

Psicologinews.it

Scientific

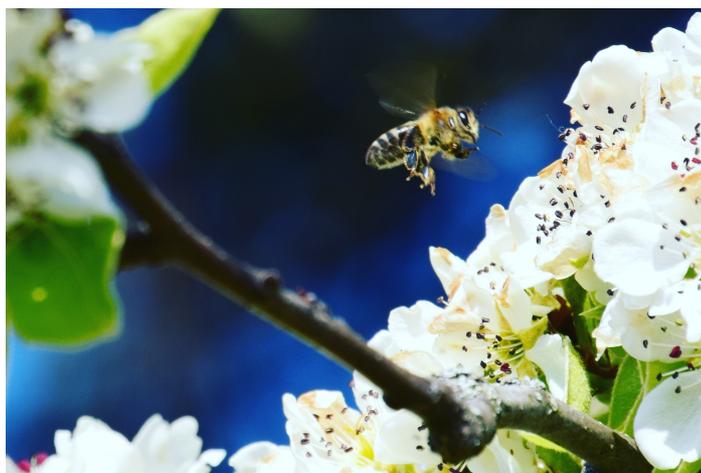
**Conosce l'ombra,
abitare il presente.
Ridurre la ruminazione e
l'ansia anticipatoria
attraverso l'integrazione
del sé**

**di Nicoletta Del Monaco
pag16**

**Il Distress
psicologico in
Oncologia
di Ilenia Gregorio
Pag 20**

**Il ruolo della
regolazione emotiva
nella disregolazione
emotiva
di Antonia Bellucci
Pag 33**

**Approcci
Neuropsicologici alle
Malattie
Neurodegenerative:
Diagnosi, Trattamento
e Interventi
di Beatrice Leonello
Pag 37**



**ADHD gravidanza e post
partum: scenari attuali
di Roberto Ghiaccio
Pag 2**

**Storytelling: tra psicologia e
narrazione
di Anna Borriello, Francesca
Dicè
Pag 6**



ADHD gravidanza e post partum: scenari attuali di Roberto Ghiaccio

Introduzione:

L'ADHD è uno dei disturbi neuroevolutivi più comuni a livello globale, con una prevalenza stimata intorno al 3% tra gli adulti (Zhu et al., 2017). I progressi nella diagnosi dell'ADHD hanno portato a un aumento delle prescrizioni di farmaci stimolanti e non stimolanti per adulti, molti dei quali donne in età fertile. Di conseguenza, cresce anche il numero di donne che, durante la gravidanza o l'allattamento, continuano il trattamento per gestire i sintomi dell'ADHD. Tuttavia, le ricerche sull'impatto potenziale dell'ADHD materno su esiti di gravidanza, parto e prime interazioni madre-bambino sono ancora limitate. Studi precedenti si sono concentrati sugli effetti della depressione e dell'ansia materne sulle prime interazioni genitore-figlio, ma le indagini sul ruolo dell'ADHD genitoriale sono

scarse (Doucette et al., 2014; Hirshfeld-Becker et al., 2012).

Studi precedenti indicano che l'ADHD si associa frequentemente ad altre condizioni di salute mentale, come depressione e ansia, le quali sono note per aumentare il rischio di complicazioni durante la gravidanza e il parto. Per esempio, Rusner et al. (2016) ha dimostrato che i disturbi dell'umore nelle madri possono comportare un maggiore rischio di esiti avversi e interazioni madre-bambino disfunzionali. Vista la frequente comorbilità dell'ADHD con tali disturbi, è ragionevole ipotizzare rischi analoghi tra le madri con ADHD. Tuttavia, le evidenze dirette in merito restano limitate, poiché pochi studi hanno indagato le complicazioni specificamente legate all'ADHD materno durante gravidanza e parto.

Numerosi studi sui fattori ambientali e genetici nell'insorgenza dell'ADHD nei bambini identificano fattori materni come il fumo, il consumo di alcol e la cattiva salute mentale come fattori di

rischio significativi (Mulraney et al., 2019). In particolare, Faraone e Larsson (2019) confermano l'elevata ereditarietà dell'ADHD, suggerendo un possibile rischio di trasmissione tra genitori e figli. Inoltre, il potenziale dell'ADHD materno di interagire con fattori di rischio legati allo stile di vita, come l'obesità, può ulteriormente complicare gli esiti di gravidanza. Andersen et al. (2018) riportano un'associazione tra obesità materna e aumento del rischio di ADHD nella prole; tuttavia, non è chiaro se l'ADHD stesso, come fattore genetico o ambientale, possa mediare questa relazione.

Con il crescente numero di prescrizioni di farmaci per l'ADHD a donne in età fertile (Anderson et al., 2018a), la sicurezza di tali farmaci durante la gravidanza e l'allattamento è diventata un'area di ricerca fondamentale. Gli studi attuali sono limitati riguardo ai rischi perinatali associati ai farmaci stimolanti e non stimolanti per l'ADHD. Alcune revisioni, come quella di Li et al. (2020),

affrontano la sicurezza dei farmaci durante la gravidanza, ma omettono in gran parte il periodo dell'allattamento, durante il quale l'esposizione farmacologica potrebbe comunque influire sul bambino. Vista l'aumentata incidenza di gravidanze non pianificate tra le donne con ADHD (Owens & Hinshaw, 2020), queste questioni di sicurezza sono cruciali per un processo decisionale clinico informato.

I disturbi mentali dei genitori, tra cui i disturbi dell'umore e d'ansia, sono associati a difficoltà nelle prime interazioni genitore-figlio e a effetti negativi sullo sviluppo neuroevolutivo del bambino (Marcus, 2009). Tuttavia, poche ricerche si concentrano specificamente sull'ADHD come fattore di influenza. Disfunzioni nelle interazioni madre-figlio osservate in presenza di disturbi dell'umore materni potrebbero estendersi all'ADHD, in quanto esso impatta su attenzione, regolazione emotiva e gestione dello stress. Papousek (2007) suggerisce

che difficoltà nelle prime interazioni possono ostacolare l'apprendimento intersoggettivo, un componente cruciale per lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino. La ricerca futura dovrebbe indagare in che modo i sintomi unici dell'ADHD materno possano influenzare queste interazioni precoci.

Sebbene siano stati compiuti significativi progressi nella comprensione delle basi genetiche e dello sviluppo dell'ADHD, sono necessarie ulteriori ricerche per indagare le implicazioni dell'ADHD materno durante la gravidanza e la prima infanzia. In particolare, gli studi dovrebbero esplorare se l'ADHD materno aumenti il rischio di complicazioni in gravidanza e se i comportamenti e fattori legati allo stile di vita associati all'ADHD (come il rischio elevato di uso di sostanze o obesità) influenzino ulteriormente tali rischi. Inoltre, revisioni sistematiche sugli effetti dei farmaci per l'ADHD durante l'allattamento, insieme a studi longitudinali sugli esiti

neuroevolutivi nei figli di madri con ADHD, sono necessari per fornire una comprensione approfondita dei rischi e sviluppare linee guida cliniche basate su evidenze.

L'esigua letteratura disponibile sugli effetti dell'ADHD materno su gravidanza e sviluppo precoce del bambino evidenzia una lacuna critica nella ricerca neuroevolutiva. L'ampliamento degli studi per includere sia i fattori farmacologici sia quelli ambientali associati all'ADHD materno consentirebbe di comprendere meglio e mitigare i potenziali rischi per gli esiti avversi nei figli. Dato che l'ADHD è una diagnosi comune tra i genitori, specialmente tra le madri, un approfondimento in questo ambito migliorerà la pratica clinica, garantendo che gli operatori sanitari possano supportare le famiglie colpite dall'ADHD con un approccio informato e olistico.

AS Baker, et al. (nd). Gestione del disturbo da deficit di attenzione e iperattività durante la gravidanza.

Ostetricia, Ginecologia, Clinica, Am. Nord.

Maestro, F. (2002).

L'atomoxetina aumenta i livelli extracellulari di noradrenalina e dopamina nella corteccia prefrontale del ratto, un potenziale meccanismo di efficacia nel disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

Neuropsicofarmacologia.

Ganapatia, V. (2011). Droghe d'abuso e placenta umana.

Scienze della vita.

Ishizuka, T., et al. (2012).

Azione del modafinil attraverso istaminergico e orexinergico. *Neuroni.*

Kim, JH et al. (2020). Fattori di rischio ambientali, fattori protettivi e biomarcatori periferici per l'ADHD: una revisione generale. *Psichiatria Lancet.*

Matheny, AWTD et al. (1995).

Portare ordine dal caos: caratteristiche psicometriche della scala confusione, tumulto e ordine. *J. Sviluppo Applicazioni Psicologia.*

Moher, D., et al. (2009).

Elementi di reporting preferiti per revisioni sistematiche e meta-analisi: la dichiarazione PRISMA. *Epidemiologia.*

Papousek, M. (2007). La comunicazione nella prima infanzia: un'arena di apprendimento intersoggettivo. *Sviluppo del comportamento infantile.*

Pettil, SAPA, et al. (2004). Il caos in casa e lo status socioeconomico sono associati allo sviluppo cognitivo nella prima infanzia: mediatori ambientali identificazioni in un disegno genetico. *Intelligenza.*

Shephard, E., et al. (nd).

