

Psicologinews.it

Scientific

**Stress traumatico e tecniche
Immaginative VIC:
risultati e riflessioni
provenienti da una
ricerca nel periodo
della pandemia da
COVID-19**

**Coordinamento
scientifico del
programma di
ricerca**

*Dott.ssa Marisa
Martinelli , Prof.ssa
Elena Tenconi*

pag 16

**I Disturbi della
Comunicazione.
Alcune riflessioni
per gli psicologi.
di *Francesca
Dicè*
*pag 39***



**Speranza o arte di trovarsi
un lavoro?!**
di Veronica Sarno pag 5

**Due regole fondanti la psicoterapia: le
libere associazioni ed l'attenzione
fluttuante di Alberta Casella pag 41**

Bipolare o ADHD?
Differenze e sovrapposizioni
di Roberto Ghiaccio
pag 50



REDAZIONE

Valeria Bassolino

Alberta Casella

Lia Corrieri

Francesca Dicè

Ilaria Di Giusto

Daniela Di Martino

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Cinzia Saponara

Veronica Sarno

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews
.it

Chiuso il: 27 giugno 2022

Supplemento mensile a:

psicologinews.it

Autorizzazione Tribunale
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

C O M I T A T O Rino Ventriglia

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

INDICE

**Speranza o arte
di trovarsi un
lavoro?!**

**di *Veronica
Sarno* pag 5**

**Stress traumatico e
tecniche Immaginative
VIC: risultati e
riflessioni provenienti
da una ricerca nel
periodo della pandemia
da COVID-19**

**Coordinamento
scientifico del
programma di ricerca**

***Dott.ssa Marisa
Martinelli , Prof.ssa
Elena Tenconi* pag 16**

**I Disturbi della
Comunicazione. Alcune
riflessioni per gli
psicologi.**

**di *Francesca Dicè*
pag 39**

Due Regole Fondanti

della Relazione in

Psicoterapia:

libera associazione ed

attenzione fluttuante

di *Alberta Casella*

pag 41

Bipolare o ADHD?

Differenze e

sovrapposizioni

di *Roberto Ghiaccio*

pag 50

Speranza o arte di trovarsi un lavoro?!

di *Veronica Sarno*

A causa della globalizzazione, della deregolamentazione dei mercati del lavoro e della crescente concorrenza, molte aziende in tutto il mondo sono state costrette negli ultimi decenni a intraprendere ristrutturazioni, ridimensionamenti e fusioni e ad introdurre contratti a tempo determinato o a breve termine. Sebbene questi eventi abbiano una ragionevole logica gestionale, sono percepiti come minacciosi dai dipendenti interessati da tali decisioni, creano insicurezza e minano la fiducia nell'azienda. Influiscono negativamente sugli atteggiamenti nei

confronti del lavoro e dell'organizzazione (Sverke, Hellgren e Näswall, 2002), riducono la produttività e aumentano i costi per la società.

Esiste l'aumento dei soggetti che vivono una condizione di instabilità e di condizioni di vita precarie, in un periodo storico in cui aumenta l'incertezza a tutti i livelli, in cui ogni sistema è in piena trasformazione e ridefinizione, ciò comporta elevate rischi di avere difficoltà esistenziali.

Questo contesto storico fa sì che in ogni ambito della vita tutto sia soggetto a trasformazione ed incertezza, la maggioranza delle persone sembra non riuscire più a fare programmi a lunga scadenza, il concetto di alternative possibili è sempre in agguato,

considerando sempre e ripetutamente nuovi possibili scenari per la propria vita e vivendo cos' in un eterno presente.

È importante ricordare che un soggetto definisce la propria identità anche per ruoli ricoperti in società, anche a livello lavorativo, quindi, questo significa che una fetta importante dell'individualità del soggetto fa fatica a strutturarsi in tempi di precarietà, con conseguenze psicologiche evidenti. De Lillo (2007) sostiene che il lavoro sia di per sé sufficiente a sviluppare un'identità stabile ed anche ad assicurare l'integrazione sociale, mentre la società contemporanea prevede un senso identitario sempre in profondo e continuo e spesso infinito divenire, così come

anche il proprio status sociale.

Richard Sennet (1999) sottolinea come la vita del lavoratore flessibile sia un puzzle di frammenti al quale il soggetto non sempre riesce ad attribuire un senso.

I contratti atipici si caratterizzano spesso per salari bassi e discontinui, con l'evidente insicurezza economica e l'alto rischio di finire completamente in balia di qualsiasi committente. La precarietà del lavoro produce un reddito instabile, presunto ma non prevedibile, ciò a sua volta ricade sulla gestione del tempo per la ricerca di nuovi lavori e per l'impossibilità di godere del tempo libero, a causa dell'incertezza del reddito, inoltre l'ansia riempie i periodi di inattività. Il soggetto

può essere tentato di fagocitare ogni qualsivoglia opportunità, dimenticando di valutare le proprie possibilità, qualità e quantità di impegno dei diversi lavori, soffocando i propri bisogni quotidiani (Banfi, 2011).

Il soggetto alla ricerca di lavoro è tenuto a sviluppare sempre più tutta una serie di caratteristiche quali elasticità, disponibilità, costanza, capacità di saper gestire il rischio, affidabilità, capacità relazionali, pragmaticità, flessibilità, dinamismo.

Mancaniello (2012), sostiene che nell'attuale crisi del lavoro, le persone non possano più scegliersi il lavoro, in quanto il lavoro non dipende più da una volontà del soggetto, ma è del tutto

obbligato dall'offerta del mercato. Il doversi inserire in un mondo del lavoro sempre precario genera una lunga serie di difficoltà su tutti i piani dell'esistenza, fra le sfere che ne risentono di più si colloca quella psicologica, a causa della frammentazione delle azioni da svolgere, come il doversi adattare di continuo a nuovi contesti relazionali ed organizzativi, come il dover modificare di continuo le proprie aspettative alle offerte di lavoro possibili ed anche essere sottoposti a tipologie contrattuali molto variegata e con poche garanzie per il lavoratore che sta cercando lavoro (Marmot, 2010).

Andreoni (2005) considera che attualmente una persona che cerca lavoro subisce una

rilevante trasformazione nel tessuto personale e sociale, in sostanza negli attuli procedimenti lavorativi viene messa in discussione la personalità del soggetto, tanto che parlare di mercato del lavoro oggi equivale a parlare di mercato della vita; perché in gioco non vi sono più solamente le capacità lavorative, bensì quelle personologiche.

C'è uno studio condotto da Laszlo e co. [1] che ha analizzato qualia sono gli effetti del lavoro temporaneo e precario sulle condizioni di salute di lavoratori di età compresa tra i 45 ed i 70 anni di età appartenenti a sedici differenti paesi europei, nello specifico: Repubblica Ceca, Danimarca, Germania, Grecia,

Ungheria, Israele, Paesi Bassi, Polonia, Russia, Austria, Francia, Italia, Spagna, Svizzera, Belgio e Svezia; questi paesi si differenziano per differenti modalità esistenti di sindacato e di assistenza sanitaria. Dalla ricerca è emerso che anche nei paesi che hanno maggiore risorse per l'assistenza alla persona ed al lavoratore la precarietà del lavoro ha gravi conseguenze sul lavoratore e sulle sue condizioni di salute/malattia; vi è infatti correlazione significativa fra precarietà del lavoro e malattie. È stata infatti studiata nel dettaglio l'associazione fra precarietà del lavoro e stato di salute. I dati trasversali di 3 studi basati sulla popolazione sulla

precarietà del lavoro, sulla salute autovalutata, sui fattori demografici, socioeconomici, legati al lavoro e comportamentali e sulle malattie croniche della vita in 23.245 soggetti di lavoro di età compresa tra 45 e 70 anni provenienti da 16 paesi europei sono stati analizzati utilizzando la logistica regressione e meta-analisi. Nei modelli completamente adeguati, la precarietà del lavoro era significativamente associata a un aumento del rischio di cattive condizioni di salute nella Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Grecia, Ungheria, Israele, Paesi Bassi, Polonia e Russia, associazioni simili sono state osservate in Austria, Francia, Italia, Spagna e

Svizzera. Solo in Belgio e in Svezia non risulta un'associazione netta fra precarietà e stato di salute negative. L'associazione tra precarietà del lavoro e salute non differiva molto per età, sesso, istruzione e stato civile. Più il lavoro in questione era precario e maggiore era l'effetto negativo sullo stato di salute, ecco perché occorre prestare attenzione alle conseguenze della precarietà del lavoro sulla salute pubblica, perché il lavoro precario influisce negativamente sulle persone (Ferrie, 2001).

Diversi autori hanno rilevato che la scarsa sicurezza del lavoro si correla al livello psicosomatico (Shipley, Marmot, Stansfeld e Smith, 1998a, 1998b; Ferrie, Shipley, Stansfeld e

Marmot, 2002; Mohren, Swaen, van Amelsvoort, Borm e Galama, 2003) ed anche alla morbilità psichiatrica minore (D'Souza, Strazdins, Lim, Broom, & Rodgers, 2003; Ferrie et al., 1998a; Ferrie, Shipley, Newman, Stansfeld, & Marmot, 2005; Pelfrene et al., 2003; Rugulies, Bültmann, Aust, & Burr, 2006; Swaen, Bultmann, Kant, & van Amelsvoort, 2004)^[2], ed alla malattia coronarica incidente (Lee, Colditz, Berkman e Kawachi, 2004) e ai suoi fattori di rischio, tra cui colesterolo alto (Ferrie et al., 1995), ipertensione (Ferrie et al., 1995, 1998b; Levenstein, Smith, & Kaplan, 2001) e obesità (Ferrie et al., 2002). Inoltre altre misure meno dirette dello stato di salute, come l'assenza per malattia (Kivimaki et

al., 1997) e l'uso dei servizi sanitari (Roskies & Louis-Guerin, 1990) sono risultate associate alla precarietà del lavoro.

Schaufeli (2009) ha suggerito che che gli individui altamente istruiti soffrirebbero di *incoerenza di status* di fronte alla perdita del lavoro, tale incoerenza va ad aumentare il rischio di cattiva salute.

