

Psicologinews.it

Scientific

L' ADHD prima
dell' ADHD,
l'osservazione che
precede la
nosografia

di Roberto
Ghiaccio pag 20

**VIOLENZA CONTRO
GLI OPERATORI
SANITARI:
RIFLESSIONI SUL
FENOMENO**

Di Cinzia Saponara
pag 27

Un'intricata danza
di pensieri. Quando
l'overthinking ci
intrappola in una
nebbia di
incertezza

di Nicoletta Del
Monaco pag 35



Binge drinking e drunkoressia: l'abbuffata
alcolica

di Anna Borriello, Francesca Dicè pag 3

I Problemi Psico - sociali del paziente
pediatrico con patologia cronica.

di Ilenia Gregorio pag 13

LA TRAPPOLA DEL DOC

di Antonia Bellucci pag 47



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: 22 gennaio 2024

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

Binge drinking e drunkoressia: l'abbuffata alcolica

**di Anna Borriello,
Francesca Dicè**

‘ ‘ *B i n g e drinking*’, ‘*drunkoressia*’, ti è mai capitato di imbatterti in queste espressioni? Proviamo a fare un po' di chiarezza su questo fenomeno che, come un vero e proprio trend, sta spopolando sempre più tra i giovani – e non – portando con sé molteplici risvolti non soltanto sul piano fisico, come potresti ampiamente immaginare, ma anche e soprattutto sul versante psicologico. Fin dagli albori dell'umanità l'uso e l'abuso di alcol ha accompagnato la vita dell'uomo assumendo, nel corso dei secoli, svariate valenze culturali. Le bevande alcoliche sono state utilizzate come alimento, simbolo di sacralità nei riti religiosi, mezzo di connessione con istanze ultraterrene, automedicazione, elemento di convivialità e strumento di aggregazione sociale. Stabilire il limite tra uso tradizionale e

uso patologico è continuamente oggetto di studio in ambito medico, psichiatrico, sociologico e politico. Distinguendo dunque un'abitudine non patologica da una dipendenza, raggruppiamo i bevitori in tre diverse categorie:

1. I bevitori abituali e non abituali, la cui attitudine al bere non provoca danni e che possono, nel caso si renda utile o necessario interrompere tale consuetudine;
2. Coloro che, avendo sviluppato una dipendenza, non riescono a rinunciare al bere, nemmeno nel momento in cui tale comportamento provoca evidenti danni alla salute, all'andamento delle loro relazioni interpersonali o lavorative.
3. Coloro, per i quali ogni interesse, motivazione o iniziativa ruota intorno al bere.

Ma l'abuso alcolico è un vizio, una moda, un sintomo o una malattia? Oggigiorno al

consumo moderato di alcol durante i pasti, si stanno sostituendo i consumi fuori pasto, consumi eccessivi e ad alta intensità. Quando parliamo di *Binge drinking*, termine inglese introdotto nel panorama italiano all'inizio degli anni 2000, facciamo riferimento alla cosiddetta "abbuffata di alcolici", ovvero ad una condotta disfunzionale assunta da una persona quando ingerisce volutamente quantità ripetute di alcol in misura maggiore alle sue capacità psicologiche e fisiologiche; nello specifico, come puntualizza la *British Medical Association*, con tale termine s'intende il bere, con il preciso proposito di ubriacarsi (ricerca dell'effetto psicoattivo), di solito in contesti di socialità, una quantità convenzionalmente misurata in "6 o più bicchieri di bevande alcoliche –in a row- in fila" in un breve arco di tempo. E' dunque il numero di drink consumati in un'unica occasione che definisce quantitativamente il comportamento di *Binge Drinking*. Il drink viene consumato molte volte in

modo quasi consecutivo e rapido, ovvero senza sorseggiare, tutto d'un fiato. Si tratta di una tendenza che si acquisisce nel fine settimana derivata dalla volontà dei ragazzi di provocarsi uno stato di alterazione in determinate occasioni. Recenti studi americani hanno dimostrato come il più delle volte il *binge drinking* si associa a quella che viene definita "*drunkoressia*", ovvero la restrizione alimentare a cui si sottopongono soprattutto i ragazzi prima di consumare alcolici, al fine non solo di limitare l'introito calorico ed evitare di prendere peso ma anche di potenziare gli effetti euforizzanti e disinibenti dell'alcol, incrementando così il rischio di sviluppare in età adulta dipendenze patologiche e disturbi della sfera psichica. Lo scopo di tali abbuffate alcoliche risiede nel provare ebbrezza fino ad arrivare all'ubriacatura completa con perdita di controllo e intossicazione. Se ripetuto nell'arco di sei mesi, quattro sono i criteri per diagnosticare un episodio di *Binge drinking*:

- ✓ eccessivo consumo di alcol;
- ✓ assunzione di alcol rapidamente in un breve arco di tempo;
- ✓ bere fino ad ubriacarsi e a sentirsi male;
- ✓ bere in compagnia in particolari eventi.

Ad oggi, nella popolazione giovanile, il consumo di alcol è in forte crescita già tra gli 11 e i 15 anni di età. I dati dell'Istituto Superiore della Sanità fanno emergere come il 42% dei ragazzi di età compresa tra i 18 e i 34 anni che mette in atto il *binge drinking* beve alcolici fuori pasto. In tale contesto, le ripetute bevute raramente hanno carattere occasionale, tendono perlopiù a diventare un atteggiamento frequente sino a trasformarsi in vera e propria dipendenza, fisica e psichica, da alcool, con conseguenti sintomi da astinenza quali: depressione, alterazione dell'attività circadiana e disturbi del sonno, disturbi sessuali, irritabilità nonché problemi di performance cognitive,

compromettendo così attività scolastiche, lavorative, ma anche le più semplici attività che scandiscono la routine quotidiana. Secondo Hudolin (2015) bere grandi quantità di alcol, in forte concentrazione e molto velocemente, deprime fortemente il sistema nervoso provocando abbattimento o comportamenti aggressivi e alterazioni delle percezioni visive, uditive e motorie, fino ad arrivare a forme di perdita del controllo e della coscienza di sé. L'iniziazione al comportamento avviene solitamente al di fuori dell'ambiente familiare, in contesti particolari come feste, concerti, serate in discoteca e locali con il rito dell'happy hour e termina all'after hour. Tali abbuffate alcoliche sono associate ad una forma di pericolosità che definiamo "indotta", ovvero relativa alla quantità eccessiva di alcool assunta, e ad una pericolosità che identifichiamo come "dovuta", cioè, legata alla modalità di ingestione. Tuttavia, il fatto che l'alcol sia una sostanza socialmente accettata e giuridicamente legale, può indurre a

sottovalutare i rischi in cui spesso incorrono i *Binge Drinkers* sotto l'influenza dell'alcol. Pertanto, prendendo in considerazione i rischi alcol correlati, ritroviamo oltremodo i disagi e le compromissioni per la salute organica, cognitiva e psichica, nonché per il benessere individuale. A livello fisico, le conseguenze del *binge drinking* sono molteplici. In prima istanza, quando si è ancora in uno stato di ebbrezza, si possono sperimentare nausea, vomito, mancanza di equilibrio e di coordinazione. Altri effetti comuni sono:

- ✓ la disidratazione,
- ✓ la sonnolenza,
- ✓ la sudorazione incontrollata,
- ✓ i tremori.

Il *binge drinking* determina inizialmente una depressione dell'attività del sistema nervoso centrale facendo diminuire l'ansia, la tensione e le inibizioni comportamentali. Al contempo, però, calano l'attenzione e la capacità di giudizio e di concentrazione; provoca talvolta disturbi della

memoria e incordinazione motoria. L'umore è alterato e le percezioni sono fortemente rallentate. L'andatura si fa incerta e l'eloquio impacciato. Sono frequenti danni a lungo termine, per effetto degli squilibri cognitivi. Sul versante interpersonale, fare esperienza del *Binge drinking* comporta inevitabilmente problemi nelle attività quotidiane, nelle amicizie, nei rapporti affettivi, nelle dinamiche familiari, nelle aree sociali e personali nella misura in cui l'individuo ha quasi sempre difficoltà a gestirsi dato lo stato di alterazione in cui si trova dopo un'abbuffata alcolica. Le conseguenze del *binge drinking* nella propria vita sociale sono strettamente connesse anche agli effetti che le abbuffate alcoliche hanno sulla salute mentale. Le conseguenze psichiche durante il *binge drinking* riguardano prettamente un'alterazione dell'umore: è possibile sperimentare un senso di tristezza e disforia, nervosismo e aggressività ma anche iperattività. Non solo: lo

stato di ebbrezza può rendere le persone più propense a compiere gesti estremi. Nel lungo periodo, molteplici sono le conseguenze negative per la propria salute mentale:

- ✓ si sviluppa una maggiore irritabilità,
- ✓ si ha la tendenza a essere violenti,
- ✓ si sperimentano m o m e n t i di depressione,
- ✓ si sviluppano disturbi del sonno,
- ✓ si innalza il livello di stress,
- ✓ si hanno vuoti di memoria,
- ✓ si compromette la facoltà cognitiva.