Effetti della psicopatologia materna e del livello di istruzione sullo sviluppo neurocognitivo nei neonati di madri adolescenti che vivono in povertà in Brasile. *Biol. Psichiatria Cogn. Neurosci. Neuroimmagine.*

Storytelling: tra psicologia e narrazione **di Anna Borriello, Francesca Dicè**

Raccontare storie è un'attività presente nella storia dell'essere umano fin dall'antichità; accompagna infatti ogni individuo fin dall'infanzia. L'atto del narrare fa parte della nostra vita da sempre. Ma qual è la ragione sottostante? Le storie ci aiutano a creare narrazioni di vite, di eventi, di imprese. Ci permettono di volare con la fantasia e l'immaginazione, ma anche di affrontare la realtà. Sono un mezzo attraverso il quale possiamo esprimere chi siamo, le nostre emozioni, i nostri sogni.

Lo storytelling, dall'inglese narrazione, è una forma di comunicazione dalle origini antiche ed efficace ancora oggi, specie in ambito digital.

Il significato di "storytelling" ha le sue radici nel verbo "affabulare", ovvero raccontare in forma di favola, narrare, creare un intreccio attraverso cui sviluppare una storia.

Ancor prima dell'invenzione della scrittura, le tribù come le prime forme societarie umane utilizzavano la tecnica del racconto orale – una sorta di storytelling primordiale – per tramandare tradizioni, memorie, saperi.

"Storytelling", letteralmente "raccontare storie" è oggi giorno parola sempre più usata e inflazionata. Inteso sia come arte del raccontare, sia come arte del saper creare storie persuasive affonda le sue radici nella retorica e nella narratologia. Anche se i primi studi sulle narrazioni risalgono al tempo di Aristotele, il termine: "narratologia", che significa letteralmente: "scienza della narrazione", è piuttosto recente ed è stato coniato dallo studioso e filosofo Tzvetan Todorov nel 1969. La narratologia indaga gli aspetti strutturali delle storie. Il pensiero narrativo è una corrente di pensiero che fa capo allo psicologo Jerome Bruner, che sottolinea come gli esseri umani danno senso alle esperienze che fanno nel mondo utilizzando schemi di tipo narrativo. Bruner, in particolare, esalta il ruolo delle

narrazioni considerandolo come lo strumento principale di attribuzione di senso alla realtà utilizzato in qualsiasi epoca e cultura. Ciò avviene per via del continuo lavoro di rimuginazione e rinarrazione che la nostra mente fa delle esperienze che via via viviamo per dargli un significato sotto forma di autobiografia. Lo *Storytelling* è una disciplina delle scienze della narrazione con declinazioni operative in diversi ambiti (comunicazione e formazione, marketing ed economia, politica, medicina) che si è sviluppata nei Paesi anglosassoni a partire dagli anni Settanta. Per quanto oggi venga utilizzato soprattutto in ambito digitale, lo storytelling ha origini remote. Si tratta di una tecnica di comunicazione nell'ambito della quale il vissuto umano viene narrato in maniera tale da essere ricordato; gli eventi della realtà vengono trasposti in storie, le quali diventano un mezzo di comunicazione. La forma di comunicazione può essere considerata come una sorta di evoluzione dell'arte della narrazione, utilizzata da millenni dall'essere umano per

tramandare conoscenze, esperienze, tradizioni e storie. Tutto ciò che ha che fare con l'interazione con l'altro passa attraverso lo Storytelling: è uno strumento che ci permette di scoprire l'Altro, di ascoltarlo e – perché no? - di narrarlo.

Sin da piccoli ci abituiamo a leggere, raccontare, inventare e ascoltare storie, un retaggio narrativo che resta presente anche in età adulta, sotto varie forme. Perché fare storie dà il via alle relazioni, attiva il dialogo tra l'io e gli Altri.

Quante volte abbiamo iniziato a raccontare una storia? Quante volte abbiamo ascoltato il racconto di una storia? La capacità di emozionare, di coinvolgere, di far immedesimare il nostro ascoltatore è prerogativa di ogni "Storyteller" e, l'unicità di questo strumento, risiede proprio nella sua natura dialogica: non ci può essere un racconto senza un ascoltatore, non ci può essere una reazione emotiva senza qualcuno in grado di suscitarsela. In questa chiave, lo Storytelling si configura non come il raccontare storie o aneddoti, ma come creazione

di rappresentazioni (testuali, visive, sonore, percettive), risultando pertanto un valido strumento di supporto nei percorsi di cura, anche di natura psicologica.

Oggi la parola storytelling viene impiegata in italiano per indicare almeno tre ambiti:

- ❖ l'espressione in forma di storia di un tema o soggetto per finalità non solo ludiche ma anche formative e educative;
- ❖ l'arte di saper creare c o n t e n u t i particolarmente persuasivi per finalità di marketing o di comunicazione politica e sociale, non necessariamente articolate nella struttura di un racconto (corrisponde in questo senso più all'inglese: narration);
- ❖ l'arte o l'abilità di scrivere storie e narrazioni di qualsiasi genere, finalità e tipo (corrisponde in questo senso maggiormente all'inglese: storytelling).

Da questo continuo storytelling interiore discenderebbe anche la creazione del nostro senso di identità, che non è altro che un continuo lavoro di integrazione delle esperienze passate col presente e di creazione di schemi possibili per il futuro.

Tuttavia, le persone non vivono isolate: gli elementi e gli schemi che utilizzano per creare il loro storytelling interno sono strettamente collegate alle forme di pensiero, alla lingua e soprattutto alle narrazioni presenti nel corpo sociale di riferimento. Le storie sono strumenti potenti per la comunicazione all'interno di un gruppo sociale. Funzionano come veicoli per la trasmissione di norme, valori, credenze, conoscenze e aspettative all'interno di un gruppo. Attraverso le storie, le persone possono condividere e interpretare le loro esperienze, stabilire connessioni emotive con gli altri e creare una comprensione condivisa del mondo. Questo processo di c o n d i v i s i o n e e interpretazione aiuta a formare

l'identità del gruppo e a rafforzare i legami sociali.

Ma se le persone sono così permeate dalle narrazioni collettive del loro ambiente, ne deriva che queste ultime hanno una influenza decisiva non solo a livello di costruzione del senso della realtà, ma anche della stessa identità personale.

E dunque, cos'ha a che fare lo Storytelling con la psicologia? La centralità narrativa permette di costruire una "storia di cura" ovvero una co-costruzione di un percorso, un "destino" condiviso. Quello che si va a creare insieme prende il nome di "caring narratives": delle narrazioni che non curano ma si prendono cura. Permette infatti di comprendere alcune dinamiche profonde: se consideriamo la storia che il singolo ci offre o che co-costruisce con noi, come una rappresentazione completa, in termini figurati e simbolici, delle sue dinamiche interiori possiamo vedere subito quali siano gli elementi costituenti, quali le relazioni di "alleanza" e di "opposizione", quali le forze su cui contare e quali gli

ostacoli da superare. Inoltre, il rappresentare simbolicamente con una storia la propria situazione avvicina a dei processi profondi alla coscienza facilitandone così la comprensione e la gestione. Lo psicologo come Storytellers offre al paziente la possibilità di creare e modellare varie "storie che curano": una "storia che cura" non è né un racconto casuale né una semplice storia bensì un racconto costruito deliberatamente per conseguire un preciso scopo; si tratta, in altre parole, di un racconto che si basa sulla storia di narratori, affonda le radici nella scienza della comunicazione efficace, ha una specifica rilevanza terapeutica rispetto i bisogni del paziente e viene esposta secondo l'arte della buona narrazione. In altre parole, potremmo definire quello che accade grazie all'utilizzo dello Storytelling in ambito clinico, come un percorso di conoscenza e di formazione, che essendo guidato principalmente dal paziente, non può essere schematizzato o trasformato in una griglia teorica, ma si rivela ogni volta

unico e finalizzato a quella specifica situazione.

Da sempre, il fare storie è un'esperienza umana creativa che genera, rafforza e perpetua le relazioni. Intreccio di affetti intorno al focolare o metodo pedagogico, il racconto popolare ha da sempre permesso l'incontro tra individui e nuovi mondi, donando al singolo l'accesso ai modelli della società. Narrare è creare cultura attraverso lo scambio corale di significati, è condivisione dell'appartenenza di ogni individuo a un medesimo sistema simbolico, è riconoscersi membri di una stessa società. La psicologia della narrazione sostiene l'idea che l'individuo costruisce sé stesso e la sua identità attraverso l'interazione continua con forme narrative e discorsive che sono presenti nella sua cultura di appartenenza.

Le storie sono intrinsecamente legate al modo in cui il cervello umano elabora e organizza le informazioni. Da un punto di vista evolutivo, le storie hanno svolto un ruolo cruciale nella trasmissione di conoscenze,

valori e norme sociali all'interno delle comunità. Esse aiutano infatti a stabilire connessioni tra eventi e concetti, facilitando la comprensione e la memorizzazione delle informazioni.