Infine, si è visto che la precarietà del lavoro può avere effetti più deleteri per le persone sole rispetto a quelle sposate o conviventi, poiché è probabile che il sostegno sociale e finanziario del coniuge abbia un importante effetto protettivo.

Nella teoria della complessità di Morin (2020), il soggetto umano è indissolubilmente legato all'ambiente in

cui è inserito, in quello sociale e culturale e la conoscenza del soggetto è un processo che si attiva a partire dal soggetto vivente e la conoscenza dell'umano, che afferisce al culturale, è tale se viene intesa come auto-conoscenza, divenendo lo stesso soggetto responsabile del suo stesso agire. L'adattamento evolutivo di una persona di questi tempi deve prevedere la capacità del soggetto di comprendere che dovrà continuamente formarsi a qualcosa di nuovo per sopravvivere. Oggigiorno infatti, si parla molto di apprendimento continuo, chi organizza la formazione difatti, deve in primis insegnare ai soggetti

a formarsi continuamente e nel migliore dei casi ad aggiornarsi. Il Sistema dell'offerta deve dunque essere in grado di sostenere la motivazione all'apprendimento continuo, nel tentativo di agevolare il vivere nella continua precarietà; dunque, quello a cui la formazione deve tendere è il fatto di dare risposte che siano in grado di creare benessere e sicurezza per un soggetto che ha subito una perdita di senso, ed è particolarmente disorientato rispetto alle categorie del tempo e dello spazio (senza confini e senza limiti, se non quello certo della morte; un soggetto frammentato e molto inquieto, particolarmente ansioso di conoscere il proprio destino,

volenteroso di riscoprire le proprie coordinate per orientarsi nella vita ed attribuirle un significato coerente, si tratta chiaramente di un percorso molto difficile.

Beck (2000) ritiene che tutta questa incertezza ed instabilità lavorativa conducano l'uomo ad incentrarsi sempre più su se stesso ed a iniziare ad abituarsi al fatto di non avere vincoli.

Il soggetto nell'epoca della precarietà è costretto in continuazione a prendere decisioni che vanno a modificare la propria aspettativa sulla vita. I processi decisionali sono situati sempre in un contesto preciso, caratterizzato da una serie di elementi che possono influenzare la decisione stessa. Le circostanze hanno un effetto sulla

percezione, gli atteggiamenti e in linea generale sul comportamento degli individui: in questa prospettiva, gli elementi di contesto possono agire sulla percezione del rischio e sulla propensione ad accettarlo o fuggirlo, a quali annunci rispondere?! A chi inviare la propria candidatura?! Come prepararsi al colloquio?! Cosa fare per farsi assumere?! Come agire quando al proposta ricevuta non è degna con le proprie aspettative?! Il continuo dover decidere per il proprio destino è ulteriore fonte di notevole stress per il soggetto in cerca di lavoro.

Bibliografia

AA. VV. (2010), *Vita, identità, genere in*

equilibrio precario: Ricerche psicologiche sul mercato del lavoro in Italia, Unicopli, Milano.

A.A.V.V. (2001), *Instabilità del lavoro ed esposizione al mercato: le strategie dei lavoratori e il ruolo della famiglia come protezione contro i rischi*, Paper pubblicato presso il Dipartimento di Studi Sociali dell'Università degli Studi di Brescia. DSS Papers SOC 7-01.

Andreoni, P. E. (2005), *Tempo e lavoro. Storia, psicologia e nuove problematiche*, Mondadori, Milano.

Argentero, P., Dal Corso, F., Vidotto, G. (2006), "Soddisfazione professionale e lavoro temporaneo", in Ferrari, L., Veglio, O., *Donne e uomini nel mercato del lavoro atipico*.

La dimensione psicologica e di genere del lavoro precario e flessibile, Franco Angeli, Milano.

Arriola, J., Vasapollo, L. (2005), *L'uomo precario*, Jaka Book, Milano.

Bauman, Z. (2000), *Modernità liquida*, Laterza, Bari-Roma.

Beck, U. (1986), *La società del rischio*, Carocci, Roma, (1999), *Il lavoro nell'epoca della fine del lavoro*, Einaudi, Torino.

Beck, U., Castells, M., Sennet, R. (2004), *Sull'orlo di una crisi. Vivere nel capitalismo globale*, Asterios, Trieste.

Benelli, C. (2006), *Philippe Lejeune. Una vita per l'autobiografia*, Unicopli, Milano.

Benevene, P., Callea, A., Giustiniani, E. (2009), "Benessere lavorativo, burnout e lavoro atipico nel

terzo settore”, in Benevene, P. (a cura di), *Il capitale umano del terzo settore*, Maggioli, Rimini.

Bodei, R. (1987), *Scomposizioni. Forme dell'individuo moderno*, Einaudi, Torino.

Bologna, S., Banfi, D. (2011), *Vita da freelance. I lavoratori della conoscenza e il loro futuro*, Feltrinelli, Milano.

Bruno, A. (a cura di) (1988), *La crisi del soggetto nel pensiero contemporaneo*, Milano, Angeli.

Buzzi, C., Cavalli, A., De Lillo, A. (2007), *Rapporto giovani. Sesta indagine dell'Istituto Iard sulla condizione giovanile in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Buzzi, C. (1997), “Rischio, reversibilità, sfiducia negli altri, disagio”, in Cavalli A, Callari Gallari, M, Ceruti, M., Cambi, F. (2003), *Formare alla*

complessità. Prospettive di educazione nelle società globali, Carocci, Roma.

Callea, A., Caggiano, V., Ballone, F. (2009), “Le variabili psicologiche della flessibilità”, in Pedon, A., Amato, C., *Valori e mondo del lavoro: aspetti di vita lavorativa*, Armando, Roma.

Cambi, F. (a cura di) (1988), *Nel conflitto delle emozioni, Prospettive pedagogiche*, Armando, Roma. (a cura di) (2003), *Soggetto come persona. Statuti formativi e modelli attuali*, Carocci.

Mancaniello M.R. (2012). *Improvvisazione e formazione: la funzione pedagogica del teatro. In: M. Buccolo, P. Orefice. Il Teatro e la Ricerca Azione Partecipativa per lo sviluppo dei*

saperi della diversità nei contesti aziendali, Firenze.

M.R- Mancaniello (2012). *Lavori diversi: il lavoro atipico e la formazione a sostegno di un equilibrio instabile*. In: Vanna Boffo. *Di lavoro e non solo: sguardi pedagogici*, Milano.

Mancaniello M.R. (2012). *I Professionisti dello sviluppo umano: uno sguardo alle competenze trasversali e al ruolo dell'alta formazione*. In: R. Paloscia, E. Tarsi. *Capitale umano e patrimonio territoriale per il progetto locale contributi di ricerca interdisciplinare in America Latina e Italia*, Firenze.

Morin E, *La sfida della complessità*, le Letetre, 2020.

Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W. (2009). *Being*

driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. Cross-Cultural Research

Sennett, R. *L'uomo flessibile*, Feltrinelli Editore, 1999.

Articoli

August 2002; Journal of Occupational Health Psychology 7(3):242-64 ... Katharina Naswall at University of Canterbury · Katharina Naswall

[1] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845821/>

[2] AA. VV. (2010), *Vita, identità, genere in equilibrio precario: Ricerche psicologiche sul mercato del lavoro in Italia*, Unicopli, Milano.

Stress traumatico e tecniche Immaginative VIC: risultati e riflessioni provenienti da una ricerca nel periodo della pandemia da COVID-19

Coordinamento scientifico del programma di ricerca

¹² Dott.ssa Marisa Martinelli ,
Prof.ssa Elena Tenconi

Gruppo di lavoro: Marisa Martinelli, Elena Tenconi, Angela Zenari, Claudia Ferron, Maria Vita Caterina Tonti, Chiara Caracciolo, Linda Galante. Simone Rampin

Presentazione generale

In questi mesi il diffondersi del Coronavirus a causa delle normative e disposizioni sanitarie a livello sociale ha comportato diverse modificazioni dello stile di vita e abitudini. Come Centro Studi Inter.le VIC-Italia vogliamo soffermarci e porre le dovute riflessioni su quanto sta accadendo, non solo a livello psicosociale, ma anche all'interno della persona nella sua sfera intrapsichica. Vogliamo muoverci in questo scenario con un piano strategico di intervento e supporto, al fine di conoscere e valutare l'impatto della pandemia, oltre a valutare la possibilità di interventi ecologici in grado di "bonificare" la mente evitando il ristagno di sentimenti di angoscia con il rischio che vengano memorizzati sul network biopsicosomatico predisponendo

così l'individuo allo sviluppo di un disturbo da stress-post traumatico (PTSD) che può avere una ricaduta nelle generazioni successive (Mc Farlane, 2018).

L'immaginazione ha da sempre giocato un ruolo centrale nell'ambito della discussione sulle funzioni mentali e sulle abilità del benessere psicologico, coinvolgendo inizialmente i filosofi, per poi interessare gli psicologi e gli psichiatri e negli ultimi anni anche i neuroscienziati (Pearson, 2019). La valenza esperienziale e la flessibilità del metodo VIC lo rendono uno strumento facile da integrare nella propria realtà professionale, in particolare appare ben adattarsi come terapia add-on al fine di aumentare l'efficacia dell'intervento stesso. L'Immaginario simbolico, utilizzato quale strategia terapeutica, permette di "arricchire il mondo psichico", bypassando i controlli della coscienza vigile, oltre ad avere una benefica funzione liberatrice. Nel presente progetto si vuole indagare, attraverso un percorso in gruppo, la possibilità di attivare stati affettivi positivi (capacità di/e sintonizzarsi sulle emozioni positive, abilità empatiche e di autoregolazione) potenziando le risorse individuali nel favorire l'accettazione e l'adattamento allo stress causato dal disorientamento, solitudine,

¹ Martinelli M. Psicologa psicoterapeuta, Docente e Presidente del Centro Studi Int.le VIC-Italia, EMDR practitioner, membro della ESTSS, libera professionista Montegrotto T. (Padova);

² Tenoni E. Elena Tenconi, PhD, PsyD Clinical Psychologist-Psychotherapist, Department of Neuroscience, Padova Neuroscience Center University of Padova, Psychiatric and Eating Disorders Unit, Hospital of Padova

distanziamento forzato e dalla drastica riduzione degli spostamenti imposti dalle misure restrittive finalizzate al contenimento della diffusione del virus.

