

# Quaderni di telos

psichiatria, fenomenologia, scienze umane

## La psichiatria nell'era contemporanea

Il Progetto 20.20

2° Seminario di primavera del Cen.Stu.Psi.  
giugno 2020



quaterniditeles



# **La psichiatria nell'era contemporanea: il Progetto 20.20**

**Formazione, informazione, trattamento della sofferenza**

quaderniditeios

Numero 2 / 2020

**Rivista fondata da:**

Gino Aldi e Francesco Franza

**Direttore responsabile:**

Gino Aldi

**Editorial Board**

Gino Aldi

Gianfranco Del Buono

Barbara Felisio

Francesco Franza

Maria Russiello

Barbara Solomita

**Scientific Board**

Mark Agius (Cambridge, UK)

Gino Aldi (Caserta)

Marilisa Amorosi (Pescara)

Gianfranco Del Buono (Salerno)

Immacolata d'Errico (Bari)

Wilma Di Napoli (Trento)

Francesco Franza (Avellino)

Adelia Lucattini (Roma)

Giuseppe Tavormina (Brescia)

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (Napoli)

Ivan Urlic (Split, Croatia)

Antonella Vacca (Brindisi)

Nicolas Zdanowicz (Bruxelles, Belgium)

**Ufficio Stampa**

redazione@rivistatelos.it

www.rivistatelos.it

Registrazione Tribunale di Santa Maria Capua Vetere (Caserta, Italy) n. 834 del 3.3.2015  
Proprietà Associazione Zetema Istituto di Psicoterapia

Giugno 2020

ISBN: 978-8-8945-1811-5

# SOMMARIO

*La sequenza degli articoli segue la sequenza delle relazioni del congresso  
“2° Seminario del Censtupsi”, come nel sito [www.censtupsi.org](http://www.censtupsi.org)*

**1** | **Editoriale**  
Giuseppe Tavormina

**5** | **Antipsicotici tipici vs atipici: Studio osservazionale di venti anni**  
Francesco Franza, Roberto Basta, Luigi Calabrese, Nicoletta Fiorentino, Giuseppe Rosato, Barbara Solomita, Annalisa Soddu, Albino Zarrella

**11** | **Il progetto “Invito alla vita” di prevenzione del suicidio in trentino: percorsi di supporto ai sopravvissuti**  
Wilma Angela Renata Di Napoli

**25** | **Modalità psicoterapeutiche nello spazio semantico pensiero-azione-umore**  
Gottfried R. S. Treviranus

**39** | **Nuove tecnologie per interventi di arteterapia nei disturbi del neurosviluppo e delle psicosi**  
Simone Donnari, Valentina Canonico, Sandro Elisei

**51** | **Lo specchio deformante**  
Maria Rosaria Juli

- 61** | **La “Dignity therapy”: prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario**  
Mariangela Perito
- 69** | **I disturbi di personalità in adolescenza: caratteristiche e percorsi di cura**  
Maria Vincenza Minò
- 79** | **Paura di volare:  
Le nuove realtà della sperimentazione digitale in ambito fobico specifico**  
Maria Grazia Spurio
- 91** | **Psicoterapia: ridere insieme si può?**  
Patrizia Amici
- 101** | **Le nuove dipendenze:  
aspetti clinici e terapeutici**  
Antonella Vacca
- 111** | **Il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo in terapia breve strategica**  
Andrea Iengo
- 123** | **La stimolazione auricolare transcutanea del nervo vago (Ta-VNS) nel trattamento della depressione e disturbi d'ansia in pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**  
Yuri Melis, Emanuela Apicella, Leonardo Mendolicchio
- 135** | **La follia del dubbio**  
Maurilio Giuseppe Maria Tavormina, Romina Tavormina

- 147** | **Il concetto di umore negli scritti della filosofa Edith Stein: implicazioni per la medicina**  
Mark Agius
- 157** | **L'esordio depressivo**  
Giuseppe Stranieri
- 163** | **Interventi non farmacologici nella doppia diagnosi: una overview**  
Giulia Menculini, Valentina Del Bello, Patrizia Moretti, Alfonso Tortorella
- 175** | **Eventi stressanti nell'infanzia: l'importanza dell'amore materno. Un viaggio retrospettivo nella vita di adulti con depressione**  
Dominique Tavormina
- 185** | **Il suicidio negli adolescenti**  
Gino Aldi
- 195** | **Uso e abuso di apparecchi-video nei giovani: quali rischi per la salute?**  
Nicolas Zdanowicz, Christine Reynaert, Denis Jacques, Brice Lepiece, Thomas Dubois
- 207** | **Le dimensioni della disforia nello spettro bipolare**  
Massimo Claudio Bachetti, Giulia Menculini, Alfonso Tortorella, Patrizia Moretti
- 219** | **Il concetto clinico del "mixity" per meglio comprendere gli stati misti dello spettro bipolare**  
Giuseppe Tavormina



# EDITORIALE

**Giuseppe Tavormina**

*Presidente del “Centro Studi Psichiatrici”*

## **IL CENTRO STUDI PSICHIATRICI (CEN.STU.PSI.): UN’ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA-PONTE VERSO LA SCIENZA**

Il “Centro Studi Psichiatrici” (o “Cen.Stu.Psi.”) è un’associazione scientifica senza scopi di lucro il cui unico obiettivo è quello di stimolare la ricerca scientifica su qualunque tematica di interesse psichiatrico (principalmente: psichiatria clinica; psicofarmacologia; psichiatria sociale; psicologia; pedagogia clinica).

Finalità del “Cen.Stu.Psi.” sono:

promuovere e stimolare la ricerca e l’approfondimento scientifico, clinico e diagnostico sui vari argomenti di interesse psichiatrico tramite la periodica creazione di lavori per pubblicazioni o per congressi vari (nazionali e internazionali);

collaborazione e scambio di conoscenze scientifiche con altri enti e/o associazioni scientifiche, pubbliche o private, sia nazionali che internazionali, aventi finalità simili alla “Cen.Stu.Psi.” o che trattino di tematiche di interesse psichiatrico;

organizzare, o collaborare all’organizzazione, di convegni e congressi o di riviste scientifiche sugli argomenti di cui si occupa.

Sono invitati a far parte della “Cen.Stu.Psi.” tutti i medici psichiatri o neurologi o psicoterapeuti, oltre che gli psicologi e i pedagogisti, oltre che gli studenti specializzandi, sia italiani che stranieri, che condividano in pieno le finalità della associazione e le tematiche di cui si occupa, e che si impegnino a produrre almeno un lavoro scientifico all’anno da presentare a un congresso o per una pubblicazione.

Da promotore dell’idea di questo Centro Studi, oltre che fondatore, ho sempre osservato con grande soddisfazione professionale che chi ne fa parte apprezza i

progetti dell'associazione e vi interagisce in modo attivo; le pubblicazioni scientifiche nazionali ed internazionali a cui i Soci del Centro Studi hanno contribuito negli ultimi dieci anni sono diverse dozzine.

A vent'anni di distanza i tesseramenti sono stati 90, italiani e stranieri, inclusi coloro che hanno voluto non proseguire, fra cui 4 Gruppi di Lavoro e 3 Soci Onorari: tutti professionisti del settore di provenienza realmente "trasversale" (liberi professionisti; ospedalieri; universitari; studenti in formazione specialistica); da questa differente interattività nasce e si rinnova annualmente l'amore per la scienza e l'approfondimento scientifico.

Buon compleanno, "Cen.Stu.Psi."!

### **THE PSYCHIATRIC STUDIES CENTRE: A BRIDGE SCIENTIFIC ASSOCIATION TOWARDS SCIENCE.**

The "Cen.Stu.Psi.", a non-profit organization, is an international association without political or religious bias. Its sole purpose is for scientific research in the fields of psychiatry, psychopharmacology and social psychiatry.

Specifically:

To encourage and stimulate the scientific, clinical and diagnostic research while carefully gathering current studies of all psychiatric subject matters, therefore, implementing periodicals for distribution at national and international seminars, conferences and conventions.

To participate, collaborate and exchange scientific knowledge with organizations similar to "Cen.Stu.Psi." with psychiatric interest; be they public or private on a worldwide basis.

To share and disseminate information of research developments to the scientific community, authorities and the public-at-large via mass media.