Ma quali sono i motivi sottostanti alle abbuffate alcoliche? Le motivazioni che spingono i giovani ad avvicinarsi all'alcol sono molteplici e possono risiedere nel bisogno di uniformarsi al gruppo di appartenenza, nonché quello di provare sensazioni piacevoli, lo sperimentare sentimenti di solitudine, la necessità di evadere dai problemi quotidiani, dal senso di vuoto; l'atteggiamento che emerge dalle indagini

statistiche, per una rilevante percentuale di giovani, è una intenzionale ricerca dello "sballo" soprattutto nel fine settimana. Un sempre maggiore numero di giovani fa oggi uso di alcol, ritenendolo un elemento socializzante ed in alcuni casi automedicativo dei mali dell'anima, quali depressione, noia ed ansia. L'adolescenza è senza dubbio un periodo delicato e di transizione: le pressioni sociali, il bisogno di emancipazione e il processo di costruzione di un sé adulto, possono talvolta, in determinate circostanze, trasformarsi in oneri molto pesanti. Spesso, si assiste nei giovani a tendenze all'omologazione acritica verso il gruppo di pari, alla messa in atto di condotte rischiose e talvolta devianti cosicché il consumo di alcolici riesce a calmierare tutte queste spinte, fornendo una soluzione semplice e immediata allo stress, ovvero l'evitamento dello stesso. L'adolescente, alle prese con una fase del proprio ciclo di vita caratterizzata dal bisogno di definire la sua identità,

fronteggiare lo stress, acquisire uno status di adulto attraverso riti di iniziazione, è fisiologicamente portato ad assumere nelle sue azioni una certa dose di rischio (*“risk taking”*). Pertanto, tali condotte a rischio assumono un significato “funzionale” al raggiungimento degli obiettivi di crescita specifici quali acquisizione di autonomia, individuazione e sviluppo. Più specificatamente tali obiettivi si concretizzano nel bisogno di sperimentare nuove sensazioni e ricerca di esperienza, autoaffermazione ed autonomia, sfida agli adulti e trasgressione delle regole, acquisizione di una visibilità sociale, fuga da situazione ansiogene. Talvolta il comportamento a rischio può costituire un rito di passaggio che permette di assumere lo status di adulto oppure una strategia per fronteggiare lo stress (coping). Possiamo quindi affermare che molteplici sono le motivazioni che spingono al consumo di alcool, raggruppate in corrispondenza di diversi stati d’animo:

- ✓ la sofferenza fisica o psichica che si esplicita in ansia, paura, preoccupazione, angoscia, fin dall’antichità;
- ✓ il desiderio di emergere sugli altri, il bisogno di approvazione sociale, di fin dall’antichità;
- ✓ l’esigenza di evadere dalla noia della quotidianità, ampliando la propria possibilità creativa, artistica ed immaginativa.

Di conseguenza, per il ragazzo, l'azione “rischiosa” è, da un certo punto di vista, quasi necessaria sia allo scopo di capire chi è e chi vuole diventare, sia per verificare quali sono i suoi limiti e poter quindi meglio definire le proprie potenzialità e le risorse da incrementare. D'altra parte, l'adolescente sente il bisogno di modellare e presentare al gruppo dei pari, assunti ora come punto di riferimento al posto dei genitori, una immagine di sé diversa da quella che si era costruito all'interno del gruppo familiare. Numerose ricerche infatti dimostrano che il

contesto dei pari rappresenta uno dei maggiori predittori per l'uso di alcol negli adolescenti ed in particolar modo per il fenomeno delle abbuffate alcoliche. Il bisogno di essere accettati e d'identificarsi nel gruppo aderendo alle sue regole aumenta le probabilità, per chi frequenta amici che consumano alcol, di sperimentarlo a propria volta. Tuttavia, occorre distinguere il concetto di “*sensation seeking*” inteso da Martin Zuckermann come “eccitazione fisica e psicologica, ricerca di sensazioni intense, complesse e correlate alla disponibilità a correre rischi a livello fisico, sociale, legale e finanziario” da quello di “*risk taking*”, “prendersi il rischio” da intendersi in un'area più indirizzata al processo evolutivo in cui l'intraprendere un'attività dall'esito incerto può essere da un lato potenzialmente dannosa al soggetto, ma dall'altro anche in grado di condurlo ad acquisizioni importanti per la sua crescita. Tuttavia, negli ultimi anni, questa fisiologica attitudine a comportamenti “a

rischio”, si estrinseca sempre più in attività in cui il rischio rappresenta un concreto e reale pericolo che può mettere a repentaglio la propria vita. Il *binge drinking* rappresenta uno dei più grandi problemi di salute attuale sia per l'abbassamento della percezione del rischio correlata all'ubriacatura, sia per le conseguenze dell'intossicazione alcolica acuta che ne risultano. Tale modalità di consumo, considerata a tutti gli effetti una forma di alcolismo, è infatti una problematica psico-sociale in emergenza che ha moltissime ripercussioni sulla vita del soggetto e può provocare la progressione verso forme più gravi di abuso di alcol. Il consumo di alcolici rappresenta oggi un comportamento in rapida evoluzione, favorito dalla pubblicità e dalle sofisticate tecniche di marketing che inducono ad associare il bere ad uno stile di vita moderno e vincente. L'alcol viene così proposto in veste di facilitatore delle relazioni

interpersonali, della capacità di seduzione, del miglioramento delle prestazioni, del raggiungimento del successo sociale e sessuale, mentre il fenomeno d'abuso viene sempre più "normalizzato". Dalle evidenze statistiche registrate si evince la necessità di attuare strategie di prevenzione più efficaci, mirate alla maturazione di una cultura del benessere al fine di tutelare la salute promuovendo specialmente nei giovani nuovi stili di vita. Appare quindi importante definire una strategia di prevenzione rivolta alla diminuzione dei consumi alcolici e all'adozione di stili di vita sani nei giovanissimi. Fare prevenzione significa "produrre dei cambiamenti stabili nel tempo e che vanno al di là dell'intervento individuale. È necessario creare programmi che non si limitino a interventi riparativi e limitati nel tempo bensì che coinvolgano le persone e le rendano consapevoli delle loro scelte" (Bastiani Pergamo & Drogo, 2012). Il *Binge*

Drinking emerge come un fenomeno nuovo che sta coinvolgendo le giovani generazioni di adolescenti e preadolescenti che non associano l'alcol ad un piacere, ma ad una necessità. Tale forma iniziale di dipendenza da alcol non è solo individuale, ma diventa collettiva. Quando direttamente interrogati, di solito i giovani rispondono che bevono perché è divertente e permette di sentirsi più a loro agio in mezzo agli altri, diventando più loquaci e più sicuri di sé. Infatti, tali abbuffate alcoliche si concentrano quasi esclusivamente in contesti dov'è richiesta una prestazione sociale. Può dunque configurarsi come una strategia di coping disadattiva messa in atto per abbassare i livelli di stress connessi all'interazione (Bear, 2002) o per ovviare a bassi livelli di autostima. Indubbiamente alla base del fenomeno esiste una commistione di fattori bio-psico-sociali, quali la mancanza di autocontrollo (Gibson, Schreck, & Miller,

2004) o di modelli familiari positivi, fattori genetici predisponenti all'abuso (Stickel, Moreno, Hampe & Morgan, 2017) e schemi cognitivi (Roper, Dickson et al., 2009) ed emotivi peculiari. Non ultimo, a differenza della maggior parte delle sostanze psicotrope finalizzate allo "sballo", l'alcool è socialmente accettato. Di fatto, sebbene possa sembrare un comportamento giovanile volto allo svago e alla spensieratezza, il *binge drinking* rientra tra i fenomeni di dipendenza riconosciuti a livello sanitario nell'ambito dell'alcolismo.

"All'inizio tu ti bevi un bicchiere, poi il bicchiere si beve un bicchiere, poi il bicchiere si beve te" (Francis Scott Fitzgerald)

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre de Kot, M., Gli adolescenti e l'alcol. Antonio Vallardi Editore, Milano, (2007). Arnett, J. Sensation seeking. A new conceptualization and a new scale. *Personality and*

Individual Differences, 16, 289-296, (1994)

- Blednov YA, Jung S, Alva H, Wallace D, Rosahl T, Whiting PJ, Harris RA. Deletion of the alpha1 or beta2 subunit of GABAA receptors reduces actions of alcohol and other drugs. *J Pharmacol Exp Ther.* 2003 Jan;304(1):30-6
- D'Alessio, M., Baiocco, R., Laghi, F., The Problem of Binge Drinking among Italian University Students: A Preliminary Investigation, in "Addictive Behaviors", 31, pp. 2328-33, (2006).
- Piaget, J. Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia. Einaudi, Torino (1967).
- Stromberg MF, Mackler SA, Volpicelli JR, O'Brien CP, Dewey SL. The effect of gamma-vinyl-GABA on the consumption of concurrently available oral cocaine and ethanol in the rat.

Pharmacol Biochem
Behav. 2001
Feb;68(2):291-9.

- Wechsler, H. e Isaac N.
“Binge” Drinkers at
Massachusetts
Colleges. Prevalence,
Drinking Style, Time
Trends, and Associated
Problems, in “Journal of
the American Medical
Association”, 267, 21,
pp. 2929-31 (2006).
- Zuckerman, M.
Behavioral expressions
and biosocial bases of
sensation seeking.
Cambridge University
Press, New York (1994)

I Problemi Psico - sociali del paziente pediatrico con patologia cronica.

di Ilenia Gregorio

Le patologie croniche sono malattie dalla prognosi incerta e a decorso inaggravante che richiedono un rapporto continuativo e diretto con le strutture e gli operatori sanitari. La National Commission on Chronic Illness degli USA, nel 1956, ha definito malattie croniche tutte quelle patologie caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche (Bertola e Cori, 1989). A differenza delle malattie acute, che alterano lo stile di vita per un periodo di tempo circoscritto, i pazienti affetti da patologie croniche – e spesso anche i loro familiari – devono adattare le loro abitudini, i loro spazi e i loro tempi in base alla malattia, al suo decorso e alle terapie necessarie (Krulik e coll., 1999).