Il processo immaginativo catatimico dà la possibilità di comunicare a livello implicito gli aspetti che procurano sofferenza consentendo una desensibilizzazione progressiva dei contenuti angosciosi mentre la rappresentazione che avviene attraverso le immagini ridimensiona la sofferenza, l'ansia ad essa associata e interrompe il circolo vizioso stress – tensione – immaginazione – reattività fisiologica. Il gruppo consente, attraverso la condivisione con altre menti, la possibilità di attenuare ansie, angosce, senso di impotenza e vulnerabilità dei singoli pazienti favorendo la ricerca di soluzioni adattive.

Mai come in questo momento le situazioni di stress coinvolgono non solo il singolo ma tutta la comunità. L'educazione alla salute inizia dall'educazione all'ascolto e alla autoriflessività cogliendo i messaggi del corpo, sviluppando la consapevolezza della propria mappa rappresentazionale interna attraverso le immagini, il disegno e la narrativa. Inoltre, stimolando le risorse interiori di autoefficacia, le tecniche immaginative integrate con quelle creative espressive diminuiscono il rischio di complicanze e dell'aggravarsi di eventuali manifestazioni sintomatiche.

Fasi di intervento

1^a Fase –Presentazione del progetto al gruppo allargato: Consenso Informato della ricerca, Intervista semistrutturata, somministrazione TEST in gruppo (durata 2 ore circa)

2^a Fase -3 Incontri **in** gruppo a cadenza quindicinale (massimo 10 partecipanti) della durata di 90 minuti circa;

3^a Fase – Incontro di Follow-up della durata di 2 ore, a distanza di tre mesi circa (ri-somministrazione di test e questionari per la valutazione dello stato psicofisico e del livello di stress).

4^a Fase – Restituzione dei risultati – Partecipazione *Facoltativa*.

La ricerca prevede l'utilizzo di sistemi di audio – video registrazione.

METODOLOGIA

L'indagine si estende su tre livelli, che possiamo così denominare:

1. psicodiagnostico
2. psicologico
3. tecniche immaginative in gruppo (tre incontri)
4. follow-up dopo due/ tre mesi circa

Se per il primo punto è possibile una misurazione di tipo quantitativo, per il secondo e terzo si ritiene preferibile una metodologia qualitativa. La ricerca seguirà, quindi, una metodologia mista: quali-quantitativa.

RISULTATI PARZIALI ATTESI

- - Conoscere e sfruttare il potere delle tecniche immaginative e della creatività nei processi di cura e il ruolo del VIC (Vissuto Immaginario Catatimico);
- - Immaginazione, fantasia, espressione artistica: come usare il linguaggio simbolico metaforico e la

narrazione a scopo preventivo e terapeutico;

- - miglioramento dello stato di salute, potenziare la capacità di mentalizzazione e autoriflessione, aumentare il senso di autoefficacia, il riconoscimento dei fattori di stress interni ed esterni;
 - - miglioramento della gestione dello stress e dello stile di coping (emotivo-cognitivo-comportamentale);
 - - aumentare il senso di connessione e di interazione sociale
- 1.1 Obiettivi**
- In questo periodo di pandemia COVID – 19, le normative sanitarie e non a livello sociale hanno comportato diversi cambiamenti dello stile di vita e delle abitudini di tutta la popolazione. Diversi studi hanno già messo in evidenza l'impatto traumatico che la pandemia ha portato sia a livello personale, soprattutto per quegli individui colpiti dal virus in prima persona, sia a livello collettivo. L'elaborato si inserisce all'interno di un progetto di ricerca volto a valutare in

primo luogo l'impatto della pandemia su tre livelli diversi della popolazione quali persone adulte, impegnate e non in attività sanitarie e adolescenti e in secondo luogo l'immaginario collettivo attraverso la tecnica VIC. Infine, il progetto di ricerca intende valutare se l'utilizzo delle tecniche immaginative quali strumenti elettivi nell'ambito dello stress e del trauma possa avere un'azione preventiva sul benessere psicologico delle tre fasce di popolazione esaminate.

In particolare, all'interno di questo percorso di ricerca, l'elaborato si impegna ad analizzare il primo dei precedenti obiettivi, impostando le successive fasi. I risultati riportati saranno infatti quelli relativi alla prima fase di ricerca, rappresentata dalla prima somministrazione dei test. Qui di seguito verranno analizzati e descritti i risultati relativi alla prima fase della ricerca. Ovvero la somministrazione dei questionari prima dell'intervento VIC.

1.2 Procedura

Il progetto di ricerca è stato sviluppato e condotto da un gruppo di terapeute specializzate nelle tecniche immaginative. Il

reclutamento dei partecipanti è avvenuto tramite reclutamento a valanga, attraverso conoscenze dirette e indirette.

L'incontro iniziale di presentazione del progetto ha chiarito le modalità di svolgimento delle varie fasi di intervento e gli obiettivi principali della ricerca.

Sulla base delle richieste e del numero di partecipanti, sono stati creati i tre diversi gruppi campione, a cui sono stati inviati dei questionari da svolgere online, creati precedentemente dal gruppo di ricerca attraverso la piattaforma Google moduli. Per dare un supporto ai partecipanti, qualora questi avessero avuto difficoltà nella compilazione dei questionari, sono state istituite due date in cui incontrarsi in modo da poterli svolgere con l'aiuto degli assistenti.

Successivamente all'autosomministrazione dei test è iniziata la fase vera e propria della ricerca, ossia l'intervento VIC che si è svolto attraverso tre incontri tenuti sulla piattaforma Zoom a cadenza quindicinale, della durata di novanta minuti ciascuno. Per lo svolgimento di tali incontri, il campione della popolazione generale è stato diviso in tre gruppi formati da dieci, sei e undici persone, il

campione dei sanitari in due gruppi da dieci e undici partecipanti, mentre il terzo e ultimo campione non è stato diviso in quanto formato solamente da sette adolescenti. Ad ognuno di questi gruppi è stata assegnata una terapeuta affiancata da un'assistente, in modo tale da permettere alla prima di poter seguire al meglio l'insieme dei partecipanti.

Durante lo svolgimento di questi tre incontri è stata eseguita la terapia VIC (Vissuto Immaginativo Catatimico), agendo attraverso tecniche di rilassamento, immagini, disegni e dialogo in un contesto di gruppo. Il processo psicoterapeutico del VIC è infatti orientato alla rappresentazione di sé e della propria realtà psichica attraverso lo sviluppo scenico composto da "motivi simbolici", espressione artistica e narrativa (Hasselgren & Bech, 1997).

Per poter sviluppare il metodo descritto sono stati proposti i temi del Paesaggio, dell'Albero e dei Tre doni.

1.3 Campione

Il campione è formato da 55 persone, di cui 45 femmine e 10 maschi, di età compresa tra i 15 e i 65 anni, provenienti da tutta Italia. Oltre a quelle non rientranti nell'intervallo di età richiesto, sono state escluse le persone aventi patologie conclamate in

atto, siano queste sistemiche, neurologiche o psichiatriche.

Per lo svolgimento della ricerca, i 55 partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi, quali:

- adulti impegnati in attività sanitaria di qualsiasi tipo (21 partecipanti, 38%);
- adulti appartenenti alla popolazione generale (27 partecipanti, 49%);
- adolescenti tra i 15 e i 20 anni (7 partecipanti, 13%).

Nel corso della ricerca 9 persone del gruppo sanitari, 6 della popolazione generale e 5 adolescenti hanno abbandonato lo studio (N totale 20 persone, il 36,4% del campione).

1.4 Materiali e metodi

Tutti i partecipanti, attraverso la piattaforma informatica Google Moduli, hanno compilato gli stessi questionari auto-somministrati descritti di seguito, solo per quanto riguarda la scala sulle esperienze dissociative, si è utilizzata la versione per adolescenti (A-DES) per il gruppo dei più giovani.

1.5 Strumenti e Analisi statistica

La ricerca longitudinale, della durata di durata 5 mesi (febbraio – giugno 2021), ha valutato lo stato di salute

psicologica generale con il Brief Symptom Scale (BSI, Derogatis et al., 1983), l'alessitimia con la Toronto Alexitimia - 20 item (TAS-20, Bagby et al., 1994), le abilità di regolazione emotiva con la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz et al., 2004), le strategie di coping con il Coping Orientation to Problems Experienced-New Italian Version (COPE-NIV, Sica et al., 2008), la sintomatologia post-traumatica con l'Impact of Event Scale Revised (IES-R, Weiss et al., 1996), le emozioni (Termometro emozioni) e la presenza di eventuali sintomi dissociativi con la Dissociative Experience Scale per adulti e adolescenti rispettivamente (DES e A-DES).

L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando il software statistico SPSS versione 27 (2019). Il confronto delle distribuzioni di frequenza è stato indagato con il test del chi quadrato. Si è impiegato il test di Kruskal – Wallis per il confronto fra gruppi indipendenti. La scelta della statistica di tipo non parametrico è stata motivata dalla scarsa numerosità dei

gruppi e dal fatto che non tutte le variabili avessero una distribuzione normale. Per le analisi di correzione si è utilizzata la Rho di Spearman. La soglia di significatività assunta è pari a $p \leq 0,05$.

2.0 Analisi qualitativa dei risultati:

Le analisi e le riflessioni che possiamo trarre dal progetto di ricerca sulla tecnica VIC descritte nel presente articolo hanno l'obiettivo, da un lato di meglio comprendere quale sia stato l'impatto psicologico del COVID – 19 su tre diversi livelli della popolazione, dall'altro di valutare come poter utilizzare le tecniche immaginative VIC per migliorare la salute psicologica delle persone e prevenire lo sviluppo di sintomi post-traumatici in risposta a condizioni stressanti come l'emergenza da Covid-19.