As a promoter of the idea of this Study Center, as well as founder, I have always observed with my great professional satisfaction that those who are part of it appreciate the projects of the association and interact with it actively; the national and international scientific publications to which the Members of the Study Center have contributed in the last ten years are several dozen.

After twenty years, 90 Italians and foreigners were registered, including those who wished not to continue, including 4 Working Groups and 3 Honorary Members: all professionals in our sector, becoming from different types of professionals (private practice; hospital or university activity; psychiatrists in training); the love for science and scientific deepening is born and renews annually from this different interactivity.

Happy birthday, “Cen.Stu.Psi.”!

---

“Centro Studi Psichiatrici (CEN.STU.PSI.) – Psychiatric Studies Centre”-

Sede: Piazza Portici 11 – Provaglio d’Iseo (BS)

Associazione non a scopo di lucro registrata con atto notarile n° 94.640/22.103 - rep.  
Notaio Dr. Dario Ambrosini di Brescia – Atto Registrato a Brescia il 23/6/2000

---

### **Bibliografia:**

Borus JF. Teaching and learning psychiatry. *Academic Psychiatry* 1993; 17: 3-11.

Tavormina G, Corea S - *Psychiatric Studies Centre. The World Journal of Biological Psychiatry* 2001; 2: suppl 1: 376.

Tavormina G, Corea S - *Il CEN.STU.PSI., Centro Studi Psichiatrici Provaglio d’Iseo. Studi di Psichiatria* 2002; 4:5.

### **Corrispondenza:**

Giuseppe Tavormina

Presidente del “Centro Studi Psichiatrici” ([www.censtupsi.org](http://www.censtupsi.org))

Piazza Portici,11 - Provaglio d’Iseo (BS)

*e-mail:* [dr.tavormina.g@libero.it](mailto:dr.tavormina.g@libero.it)



# ANTIPSIKOTICI TIPICI VS ATIPICI: STUDIO OSSERVAZIONALE DI VENTI ANNI

**Francesco Franza, Roberto Basta, Luigi Calabrese,  
Nicoletta Fiorentino, Giuseppe Rosato, Barbara Solomita,  
Annalisa Soddu, Albino Zarrella**

*Struttura Intermedia Riabilitativa Psichiatrica "Villa dei Pini", Avellino*

## **Riassunto**

*Gli antipsicotici sono farmaci efficaci nel ridurre i sintomi positivi (deliri e allucinazioni) e disorganizzativi della schizofrenia. Sebbene gli antipsicotici di seconda generazione (SGA) siano stati considerati avere un migliore profilo in termini di efficacia e di effetti collaterali rispetto agli antipsicotici di prima generazione (FGA), dati successivi e crescenti hanno dimostrato la comparsa di importanti effetti collaterali associati agli SGA (ad es., sindrome metabolica). Nella pratica clinica scientifica, tuttavia, non è stata dimostrata una significativa superiorità in termini di efficacia degli FGA vs SG. Tecniche di switching degli antipsicotici frequenti a causa della mancanza di efficacia, della comparsa di effetti indesiderati o per assenza di compliance, possono a loro volta creare nuove problematiche. Il nostro studio osservazione di 20 anni ha cercato di valutare l'evoluzione della storia farmacologica in un gruppo di pazienti schizofrenici. I risultati del nostro studio hanno osservato che la maggior parte dei pazienti affetti da schizofrenia clinicamente stabili mantengono il loro stato di remissione dopo uno switching ad un altro antipsicotico; e alla fine del periodo di osservazione, l'11,54% dei pazienti assumevano di nuovo un antipsicotico FGA (aloperidolo).*

**Parole chiave:** *Spettro schizofrenico; FGA; SGA; Switching therapy.*

## INTRODUZIONE

La schizofrenia è una malattia invalidante, classificata tra le prime 20 cause di disabilità mondiale (McKnight et al. 2019). Le attuali linee guida psichiatriche internazionali indicano l'uso degli antipsicotici di seconda generazione come farmaci di prima scelta nel trattamento della schizofrenia.

Numerose evidenze scientifiche e cliniche hanno dimostrato un migliore profilo in termini di tollerabilità e di efficacia degli antipsicotici di seconda generazione (SGA) rispetto agli antipsicotici di prima generazione (FGA) nei pazienti schizofrenici. Tali evidenze suggeriscono che, sebbene, gli SGA abbiano un'efficacia sovrapponibile a quella degli antipsicotici di prima generazione, i primi presentano un migliore profilo in termini di tollerabilità, soprattutto sui sintomi extrapiramidali (Murray 2017). Alcune review e meta-analisi ne non confermano, tuttavia, tale superiorità. Queste osservazioni, malgrado le provate dimostrazioni scientifiche sull'efficacia e sulla tollerabilità degli SGA, si evidenzia nella pratica clinica giornaliera di molti pazienti la necessità di effettuare modifiche della terapia della terapia farmacologica attraverso tecniche di switching farmacologico verso altri antipsicotici, per la scarsa o assente risposta terapeutica (Matsui et al. 2019, Kane 2012).

Numerose meta-analisi, inoltre, non supportano evidenze su significative differenze in termini di efficacia tra i diversi antipsicotici atipici e tipici. Il razionale di questa tendenza non è chiaro, soprattutto alla luce delle evidenze della ricerca scientifica (Dibben et al. 2016). Gli studi CATIE e CULASS, due grandi trials clinici non-commerciali hanno confrontato FGA e SGA nelle persone affette da schizofrenia cronica rispettivamente negli Stati Uniti e nel Regno Unito hanno dimostrato che gli SGA in generale non sono più efficaci (tranne la clozapina) o meglio tollerati rispetto ai farmaci più vecchi (Jones et al. 2006, Libermann et al. 2006). Tali considerazioni, associate alle numerose evidenze nella pratica clinica quotidiana dell'uso ancora elevato di farmaci di prima generazione, non solo per il basso costo della gestione, ma probabilmente anche per una adeguata efficacia e maneggevolezza terapeutica, ha posto in alcuni ricercatori il dubbio sulla possibile attuale ruolo degli antipsicotici FG nella gestione del paziente schizofrenico. Alcuni studi sottolineano, infatti, che queste differenze siano minime rispetto a differenza di quanto osservato con gli effetti collaterali di questi composti (Keating 2017, Leucht 2013). Fattori quali gli effetti collaterali e i sintomi residui hanno un notevole impatto sulla qualità della vita e dell'aderenza al trattamento farmacologico dei pazienti (Citrome 2015, Haro 2014). Inoltre, le modifiche e i cambiamenti della terapia farmacologica da un composto ad un altro possono indurre effetti collaterali indipendenti in quanto i profili farmacologici di questi agenti differiscono sostanzialmente nonostante la loro somiglianza nell'essere "atipici". Tutti gli SGA condividono la capacità di

bloccare i recettori della dopamina  $D_2$  e la possibilità di agire anche sui recettori della serotonina 5-HT<sub>2A</sub>. Oltre a queste caratteristiche comuni, alcuni antipsicotici atipici sono anche in grado di bloccare o stimolare i recettori della dopamina o della serotonina, nonché i recettori istaminergici, muscarinergici o adrenergici. Come risultato delle diverse affinità recettoriali, nella sostituzione o nell'interruzione dei farmaci devono essere prese in considerazione diverse possibili insidie, tra cui il verificarsi di sindromi da astinenza e di rimbalzo. Per questi motivi è raccomandato un attento monitoraggio dei pazienti per potenziali eventi avversi che si possono manifestare durante lo switching farmacologico (Obayashi 2020, Cerovecki 2013).

Il nostro studio osservazione di 20 anni ha cercato di valutare l'evoluzione della storia farmacologica in un gruppo di pazienti schizofrenici. Ha valutato il mantenimento, l'efficacia e la tollerabilità degli antipsicotici atipici (SGA) verso l'aloiperidolo (FGA) in un gruppo di pazienti schizofrenici ospedalizzati e successivamente osservati in ambito ambulatoriale.