Numerose ricerche hanno dimostrato che le storie sono più facili da ricordare rispetto a fatti isolati o a numeri e cifre. Questo fenomeno è dovuto a diversi fattori, tra cui:

- ❖ **Elaborazione narrativa:** gli esseri umani sono essenzialmente creature narrative. Il nostro cervello è ottimizzato per comprendere e ricordare le informazioni presentate in forma di storie. Questo è dovuto in parte al fatto che le storie sono strutturate in un formato coerente e logico, con un inizio, uno sviluppo e una conclusione – cosa che rende le informazioni più facili da elaborare e da ricordare. Inoltre, le storie spesso includono elementi come personaggi, trame e

temi che offrono ancoraggi mnemonici ai quali il nostro cervello può “appendere” dettagli rilevanti. Infine, il nostro cervello è predisposto a cercare cause ed effetti e a creare collegamenti tra eventi, cosa che avviene naturalmente quando ascoltiamo o leggiamo una storia.

- ❖ **Coinvolgimento emotivo:** la ricerca scientifica ha ampiamente dimostrato che le emozioni svolgono un ruolo cruciale nella memorizzazione delle informazioni. Le storie spesso suscitano emozioni, che possono variare dalla gioia alla tristezza, dalla paura all'eccitazione, e queste emozioni agiscono come un “collante” che aiuta a fissare le informazioni nella nostra memoria a lungo termine. Le emozioni potenziano anche l'attenzione e l'elaborazione delle informazioni,

rendendole più memorabili. Inoltre, quando le informazioni sono associate a emozioni, esse attivano parti più profonde del cervello, come l'amigdala, che svolge un ruolo chiave nella formazione e nel richiamo dei ricordi.

- ❖ **Effetto di vivacità:** l'effetto di vivacità si riferisce al fenomeno per cui le informazioni presentate in modo vivido e sensoriale sono più facilmente ricordate rispetto alle informazioni presentate in modo astratto o disincarnato. Le storie spesso coinvolgono i nostri sensi e la nostra immaginazione, rendendo le informazioni più concrete, dettagliate e quindi più facili da ricordare. Questo effetto è particolarmente potente quando le storie sono visive o coinvolgono altri sensi. Le immagini, i suoni, gli odori e le

sensazioni fisiche evocati da una storia possono creare ricordi multisensoriali che sono molto più duraturi rispetto ai ricordi basati su fatti o numeri astratti.

La parola storytelling sta assumendo in italiano una connotazione sempre più ampia e sfumata, ricoprendo tutto l'ambito del saper creare e raccontare delle storie per finalità sia didattiche che terapeutiche che persuasive.

La disciplina si è andata via via arricchendo di contributi importanti non solo dalla narratologia classica, ma anche dalla psicologia cognitiva e dalle neuroscienze.

La sua importanza non è mai venuta meno ed è destinata a svolgere un ruolo centrale nella vita individuale e sociale per via dell'importanza che hanno storie e narrazione nella costruzione non solo dell'identità, ma della stessa attribuzione di significato al mondo.

In conclusione, non possiamo pensare a noi stessi senza una qualche forma di

narrazione, che diventa fondamentale per la costruzione del significato della realtà. *“Soltanto un primordiale istinto narrativo [...] impone retrospettivamente un senso a ciò che è o non è accaduto”* (Julian Barnes).

BIBLIOGRAFIA

- Aldama, F. L. (2015). *The Science of Storytelling: Perspectives from Cognitive Science, Neuroscience, and the Humanities*. *Projections*, 80-95.
- Augusto, P. (2016). *Storytelling and telling history. Towards a grammar of narratives for Cultural Heritage dissemination in the Digital Era*. *Journal of Cultural Heritage*. 24.
- Brockington, G., Moreira, A. P., Buso, M. S., Silva, S. G., Altszyler, E., Fischer, R., & Moll, J. (2021). *Storytelling increases oxytocin and positive emotions and decreases cortisol and*

- pain in hospitalized children. PNAS.
- Caminotti, E., & Gray, J. (2012). The effectiveness of storytelling on adult learning. *Journal of Workplace Learning*, 24 No.6, 430-438.
 - Carol Haigh, P. H. (2011). Tell me a story – a conceptual exploration of storytelling in healthcare education. *Nurse Education Today*, 408-411.
 - Daphne Lordly MA. (2007). Once upon a time.... Storytelling to Enhance Teaching and Learning. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*.
 - De Vecchi, N., Kenny, A., Dickson-Swift, & Kidd, S. (2016). How digital storytelling is used in mental health: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 183- 193.
 - Fog, K. B. (2010). The four elements of storytelling. *Storytelling*, 31-46.
 - Jonathan Gottschall, *Il lato oscuro delle storie*, Boringhieri, Torino, 2022
 - Palombini, A. (2016). Storytelling and telling history. Towards a grammar of narratives for Cultural Heritage dissemination in the Digital Era. *Journal of Cultural Heritage*.
 - Patricia S. Yoder-Wise, K. K. (2003). The power of storytelling. Volume 51, (Issue 1), 37- 42.
 - Pèchou, A. (1981), 'The Magic Carpet: Storytelling in a Humanistic Perspective', *English Teaching Forum*, vol.XIX, no.2, pp.2–5.
 - Ponterotto, D (1989), 'On Teaching Before and After to Children', *English Teaching Forum*, vol.XXVI, no.2, pp.28–30.
 - Rinvoluceri, M. (1983), 'Storytelling in the Foreign Language Classroom', *English Teaching Forum*,

- vol.XXI, no.2, pp.34–36.
- Ryan, P. (2008). The Storyteller in Context: Storyteller Identity and Storytelling Experience. *Storytelling, Self, Society*, 64-87.
 - Sara Miller, L. P. (2008). The Power of Story: Using Storytelling to Improve Literacy Learning. *Journal of Cross-Disciplinary Perspectives in Education*, 36 - 43.
 - Savvidou, C. (2010). Storytelling as Dialogue: how teachers construct professional knowledge. *Teachers and Teaching: theory and practice*, 649-664.
 - Skelton, J. (1984), 'Retelling Stories', *English teaching Forum*, vol.XXII, no.4, pp.9–11.
 - Toni Marino, *Dalla narratologia alla psiconarratologia: il metodo sperimentale nello studio della narrazione*, Fausto Lupetti, Bologna, 2018
 - Will Storr, *La scienza dello storytelling: come le storie incantano il cervello*, Codice, Torino, 2020

Conosce l'ombra, abitare il presente. Ridurre la ruminazione e l'ansia anticipatoria attraverso l'integrazione del sé

di Nicoletta Del Monaco

Nel contesto psicosociale contemporaneo, contraddistinto da iperstimolazione sensoriale, ritmi accelerati e instabilità sistemica, l'esperienza del presente appare progressivamente compromessa.

L'essere umano moderno è frequentemente dislocato, in balia di dinamiche psichiche regressive che lo ancorano a un passato irrisolto o lo proiettano verso un futuro immaginato e ansiogeno, facendo in modo da far calare un velo oscuro sull'esperienza del "qui e ora".

Questa difficoltà ad abitare la realtà immediata riflette processi psicotomici profondi: la mancata integrazione dei contenuti inconsci, spesso dolorosi, che costituiscono la cosiddetta "ombra".

L'elaborazione teorica qui proposta mostra e come il riconoscimento e l'elaborazione delle parti rimosse del sé possano facilitare l'emergere della consapevolezza e come la ruminazione e il rimuginio rappresentino manifestazioni cognitive di una scissione interna, mantenuta dalla non integrazione dell'"ombra" junghiana: quell'insieme di contenuti psichici, emozioni e memorie che l'lo ha relegato all'inconscio per motivi adattivi.

Non si tratta unicamente di pulsioni aggressive o elementi "negativi", ma anche di risorse,

talenti e aspetti autentici non riconosciuti.

Nella clinica attuale, queste dimensioni possono essere comprese come parti dissociate del sé, come descritto dalla teoria della dissociazione strutturale o come “parti esiliate” nella Internal Family Systems Therapy. Le resistenze al contatto con l’ombra sono spesso mediate da forti difese psichiche, costruite per evitare il dolore, la vergogna e il senso di colpa. Tuttavia, tale evitamento perpetua il disagio e alimenta la frammentazione del sé.

Da un punto di vista fenomenologico-esistenziale, la ruminazione e il rimuginio possono essere letti come esiti di una dissociazione temporale e affettiva: l’individuo è incapace di permanere nell’esperienza incarnata del presente, e il tempo soggettivo si frattura,

compromettendo la continuità narrativa e corporea del sé.

La prima è ancorata a un’elaborazione ripetitiva di eventi passati, tipica della depressione, mentre la seconda riguarda la preoccupazione costante per eventi futuri, tipica dei disturbi d’ansia. Entrambe le modalità rappresentano tentativi fallimentari di risolvere stati interni dolorosi.

Le difese psichiche che ostacolano il contatto con l’ombra – come l’evitamento esperienziale, l’ipercontrollo o la dissociazione affettiva – sono spesso radicate in memorie traumatiche precoci o in narrazioni identitarie rigide. Esse costituiscono una barriera alla piena integrazione del sé, ma sono al tempo stesso espressione di una strategia di sopravvivenza sviluppata in risposta al dolore.

