

Psicologinews.it

Scientific

**La salute sessuale
nel contesto
oncologico
di Cristiana Monellini
pag 29**

**E alla famiglia, chi
ci pensa?
*L'Emotività Espressa
all'interno del
contesto familiare*
di Anna Borriello e
Francesca Dicè pag
40**

**La psicosomatica
delle emozioni
inespresse**

**di Tonia Bellucci pag
56**

**Violenza contro gli
operatori sanitari:
riflessioni sul fenomeno
(Parte Prima)
di Cinzia Saponara
pag 63**

**Una panoramica su disturbi
del sonno e disordini del
neurosviluppo**

di Roberto Ghiaccio

pag 70

**La Diabulimia: una breve introduzione
di Lia Corrieri pag 4**



**Non sono un robot di Daniela Di Martino
pag 15**

**La Psicosi nella malattia di Parkinson
di Ilenia Gregorio pag 19**

**Liberarsi dalla dipendenza delle conferme
esterne: il ruolo della paura del giudizio e
dell'autogiudizio**

di Nicoletta Del Monaco pag 77



INDICE

**La Diabulimia: una
breve introduzione
di Lia Corrieri pag 4**

**Non sono un robot
di Daniela Di Martino
pag 15**

**La Psicosi nella malattia
di Parkinson
di Ilenia Gregorio pag 19**

**La salute sessuale nel
contesto oncologico
di Cristiana Monellini
pag 29**

**E alla famiglia, chi ci
penSA? *L'Emotività
Espressa all'interno del
contesto familiare*
di Anna Borriello e
Francesca Dicè pag 40**

**La psicosomatica delle
emozioni inesprese
di Tonia Bellucci pag 56**

**Violenza contro gli
operatori sanitari:
riflessioni sul fenomeno
(Parte Prima)
di Cinzia Saponara
pag 63**

**Una panoramica su
disturbi del sonno e
disordini del
neurosviluppo**

**di Roberto Ghiaccio
pag 70**

**Liberarsi dalla
dipendenza delle
conferme esterne: il
ruolo della paura del
giudizio e
dell'autogiudizio**

**di Nicoletta Del Monaco
pag 77**

REDAZIONE

Anna Borriello

Antonia Bellucci

Cinzia Saponara

Daniela Di Martino

Francesca Dicè

Ilenia Gregorio

Lia Corrieri

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Nicoletta Del Monaco

Supplemento mensile a:

psicologinews.it

Autorizzazione Tribunale
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 21 novembre 2023

C O M I T A T O 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

LA DIABULIMIA: UNA BREVE INTRODUZIONE

di Lia Corrieri

“I keep having to make myself sick otherwise I feel guilty about what I've eaten.”

[Devo ammalarmi altrimenti mi sento in colpa per quello che ho mangiato]

Lisa Day, *Diary*, 2002

TERMINOLOGIA E DEFINIZIONI

L'Istituto Superiore di Sanità italiana definisce il Diabete come “una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta ad un'alterata quantità o funzione dell'insulina. L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno”. In particolare, il Diabete di tipo 1 viene definito come una patologia, ad esordio infantile/adolescenziale, caratterizzata

da un alterato funzionamento del pancreas che non riesce a produrre l'insulina necessaria a causa della distruzione delle cellule β che producono l'ormone insulina. Le persone con Diabete di Tipo 1 si trovano perciò in una condizione di farmacodipendenza, dato che la loro sopravvivenza è indissolubilmente legata all'assunzione a vita di una corretta terapia insulinica.

La letteratura scientifica sottolinea come le persone con Diabete, soprattutto di Tipo 1, tendano a sviluppare in comorbilità anche Disordini del Comportamento Alimentare (*Disordered Eating Behaviours*; DEB) e Disturbi dell'Alimentazione (*Eating Disorders*; ED), condizioni clinicamente importanti che possono comportare dei seri rischi per la salute dei pazienti (Priesterroth *et al.*, 2022). Tra le manifestazioni cliniche che negli ultimi anni hanno destano maggior attenzione figura la *Diabulimia* (Coleman, Caswell, 2020).

Digitando il vocabolo *Diabulimia* sul motore di

ricerca *Google Search* è possibile riscontrare circa 179.000 *outputs*. Tra i primi risultati reperibili in lingua inglese figurano la pagina *Web* della *The British Diabetic Association (Diabetes UK)* ed il sito della *National Eating Disorders Association (NEDA)*. Entrambe le pagine definiscono il termine *Diabulimia* come un'espressione, popolare nei paesi anglosassoni, coniata dai *mass-media*, che fa riferimento ad un fenomeno che, seppur clinicamente degno di attenzione, attualmente non rappresenta un quadro diagnostico nosografico formalmente riconosciuto. A tal proposito, i siti citati evidenziano come nel gergo specialistico sovente si adottino termini più generici come *Type 1 Diabetes with Disordered Eating (T1DE)* o *Eating Disorder Diabetes Mellitus Type 1 (ED-DMT1)*. La *Diabulimia*, infatti, rappresenta un fenomeno molto specifico, teoricamente collocabile all'interno del più ampio panorama dei disordini alimentari, un insieme di condizioni cliniche che, seppur

accomunate da alcuni aspetti, presentano però anche alcune differenze rilevanti per l'*assessment* e per la conseguente presa in carico del paziente (Wisting, Snoek, 2020).

Nello specifico, con l'espressione *Diabulimia* si fa riferimento ad una particolare condizione, caratterizzata dall'intenzionale malagestione da parte del paziente della terapia insulinica per il trattamento del Diabete Mellito di Tipo 1 (T1DM) che arriva a limitare l'assunzione di insulina al fine di perdere o regolare il proprio peso corporeo (Coleman, Caswell, 2020; Albaladejo *et al.*, 2023).

Definire in maniera univoca tale problematica è al momento assai difficoltoso: alcuni Autori affermano che si tratti di un disturbo specifico del comportamento alimentare (De Paoli, Rogers, 2017), mentre altri Autori ipotizzano che si tratti di una particolare forma di *Bulimia Nervosa* (Yahya *et al.*, 2020).

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza dei disordini alimentari e/o restrizioni nella terapia insulinica è stata prettamente indagata tra alcuni specifici sottogruppi di pazienti affetti da T1DM, come gli adolescenti e le giovani donne, mentre sembra essere esiguo il numero di studi sulla più ampia popolazione adulta di persone con T1DM. Tali ricerche hanno prodotto un insieme di dati la cui eterogeneità è imputabile anche alla metodologia utilizzata in fase di *assessment* diagnostico. In generale è comunque possibile affermare che la prevalenza di disordini alimentari nella popolazione adulta affetta da T1DM sembra attestarsi intorno al 30% (Albaladejo *et al.*, 2023).

Uno studio, focalizzato sul tema della malagestione della terapia insulinica, riporta che il 60% delle persone affette da T1DM ammette di fare un cattivo uso di questo ormone (Hall *et al.*, 2021).

Tali dati non sembrano essere incoraggianti dato che la *Diabulimia* rappresenta un fenomeno particolarmente

pericoloso per la salute del paziente con T1DM poiché associata a conseguenze importanti come la chetoacidosi diabetica, una complicanza acuta caratterizzata dalla compresenza di “iperglicemia – chetosi – differenza anionica di acidosi metabolica” che, se non trattata adeguatamente, può comportare uno stato comatoso e progredire fino alla morte (Albaladejo *et al.*, 2023; Calimag *et al.*, 2023). E’ ormai noto, infatti, che condotte di restrizione nella terapia insulinica sembrano essere associate alla mortalità nelle donne con T1DM, il cui rischio di decesso sembra addirittura triplicare nel lungo periodo (Goebel-Fabbri *et al.*, 2008).

FATTORI DI RISCHIO

Le persone che quotidianamente si trovano costrette a dover gestire la patologia diabetica sembrano essere più a rischio di sviluppare problematiche alimentari. Tale condizione è probabilmente associata alle eventuali difficoltà connesse a preoccupazioni per il peso

corporeo, per l'immagine di Sé ed il rapporto con l'Altro (Coleman, Caswell, 2020; Ribeiro *et al.*, 2021).

Il genere femminile, la presenza di sintomatologia ansiosa-depressiva, la preoccupazione per l'incremento di peso e l'insoddisfazione per la propria immagine corporea potrebbero rappresentare dei fattori di rischio per lo sviluppo di condotte disfunzionali nella gestione della terapia insulinica, come l'omissione dell'autosomministrazione di insulina (Hall *et al.*, 2021).

ASSESSMENT

Diverse linee guida, sia internazionali che nazionali, raccomandano la presa in carico multidisciplinare del paziente con Diabete di Tipo 1, con particolare attenzione anche per la dimensione psicologica ed il suo *assessment* nosografico - funzionale sia per la popolazione adulta che per quella pediatrica (SIEDP, 2011; AMD & SID, 2016; ISPAD, 2022; NICE, 2022; NICE, 2023).

Nello specifico, tra gli strumenti di *assessment* volti ad indagare il benessere psicologico e l'eventuale presenza di manifestazioni clinicamente importanti, si annoverano, oltre al colloquio clinico ed all'intervista anamnestica, anche alcuni test. Per quanto concerne la sfera alimentare, tra gli strumenti testici più noti figura il *Diabetes Eating Problem Survey-Revised* (DEPS-R; Markowitz *et al.*, 2010; adattamento italiano a cura di Pinna *et al.*, 2017), un questionario costituito da 16 item, sviluppato per lo *screening* dei disordini alimentari nella popolazione pediatrica con T1DM e, successivamente, esteso anche ad una popolazione più ampia di pazienti (Markowitz *et al.*, 2010; Pinna *et al.*, 2017). Nonostante l'adattamento di tale strumento al contesto italiano evidenzi la presenza di buone proprietà psicometriche (Pinna *et al.*, 2017), Dalle Grave (2018) ha evidenziato come il questionario sia maggiormente utile per uno *screening* iniziale, volto a cogliere

l'eventuale presenza di generici comportamenti anomali e/o disfunzionali ascrivibili alla sfera alimentare piuttosto che una sintomatologia associata ai quadri dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nosograficamente riconosciuti.

A prescindere dalle scelte strumentali effettuate dal singolo clinico, l'*American Diabetes Association* suggerisce di adottare come *good practice* il monitoraggio di alcune *red flags* tra le quali un incomprensibile incremento dei livelli di emoglobina glicata, frequenti episodi di chetoacidosi diabetica, marcata preoccupazione per il peso e la forma corporee, eccessiva attività fisica associata ad ipoglicemia, assunzione di pasti ipocalorici ed eventuale amenorrea.

POSSIBILITA' DI INTERVENTO

Affrontare una condizione di *Diabulimia* non è perciò semplice, anche a causa della confusione semantica che attualmente ruota attorno a

questo termine. Esiste, inoltre, un'ulteriore questione sollevata dalla *The British Diabetic Association* che, sul proprio sito *Diabetes UK*, sottolinea come i trattamenti efficaci per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione potrebbero non rivelarsi così adeguati per i pazienti con condizione diabulimica. Basti pensare, infatti, che i trattamenti dedicati ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione mirano spesso a ridurre l'attenzione che il paziente dedica al cibo ed al regime alimentare, un aspetto che però difficilmente può essere limitato nella vita di un paziente con T1DM.

Esistono comunque, soprattutto nel contesto anglosassone, alcuni esempi interessanti di percorsi sperimentali in via di strutturazione, la cui implementazione è probabilmente stata influenzata anche dall'attenzione che le linee guida inglesi per i Disturbi dell'Alimentazione dedicano ai pazienti con Diabete (NICE, 2020). L'esempio più noto è probabilmente quello offerto

dal servizio *Type 1 Diabetes with Disordered Eating (T1DE)* del *King's College Hospital* di Londra. Il servizio è dedicato a tutti i pazienti con Diabete, in particolare di Tipo 1, che presentano problemi ascrivibili alla sfera alimentare, con particolare attenzione alla *Diabulimia* (Di Pasqua, 2016).

CONCLUSIONI

Uno dei principali problemi che si riscontra nell'affrontare il tema della *Diabulimia* è l'assenza di una definizione univoca della stessa negli studi scientifici, in grado di differenziarla e di riconoscerla tra le manifestazioni sintomatologiche clinicamente importanti, come le condotte atipiche/disfunzionali ascrivibili alla sfera alimentare, e i quadri nosografici attualmente riconosciuti dai Manuali come il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)*.

A titolo di esempio, basti notare che ad una ricerca bibliografica preliminare

mediante *PubMed*, la Banca Dati della *National Library of Medicine (USA)* dedicata alla letteratura di stampo prettamente biomedico, digitando prima la stringa di parole *Eating Disorder Diabetes Mellitus Type 1* e successivamente il termine *Diabulimia*, si ottengono lo stesso numero di *outputs* all'interno del medesimo *range* temporale, ovvero 42 risultati inerenti il periodo che da Gennaio 2007 arriva al Settembre 2023, con 26 pubblicazioni relative agli ultimi 5 anni. Sebbene non si escludano altre possibili spiegazioni, ad una prima analisi superficiale colpisce come il dato ottenuto suggerisca un'ipotetica sovrapposizione tra i due termini. Considerando quanto affermato sia da alcuni Autori (Wisting, Snoek, 2020), sembra necessario iniziare ad utilizzare, anche nell'ambito della ricerca, un linguaggio comune e una terminologia chiara. Solo a partire da un vocabolario condiviso sarà infatti possibile iniziare a sviluppare studi che, data anche la poca conoscenza

dell'argomento in questione, potrebbero implicare ricerche esplorative di stampo sia quantitativo, soprattutto epidemiologico, che qualitativo, mediante, ad esempio, l'analisi delle tematiche care alle persone che presentano questo tipo di problematica. Altrettanto importanti potrebbero inoltre risultare studi di stampo descrittivo, volti ad indagare, nello specifico, la sintomatologia presentata nei vari casi. Tenere di conto di questi dati potrebbe permettere di sviluppare successivi studi dedicati sia alla validazione di nuovi strumenti di *assessment* che alla valutazione dell'efficacia di interventi sempre più specifici relativi al fenomeno. Fondamentale, infine, appare approfondire l'indagine non solo dei fattori di rischio incidenti sullo sviluppo di questa condizione ma anche l'individuazione dei fattori protettivi, tema questo che attualmente non sembra trovare adeguato riscontro in letteratura.

Bibliografia:

Albaladejo, L., Périnet-Marquet, P., Buis, C., Lablanche, S., Iceta, S., Arnol, N., Logerot, S., Borel, J. C. & Bétry, C. (2023), High prevalence with no gender difference of likely eating disorders in type 1 mellitus diabetes on insulin pump, in: *Diabetes Research and Clinical Practice*, 199, 110630. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110630>

Calimag, A. P. P., Chlebek, S., Lerma, E. V., Chaiban, J. T. (2023). Diabetic ketoacidosis. *Disease-a-month:DM*, 69(3),101418. DOI : 10 . 1 0 1 6 / j.disamonth.2022.101418.