## **METODO**

Questo studio è condotto su pazienti ospitati nella Casa di Cura Villa dei Pini di Avellino e attuale Struttura Riabilitativa Residenziale Psichiatrica, come estensione di nostri precedenti studi osservazionali (Franza 2017, Franza 2012). Sono stati raccolti i dati di pazienti affetti da schizofrenia o da disturbo schizoaffettivo (DSM-IV e successivamente DSM-IV-TR e DSM 5) ospitati per la prima volta nel 1996 e successivamente osservati in regime ospedaliero o ambulatoriale per un periodo di venti anni. La raccolta dei dati è avvenuta su un iniziale campione di 1024 pazienti ospitati tra il 1996 e 1997, ed è seguita con la selezione dei pazienti di cui è stato possibile valutarne l'outcome per i successivi 20 anni 2016-2017 (in regime di ricovero o ambulatoriale). Al termine del periodo di osservazione sono stati selezionati solo 78 pazienti di cui è stato possibile ottenere i dati completi in tutti i tempi di osservazione (To vs Tn vs T5) (Vedi tabella dati epidemiologici). Al baseline (1996-97) tutti i 78 pazienti del campione analizzato assumevano aloiperidolo (FGA). Al baseline (T0) e nei seguenti tempi di valutazione: 1 anno (T1); 5 anni (T2); 10 anni (T3); 15 anni (T4); 20 anni (T5) sono stati raccolti i dati necessari per la valutazione dell'efficacia, della remissione e degli effetti collaterali indesiderati durante lo switching tra i diversi antipsicotici (da aloiperidolo a clozapina / risperidone / olanzapina / quetiapina / aripiprazolo e / o aloiperidolo) (vedi timetable). Sono stati raccolti, inoltre, i dati delle seguenti scale di somministrazione: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay 1989); Brief Psychiatric Rating Scale; (BPRS) (Overall 1962), Quality of Life Index (QLi);

(Ferrans 1985). Dati parziali sono stati ottenuti con la Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen 1984) e la Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen 1983). Infine, sono stati registrati i seguenti parametri biologici: pressione arteriosa, profilo lipidico e glucidico, enzimi epatici, emocromo con formula leucocitaria, elettrocardiogramma e peso corporeo (con l'indice di massa corporea).

*Tabella 1. Caratteristiche epidemiologiche in 78 pazienti*

|                         | Totale | Femmine | Maschi |
|-------------------------|--------|---------|--------|
| Pazienti                | 78     | 30      | 48     |
| Età media (anni)        | 31,18  | 33,27   | 27,83  |
| ± DS                    | 11,34  | 10,68   | 13,36  |
| Educazione media (anni) | 9,42   | 8,23    | 10,77  |
| ± DS                    | 4,55   | 3,33    | 4,65   |
| Numero ricoveri (media) | 6,21   | 5,9     | 6,49   |
| ± DS                    | 1,91   | 2,07    | 1,77   |

*Tabella 2. Timetable dei 78 pazienti selezionati dal 1996 al 2016 (riassunto degli switching degli antipsicotici)*

| Year         | 1996 →    | 97        | 98 | 99 | 2000      | 01 | 02 | 03        | 04 | 05        | 06 | 07 | 08 | 09 | 10        | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 2016 | Tot. T5 | %      |
|--------------|-----------|-----------|----|----|-----------|----|----|-----------|----|-----------|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|----|------|---------|--------|
| Haloperidol  | 78        | 68        | 46 | 15 | 5         |    |    | 5         |    | 3         |    |    |    |    | 5         |    |    |    |    |    | 9    | 9       | 11,54% |
| Clozapine    | 10        |           | 10 |    | 10        |    |    | 11        |    | 10        |    |    |    |    | 10        |    |    |    |    |    | 10   | 10      | 12,82% |
| Risperidone  |           | 22        | 24 |    | 22        |    |    | 15        |    | 12        |    |    |    |    | 9         |    |    |    |    |    | 10   | 10      | 12,83% |
| Olanzapine   |           |           | 29 |    | 30        |    |    | 28        |    | 28        |    |    |    |    | 18        |    |    |    |    |    | 19   | 19      | 24,36% |
| Quetiapine   |           |           |    |    | 11        |    |    | 12        |    | 15        |    |    |    |    | 2         |    |    |    |    |    | 22   | 22      | 26,20% |
| Aripiprazole |           |           |    |    |           |    |    | 7         |    | 10        |    |    |    |    | 7         |    |    |    |    |    | 5    | 8       | 10,26% |
|              |           |           |    |    |           |    |    |           |    |           |    |    |    |    |           |    |    |    |    |    |      |         |        |
| Total pt     | 78        | 78        |    |    | 78        |    |    | 78        |    | 78        |    |    |    |    | 78        |    |    |    |    |    | 78   | 78      | 100%   |
|              | <b>T0</b> | <b>T1</b> |    |    | <b>T2</b> |    |    | <b>T3</b> |    | <b>T4</b> |    |    |    |    | <b>T5</b> |    |    |    |    |    |      |         |        |
| years        |           | 1 yr      |    |    | 5 yrs     |    |    | 10 yrs    |    | 15 yrs    |    |    |    |    | 20 yrs    |    |    |    |    |    |      |         |        |

L'analisi statistica complessiva consisteva nel confronto del limite superiore dell'intervallo di confidenza al 95% (CI) basale e alla fine dello studio di altre scale medie di valutazione (PANSS: dati completati; SAPS; SANS: dati parziali; Indice di qualità della vita). I dati sono stati valutati con il software per la piattaforma Excel [EZAnalyze © ver.3.0].

RISULTATI

L'analisi dei dati ha evidenziato una discontinuità terapeutica associata alla sostituzione del trattamento iniziale con antipsicotici tipici (aloperidolo) e l'inizio di un nuovo trattamento farmacologico con antipsicotici atipici con il possibile ritorno al termine del periodo osservazionale a un trattamento con antipsicotici tipici (farmaci orali o a lunga durata d'azione). Durante il colloquio valutativo dell'andamento della terapia in ciascun paziente, abbiamo registrato i seguenti items: numero di ricoveri/anno; conformità terapeutica (indagine familiare); attività scolastica e / o lavorativa; abuso di droghe. Inoltre, abbiamo registrato il precedente trattamento di switching da un antipsicotico atipico ad un altro antipsicotico atipico. La tabella 2 riporta i risultati della PANSS per ciascun trattamento farmacologico in ogni paziente. Nel gruppo di pazienti in trattamento con clozapina, i tassi di remissione sono stati più elevati rispetto agli altri gruppi; mentre il 28,84% dei pazienti che hanno iniziato il trattamento con risperidone e il 42,85% con quetiapina hanno interrotto la terapia con la necessità di assumere un tipico antipsicotico (aloperidolo; aloperidolo long-acting). Un numero consistente di pazienti (11,54%), che ha sospeso la "iniziale" terapia con aloperidolo, ha ripreso la terapia con aloperidolo alla fine del periodo osservazionale. Il risultato complessivo ha registrato valori in termini di rapporto efficacia/maneggevolezza buoni nel 28,4%, intermedi nel 50,1% e scarsi nel 21%.

Tabella 3: PANSS EZAnalyze Results Report - Paired T- Test of T (haloperidol) PANSS with T5 or Tn vs T5

|              | T0      | Tn | T5      | Numero | difference | T-Score: | Squared | p    |
|--------------|---------|----|---------|--------|------------|----------|---------|------|
| Aloperidolo  | 128.818 |    | 97.321  | 11     | 31.497     | ,589     | 7,750   | ,000 |
| Clozapina    | 124.370 |    | 92.173  | 17     | 32.197     | 4,383    | ,658    | ,002 |
| Risperidone  | 120.478 |    | 101.321 | 23     | 19.157     | 5,097    | ,812    | ,004 |
| Olanzapina   | 115.000 |    | 94.432  | 23     | 20.568     | 4,546    | ,508    | ,000 |
| Quetiapina   | 109.250 |    | 89.750  | 20     | 19.500     | 4,370    | ,595    | ,001 |
| Aripiprazolo | 115.375 |    | 98.668  | 32     | 16.707     | 1,763    | ,308    | ,128 |

I risultati ottenuti dalla valutazione degli altri parametri (ad es., profilo metabolico, cardiologico, etc) saranno presentati in un altro studio, attualmente in fase di elaborazione.