L'impatto psico-sociale delle malattie croniche, infatti, si manifesta a diversi livelli, intrapsichico e interpersonale, nell'ambito familiare, scolastico e lavorativo e a livello macrosociologico.

Già dagli anni '30 Anna Freud metteva in evidenza che una "malattia fisica" poteva avere gravi conseguenze sullo sviluppo psicologico del bambino, soprattutto se di lunga durata. L'ospedalizzazione e le cure prolungate potevano compromettere in modo anche importante, il delicatissimo processo evolutivo del piccolo ammalato, con conseguenze diverse correlate all'età di insorgenza della patologia, alla sua gravità e al suo protrarsi. Dai primi studi di Anna Freud ad ora lo scenario è gradualmente cambiato se consideriamo che i progressi terapeutici hanno trasformato molte patologie incurabili in malattie con sopravvivenza prolungata, incrementando, però, i problemi sociali.

Oggi giorno, le strutture sanitarie si sono attrezzate per

i pazienti con patologie croniche in modo da consentire loro la migliore qualità di vita (Centri Specialistici e Day Hospital con afferenza di competenze particolari); sono nate Associazioni di malati spesso integrate da adeguati Comitati Scientifici, che attualmente tendono ad aggregazioni sempre più interessanti (Consulte di Associazioni); la vita politica, anche se con fatica, sta realizzando che la questione “malato cronico” interessa milioni di persone e che sarà necessaria una particolare sensibilità nei suoi confronti. La malattia cronica, difatti, richiede cure e competenze particolari, rapporti continui con le Strutture Sanitarie ed ha, comunque, anche nella migliore delle ipotesi, grande rilievo sulla vita sociale del paziente e della sua famiglia, sui suoi progetti, sulle sue aspirazioni.

Il bambino fino ai 6-7 anni ha un comportamento del tutto particolare vede la sua malattia cronica come una colpa, le terapie come maltrattamenti e avverte come

dolore tutte le tensioni, i bisogni e i disagi caratteristici della sua situazione. In questa fase della vita il comportamento della madre è importantissimo una madre che si sforza di trasmettere serenità e consapevolezza, avrà maggiori possibilità di infondere tranquillità al bambino; una madre ansiosa avrà, al contrario, un bambino agitato, preoccupato, spaventato. Qui il supporto psicologico specifico, gioca un ruolo fondamentale: lo psicologo dovrà mettere in campo tutta la sua competenza e le tecniche specifiche, dovrà accogliere, contenere ed implementare le risorse del bambino e della sua mamma, spiegando bene tutto quello che sta succedendo e sostenendo al massimo la figura materna o comunque genitoriale.

Dopo i 7 anni il bambino affronta la malattia con maggiore coscienza capisce bene quello che gli viene detto, localizza i disturbi, quando soffre fisicamente si sente ancora “punito”, maltrattato, perseguitato.

Il supporto psico-sociale e la famiglia devono aiutarlo a mantenersi obiettivo, a non strutturare delle interpretazioni devianti, devono guidare il piccolo paziente ad avere un atteggiamento positivo nei confronti della vita in genere e della sua terapia in particolare. Si capisce bene come sia sempre di più indispensabile un colloquio chiaro, onesto, sereno e costante da parte dell'équipe curante.

Nell'età adolescenziale la situazione diventa sempre più difficile (di per sé questo il periodo della vita più complesso dal punto di vista psicologico e sociale). Il ragazzo può assumere atteggiamenti di difesa, con negazione della malattia che viene vista come una minaccia, un impedimento alla propria autonomia, una aggressione alla "immagine di sé. E' vero che la negazione della malattia può rappresentare una protezione, almeno nelle fasi iniziali, ma l'adolescente in questo caso non accettando la propria condizione, probabilmente non accetterà nemmeno le terapie propostegli.

E' importante quindi che egli prenda piena coscienza del proprio stato, che possa esaurientemente usufruire del sostegno della famiglia, del personale sanitario e delle strutture di afferenza perché, senza un adeguato supporto, e senza risorse alternative, potrebbe "regredire" sino a mettere in atto comportamenti infantili. Solitamente nell'adolescente questi disturbi regressivi hanno una durata transitoria, soprattutto se ricevono il supporto adeguato che appena la malattia lo consente, deve favorire l'indipendenza, l'autosufficienza, l'autogestione. Il giovane deve continuare, laddove sia possibile, la sua vita sociale. L'isolamento e l'allontanamento dalla realtà possono portare nell'adolescente, all'insorgenza di sintomi nevrotici e depressivi. La totale negazione della malattia porterà ad una "frattura" fra il paziente ed il suo male: scissione pericolosa dal punto di vista psicologico. Occorre che il ragazzo comprenda e accolga la sua malattia, con

tutto l'appoggio e il supporto di cui necessita.

L'adolescenza è l'età nella quale, di norma, avvengono profonde modificazioni anche somatiche che già normalmente "disorientano" un ragazzo sano che fatica ad accettare la propria nuova immagine corporea. Modificazioni fisiche legate allo stato di malattia, in questa età, diventano fonte di grande ansia. La malattia, che non deve mai essere tenuta nascosta al paziente e al suo contesto, deve essere ben conosciuta ed accettata per quello che è, nella sua realtà, senza banalizzazioni né sopravvalutazioni.

Il momento più importante, infatti, nel contesto di una malattia cronica è la comunicazione della diagnosi.

Questa deve avvenire con il tempo necessario, in un ambiente idoneo, con chiarezza assoluta, precisione e completezza deve essere rivolta, oltre che alla famiglia, al paziente, anche se piccolo. Un bambino di 5-6 anni può benissimo ricevere informazioni circa la sua

malattia, chiaramente con modalità e materiali adeguati alla sua età. Quando parliamo di comunicazione della diagnosi però non dobbiamo vederla come un fatto che si compie, che si chiude, che non si ripete più. La comunicazione della diagnosi deve significare l'inizio di un rapporto paritetico, di una "alleanza" tra malato – famiglia – équipe curante con lo scopo di sconfiggere la malattia. Questa "alleanza relazionale" ha una valenza positiva, può essere di grande aiuto alla famiglia e apportare fiducia. Infatti, quando, nel contesto familiare, irrompe la diagnosi di una malattia cronica, potenzialmente mortale o invalidante, la famiglia dapprima subisce un grave shock psicologico, poi, proprio con il concetto di "affrontare" la malattia, si riorganizza, si pone altri obiettivi, cambia taluni comportamenti e alla fine accetta la situazione.

Nel momento del manifestarsi di una patologia cronica pediatrica, ci si imbatte anche una fase delicata di crisi nella coppia genitoriale, talvolta, per problemi già presenti ed

accentuati dalla situazione. Spesso il padre si sente isolato, avendo talvolta un compito limitato rispetto a quello della madre nella gestione della malattia e “fugge” psicologicamente dalla situazione.

Altre volte fra i genitori si instaura una solidarietà molto forte, tesa solo alla cura del bambino, così che la coppia genitoriale si trasforma in una coppia di accaniti terapeuti, “congelandosi” attorno alla malattia, rompendo i rapporti sociali, chiudendosi al mondo esterno (e questo è un gravissimo errore).

Se la famiglia non accetta la malattia, la nega, non stabilisce l'alleanza terapeutica con l'equipe, ha risentimento verso i medici, oppure si carica di sensi di colpa soprattutto per le malattie trasmesse geneticamente incorrerà, il più delle volte, in un circolo vizioso di stallo e di colpevolizzazioni che inficeranno l'aderenza alle terapie. Come ben si capisce occorre sostenere la famiglia in modo che,

successivamente al periodo iniziale, ritrovi la sua serenità, attraverso nuovi equilibri, perché solo così potrà affrontare il suo iter terapeutico.

La famiglia deve continuare a vivere, a “crescere” dal punto di vista psico-sociale, arricchendosi anche dell'esperienza “malattia”.

E' chiaro che il comportamento del Sistema Familiare è correlato anche all'esistenza di problemi precedenti e che ogni famiglia, di fronte a problemi uguali, ha reazioni diverse per durata e intensità. In questo contesto anche le “bugie”, pur con il loro intento protettivo, non realizzano nulla di positivo, anzi creano un clima di reciproca sfiducia in quanto il malato ha estremo bisogno di verità.

Una situazione di grande disagio è anche quella vissuta dai fratelli del bambino o dell'adolescente ammalato, che spesso, vengono messi da parte, per il grande impegno che sta assolvendo la famiglia, provocando, così, sentimenti abbandonici nella fratria.

Talora su di loro gravano sensi di colpa perché sono sani, oppure hanno l'intuizione di essere "fratelli di scorta", dovesse andare male qualcosa al bambino malato.

La chiarezza della diagnosi, delle cure e di tutto l'iter terapeutico appare quindi fondamentale per tutti i componenti di un nucleo familiare; così come importantissimo è il sostegno psicologico di cui ogni membro necessita: ricordiamo che, diagnosi molto pesanti possono portare a sindromi depressive difficili da superare senza supporto.

Solo in questo modo la cronicità non avrà più significato per persistenza di malattia ma servirà, invece, a definire un'area di grandi bisogni, non sempre espressi, che noi tutti abbiamo il dovere di ricercare ed appagare, in un divenire continuo unicamente rivolto a migliorare la qualità di vita.