L’approccio alla

consapevolezza e alla presenza non può prescindere da un lavoro profondo con i contenuti evitati. Le tecniche derivate dalla Mindfulness e dall'ACT offrono strumenti per osservare i propri stati mentali con distacco e accettazione, ma è solo quando questo atteggiamento viene integrato con la compassione (come proposto dalla CFT) che si crea uno spazio sicuro per accogliere l'ombra. La compassione non è solo un'emozione, ma una funzione regolativa che permette la trasformazione del dolore in esperienza integrabile. L'articolo propone un modello dove l'accesso al qui e ora è reso possibile dall'incontro con l'ombra, e non dalla sua eliminazione.

Nel lavoro clinico, facilitare la consapevolezza dell'ombra richiede una postura terapeutica basata sulla presenza, sull'autenticità e

sulla sintonizzazione affettiva. Il terapeuta diventa uno specchio regolativo attraverso cui il paziente può iniziare a tollerare e integrare le parti di sé più vulnerabili. Tecniche corporee, dialoghi con le parti interne, uso del silenzio e dello spazio relazionale sono strumenti potenti per stimolare processi trasformativi.

Anche la formazione del terapeuta deve prevedere spazi di autoesplorazione e supervisione orientata all'integrazione dell'ombra personale e professionale.

L'incontro con l'ombra rappresenta una sfida centrale ma inevitabile per ogni processo psicoterapeutico profondo. È attraverso l'integrazione di ciò che è stato negato, temuto o dimenticato che il soggetto può tornare a occupare il proprio spazio mentale e corporeo nel presente. La ruminazione e il rimuginio non sono altro che

strategie difensive rispetto a un dolore non ancora accolto. Solo attraverso un processo graduale di contatto consapevole e compassionevole con l'ombra, è possibile aprire lo spazio per una presenza incarnata, relazionale e trasformativa.

Bibliografia

- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg et al. (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2005). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36(4), 171–180.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Constable & Robinson.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Heidegger, M. (2005). *Essere e tempo* (trad. ital.). Longanesi. (Original work published 1927)

Jung, C. G. (1951). *Aion: Researches into the phenomenology of the self*. Princeton University Press.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.

Schwartz, R. C. (2001). *Introduction to the Internal Family Systems Model*. Trailheads Publications.

Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. W. W. Norton & Company.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). *Modelling cognition in emotional disorder: The S-*

REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881–888.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Nort

Il Distress psicologico in Oncologia

di Ilenia Gregorio

La diagnosi e il trattamento del cancro sono accompagnati da significative conseguenze psicologiche, che portano a sintomi da distress emotivo e a disturbi quali ansia e depressione, nel 30-40% dei pazienti (Grassi et al., 2005). La depressione, pur essendo il disturbo psichiatrico più comune nei pazienti con il cancro e sia associato a significative menomazioni funzionali, viene però troppo spesso sotto-diagnosticata e non trattata, portando ad un peggioramento della qualità di vita, ad un aumento dell'ansia e del dolore corporeo ed ad una diminuzione della vitalità e delle funzioni sociali (Hopko et al., 2008).

L'espressione "distress psicologico" è intesa a

catturare tutte le forme di disagio conseguenti all'esperienza oncologica, siano esse lievi o severe, transitorie o durature. Alcuni studi hanno dimostrato che un distress clinicamente significativo è associato all'incapacità di far fronte a malattia e trattamenti (coping disadattivo), maggiori bisogni, riduzione della qualità di vita, isolamento sociale, rischio di suicidio, un più lungo tempo per la riabilitazione, una più povera adesione ai trattamenti, comportamenti anormali nei confronti della malattia. A buon diritto, quindi, la cura psicosociale viene considerata un aspetto fondamentale e di qualità delle cure oncologiche.

Nel 1997, il National Comprehensive Cancer Network (NCCN), riunì una commissione multidisciplinare per esaminare le

preoccupazioni psicosociali dei pazienti. La commissione scoprì che “distress” era la parola migliore per rappresentare la gamma delle preoccupazioni emotive dei pazienti con esperienza di cancro senza portare lo stigma delle altre parole qualche volta usate per i sintomi emotivi e raccomandò di utilizzare una semplice domanda: “Qual è il tuo distress in una scala da 0 a 10?” utilizzando i punteggi di 4 o maggiore di 4 come punto da cui partire per ulteriori domande e possibile invio ad un Servizio Psicosociale.

Nel 2003, la commissione del NCCN per la gestione del distress nei pazienti oncologici, pubblicò standards più precisi di cura psicosociale e gestione del distress, che stabiliva per la prima volta delle indicazioni:

- Il distress doveva essere riconosciuto, monitorato, documentato e trattato a tutti gli stadi di malattia.
- Tutti i pazienti dovevano essere valutati in relazione al distress durante la prima visita, ad intervalli di tempo, in base alle indicazioni cliniche e specialmente in caso di cambiamenti della malattia, quali remissioni, ricorrenze e progressioni.
- La valutazione doveva identificare il livello e la natura del distress.
- Il distress doveva essere valutato e gestito secondo le linee guida della pratica clinica.

Ad oggi, il National Comprehensive Cancer Network (NCCN) definisce il Distress nei pazienti oncologici come un'esperienza emozionale spiacevole,

multifattoriale -psicologica, sociale e/o spirituale – che può interferire negativamente con la capacità di affrontare il cancro, i suoi sintomi fisici, il suo trattamento. Il Distress si estende lungo un continuum che va da normali sentimenti di vulnerabilità, tristezza e paura, a problemi che possono diventare disabilitanti, come depressione, ansia, panico, isolamento sociale, crisi esistenziale e spirituale.

Molti studi, infatti, hanno dimostrato che dai pazienti ammalati di cancro, vengono riportati sintomi di distress emotivo come conseguenza della malattia e dei trattamenti effettuati; molti di questi sintomi soddisfano i criteri di diagnosi psichiatriche quali disturbi dell'adattamento, ansia e depressione (Mitchell, Chan, et al., 2011).

Sebbene questo danneggi la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari, portando ad un percorso riabilitativo più lungo, meno del 33% dei pazienti con il cancro che hanno una diagnosi di distress sono riconosciuti nell'ambiente oncologico e conseguentemente inviati ad un intervento clinico appropriato. (Mitchell, Vahabzadeh et al., 2011).

Per questi motivi, sono state sviluppate molte linee guida di screening psicosociale e il distress è stato indicato come il sesto parametro vitale, dopo la pressione arteriosa, il polso, la respirazione, la temperatura e il dolore che deve essere monitorato per identificare i pazienti che necessitano di intervento clinico (Bultz et al., 2006).

Come valutare il distress nei pazienti oncologici

Per misurare il Distress nei pazienti oncologici è stato sviluppato uno strumento semplice ed efficace, il Termometro del Distress, che misura il livello di sofferenza e le sue possibili cause (Holland et al., 2010). Attraverso questo strumento si chiede al paziente di descrivere la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana indicando un numero che va da 0 (nessun disagio emotivo – nessuno stress) a 10 (massimo disagio emotivo – massimo stress) in un termometro disegnato. Si chiede, inoltre, di indicare con una crocetta sì/ no se i problemi elencati in una lista (Problem List) e raggruppati in 5 categorie, che sono emersi nell'ultima settimana. Le categorie individuate sono: problemi pratici (es. nella cura dei figli, di alloggio, economici, ecc.); problemi relazionali (es. nel rapporto con il partner, con

i figli, ecc.); problemi emozionali (es. depressione, paure, ecc.); aspetti spirituali; problemi fisici (es. dolore, nausea, ecc.).

Questo strumento è molto semplice da usare, occupa poco tempo (da tre a quattro minuti) per completarlo e riesce attraverso la scrittura (piuttosto che verbalmente) a far esprimere meglio le preoccupazioni al paziente.

Un altro strumento che può essere utilizzato per la misurazione del distress nei pazienti oncologici è il PDI (Psychological Distress Inventory), questionario di autovalutazione costituito da 13 items; per ciascun item, i pazienti sono invitati a segnare tra le opzioni proposte quella più vicina al loro sentire nell'ultima settimana. (Morasso et al., 1996)

La valutazione del distress sembra quindi fondamentale per migliorare la qualità di vita e le possibilità di guarigione dei pazienti oncologici; a questa valutazione, però, va aggiunta la modalità di gestione del distress.

Quindi, non solo l'uso di appropriati strumenti di screening ma anche un sistema di amministrazione e rivalutazione dei risultati dello screening, la conduzione di valutazioni di follow up e l'attribuzione di ulteriori valutazioni, supporti e trattamenti quando necessari.

Inoltre, il successo di un qualsiasi programma di screening e gestione del distress dipende dalla presenza di uno staff qualificato e formato.

Molte organizzazioni, tra cui, l'ACoS (American College of Surgeons), la NCCN (1), l'Istituto di Medicina (Adler,

Page, 2008) e la Società Americana di Clinica Oncologica (12) hanno identificato la valutazione e il trattamento del distress psicosociale nella routine della cura del cancro come uno standard di qualità delle cure. Nel 2015, la Commissione sugli standard del cancro dell'ACoS (American College of Surgeons), ha stabilito di implementare i programmi di screening del distress psicosociale indicando 6 aspetti dello standard al quale attenersi (Williams et al., 2014):

1) Comitato: Presenza di un Comitato (gruppo di lavoro) coordinato da un responsabile che supervisiona l'amministrazione del programma con competenze specifiche nella conoscenza dei dati epidemiologici e numerici del distress nei pazienti oncologici.