## CONCLUSIONI

Gli antipsicotici sono efficaci nel trattamento sia negli episodi psicotici acuti sia nella prevenzione delle ricadute. Inoltre, sia gli FGA che gli SGA sono efficaci nel ridurre i sintomi positivi e disorganizzati della schizofrenia. Sebbene gli SGA siano ritenuti più efficaci e meglio tollerabili degli FGA, numerose evidenze hanno dimostrato che gli SGA non solo non sono più efficaci degli FGA (Lieberman 2005) ma possono sviluppare numerosi effetti collaterali indesiderati (ad es., neurologici, metabolici, cardiovascolari, etc.). A differenza della efficacia sostanzialmente simile in tutti i composti, gli antipsicotici differiscono notevolmente per i loro effetti collaterali indesiderati (Tandon 2014) responsabili della scarsa compliance e della necessità di iniziare una nuova terapia farmacologica. Il nostro studio suggerisce che la maggior parte dei ricoverati schizofrenici clinicamente stabili mantengono il loro stato di remissione dopo essere passati a atipici antipsicotici. Pertanto, è interessante notare che alla fine del periodo di osservazione (20 anni: III swithcing) l'11,54% dei pazienti ha assunto di nuovo antipsicotici tipici (aloperidolo), long-acting oppure orale, il 51,18% dei pazienti ha riferito di esser soddisfatti della terapia assunta e di una migliore efficacia con un trattamento farmacologico con antipsicotici di seconda generazione. Quando si sostituisce un antipsicotico, è indispensabile un'attenta valutazione clinica e un approccio conservativo possono per modulare il rischio di una esacerbazione della sintomatologia psicotologica oltre a incrementare il rischio di sviluppare importanti effetti collaterali avversi. Al momento non lo è possibile prevedere quale antipsicotico possa essere ottimale in un dato paziente. Per ottenere una terapia ottimale per schizofrenia, i medici devono bilanciare diversi fattori quali l'efficacia, i rischi e i benefici dei trattamenti, personalizzandoli secondo le esigenze, i bisogni e le vulnerabilità del singolo paziente (Poo 2015; Tandon 2014).

## Bibliografia

- Barak Y, Aizenberg D. 2012 Clinical and psychosocial remission in schizophrenia: correlations with antipsychotic treatment. *BMC Psychiatry* 2012; 12:108.
- Cerovecki A, Musil R, Klimke A, Seemüller F, Haen E, Schennach R, Kühn KU, Volz HP, Riedel M. Withdrawal symptoms and rebound syndromes associated with switching and discontinuing atypical antipsychotics: theoretical background and practical recommendations. *CNS Drugs* 2013;27:545-72
- Dibben CRM, Khandaker GM, Underwood BR, O'Loughlin C, Keep C, Mann L & Jones PB: First-generation antipsychotics: not gone but forgotten. *BJPsych Bull* 2016; 40:93–96.
- Franza F, Solomita B, Aldi G, Del Buono G. Assessing the critical issues of atypical antipsychotics in schizophrenic inpatients. *Psychiatr Danub* 2017;29(Suppl 3):405-408.
- Franza F, Calabrese L, Dinelli G, Fiorentino N, Mazziotti di Celso R, Dinelli E, Soddu A, Fasano V, Iandoli M, Battista A. Efficacy, tolerability and remission: a 15 years switching study from oral antipsychotics (from typical to atypical and back). *European Neuropsychopharmacology* 2012; 2(S2):S317
- Haro JM, Novick D, Perrin E et al. Symptomatic remission and patient quality of life in an observational study of schizophrenia AND is there a relationship? *Psychiatry Res* 2014; 220: 163-9.
- Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, et al.:Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:1079-87.
- Kane JM. Addressing nonresponse in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:e07.
- Keating D, McWilliams S, Schneider I, Hynes C, Cousins G, Strawbridge J, Clarke M. Pharmacological guidelines for schizophrenia: a systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open* 2017; 7:e013881
- Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, Samara M, Barbui C, Engel RR, Geddes JR, Kissling W, Stapf MP, Lässig B, Salanti G, Davis JM. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments metaanalysis. *Lancet* 2013; 382:951-62.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209–1223
- Matsui K, Tokumasu T, Takekita Y, Inada K, Kanazawa T, Kishimoto T, Takasu S, Tani H, Tarutani S, Hashimoto N, Yamada H, Yamanouchi Y, Takeuchi H Switching to antipsychotic monotherapy vs. staying on antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2019;209:50-57

- Murray R, Correll CU, Reynolds GP, and David Taylor D. Atypical antipsychotics: recent research findings and applications to clinical practice. *Ther Adv Psychopharmacol* 2017; 7(1 Suppl): 1–14.
- Obayashi Y, Mitsui S, Sakamoto S, Minao N, Yoshimura B, Kono T, Yada Y, Okahisa Y, Takao S, Kishi Y, Takeda T, Takaki M, Yamada N. Switching strategies for antipsychotic monotherapy in schizophrenia: a multi-center cohort study of aripiprazole. *Psychopharmacology* 2020;237:167-175.
- Poo SX, Agius M. Atypical Antipsychotics for Schizophrenia and/or Bipolar Disorder in Pregnancy: Current Recommendations and Updates in the NICE Guidelines. *Psychiatr Danub* 2015;27 Suppl 1:S255-60.
- Tandon R. Bridging the Efficacy-Effectiveness Gap in the Antipsychotic Treatment of Schizophrenia: Back to the Basics. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:e1321-e1322. 11
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2163– 96.

## TYPICAL ANTIPSYCHOTICS VS ATYPICAL: A TWENTY YEARS OBSERVATIONAL STUDY

### Summary

*Antipsychotics are effective in reducing positive and disorganization symptoms of schizophrenia. Although SGAs initially all were believed to be more efficacious and tolerable than FGAs, several data show that the SGAs are no more effective than FGAs. In clinical practice, frequent switching of antipsychotic medications is widespread for lack of efficacy, adverse side effects, and partial or not-compliance response. This study suggested that most clinically stable inpatients with schizophrenia maintain their remission states after being switched to another atypical antipsychotic; but that at the end (after 20 years) of the observation period of our study, 11.54% of the patients assumed again typical antipsychotics (haloperidol).*

**Keywords:** *Schizophrenic spectrum; Atypical antipsychotics; Switching therapy.*

**Corrispondenza:**

Francesco Franza

Direttore Tecnico

SIR Villa dei Pini Avellino

*Tel.:* +39 0825 672711

*e-mail:* f.franza@villadeipini.com



# IL PROGETTO “INVITO ALLA VITA” DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN TRENTINO: PERCORSI DI SUPPORTO AI SOPRAVVISSUTI

Wilma Angela Renata Di Napoli

*Psichiatra*

## Riassunto

*Nel mondo un milione di persone l'anno sceglie di porre fine alla propria vita, una ogni quaranta secondi, e ogni tre secondi si registra un tentativo di suicidio.*

*Il suicidio è un fenomeno estremamente complesso, determinato dall'interazione di fattori biologici, sociali, culturali e psicologici; la multi fattorialità del problema non permette quindi interpretazioni univoche o semplicistiche ed impone un approccio complesso, articolato e multidisciplinare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che i programmi di prevenzione del suicidio devono rispecchiare le caratteristiche dei singoli Paesi, tenendo conto delle diverse realtà sociali, culturali e sanitarie. La prevenzione deve rivolgersi, pertanto, a problemi locali, con soluzioni locali e privilegiare interventi condotti, attraverso varie forme di collaborazione, da più soggetti.*

*Sulla base delle politiche di salute pubblica promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle esperienze di prevenzione maturate a livello internazionale, nella Provincia di Trento a partire dal 2008 è stato proposto ed implementato un progetto locale di prevenzione del suicidio intitolato “Invito alla Vita”. La campagna si è articolata in una molteplicità di azioni a vari livelli, con interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con l'intento di potenziare i fattori protettivi ed intervenire sui fattori di rischio. Obiettivo, aspetto innovativo e sfida del progetto è stato il coinvolgimento ed il lavoro di cooperazione con le diverse realtà istituzionali e non esistenti nel territorio, affinché le azioni di prevenzione potessero risultare incisive in un'ottica di salute pubblica.*

*Tra queste azioni è apparso via via sempre più evidente a chi vi si impegna che la prevenzione del suicidio non può non tenere conto della sofferenza di chi resta, di coloro cioè che vengono chiamati sopravvissuti e che, come evidenziato in maniera incontrovertibile da dati di letteratura scientifica internazionale, costituiscono un gruppo maggiormente a rischio di sviluppare un profondo malessere e reiterare condotte suicidarie. La possibilità di sviluppare azioni di sostegno ai sopravvissuti ha fornito l'occasione di diffondere all'interno della collettività una cultura più consapevole e orientata sul fenomeno suicidario, costituendo di per sé un'azione finalizzata a far cadere la cortina omertosa e stigmatizzante collegata all'evento suicidario, riducendo quindi il rischio di isolamento delle persone sopravvissute e favorendo nel contempo l'esperienza di supporto tra pari, cioè di condivisione del dolore ma anche delle opportunità e competenze sviluppate per farvi fronte.*

**Parole chiave:** *Suicidio; Prevenzione; Sopravvissuti; Automutuoaiuto.*

Nel mondo un milione di persone l'anno sceglie di porre fine alla propria vita, una ogni quaranta secondi, e ogni tre secondi si registra un tentativo di suicidio.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il suicidio come una grave emergenza sanitaria. Sebbene i dati relativi al fenomeno siano molto difficili da valutare, e sicuramente sottostimati a causa del tabù che tuttora rappresenta, il suicidio si attesta tra le prime dieci cause di morte, come seconda o terza per i giovani, ed i tentativi di suicidio risultano venti volte maggiori dei suicidi stessi, con relativi costi sociali ed emotivi enormi (Pompili 2014).

