

Psicologinews.it

Scientific

La Lettura ad Alta Voce: una pratica da rivalutare

di **Lia Corrieri**
pag 2

La capacità genitoriale nei processi separativi: dal valutare al descrivere.

di **Francesca Guglielmetti**
pag 7

La caffeina questa sconosciuta

di **Veronica Sarno**
pag 15

A sua...Immagina: L'utilizzo delle fantasie guidate in psicoterapia

di **Valeria Bassolino**
pag 24

A tutta dopamina: ADHD e cocaina
di **Roberto Ghiaccio** pag 30



La valutazione della condizione di disabilità per l'assegnazione dei benefici previsti dalla L. 68/99. Alcune considerazioni
di **Francesca Dicè** pag 34

Il Carattere: Predisposizioni Innate e Interazioni Ambientali di **Veronica Lombardi** pag 36

Il Disturbo da Depersonalizzazione/ Derealizzazione di **Cinzia Saponara** pag 43

Interventi virtuali di mindfulness per promuovere il benessere negli adulti: una revisione sistematica di **Ilaria Di Giusto** pag 47



La Lettura ad Alta Voce: una pratica da rivalutare

di **Lia Corrieri**

Hanna - "Ce l'hai un libro?"

Michael - "Sì, sì ce l'ho... Ne ho uno con me da stamattina."

Hanna - "Che cos'è?"

Michael - "L'*Odissea* di Omero. Ce l'ho come compito"

Hanna - "Cambiamo l'ordine con cui facciamo le cose. Prima tu leggi ragazzo, poi facciamo l'amore."

The Reader – A voce alta (2008)

Introduzione

Nel 2008 uscì nelle sale cinematografiche la pellicola di Stephen Daldry intitolata *The Reader – A voce alta*, basata sull'omonimo romanzo degli anni Novanta di Bernhard Schlink, che narra della drammatica storia d'amore tra l'adolescente Michael e la trentenne Hanna nella Germania Ovest del Secondo Dopoguerra. Nella trama dell'opera la pratica della lettura ad alta voce assume un posto di rilievo, giocando un ruolo chiave nello sviluppo della storia. Una delle peculiarità del rapporto tra i due protagonisti, infatti, risiede nel fatto che i loro incontri amorosi sono scanditi dalle letture ad alta voce che Hanna richiede frequentemente a Michael. Le emozioni condivise scaturite dalla lettura delle storie arricchiscono il vissuto emotivo dei due, rendendo la loro relazione ancora più intensa.

Diversamente da Hanna e Michael, la pratica della lettura ad alta voce sembra attualmente esser comunemente percepita come un'abitudine ormai desueta, di agostiniana memoria, a prescindere da

chi e da come viene svolta e verso chi è indirizzata (Vazquez, 2019).

Nei sistemi scolastici occidentali tale pratica è, infatti, spesso trascurata e, talvolta, addirittura ostacolata, come ricordato da Daniel Pennac nella sua opera *Come in un romanzo*.

Nonostante l'importanza della lettura ad alta voce sia nota già dall'inizio del Novecento (Huey, 1908 citato in Greene Barbham & Lynch Brown, 2002), indagini condotte nel contesto anglosassone tra gli anni Sessanta e Settanta hanno evidenziato come solo la metà dei docenti di scuola primaria intervistati erano soliti leggere alla loro classe, senza considerare che solo in pochi lo facevano sistematicamente (Austin & Morrison, 1963; Hall, 1971 citati in Greene Barbham & Lynch Brown, 2002). In un'indagine condotta nel corso degli anni Novanta è stato evidenziato che sola una piccola percentuale, nello specifico tra l'11% ed il 28% dei docenti della primaria intervistati, affermavano di leggere ad alta voce alla classe al fine di stimolare una discussione costruttiva (Lickteig & Russell, 1993 citati in Greene Barbham & Lynch Brown, 2002).

Nel corso degli ultimi anni, però, la lettura ad alta voce, soprattutto in età evolutiva, sembra aver riacquisito progressivamente interesse come testimoniato, a livello internazionale, dalle linee guida proposte dall'*American Accademy of Pediatrics* (2017) che raccomandano ai caregivers di leggere ad alta voce ai bambini fin dalla primissima infanzia. In linea con il contesto americano, anche nel panorama nostrano si riscontra un interesse verso questa pratica educativa, come testimoniato dalle *Indicazioni nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione* (2012) che evidenziano come la lettura ad alta

voce sia anche in linea con gli obiettivi ministeriali.

Nel contesto italiano si sono, inoltre, sviluppate diverse realtà volte a promuovere la diffusione della lettura ad alta voce, tra le quali ricordiamo il movimento *Letture ad Alta Voce* (LaAV), che fa capo all'associazione culturale Nausika, con l'obiettivo di promuovere il benessere mediante una lettura condivisa, fruibile da tutti, capace di impattare a livello relazionale. Un'altra iniziativa si chiama *Nati per Leggere*, un progetto in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri e l'Associazione Italiana Biblioteche ed il Centro per la Salute del Bambino, che si rivolge alle famiglie di bambini in età prescolare con l'intento di promuovere l'idea della lettura ad alta voce come una pratica familiare. Si segnala, inoltre, l'intervento *Leggere :Forte! Ad alta voce fa crescere l'intelligenza* promosso dalla Regione Toscana in collaborazione con varie partnership, tra le quali l'Università degli Studi di Perugia, che può essere descritto come una vera e propria *politica educativa*, in quanto mira a rendere la lettura ad alta voce una pratica quotidiana interna al sistema educativo regionale al fine di ridurre la dispersione scolastica (Batini, 2021).

Gli effetti della lettura ad alta voce in età evolutiva

Le iniziative sopracitate si sono sviluppate a partire dalle evidenze presenti in letteratura inerenti i benefici della lettura, anche di quella ad alta voce, soprattutto in età evolutiva. È possibile affermare che, in generale, la lettura evoca degli effetti benefici per lo sviluppo, sotto diversi punti di vista: cognitivo, affettivo, sociale ed emotivo. A livello neuroanatomico, ad esempio, è noto che il cervello dei lettori è caratterizzato da una quantità maggiore di materia grigia ed un

numero elevato di neuroni (Tuarez, 2021).

La lettura, nello specifico quella condivisa, si è rivelata essere non solo un importante veicolo di trasmissione del capitale culturale (Cazden, 1992 citati in Greene Barbham & Lynch Brown, 2002) ma anche un utile strumento per l'alfabetizzazione, capace di dirigere l'apprendimento a livello della zona di sviluppo prossimale vygotskijana (Batini, 2021) guidando, ad esempio, i bambini nel riconoscimento di lettere (Duursma et al., 2008).

La lettura ad alta voce esercita degli effetti interessanti a livello cognitivo, ad esempio Pritchard e collaboratori (2020) hanno evidenziato come bambini di età compresa tra i 7 ed i 10 anni migliorino la loro memoria lessicale dopo aver letto ad alta voce delle parole.

A livello linguistico si evidenziano diversi effetti della lettura ad alta voce, soprattutto quando la storia viene letta dai docenti alla classe, e tra tali effetti si annoverano: un miglioramento nell'acquisizione del vocabolario, un miglioramento nella comprensione (Greene Barbham & Lynch Brown, 2002), valido anche per gli studenti non madrelingua (Amer, 1997), un incremento delle capacità di storytelling (Arnold & Whitehurst, 1994 citati in Duursma et al., 2008) ed una miglior capacità a leggere in autonomia (Cohen, 1968; Cosgrove, 1987; Morrow & Smith, 1990 citati in Greene Barbham & Lynch Brown, 2002) mediata da un miglior rapporto con il materiale stampato (Clay, 1991; 1993 citati in Greene Barbham & Lynch Brown, 2002) e da una migliore capacità nel comprendere la struttura dei libri (Gold & Gibson, 2001 citati in Batini, 2021).

La lettura, compresa quella ad alta voce, ha delle ripercussioni anche sullo sviluppo emotivo, affettivo, relazionale

e sociale (Mendelsohn et al., 2018). Nello specifico il materiale narrativo, piuttosto che saggistico, sembra comportare dei miglioramenti nella Teoria della Mente, ergo nelle capacità di identificarsi e comprendere l'altro (Kidd & Castano, 2013). È quindi possibile affermare che più i bambini sono esposti alla condivisione di libri e letture, sia in ambito familiare che scolastico, più tendono a sviluppare abilità interpersonali ed empatiche (Batini et al., 2021).

Tecniche di lettura ad alta voce

Come precedentemente accennato, la lettura ad alta voce non è esente da critiche, tra le quali si annovera la scarsa capacità di questa pratica di attirare l'attenzione dell'audience (Gibson, 2008).

Al fine di ovviare a tali problematiche ed al fine di massimizzare gli effetti della lettura ad alta voce è possibile però appellarsi a diverse tecniche, derivanti dalla tradizione teatrale, particolarmente utili per carpire l'attenzione dell'uditore. Per poter leggere ad alta voce, infatti, è richiesto uno studio preparatorio del testo che dovrebbe essere trattato alla stregua di un copione, leggendolo prima in silenzio e solo successivamente a voce alta (Lane & Wirright, 2007; Batini & Giusti, 2021).

Un'altra tecnica interessante consiste nel coinvolgere la dimensione corporea, suggerendo come possa esser utile accostare diversi livelli di espressività nella narrazione di una storia (Batini & Giusti, 2021)

Aldilà delle specifiche tecniche utilizzate, è fondamentale sollecitare la partecipazione degli uditori, ad esempio ponendo delle domande aperte alla fine della narrazione così da suscitare una cocostruzione di riflessioni in merito alla storia condivisa con l'intento di coinvolgere l'intero auditorio (Batini & Giusti, 2021).

Futuri sviluppi

La lettura ad alta voce rappresenta una pratica interessante che merita ulteriori approfondimenti. È auspicabile che in futuro la ricerca sul tema consideri alcune variabili.

1.Target specifici. Indagare gli effetti della lettura ad alta voce in diverse fasce della popolazione clinica e non, suddivise per età, livello d'istruzione, genere, appartenenza culturale ecc. Nel corso degli ultimi anni, ad esempio, si sono sviluppate delle ricerche volte ad indagare i benefici della lettura ad alta voce in campioni costituiti da soggetti anziani che presentano condizioni cliniche (Batini et al., 2016).

2.Bibliodiversità. Un aspetto interessante riguarda la bibliodiversità del materiale adottato (Batini, 2021), così da abituare l'audience ad un'elevata eterogeneità di forme narrative e così da offrire più punti di vista differenti alternativi alla narrativa dominante e mainstream.

3.Libri in lingua straniera.

Indagare gli effetti della lettura ad alta voce di materiale in lingua straniera ad un'audience non madrelingua, avente però familiarità con la lingua in questione, potrebbe essere una tematica di ricerca interessante (Dahif, 1990).

4.Diversi modi di leggere ad alta voce. Sarebbe auspicabile indagare gli effetti della lettura ad alta voce in diversi contesti ed a diversi livelli conducendo, ad esempio, ricerche

specifiche in diverse condizioni, considerando il contesto familiare-domestico, quello scolastico, il gruppo dei pari e la lettura ad alta voce per sé stessi. A tal proposito una pratica di lettura particolarmente interessante risulta essere il *dog reading*, ovvero la lettura ad alta voce in compagnia dei nostri animali domestici. Tale fenomeno sta, ovviamente, acquisendo popolarità all'interno degli interventi assistiti con gli animali (Bassette & Taber – Doughty, 2013; Kirnan et al., 2016).

5. Una metodologia eterogenea di ricerca. È auspicabile, infine, un numero maggiore di studi sia longitudinali che qualitativi in merito.

Bibliografia

- Amer, A.A. (1997). The effects of the teacher's reading aloud on the reading comprehension of EFL students. *ELT Journal*, 51 (1), 43-47.
- Arnold D.S. & Whitehurst G.J. Accelerating language development through picture book reading. A summary of dialogic reading and its effects. In: Dickinson
- Bassette, L. A. & Taber – Doughty, T. (2013). The Effects of a Dog Reading Visitation Program on Academic Engagement Behavior in Three Elementary Students with Emotional and Behavioral Disabilities: A Single Case Design. *Child Youth Care Forum*, 42, 239-256.
- Batini, F., Toti, G., & Bartolucci, M. (2016). *Neuropsychological benefits of*

a narrative cognitive training program for people living with dementia: A pilot study. *Dementia & Neuropsychologia*, 10(2), 127–133.

- (a cura di) Batini, F. (2021). *Un anno di Leggere: Forte! in Toscana. L'esperienza di una ricerca-azione*. Milano: FrancoAngeli.
- (a cura di) Batini, F. & Giusti, S. (2021). *Tecniche per la lettura ad alta voce. 27 suggerimenti per la fascia 0-6 anni*. Milano: FrancoAngeli.
- Batini, F., Luperini, V., Cei, E., Izzo, D. & Toti, G. (2021). The Association Between Reading and Emotional Development: A Systematic Review. *Journal of Education and Training Studies*, 9 (1), 12-48.
- Cazden, C. (1992). *Whole language plus: Essays on literacy in the United States and New Zealand*. New York: Teachers College Press
- Clay, M. (1991). *Becoming literate: The construction of inner control*. North York (ON): Pearson.
- Clay, M. (1993). Language policy and literacy learning. *Reading Today*, 10, 3–4.
- Cohen, D. (1968). The effect of literature on vocabulary and reading achievement. *Elementary English*, 45, 209–213, 217.
- Cosgrove, M. (1987). *Reading aloud to children: The effects of listening on the reading comprehension and attitudes of fourth and sixth graders in six communities in Connecticut*. Unpublished doctoral dissertation, University of Connecticut, Storrs. Auckland, New Zealand: Heinemann.
- Dahif, H. (1990). Reading aloud for comprehension: a neglected teaching aid. *Reading in Foreign Language*, 7(1), 457-464.
- Duursma, E., Augustyn, M. & Zuckerman, B. (2008). *Reading aloud*

to children: the evidence. archives of disease in childhood, 93 (7), 554-557.

- Gibson, S. (2008). Reading aloud: a useful learning tool? *English Language Teaching (ELT) Journal, 62 (1), 29-36.*

- Gold J., Gibson A. (2001), "Reading aloud to build comprehension", *Reading Rockets, 32, 7: 14-21.* In Batini

- Huey, E. (1908). *The psychology and pedagogy of reading.* New York: Macmillan.

- Kirnan, J., Siminerio, S. & Wong, Z. (2015). The Impact of a Therapy Dog Program on Children's Reading Skills and Attitudes toward Reading. *Early Childhood Educational Journal, 44, 637-651*

- Lane, H. B. & Wright, T. L. (2007). Maximizing the effectiveness of reading aloud. *International Reading Association, 668-675.*

- Morrow, L., & Smith, J. (1990). The effects of group size on interactive storybook reading. *Reading Research Quarterly, 25, 213-231.*

- Pennac, D. (1992). *Come un romanzo.* Milano: Feltrinelli.

- Pritchard, V.E., Michelle, H.D., Malone, S.A., MacLeod, C.M. (2020). The production effect improves memory in 7 – to 10- year -old children. *Child Development, 91 (3), 901-913.*

- Schlink, B. (1996). *A Voce Alta – The Reader.* Milano: Garzanti

Sitografia

- American Academy of Pediatrics (2017). Consultato in data Gennaio 10, 2022 da <https://publications.aap.org/pediatrics/issue/browse-by-year/2017>

- Kidd, D. C. & Castano, E. (2013). *Reading Literaty Fiction Improves Theory of Mind.* Consultato in data Gennaio 10, 2022 da <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1239918>

- Leggere: Forte! Ad alta voce fa crescere l'intelligenza. Consultato in data Gennaio 10, 2022 da <https://www.regione.toscana.it/scuola/speciali/leggereforte>

- Letture ad Alta Voce. Consultato in data Gennaio 10, 2022 da <https://www.letturedaltavoce.it>

- Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (2012). *Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione.* Consultato in data Gennaio 10, 2022 da https://www.miur.gov.it/documents/20182/51310/DM+254_2012.pdf/1f967360-0ca6-48fb-95e9-c15d49f18831?version=1.0&t=1480418494262

- Nati per leggere. Consultato in data Gennaio 10, 2022 da <https://www.natiperleggere.it/index.html>

- Tuarez, J. (2021). *Reading aloud benefits the brain (true?).* Consultato in data Gennaio 10, 2022 da <https://neurotray.com/reading-out-loud-benefits-the-brain-true/>

- Vazquez, C. (2019). *La lettura ad alta voce.* Consultato in data Gennaio 10, 2022 da <https://www.edizionisur.it/sotto-il-vulcano/08-07-2019/la-lettura-ad-alta-voce/>

Bibliografia dei materiali speciali non tradizionali

Filmografia

- *The Reader.* Regia di Stephen Daldry. Con Kate Winslet, Ralph Fiennes, David Kross, Bruno Ganz. Weinstein Company, Mirage Enterprises, Neunte Balsberg, 01 Distribution, 2008. Film.