Necessaria l'inclusione nel processo di psichiatri, psicologi e psiconcologi. Lo standard richiede una documentazione delle riunioni del comitato che discute dei risultati dello screening; ogni discussione del comitato deve partire dall'analisi dei pazienti e della classificazione dei risultati per valutare le soglie cliniche oltre le quali deve essere identificato un piano di lavoro psicologico su quel paziente. Può essere utile il feedback dei pazienti e familiari sull'effettività del programma di screening.

2) Tempo: lo screening dei pazienti dovrebbe essere effettuato durante le visite cliniche di maggior impatto emotivo (alla prima diagnosi, ad appropriati intervalli, al cambio di stato della malattia e trattamento). La poca letteratura disponibile è a favore dello screening ad ogni

visita; nella pratica viene fatto al momento della presa in carico in oncologia che corrisponde al momento della diagnosi; sarebbe, comunque, opportuno non somministrare lo screening una volta sola perché il distress può intervenire in vari momenti anche dopo la diagnosi.

3) Metodo: Lo screening può essere amministrato sia dai medici e dagli psicologi (che permette una valutazione immediata del questionario ed eventuali azioni in caso di rischio suicidiario) sia dai p a z i e n t i (autosomministrazione); (la maggior privacy può facilitare l'apertura del paziente; tuttavia l'attendibilità può essere compromessa dal livello culturale e di comprensione dello strumento). Attualmente si stanno diffondendo strumenti elettronici del distress che possono integrare

il materiale in possesso dallo psicologo.

4) Strumenti: Dato che il distress ha dimensioni multiple, strumenti che valutino solo un aspetto, come la depressione e l'ansia, non sono sufficienti. Vengono consigliati, quindi, strumenti multidimensionali, psicometricamente validati preferibilmente in pazienti oncologici. Esempi di strumenti sono il DT (Distress Thermometer) e il PHQ-4 (Patient Health Questionnaire – 4).

5) Valutazione: viene raccomandato un protocollo standardizzato per la valutazione dei punteggi e dei risultati dello screening per identificare i pazienti che necessitano di follow-up e di ulteriori valutazioni. Il protocollo dovrebbe prevedere i seguenti ruoli:

– Un membro responsabile dello staff che supervisioni l'utilizzo dello strumento di screening, raccolga i risultati e assicuri che la valutazione venga effettuata da personale clinico qualificato.

– Un team di clinici (infermieri, assistenti sociali, psicologi) responsabili per la valutazione dei dati dello screening e la scelta dei pazienti che richiedono follow-up.

– Un team di clinici responsabili del follow-up dei pazienti affetti da distress. Il follow up dovrebbe includere i risultati dello screening e ricostruire una breve storia e possibilmente somministrare strumenti aggiuntivi per chiarire il tipo e la severità e le fonti del distress. Viene raccomandata l'indagine sul rischio suicidario per via dell'aumento dei casi in oncologia.

6) Documentazione: i clinici dovrebbero documentare nella cartella medica lo strumento usato, i risultati e le interpretazioni cliniche dello screening; per i pazienti per i quali viene identificato un distress dovrebbero essere accertati i seguenti punti: i risultati dello screening, un piano di follow up, il tipo, la fonte e la severità del distress, la storia rilevante, ogni tipo di ideazione suicidaria, tipo di interventi raccomandati, inclusi un piano per eventuali ulteriori valutazioni.

Concludendo, questo tipo di programma potrebbe migliorare la qualità della cura e portare ad una diminuzione della sofferenza e ad un accrescimento del livello di soddisfazione dei pazienti, migliorando i risultati in termini di salute.

Alcuni studi sul distress nei pazienti oncologici

In uno studio effettuato nel 2013 (Grassi et al.,) è stato evidenziato come il termometro del distress, proposto dal NCCN, sia uno strumento semplice ed efficace anche per i pazienti ammalati di cancro italiani e come tale strumento sia paragonabile ad altri strumenti quali l'HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) e il BSI-18 (Brief Symptom Inventory -18) e che il suo utilizzo aumenta la rilevazione del distress nella pratica clinica. In questo studio si è constatato come il distress non sia correlato all'età, all'educazione, allo stato civile, allo stadio della malattia cancerogena o al tipo di intervento; non è neanche correlato alla comorbidità medica. E' invece, associato al genere (viene rilevato maggiore distress nelle donne) e a precedenti disturbi psicologici ed eventi di vita

stressanti prima della diagnosi di cancro; inoltre la presenza di sintomi fisici possono aumentare il rischio di distress.

In un altro studio effettuato nel 2014 (Fabbri et al., 2014) si è indagato se ad alti livelli di distress siano correlati una maggiore disponibilità ad effettuare un colloquio psicologico e se esiste una correlazione tra età, sesso, livello di distress e accettazione del colloquio.

I risultati dello studio indicano che, per il primo quesito, il 75% dei pazienti con elevato distress ha espresso la disponibilità a parlare con uno psicologo. La restante percentuale, pur avendo un livello di distress elevato, non ha dato questa disponibilità.

La patologia neoplastica e i suoi trattamenti rappresentano

sul piano soggettivo un'interruzione importante del ciclo vitale che investe in maniera significativa la sfera psicologica del paziente e dei suoi familiari e possano causare una sofferenza multidimensionale definita dalla comunità scientifica mondiale con il termine di distress. La presenza di distress psicologico è influenzato da diversi fattori come il tipo di tumore, il trattamento, i fattori anamnestici e socio-demografici, in particolare gli eventi stressanti che precedono la diagnosi di tumore. Il distress nei pazienti oncologici è un'esperienza emotiva multifattoriale spiacevole che influisce sull'abilità del paziente di affrontare la patologia, sui sintomi fisici e sul trattamento (National Comprehensive Cancer Network, 2002).

Un distress clinicamente rilevante è associato, infatti, ad un'aumentata percezione degli effetti collaterali dei trattamenti, peggioramento della qualità della vita, impoverimento delle relazioni sociali, disfunzioni familiari, alterazione della relazione medico-paziente, maggiore difficoltà alla ripresa e al reinserimento lavorativo, aumento dei tempi di recupero e riabilitazione, allungamento delle degenze, maggiori richieste di accertamenti diagnostici e consultazioni incongrue, maggiore utilizzo di farmaci e minore aderenza a stili di vita salutari che influenzano l'andamento della malattia.

Livelli significativi di stress emozionale sono correlati, anche, ad una minore aderenza ai trattamenti che, oltre ad ostacolare e compromettere la relazione

medico-paziente, possono complicare i processi decisionali (decision making) che riguardano le scelte terapeutiche. L'intervento psicologico favorisce il processo di accettazione e adattamento alla patologia, facilita la relazione terapeutica con l'equipe curante e supporta il paziente sul piano emotivo promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale del paziente e dell'equipe curante

Un intervento psicologico adeguato, basato sullo screening dello stress e su colloqui clinici, è in grado di migliorare sia la qualità assistenziale in termini di maggiori capacità, da parte dei pazienti, di comprendere la propria esperienza e di farvi fronte attraverso decisioni consapevoli sia di migliorare la qualità di vita; riducendo i tempi di riabilitazione. Inoltre

verrebbe migliorata la disponibilità di corrette informazioni socio-sanitarie; ridotti i tempi dell'incontro operatore sanitario-paziente; e si assisterebbe ad una diminuzione dello stress per gli operatori sanitari. Attraverso un intervento precoce sul distress psicologico si intende, dunque, favorire la realizzazione della cura globale dell'esperienza di malattia oncologica, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

“... E' fuor di dubbio che dall'attenta, consapevole e programmata gestione della sofferenza psichica, l'intera organizzazione ne trae un vantaggio e gli stessi piani terapeutici ne guadagnano in efficacia: pazienti meno angosciati e psicologicamente sostenuti nell'impatto con la

malattia e l'intervento clinico, sviluppano comportamenti che migliorano la compliance e quindi l'efficacia delle cure; familiari più adeguatamente informati e più supportati dal punto di vista psicologico, partecipano con più adeguatezza al processo di assistenza; operatori sanitari più formati e protetti di fronte ai rischi di stress o di burn-out, si assentano meno e lavorano meglio. Tutto ciò produce, nel tempo, un miglioramento del clima organizzativo e dell'efficacia complessiva della cura e dell'assistenza, che (nel breve e medio periodo) può anche portare ad una riduzione complessiva dei costi.” (P.Bozzaro).

Bibliografia

Bultz BD e Holland JC. Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital

sign. *Commun Oncol* 2006; 3:311–314

Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom Distress in Advanced Cancer Patients with Anxiety and Depression in the Palliative Care Setting. *Support Care Cancer* 2009; 17:573-579

Distress Management, Version 2.2018 – February 23, 2018-<http://www.nccn.org>;

Jacobsen PB, Lee M. Integrating Psychosocial Care Into Routine Cancer Care. *Cancer Control*. 2015 Oct;22(4):442-9;

Fargelin A, Zikmund – Fisher BJ, Ubel PA. Helping patients decide: ten steps to better risk

communication. *J Natl Cancer Inst*. 2011; 103:1436-43:

Meijer A, Roseman M, Delisle VC, et al. Effects of screening

for psychological distress on patient

outcomes in cancer: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2013;75(1):1-17;

Morasso G, Caruso A, Belbusti V, et al. Improving physicians' communication skills and reducing cancer patients' anxiety: a quasi-experimental study. *Tumori* 2015 Jan-Feb; 101 (1):131 – 7;

National Comprehensive Cancer Network (NCCN): NCCN Guidelines for Supportive Care

Ravenna AR, Approccio psicologico alla relazione con la persona sofferente. Il dolore e l'esostenza.

Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with patients. 2nd Edition. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2005;

In: Quattrini GP, Ravenna AR, Basili G, Mazzei S, Mengheri M, Liperini G. Le forme della gestalt. *Informazione Psicologica Psicoterapia Psichiatria* 2008; 11:6-13;

Ziegler L, Hill K, Bennett MI, Higgins IJ, Murray SA and Stark D. Identifying Psychological Distress at Key Stages of Cancer Illness Trajectory. A Systematic Review of Validated Self-Report Measures. *J Pain Sympt Manag* 2011; 41 (3): 619-636.

Il ruolo della regolazione emotiva nella disregolazione emotiva

di Antonia Bellucci

Introduzione

La regolazione emotiva è un processo fondamentale che ci permette di gestire e modulare le nostre emozioni in modo adattivo. Tuttavia, quando questo processo è compromesso, può portare a una disregolazione emotiva, caratterizzata da emozioni intense e difficili da gestire. La regolazione emotiva è definita come il processo di valutazione, selezione e modulazione delle emozioni in modo da raggiungere gli obiettivi e mantenere l'equilibrio emotivo (Gross, 1998).

La disregolazione emotiva è un costrutto psicologico che si riferisce alla difficoltà di regolare e gestire le emozioni in modo adattivo. Questa difficoltà può portare a una serie di problemi psicologici e comportamentali, tra cui l'ansia, la depressione, la

rabia e la violenza. In questo articolo, esploreremo le teorie e i modelli psicologici che cercano di spiegare la disregolazione emotiva, nonché le strategie di intervento più efficaci.

Teorie e modelli psicologici

Una delle teorie più note sulla disregolazione emotiva è la teoria della regolazione emotiva di James Gross (1998), secondo la quale la regolazione emotiva è un processo che coinvolge la valutazione, la selezione e la modulazione delle emozioni. Questa teoria suggerisce che la disregolazione emotiva può essere causata da una difficoltà nel valutare e selezionare le emozioni in modo adattivo. La valutazione delle emozioni è il primo passo nella regolazione emotiva: l'individuo valuta la situazione e le emozioni che sta provando. Questa valutazione può essere influenzata da fattori come la personalità, l'esperienza passata e le aspettative. La selezione delle emozioni è il secondo passo nella regolazione emotiva e può essere influenzata da

fattori come la motivazione, gli obiettivi e le norme sociali. La modulazione delle emozioni è il terzo passo nella regolazione emotiva in cui l'individuo modula l'intensità e la durata delle emozioni selezionate. Questa modulazione può essere influenzata da fattori come la capacità di regolazione emotiva, la motivazione e le strategie di coping.

Gross identifica diverse strategie di regolazione emotiva che possono essere utilizzate per prevenire o ridurre la disregolazione emotiva. Queste strategie includono:

- La consapevolezza emotiva: la capacità di riconoscere e identificare le emozioni proprie e altrui.
- La valutazione emotiva: la capacità di valutare la situazione e le emozioni in modo adattivo.
- La selezione emotiva: la capacità di selezionare le emozioni che si vuole provare o esprimere.
- La modulazione emotiva: la capacità di modulare l'intensità

e la durata delle emozioni selezionate.

Un altro modello teorico importante è il modello della disregolazione emotiva di Marsha Linehan (1993), che descrive la disregolazione emotiva come un problema di regolazione delle emozioni, del comportamento e delle relazioni interpersonali. Questo modello suggerisce che la disregolazione emotiva può essere causata da una combinazione di fattori biologici, ambientali e psicologici.

Il modello di Linehan identifica tre componenti principali della disregolazione emotiva:

1. Regolazione emotiva: la capacità di regolare le emozioni in modo adattivo, ovvero di ridurre l'intensità delle emozioni negative e di aumentare l'intensità delle emozioni positive.
2. Regolazione del comportamento: la capacità di regolare il comportamento in modo adattivo, ovvero di scegliere comportamenti che sono coerenti con gli obiettivi e i valori personali.

3. Regolazione delle relazioni interpersonali: la capacità di regolare le relazioni interpersonali in modo adattivo, ovvero di stabilire e mantenere relazioni positive e significative con gli altri.

Il modello di Linehan identifica anche tre fattori principali che contribuiscono alla disregolazione emotiva:

1. Fattori biologici: la genetica, la neurobiologia e le condizioni mediche possono contribuire alla disregolazione emotiva.

2. Fattori ambientali: l'ambiente familiare, sociale e culturale può contribuire alla disregolazione emotiva.

3. Fattori psicologici: la personalità, le esperienze passate e le strategie di coping possono contribuire alla disregolazione emotiva.

La disregolazione emotiva può avere conseguenze negative sulla salute mentale e fisica, tra cui:

- Disturbi dell'umore (ad esempio, depressione, ansia)

- Disturbi della personalità (ad esempio, disturbo borderline di personalità)

- Problemi di relazione

- Problemi di salute fisica (ad esempio, malattie cardiovascolari, problemi di sonno).

Fattori di rischio

La ricerca ha identificato diversi fattori di rischio che possono contribuire alla disregolazione emotiva, tra cui:

- Storia di trauma o abuso

- Problemi di salute mentale, come la depressione o l'ansia

- Abuso di sostanze

- Problemi di relazione o di lavoro

- Storia di disregolazione emotiva nella famiglia

Strategie di intervento

Le strategie di intervento più efficaci per la disregolazione emotiva includono:

- La terapia cognitivo-comportamentale (TCC), che aiuta gli individui a identificare

e modificare i pensieri e i comportamenti disfunzionali

- La terapia dialettico-comportamentale (TDC), che aiuta gli individui a sviluppare la regolazione emotiva e la tolleranza alla frustrazione

- La mindfulness, che aiuta gli individui a sviluppare la consapevolezza e l'accettazione delle emozioni.

Conclusioni

La disregolazione emotiva è un problema psicologico complesso che richiede un approccio integrato e multidisciplinare. Le teorie e i modelli psicologici descritti in questo articolo suggeriscono che la disregolazione emotiva può essere causata da una combinazione di fattori biologici, ambientali e psicologici. Le strategie di intervento più efficaci includono la TCC, la TDC e la mindfulness.

Bibliografia

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation:

Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Taylor, S. E. (2006). Tend and befriend: Biobehavioral bases of affiliation under stress. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 273-277.

Approcci Neuropsicologici alle Malattie Neurodegenerative: Diagnosi, Trattamento e Interventi

di Beatrice Leonello

Introduzione

Le malattie neurodegenerative rappresentano un insieme di disturbi progressivi caratterizzati da una degenerazione selettiva e progressiva dei neuroni in specifiche aree cerebrali, con conseguenti disfunzioni neurologiche che compromettono il funzionamento cognitivo, motorio e comportamentale. Le principali malattie neurodegenerative includono la demenza di Alzheimer, il morbo di Parkinson, la demenza frontotemporale e la sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Oltre a queste, esistono molte altre condizioni meno comuni ma altrettanto debilitanti, come la malattia di Huntington e la degenerazione corticobasale. L'incidenza di tali malattie è aumentata

notevolmente con l'invecchiamento della popolazione, rendendo urgente lo sviluppo di strategie diagnostiche e terapeutiche efficaci (Przedborski et al., 2003).

Dal punto di vista neuropsicologico, le malattie neurodegenerative rappresentano una sfida complessa, poiché coinvolgono un ampio spettro di alterazioni cognitive e comportamentali.

La neuropsicologia svolge un ruolo cruciale nella diagnosi precoce, nel monitoraggio del decorso della malattia e nella valutazione dell'efficacia delle terapie. Un aspetto chiave è la capacità di distinguere le diverse forme di demenza e le loro presentazioni cliniche sulla base dei profili neuropsicologici (Petersen et al., 2014). Ad esempio, mentre la malattia di Alzheimer è principalmente caratterizzata da deficit di memoria, la demenza frontotemporale si manifesta tipicamente con alterazioni comportamentali e disfunzioni esecutive.

L'obiettivo di questo articolo è quello di fornire una panoramica dell'impatto neuropsicologico delle principali malattie neurodegenerative, analizzando i loro effetti cognitivi, i meccanismi neurobiologici alla base del declino, e gli strumenti attualmente disponibili per la diagnosi e il trattamento.

Quadro teorico

Patogenesi delle Malattie Neurodegenerative

Le malattie neurodegenerative condividono meccanismi patogenetici comuni, tra cui l'accumulo anomalo di proteine nel sistema nervoso centrale. Queste proteine, come la beta-amiloide e la tau nella malattia di Alzheimer, e l'alfa-sinucleina nella malattia di Parkinson, interferiscono con il funzionamento neuronale ordinario e portano a una progressiva degenerazione cellulare (Selkoe & Hardy, 2016). L'accumulo di queste proteine forma aggregati che, a seconda del tipo di malattia, si localizzano in specifiche aree

cerebrali, causando il malfunzionamento delle sinapsi e la morte neuronale.