Riportiamo quindi una sintesi tratta dalle conclusioni del lavoro di Tesi di laurea della dott.ssa Chiara Caracciolo che ha lavorato su "L'impatto del COVID – 19 sulla popolazione generale: il Vissuto Immaginario Catartico (VIC) come possibile risorsa

terapeutica” (The impact of COVID – 19 on the general population: Guided Affective Imagery (GAI) as a possible therapeutic resource).

L'emergenza sanitaria che ha flagellato il mondo intero nell'ultimo anno e mezzo ha colpito la popolazione non solo da un punto di vista fisico, ma anche e soprattutto dal punto di vista psicologico. Gli improvvisi cambiamenti nella vita quotidiana di tutti i giorni, avvenuti a seguito delle norme restrittive imposte per limitare la diffusione del virus, si sono rivelati come importanti fattori di stress. Tra questi possiamo includere isolamento sociale, perdita del lavoro, perdita di persone care e quarantena (Brooks et al., 2020). Dato il peso psicologico, sociale ed economico posto su intere popolazioni, l'impatto della pandemia sulla salute mentale è una questione critica da affrontare (Holmes et al., 2020), che anche la ricerca si impegna ad analizzare. Entrando nel vivo di quest'ultima, da un'analisi preliminare, indagando persone della popolazione generale, persone impegnate in ambito sanitario e giovani adolescenti, possiamo dire

come gli adolescenti presentino caratteristiche psicologiche peculiari.

Dalla Tabella 1, relativa alla scala BSI si può notare una certa significatività per quanto riguarda i fattori relativi all'ossessività, all'ostilità, all'ideazione paranoide e per l'indice di gravità globale (“Global Severity Index” -GSI). Per ognuno di questi indici, infatti, si può notare come il campione adolescenziale si discosti in modo netto dagli altri due campioni, esprimendo maggior disagio e sofferenza.

Tabella 1: analisi dati test BSI nei tre gruppi indagati

Popolazione generale
(N 27) Media (ds)

Sanitari
(N 21) Media (ds)

Adolescenti (N 7) Media (ds)

H

p

Global Severity Index

Positive Symptom Total

Positive Symptom Distress Index Indice di somatizzazione

Indice di ossessività - compulsività

0,81 (0,6)

Indice di sensibilità interpersonale

0,41 (0,8)

Indice di depressione

Indice di ansia

0,78 (0,8)

Indice di collera – ostilità

Indice di ansia fobica

0,50 (0,5)

Indice di ideazione paranoidea Indice

di psicotismo

0,35 (0,2) 34,86 (9,5) 2,05 (0,6) 1,04

(1,0) 2,10 (0,9) 1,46 (1,2) 1,69 (1,1)

0,17 (0,1)

1,62 (1,1) 1,49 (0,5) 0,51 (0,5) 1,74

(0,8) 1,17 (1,1)

23,74 (10,9)

6,51 0,039 5,39 ns 4,9 ns 2,04 ns

1,54 (0,6)

8,56 0,014 2,15 ns 3,36 ns 1,88 ns 8,37

0,65 (0,6)

0,015 3,51 ns

0,93 (0,9)

7,8 0,02 2,05 ns

0,77 (0,7)

0,97 (0,9)

0,97 (0,8)

0,72 (0,6)

0,54 (0,7)

0,89 (0,7)

0,47 (0,4)

0,19 (0,1)

25,52 (11,9)

1,48 (0,5)

0,59 (0,6)

1,19 (0,9)

0,88 (0,9)

0,89 (0,7)

1,09 (0,9)

Uno dei test maggiormente impiegati per indagare la verbalizzazione delle emozioni è la TAS – 20, ritenuta ancora oggi lo strumento più affidabile e pratico per rilevare il grado di alessitimia di un campione indagato. Alla TAS-20 il gruppo di adolescenti riporta punteggi significativamente più elevati, a dimostrazione di una maggior difficoltà nel denominare le emozioni (Tabella 2).

Questo dato è in accordo con la letteratura, nonostante i risultati a disposizione siano ancora limitati, l'interesse della ricerca negli ultimi anni si è rivolta ad un'analisi più approfondita di quanto l'aumentare dell'età comporti una riduzione dei livelli di alessitimia ad opera di un

effetto “maturazione” (Basile et al., 2009).

Sakkinen et al. (2007) hanno effettuato ricerche e formulato ipotesi su questo tema; gli autori considerano l'adolescenza come un periodo di grande sviluppo emotivo, psicologico e sociale e ritengono che la capacità dell'adolescente di essere consapevole dei propri stati emotivi e psicologici e di regolarli, aumenti più rapidamente che nell'infanzia. Di conseguenza, ci si aspetta che il grado di alessitimia decresca velocemente con lo sviluppo dell'adolescente, e una diminuzione la si nota anche dai 14 ai 16 anni d'età. In accordo con altri studi (Parker et al., 2002), i risultati di uno studio condotto da De Gennaro et al. (2007) su un campione di 360 persone rafforzano questa ipotesi, mostrando un punteggio medio alla TAS – 20 negli adolescenti pari a 51,73, che si discosta significativamente da quello degli adulti.

Tabella 2: analisi dati test TAS - 20 nei tre gruppi indagati

Popolazione generale (N 27) Media (ds)

Sanitari (N 21) Media (ds)

Adolescenti (N 7) Media (ds)

H

p

TAS totale

Difficoltà a identificare le emozioni

Difficoltà a descrivere le emozioni

Orientamento al pensiero esterno

38,11 (12,2)

12,56 (5,3)

10,48 (4,8)

15,07 (5,1)

38,76 (13,3)

13,10 (6,2)

10,29 (4,5)

15,38 (5,0)

58,00 (12,1)

19,00 (7,4)

15,71 (5,3)

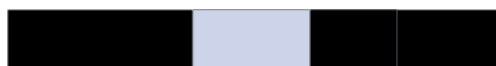
23,29 (5,5)

9,68 0,008

5,82 0,054

5,98 0,05

9,48 0,009



Dalla tabella 2 si può notare come ad esprimere maggiori caratteristiche alessitimiche siano gli adolescenti, discostandosi in maniera evidente dai due campioni adulti in tutti i fattori relativi al test preso in considerazione. Nonostante questo, bisogna considerare il fatto che sono pochi gli studi effettuati su tale costrutto, e inoltre il campione adolescenziale indagato nella ricerca VIC è un campione molto ridotto. Infine, è opportuno sottolineare i limiti dell'utilizzo della TAS – 20 e in generale degli strumenti self – report, ovvero l'opportunità di misurare con un questionario autosomministrato dimensioni complesse come quella dell'alessitimia (Todarello et al., 2005). Per una migliore comprensione del costrutto sarebbero necessari nuovi studi, effettuati su campioni elevati, con l'utilizzo di task ad hoc per la valutazione dei costrutti che si vogliono indagare che sia meno esplicita ai partecipanti.

Un altro questionario molto significativo per gli obiettivi della ricerca è la DES. Nonostante i risultati non mostrino specifiche significatività, possiamo rilevare come anche in questo caso a presentare i maggiori aspetti dissociativi siano gli adolescenti. I dati di ricerca, in accordo con uno studio effettuato da Ammaniti et al. (2005), indicano che i meccanismi dissociativi presenti in adolescenza segnalano difficoltà di integrazione, tipiche di questa fase, fra il funzionamento emotivo e quello cognitivo, già evidenziate dalla letteratura psicoanalitica (Freud, 1957), e che non sono necessariamente spia di un eventuale disturbo psicologico o quadro psicopatologico in atto. Non va dimenticato che la dissociazione è un meccanismo difensivo che si pone al confine fra normalità e patologia. Di fronte alle reazioni di rabbia e conflitti, che emergono spesso in adolescenza nelle relazioni con gli altri, possono essere attivate strategie difensive dissociative, che consentono di salvaguardare la propria integrità (Klein, 1976). In linea ad altri studi, (Calamari & Pini, 2003) i risultati della nostra ricerca sul campione di adolescenti, ha dimostrato che il 70% di questi, riferisce di aver vissuto un evento traumatico, infatti mostrano livelli dissociativi maggiori, pur non superando la soglia per veri e propri sintomi dissociativi (Tabella 3). Di fronte

ad esperienze traumatiche, la dissociazione può costituire una risposta protettiva che serve a fronteggiare la paura (Putnam, 1991). Osservando tuttavia le analisi di correlazione tra scala DES e il Termometro delle emozioni, evidenziano come la risposta dissociativa correli con elevati livelli di stress e ansia.

6,95 (2,3) 6,00 (2,6) 3,90 (2,5) 4,76 (2,8) 4,62 (1,9)

8,43 (1,4) 7,14 (1,9) 5,43 (3,0) 7,86 (2,0) 4,00 (2,4)

7,33 0,026

3,31 ns

1,61 ns

*Tabella 3: Analisi dati
Termometro delle emozioni nei
tre gruppi indagati*

10,31 0,006

0,89 ns

Popolazione generale (N 27)

Media (ds)

Sanitari (N 21) Media (ds)

Adolescenti (N 7) Media (ds)

H

p

Stress

Ansia

Depressione

Rabbia

Bisogno d'aiuto

5,96 (2,3)

5,19 (2,7)

4,11 (3,2)

3,85 (2,4)

4,44 (2,6)

Osservando la Tabella 3, emerge una differenza significativa tra gli adolescenti e gli adulti con punteggi significativamente più elevati di stress percepito e rabbia nel gruppo di adolescenti.

Nonostante gli alti livelli di stress e ansia, riportati non solo dagli adolescenti ma anche dagli adulti, non c'è tuttavia una richiesta di aiuto coerente con l'intensità delle emozioni riportate al termometro delle emozioni. Questo fattore ci indica il bisogno di uno specifico lavoro rivolto alla dissociazione per aumentare la consapevolezza delle persone circa il loro disagio così che possano chiedere aiuto e supporto tali da poter meglio affrontare eventi stressanti ed antigeni. Il fatto che ci troviamo in una situazione difficile è avvalorato anche dai risultati della IES – R, nella quale non rileviamo differenze significative tra i gruppi indagati, ma un'elevata presenza di sintomatologia post traumatica in tutti e tre i gruppi. In Tabella 4 è riassunto il punteggio totale alla scala IES-R nei tre gruppi indagati.

