che ha posto al centro dell'attenzione del mondo del lavoro, la necessità di **“accrescere la consapevolezza e la comprensione dello stress lavoro correlato da parte dei datori di lavoro, dei lavoratori e dei loro rappresentanti”**, al fine di prevenire, eliminare o ridurre il pericolo che le disfunzioni organizzative si riflettano negativamente sul benessere dei lavoratori.

In questo modo l'ordinamento giuridico italiano ha compiuto un notevole passo in avanti verso una più completa ed efficace attuazione dei principi costituzionali posti a **tutela della salute**.

In particolare, l'art. 32 Cost., che riconosce la salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”, e l'art. 41 Cost., il quale impone che lo svolgersi dell'iniziativa economica privata, non debba “recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana”, riconoscono un vero e proprio diritto assoluto e primario alla salute; tale diritto può esser fatto valere sia nei confronti di soggetti pubblici che privati.

In ambito lavoristico il Legislatore aveva già posto un generale dovere di tutela della salute dei dipendenti a carico del datore di lavoro, il quale, sulla base di *quanto disposto dall'art. 2087 del codice civile*, è *tenuto ad adottare tutte quelle misure che, “secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale”* dei lavoratori.

Per garantire l'effettiva attuazione di questa normativa, lo Statuto dei lavoratori (legge 20 maggio 1970, n. 300), ha dato vita ad un sistema di controllo e di prevenzione cui debbono

partecipare i lavoratori attraverso i loro rappresentanti. L'articolo 9 St. Lav., infatti, statuisce che essi “hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica”.

Il tema della tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori si è posto con tanta forza ed urgenza anche a livello europeo ed è proprio in adempimento ad una serie di Direttive dell'Unione Europea che in Italia è stato emanato il D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626, destinato ad un'applicazione generalizzata e comprendente tutti i settori di attività, sia pubblici che privati.

Le innovazioni introdotte con questo decreto D. Lgs. sono numerose, poiché (a differenza del generale dovere di tutela previsto dall'art. 2087 c.c.), sono in esso previsti specificati obblighi di protezione a carico del datore di lavoro, come ad esempio, la valutazione, l'eliminazione e la riduzione dei rischi, la programmazione della prevenzione degli stessi ed altresì l'obbligo di **informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori** sul tema della sicurezza e la

salute sui luoghi di lavoro, attraverso il rappresentante per la sicurezza. Nelle realtà aziendali medio-grandi è stato posto l'obbligo per il datore di lavoro di designare gli addetti al servizio di sicurezza ed il loro responsabile oppure di incaricare per tale servizio, strutture esterne all'azienda, in ogni caso rivolgendosi a soggetti adeguatamente formati. Quanto previsto per le aziende vale per le pubbliche amministrazioni, in cui spesso è una società esterna e specializzata, ad occuparsi della valutazione dei rischi.

Il D.lgs. 81/08, pur avendo mantenuto sostanzialmente invariato il sistema di valutazione e gestione dei rischi previsto dalla precedente normativa, introduce un concetto più ampio di “salute”, maggiormente rispettoso del dettato costituzionale, comprensivo non solo del **benessere fisico**, ma anche di quello **psicosociale** e non limitato alla sola idea di assenza di malattia o di infermità; si veda l'art. 2, comma 1, lett. o) del D.Lgs. 81/08. Lo stesso decreto, all'articolo 28, primo comma, chiarisce definitivamente che la valutazione deve riguardare *“tutti i rischi... tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004”*. Per quanto concerne le modalità

di valutazione dello stress correlato al lavoro (di seguito anche S.L.C.), l'art. 28, comma 1-bis, dispone che ciò avvenga nel rispetto delle indicazioni elaborate dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro e che il relativo obbligo decorra dalla elaborazione delle stesse ed entro il 1 gennaio 2011 sia per le aziende private che per gli enti pubblici. Questa forma di tutela riguarda indiscriminatamente tutti i lavoratori e cioè qualunque persona che svolga un'attività nell'ambito di un'organizzazione lavorativa pubblica o privata, indipendentemente dalla tipologia contrattuale. Il D.Lgs. n. 81/08 ha posto l'accento sulla necessità di tutelare i lavoratori attraverso un processo di valutazione che vede coinvolti tutti gli attori della sicurezza, in primo luogo il Datore di Lavoro in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico Competente e il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.

Di assoluta rilevanza sono anche gli obblighi di informazione e formazione.

Scendendo nel merito della valutazione stress lavoro-correlato bisogna precisare che essa e/o l'eventuale aggiornamento, secondo gli ultimi orientamenti **INAIL**, ha

l'obiettivo di fornire una stima del rischio.