Coleman, S. E., & Caswell, N. (2020). Diabetes and eating disorders: an exploration of 'Diabulimia'. *BMC psychology*, 8 (1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00468-4>

De Paoli, T., & Rogers, P. J. (2018). Disordered eating and insulin restriction in type 1 diabetes: A systematic review and testable model. *Eating*

Disorders, 26(4), 343-360.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2017.1405651>

Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., Weinger, K. (2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 31(3), 415–419. DOI: 10.2337/dc07-2026.

Hall, R., Keeble, L., Sünram-Lea, S. I., To, M. (2021). A review of risk factors associated with insulin omission for weight loss in type 1 diabetes, in: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26 (3), 606-616, <https://doi.org/10.1177/13591045211026142>

Markowitz, J. T., Butler, D. A., Volkening, L. K., Antisdell, J. E., Anderson, B. J., & Laffel, L. M. (2010). Brief screening tool for disordered eating in diabetes: internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1

diabetes, in *Diabetes Care*, 33(3), 495-500. DOI:10.2337/dc09-1890

Pinna, F., Diana, E., Sanna, L., Deiana, V., Manchia, M., Nicotra, E., Fiorillo, A., Albert, U., Nivoli, A., Volpe, U., Atti, A. R., Ferrari, S., Medda, F., Atzeni, M. G., Manca, D., Mascia, E., Farci, F., Ghiani, M., Cau, R., Tuveri, M., Cossu, F., Loy, E., Mereu, A., Mariotti, S. & Carpiello, B. (2017). Assessment of eating disorders with the diabetes eating problems survey-revised (DEPS-R) in a representative sample of insulin-treated diabetic patients: a validation study in Italy, in *BMC psychiatry*, 17 (1), 1-11. DOI 10.1186/s12888-017-1434-8

Priesterroth, L., Grammes, J., Strohm, E. A., Kubiak, T. (2022). Disordered eating behaviours and eating disorders in adults with type 1 diabetes (DEBBI): rationale and design of an observational longitudinal online study, in *BMJ open*, 12 (9), e064863. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-064863

Ribeiro, L. B., Pieper, C. M., Frederico, G. A., Gamba, M. A., & Rosa, A. D. S. (2021). The relationship between women with diabetes and their body: the risk of diabulimia. *Escola Anna Nery*, 25, in <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0270>

Wisting, L., Snoek, F. (2020), Terminology matters: 'diabulimia' is insufficient to describe eating disorders in individuals with Type 1 diabetes. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 37 (6), 1075-1076. DOI: 10.1111/dme.14108

Yahya, A. S., Khawaja, S., Chukwuma, J., Chukwuma, C. (2020). Early Diagnosis and Management of Bulimia Nervosa in Type 1 Diabetes. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22 (6), 26721.) <https://www.psychiatrist.com/pcc/psychiatry/bulimia-nervosa-in-type-1-diabetes/>

American Diabetes Association. Type of Eating Disorders. Consultato in data Settembre 25, 2023 da <https://diabetes.org/healthy-living/mental-health/eating-disorders>

Associazione Medici Diabetologi - AMD & Società Italiana Diabetologia - SID (2016). *Standard italiani per la cura del Diabete Mellito*. Consultato in data Settembre 25, 2023 da http://www.standarditaliani.it/skin/www.standarditaliani.it/pdf/STANDARD_2016_June20.pdf

Dalle Grave, R. Delle Grave, R., Calugi, S. (2018), Quando il disturbo dell'alimentazione coesiste con il diabete di tipo 1, in: <http://www.dallegrave.it/quando-il-disturbo-dell'alimentazione-coesiste-con-il-diabete-di-tipo-1/> Consultato in data Settembre 25, 2023 da <http://www.dallegrave.it/disturbi-dell'alimentazione-e-diabete-di-tipo-1-una-pericolosa-coesistenza/>

Sitografia:

National Institute for Health and Care Excellence - NICE (2023). *Diabetes (type 1 and type 2) in children and young people: diagnosis and management*. Consultato in data Settembre 25, 2023 da www.nice.org.uk/guidance/ng18

National Health Service (NHS). *Type 1 Diabetes with Disordered Eating (TIDE)*. Consultato in data Settembre 25, 2023 da <https://www.kch.nhs.uk/services/services-a-to-z/type-1-diabetes-with-disordered-eating-t1de/>

Società italiana di Endocrinologia Pediatrica – SIEDP (2011). *Consensus guidelines: raccomandazioni per l'automonitoraggio e l'autocontrollo in bambini e adolescenti con diabete di tipo 1*. Consultato in data 25 Settembre, 2023 da <http://www.siedp.it/files/Quaddiabetologia420112.pdf>

The British Diabetic Association. *Our position statement on Diabulimia*. Consultato in data Settembre 25, 2023 da <https://www.diabetes.org.uk/professionals/news--updates/our-new-position-statement-on-diabulimia>

The British Diabetic Association. *Diabulimia and diabetes*. Consultato in data Settembre 24, 2023 da <https://www.diabetes.org.uk/guide-to-diabetes/life-with-diabetes/diabulimia>

NON SONO UN ROBOT *di Daniela Di Martino*

Lo sviluppo dell' IA, nonostante stia semplificando e velocizzando molti processi, sta diventando motivo di preoccupazioni di natura etica. La questione dell' "umanità aumentata" stimola l'interesse rispetto ai possibili "effetti collaterali", a partire dai danni e ripercussioni in ambito occupazionale, fino alle reazioni sulle funzioni cognitive ed emotive che gli strumenti digitali hanno, soprattutto a causa della ormai frequente e prolungata interazione con essi.

Sembra che una tecnologia nata per essere gestita dall'essere umano stia diventando progressivamente, in un "effetto boomerang" ,qualcosa che invece comincia essa stessa a "gestire" l'uomo. Questo meccanismo cominciava ad

essere già chiaro negli anni '90 e nei primi anni del duemila, periodo in cui gli specialisti in ambito psicologico hanno assistito alla nascita di nuove dipendenze, ovvero: video-game addiction o internet gaming disorder. Questi disordini patologici connessi all'utilizzo di dispositivi digitali hanno fatto capire quante ripercussioni sociali, relazionali, emotive, cognitive e comportamentali possano avere strumenti di questo tipo, soprattutto sulle fasce d'età più giovani e/o nei soggetti psicologicamente più fragili.

Oggi l'argomento IA è ancor più attenzionato , essendo ormai chiaro che nelle interazioni uomo-device cediamo un po' della nostre funzioni in cambio dell' assistenza e del supporto che essi forniscono . Inoltre, a causa dei processi di integrazione sempre più

massivi tra device ed essere umano, la loro presenza viene notata sempre meno proporzionalmente al crescere del loro utilizzo e questo meccanismo automatizza sempre di più i processi di dipendenza dal digitale.

Altre ripercussioni le notiamo sul mercato del lavoro e in particolare sul decremento occupazionale in tutte quelle attività umane di carattere più esecutivo o maggiormente ripetibili /riproducibili. Tuttavia, le preoccupazioni ultimamente devono essere rivolte anche nei confronti di quei lavori che fondano la propria professionalità su capacità emotive o gestionali, sull'interazione con l'utente, con il cliente, o addirittura, con il paziente. Infatti, grazie all'affinamento delle tecnologie nella riproduzione di caratteristiche umane, anche queste professionalità potrebbero essere presto

sostituite o affiancate da dispositivi che sfruttano l'IA.

Questo tema pone dunque nuove sfide morali, ma anche pratiche, considerando ormai che il processo di digitalizzazione è inarrestabile e che entrerà a far parte di sempre maggiori settori della nostra vita.

In ambito lavorativo bisognerà stabilire ad esempio confini netti sul concetto di responsabilità, ovvero, dove inizia o finisce la responsabilità umana e dove inizia o finisce quella della macchina in caso di errori e/o incidenti.

Dal punto di vista politico bisognerà affrontare il problema relativo alla scomparsa di alcune professionalità (sostituite progressivamente dall'IA) e il conseguente aumento della disoccupazione, con i relativi costi in termini individuali e sociali.

Come professionisti della salute mentale saremo e siamo già coinvolti nella gestione dell'impatto di questo enorme cambiamento sia a livello di individui, che di gruppi, che di collettività.

Analizzando nel dettaglio i possibili, ma già reali ambiti di intervento della psicologia sulle conseguenze della massiva digitalizzazione troviamo:

- Ambito cognitivo, con progressivo decremento delle funzioni attentive e di memoria generate dai dispositivi elettronici
- Ambito comportamentale, in cui assistiamo a fenomeni di progressivo isolamento, alterazione dei cicli sonno/veglia, dipendenza, ecc
- Ambito emotivo/affettivo, a causa delle trasformazioni delle relazioni a livello di micro e macrosistema.

Come ogni cambiamento non bisogna però sottovalutare i

possibili sviluppi del progresso digitale, che se messo al servizio di un rafforzamento dell'individuo può rappresentare una risorsa: ne è un'evidenza il supporto che alcuni software e applicazioni stanno avendo nel sostegno e facilitazione delle persone con disabilità.

Quali sfide per la psicologia? Tra le sfide maggiori della psicologia troviamo sicuramente queste:

- la promozione di un uso consapevole del digitale, sostenendone la conoscenza dei suoi aspetti positivi e negativi
- sostegno ai genitori per favorire una corretta educazione digitale
- promuovere il bilanciamento efficace tra connessione e disconnessione in tutti gli ambiti: familiare, lavorativo, relazionale, ecc.

L'obiettivo finale dei professionisti della salute

mentale sarà dunque uno: salvaguardare la salute psicologica promuovendo il corretto equilibrio tra vantaggi e le problematiche date dalla rivoluzione digitale.

BIBLIOGRAFIA

“Guida psicologica alla rivoluzione digitale. I pericoli delle tecnopatologie, le opportunità delle psicotecnologie” , di Luca Bernardelli. Ed. GIUNTI

“Dimensioni dello smart working. Sfide ed esperienze per una transizione sostenibile”, di Robertp Reale, Ed. Feltrinelli.

La Psicosi nella malattia di Parkinson

Di Ilenia Gregorio

La psicosi da morbo di Parkinson si può riscontrare in molti pazienti, si sostiene, infatti, che possa interessare all'incirca un quinto delle persone affette da MPI di cui due persone su tre presentano psicosi lievi (Okun,2013). A differenza della schizofrenia, gli individui che presentano psicosi da morbo di Parkinson riescono a percepire queste allucinazioni come egodistoniche e quindi differenti, lontane dalla realtà. Proprio per questo le psicosi in questi pazienti, vengono trattate solo nel caso in cui vengano ritenute fastidiose dal paziente stesso.

Il termine psicosi è un pò controverso: nelle antiche classificazioni indicava qualunque disturbo non nevrotico (determinato cioè dalla condizione esistenziale, relazionale o familiare) e caratterizzato da alterazioni della interpretazione della realtà: nel DSMIII^[1] la

definizione è di “Globale alterazione dell’esame di realtà” con presenza di deliri o allucinazioni senza la consapevolezza della loro natura psicogena. Il DSM IV restringe ulteriormente la definizione di psicosi alla presenza di deliri o allucinazioni, con le allucinazioni non riconosciute come tali dal paziente. Il DSM-5, descrive i disturbi psicotici come caratterizzati da deliri, allucinazioni, pensiero e comportamento disorganizzato e sintomi negativi.

Definizioni meno ristrette includono la presenza di allucinazioni riconosciute come tali, il comportamento g r o s s o l a n a m e n t e disorganizzato, o la perdita dei confini dell’io (ego) con grave riduzione della capacità di interpretare la realtà. Attualmente la psicosi viene considerata un costrutto dimensionale e come tale, il sintomo psicotico, può essere presente in sindromi e malattie diverse, ma con un peso differente.

I più moderni criteri diagnostici, segnatamente il

DSM V e l'ICD-10^[2] (WHO, 1992), differenziano in maniera netta i disturbi psicotici includenti: la Schizofrenia, il Disturbo schizoaffettivo, il Disturbo delirante cronico fra i più importanti, dalle sindromi affettive: Depressione e Disturbo Bipolare. A fronte di tale dicotomia categoriale i sintomi psicotici possono anche essere presenti nelle sindromi affettive, ma con una diversa valenza. In tal caso si parla di Depressione con sintomi psicotici o mania con sintomi psicotici.

Molte altre sono le sindromi in cui tali sintomi (in genere deliri e allucinazioni) possono ricorrere: la Sindrome delirante organica (ICD-10) e la Sindrome psicotica in caso di disturbo da uso di sostanze, fra le principali. Nell'ambito dei disturbi psicotici vengono pertanto descritti disturbi quali la Schizofrenia o Dementia praecox con le varianti Catatonica, Disorganizzata, Paranoide, Indifferenziata, Residua, e ancora: le alterazioni della Psicosi Bipolare con fluttuazioni tra la grave depressione con sensi

di colpa deliranti e gli stati maniacali iperattivi accompagnati anche da allucinazioni e delirio, le accentuazioni di alcuni disturbi di struttura della personalità (schizotipica, paranoide, narcisistica), gli stati confusionali improvvisi (Psicosi reattiva lieve o "Bouffées delirantes" delle classificazioni francesi).

Il DSM IV descriveva i disturbi psicotici e la Schizofrenia nell'ambito della stessa categoria, includendo invece i Disturbi dell'umore (Depressione e Disturbo bipolare), i Disturbi di ansia, i Disturbi Somatoformi, i Disturbi dissociativi, i Disturbi mentali in cinque categorie distinte. E' nell'ambito dei disturbi mentali organici (utilizzando la precedente nomenclatura del DSM III e perché come vedremo è possibile identificare un substrato lesionale) che vanno classificati gran parte dei disturbi mentali dei parkinsoniani: le manifestazioni cliniche hanno però una peculiarità specifica che le distingue dai disturbi

osservati in ambito psichiatrico; sono cioè evidenti principalmente nei pazienti sottoposti a trattamenti di sostituzione dopaminergica.

Una classificazione semplice potrebbe pertanto proporre di inquadrare le allucinazioni e il delirio nell'ambito dei disordini legati alla terapia dopaminergica e i disordini cognitivi e la depressione nell'ambito dei disordini non secondari alla terapia. Alla luce delle recenti scoperte appare altrettanto discutibile l'inquadramento in ambiti separati dei disordini cognitivi, della depressione e delle allucinazioni più gravi che sembrano originare dalla comune alterazione cerebrale organica, con ipersensibilità di alcune aree corticali alla somministrazione di farmaci.

La classificazione più eclettica non tiene conto inoltre del fatto che anche altre terapie, non solo quelle dopaminomimetiche, possono precipitare i disordini cognitivi: gli anticolinergici possono determinare stati confusionali, le benzodiazepine possono

determinare disordini amnesici indistinguibili dalle demenze.

Limitati da queste complessità nosografiche, è utile descrivere separatamente i vari disturbi.