Un ulteriore meccanismo implicato nella patogenesi delle malattie neurodegenerative è lo stress ossidativo, che danneggia le cellule cerebrali attraverso l'eccessiva produzione di radicali liberi. Lo stress ossidativo è particolarmente rilevante nelle malattie come la sclerosi laterale amiotrofica, dove si osserva una progressiva degenerazione dei motoneuroni (Ferrante et al., 1997).

La neuroinfiammazione è un'altra componente chiave: nelle malattie neurodegenerative, l'attivazione cronica delle cellule gliali (come microglia e astrociti) in risposta a danni neuronali contribuisce ulteriormente alla morte cellulare, amplificando il ciclo neurodegenerativo (Heneka et al., 2014). La ricerca recente si è concentrata sulla modulazione di queste vie infiammatorie come potenziale strategia terapeutica.

Ruolo delle strutture cerebrali coinvolte

Le malattie neurodegenerative mostrano una particolare affinità per specifiche strutture cerebrali, il che spiega le diverse manifestazioni cliniche.

La malattia di Alzheimer colpisce primariamente il lobo temporale mediale e in particolare l'ippocampo, una struttura cruciale per la memoria episodica. Questo spiega perché il deterioramento della memoria sia il primo e più evidente sintomo clinico (Braak & Braak, 1991). A livello istopatologico, i pazienti con Alzheimer presentano placche di beta-amiloide e grovigli neurofibrillari di proteina tau che danneggiano i neuroni e portano a un'atrofia progressiva.

Nel morbo di Parkinson, la degenerazione dei neuroni dopaminergici nella *substantia nigra* porta a disturbi del movimento, come tremore, rigidità e bradicinesia (Aarsland et al., 2009). Tuttavia, le recenti evidenze

dimostrano che anche le funzioni cognitive, come l'attenzione e la memoria di lavoro, sono compromesse, probabilmente a causa del coinvolgimento del sistema dopaminergico a livello dei circuiti frontostriatali (Owen et al., 1998).

La demenza frontotemporale, invece, colpisce principalmente le regioni frontali e temporali del cervello, aree responsabili della regolazione delle emozioni, del comportamento sociale e delle funzioni esecutive. Di conseguenza, i pazienti con demenza frontotemporale possono mostrare alterazioni significative del comportamento, come disinibizione, apatia e cambiamenti della personalità, che precedono spesso il deterioramento cognitivo (Bang et al., 2015).

Revisione della letteratura

Demenza di Alzheimer e alterazioni neuropsicologiche

La malattia di Alzheimer (AD) è la forma più comune di demenza, rappresentando

circa il 60-70% di tutti i casi (Prince et al., 2013). È caratterizzata da un progressivo declino delle funzioni cognitive, con la memoria episodica come primo dominio colpito. I pazienti inizialmente presentano difficoltà nel ricordare eventi recenti, mentre la memoria a lungo termine rimane relativamente preservata nelle fasi iniziali (Sperling et al., 2011). Con il progredire della malattia, anche altre funzioni cognitive, come il linguaggio, le funzioni esecutive e la capacità visuo-spaziale, risultano compromesse (Dubois et al., 2016).

Dal punto di vista neuropsicologico, la diagnosi di Alzheimer si basa spesso sull'uso di batterie di test standardizzate, come il Mini-Mental State Examination (MMSE), che valuta le capacità cognitive globali, o la Montreal Cognitive Assessment (MoCA), che offre una valutazione più dettagliata delle funzioni esecutive e della memoria (Nasreddine et al., 2005). Studi recenti hanno anche dimostrato l'utilità delle

neuroimmagini, come la risonanza magnetica funzionale (fMRI) e la tomografia a emissione di positroni (PET), per rilevare precocemente i cambiamenti cerebrali nei pazienti con Alzheimer (Jack et al., 2018).

Un importante ambito di ricerca si concentra sulla cosiddetta "Mild Cognitive Impairment" (MCI), considerata uno stadio prodromico della demenza di Alzheimer. I pazienti con MCI presentano deficit cognitivi lievi, in particolare nella memoria episodica, ma mantengono ancora una relativa autonomia nelle attività quotidiane. Identificare i pazienti con MCI che progrediranno verso l'Alzheimer è cruciale per avviare tempestivamente interventi terapeutici (Petersen et al., 2014).

Malattia di Parkinson: Aspetti cognitivi e comportamentali

Il morbo di Parkinson (PD) è tradizionalmente considerato un disturbo motorio, ma negli ultimi anni è diventato evidente che circa il 30-50%

dei pazienti sviluppa anche sintomi cognitivi e comportamentali (Aarsland et al., 2009). Tra i deficit cognitivi più comuni vi sono l'alterazione delle funzioni esecutive, la riduzione della memoria di lavoro e difficoltà nell'attenzione sostenuta. Le funzioni esecutive, che comprendono la pianificazione, l'organizzazione e la flessibilità cognitiva, sono spesso compromesse nel PD a causa della degenerazione dei circuiti frontostriatali, influenzati dalla riduzione della dopamina (Owen et al., 1998).

I sintomi comportamentali, come depressione, apatia e ansia, sono anch'essi comuni e possono avere un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti (Weintraub et al., 2011). È stato dimostrato che la depressione è correlata alla degenerazione delle vie serotoninergiche, oltre che dopaminergiche, nel cervello dei pazienti con Parkinson (Remy et al., 2005). Questi disturbi psichiatrici possono precedere i sintomi motori o comparire in parallelo,

complicando ulteriormente il decorso della malattia.

Un'altra caratteristica interessante del PD è la presenza di allucinazioni visive, che si manifestano in una percentuale significativa di pazienti. Queste allucinazioni, che possono variare da semplici forme visive a immagini complesse di persone o animali, sono state correlate alla degenerazione corticale e sottocorticale e all'uso di farmaci dopaminergici (Diederich et al., 2005).

Demenza Frontotemporale: Alterazioni cognitive e comportamentali

La demenza frontotemporale (FTD) è una malattia neurodegenerativa che colpisce principalmente le regioni frontali e temporali del cervello, aree cruciali per il controllo del comportamento sociale e delle funzioni esecutive. A differenza dell'Alzheimer, i pazienti con FTD presentano cambiamenti comportamentali significativi già nelle fasi iniziali della malattia, come disinibizione,

apatia e perdita di empatia (Bang et al., 2015).

Esistono diverse varianti cliniche della FTD, tra cui la variante comportamentale (bvFTD), che è la più comune, e le varianti linguistiche, come l'afasia primaria progressiva (PPA). Nella bvFTD, i pazienti mostrano alterazioni nel controllo delle emozioni e dei comportamenti, con una progressiva incapacità di aderire alle norme sociali e una perdita di *insight* (Rascovsky et al., 2011). I deficit esecutivi sono prominenti, e si osservano difficoltà nella pianificazione, nella flessibilità cognitiva e nel giudizio (Zamboni et al., 2008).

Metodi di Valutazione Neuropsicologica

Test neuropsicologici e loro utilità clinica

La valutazione neuropsicologica rappresenta uno strumento fondamentale per diagnosticare e monitorare le malattie neurodegenerative. I test neuropsicologici standardizzati consentono di

identificare i deficit cognitivi in modo preciso e dettagliato, permettendo di differenziare le varie forme di demenza e di determinare il profilo cognitivo dei pazienti. La batteria di test generalmente include misure per la memoria, le funzioni esecutive, l'attenzione, il linguaggio e le abilità visuospatiali.

Uno strumento frequentemente utilizzato dai clinici è il **Mini-Mental State Examination (MMSE)**, che fornisce un'istantanea globale delle funzioni cognitive del paziente. Tuttavia, il MMSE ha dei limiti, poiché può risultare insensibile ai cambiamenti nelle funzioni cognitive in fasi precoci della malattia. Per questo motivo, si sta assistendo a un aumento dell'uso di test più dettagliati come la **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**, che offre una valutazione più completa, inclusi aspetti delle funzioni esecutive e della memoria di lavoro (Nasreddine et al., 2005).

Un'altra batteria di test frequentemente utilizzata è la **Addenbrooke's Cognitive**

Examination (ACE), che ha dimostrato una buona sensibilità nel differenziare tra i vari tipi di demenza (Hsieh et al., 2013). L'uso di test specifici per le funzioni esecutive, come il **Wisconsin Card Sorting Test (WCST)** e il **Trail Making Test**, è cruciale per identificare alterazioni nei processi decisionali e nella flessibilità cognitiva, comuni in molte forme di demenza, tra cui la demenza frontotemporale.

Le valutazioni neuropsicologiche non solo permettono una diagnosi più precisa, ma sono anche utili nel monitoraggio del decorso della malattia e nell'efficacia delle strategie terapeutiche. Inoltre, l'analisi del profilo cognitivo può fornire indicazioni utili per la pianificazione degli interventi riabilitativi e terapeutici, aiutando a personalizzare le strategie di trattamento per rispondere alle specifiche esigenze del paziente (Harrison et al., 2016).