Il suicidio è una delle cause di morte che può essere prevenuta, infatti non è quasi mai una decisione improvvisa, ma solitamente la conclusione di un vissuto interiore doloroso in cui frequenti sono i dubbi ed i ripensamenti.

Il suicidio, come sottolinea la letteratura scientifica in merito, va interpretato non come un movimento verso la morte, ma come un allontanamento da un dolore psicologico insostenibile. Solitamente il suicidio non è un atto casuale e improvviso, ma piuttosto la risposta ad una crisi, il tentativo estremo e disperato di uscire da una situazione insopportabile che genera sofferenza; nel momento in cui l'individuo abbandona ogni altra possibilità di soluzione inizia l'organizzazione dell'atto suicida (De Leo 2012).

Lo stato emotivo di chi si suicida è l'assenza di speranza e l'ambivalenza: sebbene la persona si appresti alla morte, desidera essere salvata, se si riesce quindi a ridurre e a rendere più sopportabile il livello di sofferenza, il suicidio non si verifica. Atto tipico dei suicidi è la comunicazione, in modo più o meno esplicito, dell'intenzione,

ma spesso tali messaggi non vengono colti oppure non si sa come rispondere alle richieste di aiuto (Cavanagh 2003).

Il suicidio è un fenomeno estremamente complesso, determinato dall'interazione di fattori biologici, sociali, culturali e psicologici; la multi fattorialità del problema non permette quindi interpretazioni univoche o semplicistiche ed impone un approccio complesso, articolato e multidisciplinare poiché, un intervento esclusivamente specialistico e sanitario, riuscendo a raggiungere unicamente le persone aderenti ad un trattamento, darebbe risultati limitati (Mann 2005, Tosini 2014).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che i programmi di prevenzione del suicidio devono rispecchiare le caratteristiche dei singoli Paesi, tenendo conto delle diverse realtà sociali, culturali e sanitarie. La prevenzione deve rivolgersi pertanto a problemi locali, con soluzioni locali, e privilegiare interventi condotti, attraverso varie forme di collaborazione, da più soggetti (WHO 2012).

Sulla base delle politiche di salute pubblica promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle esperienze di prevenzione maturate a livello internazionale, nella Provincia di Trento a partire dal 2008 è stato proposto ed implementato un progetto locale di prevenzione del suicidio intitolato “Invito alla Vita”. Il progetto è stato inizialmente promosso dalle Unità Operative di Psichiatria d'intesa con la Direzione Generale e le Direzioni di Distretto dell'azienda sanitaria provinciale, ma si è poi sviluppato articolandosi in livelli sempre crescenti di complessità e multi-disciplinarietà, venendo affidato nel 2016 per la parte organizzativa alla associazione AMA di Trento in collaborazione col tavolo operativo degli specialisti afferenti all'Area Salute Mentale provinciale.

Fin da principio Invito alla Vita si è posto come obiettivo generale la predisposizione e realizzazione di azioni di prevenzione del suicidio sul territorio trentino adattati alla realtà locale ed emergenti da un'analisi del contesto sia territoriale che sociale.

La campagna si è quindi articolata in una molteplicità di azioni a vari livelli, con interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con l'intento di potenziare i fattori protettivi ed intervenire sui fattori di rischio. Obiettivo, aspetto innovativo e sfida del progetto è stato il coinvolgimento ed il lavoro di cooperazione con le diverse realtà istituzionali e non esistenti nel territorio, affinché le azioni di prevenzione potessero risultare incisive in un'ottica di salute pubblica. Nella sua realizzazione Invito alla Vita ha quindi coinvolto non solo figure professionali ed ambiente sanitario, ma si è sviluppato in rete, attraverso un'attuazione flessibile e condivisa, ponendosi come punto di connessione tra i vari soggetti e tra le azioni, affinché diventasse progressivamente un progetto portato avanti dalla comunità stessa (Di Napoli & Della Rosa 2016, Tosini 2014).

Il forte interesse dimostrato da varie realtà territoriali ha consentito, fin da subito, di effettuare proficue collaborazioni e di attuare il coinvolgimento di una pluralità di soggetti afferenti a contesti molto diversi, uniti all'interno di un tavolo provinciale di progettazione, che condivide annualmente l'analisi puntuale del fenomeno a livello locale e lo sviluppo e condivisione di programmi mirati al territorio provinciale.

Le linee di intervento di Invito alla Vita si sono quindi articolate in vari ambiti, prevedendo azioni di sensibilizzazione e informazione della popolazione, da effettuare in maniera periodica e diffusa, sfruttando molteplici modalità e risorse e con la collaborazione dei mass media locali (conferenze, flash mob, spettacoli, trasmissioni radiofoniche e televisive, sito web), ma anche la formazione per la medicina territoriale (medici di medicina generale, infermieri, assistenza domiciliare) e per i "sensori", cioè persone che per ruolo o sensibilità hanno responsabilità rispetto alla tematica (scuola, forze dell'ordine, clero, servizi sociali, associazioni e terzo settore).

Si sono costituite offerte specifiche per categorie a rischio, sia con il coinvolgimento di esperti sanitari dell'APSS, sia implementando le risorse della mutualità (gruppi di autoaiuto) e del volontariato, che hanno permesso ad esempio la costituzione di una linea telefonica gratuita dedicata attiva h24, completamente gestita da volontari formati; un'attenzione particolare è stata dedicata alle fasce di popolazione più giovani, attraverso l'utilizzo di una piattaforma web di ascolto che usa vari canali e social per la promozione di forme di ascolto e supporto peer to peer, condotta da giovani volontari formati ([www.Tra-di-Noi.com](http://www.Tra-di-Noi.com)). E' stato inoltre garantito, grazie alla collaborazione del servizio epidemiologico provinciale, un monitoraggio epidemiologico del fenomeno suicidario provinciale a livello quantitativo e qualitativo (Di Napoli & Della Rosa 2016).

Tra queste azioni è apparso via via sempre più evidente a chi vi si impegna che la prevenzione del suicidio non può non tenere conto della sofferenza di chi resta, di coloro cioè che vengono chiamati sopravvissuti, e che, come evidenziato in maniera incontrovertibile da dati di letteratura scientifica internazionale, costituiscono un gruppo maggiormente a rischio di sviluppare un profondo malessere e reiterare condotte suicidarie (Grad 2011).

L'importanza della presa in carico del dolore di chi affronta la perdita per suicidio di un proprio caro, di un affetto, o anche solo di una persona che viveva all'interno delle propria cerchia di conoscenze, si è dimostrata in questi anni uno snodo cruciale del progetto, sia nell'ottica di rafforzare in generale gli elementi protettivi del benessere della popolazione, sia di intervento preventivo mirato per fasce a rischio, ma non solo (McIntosh & John 2011). La possibilità di sviluppare azioni

di sostegno ai sopravvissuti ha fornito nel contempo l'occasione di diffondere all'interno della collettività una cultura più consapevole e orientata sul fenomeno suicidario, costituendo di per sé un'azione finalizzata a far cadere la cortina omertosa e stigmatizzante collegata all'evento suicidario, riducendo quindi il rischio di isolamento delle persone sopravvissute, e favorendo nel contempo l'esperienza di supporto tra pari, cioè di condivisione del dolore ma anche delle opportunità e competenze sviluppate per farvi fronte.