Tabella 4: Somma totale IES – R nei tre gruppi indagati

Popolazione generale (N 27)

Sanitari (N 21)

Adolescenti (N 7)

IES - R totale somma

Media e ds 39,26 (20,1) 42,67 (16,6)
42,57 (24,1) Range 0 - 73 13 - 74 0 - 67

Analizzando i punteggi IES-R riportati in Tabella 4 si può notare come tutti e tre i gruppi presentino punteggi superiori al valore di 33, ritenuto punteggio di cut-off indicativo della presenza di sintomatologia post-traumatica, confermando come il periodo attuale sia potenziale fonte di stress e traumi in modo trasversale nella popolazione generale più o meno adulta. È interessante osservare inoltre come l'ampia deviazione standard indichi elevata variabilità tra i gruppi; probabilmente ci sono alcuni partecipanti che presentano maggiormente reazioni post-traumatiche. Suddividendo i campioni in base al valore soglia di 33 si osserva come 18 individui della popolazione generale, 15 dei sanitari e 4 degli adolescenti, rispettivamente il 67%, 71% e 57%, riportino un quadro sintomatologia compatibile con disturbo post-traumatico.

2.1 Le tecniche immaginative come risorsa per la prevenzione dello stress

Obiettivo della terapia con il VIC è quello di prevenire o migliorare i sintomi da stress, attraverso l'uso di immagini simboliche,

metafore e l'espressione artistico-creativa. Il fatto di poter condensare in un'immagine l'essenza di un conflitto, lasciando affiorare un trauma nello spazio protetto del gruppo, permette di affrontare efficacemente sintomi e malesseri aggirando le inevitabili difese che spesso si incontrano e ostacolano i percorsi di cura basati sul colloquio verbale. Nei più giovani, nelle fasi di vita in cui avvengono importanti cambiamenti o nelle situazioni ad alto rischio di stress, il gruppo può essere una forma di cura che si rivela utile per condividere contenuti dolorosi e trovare soluzioni adattive ai problemi. La valenza esperienziale e la flessibilità del metodo rendono il VIC uno strumento facile da integrare nelle differenti realtà professionali, sia nel setting individuale che all'interno di gruppi o comunità.

Come sostengono molti studiosi (Kirchlechner, 2008, Ullmann, 2017, Steiner, 2019) le tecniche immaginative costituiscono uno strumento essenziale per stimolare l'elaborazione naturale di sofferenza e per facilitare l'integrazione dell'evento traumatico nella memoria autobiografica. Il fatto di trasferire nello scenario immaginativo i vissuti drammatici elimina il rischio di affrontare i nuclei traumatici in modo precipitoso e inadatto. Non solo, si procede delicatamente, con una

esposizione graduale ai contenuti disturbanti, e solo quando si è consolidata una buona alleanza terapeutica e la persona ha mobilitato risorse sufficienti si creano le condizioni psicologiche necessarie per sostenere il riemergere dei ricordi, gestire la sofferenza ed elaborare il materiale traumatico soverchiante. Sembra che questi metodi abbiano una rilevanza particolare nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress perché, attraverso specifiche tecniche e interventi a livello immaginativo, si consente il riorientamento e l'interruzione dei sintomi intrusivi in un modo più adattivo e funzionale.

Nel "come-se dell'immaginazione", il dramma interiore può essere rimodellato e trasformato grazie alla presenza sintonizzata del terapeuta o alla condivisione empatica del setting gruppale, si possono trovare nuove vie d'uscita a scenari antichi individuando soluzioni inaspettate.

2.1 Casi esemplificativi:

Il "motivo" di natura chiarifica se e quanto il paziente sia in grado di produrre immagini catatimiche, consente di rispecchiarsi nello stato d'animo più o meno inconscio del paziente, consente la proiezione di conflitti, ostacoli, oppure l'accesso a risorse e capacità nel creare stati affettivi positivi per

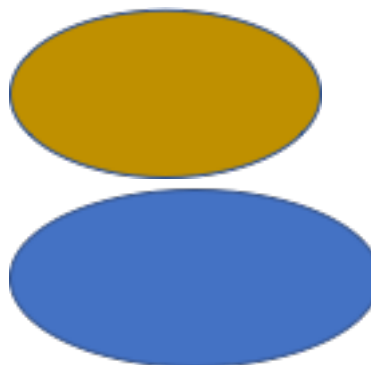
regolare rapidamente le emozioni.

Riportiamo un paio di casi esemplificativi di due differenti situazioni psicologiche, la prima nel disegno di sinistra di un ragazzo già in grado al primo incontro di accedere a risorse interne per stati affettivi positivi, nel secondo invece osserviamo come le forme e i colori mostrano i vissuti emotivi di sofferenza.

Tab. 5 Disegni adolescenti primo incontro

Calore, ricordo di un luogo caro

Sentimento: Solitudine



Il motivo narrativo del Paesaggio risulta utile per evocare gli stati interni corrispondenti al momento che ognuno sta vivendo. Grazie allo stimolo figurativo libero “lascia apparire un paesaggio ...”, ciascuno può descrivere e dipingere le caratteristiche del proprio stato d'animo, proiettare la propria situazione affettiva, esprimere quello che sta vivendo e dare accesso alla partecipazione emotiva e allo sviluppo di processi di identificazione con diversi ambienti. Lo stesso clima o tempo atmosferico svela e rivela lo stato d'animo del soggetto in quella fase della sua vita. È chiaro quindi che la rappresentazione del paesaggio non si limita alla descrizione oggettiva ma vuole catturare i vissuti che sono condensati nelle immagini. Dar voce alle scene rappresentate, inoltre, consente al soggetto di ampliare il proprio vocabolario dei sentimenti e delle emozioni.

Il motivo Albero chiarisce la capacità del soggetto di radicarsi al terreno e la relazione con

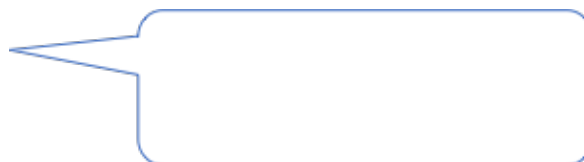
l'ambiente. Infatti, uno degli obiettivi importanti della ricerca è rappresentato dall'attivazione della resilienza e delle qualità che la determinano, andando ad accrescere la capacità di adattamento quali requisiti per affrontare e prevenire efficacemente lo stress traumatico in generale.

“ho potuto esprimere la mia creatività ”

Tab. 6

“Ho immaginato un albero spoglio, era inverno ed ero sola seduta accanto all’albero. Ho vissuto una sensazione di solitudine e disorientamento”

Tab. 7



Infine, nell’ultimo incontro di gruppo si è deciso di offrire il **motivo dei Tre doni** per consentire un’attivazione immaginativa che offre contemporaneamente occasione e spunto per esprimersi liberamente attingendo alla logica del pensiero creativo e stimolando l'ideazione fantastica per far emergere le risorse interne. Quando il terapeuta offre uno stimolo immaginativo all'interno di uno “spazio transizionale” consente al soggetto di lasciarsi andare alla fantasia per lasciar fluire all’esterno ciò che proviene dal suo sé profondo. Nei due disegni riportati qui sotto (di due ragazzi che chiameremo A e B), vediamo come si affacciano strati profondi che si manifestano a livello simbolico-metaforico sia nello scenario narrativo caratterizzati come nei disegni precedenti da vuoto e la mancanza di colore. Senza voler entrare troppo nei

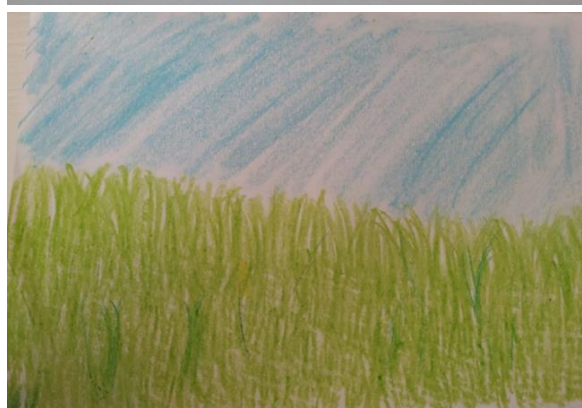
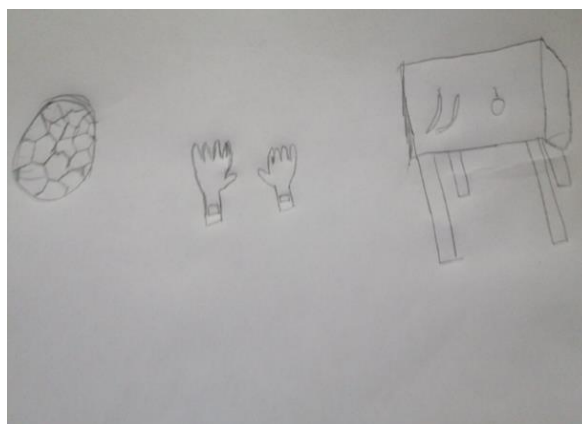
dettagli della tecnica possiamo ipotizzare che in un setting terapeutico gli interventi di accompagnamento potrebbero servire ad aiutare i soggetti ad entrare maggiormente in contatto con i vissuti interni evocati dalla prevalenza del grigio (disegno A) e di colori freddi (verde/blu, disegno B).

A. B.

Le immagini catatimiche e la condivisione del disegno permettono di rappresentare implicitamente lo stato psicoemozionale, in questo caso forse di vuoto e mancanza, mentre la narrativa si fa portavoce dei vissuti interni per renderli comunicabili ed elaborabili cognitivamente nella fiduciosa atmosfera di gruppo.

La certezza dell'accettazione della storia, qualunque essa sia, insieme alla condivisione dei contenuti rappresentati, favorisce la fiducia nelle infinite possibilità dell'essere umano di reinventarsi e di modificare gli stili di coping per trovare sane strategie di adattamento. Le tecniche immaginative VIC pongono le risorse creative quali fattori per lo sviluppo della resilienza; promuovere la regolazione emotiva, scoprire o riscoprire un'esperienza di protezione percepita nel corpo con tutti i sensi, stimolare risorse di autoguarigione per affrontare la

quotidianità e aprirsi con fiducia a scenari del futuro.