La capacità genitoriale nei processi separativi: dal valutare al descrivere.

di Francesca Guglielmetti

info@francescaguglielmetti-psicologa.it
@fguglielmettipsy

*Il tetto si è bruciato
ora
posso vedere la luna*
Mizuta Masahide

La psicologia, in maniera diretta o indiretta, si è sempre occupata di figli e genitori.

Occupare è un verbo interessante poiché contempla sia l'essere attivi, la necessità di fare, che la passività propria del mettersi al servizio. Anche l'essere genitore è un po' questo: essere attivamente al servizio del benessere del figlio.

Quando lo psicologo entra in tribunale in qualità di consulente del giudice nelle controversie relative all'affidamento dei figli è però sollecitato non ad occuparsi ma a valutare.

La separazione tra i genitori contiene in sé sia un elemento di sofferenza che una possibilità evolutiva.

Dal trauma della separazione si dipanano due strade. La prima, lastricata di immutabile dolore, indirizza verso il tetto fumante. La seconda, caratterizzata dall'instabilità propria dei processi evolutivi, offre la possibilità di ammirare la bellezza della luna. La prima strada, fatta di dolorose certezze, si presta alle valutazioni; la seconda, con le sue instabili potenzialità, sollecita ad occuparsi del benessere di genitori e figli lasciando sullo sfondo la necessità di valutare.

1. dall'individuazione del genitore affidatario al diritto alla bigenitorialità.

La necessità di procedere alla valutazione dei genitori ha fatto il suo ingresso nel nostro ordinamento con la legge 19 maggio 1975, n. 151, *Riforma del diritto di famiglia*, con cui si sanciva che nel caso di separazione tra i coniugi il superiore interesse dei figli venisse garantito dall'individuare un genitore affidatario, a cui veniva concesso l'esercizio esclusivo della potestà, ed un genitore non affidatario su cui gravava il diritto/dovere di vigilare sull'operato dell'affidatario:

Il coniuge cui sono affidati i figli, salva diversa disposizione del giudice, ha

l'esercizio esclusivo della potestà su di essi; egli deve attenersi alle condizioni determinate dal giudice. Salvo che sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i coniugi. Il coniuge cui i figli non siano affidati ha il diritto e il dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può ricorrere al giudice quando ritenga che siano state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse (art. 155 del C.C. modificato dalla legge 151/1975).

Pertanto era compito del giudice sondare le caratteristiche e le capacità di entrambi i genitori e scegliere quello più idoneo a svolgere la funzione di affidatario. Ciò rendeva necessario effettuare sempre e comunque un bilancio di competenze.

Con la legge 8 febbraio 2006, n. 54, *Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli* il distinguo tra affidatario e non affidatario esce di scena:

Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale (art.

155 del cod.civ. modificato dalla legge 54/2006).

Successivamente con il Decreto Legislativo 28 dicembre 2013, n. 154, *Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della legge 10 dicembre 2012, n. 219* si chiarisce inoltre che la responsabilità genitoriale, su disposizione del giudice e limitatamente alle questioni di ordinaria amministrazione, può essere esercitata da entrambi i genitori anche separatamente:

Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente (art.55 D.Lgs 154/2013).

Né la legge 54/2006 né le successive modifiche menzionano e nemmeno lasciano intendere che le modalità di affidamento dei figli debbano basarsi sull'individuazione del *genitore migliore*.

Dopo trent'anni la Legge rinunciava a valutare i genitori e decideva, invece, di occuparsi esclusivamente del benessere dei figli.

Aver individuato come fondamentale il diritto del figlio a mantenere il rapporto con i propri genitori anche successivamente alla rottura del vincolo affettivo tra di loro non avrebbe dovuto

far abbandonare l'idea di misurare delle competenze?

La priorità del Legislatore (e dunque del giudice chiamato a mettere in pratica la norma) è quella di garantire il diritto del figlio alla propria imperfetta e scissa famiglia o, ancora una volta, esprimere un giudizio sui genitori?

Sintetizzando: Se la tutela del figlio non passa più attraverso l'individuazione del *genitore migliore* per quale motivo continuare a valutarli?

2. il diritto del figlio tra consolidate prassi ed opportune tutele.

Tuttavia è ancora consuetudine nei procedimenti relativi all'affidamento dei figli successivamente alla separazione dei genitori per i quali viene disposta una consulenza tecnica d'ufficio chiedere di procedere ad una valutazione della capacità genitoriale. A che scopo? Mi si potrebbe rispondere che questo accade perché ci si trova dinanzi ad una situazione problematica che necessita di grande attenzione. Potrei ribattere che la cosa avrebbe senso nei procedimenti c.d. *ablativi e modificativi della responsabilità genitoriale* (art. 330 e 333 cod.civ.) ossia nei casi in cui si deve accertare la presenza di una violazione

dei doveri dei genitori nei confronti dei figli o di abuso dei poteri, ove da simili comportamenti possano derivare gravi pregiudizi in capo ai minori.

Potrei ribattere? Pensandoci bene forse no. *Iura novit curia* (*Il giudice conosce le leggi*) sussurra il professore di latino del liceo invitandomi al silenzio.

Va bene. Prendete tutto quello che ho scritto fin qui come un mero esercizio di logica astratta, privo di quella competenza giuridica necessaria per poterlo argomentare pienamente.

È tempo di rientrare nel perimetro di una psicologia declinata con la modalità obbediente ed esecutiva che dovrebbe caratterizzare il professionista chiamato dal giudice in qualità di consulente al fine di sostenerlo nel proprio discernimento.

Con tale abito mentale mi rivolgo alle buone prassi nelle quali si specifica che dall'analisi della genitorialità potrebbe derivare sia un affidamento esclusivo (cosa questa che non modifica il diritto del figlio ad avere rapporti equilibrati e continuativi con entrambi i genitori) sia, in casi estremi ritengo, l'esclusione di entrambi i genitori dall'esercizio della genitorialità

(*Protocollo di Milano: Linee guida per la consulenza tecnica in materia di affidamento dei figli a seguito di separazione dei genitori: contributi psico-*

forensi. “Nella valutazione delle capacità genitoriali, per regolare la frequentazione del minore con entrambi i genitori o eventualmente per escludere dall'affidamento uno o entrambi i genitori, l'esperto dovrà tener conto dei criteri minimi relativi alle capacità genitoriali, che riguardano essenzialmente la funzione di cura e protezione, la funzione riflessiva, la funzione empatica/affettiva, la funzione organizzativa”) Tale scenario richiederebbe però l'attivazione di procedimenti giuridici di tutela nei confronti del figlio di diversa natura rispetto a quelli che regolamentano, invece, l'affidamento successivamente alla rottura del vincolo affettivo tra i genitori.

Scusate ma, nonostante il professore di latino, il pensiero non mi abbandona.

Ma atteniamoci ai fatti: non si può prescindere dalla valutazione della genitorialità.

Tutto chiaro o quasi dal momento che manca una definizione univocamente riconosciuta di quella *genitorialità* che l'esperto è chiamato a valutare. Non vi affannate a cercare, lo faccio da anni, non la troverete. Nella ricerca vi imatterete, sicuramente, in ampie ed utilissime descrizioni riguardo a quali siano gli intenti a cui deve mirare la

genitorialità ma mai una definizione univoca di cosa sia la genitorialità che, per ammissione degli stessi autori che se ne sono occupati, è qualcosa di instabile e mutevole e dunque difficile da cristallizzare.

A questo punto decisamente dovrei smetterla di cavillare e lasciar perdere tutte queste riflessioni. Purtroppo non riesco e, anzi, a peggiorare la situazione, ricompare il professore di latino che provvede a completare la frase precedente *iura novit curia, facta sunt probanda (Il giudice conosce le leggi, i fatti vanno provati)* poi, giusto per rafforzare il disorientamento, si fa avanti il professore di filosofia che cita Euclide (*Ciò che è affermato senza prova, può essere negato senza prova*) e, per finire, il docente di teorie e tecniche dei test dei tempi dell'università che conclude facendo notare come non esista nessun test in grado di ponderare (ossia di fornire prove!) la *capacità genitoriale* dal momento che il termine test individua delle procedure oggettive che permettono di misurare un costrutto psicologico (che al momento rispetto alla genitorialità manca) attraverso un campione di comportamento.

Pertanto la valutazione della genitorialità richiesta dal giudice dovrebbe essere effettuata in assenza di una definizione

univoca e, di conseguenza, senza poter fare affidamento su uno strumento standardizzato.

Non potendo fornire prove oggettive cerco fiduciosa conforto nella consuetudine operativa di effettuare delle valutazioni sulla personalità dei genitori, queste sì possibili attraverso test che posseggono tutte le caratteristiche psicometriche necessarie. Tali valutazioni, anche quando non espressamente richieste, costituiscono una prassi all'interno delle consulenze nei procedimenti relativi all'affidamento dei figli.

Per rispettare le prassi, però, dovrei almeno individuare i necessari riferimenti scientifici a sostegno di un percorso tortuoso che utilizza la valutazione della personalità del padre e della madre come elemento oggettivo e dunque oggettivante nella valutazione della capacità genitoriale.

Purtroppo mi imbatto in una dolorosa scoperta dal momento che la consuetudine ad utilizzare la valutazione della personalità dei genitori *a corredo* dell'analisi della capacità genitoriale comincia a scricchiolare sotto i colpi di analisi di stampo giuridico/psicologiche.

3. la genitorialità al servizio dei figli

A questo punto il programma di scrittura mi ricorda che ho utilizzato più di 2000 parole senza praticamente concentrarmi mai sul minore.

No, perdonate, minore nel senso di *persona fisica che non ha ancora compiuto il diciottesimo anno di età*, in questo caso proprio non va bene dal momento che così prenderei in considerazione solo l'elemento cronologico e non la natura delle relazioni familiari in cui il nostro *minore* è immerso e che devono essere osservate e tutelate. Figlio decisamente va meglio.

E' il momento di scegliere un'altra prospettiva concentrandosi solo sul figlio e cercando di individuare una strategia operativa utile a sostenere il giudice nel faticoso lavoro che è chiamato a svolgere ossia quello di garantirne il diritto alla bigenitorialità.

In primo luogo è opportuno cercare di arrivare ad una definizione di genitorialità che, pur non avendo la pretesa di essere esaustiva, possa essere consona e fruibile all'interno del contesto giuridico.

Provo: *per genitorialità si intende la relazione tra due esseri umani che si sono impegnati solidalmente nei confronti di un altro essere umano, riconosciuto da entrambi, o per nascita,*

o per adozione o per vincolo affettivo, come figlio.

Il fine a breve termine della genitorialità è quello di garantire al figlio la soddisfazione dei propri bisogni evolutivi attraverso l'esercizio di quelle funzioni-base già ampiamente descritte in letteratura, il fine a lungo termine della genitorialità è il raggiungimento da parte del figlio di un'autonomia ed una maturità tali da rendere possibile lo svincolo dai genitori o, in alternativa, il maggior livello possibile di autonomia rispetto ad essi.

La genitorialità così intesa è un indissolubile vincolo relazionale che impone ai genitori a seconda delle circostanze, dei bisogni e dei contesti, di cooperare o di rappresentarsi reciprocamente agli occhi del figlio o, addirittura, di sopperire l'uno alle mancanze dell'altro.

La genitorialità fin qui delineata potrebbe essere definita *solidale* rifacendosi al concetto giuridico di antica tradizione dell'obbligazione in solido

Ubi duo rei facti sunt, potest vet ab uno eorum solidum peti (se vi sono due obbligati solidali può essere chiesto il tutto ad uno solo di loro - Pandette di Giustianiano 533 d. C.-)

La genitorialità solidale tutela sempre, interamente, il figlio anche quando uno

dei due genitori (uno dei due *obbligati* se utilizziamo una terminologia giuridica) è manchevole o del tutto impossibilitato a fornire il proprio contributo.

Nel riconoscere il bambino come figlio i genitori si obbligano per sempre, solidalmente, nei suoi confronti. Tale vincolo, a differenza di quello affettivo e/o coniugale, non può essere sciolto.

Individuata non *la* definizione ma *una* definizione di genitorialità e preso atto del fatto che non abbiamo a disposizione strumenti in grado di valutarla si potrebbe procedere ad osservarla stimolando i genitori, attraverso una narrazione condivisa, ad esplicitare come si sono occupati del figlio prima e dopo la rottura del vincolo.

Accade spesso, nelle coppie non più unite, di osservare una condivisione rispetto agli obiettivi del *parenting* ma una divergenza rispetto alle modalità pratiche con cui raggiungerli. Tali diversi modi di essere genitori rappresentano uno stile individuale che di sovente, soprattutto se osservato all'interno di un'attività peritale, diviene elemento di reciproca doglianza.

La presenza di un diverso stile può avere ricadute negative sul figlio non perché egli si debba interfacciare diversamente con i due genitori (elemento questo fisiologico se non addirittura auspicabile)

ma perché questi due stili gli vengono presentati continuamente come antitetivamente contrapposti e reciprocamente escludentisi.

Uno dei rischi maggiori per il figlio successivamente alla separazione dei genitori pertanto non è lo sviluppo di conclamate patologie ma, piuttosto, la tendenza a sviluppare una fragilità, un disagio senso di inconsistenza, di precarietà. Se i genitori non sono più solidali il figlio non sarà più solido.

Per il figlio, in qualità di beneficiario ed a differenza dei genitori, sarà non solo utile ma addirittura indispensabile utilizzare strumenti psicologici il più possibile oggettivi (tests standardizzati, proiettivi grafici, interviste). Lo scopo di questa osservazione scrupolosamente documentata sarà quella di descrivere il bambino e di offrire al giudice tutti gli elementi idonei sia a conoscere il *grande assente* (non è infrequente che il giudice non incontri mai il figlio pur dovendolo tutelare) sia ad acquisire gli elementi necessari a stabilire se vi è corrispondenza tra i bisogni del figlio e la genitorialità così come viene esercitata dai genitori.

La consulenza, abbandonata per sempre la necessità di valutare singolarmente i genitori, dovrebbe poi, per essere realmente tutelante per il figlio,

individuare le reali risorse e potenzialità della famiglia.

A tal fine potrebbe essere utile, adattandoli ovviamente, utilizzare dei costrutti già noti alla psicologia dello sviluppo individuando una *zona attuale ed una zona potenziale di sviluppo*.

La *zona attuale* rappresenta la genitorialità così come esercitata nel presente, la *zona prossimale* costituisce il potenziale della coppia ossia il luogo del possibile cambiamento.

Tutti questi elementi permetteranno al magistrato non di applicare astrattamente la Legge a tutela di un diritto che resterebbe anch'esso astrattamente garantito ma, piuttosto, mostrando i concreti bisogni del figlio e le reali risorse genitoriali lo aiuteranno ad individuare non la soluzione *migliore* ma quella che la famiglia è in grado di sostenere.

Il passare dal valutare al descrivere richiederebbe poi l'individuazione di nuovi tipi di quesiti da proporre al consulente.

Mi concedo pertanto, come ultima libertà, la possibilità di formulare un quesito che consenta di abbandonare il giudizio sui genitori per abbracciare totalmente la tutela del figlio.