Allucinosi e allucinazioni visive:

Le allucinazioni visive sono estremamente specifiche, e si può dire che compaiono prevalentemente nella MPI e nella DCL^[3]. Le sole altre condizioni in cui sono descritte allucinazioni visive sono la Allucinosi Peduncolare^[4], la Sindrome di Charles-Bonnet^[5], le lesioni delle aree corticali visive e condizioni legate ad assunzione di sostanze tossiche. Nell' Allucinosi Peduncolare, il disturbo è conseguente a patologie vascolari o infiammatorie (encefaliti) della parte alta del tronco dell'encefalo (peduncoli cerebrali). Le allucinazioni peduncolari sono per lo più già all'esordio molto organizzate, con caratteristiche oniriche (di sogni): il paziente descrive scene complesse (animali, fiumi o laghi, motociclisti, incendi nella stanza di ospedale) o sono

rappresentate in confabulazioni complesse in cui il paziente vive e racconta le esperienze allucinatorie organizzate secondo la trama di un sogno. Anche le lesioni tegmentali pontine possono causare allucinazioni (Bing R. 1940) e nell'Insonnia fatale familiare (IFF)^[6], -una malattia prionica ereditata in modalità autosomica dominante- sono state descritte allucinazioni complesse con cui il paziente interagiva, come se stesse recitando un suo personalissimo sogno.

Le allucinazioni visive che compaiono nella MPI possono consistere inizialmente in semplici distorsioni percettive, propriamente dette illusioni (sensazioni di movimento ai lati del campo visivo, percezione di immagini umane o di animali in parti del campo visivo su cui non è focalizzata l'attenzione).

A causa dell'iniziale fenomeno illusorio alcuni studiosi (Lepore FE, 1996; Diederich NJ et al., 2000) avevano ritenuto che le allucinazioni nella MP fossero fondamentalmente associate a

disordini delle vie visive o quindi assimilabili all'Allucinosi di Charles-Bonnet. Negli studi effettuati non si è però trovata alcuna correlazione tra disturbi della visione (cataratta, retinopatia, alterazione dei potenziali evocati visivi e dell'elettroretinogramma) e comparsa di allucinazioni (Onofrij M et al., 2002), e d'altro lato le allucinazioni nel tempo divengono negli stessi pazienti più complesse e manifestano il loro contenuto onirico.

Le allucinazioni compaiono nel 40-60% dei pazienti affetti da parkinsonismo, e sono evidenti per lo più nel decorso avanzato della malattia (Haeske-Dewick HC, 1995; Sanchez-Ramos JR et al., 1996). In base al tempo di comparsa del disturbo i pazienti vengono distinti in allucinatori molto precoci ("early hallucinators") se le allucinazioni compaiono entro 5 anni dall'inizio della terapia dopaminergica, allucinatori precoci (sempre early hallucinators) se le allucinazioni compaiono pochi anni dopo l'inizio della terapia (Goetz CG et al., 1998), e

allucinatori tardivi (“late hallucinators”) se le allucinazioni compaiono almeno 5 anni dopo l’inizio della terapia (Wolters ECh, 1999). Gli early hallucinators comprenderebbero in realtà una grossa fetta di pazienti affetti da demenza a corpi di Lewy (DCL).

Allucinazioni visive semplici. Allucinazioni nei parkinsonismi:

Le allucinazioni sono “fatte del tessuto dei sogni”, sono quasi esclusivamente visive nella condizione iniziale, e caratterizzate da immagini relative al vissuto esperienziale quotidiano del paziente (come i sogni).

Ma facciamo qualche esempio. Le allucinazioni più interessanti che sono emerse nei racconti di pazienti che hanno partecipato a studi e ricerche in merito consisterebbero, ad esempio, nella percezione di due ballerine dei programmi televisivi sedute sul divano della stanza da letto, che scomparivano ogni volta che il paziente voleva guardarle con più attenzione o nella

percezione di operai sul balcone della propria abitazione con tanto di impalcature che andavano avanti e dietro per lavorare alla ristrutturazione dello stesso. Anche in questo caso, quando si chiedeva al paziente di rifocalizzare l’attenzione su ciò che diceva di vedere, quest’ ultimo comunicava di non vederli più.

Le allucinazioni lillipuziane, ipnagogiche e ipnopompiche:

Non mancano però le descrizioni di allucinazioni più bizzarre, come gli omini verdi sul termosifone, il dio egizio sui sedili posteriori dell’automobile. Graham et al. (1997), descrivono il caso di un paziente che aveva allucinazioni di piccoli uomini ed animali domestici che ridevano e parlavano tra di loro con un piccolo capo banda che organizzava le loro attività. Queste allucinazioni di omini o animali, percepiti come più piccoli di quanto appaiono nella vita reale, sono dette allucinazioni “lillipuziane”, prendendo in prestito il termine dai “Viaggi di

Gulliver". Si riteneva che le allucinazioni lillipuziane fossero specifiche della S. di Charles-Bonnet, ma descrizioni della letteratura confutano questa descrizione (Barnes J e David AS, 2001).

Le allucinazioni lillipuziane nei pazienti parkinsoniani sono descritte soltanto dal 4/5% dei pazienti. Gli altri pazienti riferiscono, come abbiamo detto, allucinazioni di oggetti, figure o animali di normale dimensioni. Queste prime allucinazioni, definite allucinazioni semplici, non sono accompagnate da connotazioni emotive, ed anzi i pazienti sono consapevoli del fatto che le immagini non sono reali, come accade anche alle persone non affette da parkinsonismi a volte nella "reverie" ipnagogica o nelle allucinazioni ipnagogiche o ipnopompiche^[7].

E' singolare la consapevolezza per cui i pazienti (al pari di quanto avviene nella allucinazione ipnagogica e ipnopompica) sanno che le immagini osservate non sono reali: è ipotizzabile che nella prima fase dei fenomeni

allucinatori sia preservata una forma di coscienza critica a fronte delle immagini di sogno che d'altronde tipicamente scompaiono quando il paziente focalizza l'attenzione sull'immagine. Questa consapevolezza critica e ad un tempo onirica non associata a connotazioni emotive e/o affettive è ovviamente difficilmente indagabile: d'altro canto quando nel decorso della malattia si sovrappongono alle allucinazioni anche i disordini cognitivi, la consapevolezza critica scompare e compaiono i connotati emotivi delle immagini allucinatorie. Il 25% dei pazienti affetti da Parkinson, fin quando non compaiono altri disturbi cognitivi, non descrive altro che questo tipo di illusioni visive che si presentano molto raramente, meno di una volta al mese e durano pochi istanti, prevalgono di sera o di notte o nel tardo pomeriggio (Fènelon G et al., 2000). In altri pazienti, in un lasso di tempo variabile tra uno e sette anni dall'inizio delle prime manifestazioni, le allucinazioni cambiano ed assumono connotazioni più

complesse con associazioni emotive o sensazioni coinvolgenti gli altri sensi; vengono cioè descritte sensazioni tattili e uditive: alcuni pazienti vedono immagini di figure seminasconde nell'oscurità, minacciose e a questo si associa quindi la paura, o vedono i genitori o parenti defunti con cui parlano e a cui rispondono, altri avvertono la sensazione tattile di presenza dei corpi delle immagini allucinatorie.

Allucinazioni complesse con contenuto emozionale:

In studi pubblicati in precedenza, Onofrj M et al., 2000; Onofrj et al., 2002, avevano descritto l'allucinazione di un paziente che tutte le sere, invariabilmente, vedeva tre persone uscire dall'armadio e sistemarsi nel suo letto matrimoniale: la sua lamentela principale era legata al fastidio di avvertire la pressione dei corpi nel letto troppo piccolo! Quando le allucinazioni sono diventate costanti, cioè quotidiane, è facile che siano accompagnate da iniziali

disordini cognitivi, e negli stessi pazienti è anche frequente la comparsa di disordini confusionali. Altri pazienti presentano deliri classici di gelosia, in cui vedono aggirarsi in vicinanza l'amante del coniuge, altri telefonano tutte le sere ai Carabinieri o alla polizia per segnalare la presenza di persone estranee in casa, altri riferiscono deliri complessi ipocondriaci in cui ritengono di essere avvelenati dalle cure per il Parkinson, altri sviluppano deliri persecutori in cui i persecutori sono, al solito, identificati all'interno della famiglia, molti sviluppano deliri di essere derubati per lo più dai familiari.

Questo tipo di allucinazioni è chiaramente caratterizzato da un contenuto emozionale che, a seconda delle fantasie percepite spazia dalla gelosia (tipica), alla paura, all'insofferenza. Solitamente, con calma si cerca di rassicurare il paziente riportandolo sul piano di realtà.

Le allucinazioni e le illusioni, in quanto percezioni alterate, vanno trattate solo se molto

frequenti e persistenti o se il paziente è nella necessità di aumentare i farmaci dopaminergici per migliorare il suo stato di salute fisica. A questo, è sicuramente opportuno associare un percorso di sostegno psicologico esteso a tutto il Sistema Familiare per aiutare ad implementare le competenze atte a contenere ed elaborare la condizione specifica del paziente interessato e la nuova condizione familiare, associando, inoltre, interventi di supporto e di riabilitazione neuro cognitiva dell'ammalato.

Bibliografia

- M. Onofrij "Disturbi mentali nelle Sindromi parkinsoniane". Ed. Springer Verlag, 2003
- Calne S., Kulma A. (2003) "Nursing care of patients with late – stage Parkinson's disease". J., Neurosc. Nurs. 35 (5), pp 242-251-
- Collerton, D., Perry, E., & McKeith, I. (2005). Why people see things that are not there: a novel

perception and attention deficit model for recurrent complex visual hallucinations. Behavioral and Brain

Sciences, 28(6), 737-757.

- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994).

The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia.

Neurology, 44(12), 2308-2308.

- D.A. Norman, La caffetteria del masochista. Psicopatologia degli oggetti quotidiani, Giunti, Firenze,

2009

- Cronig – Golomb A, Braun AE "Visuospatial dysfunction and problem solving in Parkinson Disease". Neurophysiology.1997; 11: 44-52.
- Cummings JL, "Depression and Parkinson Disease: a review. American Journal of Psychiatry. 1992; 149: 443-454.

- Cummings JL, Huber SJ. "Visuospatial abnormalities in Parkinson's disease". In: Huber SJ, Cummings JL (Eds) Parkinson's disease: Neurobehavioural aspects. 1992. New York: Oxford University Press.

- Ey, Masson, Traité des hallucinations, Parigi, 1973

- Friedman, J. H. (2010). Parkinson's disease psychosis 2010: a review article. Parkinsonism & related disorders, 16(9), 553-560.

- Friedman JH. "Behavioural dysfunction in Parkinson's disease". Clinical Neuroscience. 1998; 5:87 – 93.

- Gregory, Curiose percezioni, Il Mulino, Bologna 1989.

- M. McCall, A. Lieberman, "100 Domande sul Parkinson". Ed. Sperling & Kupfer, 2011.

- S. Calne, D. B. Calne "il Morbo di Parkinson". Ed. Lippincott Williams e Wilkins, 2001.

- William J., Stuart A. Factor "Parkinson Disease". Ed.

Demos Medical Publishing, 2001.

[1] Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca. Nel corso degli anni il manuale, arrivato ora alla 5^a edizione, è stato redatto tenendo in considerazione l'attuale sviluppo e i risultati della ricerca psicologica e psichiatrica in numerosi campi, modificando e introducendo nuove definizioni di disturbi mentali: la sua ultima edizione classifica un numero di disturbi mentali pari a tre volte quello della prima edizione.

[2] La classificazione ICD (dall'inglese International Classification of Diseases; in particolare, International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO). L'ICD è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici, nonché valido strumento di gestione di salute e igiene pubblica. È oggi alla decima edizione (ICD-10), approvata nel 1990 durante la 43^a

Assemblea mondiale della sanità dell'OMS e utilizzata a partire dal 1994.

[3] Demenza da corpi di Lewy, malattia neurodegenerativa simile alla malattia di Alzheimer, ma con esordio più precoce, e correlata spesso a quella di Parkinson e a sindromi parkinsoniane.

[4] Detta anche s. di Lehrmitte e Van Bogaert, è caratterizzata da fenomeni di tipo allucinatorio e consistenti in figure di piccoli animali o soggetti (micropsie) o semplici visioni colorate, accompagnate da acatisia o vera e propria agitazione psicomotoria, insonnia o ipersonnia. In associazione si possono avere disturbi del III nervo, con paralisi dell'oculomotone, disturbi dei movimenti associati degli occhi e disturbi cerebellari. La lesione è prevalentemente a carico della sostanza nera del Sommering. La sindrome è spesso presente nel M. di Parkinson, riconoscendo, in tale contesto, prevalentemente una causa iatrogena determinata dall'azione dei dopamino-agonisti.

[5] Disordine complesso caratterizzato da allucinazioni complesse che si possono verificare soprattutto in soggetti anziani con problemi a livello visivo e senza disturbi mentali.

[6] Malattia neurodegenerativa a decorso fatale, determinata dall'accumulo cerebrale di una proteina anomala, la proteina Prionica Scrapie (PrPSc), che rappresenta un agente infettivo

atipico. Colpisce sia maschi che femmine e ha un decorso generalmente rapido (variabile da pochi mesi a 2 anni) dopo l'insorgenza dei primi sintomi, che appaiono di solito tra i 37 e i 61 anni, anche se sono stati descritti casi di pazienti con sintomi conclamatisi entro i 30 anni.

[7] Le allucinazioni ipnagogiche o ipnopompiche sono delle allucinazioni visive, tattili, uditive o relative ad altri eventi sensoriali di breve durata ma che di tanto in tanto possono prolungarsi e si verificano nel passaggio dalla veglia al sonno, ipnagogiche, o dal sonno alla veglia, ipnopompiche. Questi fenomeni sono per lo più riscontrabili nell'addormentamento dopo un periodo protratto di deprivazione di sonno o di stress o durante assunzioni di tricyclici.

LA SALUTE SESSUALE NEL CONTESTO ONCOLOGICO

di Cristiana Monellini

Neoplasia e Salute sessuale

Negli ultimi decenni è stato possibile assistere ad un numero sempre maggiore di pazienti sopravvissuti al cancro e ciò ha attirato l'attenzione su aspetti precedentemente trascurati relativi alla salute degli individui come ad esempio le funzioni sessuali, l'intimità di coppia e l'autoerotismo. Grazie ai progressi dalla medicina moderna ad oggi il cancro è diventato una malattia a lungo termine. È quindi divenuto possibile occuparsi del benessere globale della persona affetta da neoplasia senza sacrificare alcuni importanti fattori relativi alla qualità di vita in favore della sola ed unica sopravvivenza.

Il cancro, la diagnosi iniziale, le terapie per debellarlo e tutto l'iter che ne consegue influenzano la vita dei pazienti sotto svariati punti di vista e molto spesso lasciano delle tracce anche in seguito alla

guarigione. Il distress legato alla patologia neoplastica comporta dei risvolti spiacevoli sulla sessualità e sull'intimità per un lunghissimo periodo di tempo. È all'interno di questo contesto che nasce la prospettiva psicologica e sociale in ambito oncologico intorno agli anni Cinquanta del secolo scorso negli Stati Uniti. Nel medesimo periodo nacque il Memorial Sloan Kettering Center di New York, ovvero il primo servizio autonomo finalizzato all'assistenza psicologica ai pazienti affetti da neoplasia.