Bibliografia

Battisti F.M; Esposito M. "Salute e società. Cronicità e dimensioni Socio-relazionali" Ed. Franco Angeli 2008.

Bertola A.; P. Cori "Il malato cronico. Lo sconosciuto della porta accanto". Ed. Carocci, la Nuova Italia. Roma 1989.

Cohen J. A.; A. P. Mannarino; E. Debblinger. "Trattare il Trauma e il lutto traumatico nei bambini e negli adolescenti". Ed. G. Fioriti 2022.

De Carlo N.A.; R. Senatore Pilleri "Le malattie croniche nel ciclo di vita. Aspetti psicologici, comunicativi e di organizzazione sanitaria". Ed. Franco Angeli. 2011

Fava, G. A., Fabbri, S., Sirri, L., e Wise, T. N. (2007). "Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. Psychosomatics", 48, 103-111.

Freud A., "L'aiuto al bambino malato", Torino, 1987, Bollati Boringhieri.

Freud A., "L'io e i meccanismi di difesa", Milano, 2012, Giunti Editore.

Freud A.; T. Bergman “Bambini malati”. Torino 1974, Ed. Bollati Boringheri.

Grandi, S., Rafanelli, C., e Fava, G. A. (2011). Manuale di Psicomatica. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Livneh, H. (2009). Denial of Chronic Illness and Disability Part I. Theoretical, Functional, and Dynamic Perspectives. Rehabilitation Counseling Bulletin, 52, 225-236.

Maciocco G. “Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali ed internazionali”. Carocci Faber Ed. 2019.

Meyerowitz, B. E., Watkins, I. K., e Sparks, F. C. (1983). Psychosocial implications of adjuvant chemotherapy. A two-year follow-up. Cancer, 52, 1541-1545.

Putton, A., & Fortugno, M. (2011). Affrontare la vita. Roma: Carocci.

Sarno, P. (2009). La sindrome neoplastica. Prevenzione Tumori, 6/7. Consultato su <http://www.prevenzionetumori.it/>

Togliatti Malagoli M. ; Lubrano Lavadera A. “Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia”. Il Mulino 2002

Verardo A.R.; G. Lauretti, “Riparare il Trauma Infantile”. Ed. G. Fioriti 2020.

L' ADHD prima dell' ADHD , l'osservazione che precede la nosografia

di Roberto Ghiaccio

L'ADHD non esiste, è inventato, è sopravvalutato, è colpa dei genitori. È una forma di deresponsabilizzazione, è un'americanata per vendere ritalin, sono solo alcuni dei pregiudizi che colpiscono questo disturbo e per comprendere l'ADHD oltre le sistemazioni nosografiche attuali è necessario ripercorre e ricostruire la sua descrizione.

Ma chi furono i primi medici a dare un volto questa sindrome? È opinione comune che la prima descrizione risalgia con ogni probabilità al medico scozzese Alexander Crichton (1763 – 1856), che nella sua opera in due volumi, "An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement" edita Londra nel 1798, descrisse una sindrome che sembrava avere caratteristiche molto simili al deficit di attenzione dell'ADHD. Nel capitolo dal

titolo "On attention, and its Diseases", Crichton così definiva il significato della capacità di attenzione: "When any object of external sense, or of thought, occupies the mind in such a degree that a person does not receive a clear perception from any other one, he is said to attend to it".

L'incapacità di partecipare allo stimolo esterno, diceva Crichton, si traduce in una difficoltà nel mantenere l'attenzione, difetto che egli riteneva core deficit e che quindi si rendeva evidente molto precocemente nella prima infanzia. Il disturbo, caratterizzato da facile distraibilità, da iperattività e da impulsività, diveniva conclamato nell'età scolare, quando rendeva il bambino incapace di partecipare alle attività scolastiche. Non di rado, diceva il medico scozzese, questi bambini diventano aggressivi, sino "a rasentare la follia". Crichton, per il quale l'incapacità di mantenere un grado costante di attenzione per qualsiasi oggetto, derivava quasi sempre da una sensibilità

patologica o innaturale dei nervi, aveva tuttavia osservato che tale disturbo andava comunque regredendo con l'età.

Ma quasi già nel 1775 Melchior Adam Weikard descriveva bambini ed adulti con "Mancanza di attenzione / Attentio Volubilis" facilmente distratto da tutto (anche dalla sua stessa immaginazione), persistente, iperattivo e impulsivo, generalmente sbadato, volubile e baccanale, superficiale ovunque, per lo più spericolato, altamente instabile nell'esecuzione. Weikard aveva anticipato che la disattenzione è più comune negli adulti e nelle donne, mentre nei bambini predomina l'iperattività. Weikard attribuiva ciò a una generale mancanza di disciplina e stimolazione, a una cattiva educazione nella prima infanzia o, più insolitamente e più recentemente ai suoi tempi, alla disregolazione delle fibre cerebrali dovuta a sovra o sotto stimolazione.

Dopo circa cinquant'anni un medico tedesco pose un tassello importante nella storia della sindrome dell'ADHD e lo fece in modo abbastanza curioso. Heinrich Hoffmann (1809 – 1894) aveva studiato medicina

all'università di Heidelberg, approfondendo poi gli studi ad Halle ed a Parigi. Hoffmann nel 1845 scrisse un libro / filastrocca per bambini dal titolo "*Der Struwwelpeter*, ovvero storielle e immagini divertenti per bambini dai 3 ai 6 anni", da lui stesso disegnate, nel quale descriveva le malefatte di un bambino che presentava tutte le caratteristiche del bambino iperattivo e impulsivo.

Esemplare la scenetta nel quale il bambino, soprannominato anche *Zappelphilipp*, sordo agli ammonimenti dei genitori, che lo invitavano alla calma e alla compostezza. Alla fine, dopo essersi dimenato e dondolato sulla sedia, si tira addosso la tovaglia con tutte le stoviglie, le posate e le bottiglie. Lo scopo delle filastrocche, doveva essere essenzialmente educativo, illustrando in modo esagerato, le conseguenze di comportamenti sbagliati nei bambini: igiene personale, distrazione congenita, gioco con oggetti pericolosi, essere disobbedienti, crudeltà verso gli animali.,

Nel 1889 Thomas Smith Clouston (1840-1925) ipotizzò che i bambini iperattivi e con disturbi del comportamento fossero affetti da una condizione di *overactive neurons in the higher cortexes of the brain*. Il consiglio terapeutico di Clouston era quello di utilizzare il bromuro come sedativo. Agli inizi del XX secolo fu il pediatra inglese George Still (1868 – 1961) ad interessarsi dei bambini affetti da iperattività e disturbi dell'attenzione. Still oltre modo è ricordato per aver scoperto l'artrite reumatoide giovanile sistemica che prende appunto il nome di morbo di Still. Il pediatra inglese nel descrivere i bambini con i sintomi dell'ADHD, introdusse il concetto di "deficit del controllo morale", riteneva che i disturbi comportamentali potessero essere spiegati con la mancanza di "morale". Se pur con una vena moralistica e dressaggistica Still accenna al deficit di inibizione e funzioni esecutive introducendo la comorbidità, quasi il continuo con i futuri disturbi del comportamento.

Alfred Frank Tredgold (1870 – 1952) nel suo volume *Mental deficiency (Amentia)* edito a Londra nel 1908, descrisse alcuni casi clinici di bambini con sintomi ascrivibili ad una sindrome simile all'ADHD. Secondo Tredgold i bambini da lui descritti presentavano un elevato grado "di debilità mentale", forse successiva ad una forma di danno cerebrale, che causava loro una sindrome con anomalie di comportamento e scarso rendimento scolastico.

Sulla scia di Tredgold, tra il 1917 ed il 1918, si diffuse un'epidemia di encefalite che fece sì che molti pediatri descrivessero un aumento del numero di pazienti con sintomi di iperattività, mancanza di concentrazione e impulsività, ma anche irritabilità, comportamento antisociale e rendimento scolastico del tutto insufficiente. Si pensò allora che questi comportamenti con sintomi analoghi a quelli dell'ADHD fossero il risultato di un danno cerebrale da encefalite epidemica. Notarono tuttavia che molti di questi bambini durante lo sviluppo presentavano un

intelligenza normale, tanto da ribattezzare il disturbo come “*minimal brain damage*”.

Il termine verrà riproposto come “*Minimal Brain Dysfunction*” nel 1960 da Alfred Strauss e Laura Lehtinen nei loro lavori *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child e The Other Child. The Brain-Injured Child*. Nel 1932, i medici tedeschi Franz Kramer and Hans Pollnow pubblicarono un articolo dal titolo “Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter” ovvero la descrizione di una malattia ipercinetica dell’infanzia. I casi da loro osservati presentavano sintomi sovrapponibili a quelli dei disturbi del comportamento del tutto simili alla sindrome ADHD. Bambini che messi in una sala accendevano e spegnevano le luci di continuo, spostavano le sedie, giravano in tondo, salivano sui tavoli, lanciavano oggetti dalle finestre e battevano i giocattoli sul pavimento senza giocare. La loro incapacità di concentrarsi sfociava in un deficit dell’apprendimento e in

un deterioramento delle capacità intellettuali.