Provveda il ctu ed effettuare una descrizione della genitorialità precisando

se e come questa si è modificata successivamente alla rottura del vincolo affettivo tra i genitori e precisando se e come, attualmente, i genitori sono in grado di operare solidalmente nei confronti del figlio. Rispetto all'esercizio attuale della genitorialità provveda il ctu a suggerire, qualora ne ravveda la necessità, le possibili ed utili modifiche atte a garantire al meglio il soddisfacimento dei bisogni evolutivi del figlio e, in particolar modo, il suo diritto a mantenere rapporti stabili e continuativi con entrambi i genitori e con gli ascendenti di ciascun ramo genitoriale.

G.L. Visentin in <http://www.genitorialita.it/documenti/le-funzioni-della-genitorialita>.

Bibliografia

A. Anastasi, *I test psicologici*, Franco Angeli, Milano 2002.

F. Guglielmetti, *Solidi figli Genitori solidali*, Aracne editrice, Roma 2021.

M. Pingitore, a cura di, *Nodi e snodi nell'alienazione parentale. Nuovi strumenti psicoforensi per la tutela dei diritti dei figli*, Franco Angeli, Milano 2019.

L. Vygotskij, *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche* (a cura di L. Mecacci), Laterza, Roma-Bari 2001.

La caffeina questa sconosciuta

di **Veronica Sarno**

La caffeina è la sostanza psicoattiva maggiormente diffusa al mondo, infatti, ben l'80% della popolazione mondiale ne fa uso, di cui il 25% ha una diagnosi di disturbo mentale, è significativo che "molte persone diagnosticate come malati mentali sono in realtà coloro che soffrono di avvelenamento da caffeina"(1)

La caffeina è contenuta in dosi cospicue nel caffè, ed in dosi minori in Energy Drink e bevande gassate, consumate anche dai giovanissimi,

La caffeina agisce sul sistema nervoso centrale, essa è in grado di penetrare la barriera emato-encefalica, che serve a garantire l'omeostasi cerebrale, penetrata questa barriera va ad incidere su comportamenti e pensieri della persona che ne fa uso, anche a livelli preoccupanti.

"A riguardo del funzionamento della caffeina sul nostro sistema nervoso è bene sapere che: un segno della attività dei neuroni del cervello è la produzione di adenosina, i cui livelli sono costantemente monitorati attraverso i recettori del sistema nervoso. Di solito, quando i livelli di adenosina nel cervello e nel midollo spinale raggiungono certi valori, il corpo ci spinge verso il sonno, o perlomeno, ci consiglia di "rallentare", mentre la caffeina fa accelerare l'organismo. La caffeina agisce sul sistema nervoso proprio perché simula l'adenosina, viene cioè scambiata per adenosina dal nostro organismo. I 90/100 mg contenuti in un caffè puntano dritto verso i recettori dell'adenosina, e,

a causa della somiglianza con quest'ultima, entra nei recettori. Con i recettori bloccati, gli stimolanti del cervello, la dopamina e il glutammato, possono svolgere il loro lavoro più liberamente. In poche parole, la caffeina si limita a bloccare il principale "freno" del cervello. La caffeina è un modo per impedire al cervello di rallentare. Tuttavia, più assumiamo caffeina, più il nostro corpo aumenta il livello di tolleranza, così, per ricevere lo stesso stimolo del primo sorso di caffè ci serve una quantità maggiore di sostanza, creando un meccanismo di dipendenza dalla caffeina. Come si sviluppa il livello di tolleranza? Molti studi suggeriscono che, esattamente come nella dipendenza dalle droghe, il cervello prova a tornare alle funzioni normali mentre è "sotto l'attacco" della caffeina creando più recettori dell'adenosina. Ma è anche dimostrato che assumere regolarmente caffeina diminuisce il numero di recettori per la noradrenalina, un ormone simile all'adrenalina, e insieme alla serotonina, un potenziatore dell'umore. Quando dal "consumo" si passa all' "abuso" è possibile che si instauri una vera e propria dipendenza da caffeina, caratterizzata dai sintomi psichici e fisiologici descritti per le altre dipendenze (tolleranza, craving, assuefazione...). Con un uso limitato a due/tre tazzine di caffè al giorno non si ha un quadro sintomatologico patologico, ma si possono avere effetti psico-fisici positivi (attivazione mentale, attenzione, memoria, concentrazione...). Quando però vi è un uso ripetuto, prolungato e quantitativamente eccessivo, possono verificarsi più o meno gravi conseguenze sulle sfere vitali della persona, come

quella sociale, lavorativa, affettiva, familiare. Ciò accade perché quando viene a mancare la dose specifica di caffeina l'individuo inizia a sperimentare emicrania, dolori muscolari, sonnolenza, difficoltà di concentrazione, irritabilità ed affaticamento (una vera e propria sindrome di astinenza). La sperimentazione dei suddetti sintomi sospinge l'individuo a consumare nuovamente bevande a base di caffeina, in un ciclo sempre più chiuso e dannoso. Al crescere delle dosi si possono sperimentare ulteriori sintomi come ansia, flessione del tono dell'umore, disturbi del sonno, confusione mentale e suscettibilità. A livello fisico possono manifestarsi disidratazione, cefalea, squilibri pressori, tachicardia, nausea, vomito, tensione muscolare, disturbi gastrici e spossatezza. Gli effetti della dipendenza da caffeina possono anche essere più gravi, laddove il consumo di caffeina si leghi al consumo di altre sostanze psico-attive, come ad esempio l'alcol." (2)

La caffeina è una molecola liposolubile dalle minute dimensioni, simile all'alcol, alla nicotina ed ad alcuni antidepressivi. La scarsa consapevolezza di sé può essere una conseguenza di un cervello tossico. Le azioni che la caffeina svolge sul sistema nervoso centrale sono mediate dall'antagonismo dei recettori adenosinici con derivata modulazione dell'attività dopaminergica, questo spiega la ricerca di caffè da parte dei pazienti depressi, come auto medicamento; in realtà i dati indicano che il consumo di caffè peggiora i disturbi dell'umore, Rusconi (2014) per la rivista di psichiatria, ha effettuato una ricerca bibliografica su Medline/PubMed e

PsychINFO con le seguenti parole chiave "coffee AND major depression", "coffee AND dysthymia", sono stati selezionati gli studi in lingua inglese e condotti esclusivamente sull'uomo. Le donne in depressione post-partum che assumono caffeina peggiorano la loro situazione depressiva e presentano spesso co-morbilità con attacchi di panico. L'assunzione di alte dosi di caffeina può indurre disregolazione dell'equilibrio timico, deteriorare i ritmi circadiani e i sintomi d'ansia e favorire stati affettivi alterati.

Studiosi dell'università di Ann Arbor del Michigan di, Greden e Fontaine (2020), hanno potuto constatare che molti dei ricoverati in ospedale con sindrome depressiva ansiosa risultava essere consumatore abituale di 7/8 tazzine di caffè al giorno, ingerendo fra i 250g fino ai 750g e spesso li associavano anche ad alcool e fumo, il tutto associato al consumo di tranquillanti prescritti, contro la sonnolenza prodotta da tali farmaci, i depressi iniziavano ad assumere caffè, ma in realtà più utilizzavano la caffeina e più si sentivano stanchi. Questi studiosi suggeriscono di andare sempre ad indagare i sintomi del caffeinismo nei depressi. Alcuni studi hanno confermato che buona parte delle persone che soffrono di depressione assumono caffeina, che va a peggiorare le loro condizioni, anche perché l'assunzione di bevande che contengono caffeina o caffè, non solo può rendere difficile l'addormentamento, ma anche influire sulla capacità di restare addormentati, questo potrebbe accadere poiché l'organismo potrebbe star tentando di

elaborare ancora tutta la caffeina assunta nella giornata.

Il neuroscienziato M.Walker (2020), spiega che il 25% della caffeina contenuta in un espresso consumato a pranzo, è ancora in circolo nel cervello quando si va a letto a mezzanotte, per cui ci si riposa male, ci si alza spossati e allora si corre ai ripari, bevendo un caffè per compensare, entrando in un pericoloso circolo vizioso.

La caffeina interferisce quindi anche con i cicli di sonno dei pazienti bipolari, i medici raccomandano a questi pazienti di evitare l'uso di caffeina. Chi soffre di disturbi dell'umore può osservare che l'umore peggiora dopo l'uso di caffeina, in quanto il sistema nervoso viene stimolato soltanto temporaneamente, quindi il tono dell'umore cala vertiginosamente assieme alla fine dell'effetto della caffeina. Uno studio del 2009 condotto da Baethge su pazienti sardi bipolari ha scoperto che molti fanno uso di nicotina e tutti quelli che consumano anche il caffè aumentano i loro tentativi di suicidio. La caffeina può anche far incrementare i mal di testa, far sorgere senso di irrequietezza e palpitazioni cardiache, far sorgere nausea e far aumentare la pressione cardiaca; alla lunga tutti questi sintomi possono condurre ad infiammazioni o malattie. Le persone che soffrono di attacchi di panico sperimentano con maggiore frequenza attacchi dopo l'assunzione della caffeina. L'uso di caffeina è sconsigliato a tutte queste persone.

Inoltre, si è evidenziata una stretta connessione tra il consumo di caffè e l'aumento del tasso di colesterolo totale. Si è dimostrata una connessione tra

caffeina e bilancio negativo del calcio. Il caffè è controindicato per: aritmie cardiache, ipertensione, ipercolesterolemia, gastrite, ulcera gastrica.

L'esperto di alimentazione M.Pollan (2019) ha sottolineato che la voglia di caffè appena svegli e di un espresso ogni qualvolta finisce l'effetto della dose precedente di caffè, indica che il caffè è una sostanza subdola che crea una dipendenza invisibile, poiché scandisce la quotidianità di molti, rendendoli assuefatti del tutto inconsapevolmente. Pollan parla anche di un nuovo tipo di lavoratore, creato proprio dal caffè, infatti le aziende, per ottimizzare la produttività degli operai dagli anni Quaranta, per rendere il lavoratore più attivo hanno introdotto la pausa caffè per i lavoratori, perché si è verificato che a dosi particolarmente basse di assunzione di caffeina, aumentano attenzione, arousal e performance psicomotorie. Pollan si è domandato se davvero l'essere attivi dipendesse dall'assunzione di caffè, a questo proposito Pollan ha smesso di assumere caffeina per tre mesi, come se volesse disintossicarsi, ne ottiene difficoltà di concentrazione, irritabilità, affaticamento, mal di testa, sintomi dell'astinenza così come individuati dal DSM V.

La neurologa e responsabile del Centro regionale per la Diagnosi e Cura delle Cefalee dell'Irccs Fondazione Mondino di Pavia, Grazia Sances, spiega che: "la caffeina interagisce principalmente con il sistema nervoso, spegne i segnali di stanchezza, consentendoci di rimanere svegli più a lungo, e lo fa mettendo il bastone tra le ruote all'adenosina, una molecola con effetto sedativo sulla

nostra attività neuronale. Quando l'adenosina vorrebbe entrare in azione perché siamo stanchi, la caffeina prende il suo posto nei recettori del cervello stimolandoci a rimanere attivi. Dà una marcia in più e quando non c'è, si sente. Il cervello ne apprende il meccanismo d'azione e la riconosce come una sostanza di allerta. Perciò può desiderarne l'assunzione per mantenere la vigilanza più a lungo, questo processo, a volte, porta inconsapevolmente ad aumentare le dosi giornaliere di caffè per combattere la stanchezza e avere maggiore concentrazione sul lavoro. La caffeina entra nel nostro sistema circolatorio in breve tempo, entro quaranta minuti, e raggiunge il resto del corpo in quattro-sei ore, ma la durata del suo effetto varia da persona a persona” (3)

La psicoterapeuta Elena Pasquali ha dichiarato: “E' certamente possibile, che si verifichi sia un abuso di caffeina e sia l'instaurarsi di una vera e propria dipendenza da caffè con sintomi psico-fisici quali il craving, la tolleranza e l'astinenza.

Bignamini, membro del Comitato scientifico dell'Istituto europeo delle dipendenze di Milano ha detto: "La caffeina può generare sia tolleranza che astinenza, perché per continuare ad avere gli stessi effetti stimolanti c'è la necessità di aumentarne le quantità e perché quando la sospendiamo ne sentiamo la mancanza. La caffeina agisce prevalentemente sulla corteccia prefrontale, che, pur essendo coinvolta nel circuito della gratificazione, produce sensazioni di euforia, ma non come esperienza di cambiamento profondo e duraturo” (4)

La dipendenza da caffeina è una forma di dipendenza psico-fisica indotta e mantenuta dall'assunzione continuativa ed eccessiva di caffeina. La caffeina è uno psico-stimolante, ovvero induce la liberazione di adrenalina e noradrenalina, attivando la parte psico-cognitiva e fisica.

E' risaputo che il caffè aiuta a stare svegli, ma uno studio scopre che questo effetto svanisce dopo qualche giorno di perdita di sonno continua.

Lo studio pubblicato su Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, ha preso in esame l'effetto della caffeina su 26 volontari (uomini e donne) che erano portatori omozigoti dell'allele C di ADORA2A (gene che codifica per i recettori dell'adenosina A 2A). A questi soggetti particolarmente sensibili alla caffeina, si è chiesto di dormire al massimo 5 ore a notte per 5 giorni; ad un gruppo è stato dato caffè con caffeina, mentre ad un altro gruppo caffè decaffeinato.

I ricercatori hanno quantificato la caffeina e i principali metaboliti della caffeina (paraxantina, teobromina e teofillina) nella saliva dei partecipanti prima che andavano a coricarsi. Durante l'esperimento sono stati fatti test per monitorare le funzioni cognitive: livello di vigilanza, il tempo di reazione, l'accuratezza e la memoria. Risultati dei test: gli effetti della caffeina sono transitori. Si è scoperto che gli effetti della caffeina sono solo temporanei e che dopo i primi tre o quattro giorni di mancanza di sonno non c'erano più differenze fra chi assumeva caffeina e chi non la assumeva. Il caffè normale ha

però contrastato per i primi giorni l'impatto della ripetuta perdita di sonno sull'attenzione sostenuta e selettiva, così come il controllo esecutivo, rispetto al caffè decaffeinato. In conclusione, il caffè con caffeina ha indotto benefici iniziali o transitori su diversi aspetti delle prestazioni di base durante il periodo di sonno insufficiente. Denise Lange, una delle autrici dello studio, afferma che questi risultati dimostrano che il caffè riesce ad attenuare gli effetti dell'accumulo di mancanza di sonno sulle attività cognitive negli individui geneticamente sensibili alla caffeina, ma non a lungo termine. "Il nostro studio indica che l'assunzione moderata di caffè può mitigare alcune ripercussioni della riduzione del sonno in pochi giorni, tuttavia, questo non è un sostituto per una buona notte di sonno a lungo termine". Dunque se per periodi protratti di tempo si continua a perdere sonno, bere caffè diventa inutile. Lo studio voleva verificare l'impatto di bevande contenenti caffeina nel contrastare gli effetti della mancanza di sonno, infatti si stima che oltre il 30% degli adulti in Occidente dorme meno delle sette-otto ore raccomandate nei giorni feriali, mentre il 15% dorme regolarmente addirittura meno di sei ore. Questa abitudine può avere ripercussioni sulla salute e compromettere la vigilanza e l'attenzione. P.J. Rogers racconta di diversi studi sulla caffeina (2010), gli studi condotti dall'università di Bristol affermano che gli effetti stimolanti della caffeina indicano che gli effetti stimolanti della caffeina sono un'illusione e che il solito caffè del mattino non produce benefici per l'organismo, perché i consumatori abituali di caffè sviluppano

tolleranza agli effetti stimolanti della caffeina, anche se gli stessi consumatori abituali di caffè riferiscono di sentirsi maggiormente attenti sotto l'effetto della caffeina, questo in realtà è dovuto, secondo gli studiosi, all'inversione degli effetti della fatica provocati dall'astinenza da caffeina. Anche le ricerche effettuate dalla John Hopkins Medical School hanno dimostrato che il miglioramento della performance legato al consumo abituale di caffeina è legato all'astinenza da caffeina, senza l'astinenza non esiste alcun miglioramento della performance del soggetto, inoltre la caffeina incide anche negativamente sull'umore.