La salute sessuale è un'importante aspetto al quale dare rilevanza in quanto, in una grande quantità di casi, la sessualità in ogni sua forma è vissuta come deficitaria dai malati di cancro, dai partner e dai sopravvissuti. La sessualità è un diritto dell'uomo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, definisce la salute sessuale come parte integrante della salute generale, del benessere e della qualità di vita nella sua totalità. Con l'espressione "salute sessuale" facciamo riferimento ad "uno

stato di benessere fisico, emotivo e sociale in relazione alla sessualità e non semplicemente all'assenza di malattia, disfunzione o infermità". L'impatto della sessualità nella vita dei pazienti non è mai sistematica in quanto gli obiettivi, le priorità e i periodi di attività sessuale sono caratterizzati da cambiamenti inter ed intra individuali a seconda delle caratteristiche soggettive, della tipologia di patologia, dell'ambiente, dei trattamenti, del tipo di relazione e dalla temporalità. La neoplasia irrompe nella vita del malato e nelle relazioni intime o di coppia influenzando in maniera variabile tre pilastri della sessualità: biologia, psicologia e relazione. Le disfunzioni sessuali possono colpire qualsiasi tipo di paziente, senza tenere in considerazione l'età, il genere o il luogo in cui il cancro è situato. Attualmente è stato stimato che il 40% dei tumori colpisce direttamente gli organi genitali o le parti del corpo ritenute importanti ai fini relazionali. Occuparsi del

benessere sessuale dei pazienti significa migliorare la loro qualità di vita. È stato infatti dimostrato che il mantenimento o il recupero di una sessualità soddisfacente anche in seguito alla guarigione dalla patologia oncologica comporta dei miglioramenti a livello psicofisico nell'individuo. Inoltre, una sessualità soddisfacente è correlata ad una diminuzione dello stress, dell'ansia, della depressione e della spossatezza.

Difficoltà dei pazienti oncologici in ambito sessuologico

La causa principale delle difficoltà sessuali nei pazienti oncologici è la reazione psicologica alla diagnosi. Nella maggior parte dei casi si evidenziano sintomatologie ansiogene e depressive associate a problematiche comunicative fra i partner che comportano una diminuzione dell'interesse nei riguardi della sessualità. Le disfunzioni sessuali sono caratterizzate da difficoltà persistenti e ricorrenti nell'accedere o nel portare a termine una o più fasi della risposta sessuale. Il

tumore può influire in maniera sia diretta che indiretta sulle capacità sessuali: nel primo caso è possibile che vengano interessati vasi sanguigni, nervi o organi imprescindibili all'attivazione sessuale; nel secondo caso gli interventi chirurgici o i trattamenti chemioterapici possono danneggiare nervi o organi coinvolti nella risposta sessuale, alterare l'equilibrio neuroendocrino e l'immagine corporea del paziente. In termini generali, le principali disfunzioni sessuali sono: disfunzione erettile, secchezza vaginale, displasia, diminuzione del piacere e del desiderio sessuale, dispareunia e disfunzioni orgasmiche. La mancata accettazione delle nuove caratteristiche corporee (in seguito ad un intervento chirurgico, chemioterapico, radioterapico o farmacologico) può comportare l'evitamento dell'approccio sessuale del paziente per timore di suscitare sentimenti di repulsione al partner che in realtà sono sperimentati dal malato stesso nei confronti del proprio corpo. Questo tipo di

sofferenza psicologica varia a seconda dell'organo colpito dal tumore, dei trattamenti ai quali il paziente è sottoposto, della fase del ciclo di vita in cui si trova, del significato che attribuiva al sesso prima della malattia e dalla qualità della relazione di coppia.

Le persone affette da patologia oncologica presentano anche delle difficoltà a livello comunicativo generate soprattutto dal contesto sociale. Infatti, socialmente vi è la tendenza a ritenere che la sessualità sia prerogativa dei soggetti "sani" e che i malati di cancro dovrebbero occuparsi esclusivamente della propria sopravvivenza. I pazienti stessi sono frequentemente influenzati da quelle che vengono definite come "barriere preventive" che ostacolano il porre domande relative alla sessualità a causa di forti sentimenti di imbarazzo e senso di colpa. Ulteriori barriere sono i sintomi depressivi, la credenza che la condizione di salute possa peggiorare se si è sessualmente attivi, l'erronea convinzione che il cancro sia

contagioso, il genere di appartenenza, l'orientamento sessuale e infine le credenze etniche o religiose. Queste impostazioni di pensiero alimentano un sentimento di vergogna che impedisce ai pazienti di affrontare il tema della salute sessuale con i professionisti sanitari. In particolare, i pazienti appartenenti alla comunità LGBTQIA+, gli anziani e i disabili evitano di affrontare questioni relative alla salute sessuale in quanto convinti che possano suscitare in medici e psicologi la messa in atto di atteggiamenti negativi. I pazienti, nella maggior parte dei casi, desidererebbero che l'argomento fosse aperto dagli operatori sanitari. Sarebbe auspicabile che i professionisti normalizzassero il rapporto comunicativo oncosessuologico medico-paziente rassicurando questi ultimi che la salute sessuale è un argomento normale e appropriato da affrontare al pari di ogni altra problematica riguardante la salute degli esseri umani.

Oncosessuologia

La crescente consapevolezza del fatto che vi è un divario fra la richiesta di informazione da parte dei pazienti e l'occuparsi della componente sessuale nelle terapie oncologiche è stata d'ispirazione per la fondazione di una nuova disciplina, ovvero l'oncosessuologia, la quale mira ad aumentare la consapevolezza relativa ai problemi sessuali in ambito oncologico ed evidenzia la necessità di affrontare la suddetta tematica al fine di evitare di incorrere in disfunzioni sessuali croniche, difficoltà e preoccupazioni. Il riconoscimento di questa nuova disciplina ha portato alla fondazione della Società Internazionale per la Sessualità e il Cancro (ISSC) di matrice multidisciplinare. La sessuologia ha permesso di comprendere in maniera approfondita il comportamento sessuale, la salute sessuale e la sessualità da una prospettiva olistica. Essa comprende pratiche quali la psicologia clinica, l'istruzione, la medicina sessuale, la salute

pubblica, la ricerca, le scienze, la deontologia comportamentale, sociale e antropologica. Il complesso scenario del modello biopsicosociale, considerato il gold standard della medicina sessuale e della sessuologia clinica, afferma che la salute e la malattia sono causate dall'interazione fra i fattori biologici (genetica, fisiologia e patologia), psicologici (pensieri, emozioni e comportamenti) e sociali (fattori relazionali, socio-economici, ambientali e culturali). L'approccio biopsicosociale tende a fornire trattamenti completi mirati ad aumentare la soddisfazione personale e la qualità di vita dei pazienti. La valutazione di una problematica a livello sessuale, secondo l'approccio biopsicosociale, dovrebbe tenere in considerazione gli elementi predisponenti, precipitanti e di mantenimento, l'anamnesi medica, sessuale e psicosociale tramite il colloquio con il paziente o il partner al fine di individuare il disagio presente. Come è possibile evincere da quanto appena esplicitato, è

caldamente richiesta la collaborazione fra medici, psicologi e tutte le altre professioni interessate. La sessualità in ambito oncologico rientra fra le cure di supporto definite come "l'insieme delle cure e dei sostegni necessari alle persone malate, parallelamente ai trattamenti specifici, quando ce ne sono, lungo tutto il corso delle malattie gravi". Il trattamento dei disturbi sessuali è stato ufficialmente incluso nel fabbisogno di base delle cure di supporto raccomandate dall'Istituto Nazionale per il Cancro alla fine del 2016. Al pari delle altre cure di supporto, l'oncosessuologia mira a diminuire gli effetti collaterali che le terapie hanno sulla vita sessuale dei pazienti e ad ottimizzare le relazioni intime. L'importanza della promozione dell'oncosessuologia all'interno dei distretti sanitari è relativa al fatto che recenti studi hanno dimostrato che il benessere sessuale comporta varie azioni sinergiche quali la riduzione degli effetti indesiderati, un miglioramento

dello stile di vita e della salute somatica oltre che mentale e una riduzione delle difficoltà psicosociali che favoriscono l'adesione ai trattamenti oncologici. Questo emergente processo permette di porre totale attenzione al benessere del paziente in quanto persona e non solo alla patologia che lo ha colpito.

Come muoversi?

La precoce individuazione dei fattori di rischio è volta a ridurre o evitare il pericolo della disintegrazione sessuale e intima. In termini generali le domande poste dai pazienti molto spesso possono essere etichettate come basiche e solitamente in prima battuta vi è l'esigenza di essere informati e rassicurati. In seguito, se opportuno, è possibile prescrivere un trattamento di prima linea o di seconda linea in base alle soggettive esigenze della persona richiedente. Indipendentemente dal contesto culturale, dai principi e dalle risorse a disposizione dei vari distretti sanitari a livello internazionale è stata

riscontrata una forte carenza nell' utilizzo di strumenti e metodi clinici adeguati a supportare il processo decisionale e a migliorare la qualità di vita dei pazienti da parte del personale sanitario. Un aspetto che è ancora in fase di studio e aggiornamento da parte dei ricercatori riguarda il fatto che negli ultimi anni sono stati evidenziati due sintomi sessuali specifici: una diminuzione del desiderio sessuale (>60 anni nelle donne e >70 anni nell'uomo) e i disturbi dell'eccitazione (insufficienza erettile prima dei 70 anni nell'uomo e una lubrificazione insufficiente nella donna prima della menopausa). Questi due aspetti sono diventati dei marcatori clinici rilevanti delle principali patologie croniche. Gli aspetti sopracitati possono essere portati alla luce tramite colloquio e devono essere considerati dei fattori di allarme sui quali intervenire tempestivamente onde evitare il loro aggravamento o la loro cronicizzazione. Il tal senso un intervento altamente consigliato è quello della consulenza psico-

sessuologica. La consulenza psico-sessuologica è un intervento terapeutico breve volto a fronteggiare il disagio sesso-relazionale indirizzato al singolo o alla coppia. Al fine di proporre una tipologia di intervento personalizzata per il singolo e/o i partner è necessaria un'iniziale valutazione del caso e la somministrazione di test psicodiagnostici specificatamente ideati per indagare la sessualità. L'obiettivo è quello di sfatare i miti e fornire informazioni corrette e realistiche concernenti la sessualità. L'accento è posto sul presupposto che la sessualità non coincide con la genitalità e che la vicinanza emotiva e fisica fra i partner è di grande importanza per il recupero della salute sessuale. In quest'ottica diviene necessario promuovere un'efficace comunicazione fra il professionista sanitario e il paziente, incentivando psicologi e medici oncologi a porre domande aperte finalizzate al reperimento di informazioni utili al trattamento supportivo e i pazienti a

parlare delle loro problematiche nonostante l'ansia interiore che il tema provoca.

Le risposte terapeutiche presentano svariate forme e dovrebbero essere accessibili alla maggioranza degli operatori sanitari che lavorano all'interno di un contesto oncologico. La valutazione del benessere sessuale dei pazienti favorisce la trattazione della malattia di questi ultimi all'interno del quadro della prevenzione terziaria (azioni che impediscono alla malattia di inficiare negativamente nella qualità di vita di chi ne è affetto) ma anche della prevenzione secondaria (azione diretta sulla malattia e sulla sua gestione mirata a ridurre la durata e la gravità). I professionisti sanitari hanno un ruolo di estrema rilevanza nell'aiutare il paziente ad attenuare i sintomi causati dal cancro e nel fornire approcci educativi multidisciplinari incentrati sulla valutazione e il trattamento delle funzioni sessuali sia dei pazienti che dei partner di questi ultimi. È di

fondamentale importanza che i professionisti di differente indirizzo lavorino assieme al fine di condividere un obiettivo e un algoritmo di trattamento dando spazio e rilevanza alla specializzazione di ogni membro del team. L'equipe di professionisti impiegati nel contesto oncologico deve promuovere e facilitare l'appropriazione delle cure di supporto in campo oncosessuologico, al fine di:

- Incoraggiare il lavoro sul mantenimento e sul recupero della vita intima e sessuale in modo da facilitare l'adattamento al cancro e incentivare la coesione di coppia
- Divulgare l'idea che la neoplasia non coincide con il pensionamento sessuale
- Sostenere la medicina sessuale scientifica, la quale presenta raccomandazioni EBM

Conclusioni

La medicina moderna ha reso possibile porre l'attenzione sulle problematiche intime e sessuologiche che affliggono i pazienti

oncologici. La salute sessuale è un'area importante per quanto concerne la sopravvivenza alla neoplasia e soprattutto ha un ruolo di spicco nell'innalzamento della qualità di vita delle persone. Questo è un messaggio che sta iniziando a prendere piede nella società moderna ma ancora siamo agli albori dell'innovazione e della divulgazione di conoscenza in tale ambito. I pazienti oncologici richiedono e necessitano di un supporto sessuologico da parte dei professionisti ma purtroppo ancora oggi gli operatori sanitari non sono in possesso delle informazioni e dei mezzi necessari per poter sostenere le richieste e le domande delle persone affette da tumore e dai partner. È necessaria una maggiore formazione e informazione indirizzata

sia ai professionisti sanitari che alla popolazione generale al fine di tentare di eliminare gli stereotipi ancora oggi molto potenti

quando si parla di sessualità.

La disciplina

oncosessuologica deve

essere conosciuta e

legittimata in quanto essa si

presenta come una cura di supporto impegnata nella lotta

contro la perdita di una vita relazionale intima e sessuale

in un mondo dove si vive

sempre più a lungo con un

cancro trattato.

BIBLIOGRAFIA

Albers, L.F., Grondhuis

Palacios, L.A., Pelger, R.M.C.,

Elzevier, H.W. (2020). "Can

the provision of sexual healthcare for oncology patients be improved? A

litterature review of

educational interventions of healthcare professionals." *J*

Cancer Surviv, 14(6), 858-866.

Barsky Reese, J., Zimmaro,

L.A., Bober, S.L., Kristen

Sorice, K., Handord, E.,

Wittenberg, E., El-Jawahry, A.,

Beach, M.C., Wolff, A.C., Daly,

M.B., Izquierdo, B., Lepore, S.J. (2021). Mobile

Technology-Based

(mLearning) Intervention to

Enhance Breast Cancer

Clinicians' Communication

About Sexual Health: A Pilot

Trial. *National Comprehensive*

Cancer Network, 19(10).

Bondil, P., Habold, D.,

Damiano, T., Champasavoit, P.

(2012). Le parcours

personnalisé de soins en

oncos xologie: une nouvelle

offre de soins au service des

soignés et des soignants.

Bullettin du Cancer, 99(4),

499-507.