In particolare devono essere valutati:

- I. (es. indici infortunistici; assenze per malattia; turnover, ecc.).
- II. (es. ambiente, carichi e ritmi di lavoro; orario e turni, ecc).
- III. (es. ruolo, autonomia decisionale e controllo, comunicazione, ecc).

L'aggiornamento della valutazione del rischio da stress lavoro-correlato è periodico ed è parte integrante del documento di valutazione dei rischi. La valutazione del rischio S.L.C. viene effettuata (come per tutti gli altri fattori di rischio) dal datore di lavoro avvalendosi del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST), del Medico Competente e di esperti in materia. Così come per tutti gli altri rischi devono essere previsti interventi correttivi laddove emerga un livello di pericolosità medio/alto, oppure, permanga una situazione di rischio già assodata in precedenti valutazioni.

Dal punto di vista scientifico, la metodologia più accreditata per condurre una valutazione S.L.C. è quella individuata dall' I.N.A.I.L. e contenuta nel documento "LA METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO"- Ed. 2017 (e precedenti edizioni). A livello nazionale, l'utilizzo di questa metodologia ha creato uniformità nei percorsi di valutazione dello S.L.C. e nel tempo ha garantito che i processi di indagine fossero ispirati a criteri qualitativi e quantitativi, in grado di essere riconosciuti in uno specifico quadro teorico-tecnico.

L'indagine per la valutazione dello stress lavoro-correlato comprende:

1. fase propedeutica;

Condotta tramite check list INAIL, dal RSPP in collaborazione con il Gruppo di Gestione della valutazione dello stress lavoro-correlato.

2. fase della valutazione preliminare

3. fase della valutazione approfondita;

Condotta con l'ausilio di Psicologi (Consulenti esterni), nel rispetto della procedura INAIL.

4. fase di pianificazione degli interventi.

Durante la fase di cui al punto-1 vengono individuati **gruppi omogenei di lavoratori** (lavoratori esposti ai medesimi rischi professionali) su cui condurre la valutazione S.L.C. e viene realizzata un'analisi organizzativa dell'azienda.

La seconda fase è finalizzata alla valutazione approfondita dello stress e alla rilevazione delle **percezioni dei lavoratori** riguardo agli aspetti organizzativi, di pianificazione e gestione aziendale che possono incidere sul rischio.

Tra i vari strumenti che consentono un'analisi dei **fattori soggettivi di stress occupazionale** possono essere utilizzati strumenti standardizzati (test o questionari editi da università o organismi scientifici) o focus group.

REDAZIONE

Valeria Bassolino
Alberta Casella
Barbara Casella
Francesca Dice
Ilaria Di Giusto
Daniela Di Martino
Ida Esposito
Roberto Ghiaccio
Veronica Lombardi
Emanuele Mingione
Giulia Tarabbo

Supplemento mensile a:

psicologinews.it Autorizzazione
Tribunale di Napoli n° 5584/20
del 11/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco
redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 13 Maggio 2021

COMITATO SCIENTIFICO

Caterina Arcidiacono
Rossella Aurilio
Gino Baldascini
Paolo Cotrufo
Pietro Crescenzo
Emanuele Del Castello
Massimo Doriani
Antonio Ferrara
Mariafrancesca Freda
Massimo Gaudieri
Michele Lepore
Giovanni Madonna
Nelson Mauro Maldonato
Fortuna Procentese
Aristide Saggino
Sergio Salvatore
Raffaele Sperandeo
Antonio Telesca
Rino Ventriglia

INDICE

**LA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTALE DI II E DI III
GENERAZIONE NEL TRATTAMENTO
D'USO DA SOSTANZE (DUS) pag 2**

di **Ilaria Di Giusto**

**Psicotraumatologia e medicina nello
studio dell'obesità. Un'indagine
sperimentale nella Valle di Susa pag 7**
di **Cristina Peluso ***, **Ivan De Marco** ,
Claudia Chiavarino , **Pierangela
Schimenti**

**Invecchiamento: i geni contano meno
di quel che pensiamo. L'intervento del
geropsicologo pag 22**

di **Giulia Goldin**

**L'aumento delle richieste di
consulenza psicologica durante la
pandemia da COVID-19. Alcune
considerazioni sul lavoro con i
preadolescenti pag 28**

di **Franceca Dicè**

L'Adolescenza pag 31

di **Marika Porricelli**

**La fratria nelle famiglie con minore
affetto da Disturbo dello Spettro
Autistico: spunti di riflessione pag 45**

di **Emanuele Mingione**

**DAD.... Adolescenti e pezze a colori
Storie d quotidiana resistenza, un
pizzico di psicomelia e
neuropsicologia**

Pag 50

di **Roberto Ghiaccio**

**La madre: rappresentazioni e
cambiamenti nel tempo e nello spazio
pag 54**

di **Barbara Casella**

**Stress lavoro-correlato, excursus
normativo e percorso valutativo**

pag 59

di **Daniela Di Martino**