Nel campo della terapia bisogna attendere Charles Bradley, il quale nel 1937 ottenne, in alcuni bambini con problemi di comportamento, cambiamenti spettacolari dopo una settimana di trattamento con benzedrina. La vera rivoluzione nella storia della terapia dell’ADHD arriva nel 1944 con la sintesi da parte di Leandro Panizzon del metildefindato che dedica alla moglie Rita, accesso tennista che facendo da consapevole cavia trae dalla nuova molecola migliori prestazioni attenti con più vigilanza, per cui il termine Ritalin.

Da qui la storia dell’ADHD si complica, arrivano i DSM, gli ICD, ma anche i pregiudizi, allora è doveroso sottolineare che non è il Ritalin a determinare la nascita nosografica dell’ADHD, ma il Ritalin “nasce” accidentalmente e riesce a dare una certa finestra di opportunità agli ADHD, dobbiamo comprendere che l’ADHD è un’esperienza che dura tutta la vita e che le attuali definizioni diagnostiche

sono gravemente inadeguate in quanto ignorano le emozioni, la cognizione, ormoni, età avanzata, e gli effetti dell'ADHD su una personalità in via di sviluppo... ma questa è un'altra storia

Accardo P. J., Blondis T. A. (2000). The Strauss syndrome, minimal brain dysfunction, and the hyperactive child: A historical introduction to attention deficit-hyperactivity disorder. In Accardo P. J., Blondis T. A., Whitman B. Y., Stein M. A. (Eds.), *Attention deficits and hyperactivity in children and adults: Diagnosis, treatment, management* (pp. 1-12). New York, NY: Marcel Dekker.

Allison D. B., Faith M. S., Franklin R. D. (1995). Antecedent exercise in the treatment of disruptive

behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 279-303.

Barkley R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford.

Barkley R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.

Cantwell D. (1975). *The hyperactive child*. New York: Spectrum.

Crichton A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*. London, England: T. Cadell Hr. & W.

- Davies. (Reprinted by AMS Press, New York, 1976)
- Goldstein S., Goldstein M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners*. New York, NY: Wiley.
- James W. (1890). *The principles of psychology*. London, England: Dover.
- Kessler J. W. (1980). History of minimal brain dysfunction. In Rie H., Rie E. (Eds.), *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view* (pp. 18-52). New York, NY: Wiley.
- Palmer E. D., Finger S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr. Alexander Crichton and "Mental Restlessness" (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73.
- Ross D. M., Ross S. A. (1976). *Hyperactivity: Research, theory, and action*. New York, NY: John Wiley.
- Schachar R. J. (1986). Hyperkinetic syndrome: Historical development of the concept. In Taylor E. (Ed.), *The overactive child* (pp. 19-40). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Schmitt O. M. (1970). *Melchior Adam Weikard, Arzt, Philosoph und Aufklärer* [Doctor, Philosopher, and Enlightener]. Fulda, Germany: Verlag Parzeller.
- Still G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Tantillo M., Kesick C. M., Hynd G. W., Dishman R. K. (2002). The effects of exercise on children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34, 203-212.

Werry J. S. (1992). History, terminology, and manifestations at different ages. In Weiss G. (Ed.), *Child and adolescent psychiatry clinics of North America: Attention deficit disorder* (pp. 297-310). Philadelphia, PA: Saunders.

VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI: RIFLESSIONI SUL FENOMENO

di **Cinzia Saponara**

(Parte Seconda)

PREMESSA

Nell'ambito dei programmi di prevenzione, gli operatori sanitari devono poter ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione e di metodologie per gestire i pazienti potenzialmente aggressivi e violenti. Ci sono alcuni interventi che si sono rivelati più efficaci, presentati da numerose Linee guida, che vengono insegnati durante i training di formazione: "Le tecniche di De-escalation", sono fondate sul riconoscimento che alla base degli atti di aggressività vi è un'attivazione psicofisiologica (arousal) che comporta cambiamenti somatici e

psicologici primariamente cognitivi, che si producono in relazione alla percezione di una minaccia. Si utilizzano tecniche di comunicazione, verbale e non, atte a modulare gli stimoli positivi e quelli avversativi, con interventi di desensibilizzazione progressivamente volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività.

Aggressività è una parola multidimensionale, o parola valigia. La sua complessità la si può ritrovare nella radice etimologica, la parola deriva dal latino AD GRADIOR, il verbo Grador indica non solo attaccare ma anche un andare verso, anche la preposizione AD significa contro ma anche verso, allo scopo di. Questi molteplici significati sottolineano non solo l'intento di aggredire ma anche la possibilità di intraprendere un'azione e di raggiungere un obiettivo. La **Violenza**, invece, può essere definita come un atto, un agito contro l'altro con l'intenzione di provocare un danno estremo.

Esistono svariate Teorie del Comportamento Aggressivo, che possono essere divise in quattro grandi gruppi:

- **Teorie biologiche,** focalizzano l'attenzione sui correlati anatomici, biologici e fisiologici del comportamento aggressivo: Amigdala, serotonina, testosterone.
- **Teoria delle pulsioni e degli istinti espresse dall'Etologia e dalla Psicoanalisi,** che considerano l'aggressività un istinto presente nell'individuo fin dalla nascita, I comportamenti aggressivi sono funzionali alla sopravvivenza individuale ed al mantenimento della specie. Sia l'approccio freudiano che quello etologico considerano dunque l'aggressività come "naturale" ed inevitabile.
- **La Teoria Comportamentale**

- vede l'ipotesi frustrazione-aggressività (Dollard, 1939), ovvero ogni situazione che ostacola la tendenza dell'individuo a raggiungere un obiettivo, diventa origine di aggressività e provoca una sequenza comportamentale la cui risposta è un'offesa di solito rivolta verso l'oggetto ritenuto causa dell'impedimento.
- **La Teoria dell'apprendimento sociale** (Bandura, 1973): l'aggressività può essere il prodotto della frustrazione solo se sin da bambini essa è stata appresa come risposta ad un aumento della tensione. Si ipotizza che il comportamento aggressivo venga acquisito attraverso l'imitazione di modelli parentali, dei coetanei, della televisione.

Le tecniche di DE escalation hanno come matrice di riferimento il Modello Teorico Cognitivo Comportamentale, i vantaggi di questo modello sono:

- Non stigmatizza l'aggressore;
- Sottolinea la soglia di tolleranza individuale ai fattori trigger₁;
- Si focalizza sulla comprensione dei significati alla base del comportamento aggressivo;
- Consente, attraverso il tempestivo riconoscimento dei segnali tipici della De escalation, di bloccare l'evolversi del comportamento aggressivo;
- Mettere in atto comportamenti e strategie che

promuovono la sicurezza e riducono le conseguenze del comportamento aggressivo;

- Non è rilevante chi ha torto o ragione, si è tutti vincitori quando nessuno si fa male. L'unico obiettivo è la sicurezza.

Il ciclo dell'aggressività si compone di 5 fasi (le fasi 1 e 2 sono quelle della per-aggressione), per ciascuna delle quali vi è una particolare indicazione delle varie tecniche di intervento, che devono essere tempestive.

1. **Fase di trigger:** iniziale scostamento della linea basale psicoemotiva. L'obiettivo è cercare di comprendere la causa del fattore scatenante al fine di reprimerlo;
2. **Fase di escalation (può durare giorni o mesi):** marcato scostamento della linea basale psicoemotiva. Dunque, fondamentale risulta essere l'intervento di De escalation, al fine di avviare una negoziazione con il paziente attraverso una forma di comunicazione diretta, specifica e positiva ponendosi in maniera non giudicante e contro aggressiva;
3. **Fase della crisi o acting-out:** massimo discostamento dalla linea basale. A questo punto non sono più possibili risposte razionali, e le uniche opzioni sono il contenimento, la fuga e l'autoprotezione;
4. **Fase del recupero:** graduale ritorno alla linea basale. Essa è una fase delicata perché interventi intempestivi, troppo precoci tentativi di elaborare l'episodio, potrebbero scatenare nuovamente una crisi.
5. **Fase di depressione post-critica:** probabile comparsa di sentimenti di colpa, vergogna o rimorso.

1. Fattore scatenante, stimolo (reale o presunto) considerato minaccioso, che può innescare una spirale di violenza.

Per ciascuna di queste fasi vi è una particolare indicazione delle varie tecniche di intervento che devono essere tempestive

- In fase di PRE-AGGRESSIONE bisogna:

Osservare la presenza di segni prodromici, fare una rapida valutazione del rischio e prendere decisioni rapide;
 Affrontare la situazione contingente o con la tecnica del Time out o con le Tecniche di DE Escalation.

Il primo obiettivo deve essere quello di ridurre il livello della tensione in modo che sia possibile un minimo di dialogo.

FASE 1 del Trigger = fattore scatenante, il ciclo inizia con un primo scostamento dal baseline psicoemotivo della condizione ordinaria.

Comportamenti verbali e espressivi (mimici e comportamentali) rendono percepibile l'avvio del processo come uno stato di attivazione ed allerta. I fattori a cui il trigger è legato sono: -

SPECIFICI:

caratteristiche individuali

dell'aggressore, disinibizione indotta

dall'assunzione di

sostanze, presenza di fattori di provocazione,

CONTESTO: clima di tensione, atteggiamento degli operatori sanitari, attese prolungate,

ELEMENTI STRUTTURALI: spazi privi di privacy ,
ATTEGGIAMENTO OPPORTUNO è riconoscere e rimuovere il trigger, isolare la persona in ambiente neutro, con minori stimoli.