Da questa consapevolezza i collaboratori del progetto Invito alla Vita hanno garantito una crescente attenzione e maggiori risorse allo sviluppo di azioni dedicate ai sopravvissuti, sempre rispettando la struttura complessa e diversificata del progetto: ciò ha significato prevedere interventi sia a livello del singolo che di gruppi di persone, condotti sia da specialisti (psicologi, psichiatri, assistenti sociali) sia da volontari e cittadini sensibilizzati, forniti in modo puntuale o periodico, ed attuabili in diversi contesti e attraverso l'utilizzo di molteplici mezzi e modalità.

Nello specifico fin dall'inizio è stata adottata da Invito alla Vita la mutualità come strategia di sostegno, da qui il forte contributo a fare nascere e crescere gruppi di auto mutuo aiuto dedicati al lutto di una morte per suicidio, ulteriormente ampliatisi nel momento in cui il progetto stesso è stato affidato in gestione alla associazione Ama di Trento. Nel tempo tuttavia è parso altrettanto importante dedicare attenzione e sensibilità particolari al supporto, specie nelle fasi iniziali e fortemente traumatiche immediatamente successive ad un lutto suicidario, di quelle persone che ne venivano colpite. Ecco perché Ama, in collaborazione e in maniera integrata con specialisti dell'Area salute mentale provinciale, ha offerto spazi sempre crescenti di prima accoglienza e ascolto ai sopravvissuti. Questi momenti potevano risultare efficaci di per sé e/o condurre successivamente i survivors ad afferire a gruppi di auto aiuto dedicati, alcuni di loro potendo divenire poi nel tempo “esperti” disponibili a offrire a loro volta sostegno e condivisione a chi travolto dalla sofferenza per una perdita per suicidio (Jordan & Baugher 2016).

Non è stato tralasciato il supporto ai sopravvissuti per le categorie di lavoro più esposte al trauma del suicidio all'interno del proprio ambito di intervento, e cioè operatori dei servizi sanitari, dei servizi sociali e delle forze dell'ordine: il suicidio è difatti un'esperienza che sovrasta le capacità di elaborazione del singolo operatore pertanto è consigliabile ricercare attivamente la funzione contenitiva del gruppo di lavoro al quale si appartiene. Condividere eventi formativi sul tema del suicidio, ridisegnare insieme ai colleghi i percorsi di cura dei pazienti a rischio e condividere riflessioni sul proprio sentire sono esperienze che attenuano il sentimento di dolore che si avverte quando siamo in contatto con l'esperienza del suicidio, bonificano gli stati d'animo dai sentimenti più frequenti di colpa, rabbia ed impotenza, e

restituiscono all'operatore fiducia e speranza, così come la capacità di portare nuovamente il proprio contributo al lavoro. Sono stati quindi sviluppati diversi eventi formativi dedicati a personale sanitario e sociale, dal titolo "prendersi cura di chi cura", ed è stata promossa l'attivazione di un gruppo di condivisione emotiva messo a disposizione del personale della azienda provinciale e dei servizi sociali trentini.

Il supporto è stato altresì garantito anche attraverso canali di comunicazione diversificati, mediante una linea telefonica dedicata e una piattaforma di ascolto web più orientata a dare risposte ai bisogni delle fasce giovani della popolazione. L'offerta di un ascolto empatico e attento, seppure in remoto, è stato di fondamentale importanza difatti per molti ragazzi colpiti negli ultimi anni nella propria cerchia di affetti da suicidi di coetanei, tragedia con un trend drasticamente in crescita di recente nel mondo occidentale ed anche in trentino; tale opportunità ha creato le basi per facilitare alcuni giovani a ritrovarsi dal vivo in colloqui di condivisione che hanno favorito successivamente lo sviluppo di gruppi ama per sopravvissuti con target giovani e giovanissimi, promuovendo una cultura di sensibilizzazione e comprensione del fenomeno che è elemento riconosciuto di prevenzione primaria del rischio suicidario.

Negli ultimi due anni è stata avviata anche una proficua collaborazione con l'università di Trento, che ha condotto alla stesura di una ricerca dedicata alle varie forme di supporto ai sopravvissuti ed in particolare alla risorsa dei gruppi Ama. La ricerca è stata condotta secondo un approccio quantitativo e qualitativo, e ha voluto mettere in evidenza il punto di vista soggettivo dei sopravvissuti, basandosi su interviste biografiche fatte ad un campione di sopravvissuti al suicidio di una persona cara, e sulla partecipazione degli autori ad una serie di incontri di un gruppo di auto mutuo aiuto per l'elaborazione del lutto, in entrambi i casi esperienze vissute nella provincia di Trento.

Le interviste e le conversazioni riportate tramite note dagli autori sono state studiate principalmente tramite l'analisi tematica, una procedura di analisi di tipo qualitativo che permette di evidenziare le le forme e i significati più ricorrenti in un resoconto linguistico. Secondo tale studio elaborare il lutto da suicidio si configura come un processo che comporta la continua attribuzione e riformulazione di senso circa la propria situazione personale e sociale. Gli sforzi compiuti dalle persone che vivono un lutto per suicidio sono orientati generalmente alla ricerca di un qualche tipo di riconciliazione con la figura del defunto; queste persone, i sopravvissuti, debbono affrontare processi che possono incrinare la loro identità e sono obbligati ad impiegare le loro energie psichiche da un lato nel ricomporre gli stati d'animo più dolorosi, contraddistinti da sentimenti di rabbia, sgomento, sensi di colpa, e

incredulità, e dall'altro nello sforzo di ricostruire le proprie relazioni interpersonali. Il trauma di un lutto suicidario in effetti non ha solo pesanti ripercussioni sullo stato di salute psico-fisico dei sopravvissuti, ma può anche comportare il deterioramento della trama relazionale di interi nuclei familiari e danneggiare le relazioni sociali con la propria comunità di appartenenza, a causa di processi di stigmatizzazione e auto-stigmatizzazione.

Risulta evidente pertanto quanto sia di cruciale importanza offrire forme di supporto ai sopravvissuti che permettano per lo meno di ridurre le gravi conseguenze sul piano psicologico e sociale correlate a questo genere di perdite. L'indagine che è stata condotta in Trentino ha confermato in tal senso i vantaggi dei gruppi di auto mutuo aiuto per l'elaborazione del lutto per suicidio. Gli incontri del gruppo di auto mutuo aiuto preso in esame paiono effettivamente costituire degli spazi di condivisione e rielaborazione del dolore, utili al superamento dei sentimenti contrastanti e del senso di colpa che pervadono l'esperienza dei sopravvissuti e all'isolamento sociale che ne può conseguire. La presenza all'interno del gruppo sia di sopravvissuti alla perdita di una persona cara per suicidio sia a persone che hanno loro stessi tentato il suicidio, pur nella complessità insita nella conduzione di un gruppo con tale composizione, pare inoltre presentare alcuni vantaggi peculiari, che consistono nell'offrire la possibilità di uno scambio reciproco di prospettive e considerazioni diverse, capaci di contribuire ad accrescere la consapevolezza e la comprensione di questa dolorosa esperienza, per entrambe le categorie di persone coinvolte.

Altre ricerche in passato avevano sottolineato l'importanza che gruppi di auto mutuo aiuto detengono nel fornire l'adeguato supporto ai sopravvissuti per suicidio, così come esplicitato anche da istituzioni importanti come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Pompili 2013, McIntosh & John 2011). La ricerca effettuata in Trentino, per quanto su un campione limitato, ha potuto confermare questo concetto.

### **Bibliografia**

- Cavanagh JTO et al: Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review. *Psychological Medicine* 2003, 33: 395-405.
- De Leo D: Un'altra vita. Viaggio straordinario nella mente di un suicida. Alpes Italia 2012.
- Di Napoli W & Della Rosa A: Suicide and attempted suicide: results from a local suicide prevention project. *Psychiatr Danub* 2015; 27. Suppl 1:126-132.