Bondil, P. (2019). "Disruptions

en santé sexuelle: clinique,

Evidence Based Medicine

(EBM) ou intelligence

artificielle (AI)?" *Sexologies*,

28, 171-176.

Bondil, P. (2021). "Cancer et

sexualité: que doit savoir le

professionnel de santé non

spécialisé?" *Sexologies*, 30(3),

167-172.

Campolmi, E. e Prendi, L.

(2019). *La terapia psicologica*

in oncologia: L'approccio

breve strategico tra mente e

malattia. Firenze, Giunti

Psychometrics, 2019.

De Sanso, S., Nadalini, L., Parolin, V., Zorzato, P.C., Franchi, M. (2017). Psicosessuologia e oncologia: un approccio integrato in ospedale. *Rivista di Sessuologia Clinica XXIII-2017*2

Ezlin, P. e De Clippeleir, I (2011). The emerging field of “oncosexology”: recognising the importance of addressing sexuality in oncology. *Review oncology, Belg J. Med Oncol*, 5, 44-49.

Lantheaume, S., Motàk, L., Guy, J.B., Paucsik, M., Doublet, L., Préau, M., Kotsou, I., Huyghe, E. (2022). Sexual Quality of Life, Self-Compassion and Desire, to Use Oncosexology Support by Cancer Patients. *Research Square*, DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1597249/v1>

Mangiardi Veltin, M., Hequet, D., Segura Djezzar, C., Rouzier, R., Bonneau, C. (2022). Sexuality after breast cancer, how to provide a global and contemporary approach. *Bullettin du Cancer*, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.10.002>

Nimbi, F.M., Galizia, R., Rossi, R., Limoncin, E., Ciocca, G.,

Fontanesi, L., Jannini, E.A., Simonelli, C., Tambelli, R. (2021). The Biopsychosocial Model and the Sex-Positive Approach: an Integrative Prespective for Sexology and General Health Care.

Sexuality Research and Social Policy (2022), 19, 894-908.

Parker, M., (2022). “ All of me: Bridging the sexual health communication gap in cancer care”. *Oncology Issue*, 37(5), 32-41.

Ratner, E.S., Richter, C.E., Minkin, M.J., Foran-Tuller, K.A. (2012). Come parlare di problemi sessuali con pazienti malate di cancro. Per iniziare il dialogo. *Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXXIV – n.4.*

Référéntielle Interrégional AFSOS. Cancer et sexualité: santé sexuelle et vie intime. Cordinateur: Bondil, P. & Habolfd, D. (2017).

Rodrigues Guedes, T.S., Barbosa Ottoni Gonçalves Guedes, M., De Castro Santana, R., Costa da Silva, J.F., Almeida Gomes Dantas, A., Ochandorena-Acga M., Terradas-Monllor, M., Jerez-Roing, J., Bezzerra de Souza, D.L. (2022). Sexual Dysfunction in Women with

Cancer: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Int J Environ Res Public Health*, 19(19), 11921.

Rodrigues Machado, N., Jesùs Quintana, M., Gomez-Gomez, R., Bonfill- Cosp, X. (2022). Sexual Function in Women with Breast Cancer: An Evidence Map of Observational. *Int J Environ Res Public Health*, 19(21), 13976.

Zangeneh, S., Savabi-Esfahani, M., Taleghani, F., Reza Sharbafchi, M., Salehi, M., (2022). Sexual health promotion interventional program for women undergoing breast cancer treatment: Protocol for a mix-methods study. *J Educ Health Promot*, 11:201.

Zhu, L.Y., Yao, J., Wang, J. et al (2019). The predictive role of self- compassion in cancer patient's symptoms of depression, anxiety and fatigue: A longitudinal study. *Psychooncology*, 28, 1918-1925.

E alla famiglia, chi ci pensa? *L'Emotività Espressa all'interno del contesto familiare*

**Anna Borriello e
Francesca Dicè**

La storia di ogni famiglia è caratterizzata da piccole e continue trasformazioni; esistono situazioni che provocano cambiamenti consistenti, rendendo inefficaci le modalità che, in un primo tempo, erano funzionali all'andamento familiare. Nel suo percorso di vita, la famiglia può essere coinvolta in eventi quali cambiamenti economici, problemi relazionali, dolori e sofferenze tendenti ad

alterare l'equilibrio omeostatico che hanno costituito.

Pertanto ogni famiglia è in continuo cambiamento, poichè ogni persona che ne fa parte costruisce la propria storia attraversando delle fasi evolutive che richiedono a tutto il gruppo di adattarsi, riorganizzarsi, accogliere e far fronte alle novità. Alcuni "passaggi" cruciali sono prevedibili, come l'uscita di casa, il matrimonio, la nascita del primo figlio, l'ingresso a scuola e l'adolescenza, mentre altri, come la perdita del lavoro, un lutto, una malattia o una separazione, seppur comuni, costituiscono

eventi critici nella vita familiare e sono in grado di sconvolgere rapidamente l'equilibrio preesistente. Sia la prima tipologia, costituita dagli eventi "normativi", che la seconda, cioè l'insieme degli eventi "paranormativi" pongono la famiglia sotto stress, richiedendo flessibilità e la costruzione di nuovi modi di relazionarsi e agire, per far fronte ed adattarsi al cambiamento in atto.

Quando, ad esempio, un membro di una famiglia attraversa una fase di malattia nell'arco della propria vita, tale evento ha inevitabilmente delle

ricadute sull'intero nucleo familiare, possono infatti manifestarsi alterazioni nell'equilibrio intrafamiliare.

Nel tentativo di mantenere l'*omeostasi* la famiglia cerca di adattarsi alla malattia seguendo un processo che implica l'attraversamento di fasi che spesso sono parallele a quelle che vive il paziente stesso. Pertanto, quando la famiglia scopre che al suo interno un membro è malato, si trova a dover affrontare una criticità che richiede una riorganizzazione interna faticosa e complessa che deve avvenire a molti livelli

e richiede un particolare sforzo, non solo per ripristinare una certa *“normalità”* familiare, ma anche perché ciò avvenga nel minor tempo possibile al fine di affrontare una sorta di *“confusa sofferenza”* che impedisce la mobilitazione di risorse interne del sistema famiglia (Crescenzo, 2010).

In quest’ottica se poniamo il focus sulle modalità con cui i componenti di un sistema familiare interagiscono tra di loro e reagiscono nella *“situazione congiunto ammalato”*, possiamo identificare diversi stili relazionali. A tal fine, rilevante in questo processo

risulta essere quella che viene chiamata *“emotività espressa”*, definita come *la temperatura emotiva nell’ambiente familiare, data dall’intensità della risposta emotiva di ogni familiare in un dato momento temporale.*

Si tratta di una condizione che si stabilisce normalmente in un contesto sociale e familiare che definisce il grado di scambio emotivo ed affettivo tra i propri membri.

In genere, essa non emerge in momenti di quiete, bensì rappresenta la reazione di ognuno ad un evento inaspettato che colpisce un

membro della propria famiglia. Può configurarsi come un rilevatore della

manca nza di affetto del familiare o del suo interessamento eccessivamente invadente nei confronti del congiunto. Tale reazione si può scomporre in una risposta emotiva, a cui segue un comportamento.

Rilevare i livelli di Emotività Espressa (EE) all'interno di un nucleo familiare consente, nello specifico, di porre l'attenzione su alcune caratteristiche dell'ambiente emotivo familiare nel corso di varie patologie, disturbi o problemi.

Dal punto di vista scientifico, l'Emotività Espressa costituisce un costrutto composto da fattori negativi e positivi, di rifiuto e di accettazione.

Tra i principali strumenti di misurazione dei livelli di Emotività Espressa intra-familiare ritroviamo la *Camberwell Family Interview* (CFI) [Vaughn, Leff, 1976], un'intervista semi-strutturata che indaga cinque macroaree:

- *criticismo,*
- *ostilità,*
- *ipercoinvolgimento emotivo,*
- *comprensione empatica*
- *commenti positivi.*

Il criticismo, che valuta la frequenza di commenti critici sia in termini di contenuto

(espressioni di disapprovazione, risentimento, rifiuto e svalutazione) sia di tono del discorso rivolti al proprio familiare affetto da una patologia, l'ostilità, intesa come misura che riflette una più globale e generalizzata valutazione negativa del paziente da parte della propria famiglia, l'ipercoinvolgimento emotivo inteso come un esagerato coinvolgimento emotivo o comportamenti iperprotettivi adottati nei riguardi del paziente, con una tendenza alla drammatizzazione ed infine la comprensione empatica ed i

commenti positivi indicativi del calore espresso nei confronti del paziente anche in termini di lodi, approvazioni e apprezzamenti nei suoi confronti.

La valutazione e misurazione dell'emotività che i familiari esprimono nei riguardi del proprio congiunto, permette di quantificare la presenza ed il grado di coinvolgimento emotivo.

L'Emotività Espressa essenzialmente costituisce un indicatore della presenza di fattori di rischio, come la critica, l'ostilità o l'ipercoinvolgimento emotivo; oppure di fattori di protezione,

come il calore affettivo ed i commenti positivi. Sulla base della presenza di indicatori di rischio o di protezione, i familiari dei pazienti possono essere inquadrati come ad alta o a bassa Emotività Espressa:

- i familiari ad alta EE sono tendenzialmente intrusivi, cercano il contatto senza tener conto delle effettive esigenze e richieste, vogliono esercitare un controllo, si sostituiscono in tutto e per tutto, senza tenere in debito conto

delle necessità relazionali del congiunto.

I familiari ad alta EE considerano il congiunto responsabile di tutte o quasi tutte le sue azioni, anche quelle che chiaramente costituiscono sintomi, una propensione a trovare una colpa o comunque un

problema da addossare all'altro, un "capro espiatorio" che elude e nasconde i propri problemi

di accettazione e di ostilità.

Le famiglie ad alta EE nutrono in genere aspettative molto alte per il congiunto sofferente, indipendentemente dai problemi e limiti di quest'ultimo, spesso drammatizzano le proprie reazioni ai sintomi e tendono ad avere modalità di risposta rigide ai momenti di crisi.

- quelli a bassa EE sono più in grado di adattarsi alle

richieste e ai bisogni espressi del congiunto, maggiormente, quando il calore affettivo nei suoi confronti è molto elevato.

Esse cercano di costruirsi una spiegazione razionale di quello che sta accadendo, ai comportamenti del congiunto, riconoscendo maggiormente quelle dettate dalla sua malattia.

Le famiglie a bassa EE nutrono aspettative realistiche, e

sono in grado di controllare l'emotività e di adottare risposte flessibili.

Oltre alla *Camberwell Family Interview* (CFI), tra i metodi per la valutazione dell'Emotività Espressa, è stato proposto il *Five Minute Speech Sample* (FMSS) che valuta la qualità delle relazioni genitore-figlio. Con questo metodo, a un genitore viene chiesto di parlare per cinque minuti ininterrotti su di lei/suo figlio e sulla loro relazione. La narrazione risultante è codificata per coerenza, vale a dire la misura in cui il

genitore fornisce nella narrazione una rappresentazione chiara, coerente, multidimensionale e ben supportata del bambino.

Il *Five Minute Speech Sample* si basa su ricerche e sull'attaccamento che dimostrano come la coerenza delle narrazioni dei genitori sia indicativa della qualità del rapporto genitore-figlio e dell'adattamento del figlio.

Prendendo in considerazione le famiglie caratterizzate da elevati livelli di emotività espressa, è emerso come la principale criticità di tali nuclei familiari risieda nel fatto che al

loro interno ci sono ruoli confusi, individualizzazione esasperata e tentativi continui di mantenere l'equilibrio, seppur disfunzionale, negando invece "inconsciamente" che ci sia bisogno di un cambiamento del sistema per riuscire finalmente a risolvere il problema.

In aggiunta a ciò, molteplici studi condotti in ambito medico hanno rilevato come il costrutto dell'Emotività Espressa costituisca una dimensione familiare e significativamente rilevante nel predire il decorso di disturbi psichiatrici quali la schizofrenia, il

disturbo bipolare, la depressione ed i disturbi alimentari.

A tal riguardo, proprio a partire dal concetto di emotività espressa si sono sviluppati alcuni dei trattamenti ad oggi più usati per le famiglie di pazienti psicotici cronici, tra i quali i cosiddetti **i n t e r v e n t i p s i c o s o c i a l i**, permettendo così ad interventi familiari di entrare nel percorso riabilitativo.

Quando parliamo di **i n t e r v e n t i p s i c o e d u c a t i v i familiari**, facciamo riferimento a quegli interventi di carattere riabilitativo che annoverano tra i propri destinatari d'elezione non solo il paziente

ma anche il suo nucleo familiare.

Gli interventi psicoeducativi familiari prevedono attività che si avvalgono di semplici tecniche di modifica e miglioramento degli atteggiamenti e dei comportamenti, non per obiettivi terapeutici, ma di abilitazione, riabilitazione e promozione del benessere.

Lo scopo di tali interventi è quello di garantire lo sviluppo globale della personalità, in soggetti con necessità educative particolari, valorizzando le capacità presenti e favorendo così una

migliore espressione di sé stessi e una qualità di vita superiore (Pavone, 2010).

La psicoeducazione familiare è fondamentale per aiutare tutto il sistema famiglia a gestire al meglio la problematica del singolo soggetto.

Ad oggi, l'opportunità di coinvolgere la famiglia nel trattamento del disagio è ormai un dato scientifico comprovato nell'ambito della psicologia per alcuni specifici disagi. La maggior parte degli studi, infatti, dimostra la necessità di coinvolgere il nucleo familiare come prerequisito

indispensabile per l'efficacia e l'efficienza dell'intervento in determinate tipologie di problematiche. Per il modello "psicoeducativo" è proprio la famiglia ad essere vista come una risorsa per affrontare e risolvere il disagio.

Diversi sono i modelli psicoeducativi e variano in base a diversi fattori, come ad esempio il tipo di difficoltà/disturbo, l'età del soggetto e anche se si tratta di una situazione di gruppo, individuale o familiare. Essi prevedono generalmente due fasi: la prima dedicata ad attività di informazione e la seconda, più pratica,

dedicata allo sviluppo di abilità.

La fase di informazione è quella in cui lo/a psicologo/a fornisce informazioni su una problematica, sulle possibili cause, sulle modalità di intervento, sull'evoluzione nel tempo, aiutando le persone a fare chiarezza, a ricevere nozioni scientifiche su un fenomeno e a chiarire i loro dubbi.

La fase di sviluppo delle attività invece, include il training di potenziamento delle risorse, di cambiamento di atteggiamenti disfunzionali e di acquisizione di competenze.

Le attività si svolgono solitamente in gruppo, stimolando la discussione, il confronto e la modifica di stili di attribuzione disfunzionali per superare i pregiudizi. Ci sono, riguardo le abilità, invece, training di comunicazione, per mantenere e modificare le skills e favorire una gestione dello stress che sia maggiormente funzionale in termini adattivi.