FASE 2 della Escalation si manifesta con un aumento dello stato di agitazione psicomotoria con minacce ad alta voce, eloquio scurrile, gesticolazione vivace contro oggetti, arredamento o persone. Per gestire tali segnali premonitori e condurre ad azioni di de-escalation è necessario innescare uno stato di allerta volto a garantire la sicurezza del personale e di tutti i presenti per scongiurare le conseguenze di un eventuale atto violento improvviso.
ATTEGGIAMENTO OPPORTUNO Talk

down: utilizzo di un approccio verbale che utilizza una comunicazione diretta (diretta espressivamente alla persona, con l'uso del nome), specifica (si rimane sul tema portato, frasi brevi, termini semplici) e positiva (atteggiamento non giudicante o controaggressivo, volto a trasmettere disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, tramite il riconoscimento delle istanze).
Trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e minaccia in espressioni dialettiche.

FASE CRITICA FASE 3 Acting-out inteso come "rottura dell'equilibrio" sia a livello individuale (equilibrio tra forze interne e difese dell'lo), che relazionale con gli altri (equilibrio fino a

quel momento relativamente stabile).
ATTEGGIAMENTO OPPORTUNO utilizzo di un approccio verbale che utilizza una comunicazione diretta (diretta espressivamente alla persona, con l'uso del nome), specifica (si rimane sul tema portato, frasi brevi, termini semplici) e positiva (atteggiamento non giudicante o controaggressivo, volto a trasmettere disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, tramite il riconoscimento delle istanze).
Trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e minaccia in espressioni dialettiche.

Quando le tecniche di de-escalation falliscono e il ciclo dell'aggressione raggiunge la fase critica, l'attenzione del

personale sanitario deve essere focalizzata alla sicurezza e mirata alla riduzione delle conseguenze dell'atto violento.

FASE 4 DEL RECUPERO POST

CRISI In questa fase vi è una riduzione dello stato di agitazione, ma alta vulnerabilità a nuovo trigger con recidive della condotta violenta. Inoltre si ha un graduale rientro dei sintomi emotivi ed un riappropriarsi della condotta abituale.

FASE 5 DELLA DEPRESSIONE POST

CRITICA È una fase molto delicata nella quale l'aggressore percepisce sentimenti di colpa, vergogna o rimorso che, se sollecitati da interventi intempestivi, potrebbero scatenare una riacutizzazione della crisi.

ATTEGGIAMENTO OPPORTUNO vanno evitati troppi stimoli al paziente, e

soprattutto richieste di discutere l'accaduto o rimproveri.

CONCLUSIONI

Quando una situazione potenzialmente violenta rischia di deflagare, e non ci si trova sotto la minaccia di armi, è appropriato tentare una **de-escalation**. La persona che assume un atteggiamento aggressivo è un soggetto che non si sente compreso e attraverso il suo comportamento violento vuole **esprimere questo disagio**: il compito di ogni operatore è riconoscere queste particolari esigenze al fine di evitare episodi di rabbia incontrollata e comprendere il suo stato d'animo e le sue emozioni.

Bisogna ricordare che:

- *Ragionare con una persona rabbiosa è impossibile.*
- *L'unico obiettivo nella **de-escalation** è ridurre il livello della tensione in*

modo che il dialogo diventi possibile.

- *Le modalità di comunicazione nella **de-escalation** non sono "naturali".*

La de-escalation è difficile perché richiede al personale sanitario di utilizzare processi che sono contrari ai naturali riflessi umani per gestire i conflitti. Quando si è spaventati si è portati a lottare, fuggire o restare bloccati. Nella de-escalation questi comportamenti non possono essere adottati. Per questo motivo, l'utilizzo di tecniche di de-escalation si possono apprendere solo attraverso la formazione e la pratica costante.

QUADRO NORMATIVO

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, “Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni”, novembre 2010.

Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8 “Per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, novembre 2007.

Fenoglio R., L. Nardi, A. Sumini, A. Tassinari , «*L'aggressività nei servizi sociali: analisi del fenomeno e strategie di fronteggiamento*», ed. Maggioli, 2012;

Freud S. (1920) – “Al di là del principio di piacere”. OSF, vol. 9.

Lazzarini G., Bollani L., Rota F. “*Aggressività e violenza*”, Franco Angeli 2017

Sestini P. “*La simulazione nella formazione di base e specialistica. Metodologia Didattica e Innovazione Clinica*” 2015.

BIBLIOGRAFIA

Anderson LN, Clarke JT. “*De-escalating verbal aggression in primary care settings. The Nurse Practitioner*”. 1996;

Bandura, A. (1973). “*Aggression: A social learning analysis*” New York: Englewood Cliffs, Prentice-Hall;

Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). “*Frustration and aggression*” New Haven, CT: Yale University Pres;

Un'intricata danza di pensieri. Quando l'overthinking ci intrappola in una nebbia di incertezza

di Nicoletta Del Monaco

Quando la mente si immerge troppo profondamente nei dettagli, nelle possibili conseguenze e nei "e se", analizzando ogni aspetto di una situazione o decisione, può diventare un ostacolo, generando, in questo modo, un sovraccarico cognitivo, compromettendo la chiarezza e la capacità di prendere decisioni ponderate. In questa intricata danza di pensieri, ci si trova spesso intrappolati in una nebbia di incertezza, conducendo l'individuo che se ne trova immerso, a una sorta di paralisi mentale.

L'Overthinking, conosciuto come pensiero eccessivo, è

un intricato labirinto mentale che spesso ci trascina in un vortice di riflessioni incessanti, preoccupazioni eccessive sul futuro o rimuginazioni sul passato.

Questo fenomeno, se lasciato senza guida, può diventare un territorio complesso e difficile da esplorare, le cui origini sono spesso correlate a fattori come l'ansia, l'autostima e la paura del giudizio sociale.

Daniel Kahneman, nel libro "Thinking, Fast and Slow" esplora come la mente elabori le informazioni, spiegando in che modo l'overthinking possa influenzare la presa decisionale quotidiana ed offrendo una profonda analisi della mente umana, suddividendo, quest'ultima in due sistemi distinti: il Sistema 1 (pensiero intuitivo, rapido ed automatico) e il Sistema 2 (il pensiero analitico, più lento e deliberato).

Kahneman esplora come questi sistemi interagiscano durante il processo decisionale quotidiano. In situazioni normali, il Sistema 1 si attiva automaticamente per risparmiare tempo ed energia, ma può portare a giudizi veloci e talvolta impulsivi. D'altro canto, il Sistema 2 richiede uno sforzo cosciente e può essere coinvolto quando si tratta di decisioni più complesse o problematiche.

L'overthinking, secondo Kahneman, emerge quando il Sistema 2 è iperattivo ed in una fase in cui si assiste e ad un'analisi eccessiva delle opzioni e nella preoccupazione di possibili esiti. Questo processo può portare a decisioni meno accurate, poiché l'eccessiva analisi può distorcere la percezione della realtà.

A tal proposito, infatti, l'autore, sottolinea che comprendere come funzionano questi due

sistemi può essere cruciale per migliorare la qualità delle decisioni, consigliando di essere consapevoli delle proprie tendenze cognitive e di bilanciare attentamente l'uso dei due sistemi in base al contesto con il quale entriamo in contatto.

Un'analisi più approfondita sull'argomento si trova anche in "The Paradox of Choice" di Barry Schwartz, che affronta il concetto intrigante secondo il quale, un'eccessiva disponibilità di opzioni, può generare stress e insoddisfazione anziché aumentare la felicità e la soddisfazione personale.

Schwartz esplora come viviamo in un'era in cui siamo sommersi da una molteplicità di scelte, che spaziano dalla selezione di prodotti nei supermercati alla scelta di carriere o partner di vita. Contrariamente all'idea

comune che più opzioni portino a una maggiore felicità, l'autore argomenta che la nostra capacità di fare scelte può essere compromessa quando ci troviamo di fronte a un eccesso di opzioni. Di fatti, quando ci sono troppe opzioni, le persone possono sentirsi sopraffatte dalla necessità di esaminare ogni possibilità, valutare i pro e i contro, e anticipare ogni possibile risultato ed è proprio in questo momento che emergono, secondo l'autore, i concetti chiave della "paralisi da analisi" e del "rimpianto del compratore".

Se il primo concetto mette in luce l'idea che, in determinate circostanze, una quantità eccessiva di opzioni può impedire alle persone di agire in modo efficiente e di godere appieno delle loro decisioni, suggerendo a tal proposito che semplificando le scelte o

riducendo il numero di opzioni disponibili, può aiutare a superare questa paralisi e portare a una maggiore stato di soddisfazione, il secondo, invece, si riferisce al senso di insoddisfazione o dubbio che può insorgere dopo aver effettuato una scelta tra diverse opzioni. Infatti, quando si è esposti a molte possibilità, c'è una maggiore probabilità che si inizino a considerare gli scenari alternativi dopo aver effettuato una scelta, generando dubbi sulla decisione presa e portando a un senso di insicurezza.