Secondo il Dr. T. Bradberry (2017), la caffeina ha un periodo di dimezzamento pari a sei ore e questo significa che impiega 24 ore per lasciare l'organismo, quindi dodici ore dopo in circolo vi è ancora il 25% del caffè e questo se ne beve soltanto una tazza al mattino, figuriamoci quando si assume anche quella pomeridiana come viene disturbato il sonno, infatti la caffeina disturba il ciclo del sonno, riducendo la durata dell'importante fase del sonno REM; inoltre la caffeina induce picchi di adrenalina come quelli che si verificano dinanzi ad un pericolo dinanzi al quale bisogna decidere velocemente se reagire o fuggire. Le conseguenze sono che ci si alza stanchi e si assume dell'altro caffè e ricomincia il circolo vizioso, al pomeriggio poi, pensando di migliorare la situazione si assume ancora altro caffè e questo aumenta la privazione di sonno, e più quest'ultima aumenta e più gli effetti pimpanti tipici della sensazione di assunzione di caffeina perdono di effetto, mentre si

sviluppa l'attaccamento alla sostanza contenete la caffeina.

Nel DSM-V tra i disturbi correlati alla caffeina sono presenti:

“Intossicazione da caffeina

Criteri diagnostici per il DSM-V

A. Recente consumo di caffeina (tipicamente in dosi elevate ben oltre i 250 mg).

B. 5 o più dei seguenti segni o sintomi che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di caffeina:

1. Irrequietezza
2. Nervosismo
3. Eccitamento
4. Insonnia
5. Vampate al volto
6. Diuresi
7. Disturbi gastrointestinali
8. Contratture muscolari
9. Flusso incoerente del pensiero e dell'eloquio
10. Tachicardia o aritmia cardiaca
11. Periodi di resistenza alla fatica
12. Agitazione psicomotoria

C. I segni o sintomi del criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili ad un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa una intossicazione da altra sostanza.”

Questo quello che riporta il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tuttavia, ammonisce Mendolicchio, psichiatra psicoanalista responsabile della riabilitazione dell'Ospedale Auxologico Piancavallo, che diversamente da quanto indicato nel manuale, che la tolleranza da caffeina

non è dose correlata, ma soggettiva; questo significa che “una persona può svilupparla anche consumandone quantità normali” lo si può capire, se interrompendo in maniera brusca l'assunzione di caffè, nel giro di un giorno, si presentano disturbi del sonno, affaticamento, mal di testa, scarsa concentrazione.

Inoltre il DSM V parla anche di astinenza da caffeina:

“Astinenza da caffeina

Criteri diagnostici per il DSM-V

A. Uso quotidiano prolungato di caffeina.

B. Brusca cessazione o riduzione dell'uso di caffeina, seguito entro 24 ore da 3 o (più) dei seguenti segni o sintomi:

1. Cefalea
2. Affaticamento marcato o fiacchezza
3. Umore disforico, umore depresso o irritabilità
4. Difficoltà di concentrazione
5. Sintomi tipo influenza (nausea, vomito o dolori muscolari/rigidità)

C. I segni o sintomi del criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono associati agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica (per es., emicrania, patologia virale) e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione od astinenza da altra sostanza.”

Sembra dunque evidente che la caffeina abbia effetti importanti sulla psiche, oltre a questo livello, il DR. F. Batmanghelidj (2004) sostiene che sia anche particolarmente dannosa per l'organismo. “la caffeina sembra funzionare come un'energia che libera

potenza nel corpo, è uno stimolante del sistema nervo centrale e libera l'energia dell'ATP immagazzinato e lo converte alla sua fase bruciata di AMP, la caffeina quindi effettua un prelievo forzoso quando il corpo non desidera liberare l'energia per una certa azione. La caffeina causerà un prelievo forzoso fino a raggiungere un livello molto basso di scorta di energia. L'eccessivo uso di caffeina esaurirà l'energia ATP immagazzinata nel cervello e nel corpo, che contribuisce alla stanchezza cronica. In alcuni esperimenti è stato dimostrato che la caffeina inibisce un sistema enzimatico molto importante, il PDE, che è implicato nel processo di apprendimento e di sviluppo della memoria. Nelle cavie usate negli esperimenti, la caffeina ha alterato la percezione visiva e la memoria, strumenti essenziali delle capacità di apprendimento. Dovete adesso rendervi conto che le persone affette dal morbo di Alzheimer e i bambini con difficoltà di apprendimento non dovrebbero bere altro che acqua. L'eccesso di caffeina infine stancherà il muscolo del cuore a causa della sua iper-stimolazione. Allo stesso tempo la caffeina è un disidratante. Le bevande contenenti caffeina non dovrebbero ASSOLUTAMENTE essere consumate."

Spesso, la persona che fa uso di caffeina, si riconosce dei sintomi di malattia, ma non sa che dipendono dalla caffeina stessa, inoltre la caffeina peggiora i sintomi di quei pazienti che soffrono di patologie organiche.

Tuttavia, recentissimi studi, condotti da un gruppo di psicologi, hanno dimostrato che piuttosto che assumere per davvero

la deleteria caffeina con caffè o energy drink, pensare ad una tazzina di caffè ed al suo aroma genera un effetto di attivazione dell'organismo.

Bibliografia

F.Batmanghlij, "Il tuo corpo implora acqua", Macro Edizioni, 2004.

Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM V, American Psychiatric Association (APA), 2013.

M.Pollan, "In difesa del cibo", Adelphi, 2019.

Riviste

A. Rusconi, Riv Psichiatr 2014;49(4):164-171, Agosto 2014, Vol. 49, N. 4

C.Baethge, Coffee and cigarette use: association with suicidal acts in 352 Sardinian bipolar disorder patients, 2009 Aug;11(5):494-503. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00727.x.

G.Masoero Regis, Processo alla caffeina. È davvero la droga psicoattiva più consumata al mondo? Colpevole di rubarci anche il sonno? I nostri esperti spiegano cosa succede nel cervello quando vuotiamo la tazzina, La Repubblica.

Data: 26.08.2021 Pag.: 34,35.

M. Pollan “The invisible addiction: is it time to give up caffeine?” The Guardian 6 luglio 2021

<https://it.graphistik.com/is-there-connection-between-caffeine>

P.J. Rogers, et. Al. (2010) Association of the Anxiogenic and Alerting Effects of Caffeine with ADORA2A and ADORA1 Polymorphisms and Habitual Level of Caffeine Consumption. Neuropsychopharmacology.

<https://www.surfsitesusa.com/kRwZO3kD/>

<https://www.abodybuilding.com/CAFFE3.html>

<https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenza-da-caffeina/>

T. Bradberry, “Emotional Intelligence 2.0, and president of Talent Smart, world's leading provider of emotional intelligence. 2017.

https://www.huffingtonpost.it/dr-travis-bradberry/la-caffeina-e-il-killer-silenzioso-delle-nostre-prestazioni_a_22191890/

Sitografia

<https://Caffeinweb.com>

<https://www.theguardian.com/news/audio/2021/aug/13/the-invisible-addiction-is-it-time-to-give-up-caffeine-podcast>

<https://www.comunicaffe.it/caffeina-killer-silenzioso/>

<https://www.abodybuilding.com/CAFFE3.html>

<https://www.focus.it/comportamento/psicologia/caffeina-non-fa-miracoli-sonno>

<https://it.sputniknews.com/20190516/gli-psicologi-per-sentirsi-piu-svegli-basta-pensare-a-un-bel-caffe-7651194.html>

www.elemapasquali.it/addiction-dipendenza-caffe

- Coffee effectively attenuates impaired attention in ADORA2A C/C-allele carriers during chronic sleep restriction

- Consuming caffeinated coffee can temporarily mitigate repercussions of reduced sleep)

E' vero che il caffè aiuta a stare svegli?

BY: TEA Blog tutto è conoscenza ON: 23 GENNAIO 2021 IN: ALIMENTAZIONE E SALUTE, CURIOSITÀ, SCIENZE MEDICHE

<https://www.centropsy.it>

<https://www.centropsy.it/psicologia-clinica/>

NOTE

1) <https://www.bipolari.it/index.php/generalita/le-cause/sostanze-abuso/309-caffe>

2) IPSICO (Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva), FIRENZE, 2022

Rif <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenza-da-caffeina/>

3) G.Sancez, in Processo alla caffeina. È davvero la droga psicoattiva più consumata al mondo? di Giulia Masoero Regis, inserto Salute, La repubblica, 14 agosto 2021.

4) E.Bignamini in Processo alla caffeina. È davvero la droga psicoattiva più consumata al mondo? di Giulia Masoero Regis, inserto Salute, La repubblica, 14 agosto 2021.

5) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM V, American Psychiatric Association (APA), 2013

6) L.Mendolicchio in Processo alla caffeina. È davvero la droga psicoattiva più consumata al mondo? di Giulia Masoero Regis, inserto Salute, La repubblica, 14 agosto 2021.

7) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM V, American Psychiatric Association (APA), 2013

8) F.Batmanghlidj, “Il tuo corpo implora acqua”, Macro Edizioni, 2004, p.89-90

A sua...Immagina: L'utilizzo delle fantasie guidate in psicoterapia

di Valeria Bassolino

Joseph Zinker in "Processi creativi in psicoterapia della Gestalt" sottolinea come **la psicoterapia possa essere un processo in cui sia il paziente che il terapeuta si riscoprono creatori del cambiamento.**

Il tema della creatività appare, già ad una prima analisi, strettamente legato alla questione riguardante la fantasia e, specificamente, il suo utilizzo ai fini terapeutici.

D'altro canto, ciò sembra confermato anche da alcuni rilevanti costrutti teorici. Secondo le teorie della mente attiva, che fanno capo al presupposto epistemologico del Costruttivismo, la mente non sarebbe soltanto produttrice di output ma anche di input. Sarebbe la mente stessa dell'individuo a ricercare e costruire attivamente i propri dati sensoriali.

In una visione integrata del mondo emozionale e del pensiero, si crea uno spazio di riflessione circa l'immaginazione come attività specifica della mente. Secondo alcuni autori, la percezione e l'immaginazione condividono essenzialmente le stesse vie neurologiche.

In questa prospettiva, dunque, **l'esperienza di immaginare un oggetto vuol dire porsi in uno stato psicofisiologico simile alla percezione reale di quell'oggetto o situazione.**

Ad ulteriore conferma, studi recenti hanno evidenziato come **il processo di immaginazione si correli a cambiamenti somatici**, in particolare:

tensione muscolare, respiro, attività elettrica della pelle, pressione arteriosa e frequenza cardiaca, onde cerebrali, attività oculare (dilatazione pupillare, attività del cristallino). È quindi evidente come tecniche di visualizzazione (Meditazione, Training Autogeno, Fantasia guidata, ecc.) possano condizionare la fisiologia del corpo elicitando emozioni e risposte somatiche.

Particolarmente significativi gli studi encefalografici (1961-65) compiuti da Virel presso la Facoltà di Scienze dell'Università di Parigi, che dimostrano come il **rilassamento profondo, che comporta la comparsa spontanea di immagini, sia caratterizzato dal ritmo cerebrale "alfa"**. Il ritmo "alfa", studiato da H. Berger nel 1929, è l'attività elettrica delle regioni posteriori dell'encefalo che è caratteristica di alcuni stati di coscienza esclusivi della specie umana, nell'auto-ipnosi, nello yoga, nella meditazione zen.

D'altro canto, la fantasia è considerata uno strumento terapeutico in quasi tutto il mondo ed è parte integrante di molte religioni. Già gli antichi Egizi e Greci credevano che le immagini liberassero nel cervello l'energia che stimola il cuore ed altre parti del corpo e che un'immagine molto vivida di una malattia fosse in grado di provocarne i sintomi.

L'immaginazione è un modo normale del funzionamento del pensiero, probabilmente tutto il pensiero poggia sulle immagini mentali. D'altro canto, le immagini mentali non sono concepibili senza un corpo, esse non sono un "contenuto mentale" ma un evento psicofisiologico integrato. Per cui **le immagini mentali non contribuiscono solamente alla costruzione del pensiero, ma dell'intera esperienza intesa come vissuto soggettivo integrato.** Ovviamente per "corpo" si intende non il corpo anatomico, ma il

vissuto corporeo, cioè “il mio corpo come io lo sento”. Si tratta della nozione, utilizzata anche dalla fenomenologia, di corpo vissuto, distinta dalla nozione di corpo oggetto, organico, anatomico. Allora ogni vissuto soggettivo sembra originarsi dal “corpo”: sensazioni, percezione, emozioni, immagini.

Per la Psicoterapia della Gestalt il pensiero per immagini, come tipo di coscienza-esperienza, ha in sé la componente dell'azione, del pensiero e dell'emozione. Da qui, la sua importanza per qualsiasi progetto di cambiamento terapeutico. **L'azione del pensare modifica generalmente i pensieri, ma solo il sentire può modificare le emozioni**; vale a dire che solo l'affiorare di nuove esperienze emotive, aggiungendo nuove tonalità alla configurazione affettiva di base, può incidere sulla loro autoregolazione e modificare l'esperienza, facilitando così un riordinamento dei pattern di significato personale.

L. Rigo spiega che *“l'attività immaginativa, nel suo stretto rapporto con l'attività sensoriale, precede geneticamente le rappresentazioni astratte del pensiero [...] così l'immaginazione, prodotto più immediato del linguaggio, precede geneticamente quest'ultimo e ne è una condizione”*. Ancora Rigo sottolinea come *“l'immaginare è legato e quasi identificabile alle immagini visive e queste sono collegate a situazioni concrete con tutte le loro implicazioni emotive e sentimentali, mentre il pensare è sempre legato al linguaggio, che può anche non essere accompagnato da immagini ed è in ogni caso corrispondente ad un modo di essere molto più distanziato dalla situazione e meno carico di elementi emotivi”*.

Anche se il modo in cui la fantasia agisce sull'organismo rimane tuttora poco chiaro, si pensa che essa funzioni secondo un meccanismo che riproduce, a livello neurale, meccanismi e reazioni che somigliano alla realtà: se osserviamo l'attività del cervello nel momento in cui si immagina qualcosa, la sua attività è del tutto simile a quella di quando ciò che percepisce è reale. Sulla base di ciò il sistema nervoso non può, quindi, valutare la differenza tra una esperienza reale e una immaginata: in entrambi i casi reagisce ai dati comunicatigli dal cervello, ossia reagisce in conformità a quanto si pensa o si immagina. Perciò, il sistema nervoso non distingue se una cosa è vera o solo immaginata. In conclusione, è possibile verosimilmente sostenere che **immaginare porta a una attivazione cerebrale identica a quella dell'agire**.

Da un punto di vista strettamente tecnico, **l'attuazione di una fantasia guidata richiede la strutturazione di un setting piuttosto rigoroso**. In particolare, il terapeuta chiede al paziente di assumere una posizione comoda, seduta oppure sdraiata e di chiudere gli occhi. A suo agio nello scenario preferito, il paziente dirige i pensieri verso il problema.

Le immagini mentali non sono necessariamente visive: può trattarsi di suoni, sapori odori o di una combinazione di sensazioni.

Il Sogno guidato è una tecnica molto utilizzata che permette di accedere alle risorse che i soggetti hanno acquisito nel corso della loro esperienza di vita. Lo stato mentale attivato dal Sogno guidato è uno stato che sta a metà fra la veglia ed il sonno. Possiamo definirlo come uno stato ipnoide caratterizzato, a livello comportamentale, da:

- rilassamento psicomotorio,
- battito delle palpebre,
- chiusura degli occhi,

- piacevole sensazione di benessere globale.

Lo stato mentale del Sogno guidato è ben più vicino allo stato di veglia che allo stato di sonno. **L'obiettivo generale che ci si pone con questa tecnica è quello di modificare l'atteggiamento della persona durante il suo sogno e trasferire questo nuovo schema mentale durante lo stato di veglia.** In questo modo, ci si aspetta che emerga ciò che è presente nelle risorse inconse del soggetto.

Il primo a parlare di Rêve éveillé dirigé, il sogno da svegli guidato, è stato lo psicologo Robert Desoille (Besançon 1890-Paris 1966). Desoille scopre e percepisce l'importanza e l'utilità di unire l'attività onirica allo stato di veglia allo scopo di effettuare l'indagine psicologica finalizzata alla risoluzione dei conflitti intra-psichici.