Nello specifico gli obiettivi generali dell'intervento psicoeducativo sono:

- attivazione di risorse personali e familiari;
- incremento dell'autostima, del problem solving e dell'autonomia;
- (ri)acquisizione di un senso esistenziale e di un progetto

di vita sviluppando interessi, passioni e competenze individuali;

- miglioramento del funzionamento sociale (sia dell'individuo che della famiglia) e diminuzione conseguente dell'isolamento;
- sviluppo delle capacità comunicative e relazionali (sia intrafamigliari che extrafamigliari);
- attivazione di strategie di coping funzionali e di problem solving (sia della persona in isolamento che della famiglia).

Gli interventi psicoeducativi pertanto possono

essere applicati a molteplici situazioni diverse e in più contesti (individuale, familiare, di gruppo), non solo nel caso di patologie mentali ma anche in situazioni/fasi di vita/condizioni stressanti in cui è utile conoscere cause, modalità comportamentali, possibili trattamenti efficaci. Insomma, la psicoeducazione è uno strumento estremamente valido in molte circostanze in cui, sia noi in prima persona che qualcuno a noi vicino, ci troviamo a dover affrontare qualcosa su cui abbiamo poche informazioni. Concretamente, acquisendo

conoscenze varie su quello che si affronta è molto probabile riuscire a sentirsi più competenti e capaci in quella situazione che altrimenti provocherebbe stress. Si può imparare, infatti, ad autogestire la propria condizione (qualunque essa sia), comprendere e controllare le proprie reazioni, sia emotive che comportamentali, e se è il caso anche prevenire eventuali ricadute.

BIBLIOGRAFIA

- Antony, M.M., Purdon, C.L., Huta, V. & Swinson, R.P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Bertrando P., (1997), *Misurare la famiglia. Il metodo dell'emotività espressa*, Bollati Boringhieri.
- Cazzullo C.L., (1997), *L'accettazione della malattia mentale*, in *Dolentium Hominum*, anno XII, n. 34.
- Crescenzo R., (2010), *Accanto alla famiglia del malato. Esperienza di un "Centro Ascolto" in un Servizio di assistenza Domiciliare Integrata*, Edizioni Boopen.
- Crescenzo, R., 2007, *Sofferenza in famiglia ed interventi di aiuto*, in *Educare.it – Anno 7*, n.10-11.
- Drigo M.L., Borzaga L., Mercurio A., Satta E. *Clinica e Nursing in psichiatria, spazio di incontro tra operatori e pazienti*. 1993CEA, MI; - pag. 177;
- Hales D., Hales R. *E La salute della Mente*. Longanesi & C., 1998 MI;
- Jackson D. D., (1957), *The Question of Family Homeostasis*, in *Psychiatric Quarterly*

- Supplement,
31, 79-90.
- Leff J, Vaughn C, Expressed emotion in families: its significance for mental illness, Guilford, 1985 New York
 - Schein E.H., (1992), *Lezioni di consulenza*, Raffaello Cortina.
 - Treasure J., Sepulveda A. R., MacDonald P., Whitaker W., Lopez C, Zabala M, Kyriacou O, Todd G., The Assessment of the Family of People with Eating Disorders, *Eur Eat Disorders Rew*, 2008
 - Turner T, ABC of mental health: Schizophrenia. *British Medical Journal* 1997; 315:108- 111;
 - Vaughn C. & Leff J. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry* 129, 125-137
 - Vaughn C., Leff J.P., (1985), *Camberwell Family Interview*, in Wolpert E., (1997), *Terapie Psicosociali, Dolentium Hominum*, Rivista del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, anno XII, n. 34
 - Wamboldt, M.Z., Wamboldt, F.S., Gavin, L.A., Roesler, T.A. & Brugman, S.M. (1995). Parental criticism and treatment

outcome in
adolescents
hospitalized for
severe, chronic
a s t h m a .
Journal of
Psychosomatic
Research, 39,
995-1005.

La psicosomatica delle emozioni inesprese di Tonia Bellucci

Un dolore fisico può turbare la nostra mente così come un pensiero può risultare pesante, ridondante e può ripercuotersi sul nostro corpo. Queste manifestazioni in psicologia vengono definite PSICOSOMATICA O SOMATIZZAZIONE.

Ma cos'è la Somatizzazione?

È “un disturbo psichico caratterizzato da una forte presenza di sintomi fisici (somatici) che causano un malessere significativo e/o interferiscono con le attività di tutti i giorni”. Il nostro corpo, ci invia dei segnali d'allarme quando percepisce una difficoltà che apparentemente può sembrare sia stata affrontata, ma che internamente e realmente è stata assorbita in maniera sbagliata dall'attività corporeamente.

L a m a l a t t i a psicosomatica risale ai tempi

di Freud che si occupò della stessa proprio attraverso una serie di studi realizzati in questo ambito. Ciò dimostra che da sempre il **disturbo psicosomatico**, riveste un ruolo importante tra le malattie psichiche, poiché evidenzia come il corpo sia un perfetto strumento di comunicazione di uno stato di sofferenza mentale o di disagio psichico. Le emozioni, infatti, possono essere manifestate attraverso il corpo: la paura fa sudare freddo, la rabbia fa venire i bollori, l'amore fa battere il cuore o tremare le gambe e l'ansia fa rallentare la salivazione o venire le farfalle allo stomaco...

Ai tempi di Freud questa malattia era definita come disturbo di conversione e, per riuscire a capire esattamente cosa si verificava in questi pazienti, diede vita ad una serie di osservazioni che formano i famosissimi *Studi sull'isteria*, primo tra tutti il celeberrimo caso di Anna O, ancora oggi studiato e largamente dibattuto.

Insomma, con il termine **malattia psicosomatica** si indicano

tutte quelle forme patologiche che si situano tra lo psichico e il corporeo, e soprattutto mostrano manifestazione di una sintomatologia organica imputabile a un mal funzionamento della psiche.

La **somatizzazione** è il processo alla base del **disturbo psicosomatico**, il meccanismo che permette di trasformare i processi psichici in somatici, coinvolgendo il sistema endocrino ed immunitario.

Insomma, i **disturbi psicosomatici** (o somatoformi) mostrano sintomi fisici che suggeriscono l'esistenza di un disturbo organico (da qui somatoforme), i cui sintomi non derivano né da una condizione medica generale né dagli effetti diretti di una sostanza, ma solo dalla presenza di un disagio mentale.

Immaginiamo, ad esempio, una situazione tipica in cui potrebbe verificarsi un disturbo psicosomatico: una rabbia non espressa, inibita, potrebbe essere gestita canalizzandola, attraverso un **m e c c a n i s m o** d i

somatizzazione sul corpo producendo, in questo modo, un sintomo organico come il mal testa ricorrente.

S o l i t a m e n t e q u e s t i meccanismi sono determinati dalla presenza di forte stress, da ansia patologica, da paura costante o da un forte disagio. Si attiva, così, il sistema nervoso autonomo, che a sua volta risponde con reazioni vegetative che portano alla manifestazione di problemi fisici, come:

- disturbi dell'apparato gastrointestinale: quali nausea, meteorismo, vomito, diarrea, colite, ulcera, gastrite, intolleranza a cibi diversi;
- disturbi dell'alimentazione: quali anoressia, bulimia.
- disturbi dell'apparato cardiocircolatorio: quali aritmia, ipertensione, tachicardia;
- disturbi dell'apparato urogenitale: quali dolori e/o irregolarità mestruali, disfunzioni dell'erezione e/o

- dell'eiaculazione, anorgasmia, enuresi;
- disturbi dell'apparato muscolare: quali cefalea, crampi, torcicollo, mialgia, artrite;
- disturbi della pelle: quali acne, psoriasi, dermatite, prurito, orticaria, secchezza cutanea e delle mucose, sudorazione eccessiva;
- disturbi pseudo-neurologici: quali sintomi da conversione come alterazioni della coordinazione e/o dell'equilibrio, paralisi o ipostenie localizzate, difficoltà a deglutire, afonia, cecità, sordità, amnesie;

Le manifestazioni organiche non sono prodotte intenzionalmente né tantomeno sono il frutto di simulazione, ma sono disagi reali. Questi sintomi organici possono portare ad un grado di sofferenza molto elevato in diverse aree del proprio funzionamento, come la vita

affettiva, sociale, lavorativa e familiare.

Lo psicanalista statunitense Franz Alexander ipotizzò che il processo mediatore dell'insorgenza di una malattia a seguito di un'emotività non espressa era una disfunzione del sistema neurovegetativo, che era correlato alla manifestazione di disturbi come l'ipertensione arteriosa oppure coliti e ulcere.

Oggi si va incontro ad una visione multifattoriale, in cui si ipotizza che un'alterazione biologica sia il risultato dell'interazione di più fattori, fra i quali troviamo il fattore psicologico. La medicina infatti si sposta sempre più verso un modello **bio-psico-sociale**, in cui viene riconosciuta la rilevanza di aspetti sia psicologici che sociali nei confronti dell'assetto biologico.

Eziopatologia

Il legame tra stimoli psicologici e l'insorgenza di una malattia con evidenza biologica non è immediato. Per questo motivo si rischia ancora oggi di confondere il concetto di malattia psicosomatica con quella che potrebbe essere

una malattia “inventata” o “immaginata” dal paziente. L’origine psicologica attiva dei sistemi a cascata di natura biologica, che a loro volta sfociano in cambiamenti di natura patologica a livello fisico (Giarnieri, 2009). Per questo è estremamente importante conoscere l’esistenza di un’eziologia psicologica, per poter intervenire prontamente sull’origine e non lasciare che le patologie avanzino e si cronicizzino. Nel Nuovo Libro della Psicosomatica, il neurologo Dott. Fabio Fabiano spiega che per cogliere il legame fra mente e corpo nelle malattie psicosomatiche è necessario comprendere individualmente la natura degli stimoli psicologici, la mediazione cognitiva che avviene da parte del paziente, e la reazione psicobiologica che si manifesta a livello fisico.

1. La natura degli stimoli

L’ambiente agisce sull’individuo attraverso stimoli sia psicologici che sociali. Di particolare rilevanza sono gli eventi stressanti, ma soprattutto

quegli eventi che possono essere piccoli ma ripetuti nel tempo e che richiedono un adattamento da parte di tutti i sistemi della persona. Il Dott. Fabiano specifica che sono “i microstimoli quotidiani ripetuti caratteristici delle situazioni stressanti protratte nel tempo che inducono condizioni di attivazione e m o z i o n a l e cronica” (Fabiano 2009, p. 187).

2. La mediazione cognitiva

Gli stimoli stressanti che vengono sperimentati non necessariamente si traducono in manifestazioni emotive. L’assetto cognitivo individuale agisce da filtro, per cui il risultante stato emotivo si crea non solo in base all’intensità dello stimolo, ma anche in base a tutte le esperienze e aspettative che condizionano la sfera cognitiva della persona.

3. La reazione psicobiologica

È quindi in seguito alla mediazione cognitiva che si arriva ad una reazione a livello fisico. La risposta allo stress consiste in tutta

una serie di cambiamenti che avvengono a livello del sistema nervoso centrale, endocrino ed immunitario. Il Dott. Fabiano spiega che “l’attivazione di questi tre sistemi ha la fondamentale funzione di adattare l’organismo alle richieste ambientali e di fornire un supporto biologico-metabolico al comportamento e all’azione” (Fabiano 2009, p. 188). In condizioni fisiologiche in cui si viene sottoposti a stimoli stressanti, è naturale che si attivino questi sistemi e meccanismi in modo transitorio e che ci sia poi un ritorno allo stato precedente. Quando però lo stimolo stressante è costante o ripetitivo e viene mediato a livello cognitivo in modo che i nostri sistemi percepiscano una minaccia, possiamo riscontrare un’attivazione cronica a carico dei sistemi nervoso, endocrino e immunitario.

Sono stati individuati dei fattori di rischio, che portano ad un’umentata possibilità di

sviluppare un disturbo psicosomatico. Fra i fattori di rischio più importanti troviamo:

- Condizioni di aumentato stress
- Accumulo di eventi stressanti in periodi di tempo brevi
- Una ridotta capacità di identificare o di esprimere le emozioni
- Pattern di comportamento di tipo A
- Uno stato protratto di depressione
- La mancanza o riduzione di una rete di supporto emotivo.

La medicina psicosomatica è importante nella cura delle patologie anche in un altro senso: la relazione fra psiche e corpo può portare all’attivazione di meccanismi che fanno insorgere diverse malattie ma, allo stesso tempo, un assetto psicoemotivo forte ed equilibrato può aiutare a disattivare questi stessi meccanismi andando a facilitare la guarigione.

Essendo i disturbi psicosomatici il risultato di

un'interazione di vari fattori, si consiglia di mantenere la visione multi-disciplinare anche nell'approccio terapeutico.

Diversi studi ormai confermano come gli approcci multi-disciplinari di cura siano più efficaci rispetto agli approcci puramente farmacologici (Grahn et al., 1998; Lera et al., 2009; Netterstrøm et al., 2013; Fava et al., 2017). In una possibile terapia multi-disciplinare, possiamo includere:

- Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale
- Terapia farmacologica
- Terapie integrate: Mindfulness, Yoga, Agopuntura
- Terapie nutrizionali

Riferimenti bibliografici

Fabiano, F. (2009). La psicosomatica del nostro sistema nervoso. In Nuova Frontiera: affrontare lo stress liberando la mente e il corpo: il nuovo libro della psicosomatica (pp. 175-204).

Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current

Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(1), 13–30. <https://doi.org/10.1159/000448856>

Giarnieri, V. (2009). Gli indicatori clinici della psicosomatica. In Nuova Frontiera: affrontare lo stress liberando la mente e il corpo: il nuovo libro della psicosomatica (pp. 225-244).

Grahn, B., Ekdahl, C. & Borgquist, L. (1998). Effects of a multidisciplinary rehabilitation programme on health-related quality of life in patients with prolonged musculoskeletal disorders: A 6-month follow-up of a prospective controlled study. *Disability and Rehabilitation*, 20(8), 285-297. <https://doi.org/10.3109/09638289809166084>

Lera, S., Gelman, S. M., López, M. J., Abenoza, M., Zorrilla, J. G., Castro-Fornieles, J. & Salamero, M. (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: Does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *Journal of*

Psychosomatic Research,
67(5), 433-441. [https://doi.org/
1 0 . 1 0 1 6 /
j.jpsychores.2009.01.012](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.01.012).

Netterstrøm B., Friebel L. &
Ladegaard, Y. (2013). Effects
of a Multidisciplinary Stress
Treatment Programme on
Patient Return to Work Rate
and Symptom Reduction:
Results from a Randomised,
Wait-List Controlled Trial.
Psychotherapy and
Psychosomatics, 82, 177-186.
[https://doi.org/
10.1159/000346369](https://doi.org/10.1159/000346369)

VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI: RIFLESSIONI SUL FENOMENO

(Parte Prima)

di Cinzia Saponara

PREMESSA

Il NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) definisce: aggressione agli operatori come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”.