Sulla scia di quanto appena riscontrato, attraverso i libri degli autori sopraindicati, nella vita quotidiana, le persone che soffrono di overthinking, possono sperimentare una serie di effetti psicologici che influenzano il loro benessere emotivo e la qualità della vita generando una

compromissione e della salute mentale e della presa decisionale e dello stile comportamentale e della personale esperienza emotiva, la cui gravità dipenderà dalla durata e dall'intensità di tale fenomeno. Gli effetti più comuni includono:

- ansia e preoccupazione costante nel momento in cui, le persone possono preoccuparsi in modo eccessivo su situazioni passate, presenti o future, creando una tensione emotiva costante;
- difficoltà nel prendere decisioni anche di routine, temendo di fare la scelta sbagliata;
- insonnia e disturbi del sonno;
- autocritica e perfezionismo;
- bassa autostima;
- distorsione del pensiero in quanto le persone potrebbero concentrarsi sui peggiori scenari possibili o interpretare in modo negativo le situazioni, anche quando non vi è motivo di preoccupazione;
- esaurimento mentale che potrebbe comportare un'eccessiva sensazione di stanchezza, incapacità di concentrarsi e una diminuzione delle energie mentali;
- difficoltà nelle relazioni interpersonali poiché le persone, nell'essere troppo auto-assorbite, potrebbero non essere completamente presenti nelle interazioni sociali;
- depressione in quanto la continua negatività e l'analisi eccessiva possono influire sull'umore e sulla prospettiva di vita.
- Ridotta qualità della vita a causa della sensazione da parte delle persone di sentirsi intrappolate in un ciclo di pensieri negativi che potrebbero

compromettere la loro gioia e soddisfazione generale.

Di fronte a tali conseguenze, l'overthinking, può essere affrontato con diverse strategie psicologiche, che variano da persona a persona e che mirano, principalmente, a modificare i pattern di pensiero disfunzionali e a migliorare il benessere emotivo complessivo.

Alcune soluzioni potrebbero essere quelle di:

- **Praticare la consapevolezza** per aiutare le persone a portare l'attenzione al momento presente, osservando i pensieri senza giudicarli, riducendo così l'attaccamento emotivo a essi.
- **Ridefinire i propri pensieri** imparando a riconoscere e sostituire i pensieri negativi con quelli più positivi e realistici. Questo processo, noto come ristrutturazione

cognitiva, può aiutare a cambiare il modo in cui si pensa alle situazioni.

- **Limitare il tempo di riflessione** ponendosi limiti di tempo alla riflessione su un problema cercando di impedirne l'eccessiva analisi. Ad esempio, concedendosi 15 minuti per pensare a un problema e poi passare all'azione.
- **Focalizzarsi sulle soluzioni** concentrandosi sulla ricerca di soluzioni pratiche anziché rimuginare sul problema come ad esempio identificando azioni concrete da intraprendere.
- **Esplorare le cause profonde** come eventi passati o credenze limitanti attraverso l'identificazione e la comprensione delle cause.
- **Applicare tecniche di rilassamento** da integrare del quotidiano come la

respirazione profonda, la meditazione o il rilassamento muscolare progressivo.

- Effettuare una gestione del tempo creando una pianificazione realistica delle attività quotidiane e suddividendo le attività in compiti gestibili.
- Inserire una distrazione positiva attraverso il coinvolgimento attività piacevoli o stimolanti che può includere hobby, esercizio fisico o socializzazione con amici.
- Ricevere supporto sociale attraverso la condivisione di pensieri con amici fidati o con uno professionista così da ottenere prospettive esterne e supporto emotivo.

Smith, R. (2015). *Overthinking: The Perils of Decision Fatigue*. Harvard Business Review.

Watkins, E. R., et al. (2018). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. Guilford Publications.

Verkuil, B., et al. (2020). The Effects of Rumination and Social Anxiety on Attentional Bias to Human Faces. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 693-703.

Kumar, S., et al. (2017). Mindfulness-based stress reduction in adolescents with mental disorders: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 47(14), 2415-2426.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.

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

Verkuil, B., et al. (2020). The Effects of Rumination and Social Anxiety on Attentional Bias to Human Faces. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 693-703.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Norton.

Selvini Palazzoli, M., et al. (1980). *Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction*. Aronson.

Rassin, E., et al. (2017). Thinking too much: A systematic review of a common idiom of distress.

Journ Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. University of Chicago Press. *Journal of Clinical Psychology*, 73(2), 136-144.

Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. Springer.

LA TRAPPOLA DEL DOC

di Antonia Bellucci

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è il terzo disturbo di personalità più comune (Zimmerman, Rothschild, Chemlinski, 2005; Rossi, Marinangeli, Butti, Kalyvoka, Petruzzi, 2000).

Il disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzato da ossessioni e compulsioni: le ossessioni sono idee, immagini o impulsi di tipo ricorrente, persistente, involontario, intrusivo e ansiogeno. Le compulsioni (definite anche rituali) sono particolari azioni o atti mentali che i soggetti si sentono spinti a compiere ripetutamente per cercare di ridurre o prevenire l'ansia causata dalle ossessioni.

Tale disturbo (DOCP) è caratterizzato, secondo il DSM-5, dalla presenza di specifici tratti di personalità: preoccupazione per i dettagli, perfezionismo, eccessiva devozione per lavoro e produttività, estrema coscienziosità, difficoltà a

delegare compiti, difficoltà a gettare oggetti inutili, avarizia, testardaggine e rigidità.

Tutto ciò comporta una difficoltà nel funzionamento psicosociale ed una ridotta qualità della vita.

Il funzionamento della personalità, a causa del disturbo, mostra evidenti difficoltà nelle seguenti aree: identità, intimità, empatia, capacità di autodirezione, un rigido perfezionismo; possono essere presenti anche due o più dei seguenti tratti psicopatologici di personalità: perseveranza, affettività ristretta, evitamento dell'intimità. Ma cosa conduce a tutto ciò? Innanzitutto la qualità dell'attaccamento, come emerge dalle storie di vita di questi soggetti, è compromessa: spesso non si è formato un attaccamento sicuro e i pazienti hanno ricevuto poche cure ed un eccesso di protezione durante l'infanzia con un successivo fallimento nello sviluppo emotivo ed empatico (Nordhal, Stiles, 1997; Perry, Bond, Roy, 2007).

È altresì importante (Di Maggio, Montano, Popolo,

Salvatore, 2013) tenere in considerazione anche circostanze relativamente recenti che possano comunque aver contribuito alla cristallizzazione di uno schema patogeno, consolidatasi nel tempo attraverso le esperienze ed una rappresentazione soggettiva del destino a cui andranno incontro i personali desideri nel corso delle relazioni con gli altri.

E quindi, come risponde il paziente a questo suo mondo interiore? Tutto ciò mette l'individuo in condizione di raggiungere obbligatoriamente obiettivi, faticando a dedicarsi a momenti di piacere e rilassamento; tali individui hanno bisogno di controllare gli altri e, se gli altri sfuggono al controllo, diventano ostili e possono avere esplosioni occasionali di rabbia sia a casa che al lavoro.

Un soggetto con **disturbo ossessivo-compulsivo di personalità** può avere il desiderio di autonomia ed esplorazione ma immagina che se mostra

spontaneamente le sue emozioni e propensioni, l'altro si mostrerà critico, aggressivo, punitivo ed impositivo; in risposta, il soggetto prova paura e soggezione e controlla emozioni (inibizione emotiva) e comportamento, rinuncia all'esplorazione bloccando i piani spontanei autogenerati e si conforma alle aspettative dell'altro, sperimentando un senso di costrizione unitamente ad un senso di inefficacia personale, al quale segue un'ipertrofia della rilevanza delle regole (tratto ossessivo); può anche immaginare di mostrare le sue emozioni e propensioni, ma prevede che l'altro rimarrà deluso e soffrirà; in risposta, la persona prova colpa e perde convinzione nel desiderio, rinunciando all'esplorazione e bloccando i piani spontanei autogenerati. Si crea così un circuito di mantenimento dei problemi interpersonali.

Queste strategie che il soggetto sviluppa nel tempo per adattarsi all'aspettativa su come l'altro tratterà i suoi desideri elicitano, a loro volta, nell'altro delle risposte emotive e comportamentali che

spesso, inconsapevolmente, confermano le credenze negative iniziali della persona, generando, in tal modo, un ciclo interpersonale patogeno che contribuisce a mantenere il disturbo. Si pensi, ad esempio, alla tendenza comune nel **disturbo ossessivo-compulsivo di personalità** a sovraccaricarsi di impegni, di compiti, con grande difficoltà a delegare o a chiedere aiuto. A quel punto, non vedendosi aiutato (non avendolo chiesto) il paziente percepisce l'altro come disattento, senza la volontà di fornirgli aiuto.

L'altro da parte sua, non ascoltando le richieste d'aiuto, e anzi fronteggiando l'autosufficienza obbligata del **paziente con personalità ossessivo-compulsiva**, preferisce tenersi a distanza sentendo il proprio aiuto inutile e i propri interventi come inadeguati e criticabili. Il paziente però in alcuni momenti, sovraccarico dal lavoro e irritabile per la fatica, scoppia rabbiosamente alla vista dell'altro che non lo supporta e protesta per il

supporto che, immoralmente, gli è stato negato. L'altro a questo punto si sente facilmente criticato ingiustamente e reagisce alle accuse in modi che diminuiscono la sua disponibilità a dare l'aiuto stesso.

I pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, inoltre, a causa della difficoltà a stabilire priorità tra i propri compiti, spesso si sentono come bloccati, sospesi, ritenendo che il tempo non sia mai sufficiente e l'impegno profuso mai abbastanza e come conseguenza faticano a rispettare le scadenze.

La comprensione dei propri pensieri, di quelli degli altri e delle proprie emozioni oscilla, nella stessa persona, al variare della qualità delle relazioni. Ricordiamo che nei pazienti con **disturbi di personalità** la metacognizione dipende in larga parte dal contesto emotivo e dalla qualità della relazione (Dimaggio et al., 2013).