La tecnica di Desoille si svolge in questo modo: la persona viene messa in uno stato di rilassamento e chiude gli occhi per creare uno scenario immaginario di cui è lui stesso l'eroe principale (o unico). Il terapeuta interviene a volte per precisare una parte dello spazio immaginario o una biforcazione possibile dello scenario. Nel contesto di un'altra fase del lavoro, la persona redige un resoconto scritto che fungerà da sostegno ad una seduta di fronte a faccia per esplorare il significato dello scenario. Nel bambino, il protocollo è modificato nel senso che disegna, ad occhi aperti, seduto ad un tavolo lo scenario che immagina.

Desoille riassume così i punti principali riguardanti questo "metodo nuovo d'indagine della affettività subconsciente":

- "Porre la persona in uno stato d'indifferenza al mondo esterno simile a quello del sonno ma che se ne distingue

con il mantenimento della piena coscienza".

- "Impiegare la proposta per stimolare l'attività dell'immaginazione".
- "Osservare la legge d'armonia che presiede alla formazione immagini".
- "Analizzare le immagini, simboliche o no, con il metodo delle associazioni di idee come si fa in psicanalisi".

Una particolare applicazione del Sogno guidato viene utilizzata in sedute di gruppo. In questo ambito viene proposto un simbolo la cui dinamica è suggerita interamente dal conduttore. I simboli ci mettono in contatto con aspetti interiori inaccessibili alla mente analitica e ci conducono a capire 'vedendo', visualizzando anziché 'pensando'. In questo modo, è possibile che si rivelino realtà interiori nuove e sconosciute. Secondo questa prospettiva il simbolo, infatti, ha la proprietà di dirigere e strutturare alcune energie inconse.

L'ITP, "Tecnica Immaginativa di analisi e ristrutturazione del Profondo", è una Psicoterapia dell'Inconscio che parte dal presupposto, comune a tutte le tecniche Immaginative, che la produzione immaginativa che si svolge in determinate condizioni, come i sogni e le associazioni libere, sia manifestazione privilegiata dell'inconscio. Si tratta di una tecnica originale, molto vicina all'Oniroterapia di Scuola francese, che nasce nel 1968 dall'esperienza clinica di Leopoldo Rigo e successivamente riattualizzata dal gruppo da lui fondato: il GITIM (Gruppo Italiano per le Tecniche psicoterapiche di Imagerie Mentale).

E' un metodo di origine psicodinamica fondato sulla cura attraverso la modifica del "fondo fantasmatico" del paziente posto in uno stato di "reverie", grazie ad un rilassamento condotto con una tecnica specifica. Essa si rifà, per quanto

riguarda l'aspetto diagnostico e interpretativo, alla teorizzazione psicoanalitica e alla psicologia analitica Jungiana; riprende, invece, la propria metodologia dall'uso dell'Imagerie Mentale. **Scopo dell'ITP non è la liberazione dal sintomo, ma la riorganizzazione della personalità.**

La cura del disturbo con il metodo ITP si articola in due parti:

- una "parte terapeutica", comprendente le fasi "ristrutturante" e "conflittuale", in cui si affrontano gli aspetti conflittuali del Soggetto, e una successiva
- "parte psicagogica", comprendente una fase "archetipica" che consente la maturazione della personalità, e che porta la persona verso la propria centralità e integrazione.

L'ITP è un approccio terapeutico che può essere **proposto sia a livello individuale che di gruppo**. Sono state messe a punto alcune "tecniche derivate" che consentono l'applicazione del metodo ITP a soggetti in età evolutiva, con tecniche di gioco o di disegno, come i "fumetti".

La psicosintesi è una prassi psicologica, basata su una concezione integrale dell'uomo e su una visione dinamica della vita psichica. Si tratta di una metodologia sviluppata dallo psichiatra Roberto Assagioli in Italia fin dagli inizi del Novecento (con il nome di Psicagogia), e successivamente è stata diffusa negli Stati Uniti fino ad essere attualmente conosciuta e praticata in tutto il mondo. Tenendo fede al suo spirito improntato al dialogo e all'unificazione, **la psicosintesi accoglie istanze e contributi di molte e disparate correnti psicologiche**, integrandole però nella sua specifica visione dell'essere umano.

Essa, infatti, si propone di unire in sé la tendenza all'introspezione e all'attenzione interiore, con un atteggiamento pragmatico e attivo. **L'obiettivo prioritario della psicosintesi riguarda l'armonizzazione e lo sviluppo della personalità.** La concezione integrale dell'essere umano tipica della psicosintesi, la costituisce soprattutto come un metodo di autorealizzazione, teso alla pienezza delle sue quattro dimensioni: fisica, emotiva, mentale e spirituale. Si basa sull'uso di tecniche e analisi della personalità e di tecniche attive, sviluppando l'autocoscienza, la volontà e la creatività interiore.

La psicosintesi si basa su una concezione integrale dell'uomo e su una visione dinamica della vita psichica. Si propone, pertanto, come **una psicologia che collabora con l'intrinseco naturale processo di sviluppo dell'uomo**, promuovendo, armonizzando e programmando l'integrazione della personalità e favorendo il contatto con i livelli superiori della vita psichica. L'obiettivo di base è risvegliare l'autocoscienza e l'esperienza della volontà, intesa non come sforzo di ottenere, ma come facoltà di gestire consapevolmente le dinamiche intrapsichiche ed interpersonali e, infine, condurre l'individuo ed i gruppi umani alla scoperta di più ampi significati esistenziali.

La pluralità degli elementi, usualmente percepita come diversità, può essere dunque vissuta, attraverso l'armonizzazione delle funzioni, come unità e trarre senso e significato dalla sua stessa più profonda identità, riconosciuta ed espressa. La caratteristica fondamentale della psicosintesi è di comprendere nella propria prassi anche lo sviluppo spirituale della persona, inteso quindi come possibilità di integrare

armonicamente diverse dimensioni della psiche.

Nella psicosintesi **l'uomo viene considerato nella sua totalità bio-psicospirituale** e il processo autorealizzativo ("conosci-possiedi-trasforma te stesso") è promosso e focalizzato a due livelli:

- psicosintesi personale (sviluppo psicologico ed espressione delle potenzialità, integrazione dei ruoli e dei compiti quotidiani in una vita più ricca e più piena);
- psicosintesi transpersonale (contatto con i livelli superiori della psiche, risveglio interiore. scoperta di significati esistenziali).

La psicosintesi considera l'uomo un centro di coscienza in rapporto con una molteplicità di contenuti consci ed inconsci. I suoi metodi e le sue tecniche mirano a comporre tale molteplicità in una sintesi più evoluta ed armonica (**psicosintesi personale**). Tale sintesi, allargandosi alla relazione umana, tende all'integrazione e alla comunione fra tutti gli essere umani e l'ambiente in cui vivono (**psicosintesi interpersonale**). L'uomo, quindi, è un'entità in continua crescita, capace di raggiungere sintesi sempre più ampie fino ad andare oltre la coscienza personale ordinaria, identificandosi con la coscienza del Sé e realizzando così una psicosintesi universale (**psicosintesi transpersonale**).

Lo scopo della psicosintesi è di unificare in una sintesi armonica i vari aspetti della personalità umana che vanno dal fisico all'emotivo, al mentale e spirituale. E' poi un insieme di tecniche utilizzate per comporre tale molteplicità a livello individuale. La psicosintesi è anche una concezione dell'uomo come un individuo in relazione con gli altri ed il tutto. Il tema della relazione umana ha per scopo

l'integrazione e l'armonia fra gli uomini e da questo punto di vista si propone come una "scienza dei rapporti umani".

Contempla l'uomo come un essere in evoluzione, orientato alla consapevolezza, all'espressione e attuazione delle sue potenzialità verso sintesi sempre più ampie che comprendono i contenuti della dimensione che va oltre la coscienza ordinaria verso la conoscenza e l'espressione completa dell'uomo. A tal proposito, la riflessione parte dall'assunto secondo cui le persone non sono affatto una "entità monolitica e immutabile". Al contrario, si ipotizzano numerose subpersonalità, contrastanti e mutevoli, che definiscono la nostra percezione del mondo.

Ferrucci chiarisce bene questo concetto:

"Le subpersonalità sono dei satelliti psichici che coesistono nell'ambito della nostra personalità, ognuna di esse con un suo stile e una sua motivazione, spesso assai diversa dalle altre. [...] Ognuno di noi è una folla. Ci possono essere il ribelle e l'intellettuale, il seduttore e la casalinga, il sabotatore e l'esteta, il sognatore e il perfezionista, ognuno con la sua mitologia, e tutti quanti più o meno comodamente stipati all'interno di un solo individuo".

Un individuo, le cui sub-personalità risultino in conflitto, tenderà ad evidenziare una certa 'sintomatologia', caratterizzata da elementi comportamentali più o meno incongrui, in quanto ciascuna sub-personalità tende, metaforicamente, a 'lottare' per la propria 'supremazia', entrando in conflitto con altre sub-personalità, nei cui confronti proverà ad esercitare un certo grado di 'controllo' e di 'potere'.

Laddove le sub-personalità riescono a 'convivere in armonia' e ad integrarsi, l'individuo tende ad avvertire una spontanea e tipica spinta generativa verso una sempre più elevata crescita personale ed in direzione di una maturazione sempre più evoluta. E' come se l'energia interiore, non essendo più assorbita da conflittualità tra le sub-personalità, alimentasse livelli di autorealizzazione sempre più alti e, nel contempo, più autentici e profondi, puntando inoltre, progressivamente, ad una sempre più matura integrazione 'trans-personale' e sociale.

- www.psicofusis.com/le-tecniche-immaginative-il-sogno-guidato.html
- www.psicosintesi.it/
- www.scuolapsicosintesi.com/
- www.psicosintesi.it/info/index.htm
- www.mondointermedio.it/Articoli2.htm-l'integrazione delle sub-personalita' in psicosintesi

Bibliografia

- Assaggioli, R., Principi e tecniche della psicosintesi Terapeutica, Roma: Astrolabio, 1973
- Calvino, I., Lezioni Americane, Milano: Garzanti, 1988
- Desoille, R., Teoria e pratica del sogno da svegli guidato, Editore: Astrolabio Ubaldini, 1974
- Ferrucci, P., Crescere, Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1981
- Rigo, L., La psicoterapia dell'immagine, Minerva Medicopsicologia, 1962
- Sacco, G., I giochi della mente. Teorie, ricerche e applicazioni delle immagini mentali, Roma: Melusina Editrice, 1994
- Simon, H. A., La psicologia della scoperta scientifica, "Protagonisti della psicologia", Roma: collana edita dalla Facoltà di Psicologia dell'Università di Roma "La Sapienza", 1993
- Zinker, J., Processi creativi in psicoterapia della Gestalt, Milano: Franco Angeli, 2001

A tutta dopamina: ADHD e cocaina

di Roberto Ghiaccio

No no mi occupo di dipendenze, ma mi occupo di ADHD, e di ADHD negli adulti, in particolare modo di test, questionari, interviste. Fu un caldo pomeriggio d'estate, quando un giovane collega mi telefonò, per avere, con rara umiltà informazioni sul tema. Il giovane collega, si occupa di dipendenze, ed io di ADHD, ognuno con la sua formazione, punti di forza e limiti, entrambi con poche risposte e tante domande, domande che per fortuna da quel giorno si moltiplicano e condividiamo per trovare altre domande utili a comprendere la fenomenologia dell'ADHD.

Per i soggetti con ADHD nel corso della vita, la co-occorrenza di altri disturbi è generalmente la regola piuttosto che l'eccezione. Gli esperti stimano che almeno il 60-80% di bambini, adolescenti e adulti con ADHD presenti almeno un'altra condizione. I disturbi della condotta, il disturbo oppositivo provocatorio, i disturbi dell'apprendimento e i disturbi d'ansia e dell'umore sono i disturbi comorbidi più comuni nell'infanzia e nell'adolescenza. Negli adulti, anche i disturbi della personalità sono molto diffusi.

Allo stesso modo, esiste un'associazione significativa tra ADHD e disturbi da uso di sostanze, che costituisce una delle forme più comuni di doppia diagnosi, termine usato per la co-occorrenza di un disturbo da dipendenza e almeno un altro disturbo mentale. La presenza di una diagnosi di ADHD è stata associata ad un aumento del rischio di utilizzo di sostanze psicotrope e alla presenza di una condizione di Dipendenza da

Sostanze. Tuttavia essendo la diagnosi ancora molto controversa e soprattutto molto sottovalutata molti soggetti sfuggono alla diagnosi.

E molti dei soggetti che sfuggono alla diagnosi in epoca si trovano a dover affrontare l'innesto delle dipendenze sull'ADHD da adulto, complicando alle volte l'iter diagnostico. L'ADHD è associato a un aumento del rischio di iniziare l'uso di sostanze e di sviluppare un disturbo da uso di sostanze. I bambini e gli adolescenti con ADHD hanno una probabilità significativamente maggiore di provare alcol, tabacco e una serie di sostanze durante la loro vita. Gli esperti stimano che circa il 15% degli adolescenti e dei giovani adulti con ADHD abbia un disturbo da uso concomitante di sostanze.

Un'ampia meta-analisi ha rivelato che quasi un paziente su quattro in cerca di trattamento per un disturbo da uso di sostanze ha anche l'ADHD (van Emmerik-van Oortmerssen, 2012). Nella stragrande maggioranza di questi casi, l'ADHD non è stato diagnosticato e di conseguenza non è stato trattato. L'evidenza clinica e i risultati di più studi mostrano che la sovrapposizione bidirezionale tra questi disturbi non è casuale. Il legame tra ADHD e disturbi da uso di sostanze è un tema complesso per numeri e conseguenze sociali.

I meccanismi alla base dell'aumento del rischio di uso di sostanze tra gli individui con ADHD non sono stati completamente stabiliti. L'aumento del rischio è molto probabilmente dovuto a una combinazione di diversi fattori di vulnerabilità, tra cui: meccanismi neurobiologici condivisi, le difficoltà nel funzionamento psicosociale o alcuni tratti e caratteristiche comuni a entrambi i disturbi, la comorbidità con altri disturbi psichiatrici, i deficit neuropsicologici

sottostanti, o quella che è stata definita ipotesi di automedicazione.

Diversi studi di neuroimaging mostrano che gli individui con ADHD mostrano deficit di motivazione e ricompensa caratterizzati dall'incapacità di ritardare la gratificazione e dalla preferenza per piccole ricompense immediate rispetto a grandi ricompense ritardate, mediate da un'alterata trasmissione della dopamina in alcune aree del cervello. Questi deficit sono stati proposti come meccanismo alla base dei comportamenti impulsivi associati all'ADHD e alla maggiore vulnerabilità all'abuso di sostanze.

I ricercatori ipotizzano anche che l'ADHD e i disturbi da dipendenza potrebbero condividere fattori di rischio familiari comuni a causa dei rischi genetici condivisi tra le due condizioni. Inoltre, diversi studi indicano un rischio triplicato di ADHD nei figli di donne che hanno fumato sigarette o fatto uso di alcol o altre droghe durante la gravidanza. Alcuni studi indicano che i problemi psicosociali e il cattivo funzionamento scolastico frequentemente associati nei casi di ADHD possono contribuire allo sviluppo di dipendenze.

Va ricordato che molte sostanze psicotrope producono effetti significativi a livello cognitivo influenzando, tra le altre cose, l'attenzione, la flessibilità cognitiva, la working memory e l'impulsività che comportano una variabile compromissione delle capacità inibitorie e la riduzione della soglia necessaria all'acting (Gould, 2010; Juárez, 2018): tutti aspetti centrali nel definire il funzionamento e l'adattamento all'ambiente. Dunque nella valutazione diagnostica è necessario definire l'età di insorgenza di tali compromissioni.

Sono stati associati alla presenza di ADHD un esordio più precoce e più grave sul piano clinico del disturbo da dipendenza da sostanze (Arias, 2008;

Johann, 2003; Riggs, 1998), una maggior frequenza e rapidità di transizione tra condotte d'abuso a condotte di vera e propria dipendenza, un decorso più prolungato associato a un impatto clinico maggiore, con più frequenti ricadute e maggior difficoltà a raggiungere e mantenere l'astinenza dalle sostanze (Wilens, 2004; Biederman, 1995; Biederman, 1998; Wilens, 2007).