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescita esponenziale e preoccupante di episodi di violenza nei confronti di professionisti sanitari e sociosanitari. I dati dell’Inail evidenziano un fenomeno di vaste proporzioni. Ogni anno si contano una media di 2.500 atti di aggressione ai danni di medici, infermieri, ostetriche, ed operatori socio-sanitari. Un infortunio su dieci è dovuto ad aggressioni.

Inoltre, sulla base dei dati riportati dalla letteratura scientifica, gli eventi noti e denunciati risultano essere solamente la punta dell’iceberg, solo gli attacchi più drammatici, che riportano anche lesioni fisiche, inducono i professionisti alla segnalazione.

Le forme di violenza, includono “l’abuso fisico, verbale e psicologico, comportamenti minacciosi o intimidatori, così come la molestia sessuale o l’aggressione”. Le più significative sono la violenza fisica, ovvero “l’uso intenzionale della forza fisica con il potenziale di causare morte, lesioni o danni”, e la violenza psicologica, la quale è considerata una forma di oppressione, “spesso verbale, che ha lo scopo di controllare un altro individuo attraverso il degrado, l’umiliazione e la paura, può includere minacce, intimidazioni molestie e false accuse”.

Gli studi hanno riportato che è proprio, la violenza non fisica, rappresentata da abuso verbale, il tipo più frequente di

aggressione in tutte le strutture sanitarie. Nel 72% dei casi le vittime delle aggressioni sono donne. Uno studio italiano condotto nel 2015, ha confermato il ruolo infermieristico come quello più a rischio.

La classifica dei luoghi maggiormente colpiti dalla violenza, in ambito medico, vede al primo posto servizi di emergenza-urgenza; strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali; luoghi di attesa; servizi di geriatria; servizi di continuità assistenziale. Nel Pronto Soccorso, il luogo dove più frequentemente avvengono le aggressioni, è costituito dal triage e dalla sala d'attesa principalmente nella fascia oraria del turno serale e notturno, nello specifico tale contesto rappresenta un luogo di cura altamente vulnerabile, a causa della presenza di molteplici fattori di rischio: tra essi si distinguono i fattori ambientali (eccessivo tempo d'attesa, problemi di sicurezza, fenomeno dell'overcrowding ovvero del sovraffollamento e carenza di spazio all'interno dell'unità di cura.).Tra tutti

questi elementi, è il lungo tempo d'attesa "uno dei maggiori fattori di rischio per l'insorgenza di comportamenti aggressivi nei reparti di emergenza-urgenza". Infine, lo scambio di comunicazione che si verifica tra il paziente, la famiglia e il personale sanitario, influenza significativamente il grado di soddisfazione associato all'assistenza fornita. Sono stati identificati come fattori di rischio la scarsa comunicazione ed interazione tra i professionisti sanitari e i pazienti, che rappresentano ben il "36% delle motivazioni di irritabilità ed aggressività da parte degli assistiti. Ulteriori fattori di rischio sono legati alla persona da assistere come: età, sesso, presenza di malattia mentale, condizione patologica di abuso di sostanze o di alcol, aspetti a carattere psico-emozionale.

La violenza è commessa per il 59% da pazienti, 30% dai familiari, 11% dai parenti.

E' con la Raccomandazione n.8 del 2007 che il Ministero della Salute, si rivolge a tutte le strutture sanitarie

ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

Ne sono interessati tutti gli operatori (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza) e tutte le attività svolte durante l'erogazione di prestazioni ed interventi socio-sanitari; la Raccomandazione n. 8 è volta a prevenire i seguenti tipi di eventi: uso di espressioni verbali aggressive; impiego di gesti violenti; minaccia; spinta; uso di arma; contatto fisico; lesione e/o morte.

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. A tal fine, le

strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni di seguito riportate:

Ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;

- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;

- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Successivamente è con la **legge 113 del 14 agosto 2020** che lo Stato interviene in modo importante sul tema della sicurezza degli operatori delle professioni sanitarie e sulla prevenzione in materia di aggressioni.

La norma, infatti, prevede la costituzione di un Osservatorio Nazionale sulla sicurezza, con funzioni di monitoraggio di episodi di violenza subiti dai professionisti sanitari e socio-sanitari, e dei relativi eventi sentinella. Gli atti di violenza verso gli operatori sanitari vengono considerati "eventi sentinella": in quanto "segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità per i quali

sono necessari interventi preventivi e protettivi nei confronti degli operatori e degli altri pazienti". Eventi che hanno, quindi, funzione di monitoraggio per l'attuazione delle misure di prevenzione primaria e secondaria, e garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza, di promozione delle buone prassi come il lavoro in equipe e la promozione di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto.

La legge prevede anche un importante inasprimento delle condanne penali e il reato specifico di aggressione nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari come perseguibile d'ufficio, nonché l'aumento delle forze dell'ordine nelle sedi sanitarie e sanzioni amministrative da 500 a 5000 euro per gli aggressori.

Con il Decreto n. 13 (Gennaio 2022) il Ministero

della Salute istituisce l'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Viene istituita il **12 Marzo la "Giornata Nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza verso gli operatori sanitari.**

1. L'Osservatorio ha il compito di:

a) **monitorare gli episodi di violenza** commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni

b) **monitorare gli eventi sentinella** che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni

c) **promuovere studi e analisi** per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti

d) **monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione**

e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di **strumenti di videosorveglianza**

e) **promuovere la diffusione delle buone prassi** in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in equipe

f) **promuovere lo svolgimento di corsi di formazione** per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

Conclusioni

La violenza sul luogo di lavoro può avere un effetto nocivo, oltre che dal punto di vista fisico, anche sul benessere psicologico, cognitivo, comportamentale ed emotivo di chi la subisce e anche sui costi della sanità pubblica e

sull'efficacia organizzativa: se occorre garantire l'efficacia dei servizi, è necessario assicurare agli operatori un ambiente di lavoro sicuro e un trattamento rispettoso.

A tal proposito sarebbe opportuno creare dei programmi di prevenzione per aiutare gli operatori sanitari a capire, e ad adottare, le strategie opportune nel caso di pazienti più violenti. In particolare, ci sono degli interventi che si sono rivelati efficaci, purché utilizzati insieme piuttosto che singolarmente, ossia prima di tutto training di formazione / istruzione, interventi di debriefing post incidente, modifiche ambientali, e un training di gruppo per poter lavorare su una risposta multidisciplinare. Il debriefing, nello specifico, consente agli operatori sanitari vittime di aggressioni di godere del diritto ad "interventi concreti di sostegno psicologico", con "la possibilità di creare un gruppo per discutere l'evento, per condividere le percezioni, i comportamenti e i vissuti".

Segue seconda parte

Bibliografia

Ferri P., Silvestri M., Artoni C., Di Lorenzo R. (23 settembre 2016), "Violenza sul posto di lavoro in diversi contesti e tra vari professionisti sanitari in un ospedale generale italiano: uno studio trasversale";

Ministero della Salute (novembre 2007) – "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", Raccomandazione n°8;

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Aprile 2002, "Violence – Occupational Hazard in Hospitals" ;

Powley D. Reducing violence and aggression in the emergency department. Emergency nurse 2013;

Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), "Quaderni di Sanità Pubblica. World Report on Violence and Health";

Santillo MC. Aggressività, significato, dinamiche ed espressione nelle varie tipologie di assistenza socio-sanitaria. Novembre 2011;

Sanza M., Ceccarelli P., Ballanti L., Bruno A., Iorio G., Loddo C., Polichetti GB I., Teodorani M. (Gennaio-Marzo 2018), “La valutazione dell’impatto delle aggressioni sul benessere psicologico del personale sanitario. Uno studio osservazionale”, Vol. 19 N° 1, Politiche Sanitarie.

Una panoramica su disturbi del sonno e disordini del neurosviluppo

Di Roberto Ghiaccio

Il sonno è un processo incredibilmente complesso che va oltre il rilassamento e il riposo del corpo. I disturbi del sonno portano a diverse conseguenze a breve e lungo termine. Le malattie del neurosviluppo come il “disturbo dello spettro autistico” (ASD), il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e la disabilità intellettiva comunemente sperimentano disturbi del sonno che influenzano la presentazione clinica, la funzione quotidiana e la qualità della vita.

Il sonno è un processo incredibilmente complesso che va oltre il rilassamento e il riposo del corpo. È uno stato di attività involontaria in cui il cervello è relativamente fermo e risponde agli stimoli interni

durante la NREM e circa il 20% è attivo durante la REM. Lo scopo esatto del sonno non è completamente compreso. Il sonno ha molte funzioni, tra cui la plasticità neuronale, il consolidamento della memoria, la funzione immunitaria, la crescita e la salute mentale. Il tono simpatico, un aumento dell'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, disordini metabolici e risposte infiammatorie sono fattori che possono causare disturbi nel ritmo del sonno. I disturbi del sonno portano a diverse conseguenze a breve termine come disturbi emotivi, aumento della risposta allo stress, disturbi dell'umore, deficit cognitivi e prestazionali, dolore somatico e ridotta qualità della vita. I disturbi del sonno influenzano la salute mentale, il rendimento scolastico e i comportamenti a rischio degli adolescenti. I disturbi del sonno nei bambini sono legati a problemi comportamentali e a prestazioni cognitive compromesse. In coloro che sono altrimenti sani, i disturbi del sonno possono avere

effetti a lungo termine come dislipidemia, ipertensione, malattie cardiovascolari, problemi di peso, diabete di tipo 2, sindrome metabolica e cancro del colon-retto (1-2-3).

La forma base della normale organizzazione del sonno è chiamata architettura del sonno. Il ciclo del sonno è composto da due fasi: sonno con movimento oculare non rapido (NREM) e sonno con movimento rapido degli occhi (REM). Le fasi 1, 2, 3 e 4 del sonno NREM formano un continuum di relativa profondità. Ogni individuo ha caratteristiche distintive del sonno, come variazioni nei movimenti oculari, nel tono muscolare e nello schema delle onde cerebrali. Le registrazioni dell'elettroencefalogramma (EEG), che monitorano i modelli elettrici dell'attività cerebrale, sono state utilizzate per mostrare i cicli e le fasi del sonno (4). Il processo di invecchiamento ha effetti continui e considerevoli sull'architettura del sonno. Esistono differenze notevoli tra l'infanzia e l'età

adulta nell'inizio e nel mantenimento del sonno, nella durata trascorsa in ciascuna fase e nell'efficienza complessiva del sonno. Lo studio della diminuzione dell'efficienza del sonno legata all'età è una tendenza generale. Sebbene gli effetti di un sonno insufficiente siano generalmente ben accertati, le cause sono complicate e poco conosciute. Pertanto, quando si esaminano le fasi del sonno nei bambini di diverse età, è fondamentale tenere conto delle loro caratteristiche uniche. Tuttavia, l'esame delle caratteristiche del sonno in base all'età consente una comprensione più approfondita di come il sonno contribuisce all'invecchiamento efficace e allo sviluppo umano. I disturbi del sonno secondo il DSM-5 sono l'insonnia, la parasonnia, i disturbi legati al respiro, l'ipersonnolenza, la narcolessia, i disturbi e i disturbi del ritmo circadiano sonno-veglia e i disturbi correlati ai farmaci.

I disturbi dello spettro autistico (ASD) presentano un'ampia

gamma di sintomi clinici collegati alla comunicazione e all'interazione sociale. Comportamenti e interessi restrittivi, ripetitivi e stereotipati sono comuni nell'ASD. Hanno difficoltà persistenti nell'interazione sociale reciproca e nella comunicazione in una varietà di circostanze. Alti livelli di difficoltà comportamentali concomitanti sono spesso presenti nei bambini con ASD. Secondo il rapporto più recente degli Stati Uniti, l'incidenza è stata di 1/54 nel 2020. Una delle caratteristiche più comuni dell'ASD è il disturbo del sonno che risulta dall'interazione di diversi fattori come fattori psicologici, biologici, familiari, ambientali e metodi di pratica infantile che potrebbero non favorire il sonno (5)

L'ASD è una malattia multifattoriale influenzata da molteplici fattori tra cui fattori neurologici, genetici, immunologici e ambientali. Diversi neurotrasmettitori come la melatonina, il GABA e la serotonina sono necessari per creare un ciclo regolare di

sonno e veglia. Il sonno può essere influenzato da eventuali problemi con la sintesi di questi neurotrasmettitori (6). L'ormone melatonina aiuta a sincronizzare e preservare il ciclo circadiano. L'autismo potrebbe avere una regolazione impropria della melatonina. L'integrità delle trasmissioni sinaptiche e il controllo della melatonina nell'ASD possono entrambi essere influenzati dai geni orologio (7). È stato dimostrato che la terapia esogena con melatonina migliora il programma del sonno nei bambini con ASD. I bambini con ASD hanno mostrato una diminuzione dell'attività dell'enzima finale nella produzione di melatonina, indicando livelli più bassi di melatonina. Questo enzima è codificato dal gene della N-acetilserotonina O-metiltransferasi (8). Il GABA è il neurotrasmettitore che induce il sonno inibendo le cellule coinvolte nelle funzioni di eccitazione. È prodotto dall'area preottica che è l'area

del sonno nell'ipotalamo. Il Quadro teorico bidirezionale dei disturbi del sonno fornisce una panoramica dei vari fattori di rischio che possono influenzare lo sviluppo di problemi del sonno nelle persone con ASD (9).

Una delle malattie più frequentemente identificate sia nei bambini che negli adulti è il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD). Colpisce il 2,9% degli adulti e il 3-5% dei bambini. Continua nell'adolescenza e nell'età adulta. I criteri diagnostici dell'ADHD includono sintomi di disattenzione e/o impulsività che compaiono prima dei 12 anni e iperattività. I pazienti con ADHD non trattati soffrono di una diminuzione in diversi ambiti funzionali critici, inclusi l'ambito accademico, sociale e lavorativo(10).