- Grad O: The Sequelae of Suicide: Survivors. In O'Connor R C, Platt S, Gordon J: International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice. Wiley-Blackwell, 2011.
- Jordan J & Baugher B: After suicide loss: coping with your grief. Caring People press, 2016.
- Mann J & al: Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. JAMA: The Journal of the American Medical Association 2005. 294 (16): 2064-2074.
- McIntosh JL & John RJ (eds): Grief after Suicide: Understanding the Consequences and Caring for the Survivors. Routledge, London, 2011.
- Pompili M: La prevenzione del suicidio. Il Mulino, Bologna, 2013.
- Tosini D: La prevenzione del suicidio: contributi ad un approccio multidisciplinare. Sicurezza e Scienze Sociali 2014, vol. 2, n. 3, pp. 24-38.
- WHO. Public Health Action For the Prevention of Suicide: A Framework. World Health Organization 2012, disponibile al sito: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)

## THE PROJECT INVITATION “GO TO THE LIFE” FOR SUICIDE PREVENTION IN TRENTINO: SUPPORT PATHS FOR SURVIVORS

### Summary

*One million people a year choose to end their lives worldwide, one every forty seconds, and every three seconds there is a suicide attempt.*

*Suicide is an extremely complex phenomenon, determined by the interaction of biological, social, cultural and psychological factors; the multi factorial nature of the problem therefore does not allow univocal or simplistic interpretations and requires a complex, articulated and multidisciplinary approach. The World Health Organization claims that suicide prevention programs must reflect the characteristics of individual countries, taking into account the different social, cultural and health realities. Prevention must therefore address local problems, with local solutions and favor interventions conducted, through various forms of collaboration, by multiple subjects.*

*Based on the public health policies promoted by the World Health Organization and the international experiences of prevention, in 2008 in the Province of Trento was proposed and implemented a local suicide prevention project entitled “Invitation to Life”.*

*The campaign was divided into a multiplicity of actions at various levels, with primary, secondary and tertiary prevention interventions, with the aim of enhancing protective factors and intervening on risk factors. The innovative aspect and the challenge of the project was the involvement and cooperation with the various institutional and non agencies in the area, so that prevention actions could be incisive in a public health perspective.*

*Among these actions it has become increasingly evident to those who commit themselves in the project that the prevention of suicide cannot fail to take into account the suffering of those who remain, the so called survivors, who represent a group most at risk of developing deep sorrow and of committing suicidal behavior, as predicted by international scientific literature..*

*The possibility of developing supportive actions for the survivors provided also the opportunity to spread a more clear and correct knowledge about the suicidal phenomenon within the community, in order to drop the stigmatizing curtain connected to the suicide, thus reducing the risk of isolation of survivors, and at the same time promoting the experience of peer support, that is, sharing pain but also the opportunities and skills to cope with it.*

**Keywords:** *Suicide; Prevention; Survivors; Self-help.*

### Corrispondenza

Wilma Angela Renata Di Napoli

Psichiatra

UO Psichiatria 2, APSS Trento

*e-mail:* wilmaangela.dinapoli@apss.tn.it



# MODALITÀ PSICOTERAPEUTICHE NELLO SPAZIO SEMANTICO PENSIERO- AZIONE-UMORE

**Gottfried R. S. Treviranus**

*Specialista FMH in Psichiatria e Psicoterapia*

## **Riassunto**

*La concezione interdisciplinare convergente “dyn4PAU” della triade classica “Pensiero, Azione ed Umore” parte da un’analisi sillogistica e neuro economica delle tre anse risonanti cortico-sottocorticali segregate mediane che, attraverso una divisione di complessità (dovuta all’umanissimo sistema di Pensiero sotto sforzo), generano una spazio-fase cubica, che ospita le dinamiche onde d’appropriazione. La conformazione individuale delle onde nella firma rispecchia il temperamento e le deviazioni ansio-panico-affettive. Allo stesso tempo questo spazio è semantico perché rispecchia un linguaggio sotto-corticale sillogistico naturale, percepito quando in psicoterapia i cicli di mantenimento vengono indotti al cambiamento.*

**Parole chiave:** *Stati d’animo; Temperamento; Stati misti; Psicopatologia affettiva; Neuro-linguistica sottocorticale.*

## **INTRODUZIONE**

Nel campo psicoterapeutico da molto ormai gli approcci decostruttivo-intuitivi sono egemoni e si vantano della salvaguardia dell’unicità dell’esistenza vissuta attraverso l’empatia intuitiva. Il ruolo della psicoterapia così praticata rischia di ridursi all’erogazione a piccole dosi d’una legittimazione di quello che succede nello stesso modo fra le persone ad opera d’una religione sostitutiva. L’adeguamento senza ipotesi, per di più per definizione, si sottrae a quello che la verifica Galileana richiede. All’opposto di quest’orientamento alla certezza del già dato come sostituto

di modelli non affidabili e penosi, abbinato alla conferma positivistica del sé – troviamo i pochi ossessionati dalla ricerca – attraverso la negazione dialettica – di modelli profondi, veritieri e verificabili che sembrano inesorabilmente riduttivi. Per quanto si sia tentato d'attribuire un improbabile vantaggio morale all'una o l'altra impostazione (in campo cognitivo-temperamentale), questa divisione di complessità mi pare biologicamente fondata, più specificatamente in modo premorale e sottocorticale, probabilmente in “meccanismi” delineati in altro luogo (Treviranus 2017). Sia sottolineato comunque già d'adesso che quando parliamo dispiegando l'astratto concetto riduzionista che si vuole per ipotesi realista (cioè tratto dalla realtà) creiamo un albero di senso sempre più diversificato nel suo incontro con questa scontrata realtà, mentre se ci perdiamo nella sola empatia intuitiva estetica rischiamo di ritrovarci, per esaurimento, nell'onta, cioè nell'incontro col mero essere-là senza connotazione, esistenzialista.

## **IL MODELLO “DYN4PAU”: RICONGIUNGERE PENSIERO, AZIONE ED UMORE**

La breve panoramica che segue tratta della versione italiana d'un approccio fra i più costruttivi oggi disponibili. Esso riguarda i temperamenti classici, quelli affettivi (Karam, 2015), i disturbi ansio-panico-affettivi e gli stati puri e misti bipolari. In ciò parte dall'interpretazione neuro-economica d'un ingranaggio anatomicamente riscontrabile (su ambi i lati cerebrali) nei tre circuiti cortico-sottocortico-talamo-corticali (Nagalski et al. 2016) più mediali “neurologici” (Alexander et al., 1986; Günaydin & Kreitzer, 2016). Ciascuno provvede ad una funzione risonando con aree della corteccia mediana e prefrontale:

- 1) con quella dorsolaterale (dlPFC) il Pensiero-4D (Halford et al, 1998);
- 2) con quella cingolare anteriore (ACC) la contabilità per l'Azione-5+-D ad alta dimensione (Holroyd et al. 2013, 2016);
- 3) con quella ventromediale (OFC) al di sopra dell'occhio per l'Umore, che segnala costruzione o distruzione. Questi tre appaiono, e tale particolarità è fondamentale per la comprensione dello spettro temperamentale sul fondo neuro-economico, segregano con pochissima connessione fra di loro e sono rappresentabili da uno spazio ortogonale analitico-geometrico, dove le attività possono occorrere disgiunte, a forma di cubo “dyn4PAU”. Il 4 indica che sia anche concepibile dai sistemi simbolico-calcolanti, che appunto sono limitati a 4 dimensioni.

Quello più mediale (ACC) di questi tre fra i molteplici circuiti oscillanti (che gestiscono sul 90% del traffico info-neuronale) si fa sentire come una mancanza

dolente e uno sforzo anticipato. Con ciò rappresenta le spinte all'appropriazione, nate dai bisogni cellulari, congiuntamente ai costi investibili (negli usuali movimenti appropriativi, calcolati probabilmente nell'ambito della loro prontezza neurologica), riportati alla ricompensa ambita. In ciò gli errori di predizione giocano molto perché correggono le aspettative, come apprendiamo da pazienti crudelmente anedonici od esuberanti. Quello "OFC" più latero-ventrale rappresenta la qualità del risultato appropriato e anticipato: con una valenza positiva o negativa a secondo del caso che sia costruttivo o distruttivo. Fra i due, nell'evoluzione, si è poi innestato il circuito della facoltà più specificatamente umana (particolarmente compromesso nella schizofrenia): quella di trovare delle ricette per appropriarsi il desiderato con meno sforzo. A questo scopo calcoliamo mediante il modello a sole 3 dimensioni, più solitamente la quarta del tempo sempre sfuggente, però proiettata verso un opportuno futuro un po' vago. Questo scaffale mentale versatilissimo negli umani maturi è limitato a sole 4 dimensioni.