Sebbene l'esatta natura dell'ADHD non sia completamente compresa, tra le ipotesi eziopatogenetiche c'è il coinvolgimento di alcuni neurotrasmettitori, tra cui come la dopamina e la noradrenalina. La dopamina è un messaggero chimico nel cervello legato alla ricompensa e al piacere. Questa sostanza chimica viene rilasciata ogni volta che si fa qualcosa di eccitante. Quando si mangia (non solo da stellati) un buon pasto o si ci abbraccia, il cervello rilascia dopamina come parte del sistema di ricompensa.

Il centro della ricompensa del cervello è progettato per incoraggiare a ripetere attività salutari come mangiare, bere e persino stabilire connessioni sociali. Tuttavia, c'è una piccola quantità di dopamina che viene rilasciata durante le attività quotidiane. Questa dopamina incoraggia a concentrarsi e completare le attività, anche quando non sono così eccitanti. Le persone con ADHD possono avere bassi livelli di dopamina nel cervello, causata da lenta ricettazione nello spazio post sintetico il che rende più difficile completare i compiti, tendendo così alla procrastinazione.

Piccole distrazioni che vengono facilmente ignorate dagli altri diventano irresistibili potenziali fonti di dopamina per qualcuno con ADHD. Molti stimolanti, comprese le anfetamine utilizzate nei farmaci per l'ADHD e la cocaina, aumentano i livelli di dopamina nel

cervello. I farmaci per l'ADHD sono progettati per aumentare i livelli di dopamina in vari modi. Alcuni bloccano la ricaptazione della dopamina, un processo mediante il quale le sostanze chimiche vengono rimosse dal cervello per prevenirne l'accumulo.

Tale meccanismo aumenta la quantità della sostanza chimica che può legarsi ai recettori della dopamina consentendo alle persone con ADHD di aumentare la concentrazione, il controllo e l'autoregolazione. La cocaina provoca un accumulo potente di dopamina nel cervello, provocando una stimolazione. Tuttavia, può anche causare una maggiore concentrazione, alta energia e miglioramento cognitivo. Ma può anche causare ansia, paranoia e mania che possono rendere difficile concentrarsi su un compito ciò capita spesso in soggetti non ADHD.

Più comunemente chiamata semplicemente "coca", la cocaina è un potente stimolante illecito generalmente usato e abusato a scopo ricreativo. Quando viene consumata, la cocaina blocca il riciclo di serotonina, noradrenalina e dopamina nel cervello. Attraverso lo sniffare, il fumo e persino la somministrazione endovenosa tramite l'iniezione di una soluzione in vena, la cocaina è una delle droghe più pericolose e prontamente disponibili, talmente disponibile che appare ormai sdoganata, "normalizzata", uno status simbolo, a volte indispensabile.

Gli stimolanti sono estremamente comuni e possono presentarsi in molteplici forme. Dalle compresse alla polvere alle capsule, il consumo di cocaina può portare a una sensazione di felicità di breve durata seguita da voglie intense e ritiri, spingendo la persona a consumarla di nuovo. Gli stimolanti possono creare dipendenza fisica e psicologica e l'uso ripetuto di stimolanti

(ancora di più la cocaina) porta rapidamente alla costruzione della tolleranza, del craving, in definitiva, alla dipendenza.

La cocaina offre uno "sballo" breve ma intenso in cui il consumatore di solito si sente insensibile ed energico, inducendolo a impegnarsi in attività pericolose che in precedenza sarebbero sembrate pericolose. L'impulsività e la spontaneità associate all'ADHD aumentano il rischio di sviluppare dipendenza, poiché l'utente a volte non pensa agli svantaggi. I soggetti con diagnosi di ADHD iniziano ad utilizzare sostanze in un'età molto più precoce rispetto a quelli che non hanno l'ADHD. La cocaina è uno stimolante che produce effetti simili agli stimolanti e prescritti per l'ADHD.

L'uso di cocaina provoca un aumento della dopamina, compensando la mancanza endogena degli ADHD. L'effetto della sostanza è molto diverso tra soggetti con ADHD e soggetti senza. Mentre chi fa uso di cocaina e non ha l'ADHD molto probabilmente sperimenterà quella classica "corsa" e l'alta energia, un utente con ADHD molto probabilmente emetterà segni di "sedazione", di concentrazione, di ritrovata pianificazione. Sguardi vuoti, calma e sogni ad occhi aperti sono comuni nei consumatori di cocaina con ADHD, ma questa serenità artificiale ha effetti negativi.

Ma quali caratteristiche dell'ADHD potrebbero rendere più probabile la dipendenza? Nel tentativo di comprendere la dipendenza da cocaina e l'ADHD, è utile sapere quali aspetti dell'ADHD potrebbero configurarsi come fattori di rischio nello sviluppo della dipendenza.

La comorbidità tra ADHD e dipendenze è una condizione che presenta varie complessità a livello diagnostico, di manifestazione clinica e di trattamento. Clinicamente il soggetto affetto da questa comorbidità rappresenta una sfida per i professionisti che devono riuscire a riconoscere e inquadrare correttamente entrambe le condizioni. Questa importante sfida la si combatte facendo rete tra le figure proposte, una rete che sorregga la persona e tutta la sua comunità, e non la imbrigli in inutili burocrazie, professionalismi. Per questo io e il giovane collega continuano a farci domande.

Bibliografia

Arias, A. J. et al. Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance, *Adolesc. Psychiatry* 50, 9–21 (2011).

Biederman, J. et al. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am. J. Psychiatry* 152, 1652–1658 (1995).

Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. Does attention-deficit hyperactivity disorder *Curr. Opin. Psychiatry* 24, 280–285 (2011).

Charach, A., Yeung, E., Climans, T. & Lillie, E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance dependence and psychiatric disorders. *Addict. Behav.* 33, 1199–1207 (2008).

Gould, T. J. Addiction and cognition. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 5, 4–14 (2010).

hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* 16, 436 (2014).

impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol. Psychiatry* 44, 269–273 (1998).

Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/ dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2011; 31:328-41.

Levin FR, Choi CJ, Pavlicova M, Mariani JJ, Mahony A, Brooks DJ, Nunes EV, Grabowski J. How treatment improvement in ADHD and cocaine dependence are related to one another: A secondary analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2018; 188:135-40.

Juárez, C., Molina-Jiménez, T., Morin, J.-P., Roldán-Roldán, G. & Zepeda, R. Influence of Drugs on Cognitive Functions. in (2018).

Martínez-Raga J, Knecht C, de Alvaro R, Szerman N, Ruiz P. Addressing dual diagnosis patients suffering from attention deficit hyperactivity disorders and comorbid substance use disorders: A review of treatment considerations. *Addictive Disorders and Their Treatment* 2013; 12:213-230

Navarra A. Le origine traumatiche della tossicodipendenza, *Kimerik*, (2021) . Il giovane collega!

Wilens, T. E. & Morrison, N. R. The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Curr. Opin. Psychiatry* 24, 280–285 (2011).

Wilens, T. E. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr. Clin. North Am.* 27, 283–301 (2004).

Zulauf, C. A., Sprich, S. E., Safren, S. A. & Wilens, T. E. The complicated relationship between attention deficit (2014)

La valutazione della condizione di disabilità per l'assegnazione dei benefici previsti dalla L. 68/99. Alcune considerazioni

di Francesca Dicè

La "68/99" è la legge dell'ordinamento italiano che regola il collocamento mirato ed ha lo scopo di agevolare l'integrazione delle persone con disabilità sul mondo del lavoro (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021). Essa si occupa di tre grandi categorie di lavoratori: invalidi civili, invalidi del lavoro, invalidi di guerra e per servizio (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021; Babetto, 2021).

La valutazione legata all'assegnazione dei benefici da essa previsti è ad opera delle Commissioni Medico Legali previste dall'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale; in esse, nello specifico, vi è l'importante apporto dell'Operatore Sociale Esperto Ratione Materiae, ruolo che può assunto da uno psicologo o un assistente sociale (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021). La commissione ha il compito di valutare le risorse che la persona con disabilità può mettere al servizio del suo operato all'interno del contesto lavorativo, approfondendo il suo potenziale occupazionale e le sue possibilità di utilizzare costruttivamente le misure e le opportunità messe a loro disposizione (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021).

Il criterio sottostante l'applicazione della legge 68/99 riguarda principalmente il concetto che la persona con disabilità è un cittadino che ha diritti e doveri pari a tutti gli altri (Pronello, 2020; Bottà &

Seta, 2021; Babetto, 2021). Ha dunque il diritto di lavorare in considerazione sì delle sue difficoltà (siano esse fisiche, cognitive o psichiche, e più o meno invalidanti) ma anche delle sue preferenze, della sua formazione, delle sue competenze e delle sue potenzialità di crescita professionale (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021).

Nonostante tali aspetti normativi, talvolta risulta ancora molto complicato, nel la maggioranza dei casi, accedere al mondo del lavoro (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021); le persone infatti incontrano contenti che non riescono sempre a gestire le loro necessità, la loro collocazione e il loro inserimento, così come anche luoghi in cui non è sempre possibile rimuovere completamente le barriere (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021).

L'applicazione completa e generalizzata della legge 68/99, dunque, richiederebbe una rivoluzione culturale che determini importanti ricadute sull'intero sistema lavorativo (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021).

Tale rivoluzione credo inizi proprio dal lavoro di valutazione delle risorse delle persone con disabilità operato all'interno delle Commissioni Medico Legali; definirle con precisione ed attenzione infatti potrà aiutarle a trovare un contesto lavorativo specificamente adatto a loro, in cui potranno sentirsi completamente accolte e sostenute, e che potranno contribuire attivamente a rendere ancora più inclusivo ed adeguato (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021). Se fatto con passione e competenza, il lavoro di valutazione può essere l'inizio di un efficiente percorso volto a promuovere l'integrazione di tutte le persone e ridurre ogni tipo di discriminazione, nel mondo del lavoro ed

in ogni contesto sociale (Pronello, 2020; Bottà & Seta, 2021; Babetto, 2021).

Bibliografia

Babetto A. (2021). Inserimento lavorativo disabili: il problema è davvero la Legge 68/99? Retrieved from <https://bit.ly/3BcL3BQ>

Bottà M. & Seta E. (2021). Inclusione lavorativa disabili. Una proposta. Retrieved from <https://bit.ly/3uFMyXW>

Pronello M. (2020) L'inclusione lavorativa delle persone disabili. Retrieved from <https://bit.ly/3Jm600g>

Il Carattere: Predisposizioni Innate e Interazioni Ambientali

di Veronica Lombardi

Non esistono sulla terra due persone identiche, nessuno che abbia le stesse impronte digitali; neppure due fili d'erba o due fiocchi di neve sono uguali.

Tutti gli individui sono diversi l'uno dall'altro; ognuno e' dotato di punti di forza e debolezza differenti.

Abstract

Teofrasto, filosofo peripatetico, succedendo al maestro Aristotele, guidò la sua scuola di filosofia fino a 288 A.C. Nell'opera *I caratteri*, egli descrive quelle varianti comportamentali della personalità, che mettono in discussione le definizioni di stabilità per il carattere.

In quel tempo definire il carattere di una persona voleva dire individuare il suo tratto più stabile e costante di comportamento: infatti il termine carattere deriva dal greco *Charakter* che significa impronta.

Termini come pazzia, morale, prolissità, avarizia, bugiardaggine, scontentezza, loquacità, accompagnano una sorta di classificazione nell'ambito dell'esposizione filosofica di Teofrasto, che abbina, alle sue categorie di caratteri, l'orientamento di un destino (Teofrasto 1994, *I caratteri*, Garzanti, Milano).

Da questa dimensione di pensiero che segue una modalità di ragionamento non logica, ma analogica, si giunge alle riflessioni etiche di Aristotele, dove le ricerche sul carattere delle persone vengono stigmatizzate per il loro essere inadeguate alla situazione comportamentale di tenuta normale.

Infatti, l'osservazione condotta dai filosofi mette in risalto sui comportamenti difformi, viziosi o ridicoli, in tempi in cui la filosofia era scienza di vita. I tentativi di risposta agli interventi sul destino che determinava i comportamenti umani furono ampiamente descritti oltre che da Aristotele anche da Platone entrambi sostenevano che solo in una vita impostata su un corretto equilibrio tra virtù e piacere fosse possibile trovare il baluardo salvifico della salute dello spirito e del corpo.

Il consiglio degli esseri umani era quello di mantenersi in equilibrio ideale di

relazione, tra ambiente e Cosmo, scandendo il tempo e gli umori. Al combinarsi multiforme di questi elementi venivano ricondotte l'organizzazione la stabilità del carattere degli individui. (Aristotele, *Poetica*, Laterza, Roma,1983)

Più tardi, i concetti filosofici della costituzionalità del carattere furono ripresi e ampliati dal medico Galeno con la teoria dei quattro umori che pare non debba essere attribuito allo stesso Galeno in quanto, chiari radici di questo pensiero, sono identificabili nella storia della filosofia antica.

In uno scritto anonimo, *De mundi constitutione*, si trovano concetti in tal senso fra cui quello preso in prestito da Galeno che afferma " *esistono quattro umori nell'uomo che imitano i diversi elementi aumentano ognuno in stagioni diverse, predominano. Ognuno in diverse età, il sangue imita l'aria aumenta in primavera e domina d'infanzia. La bile gialla imita il fuoco, aumenta in estate e domina nell'adolescenza. La bile nera, ovvero la malinconia, imita la terra ed aumenta in autunno e domina nella maturità. Il flegma imita l'acqua aumenta in inverno e domina nella vecchiaia. Quando questi umori affluiscono in misura non*

superiore ne' inferiore al giusto, l'uomo prospera".

Ancora oggi nello studio del temperamento, l'eredità genetica del carattere e della personalità degli individui, filosofi, psicologi, Biologi, si pongono interrogativi che appaiono perlopiù irrisolti.

Oltre alla determinazione del temperamento ereditato geneticamente e alla formazione del carattere come tratto stabile dominante, la personalità di un individuo, si studiano le eventuali modificazioni di comportamento per scoprire se queste siano frutto di un'educazione sbagliata o di predisposizioni sconosciute come il destino o il DNA.

Due studiosi moderni Pazzagli e Pallanti, dimostrano come l'antica filosofia galeniana sia così forte da riuscire a influenzare ogni riflessione in tema di personalità fino ai giorni nostri.(Pazzagli A. e Pallanti S.,*Natura e carattere*,Kos Rivista di psichiatria,1995).

Basti ad esempio pensare che la psicoanalisi junghiana fonda la psicologia della personalità sui quattro elementi.

La costruzione del carattere e l'interazione educativa

Per affrontare un argomento così complesso come quello dei temperamenti della struttura del carattere e dell'organizzazione della personalità è importante partire da una funzione psichica embrionale di predisposizione psicologica naturale che è la percezione di sé stessi.

Uno dei molti termini collegati alla percezione di noi stessi viene chiarito per esempio dagli studi di G.W. Allport che nel suo psicologia della personalità afferma " *Supponiamo che dobbiate affrontare un esame difficile e critico senza dubbio sentirete un alterazione del battito cardiaco e dei disturbi dello stomaco (io corporeo). Inoltre, sarete consapevoli del significato di quell'esame rispetto al vostro passato e al vostro futuro (identità personale), della vostra orgogliosa partecipazione (stima di sé), di ciò che il successo o il fallimento significherebbe per la vostra famiglia (estensione dell'io), delle vostre speranze o aspirazioni (immagine di sé), del vostro ruolo di risolutore dei problemi in esame (agente razionale) della pertinenza dell'intera situazione per i vostri fini a lunga scadenza (tendenza*

del proprium)" (Allport G.W., *Psicologia della Personalità*, LAS, Roma, 1976)

L'individuo possiede una serie di percezioni cognitive e affettive che riguardano se stesso in quanto oggetto e derivano in parte da predisposizioni innate e in parte dalle interazioni educative, ovvero dei rapporti con geni. Alla nascita, il bambino entra a far parte di un mondo di azioni socialmente interpretata e valutate e manifesta un'innata propensione al passaggio dal biologico al sociale al simbolico.