Si stima che circa il 25-50% delle persone con ADHD riferiscano di avere problemi di sonno in ambito clinico. Inoltre, gli adulti che non dormono abbastanza sono più inclini ad avere sintomi di ADHD. Le interruzioni del sonno di tali

individui sono state collegate a concomitanti problemi di sonno primari e/o cambiamenti causati dai farmaci per l'ADHD. I ricercatori hanno esaminato le connessioni tra l'ADHD e la narcolessia, l'insonnia, i disturbi del ritmo circadiano del sonno (CRSD), la sindrome delle gambe senza riposo e i disturbi respiratori del sonno (SDB) (11-12). La sindrome delle gambe senza riposo (RLS) è una condizione sensomotoria comune caratterizzata da un intenso bisogno di muovere le gambe, spesso accompagnato da sensazioni spiacevoli alle gambe o (meno frequentemente) a parti del corpo. Queste sensazioni sono particolarmente fastidiose la sera o la notte e migliorano con l'attività. A causa della necessità di camminare e della rigidità delle gambe, i pazienti spesso soffrono di insonnia. Si ritiene che questa comorbilità sia causata da carenza di ferro e disturbi dopaminergici (13). L'incidenza dei problemi del sonno nei bambini varia dal 24 all'86% e sono diffusi nelle persone con disabilità

intellettiva . È stato riferito che gli adulti con disabilità mentale hanno un'incidenza di disturbi del sonno che varia dall'8,5 al 34,1%, con un tasso di problemi gravi del sonno del 9,2%. Da uno studio è emerso che 551 persone anziane con disabilità intellettiva avevano problemi di sonno nel 72% dei casi . Il trattamento dei problemi di salute fisica e mentale nelle persone con disabilità intellettiva è un'area che necessita di ulteriori studi. Gli studi condotti su persone senza disabilità intellettiva sono stati spesso la base per lo sviluppo di tecniche diagnostiche e gestionali. Lo stesso schema si osserva nelle persone con disabilità intellettiva che hanno difficoltà a dormire. Mancano informazioni specifiche sulle cause, sugli effetti e sui trattamenti dei problemi del sonno nelle persone con disabilità dello sviluppo. La valutazione e il trattamento dei problemi del sonno nelle persone con disabilità intellettiva possono essere basati sulla conoscenza dei diversi tipi di problemi del sonno che queste persone

incontrano e dei numerosi fattori che influenzano il loro sonno (14) . I disturbi del sonno rappresentano una delle principali preoccupazioni nei bambini con disturbi dello sviluppo neurologico. In questo gruppo di pazienti i disturbi del sonno sono comuni e tendono alla cronicità. Sono necessarie varie soluzioni in base al problema dello sviluppo neurologico, ma tutti i pazienti e le loro famiglie dovrebbero ricevere un intervento psicoeducativo. Comprendere le caratteristiche distintive dei disturbi del sonno nei pazienti con disordini del neurosviluppo è fondamentale per una terapia efficace e per evitare ulteriori ripercussioni sui caregiver.

Bibliografia

1. Abbott SM, Videnovic A. Disturbi cronici del sonno e lesioni neurali: collegamenti con malattie neurodegenerative . *Nat Sci Sleep* . (2016) 8 :55–61 . doi: 10.2147/NSS.S78947,
2. Kim TW, Jeong JH, Hong SC. L'impatto del sonno e

- dei disturbi circadiani sugli ormoni e sul metabolismo. In . *Int J Endocrinolo* . (2015) 2015 : 1–9. doi: 10.1155/2015/591729,
3. Van Someren EJW, Cirelli C, Dijk DJ, Van Cauter E, Schwartz S, Chee MWL. Sonno disturbato: dalle molecole alla cognizione . *J Neurosci* . (2015) 35 : 13889–95. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2592-15.2015,
 4. Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sonno, insonnia e depressione . *Neuropsicofarmacologia* . (2020) 45 :74–89. doi: 10.1038/s41386-019-0411-y,
 5. Sikora DM, Johnson K, Clemons T, Katz T. La relazione tra problemi di sonno e comportamento diurno nei bambini di età diverse con disturbi dello spettro autistico . *Pediatrics* . (2012) 130 Supplemento 2 : S83–90. doi: 10.1542/peds.2012-0900F,
 6. Honomichl RD, Goodlin-Jones BL, Burnham MM, Hansen RL, Anders TF. Secretina e sonno nei bambini con autismo . *Psichiatria infantile e sviluppo umano*
 7. Cortesi F, Giannotti F, Ivanenko A, Johnson K. Sonno nei bambini con disturbo dello spettro autistico . *Dormi Med* . (2010) 11 :659–64. doi: 10.1016/j.sleep.2010.01.010
 8. Wajszilber D, Santiseban JA, Gruber R. Disturbi del sonno nei pazienti con ADHD: impatto e sfide di gestione . *Nat Sci Sleep* . (2018) 10 :453–80. doi: 10.2147/NSS.S163074,
 9. Himelfarb M, Shatkin JP. Insonnia pediatrica . *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* . (2021) 30 : 117–29. doi: 10.1016/j.chc.2020.08.004
 10. Konofal E, Lecendreux M, Cortese S. Sonno e ADHD . *Dormi Med* . (2010) 11 :652–8. doi: 10.1016/j.sleep.2010.02.012
 11. Weiss MD, Craig SG, Davies G, Schibuk L, Stein

- M. Nuova ricerca sulla complessa interazione tra sonno e ADHD . *Curr Sleep Med Rappresentante* . (2015) 1 : 114–21. doi: 10.1007/s40675-015-0018-8
12. Wagner ML, Walters AS, Fisher BC. Sintomi del disturbo da deficit di attenzione/iperattività negli adulti con sindrome delle gambe senza riposo . *Dormi* . (2004) 27 : 1499–504. doi: 10.1093/sleep/27.8.1499
13. Van de Wouw E, Evenhuis HM , E c h t e l d MA. Prevalenza, fattori associati e trattamento dei problemi del sonno negli adulti con disabilità intellettiva: una revisione sistematica . *Ris Dev Disabilita* . (2012) 33 : 1310–32. doi: 10.1016/j.ridd.2012.03.003,
14. Richdale AL, Baker EK. Sonno in individui con disabilità intellettiva o dello sviluppo: recenti rapporti di ricerca . *Curr Dev Disord Rep*

Liberarsi dalla dipendenza delle conferme esterne: il ruolo della paura del giudizio e dell'autogiudizio

di Nicoletta Del Monaco

La "paura del giudizio" è un fenomeno psicologico comune che si riferisce alla preoccupazione e all'ansia associata alla possibilità di essere giudicati o criticati dagli altri.

Questo timore può influenzare profondamente il comportamento e le scelte di un individuo, spingendolo a conformarsi alle norme sociali per evitare disapprovazione o rifiuto. Esplorare le radici evolutive di questa paura ci permette di comprendere meglio il suo ruolo nella necessità di appartenenza sociale.

Durante il corso dell'evoluzione umana, ciò che garantiva vantaggi cruciali e per la sopravvivenza umana e per il successo riproduttivo della specie era

l'appartenenza a un gruppo sociale.

Difatti, i nostri antenati, hanno sviluppato cooperazione, collaborazione e la tendenza a cercare l'approvazione del gruppo per garantire protezione, risorse e supporto sociale. Chi era in grado di mantenere solidi legami sociali godeva di maggiori vantaggi in termini di protezione e supporto reciproco.

In questo contesto, la paura del giudizio è emersa come un meccanismo di adattamento e l'ansia associata a tale timore, serviva da deterrente, incoraggiando comportamenti conformi alla coesione sociale, favorendo la

collaborazione all'interno delle comunità ed incentivando le persone a conformarsi alle norme del gruppo per evitare l'esclusione, il rifiuto o situazioni che avrebbero potuto mettere a rischio la sopravvivenza individuale.

Ad emergere, da quanto evidenziato nel corso dell'evoluzione umana, è questa connessione tra il

bisogno di appartenenza sociale e la preoccupazione per il giudizio altrui che rappresenta una dinamica complessa che coinvolge non solo l'evoluzione ma anche la biologia e le esperienze relazionali.

Questa connessione può essere compresa attraverso diverse prospettive teoriche ed evidenze empiriche, basti pensare alla teoria dell'appartenenza sociale che sostiene che gli esseri umani sono intrinsecamente orientati verso la formazione di connessioni sociali e che il bisogno di appartenere è uno dei motivatori fondamentali del loro comportamento; agli studi condotti da Leary e Kowalski nel 1990 che hanno evidenziato come questa paura può essere collegata a vari fattori, tra cui l'autostima, la sensibilità al rifiuto e la necessità di approvazione sociale, aspetti che influenzano la percezione di sé e che possono indurre le persone a modellare il proprio comportamento in conformità con le aspettative sociali per evitare il giudizio

negativo; alla teoria dell'autoefficacia di Bandura, secondo la quale la percezione della propria competenza è influenzata dalle conferme esterne portando gli individui ad interiorizzare feedback positivi o negativi degli altri, plasmando la fiducia nelle proprie abilità e contribuendo all'identità personale; al concetto di autostima per prima minacciata nel corso della ricerca affannosa di validazione sociale, alla teoria dell'autodeterminazione che sottolinea come la paura del giudizio possa derivare dalla ricerca di approvazione come uno dei bisogni psicologici fondamentali, contribuendo alla motivazione intrinseca delle persone o alla teoria dell'attaccamento che suggerisce come il bisogno di appartenenza sia radicato nelle prime relazioni di attaccamento in cui, le esperienze di attacco sicuro o insicuro, possono influenzare la percezione di sé e la sensibilità al giudizio altrui nella vita adulta.

Sebbene le dinamiche sociali siano notevolmente cambiate

nel corso dei millenni, la paura del giudizio è ancora un argomento centrale nella vita dell'individuo, difatti, la società moderna, caratterizzata da una crescente interconnessione attraverso la tecnologia e una maggiore visibilità sociale, ha contribuito ad amplificare il timore del giudizio altrui e il bisogno di validazione esterna.

L'avvento dei social media, infatti, ha reso la vita delle persone più visibile che mai *promuovendo* un'idealizzazione della

perfezione e nell'aspetto fisico e nelle realizzazioni personali; creando un terreno fertile per la comparazione sociale ed evidenziando una forte pressione per aderire a standard irrealistici.

Le immagini perfette e le vite apparentemente invidiabili, condivise online, fanno sì che gli individui possano percepire un crescente giudizio basato sulla loro conformità o devianza dai canoni di bellezza, successo e felicità promossi attraverso le piattaforme digitali in cui

questa competizione per l'attenzione online ha trasformato la validazione esterna in una forma di valuta sociale minando, attraverso "like", "follower" e "condivisioni" l'autovalutazione dell'individuo, facendo percepire il giudizio online come un fattore determinante del successo e creando una dipendenza dalla validazione online.

In questo scenario sempre più visibile e pertanto meno *offline*, fondamentale e al tempo stesso interconnesso con la paura del giudizio è il concetto di autogiudizio, un processo psicologico attraverso il quale gli individui valutano e giudicano se stessi in vari aspetti della loro vita, come le abilità, le scelte, l'aspetto fisico e il valore personale.

L'autogiudizio si sviluppa attraverso una combinazione di esperienze personali, feedback sociali e influenze culturali.

Gli individui assimilano e interiorizzano le opinioni e le aspettative degli altri, creando

una rappresentazione interna di sé stessi che può

far intensificare la loro autovalutazione nella speranza di conformarsi agli standard socialmente accettati o di evitare il giudizio negativo.

Il timore del giudizio, di non appartenenza e di rifiuto, può alimentare un ciclo distruttivo di autogiudizio critico.

Le persone, infatti, temendo il giudizio degli altri, possono iniziare a giudicarsi duramente per anticipare o evitare il possibile giudizio negativo altrui, creando un circolo vizioso di autovalutazione negativa.

Questo processo può minare ed influenzare direttamente l'autostima, contribuendo a un senso di valore personale basato sulla percezione ed eventuale reazione altrui.

Liberarsi dal vincolo della validazione sociale può essere un processo graduale che coinvolge consapevolezza, autenticità e la pratica di strategie psicologiche mirate.

Difatti, avere una buona capacità di riconoscere e comprendere i propri pensieri, emozioni, comportamenti, e di avere una comprensione profonda della propria identità, incluse le proprie forze e debolezze può essere fondamentale nello sviluppo personale ed avere profonde ed importanti implicazioni nel benessere psicologico e relazionale di un individuo in quanto promuove l'autenticità, consentendo alle persone di vivere in modo congruente con i propri valori, bisogni e desideri riducendo la tendenza a conformarsi alle aspettative altrui.

Quando si è consapevoli dei propri bisogni, limiti e desideri, è più facile:

- comunicare in modo chiaro e assertivo, migliorando la qualità delle interazioni sociali;
- accettare le parti di sé che potrebbero essere percepite come imperfette;
- essere in sintonia con sé stessi, compiendo scelte più autentiche e soddisfacenti;

- imparare attraverso l'auto-riflessione da esperienze passate, adattandosi ai cambiamenti;
- riconoscere i segnali di stress nel corpo e nella mente consentendo di adottare strategie di coping più efficaci;
- diventare più responsabili delle scelte che si compiono;
- riconoscere e abbracciare la propria individualità per costruire una base più solida per l'autostima, e riducendo la dipendenza dalla validazione esterna;
- affrontare gradualmente le situazioni sociali che generano ansia sviluppando una maggiore tolleranza al giudizio altrui;
- riconoscere e accettare la propria imperfezione come parte naturale del processo di crescita e apprendimento.

Imparare ad essere più consapevoli di sé richiede tempo e impegno, ma può portare a una maggiore indipendenza emotiva, a una visione più equilibrata di sé

stessi e ad avere una resilienza emotiva permettendo di vivere nel momento presente, riducendo l'attenzione sulla paura del giudizio e aiutandoti a

sviluppare una prospettiva più equilibrata delle situazioni sociali.

R I F E R I M E N T I BIBLIOGRAFICI

Asch, SE (1956). *Studi su indipendenza e conformità: una minoranza di uno contro una maggioranza unanime*. Monografie psicologiche, 70(9), 1–70.

Bandura, A. (1994). *Autoefficacia*. In VS Ramachaudran (a cura di), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). Stampa accademica.

Baumeister, RF, & Leary, MR (1995). *Il bisogno di appartenenza: il desiderio di legami interpersonali come motivazione umana fondamentale*. Bollettino psicologico, 117(3), 497–529.

Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*: vol. 1. Attachment. Basic Books.

Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. Scribner's.

Curran, T., & Hill, A. P. (2017). *Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016*. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410–429.

Deci, EL, & Ryan, RM (2000). *Il "cosa" e il "perché" del perseguimento degli obiettivi: bisogni umani e autodeterminazione del*

comportamento. *Indagine psicologica*, 11(4), 227–268.

Fardouly, J., Diedrichs, P. C., Vartanian, L. R., & Halliwell, E. (2015). *Social comparisons on social media: the impact of Facebook on young women's body image concerns and mood*. *Body Image*, 13, 38–45.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996).

Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a

specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276–280.

Markus, H., & Wurf, E. (1987). *The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective*. *Annual Review of Psychology*, 38(1), 299–337.

Leary, MR, Tambor, ES, Terdal, SK, & Downs, DL (1995). *L'autostima come monitor interpersonale: l'ipotesi del sociometro*. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 68(3), 518–530.

Leary, MR (2010). *Perché ci preoccupiamo di ciò che pensano gli altri?* Nel *Manuale di psicologia sociale* (vol. 2, pp. 151–176). Wiley.

Swann, W. B., Jr., & Bosson, J. K. (2010). *Self and Identity*. *Handbook of Social Psychology* (5th ed., Vol. 2, pp. 589–628). John Wiley & Sons.

Tajfel, H. (1978). *Categorizzazione sociale, identità sociale e confronto*

sociale (pp. 61– 76). Stampa accademica.

Wang, Q., Chen, W., & Liang, Y. (2019). *The impact of social media-based brand communities on brand trust and purchase intention*. *Internet Research*, 29(3), 430–448.

Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. Bloomsbury Press.