In generale, nei pazienti con disturbi di personalità la metacognizione è disfunzionale: **pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità** correlano con stili di personalità rigidi e che aderiscono inflessibilmente alle regole. Lo stile rigido correla con problemi metacognitivi nelle aree di differenziazione e integrazione, ma in modo inverso rispetto alle attese.

Tipologie di Disturbi ossessivo compulsivi

I Disturbi Ossessivo – Compulsivi possono assumere forme diverse. Ecco le principali tipologie di DOC, classificate in base ai sintomi ossessivi e compulsivi.

Disturbo ossessivo compulsivo di lavaggio e pulizia (Washers e Cleaners):

- Le persone che soffrono di un Disturbo ossessivo compulsivo di lavaggio e pulizia sono ossessionate dal terrore di contrarre una malattia o essere contaminate o infettate

da germi, batteri, virus o sostanze chimiche pericolose. Può essere presente anche la forte preoccupazione di infettare le altre persone.

- Per eliminare ogni possibilità di contaminazione, esse mettono in atto uno o più rituali, come lavare le mani o i denti in modo eccessivo, fare lunghe docce o pulire la propria casa o gli oggetti di casa per molte ore.
- La persona che soffre di un Disturbo ossessivo compulsivo di lavaggio e pulizia farà di tutto per evitare il contatto con le sostanze contaminanti. Potrebbe, per esempio, tenere chiuse certe stanze della casa o rifiutarsi di toccare cose che cadono a terra.

Disturbo ossessivo compulsivo di controllo (Checking)

- Chi soffre di un Disturbo ossessivo compulsivo di controllo ha paura di

essere responsabile, per propria negligenza, di eventi terribili (ad esempio, incendi o furti), di poter far del male a se stesso o alle altre persone.

- La persona si sente costretta a controllare ripetutamente – e senza una reale necessità – di aver chiuso il gas (per prevenire un incendio), porte e finestre, le portiere della macchina o la saracinesca del garage (per prevenire i furti), o l'armadietto dei medicinali (per non provocare incidenti); di non aver investito involontariamente qualcuno con la macchina, di non aver commesso errori nel proprio lavoro o di non aver sbagliato a compiere qualche azione di routine. Di solito quando queste persone controllano la prima volta, subito dopo sono assalite dal dubbio se hanno controllato bene e

devono controllare un'altra volta. Molte compulsioni di controllo non sono osservabili dall'esterno, perché si svolgono soltanto nella mente della persona che, ad esempio, ripercorre col pensiero tutte le azioni compiute in un certo lasso di tempo, per assicurarsi di averle svolte correttamente.

- Per trovare sollievo, qualche volta, le persone che soffrono di DOC di controllo chiedono ad altri di prendersi la responsabilità di svolgere alcuni compiti, come chiudere la porta di casa quando escono.

Disturbo ossessivo compulsivo di ripetizione e conteggio

- Nel Disturbo ossessivo compulsivo di ripetizione e conteggio, la persona si sente costretto a ripetere delle azioni precise, allo scopo di evitare che un pensiero ossessivo che lo spaventa si avveri.

Questo tipo di pensiero viene chiamato “pensiero magico”: un esempio è il timore che ad un familiare possa accadere una disgrazia, se non vengono ripetute alcune attività o conteggi.

- Le compulsioni di ripetizione e conteggio possono essere dirette ad ogni tipo di oggetto o azione, come contare le mattonelle, i semafori rossi, pensare a delle serie di numeri o schemi. Come per il DOC di controllo, queste persone tentano di prevenire o neutralizzare possibili catastrofi ma, a differenza dei primi, non è possibile individuare una connessione logica fra l'ossessione e la compulsione, perché nel loro pensiero è espressa una componente magica.

Disturbo ossessivo compulsivo di ordine e simmetria

- Chi soffre di un Disturbo ossessivo

compulsivo di ordine e simmetria, ha pensieri, impulsi o immagini mentali che riguardano il posizionare oggetti o compiere azioni in modo “simmetrico” o “perfetto”.

- Con questa tipologia di DOC, i comportamenti compulsivi messi in atto possono comportare il disporre gli oggetti in un certo ordine – ad esempio per dimensione, colore o funzione –, rileggere o riscrivere le cose in modo eccessivo, ripetere attività di routine – come varcare avanti e indietro una porta o pettinarsi i capelli – in maniera eccessiva.

Disturbo ossessivo compulsivo di accumulo/ accaparramento

- Nel Disturbo ossessivo compulsivo da accumulo/ accaparramento (o Hoarding), le ossessioni sono connotate dalla paura di buttare via gli

oggetti, anche se questi sono completamente inutili, dal disagio provocato dagli spazi vuoti nella propria casa – e dal bisogno di riempirli – e dal piacere nel collezionare oggetti, usati e non.

- Le compulsioni di accumulo variano dall'acquisto di più pezzi dello stesso oggetto al conservare oggetti acquistati senza utilizzarli, al raccogliere da terra oggetti usati o inutilizzabili, conservandoli in casa propria. Le persone affette da questo tipo di DOC non si rendono conto, se non parzialmente, dell'eccesso in cui incorrono, e sono solitamente le famiglie a richiedere un trattamento terapeutico.

Disturbo ossessivo compulsivo con ossessioni pure

- Nel Disturbo ossessivo compulsivo con ossessioni pure, non ci sono rituali mentali né

compulsioni, ma soltanto pensieri ossessivi. Si tratta di pensieri o, più spesso, immagini o impulsi, relativi a scene in cui vengono messi in atto comportamenti indesiderati e inaccettabili per la persona, privi di senso, pericolosi o socialmente sconvenienti. Gran parte di queste paure possono risultare comprensibili e razionali nel loro contenuto, tuttavia le misure intraprese per contrastarle e le loro conseguenze immaginate non sono correlate al rischio. Le tre aree in cui si concentrano, principalmente, queste paure, sono la superstizione e la conta (contare oggetti, vedere numeri fortunati o sfortunati o colori con significati particolari), la religione o la moralità (paura di non rispettare dei precetti religiosi, di essere omosessuale,

pedofilo, perverso o sessualmente violento), e le ossessioni riferite al corpo (controlli eccessivi di parti del proprio corpo o funzioni – circolazione sanguigna, pressione – o sul proprio aspetto).

Cause e fattori di rischio dei Disturbi ossessivo compulsivi

Non sono ancora state scoperte le cause, organiche o ambientali, del Disturbo ossessivo compulsivo. È per questo che, piuttosto che di cause, si preferisce parlare di “fattori di rischio”, cioè elementi che aumentano la probabilità che il DOC si manifesti. Tra questi, si annoverano la storia familiare (avere un familiare stretto che soffre di Disturbo ossessivo compulsivo), eventi di vita traumatici o estremamente stressanti e la presenza di altri disturbi di natura psicologica, come l'abuso di sostanze o la depressione.

Trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

L'efficacia della Terapia Cognitivo Comportamentale nel trattamento del Disturbo ossessivo compulsivo è ormai scientificamente comprovata; può essere scelta come trattamento d'elezione oppure combinata con il trattamento farmacologico, in entrambi i casi con un'ottima efficacia clinica. Lo scopo è trovare modi per imparare che le paure sono infondate e possono essere affrontate senza rituali; si tratta di un lavoro congiunto tra paziente e terapeuta mediante il quale il paziente impara ad esporsi (gradualmente e solo quando si sente pronto) agli oggetti o alle situazioni temute e a prevenire la risposta di neutralizzazione abituale (rituali, evitamenti, ecc.). Di solito l'esposizione si svolge con una modalità graduale, iniziando con i compiti più facili e procedendo con quelli più difficili poiché i cambiamenti devono avvenire un passo alla volta e sempre secondo il ritmo del paziente. Per alcune persone che compiono pochi rituali o nessuno, in cui il problema principale sono gli

stessi pensieri temuti, potrebbero anche essere necessari trattamenti diversi che implicano l'apprendimento sia del controllo dei pensieri, sia di modi per preoccuparsi meno di essi, in modo che diventi più facile gestirli e, infine, estinguerli.

BIBLIOGRAFIA

- APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.
- Ansell, E. B., Pinto, A., Crosby, R. D., Becker, D. F., Añez, L. M., Paris, M., & Grilo, C. M. (2011). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*
- Cassano GB. (1994). *Manuale di psichiatria: clinica psichiatrica, psicologia clinica, igiene mentale, psicoterapia*, UTET, Torino.
- Dimaggio G., Carcione A., Salvatore G., Nicolò G., Sisto A., Semerari A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *The British Psychological Society, Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 70-83.
- Dimaggio, G., Semerari. A. (2003). *I disturbi di personalità modelli e trattamento*. Laterza.
- Dimaggio, G., Semerari, A. (2007). *I disturbi di Personalità. Modelli e trattamento*. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali. Laterza, Bari.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. London, Routledge.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva*

interpersonale. Raffaello Cortina, Milano.

- Fineberg, N. A., Sharma, P., Sivakumaran, T., Sahakian, B., & Chamberlain, S. R. (2007). Does obsessive-compulsive personality disorder belong within the obsessive-compulsive spectrum? *CNS Spectrums*.
- Montano A., (2007). *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza. Una terapia per tutti*. Salerno: Ecomind.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2008). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Rossi, Marinangeli, Butti, Kalyvoka, Petruzzi, 2000 *CNS Spectr.* 2000 Sep;5(9):23-6. doi: 10.1017/s1092852900021623
- Zimmerman, Rothschild, Chemlinski, 2005 *Am J Psychiatry* 2005 Oct;162(10):1911-8. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911