Nel suo comportamento, è impegnato in una complessa mescolanza di azioni istintive, dirette allo sviluppo dei propri confini fisici sociali e psicologici, al di là della semplice sopravvivenza. Durante la costruzione del carattere, il bambino presta attenzione selettiva i propri simili, alle caratteristiche comportamentali e del linguaggio umano: non è semplicemente un osservatore, ma è coinvolto attivamente.

Per esempio, durante una sequenza di gesti impara ad aspettare il proprio turno e, mentre partecipa al gioco a prendere la base logica e pratica della comunicazione e il riconoscimento dei ruoli.

Il bambino si pone nel ruolo di agente o iniziatore, con un'innata propensione per

i tempi legati alla socialità, che in seguito lo porranno nel ruolo di ricevente del carattere che comincia a formarsi. L'interazione sociale, tramite il dialogo, rende possibile il passaggio dal riconoscimento dei reciproci ruoli alla consapevolezza della propria identità e, successivamente del proprio carattere. Egli percepisce la formazione del suo carattere con modalità primitive che si esplicano innanzitutto attraverso i simboli espressivi del gesto e del gioco, per esempio, l'organizzazione del linguaggio inizia con il balbettio che, inevitabilmente, viene abbandonato a favore del raggiungimento della verbalizzazione: quando raggiunto un maggior livello di trasmissibilità inaugura il lungo processo di sfida alle complessità di comunicazione e di relazione.

Poiché la formazione del carattere si attua anche attraverso l'espressione simbolica dell'esperienza della comunicazione, dell'organizzazione del linguaggio, si deve studiare il bambino in rapporto ai differenti ruoli e alle regole sociali con cui entrerà in relazione permanente.

Il gioco allena a questo processo, il bambino impersona, mimandoli, i ruoli degli esseri umani da lui osservati, in

particolare i genitori e gli altri membri della famiglia.

Questo mimare gli altri, nel contesto del gioco, ma anche al di fuori di esso rispecchia le regole adulte di rapporto, di interdipendenza dei ruoli sostenute, in senso attitudinale dalle norme ed ai valori.

Da questi processi di simbolizzazione e di mimesi emerge il concetto del proprio carattere, un sistema di significati autoreferenziali una sintesi dei concetti immaginati dal bambino, che si costruiscono in senso culturale e si definiscono nell'interazione sociale.

Qualsiasi tentativo di descrizione sistematica o in senso economico del concetto di carattere è destinato a fallire perché artificiale carente impersonale e irreali.

Il concetto di carattere evolve lungo tutto l'arco dell'esistenza e non cambia col passaggio dall'adolescenza all'età adulta. Il carattere di un individuo, dunque può essere considerato un perdurante tentativo di sintetizzare le diverse sfaccettature di un unico carattere.

Un bambino di età compresa tra i tre e i cinque anni è teso alla formazione del proprio carattere facendo riferimento alle

predisposizioni dei meccanismi innati e dei suoi talenti espressi dal temperamento. È importante aiutare i bambini a costruirsi un buon carattere perché si ritiene che sia una persona realizzata sia realistica, spontanea e schietta, capace tanto di impegnarsi in un problema che di risolverlo, e di opporre un'efficace resistenza alla pressione sociale.

Secondo K.Goldstein e C.R. Rogers, da un punto di vista psicologico sociale la realizzazione di se stessi è l'unica motivazione umana mentre altre pulsioni quali sesso, la fama e il successo sono solo aspetti o modalità di estrinsecare questa forza fondamentale. (Goldstein K., L'indirizzo organismico, in Arieti S., 1987)

Per quanto la necessità di affermazione del sé e del proprio carattere, sia universale e innata la sua espressione varia da persona a persona a seconda del corredo ereditato geneticamente del condizionamento dell'ambiente familiare e sociale.

Secondo Maslow nella scala dei bisogni psicologici l'autorealizzazione occupa uno dei livelli più elevati.

Tuttavia, la possibilità di esaudire questo bisogno passa in secondo piano finché non vengono soddisfatti i bisogni

al livello inferiore, quelli di natura fisiologica.

Fra i bisogni 'superiori' rientrano anche quelli della bellezza, bontà, completezza, sicurezza, amore e stima. Secondo Maslow le persone che raggiungono un certo grado di autorealizzazione sono pochissime, ciò collima con l'idea avanzata da Jung in base alla quale la realizzazione di sé non può avvenire fino a che la persona non abbia attualizzato tutte le proprie capacità, non abbia cioè raggiunto l'individualizzazione e la consapevolezza delle possibilità insite nel proprio carattere per realizzare una personalità globale.

È necessario porre l'attenzione sul modo di perseguire i propri interessi soddisfare i bisogni, raggiungere i fini, in sostanza di comportarsi all'interno della società come attore che esprime il proprio carattere nella personalità globale.

In questo contesto, il comportamento è il complesso degli atteggiamenti assunti dal singolo individuo in funzione del raggiungimento dei propri obiettivi ma anche, in relazione a sollecitazioni o condizioni provenienti dall'ambiente sociale, ma poiché la maggior parte degli atteggiamenti non è che l'espressione della psiche ne deriva la possibilità di identificare lo studio della

psicologia con quello del comportamento.

L'attività psichica si distingue da altre attività dell'organismo umano per il fatto che può essere conosciuto mediante l'introspezione, ogni essere umano è infatti in grado di pensarsi rappresentarsi e dunque esprimere la coscienza di se stesso.

In sintesi, il carattere è il risultato tra l'interazione fra temperamento e ambiente (familiare e sociale) non è quindi una componente statica della personalità, ma piuttosto una componente dinamica, che si modifica col tempo in funzione alle vicende della vita che ne plasmano gli aspetti. Nell'età evolutiva che si conclude con la maturità esistono ampie possibilità di modificare il carattere mentre con il progredire degli anni tali possibilità vengono meno, ricordiamo che il temperamento e la formazione del carattere, sono alla base della costituzione della personalità che raggiunge la sua espressione con lo sviluppo psico-endocranico-sessuale, tipico dell'adolescenza.

Nel concetto di personalità sono dunque inclusi sia il temperamento sia il carattere, ma vi confluiscono anche altre sfere dell'attività psichica quali, la sfera cognitiva, il pensiero, l'intelligenza, la

vita affettiva, la sfera della volontà motivazionale e il rapporto con la propria fisicità corporea.

Bibliografia

-Pazzagli A. e Pallanti S., *Natura e carattere*, Kos Rivista di psichiatria,1995.

- Allport G.W., *Psicologia della Personalità*,LAS,Roma,1976.

-Aristotele, *Poetica*, Laterza, Roma,1983.

-Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry.

-Caprara, G.V., Gennaro, A. (1994). *Psicologia della personalità e delle differenze individuali*. Bologna, il Mulino.

-Goldstein K.,*L'indirizzo organismico*,in Arieti S.,1987)

-Goldberg, L. R. (1981). *Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons*. In L. Wheeler (Ed.), *Review of Personality and social psychology*, vol.2.

- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford.

-Rogers, C. R.; Stevens, B. (1987) *Da persona a persona. Il problema di essere umani*, Roma, Astrolabio-Ubaldini.

-Rogers, C. R. (1983) *Un modo di essere*, Firenze, Psycho.

-Rogers, C. R. (1978) *Potere personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*, Roma, Astrolabio-Ubaldini.

-Teofrasto 1994, *I caratteri*, Garzanti, Milano.

Il Disturbo da Depersonalizzazione/ Derealizzazione

di **Cinzia Saponara**

Premessa

La descrizione del concetto di dissociazione può essere fatto risalire a Charcot (1889) e Janet (1887, 1889, 1893), ma per molti anni c'è stato uno scarso interesse per questo spettro di sintomi psicopatologici¹.

Nel DMS - 5 i Disturbi Dissociativi comprendono:

- Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID)
- Amnesia Dissociativa, che ora comprende anche la Fuga Dissociativa
- Disturbo di Depersonalizzazione e Derealizzazione (DDD)
- Altre forme di Disturbo Dissociativo Specifico
- Disturbo Dissociativo Non Specifico

Nel seguente articolo mi occuperò nello specifico del **Disturbo da Depersonalizzazione / Derealizzazione (DDD)**: caratterizzato, il primo, dall'esperienza persistente o ricorrente di sentirsi distaccato o di sentirsi un osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo; il secondo, da quelle esperienze di irrealtà o di distacco rispetto all'ambiente, persone o oggetti vissuti come irreali o onirici. I sintomi dissociativi di distacco rimandano tutti all'esperienza di sentirsi alienati dalle proprie emozioni, dal proprio corpo e dal senso usuale della propria identità (Liotti e Farina, 2011).

Studi epidemiologici hanno evidenziato che esperienze transitorie di depersonalizzazione sono comuni nella popolazione generale, con un tasso di prevalenza superiore al 26%, e tra il 31 %- 66% dopo un evento traumatico. Possono emergere occasionalmente come effetti collaterali di farmaci o del consumo di droghe, in particolare la cannabis (Madden & Einhorn, 2018). E' importante, inoltre, ricordare che la psicopatologia dissociativa è una psicopatologia nascosta (Kluft, 2009), poiché solitamente il paziente giunge alla consultazione psicologica con altre problematiche (disturbo di panico, disturbo da stress post-traumatico, depressione maggiore, etc...) e così certi sintomi possono essere occultati o minimizzati (Gonzalez, 2013). Tuttavia, studi effettuati negli Stati Uniti, Canada, Inghilterra, Turchia e Germania hanno rilevato una prevalenza del disturbo, che soddisfa i criteri per la diagnosi di DDD, in circa il 3% delle persone.

¹ Carlson 2009; Herman 1992; Lanius 2010; Liotti e Farina 2011; van der Kolk 2005

La depersonalizzazione e/o la derealizzazione sono trasversalmente presenti in diverse patologie psichiatriche nonché in patologie mediche generali come le sindromi convulsive. Quando la depersonalizzazione e/o la derealizzazione si manifestano indipendentemente da altri disturbi fisici o mentali, sono ricorrenti o persistenti e alterano le funzionalità, è presente un disturbo DDD.

Il disturbo di depersonalizzazione/ derealizzazione si verifica ugualmente in uomini e donne. L'età media d'insorgenza è 16 anni. Il disturbo può esordire durante la prima o media infanzia; solo il 5% dei casi inizia dopo i

25 anni, e raramente il disturbo inizia dopo i 40 anni. I sintomi del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione possono insorgere gradualmente o all'improvviso, sono solitamente episodici, possono durare ore o giorni o settimane, mesi o anche anni. Nei casi gravi, i sintomi sono costantemente presenti con un'intensità immutata per anni o decenni.

I sintomi di

depersonalizzazione comprendono:

- Estraneità dal proprio corpo o parti di esso (depersonalizzazione somatopsichica), esperienza soggettiva di irrealtà, di distacco o estraneità dalla propria identità, dai propri pensieri, sensazioni, emozioni, cambiamenti soggettivi nelle funzioni mnesiche, incapacità di evocare immagini familiari, distorsioni nella percezione del tempo e dello spazio. Diminuzione o perdita di reattività emotiva, come una sorta di intorpidimento fisico ed emotivo (APA, 2013).

La persona si sente sconnessa dalle proprie sensazioni, provando un senso di irrealtà, estraneità, stranezza, profondo distacco, (ad esempio osserva le proprie azioni dall'esterno, come in un sogno, si sente un automa, sente che il corpo o le emozioni non gli appartengano). Può sentirsi emotivamente e fisicamente insensibile o sentirsi distaccato, con poca emozione. Alcuni pazienti non sono in grado di riconoscere o descrivere le loro emozioni (alessitimia). Si sentono spesso disconnessi dai loro ricordi non sentendosi in grado di ricordare con chiarezza.

I sintomi della

derealizzazione comprendono:

- Sentimento di irrealtà dal mondo esterno, sentirsi distaccati dall'ambiente circostante sia esso

rappresentato da persone, oggetti inanimati o da tutto ciò che li circonda.

Il soggetto può sentirsi come in un sogno o immerso nella nebbia oppure come se una parete di vetro o un velo lo separasse dall'ambiente che lo circonda. In questo stato si ha la sensazione di essere separati dal mondo esterno al punto che questo può apparire distorto e irrealistico, non riconoscibile: gli oggetti possono risultare di forme e dimensioni diverse, cambia la percezione del tempo come se scorresse troppo velocemente o troppo lentamente; i suoni possono risultare più forti o più deboli del previsto. Emergono delle alterazioni percettive come se non si avesse familiarità con la realtà circostante che può apparire piatta, senza colore, senza vita.

I sintomi sono quasi sempre disfunzionali e inducono sensazioni disturbanti compromettendo, se gravi, significativamente la sfera sociale e/o scolastica e/o lavorativa. Sono frequenti ansia e depressione. Forme non rare di depersonalizzazione sono, a volte, tanto intollerabili da poter indurre chi le sperimenta a tentare di riappropriarsi dell'esperienza di sé tramite potenti sensazioni dolorose ottenute con lesioni auto inferte come il tagliarsi o il procurarsi ustioni (Linehan, 1993; Nock, 2010). Ancora, alcuni soggetti data l'intensità di queste sensazioni tali da generare confusione, interpretando i sintomi di irrealtà e distacco come segno di una minaccia alla propria incolumità cognitiva possono temere il rischio di impazzire, ciò può funzionare da innesco ad un attacco di panico, che può essere seguito dallo sviluppo di comportamenti fobici, ansia generalizzata, evitamento della solitudine e dei luoghi ove hanno sperimentato il DDD. Spesso il paziente si presenta al clinico descrivendo il comportamento fobico e l'attacco di

panico come i soli disturbi per cui chiede cura, e trascura del tutto di riferire sulla depersonalizzazione e/o derealizzazione. Non è raro che la minacciata perdita della continuità del senso di identità personale preceda immediatamente e motivi l'allarme del paziente, piuttosto che essere la conseguenza di un attacco di panico.

Tuttavia, in ogni momento, a differenza dei pazienti psicotici, nei pazienti con DDD l'esame di realtà rimane integro, essi sono generalmente consapevoli che la loro percezione è alterata e che le loro esperienze dissociative non sono reali.

EZIOLOGIA

Vi è una chiara associazione tra il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione e la presenza di esperienze traumatiche multiple e/o protratte nel tempo dello sviluppo individuale (van der Kolk, 2005). È importante sottolineare che per esperienze traumatiche si intende non solo la traumatizzazione in termini di abusi fisici, emotivi e sessuali, incidenti, catastrofi naturali ma anche la condizione di trascuratezza genitoriale (neglect). Altri fattori di stress possono includere: l'essere stati testimoni di violenza domestica, essere cresciuti con un genitore affetto da malattia psichica; o la morte improvvisa o il suicidio di un familiare. I fattori più prossimi al manifestarsi del disturbo sono: grave stress (interpersonale, finanziario, occupazionale); depressione e ansia (in particolare attacchi di panico); uso di droghe illecite (allucinogeni, ketamine, MDMA).

I sintomi dissociativi sono talvolta definiti come perdita delle informazioni necessarie o come discontinuità dell'esperienza. Più in generale la

dissociazione può essere vista come un tentativo da parte dell'individuo di "impedire una travolgente inondazione di coscienza al momento del trauma" 2.

2. Allen JG, Smith WH. "Diagnosi dei disturbi dissociativi". *Bull Menninger Clin.* 1993

Questa considerazione apre alla riflessione, se i sintomi dissociativi di distacco rappresentino un meccanismo di difesa del cervello dal dolore mentale evocato dall'evento traumatico o se piuttosto, riprendendo l'idea di Janet (1907), i sintomi dissociativi non siano altro che la conseguenza devastante (*désagrégation*) della dissoluzione delle funzioni della coscienza indotta dalle emozioni veementi del trauma. In ogni caso, indipendentemente dalla spiegazione del fenomeno dissociativo, la risposta dell'individuo diventa patologica quando i **sintomi di depersonalizzazione-derealizzazione** o si generalizzano ad altre situazioni, manifestandosi in modo incontrollabile, o persistono oltre la minaccia immediata. Di qui l'emergere del DDD.