Neuroimaging nella diagnosi delle Malattie Neurodegenerative

L'integrazione della neuropsicologia con le tecniche di neuroimaging ha rivoluzionato l'approccio alla diagnosi delle malattie neurodegenerative. Le tecniche di imaging, come la **Risonanza Magnetica (RM)** e la **Tomografia a Emissione di Positroni (PET)**, forniscono informazioni vitali sulla struttura e sulla funzionalità cerebrale, contribuendo a identificare i cambiamenti morfologici e metabolici associati alle malattie neurodegenerative.

La **Risonanza Magnetica** è particolarmente utile per valutare l'atrofia cerebrale e i cambiamenti strutturali. Ad esempio, nei pazienti con malattia di Alzheimer, l'atrofia è tipicamente evidente nell'ippocampo e nei lobi temporali. La neuroimaging può anche identificare alterazioni in altre aree cerebrali, contribuendo a una diagnosi più completa e tempestiva (Jack et al., 2018).

La **PET**, invece, è fondamentale per valutare l'attività metabolica cerebrale e l'accumulo di proteine

patologiche, come la beta-amiloide e la tau. Recenti studi hanno dimostrato che la PET con traccianti specifici per la beta-amiloide può essere utile nella diagnosi precoce della malattia di Alzheimer, identificando i soggetti a rischio prima che si manifestino segni clinici evidenti (Sperling et al., 2011).

In sintesi, l'integrazione tra valutazione neuropsicologica e neuroimaging rappresenta un approccio promettente per migliorare la diagnosi precoce e la gestione delle malattie neurodegenerative, permettendo una comprensione più profonda dei processi patologici sottostanti e un intervento più mirato.

Interventi Terapeutici e Riabilitativi

Terapie Farmacologiche

Il trattamento delle malattie neurodegenerative si concentra su due aree principali: la gestione dei sintomi e la modifica del decorso della malattia.

Attualmente, le opzioni farmacologiche sono limitate e spesso mirano a migliorare i sintomi piuttosto che a curare la malattia.

Per la **malattia di Alzheimer**, gli inibitori dell'acetilcolinesterasi, come il donepezil, la rivastigmina e la galantamina, sono comunemente prescritti per migliorare i sintomi cognitivi e comportamentali (Froelich et al., 2014). Questi farmaci aumentano i livelli di acetilcolina, un neurotrasmettitore coinvolto nella memoria e nell'apprendimento, alleviando parzialmente i sintomi nei pazienti in fase lieve-moderata. Tuttavia, questi trattamenti non modificano il corso della malattia.

Per il **morbo di Parkinson**, i farmaci dopaminergici, come la levodopa, sono il trattamento principale per alleviare i sintomi motori. Tuttavia, col passare del tempo, molti pazienti sviluppano complicazioni come discinesie e fluttuazioni motorie (Schapira et al., 2017). L'aggiunta di agonisti

della dopamina o inibitori delle monoamino-ossidasi può aiutare a gestire questi sintomi.

La **demenza frontotemporale** attualmente non dispone di terapie farmacologiche specifiche approvate, e i trattamenti si concentrano sulla gestione dei sintomi comportamentali e psichiatrici, utilizzando farmaci antipsicotici e antidepressivi, ma con risultati variabili (Lillo et al., 2013).

Interventi Non Farmacologici

Accanto alle terapie farmacologiche, gli approcci non farmacologici rivestono un'importanza crescente nella gestione delle malattie neurodegenerative.

La riabilitazione cognitiva, che include tecniche per migliorare le funzioni cognitive e il supporto alle attività quotidiane, è fondamentale. Programmi di stimolazione cognitiva possono contribuire a mantenere le capacità cognitive e migliorare la qualità della vita dei pazienti (Sitzer et al., 2006).

Interventi come la **musicoterapia**, la **terapia occupazionale** e la **psicoterapia** hanno dimostrato di avere effetti positivi sui sintomi comportamentali e sulla qualità della vita. La musicoterapia, in particolare, è stata associata a miglioramenti nelle funzioni cognitive, nella comunicazione e nell'umore, evidenziando l'importanza delle interazioni sociali e dell'espressione emotiva (Bradt & Dileo, 2014).

Inoltre, l'educazione e il supporto alle famiglie dei pazienti sono componenti essenziali del trattamento. Le famiglie spesso devono affrontare sfide significative nella cura dei loro cari e ricevere supporto psicologico e informazioni pratiche può aiutarle a gestire meglio le difficoltà quotidiane.

Conclusioni e Prospettive Future

Le malattie neurodegenerative rappresentano una sfida crescente per la salute pubblica e per i sistemi sanitari in tutto il mondo. La

comprensione dei meccanismi neuropsicologici alla base di queste patologie è fondamentale per sviluppare strategie di intervento più efficaci e personalizzate. La combinazione di valutazioni neuropsicologiche dettagliate e tecniche di neuroimaging offre un potente strumento per una diagnosi precoce e per il monitoraggio del decorso della malattia.

È necessario continuare la ricerca su nuovi approcci terapeutici, sia farmacologici che non farmacologici, e investire nella formazione dei professionisti sanitari per garantire che i pazienti ricevano un'assistenza ottimale. La promozione di uno stile di vita sano e l'attività fisica possono anche contribuire a rallentare il declino cognitivo e a migliorare la qualità della vita.

In futuro, la ricerca si concentrerà su biomarcatori più specifici e strategie terapeutiche innovative, come la terapia genica e le nuove tecnologie di neuromodulazione, per affrontare le sfide poste dalle

malattie neurodegenerative. La collaborazione multidisciplinare tra neurologi, psichiatri, neuropsicologi e operatori sociali sarà cruciale per affrontare le complesse esigenze dei pazienti e delle loro famiglie, promuovendo una cura integrata e centrata sulla persona.

Bibliografia

- Aarsland, D., Andersen, K., Larsen, J. P., & Lolk, A. (2009). Risk of dementia in Parkinson's disease: a community-based, longitudinal study. *Neurology*, 73(17), 1396-1401. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181bd2e e1.
- Bang, J., Spina, S., & Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia: clinical and pathological perspectives. *Nature Reviews Neurology*, 11(10), 533-544. DOI: 10.1038/nrneurol.2015.205.

- Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(12). DOI: 10.1002/14651858.CD006904.pub3.
- Diederich, N. J., et al. (2005). Visual hallucinations in Parkinson's disease: prevalence and clinical correlates. *Movement Disorders*, 20(1), 33-38. DOI: 10.1002/mds.21388.
- Froelich, L., et al. (2014). Pharmacological interventions for treating behavioral and psychological symptoms in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(12). DOI: 10.1002/14651858.CD006298.pub3.
- Harrison, J. E., et al. (2016). Neuropsychological testing in dementia: a meta-analysis of measures of cognitive function in Alzheimer's disease. *Neuropsychology Review*, 26(2), 120-132. DOI: 10.1007/s11065-016-9314-8.
- Hsieh, S., et al. (2013). The Addenbrooke's Cognitive Examination III: a novel test of cognitive function in dementia. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 243-249. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.109067.
- Jack, C. R., et al. (2018). NIA-AA research framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 14(4), 535-562. DOI: 10.1016/j.jalz.2018.02.018.
- Lillo, P., et al. (2013). Neuropsychiatric symptoms in frontotemporal dementia: a review of the literature.

- International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(6), 617-628. DOI: 10.1002/gps.3846.
- Nasreddine, Z. S., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
 - Rascovsky, K., et al. (2011). Diagnostic criteria for the behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD): a preliminary proposal. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.03.002.
 - Schapira, A. H. V., et al. (2017). Neurodegeneration: New therapeutic approaches for Parkinson's disease. *Nature Reviews Drug Discovery*, 16(7), 557-572. DOI: 10.1038/nrd.2017.103.
 - Sitzer, D. I., et al. (2006). Cognitive intervention in Alzheimer's disease: a review of the literature. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19(1), 15-20. DOI: 10.1177/0891988705281261.
 - Sperling, R. A., et al. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 280-292. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.03.003.
 - Zamboni, M., et al. (2008). Neuropsychological profiles in frontotemporal dementia. *Cognitive*

*and Behavioral
Neurology, 21(2),
104-110. DOI: 10.1097/
WNN.0b013e318183b6
86.*

REDAZIONE

Anna Borriello

Antonia Bellucci

Cinzia Saponara

Daniela Di Martino

Francesca Dicè

Ilenia Gregorio

Lia Corrieri

Roberto Ghiaccio

Nicoletta Del Monaco

Supplemento mensile a:

psicologinews.itAutorizzazione Tribunale
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 24 Aprile 2025

**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

INDICE

**ADHD gravidanza e post partum: scenari attuali di Roberto Ghiaccio
Pag 2**

***Storytelling*: tra psicologia e narrazione di Anna Borriello, Francesca Dicè
Pag 6**

**Conosce l'ombra, abitare il presente. Ridurre la ruminazione e l'ansia anticipatoria attraverso l'integrazione del sé di Nicoletta Del Monaco
Pag 15**

**Il Distress psicologico in Oncologia di Ilenia Gregorio
Pag 20**

**Il ruolo della regolazione emotiva nella disregolazione emotiva di Antonia Bellucci
Pag 33**

**Approcci Neuropsicologici alle Malattie Neurodegenerative: Diagnosi, Trattamento e Interventi di Beatrice Leonello
Pag 37**