Conclusioni

Con questo lavoro vorremmo poter disporre di dati che indirizzino lo sviluppo di protocolli di intervento nell'ambito dei quali sia possibile -in tempi brevi- aiutare le persone a diventare più capaci sia di conferire un nuovo significato a quegli eventi considerati potenziali fattori di stress/trauma, sia di riconoscere l'aumentata reattività al trauma. Vorremmo che i dati ci aiutassero a sviluppare un piano di trattamento che protegga da esperienze e immagini cariche di una drammaticità che, qualora non riconosciuta e correttamente gestita, possa

inconsapevolmente incistarsi nei meandri della mente facilitando lo sviluppo di sintomi e disturbi con ricadute sulle generazioni successive. Il poter osservare insieme l'azione svolta dai simboli, l'agire alchemico dell'immaginario creativo su particolari aspetti della personalità potrebbe prevenire lo sviluppo di disturbi dell'adattamento, del comportamento, e ridurre il rischio di sviluppare sintomi tipici dei disturbi stress-correlati e/o post-traumatici. Il lavoro clinico pensiamo debba essere orientato e focalizzato verso un particolare obiettivo che incontri i bisogni di quella persona in quella specifica fase di vita.

L'assetto ludico-creativo viene facilmente accettato da persone di qualsiasi età e cultura, così le tecniche immaginative permettono:

- di incoraggiare l'atteggiamento della persona di fronte al cambiamento, sostenerla nell'affrontare lo sconosciuto e il futuro incerto,
- stimolare la mentalizzazione, ovvero la capacità di riflettere e mettere in relazione i propri stati d'animo, pensieri e sentimenti, convinzioni con il proprio comportamento e con il contesto delle relazioni e dei disagi manifestati,

- promuovere comportamenti di Self-care e la disponibilità ad accettare un sostegno per poi impegnarsi in un processo terapeutico che può agire ad un livello più profondo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Ammaniti, M., Cimino, S., Petrocchi, M. (2005). Adolescenza ed esperienze traumatiche: influenze sul funzionamento emotivo – adattivo. *Infanzia e adolescenza*, 4(3), 145-155.
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491– 497
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor

- structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Baldwin, S.A., Williams, D.C., Houts, A.C. (2005). Storia critica del DPTS. *Cognitivismo clinico*, 2, 118-141.
 - Basile, G., Quadrana, L., Monniello, G. (2009). Alessitimia e disturbi di personalità in adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 76, 513-531.
 - Bisson, J.I., Wright, L.A., Jones, K.A., Lewis, C., Phelps, A.J., Sijbrandij, M., Varker, T., Roberts N.P. (2021). Preventing the onset of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 86, 1-17.
 - Caldironi, B., Widmann, C. (1980). Visualizzazioni guidate in psicoterapia. Abano Terme: Piovani Editore.
 - Carlson, E.B., Putnam, F.W. (1993). Dissociative experiences and dissociative minds: exploring a nomological network of dissociative functioning. *Journal Trauma Dissociation*, 17(3), 338-361.
 - Ciucci, M. (2020). Mental health during the COVID – 19 pandemic. ENVI Webinar Proceedings.
 - Colombetti, G., Thompson, E. (2008). Il corpo e il vissuto affettivo: verso un approccio «enattivo» allo studio delle emozioni. *OpenEdition Journals*, 37, 77-96.
 - Cutolo, F. (2020). L' influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale. Pistoia: ISRPT Editore.
 - Derogatis, L.R., Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med*, 13, 595-605.
 - Fabbri, A.B. (1996). Un contributo alla standardizzazione della Dissociative Experiences

Scale (DES) di Bernstein e Putnam. *Bolletino di psicologia applicata*, 219, 39-46.

- Fantini, B. (2014). La storia delle epidemie, le politiche sanitarie e la sfida delle malattie emergenti. *Idomeneo*, 17, 9-42.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 750-769.
- Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Giannantonio, M. (2003). *Psicotraumatologia e Psicologia Dell'emergenza*. Ecomind: Salerno.
- Gratz, K.L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties

in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

- Gulisano, P. (2020). *Pandemie. Dalla peste al coronavirus: storia, letteratura, medicina*. Milano: Ancora Editrice
- Javakhishvili, J. D., Ardino, V., Bragesjö, M., Kazlauskas, E., Olff, M., Schäfer, I. (2020). Trauma-informed responses in addressing public mental health consequences of the COVID-19 pandemic: position paper of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). *European journal of psychotraumatology*, 11, 1-7.
- Kirchlechner, B. (2008). Trauma e tecniche immaginative. *Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche. Psicoterapeuti in – formazione*, 2, 5-34.
- La Ferlita, V., Bonadies, M., Solano, L., De Gennaro, L., Gonini, P. (2007). *Alessitimia e adolescenza:*

- studio preliminare di validazione della TAS – 20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e adolescenza*, 6(3), 131-144.
- La Rosa, C., Onofri A. (2017). Dal basso in alto (e ritorno). Nuovi approcci bottom – up_ psicoterapia cognitiva, corpo, EMDR. Roma: Edizioni Apertamenteweb
 - Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., Bragesjö, M., Dragan, M., Grajewski, P., Figueiredo-Braga, M., Gelezelyte, O., Javakhishvili, J.D., Kazlauskas, E., Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Makhashvili, N., Mooren, T., Sales, L., Stevanovic, A., e Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic – study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European journal of psychotraumatology*, 11, 1-9.
 - McFarlane A. (2018) Sfide e controversie nel campo del trauma: in che modo i terapeuti possono assicurare il miglior risultato per i pazienti? Atti Seminario di approfondimento EMDR Italia, Settembre
 - MacKinnon, R.A., Michels R., Buckley P.J. (2019). Il colloquio in psichiatria e psicologia clinica. Firenze: Giunti Psychometrics S.r.l.
 - Martinelli, M. (2009). La psicoterapia con il Vissuto Immaginario Catatimico. Edizioni Libreria Progetto Padova.
 - Martinelli, M. (2021). Quaderni VIC. Immagini e simboli in psicoterapia. *Rivista del Centro Studi Internazionale VIC-Italia*, 1, 1-108.
 - McKenzie, K.R (2002). Psicoterapia breve di gruppo. Applicazioni efficaci «a tempo limitato». Trento: Erickson.
 - Payne, P., Levine, P.A., Crane-Godreau, M.A.

- (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6(93), 1-18.
- Integration, 28(1), 1-23.
- Pearson (2019): "The human imagination: the cognitive neuroscience of visual mental imagery", OCTOBER 2019 | volume 20, NATuRE REvIEWS | Neuroscience
 - Porges SW (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the automatic nervous system. *Cleve Clin J Med*, April 76(2)S86-S90
 - Puliatti M. (2017), *La psicotraumatologia nella pratica clinica. Interventi di stabilizzazione con adulti, bambini e adolescenti*, Mimesis, Milano
 - Sell, C., Möller, H., Taubner, S. (2017). Effectiveness of Integrative Imagery and Trance Based Psychodynamic Therapies: Guided Imagery Psychotherapy and Hypnotherapy. *Journal of Psychotherapy*
 - Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138, 32.
 - Shapiro, F. (2011). *Manuale di EMDR e terapia familiare*. Milano: Edizioni FerrariSinibaldi.
 - Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R., Franceschini, S. (2008). *Coping Orientation to Problems Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 14, 27-53.
 - Simeti, F., Ferrara, F.P., Gastini, V. (2004). *Temi di esplorazione diagnostica dell'immaginario*. Verona: Edizioni libreria Cortina.
 - Steiner B. & Krippner, K. (2005): "Psychothérapie KIP sur le traumatisme, d'après B. Steiner et K. Krippner", <https://>

www.sagkb.ch/de/Francais

- Snowden, F.M. (2020). Storia delle epidemie. Dalla morte nera al covid – 19. Gorizia: LEG edizioni Srl Unipersonale.
- Spinney, L. (2018). 1918. L'influenza spagnola. Venezia: Marsilio.
- Taubenberger, J.K., Morens, D.M. (2006). 1918 Influenza: the mother of all pandemics. Emerging Infectious Diseases, 12(1), 15-22.
- Tuscani T. (2018), Immagine e relazione, INriga Edizioni Bologna
- Van Der KolK B. A., McFarlane, Weisaeth L. (2007): Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili, Roma, Edizioni Magi
- H. Ullmann, (2009), Die Metaphorische und Narrative Dimension der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP). Über Den Zusammenhang von Symbol, Drama und Metapher, Rivista Imagination, OGATAP.
- Ullmann, H. (2020). Introduzione alla psicoterapia con il vissuto immaginativo catatimico (VIC). Bologna, Edizioni InRiga.
- Varga, T.V., Bu, F., Dissing, A.S., Elsenburg, L.K., Herranz Bustamante, J.J., Matta, J., Van Zon, S.K.R., Brouwer S., Bultmann, U., Fancourt, D., Hoeyer, K., Goldberg, M., Melchior, M., Strandberg-Larsen, K., Zins, M., Clotworthy, A., Rod, N.H. (2021). Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID- 19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. The Lancet Regional Health, 2, 1-9.
- Webb, R.T., McManus, S., O'Connor, R.C. (2021). Evidencing the detrimental impact of the COVID – 19 pandemic on mental health across Europe. The Lancet

Regional Health, 2, 1-2.

- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale –Revised. In Wilson, J., Keane, T. (eds): Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guildford Press.

Sitografia

- <http://www.gitim.it/rivista/paesaggi-dell%E2%80%99anima-ricordi-e-attualizzazioniesperienze-primarie-nel-processo-terapeutico-immaginativo>
- <https://www.vic-italia.eu/faq-tecniche-immaginative-vic/> • <https://www.vic-italia.eu/progetto-di-ricerca/>

I Disturbi della Comunicazione. Alcune riflessioni per gli psicologi.

di *Francesca Dicè*

I Disturbi della Comunicazione sono Disturbi del Neurosviluppo molto frequenti in età prescolare e sono caratterizzati da quadri sindromici differenti che riguardano le capacità di comprensione, produzione e uso del linguaggio (Centro TICE). Secondo il DSM-5, essi riguardano la presenza di deficit nel linguaggio (l'uso di un sistema convenzionale di simboli), nell'eloquio (la produzione espressiva di suoni) e nella comunicazione, (il comportamento verbale o non verbale) senza alcuna compromissione delle altre aree di funzionamento (Centro TICE).