CONCLUSIONI

La **depersonalizzazione e la derealizzazione** possono essere fenomeni transitori e comuni nella popolazione generale (Seth, Suzuki & Critchley, 2012). Queste risposte, di per sé, non sono necessariamente insolite o "anormali" in determinate situazioni acute come eventi gravi: la morte inaspettata di una persona cara, un grave incidente stradale, o qualsivoglia evento traumatico (vale a dire un evento che sovrasti la capacità di resistenza dell'individuo). Diversi ricercatori hanno proposto che la

spersonalizzazione sia una risposta inibitoria "cablata" per diminuire l'ansia e favorire gli stati di ipereccitazione. In queste condizioni, la persona si pone in una modalità di sopravvivenza in cui le risorse fisiche sono conservate e il comportamento adattivo prende il controllo durante la situazione minacciosa o pericolosa. La sensazione di non essere connesso al proprio corpo o alla realtà circostante in quel momento dunque è una reazione fisiologica acuta allo stress utile a mantenere un certo distacco dall'evento, come ad attutirne un impatto che altrimenti risulterebbe soverchiante.

La dissociazione diventa patologica quando la risposta si generalizza ad altre situazioni e circostanze o persiste oltre la presenza del pericolo o della minaccia.

I pazienti con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione spesso migliorano senza intervento specifico, specialmente per quelli i cui sintomi si manifestano in relazione a fattori stressanti trattabili o transitori o che non si sono protratti nel tempo. In altri, laddove depersonalizzazione e derealizzazione diventano più croniche e refrattarie, la psicoterapia rappresenta la cura d'elezione di un piano di trattamento multidisciplinare per DDD e altri disturbi legati al trauma e deve essere la strategia interventistica centrale; la modalità della psicoterapia dovrebbe essere basata sui bisogni dell'individuo e può includere una combinazione di vari approcci basati sulla qualità e l'acutezza dei sintomi del paziente.

BIBLIOGRAFIA

Allen JG, Smith WH. (1993) "*Diagnosi dei disturbi dissociativi*". *Bull Menninger Clin.*; American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5. "Manuale Diagnostico e Statistico*

dei Disturbi Mentali", tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014;

- Gentile JP. et al, (2014) "*STRESS AND TRAUMA: Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depersonalization/ Derealization Disorder*". *Innov Clin Neurosci.*;
- Gonzalez (2013). "*I disturbi dissociativi. Diagnosi e trattamento*". Giovanni Fioriti Editore;
- Janet, P. (1907). "*The Major Symptoms of Hysteria*". Macmillan, London/New York;
- Kluft, R. P. (2009). "*A clinician's understanding of dissociation: Fragments of an acquaintance*". In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 599–624). New York, NY: Routledge.
- Liotti e Farina (2011). "*Sviluppi traumatici*". Raffaello Cortina Editore;
- Madden S. P., & Einhorn, P. M. (2018). "*Cannabis-induced Depersonalization-Derealization Disorder*". *The American Journal of Psychiatry Residents Journal*;
- Seth, A. K., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2012). "*An interoceptive predictive coding model of conscious presence*". *Frontiers in Psychology* ;
- van der Kolk, B. A. (2005). "*Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*". *Psychiatric Annals*.

Interventi virtuali di mindfulness per promuovere il benessere negli adulti: una revisione sistematica

di Ilaria Di Giusto

Con l'insorgere della pandemia di COVID-19, molte persone, in ogni parte del mondo, hanno sperimentato drastici cambiamenti nella loro vita lavorativa e sociale, con conseguenze significative sul loro benessere fisico e mentale. Di seguito viene presentata una revisione sistematica, pubblicata da Joy Xu, Helen Jo, Leena Noorbhai, Ami Patel e Amy Li, che ha avuto come nucleo centrale quello di identificare gli interventi virtuali basati sulla *mindfulness* per il benessere di adulti dai 19 ai 40 anni nei paesi sviluppati ed esaminare l'efficacia di queste pratiche..

1.Introduzione

Il benessere è uno stato soggettivo privo di una reale definizione universale a causa della la sua diversa manifestazione in diversi individui. Secondo il Centers for Disease Control, il benessere può essere caratterizzato dalla capacità di avere una visione

positiva della vita e sentirsi soddisfatti (Well-Being Concepts. Cdc.gov, 2018). Il benessere viene inteso in un'ottica olistica, come un fattore fondamentale per garantire la qualità della vita per tutti gli individui.

All'interno del mondo accademico, il benessere è un'area particolarmente vulnerabile gli studenti passano attraverso vari fattori di stress, compresi i cambiamenti di stile di vita, stress accademico e nuove responsabilità. Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta presenta ulteriori rischi per un cattivo benessere con conseguenze potenziali che riguardano la vita accademica e personale (Hofmann e Gomez, ´ 2017). Nel 2019, l'American College Health Association ha riscontrato che il 36,5% degli studenti universitari statunitensi segnala lo stress come un fattore principale che influisce negativamente sul rendimento accademico degli studenti

(Acha.org., 2021). Durante la pandemia di COVID-19, gli studenti affrontano ulteriori sfide; il 71% degli studenti delle università pubbliche americane riferisce un aumento diretto dei livelli di stress a causa della pandemia, che contribuisce anche a pensieri depressivi più frequenti e a livelli più alti di ansia (Hofmann e Gomez, ´ 2017). Quindi, c'è un chiaro

bisogno di migliorare il benessere degli studenti attraverso interventi personalizzati.

La consapevolezza è un aspetto significativo del benessere. La *Mindfulness* implica la capacità di condurre la consapevolezza alle esperienze del momento presente come i pensieri, le sensazioni del corpo e l'ambiente (senza giudicare). La consapevolezza contrasta la modalità predefinita della vita quotidiana generalmente diffusa, dove lo stato di attenzione per molti individui è disattenzione, in quanto la mente può vagare o operare senza pensieri. Tuttavia, la consapevolezza del presente richiede di considerare le esperienze interne, compresi i pensieri personali, sentimenti e sensazioni, che possono suscitare l'attenzione verso emozioni potenzialmente negative che alcuni individui tendono ad evitare. Per molti individui, la capacità di affrontare ed elaborare i pensieri e le emozioni negative è un processo difficile.

Tuttavia, la *mindfulness* offre agli individui l'opportunità di riconoscere questi aspetti e migliorare progressivamente le abitudini o le scelte di vita. Portare consapevolezza ai pensieri negativi quando sorgono impedisce loro di andare fuori controllo

in ulteriori modelli di pensiero negativi. Con l'implementazione di interventi personalizzati, la transizione verso la pratica della consapevolezza può essere facilitata per ridurre le risposte negative alle proprie esperienze interne ed esterne.

La *mindfulness* fornisce una gestione a lungo termine del benessere, in quanto gli individui diventano consapevoli della radice delle emozioni negative e risolvono questi problemi piuttosto che lasciarli peggiorare in futuro. Con una maggiore consapevolezza del presente, gli individui possono affrontare e accettare sentimenti di stress, ansia, paura, odio, tristezza con maggiore facilità. Strategie di *coping* inadeguate, la soppressione dello stress, crolli mentali, *burn out*, e problemi fisiologici da fattori di stress cronici possono derivare dall'affrontare in modo disadattivo queste emozioni negative (Hofmann e Gomez, 2017).

Gli interventi di *mindfulness* sono stati ampiamente studiati in relazione alla loro efficacia, ma, in letteratura, permane ancora una certa esiguità ed una lacuna sugli studi di interventi virtuali basati sulla *mindfulness*.

La revisione sistematica qui presentata (per il cui approfondimento si rimanda alle note seguenti) valuta le strategie

efficaci per migliorare il benessere all'interno di un contesto accademico per adulti dai 19 a 40 anni.

1. Metodi

La revisione presentata è stata condotta per valutare quanto gli interventi di *mindfulness* favoriscono la condizione di benessere degli studenti, così da la produttività, la motivazione e la salute mentale generale. Essa è stata condotta e riportata in conformità con la dichiarazione Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e il protocollo è registrato in PROSPERO, un database internazionale di revisioni sistematiche registrate in ambito sanitario e sociale.

2.1 Disegno dello studio e impostazione

Sono stati scelti interventi virtuali di *mindfulness*, supportati da più *media*, come applicazioni mobili utili ad aiutare gli studenti a migliorare la loro esperienza emotiva e accademica; applicazioni in grado di consentire una partecipazione interattiva, l'accessibilità e la flessibilità delle opzioni. Diversi studi hanno dimostrato l'elevato utilizzo e

visualizzazione di smartphone, così da garantire un'accessibilità degli interventi virtuali attraverso le *app* mobili, le quali possono essere perfettamente integrati nello stile di vita di una fascia d'età adolescenziale e di giovani adulti.

Il pubblico di riferimento per questa applicazione sono gli adulti tra i 19 e i 40 anni di età nei paesi sviluppati situati in Nord America, Asia, Australia ed Europa.

2.2. Criteri di ricerca e di ammissibilità

Per la ricerca è stata usata un'ampia gamma di parole chiave per garantire che tutti gli studi pertinenti fossero inclusi; i criteri predeterminati per l'inclusione hanno incluso studi di psicologia pubblicati in inglese tra il 1980 e il gennaio 2021. Per essere inclusi, gli studi dovevano menzionare l'impatto degli interventi di *mindfulness* su uno qualsiasi dei seguenti temi: motivazione, *burnout*, stress, apprendimento, cognizione e argomenti legati alla produttività. I partecipanti allo studio erano adulti tra i 19 e i 40 anni di tutti i sessi, residenti in Nord America, Europa, Asia o Australia. Gli studi con interventi mirati ad individui con una malattia fisica, una malattia mentale o una disabilità di apprendimento sono stati esclusi. E'

stato ricercato, inizialmente, un totale di 915 articoli, controllati da due autori indipendenti. Qualsiasi disaccordo tra i due autori indipendenti è stato riconciliato e disaccordi sono stati risolti con un terzo autore. In conclusione, sono stati inclusi nella revisione presentata 32 studi. Di tutti gli articoli, 3 erano studi qualitativi, 5 erano studi quantitativi non randomizzati, 4 erano studi descrittivi quantitativi e 3 erano studi con metodi misti. I restanti 17 studi erano studi controllati randomizzati quantitativi. Dei 32 articoli, Paesi Bassi, Singapore, Giappone e Australia hanno contribuito con uno studio per paese. 2 studi provenivano da Taiwan e i rimanenti provenivano dagli USA.

1. Risultati degli studi

L'analisi degli interventi di *mindfulness* e della loro efficacia ha portato all'identificazione di cinque temi:

1. La *mindfulness*, di base, si riferisce ad un intervento che coinvolge l'attenzione focalizzata su un'esperienza sensoriale, come la respirazione ritmica e il monitoraggio dell'attenzione.

2. MBSR si riferisce a un programma di 8 settimane di Mindfulness-Based Stress Reduction, che comprende

tecniche di *mindfulness* guidata, usando la meditazione, e un *focus* sull'apertura a un'esperienza momento per momento.

3. L2B si riferisce al programma Learn 2 Breath dedicato all'acronimo BREATHE. I temi centrali stabiliti includono: avere un corpo consapevole del corpo, la comprensione dei propri pensieri, il lavoro con i propri sentimenti, l'integrazione di pensieri, sentimenti e sensazioni, la diminuzione dei pensieri dannosi che giudicano se stessi, e fare uno sforzo cosciente per integrare le pratiche di *mindfulness* nella vita quotidiana.

4. MBCT si riferisce alla terapia cognitiva basata sulla consapevolezza che si concentra sull'accettazione e la consapevolezza di pensieri ed emozioni.

5. I metodi unici includevano diverse tecniche che non si adattavano a programmi stabiliti e sono stati utilizzati per valutare le emozioni positive, i sentimenti di significato e lo scopo.

I cinque temi qualitativi di *mindfulness* che hanno contribuito al miglioramento del benessere sono stati trovati interconnessi e spesso hanno fatto registrare obiettivi e risultati simili.

Sono state determinate forti correlazioni tra l'implementazione di interventi di *mindfulness* e la salute mentale complessiva. Gli studenti che praticato *mindfulness* hanno riportato livelli più bassi di stress, depressione e problemi di sonno, portando a un aumento complessivo del benessere degli adulti. Gli interventi di *mindfulness* hanno anche diminuito la frequenza di sperimentare emozioni negative e migliorato l'attenzione alle emozioni personali. L'accresciuta consapevolezza ha portato in una migliore regolazione delle loro emozioni in modo che gli studenti potessero sperimentare maggiore equanimità e meno reattività. Inoltre, gli studenti che praticano la *mindfulness* hanno riportato significativamente meno *burnout* rispetto al gruppo di controllo.

Per un approfondimento ed una più specifica declinazione dei risultati, si rimanda alla lettura completa della *review*.

4. Conclusione

La revisione sistematica qui presentata fornisce un esame dell'attuale letteratura riguardante l'impatto degli interventi di *mindfulness* per migliorare il benessere insieme al successo accademico. In generale, la pratica della *mindfulness* ha

migliorato la salute mentale e ha avuto risultati psicologici positivi.

Considerando l'impatto del COVID-19 in tutto il mondo, diventa importante riuscire ad applicare le strategie di intervento basate sulla *mindfulness* anche in ambienti virtuali.

Una delle strategie utili per inserire gli interventi di *mindfulness* nelle piattaforme virtuali consiste nell'implementare dei promemoria di respirazione. Gli utenti possono scegliere di ricevere un promemoria per respirare e concentrare la loro attenzione sulle sensazioni del corpo e sulle emozioni presenti. Le notifiche per "ricordarsi di respirare" potrebbero apparire ogni ora o ogni volta che l'utente decide di farlo abitualmente. Il *pop up* promemoria potrebbe anche includere un *link* a pratiche di meditazione più dettagliate o un'immagine con un rapido esercizio. Una limitazione è che le notifiche pop-up sono facilmente eliminabili.

Un'altra caratteristica che può essere incorporata è la versione modificata di programmi di *mindfulness* preesistenti, come MBSR (8 settimane) e L2B (6 settimane).

I programmi introducono diversi argomenti legati alla *mindfulness* settimanalmente, così gli stessi

argomenti potrebbero essere presentati nell'applicazione virtuale come esercizi semplificati. La guida alle attività potrebbe essere data attraverso una registrazione audio o attraverso istruzioni scritte. Le attività che potrebbero potenzialmente essere incluse sono la meditazione della scansione del corpo, l'hatha yoga, la meditazione camminata, e la meditazione di gentilezza amorevole.

Per un approfondimento della revisione sistematica:

Xu J, Jo H, Noorbhai L, Patel A, Li A. Virtual mindfulness interventions to promote well-being in adults: A mixed-methods systematic review. *J Affect Disord.* 2022 Mar 1;300:571-585. doi: 10.1016/j.jad.2022.01.027. Epub 2022 Jan 4. PMID: 34990635; PMCID: PMC8765070.

REDAZIONE

Valeria Bassolino
Alberta Casella
Barbara Casella
Lia Corrieri
Francesca Dicè
Ilaria Di Giusto
Daniela Di Martino
Roberto Ghiaccio
Veronica Lombardi
Cinzia Saponara
Veronica Sarno

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: 18 Febbraio 2022

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 Lettura ad Alta Voce: una pratica da rivalutare di Lia Corrieri pag 2

La capacità genitoriale nei processi separativi: dal valutare al descrivere di Francesca Guglielmetti pag 7

La caffeina questa sconosciuta di Veronica Sarno pag 15

A sua...Immagina: L'utilizzo delle fantasie guidate in psicoterapia di Valeria Bassolino pag 24

A tutta dopamina: ADHD e cocaina di Roberto Ghiaccio pag 30

La valutazione della condizione di disabilità per l'assegnazione dei benefici previsti dalla L. 68/99. Alcune considerazioni di Francesca Dicè pag 34

Il Carattere: Predisposizioni Innate e Interazioni Ambientali di Veronica Lombardi pag 36

Il Disturbo da Depersonalizzazione/ Derealizzazione di Cinzia Saponara pag 43

Interventi virtuali di mindfulness per promuovere il benessere negli adulti: una revisione sistematica

di Ilaria Di Giusto pag 47