Fra questi, il Disturbo del Linguaggio si configura come molto complesso perché riguarda sia la produzione che la capacità di comprendere la parola parlata; si distingue per la presenza di un lessico ridotto, la limitata

strutturazione delle frasi e la compromissione delle capacità discorsive (Centro TICE). Invece, il Disturbo Fonetico-Fonologico riguarda esclusivamente la produzione del linguaggio ed è caratterizzato da dislalie e ritardo linguistico (Centro TICE). Il Disturbo della Fluenza, comunemente detto Balbuzie, si distingue per la presenza di frequenti ripetizioni o prolungamenti di suoni o sillabe e spesso è più grave in condizioni di tensione emotionale (Centro TICE). Il Disturbo della Comunicazione Sociale, infine, è caratterizzato da un deficit nell'utilizzo delle regole sociali relative alla comunicazione e presenta importanti limitazioni nell'efficacia, nella partecipazione sociale, nelle relazioni e nelle capacità scolastiche e lavorative (Centro TICE).

È opportuno specificare che fra i Disturbi della Comunicazione non si annovera il Mutismo Selettivo, che invece, secondo il DSM-5, è un disturbo d'ansia che si manifesta in età evolutiva ed è caratterizzato dall'assenza di

comunicazione verbale in alcune situazioni sociali (Falcone, 2021).

Il trattamento riabilitativo per i Disturbi della Comunicazione è di tipo multidisciplinare e richiede la presenza di logoterapia, psicomotricità e psicoterapia (Associazione PSY). È necessaria, tuttavia, anche una presa in carico in psicoterapia familiare, affinché l'intera famiglia possa avvalersi di uno specifico spazio di elaborazione e riflessione, per comprendere i vari sintomi del Disturbo, elaborare le ansie ad esso connesse e sostenere il bambino nelle difficoltà (Associazione PSY). In questo contesto, anche il lavoro dei logopedisti si configura come un contributo fondamentale per prevenire, curare e riabilitare gli aspetti deficitari ma anche per la valutazione del linguaggio e della comunicazione (Associazione PSY).

In conclusione, i Disturbi della Comunicazione sono condizioni estremamente complesse da non sottovalutare, la cui diagnosi e

presa in carico precoce possono rivelarsi determinanti per garantire il buon esito dei trattamenti riabilitativi ed una remissione quanto più possibile completa dei sintomi (Associazione PSY, Centro TICE).

Bibliografia.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA ISBN [9789746522687](https://doi.org/10.1176/9780890425541)

Associazione PSY. Disturbi della comunicazione. Retrieved from <https://bit.ly/3LjXIXb>

Centro TICE, Disturbi nella comunicazione. Retrieved from <https://bit.ly/39jSvRT>

Falcone C. (2021). Mutismo Selettivo. Retrieved from <https://bit.ly/3NisQrk>

***Due regole fondanti
della relazione in***

fluttuante e della libera
associazione.

Psicoterapia:

Doveroso partire dalle

***Libera associazione ed
attenzione fluttuante***

teorizzazioni freudiane per tale
argomento.

di Alberta Casella

Presento due articoli

L'argomento per me
affascinante del lavoro in
psicoterapia è il **rapporto**,
spinto talvolta ai limiti del
magico, tra **terapeuta e**

correlati in questo numero e
nel prossimo; in questo, la
storia dell'argomento, nel
prossimo la teoria attuale.

paziente. Intendo, quindi,
continuare a parlare di esso e
propongo una riflessione sui
concetti dell'attenzione

Già Freud concepiva lo
stretto rapporto tra analista e
paziente e si delineava chiara
l'importanza delle storie
portate in analisi da

quest'ultimo. Con il suo stile di setting, Freud afferma che il paziente si confronta con il suo mondo immaginario e attiva un canale comunicativo speciale con la propria psiche inconscia e, liberandosi dei vincoli di un dialogo con un altro "presente", dando evidenza ai contenuti più profondi della sua psiche.

Tale meccanismo spontaneo va alimentato e perseguito grazie alla tecnica delle "libere associazioni"

promossa dal terapeuta che permette, al paziente, la completa libertà d'espressione in modo da offrire spontaneamente tutto ciò che affiora alla sua mente senza regole di logicità casuale o vincoli prescrittivi dettati dalla coerenza di un discorso condiviso, senza esercitare alcuna selezione o critica, senza omettere alcun elemento considerato inutile, superfluo o banale: si crea, in questo modo, una catena

associativa che guida il discorso.

pensieri e le parole del paziente.

Tuttavia, anche Freud pone limiti alla libertà di tali associazioni poiché sono mosse e dettate dall'Es del paziente che tenta d'emergere e di esprimersi.

L' "attenzione fluttuante" presuppone un ascolto libero da parte dell'analista, che affronta le parole del paziente assorbendole in modo acritico, con l'idea che tale metodo permetta di evitare l'influenza di aspettative preconcepite e la formulazione d'ipotesi a priori sulle parole ascoltate.

Insieme a tale tecnica suggerita per il paziente, Freud propone una tecnica complementare che l'analista deve adottare per seguire nel modo più fluido e creativo i

Con questi due metodi complementari, Freud crea le basi della moderna tecnica

psicoterapeutica e formula

Jung contrappone

una teoria chiara sui rapporti

all'idea della libera

che si vengono a creare nella

associazione freudiana il

coppia terapeutica.

concetto di **amplificazione**, in

Nonostante tale tecnica

cui si considerano i contenuti

sia tuttora molto apprezzata e

che il soggetto porta in seduta

utilizzata in campo analitico,

come non liberamente

nel momento in cui ci

esprimibili perché, come per

scontriamo con il problema

l'interpretazione dei sogni e

della verificabilità oggettiva dei

delle fantasie, essi risultano

discorsi e dei ricordi portati in

espressione non solo delle

seduta dal paziente, essa

esperienze del soggetto

diviene secondaria se non

stesso ma anche della storia,

addirittura superata.

più ampia, dell'umanità.

Tale idea presuppone, quindi, che il soggetto non può più parlare liberamente, ma deve seguire, nella sua narrazione, una trama sovradeterminata che amplifica i suoi contenuti in elementi universali.

Spence s'impegna nel dimostrare come i due concetti freudiani vengono ad essere si trovino in contraddizione con tutto ciò che poi, realmente, si verifica nell'interazione terapeutica.

Essi divengono, paradossalmente, due momenti antitetici della conversazione proprio a causa della difficoltà di usare un linguaggio condiviso da entrambi gli interlocutori.

La teoria di Freud, infatti, suggerisce il paziente come un cronista oggettivo della propria vita e l'analista come un fedele e disinteressato ascoltatore.

Tuttavia Freud afferma che la formulazione di nuove

interpretazioni si possa meglio definire come un'opera di

costruzione piuttosto che di

ricostruzione perché, se è

vero che paziente e terapeuta

tentano, come cronisti

oggettivi di riparlare nel

presente di un passato

perduto, è altrettanto vero che,

nello scambio dei ricordi le

parole con cui essi vengono

raccontati influenzano

entrambi i soggetti fino a

rischiare una situazione di

stallo, di blocco e la possibile interruzione del rapporto.

Il paziente, in realtà,

nonostante la possibilità

d'incoerenza datagli

dall'analista, parla sforzandosi

di dare sequenza logica alle

sue parole in modo da non

essere frainteso dal suo

ascoltatore: i suoi ricordi, nel

momento stesso in cui

vengono espressi, finiscono

con l'essere plasmati dalle

stesse parole usate per

esprimerli all'interno delle frasi del discorso.

L'analista, d'altro canto, reinterpreta continuamente le frasi del paziente al fine di capire la trama di esse e dare coerenza al racconto, cercando collegamenti tra ricordi che possono apparire slegati e confusi, cercando di mettere in sequenza le nuove notizie portate dal paziente con frammenti di eventi detti nelle sedute precedenti.

E' importante sottolineare come entrambi i soggetti attuino ciò senza esserne consapevoli al fine di dargli coerenza narrativa, indispensabile strumento per ottenere un linguaggio condiviso.

D'altro canto, se il paziente usasse veramente la libera associazione, così come auspicava Freud, probabilmente porterebbe in analisi una quantità di materiale slegato ed

incomprensibile all'analista, il quale non potrebbe più attuare

è capito, nasconde i suoi pensieri più riposti.

un ascolto libero ma, al contrario, sarebbe costretto ad aumentare l'attenzione ed ad operare continuamente sul materiale presentato al fine di dargli coerenza e capirlo.

Tale discorso sulla tecnica freudiana e sulle critiche ad essa mosse, ci serve per sottolineare, ancora una volta, l'importanza fondamentale di considerare il

Diventano, in conclusione, due discorsi antitetici e non complementari e restano pura teorizzazione.

rapporto tra analista e paziente come un tutto inscindibile dove le parole, i ricordi, le sensazioni vengono

Si arriva al paradosso che, se il paziente è veramente libero nel parlare non è capito e, se

creati e ricreati continuamente a seconda di come si struttura

e cambia la relazione

instaurata.

Si deve giungere ad un linguaggio comune in cui il medico deve cercare di comprendere il senso che le parole hanno per l'interlocutore e costruire il significato che egli intendeva dare loro, mentre il paziente non deve solo conversare, ma esprimersi anche a costo di essere frainteso o di non farsi capire.

FREUD A. (1961): *L'io ed i Meccanismi di Difesa*, Martinelli, Firenze, 1967

FREUD S. (1937): *Costruzioni in Analisi*, in *Opere*, vol. XI

FREUD S. (1915-17): *Introduzione alla Psicoanalisi. I e II Serie di Lezioni*, Boringhieri, Torino, 1969

JUNG C. G. (1959): *Introduzione a Toni Wolff, "Studi sulla Psicoogia di C. G. Jung"*, in *Opere*, vol. X, tomo II

JUNG C. G. (1917-43): *Psicologia dell'Inconscio*, in *Opere*, vol. VII

Bipolare o ADHD? Differenze e sovrapposizioni di *Roberto Ghiaccio*

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è una condizione che di solito esordisce durante l'infanzia. Sebbene il disturbo persista nell'età adulta nella metà dei casi, l'ADHD adulto spesso non viene riconosciuto a causa di diverse caratteristiche psicopatologiche, che molto spesso si sovrappongono ad altre diagnosi come disturbi dell'umore, ansia e personalità. Ciò è particolarmente vero per il disturbo bipolare (BD), che condivide diversi sintomi con l'ADHD adulto. Inoltre, oltre a una presentazione clinica sovrapposta, la BD si verifica spesso negli adulti con ADHD, con cifre di comorbidità fino al 20%.

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) è un tipico disturbo ad esordio nell'infanzia caratterizzato da un deficit di attenzione e iperattività motoria che porta a

una compromissione significativa del funzionamento accademico/lavorativo, familiare e sociale. Nella maggior parte dei casi, l'ADHD adulto ha una presentazione clinica eterogenea oltre all'iperattività e alla disattenzione descritte nella popolazione pediatrica, che include uno spettro più ampio di disregolazione emotiva e compromissione funzionale.

Negli adulti con ADHD l'espressione clinica dei sintomi principali è diversa rispetto a quella osservata nei bambini e negli adolescenti. Gli adulti spesso si lamentano dell'inquietudine interiore, esprimono un'eccessiva loquacità e la necessità di muoversi anche in situazioni in cui ci si aspetta che uno stia fermo. Possono essere impulsivi e impazienti, possono "agire senza pensare" e talvolta mettersi nei guai a causa di questa caratteristica.

Dal punto di vista funzionale potrebbero non essere in grado di mantenere un lavoro o mantenere relazioni personali. Altre lamentele, come sentirsi annoiati, non

essere in grado di prendere decisioni, procrastinare, essere disorganizzati e distratti sono spesso un'espressione di disattenzione nell'età adulta. Questa diversità nella presentazione clinica, insieme alla generale carenza di psichiatri generali con esperienza nell'ADHD, contribuisce probabilmente al divario diagnostico tra bambini e adulti.

Un altro problema che complica ulteriormente il processo diagnostico negli adulti con ADHD è l'alta frequenza di disturbi in comorbidità, in particolare disturbi dell'umore, ansia, personalità e uso di sostanze. Tra questi, i disturbi bipolari (BD) hanno una sintomatologia sovrapposta che può essere spesso scambiata per ADHD, contribuendo così sostanzialmente alla sua sottodiagnosi e al successivo sottotrattamento.

I disturbi dell'umore sono particolarmente comuni nei pazienti con ADHD adulto. Un ampio studio epidemiologico condotto in 20 paesi ha

rilevato una prevalenza di depressione maggiore a 12 mesi nel 15% dei soggetti adulti con diagnosi di ADHD. Studi clinici hanno riportato tassi ancora più elevati di depressione maggiore nel corso della vita negli adulti con ADHD, che vanno dal 45 al 55%. La presenza di un disturbo depressivo riduce la qualità della vita e il funzionamento generale dei pazienti con ADHD, aumentando ulteriormente il carico di malattia. In alcuni casi la depressione insorge come risultato della compromissione del funzionamento in tutte le aree portate dall'ADHD, portando infine alla demoralizzazione secondaria con associata diminuzione della capacità edonica, disturbi del sonno e irritabilità.

Il disturbo bipolare (BD) è caratterizzato dall'alternanza di episodi dell'umore e periodi variabili di eutimia, che portano a un peggioramento generale del funzionamento e della qualità della vita. Diversi sintomi riscontrati nell'ADHD sono comuni nel BD, in particolare durante le fasi

euforiche, rendendo spesso difficile la diagnosi differenziale.

Tuttavia, le differenze esistenti nella fenomenologia dei due disturbi aiutano a guidare i medici fuori dal labirinto. La dimensione centrale della disattenzione dell'ADHD è presente durante gli episodi di umore; tuttavia, nell'ADHD è spesso segnalato come una tendenza a vagare da un pensiero all'altro, mentre durante gli episodi ipomaniacali è spesso descritto come una peculiare chiarezza di pensiero, e durante gli episodi maniacali è la conseguenza dell'accelerazione del pensiero, che porta a osservata distraibilità.

Somiglianze e differenze tra ADHD e BD.

Caratteristica	ADHD	BD
Età all'esordio	Infanzia	Prima età adulta
Corso	Stabile	Episodico
Sintomi	• Umore labile, disforico • Autostima ridotta • Distraibilità percepita come pensiero vagante, senza accelerazione oggettiva • Irrequietezza, irrequietezza	• Umore persistentemente euforico, elevato o irritabile • Autostima gonfiata o grandiosità • Distraibilità dovuta all'accelerazione del pensiero • Aumento dell'attività diretta all'obiettivo
Sonno	Di solito non è interessato	Diminuito bisogno di dormire
Sessualità	Non affetto	Aumento (ipo o mania)
Psicosi	Assente	Possibile

La dimensione impulsiva si trova comunemente anche in BD durante le fasi euforiche, anche se in quei casi può essere spesso ricondotta a

un'autostima gonfiata o alla grandiosità, portando infine a sottovalutare le conseguenze delle azioni. Allo stesso modo, l'incapacità di fermarsi e rilassarsi tipica dell'ADHD può essere osservata nei pazienti con BD sia durante la depressione ansiosa che durante gli episodi maniacali, sebbene in questi ultimi di solito si concretizzi in una maggiore attività diretta all'obiettivo.

Le caratteristiche del decorso aiutano anche a districare il BD dall'ADHD. Innanzitutto, e soprattutto, BD ha un andamento oscillante, con fasi nettamente diverse tra loro. Pertanto, nei pazienti con BD, sintomi come distraibilità, impulsività e iperattività fluttuano nel tempo. Al contrario, la sintomatologia dell'ADHD è generalmente stabile nel tempo. In secondo luogo, l'età di insorgenza differisce tra i due disturbi: di solito durante l'infanzia per l'ADHD, con i primi sintomi che si verificano prima dei 12 anni, mentre l'età di insorgenza del BD raggiunge il picco nella tarda adolescenza o nella prima età adulta.

Tratto comune in varie declinazioni è la disregolazione, riconoscere questa relazione intrinseca tra disregolazione emotiva e ADHD è importante anche quando si discerne tra condizioni correlate e simili, come il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (DMDD), il disturbo esplosivo intermittente (IED), la depressione, i disturbi d'ansia e il disturbo oppositivo provocatorio (ODD). Tratto tipico della disregolazione ADHD è la “distorta” e confusa percezione che priva di filtro, freni e shift porta a risposte “esagerate” rispetto allo stimolo, il punto non risiede dunque nella reazione, ma nella percezione non funzionale.

L'ADHD adulto è spesso caratterizzato da sintomi come impulsività, distraibilità e irrequietezza, che si sovrappongono chiaramente alla sintomatologia BD, rendendo così una diagnosi differenziale tra i due disturbi una sfida. Inoltre, ADHD e BD spesso coesistono, come evidenziato da numerosi studi

clinici e di popolazione. Gli adulti con ADHD e BD in comorbidità sono un gruppo particolarmente critico di pazienti che mostrano un quadro clinico grave e gravoso, con una qualità di vita inferiore, un numero maggiore di episodi dell'umore, una maggiore prevalenza di abuso e dipendenza da sostanze e un funzionamento generale peggiore.

Bibliografia

- Thapar, A.; Cooper, M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2016, 387, 1240–1250.
- Heidbreder, R. ADHD symptomatology is best conceptualized as a spectrum: A dimensional versus unitary approach to diagnosis. *Atten. Deficit Hyperact. Disord.* 2015, 7, 249–269
- Szatmari, P. The epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin.* 1992, 1, 361–371.
- Simon, V.; Czobor, P.; Bálint, S.; Mészáros, A.; Bitter, I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit

hyperactivity disorder: Meta-Analysis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 2009, 194, 204–211.

Faraone, S.V.; Biederman, J.; Mick, E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol. Med.* 2006, 36, 159–165.

Biederman, J.; Kwon, A.; Aleardi, M.; Chouinard, V.A.; Marino, T.; Cole, H.; Mick, E.; Faraone, S.V. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: Findings in nonreferred subjects. *Am. J. Psychiatry* 2005, 162, 1083–1089. [Williamson, D.; Johnston, C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clin. Psychol. Rev.* 2015, 40, 15–27.

Bálint, S.; Czobor, P.; Komlósi, S.; Mészáros, A.; Simon, V.; Bitter, I. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Gender- and age-related differences in neurocognition. *Psychol. Med.* 2009, 39, 1337–1345.

Sobanski, E.; Brüggemann, D.; Alm, B.; Kern, S.;

Deschner, M.; Schubert, T.; Philipsen, A.; Rietschel, M. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007, 257, 371–377.

Rasmussen, K.; Levander, S. Untreated ADHD in adults: Are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment? *J. Atten. Disord.* 2009,

Wilens, T.E.; Biederman, J.; Faraone, S.V.; Martelon, M.; Westerberg, D.; Spencer, T.J. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J. Clin. Psychiatry* 2009, 70, 1557–1562. [CrossRef]

Orsolini, L.; Servasi, M.; Andraghetti, M.; Ribuoli, E.; Severini, M.; Volpe, U. ADHD, disturbi alimentari e del metabolismo. In *ADHD Nell'Adulto Dalla Diagnosi al Trattamento*; Edra LSWR Edizioni: Milan, Italy, 2021; pp. 266–274

Wingo, A.P.; Ghaemi, S.N. A systematic review of rates and

diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2007, 68, 1776–1784.

Skirrow, C.; Hosang, G.M.; Farmer, A.E.; Asherson, P. An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *J. Affect. Disord.* 2012, 141, 143–159.

Adler, L.A.; Faraone, S.V.; Spencer, T.J.; Berglund, P.; Alperin, S.; Kessler, R.C. The structure of adult ADHD. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2017, 26, e1555. [CrossRef] 46.

Solberg, B.S.; Halmoy, A.; Engeland, A.; Igland