Nella storia delle idee, questa tridimensionalità del dyn4PAU, in psichiatria trae origine concettuale da certi alienisti francesi che concepivano gli stati misti in modo dimensionale, dopo aver usato il ribaltamento come chiave di lettura: 4DPensiero, 5+-Azione, 1-Umore (inteso come valenza).

## **SUL DIVENIRE DEL MODELLO "DYN4PAU"**

Il modello dyn4PAU è nato attraverso la ripetuta partecipazione, dal 2006 al 2016, alle conferenze "IRBD/IRPB" organizzate da Russ Pendleton. La prima tappa generatrice del dyn4PAU era quella d'attribuire dei nomi naturali agli stati affettivi connotanti la depressione ("Mancanza"), la mania ("Fattività") e gli stati misti, in quanto assenza (minuscoli: p,a,u) o realizzazione (maiuscoli: P,A,U) di Pensiero, Azione ed Umore; Mancanza-pau e Fattività-PAU. I numeri decimali vi aggiungono l'importo identificatore (fra 0 e 7) della codificazione binaria fra Mancanza: pau-0 e Fattività: PAU-7. Di questi due i tre stati misti sono minori di giusto una dimensione nella realizzazione. Questi sono nel piano inferiore distruttivo (u): Assillo: Pau-1 / Paura: pAu-2 / Disperazione: PAU-3, ossia nel piano superiore costruttivo (U): Beatudine: paU-4 / Interesse: PaU5 / Gioia: pAU-6.

## PSICOPATOLOGIA TEMPERAMENTALE: NAVIGANDO FRA TRE DIMENSIONI

Siamo indotti, nella funzione professionale, a moderare le deviazioni eccessive e per primo a riconoscerli, per analogia, le varianti minori fra Depressione e Mania come segue. In ascesa d'intensità, da termini naturali a professionali, vi troviamo dapprima nel modo distruttivo (u):

- **pau-0:** Mancanza, smarrimento, Depressione nichilista /
- **Pau-1:** Assillo (Preoccupazione), Ansia generalizzata, Depressione con Fuga d'Idee /
- **pAu-2:** Paura, Panico, Depressione agitata /
- **PAu-3:** Disperazione, premeditata aggressione, Mania disperata / - completato nel modo costruttivo (U) da:
- **paU-4:** Beatudine, eccessiva contentezza, Stupore maniaco /
- **PaU-5:** Interesse, ponderazione, Mania inibita /
- **pAU-6:** Gioia, danza esaltata, Mania improduttiva (strano termine questo: infatti siamo spesso costretti a produrre proprio così).

L'accorta filologa avrà notato che Emil Kraepelin (e tutti i seguaci fino al giorno d'oggi) avevano scambiato il collocamento logico della Depressione agitata (Paura: pAu-2) per quello dello Stupore maniaco (Beatudine: paU-4), volendo porre quest'ultimo in vece di variante minore depressivo accanto alla Mania: PAU-7 (dalla quale però dista di ben due ribaltamenti negativi rispetto all'Azione ed al Pensiero). Lo scambio avvenne contro l'equiparazione dell'Umore con le altre due, che Weygandt all'epoca aveva difeso seguendo gli alienisti come Jean-Pierre e particolarmente Jules Falret (cioè la pari valenza nella triade). Quest'incomprensione da parte di Kraepelin dopo la rinascita dell'interesse nella bipolarità scaraventò il movimento dello spettro bipolare, nonostante il grande avanzamento pratico-clinico (Tavormina, 2019), in non poche contraddizioni fino all'abbandono della tridimensionalità a favore d'un dualismo misto (McElroy et al. 1992) con ripercussioni negative per l'epidemiologia, la farmacologia e innanzitutto la psicoterapia. La bilateralità del cervello inoltre condiziona una commistione già notata da Kraepelin. Un recupero (tridimensionale) della bipolarità sembra pertanto possibile ed indicato (Treviranus, 2018).

## **LA GENESI ANATOMO-SILLOGISTICA DEL LINGUAGGIO IN TERAPIA**

Coll'intento di mettere in risalto l'utilità del sistema dyn4PAU per la psicoterapia ci possiamo qui avvalere del metodo d'una analisi sillogistica - e della generazione linguistica sottocorticale (Klostermann et al., 2013; Bohsali et al., 2015) - di termini di linguaggio naturale che ne decorre. Dal "Tuo" del campo semantico intero certi enunciati attributivi possono delimitare delle zone con "Elementi" a parte – confinati in un diagramma di Venn-Johnson, come siamo abituati dalla teoria degli insiemi – e questo rispetto ad una dimensione qualitativa indipendente, come processata nel sistema 4D-Pensiero. Gli elementi rimasti fuori, ciò facendo, soffrono la negazione dell'attributo in questione. Una trovata fortuita nel cammino di questa teoria per me fu la teoria del Quadrato delle Opposizioni aristotelico raddoppiato dal filosofo Sydney Axinn in un senso dimensionale relazionale (umano) e la valutazione mia che questa dimensione racchiudeva la proprietà dicotomica (o l'uno o l'altro) del movimento fra approccio oppure allontanamento (approccio alla lontananza). Essendo questo troppo rigido, il sistema del Pensiero, operando i sillogismi, dall'origine v'introduceva una graduazione: "Tuo", "Non Tuo", "Qualche specifico", "Neanche qualche specifico". Questo innovativo Pensiero dimensionalmente primitivo però si riferiva ad un futuro vago, mentre l'Azione – scatenando pel movimento già 7 dimensioni per un solo braccio – risultava in una distanza ben precisa.

## **PARLIAMO ALL' INGRANAGGIO DYN4PAU COL SILLOGISMO SEMANTICO**

Se cominciamo ad intendere in questo senso come la Disperazione sia in fondo sempre l'avvicinamento ("A") ad un'entità specifica ("P"), abbinata all'incapacità d'attingere al risultato costruttivo ("u"): quindi si riduce, volendo, a "PAu", proprio perché riunisce in questo stato d'animo il codice collocato nella realizzazione estrema d'uno degli otto vertici angolari del cubo "dyn4PAU": Il Pensiero che identifica l'entità specifica (con attributo), l'Azione d'avvicinamento, ma invece purtroppo la mancata costruzione (dicotomicamente equiparata a distruzione). Possiamo ripetere questo per la Fattività ("PAU") invece coronata dal successo costruttivo, per l'Interesse contento, che non si muove ("PaU") od il suo logorante sosia Assillo ("Pau"), oppure per la pazza (spensierata; p) Gioia ("pAU") che ci porta quasi nessuno "in terapia", mentre siamo spesso alle prese con la Paura ("pAu") – che non ha tempo per riflettere con cura. Quest'ultima conosce I movimenti di fuga,

attacco e l'effetto della simultaneità dei due: quando siamo allibiti nell'impietrirci, tutti i tre da codificare come Azione.

## COLLOCANDO I TEMPERAMENTI AFFETTIVI NEL CUBO GEOMETRICO SEMANTICO

In un decennio (2006-2016) incontrai solo in Hagop Akiskal oramai anziano (ad Atene nel 2014) un interlocutore interessato all'interpretazione aristotelico-semantica del dyn4PAU. Avevo proposto la collocazione semantico-geometrica della sua concezione degli affetti temperamentali su un piano che si estende orizzontalmente ai due lati della diagonale d'appropriazione del dyn4PAU fra Mancanza-0 e Fattività-7 (coi due versi Appropriazione-07 e Rinuncia-70). Il piano Akiskaliano dimezzava rispetto all'Umore (simbolo  $\hat{u}$ ) due colonne del cubo dyn4PAU in un punto Calcolo [ $\hat{P}\hat{a}\hat{u}$ ] labile ed uno opposto Esercitazione [ $\hat{p}\hat{A}\hat{u}$ ] ciclotimica. Questi si situavano come angoli d'un piano intermedio neutro rispetto all'Umore con altri due angoli alterni: Equanimità [ $\hat{p}\hat{a}\hat{u}$ ] e Gioco ( $\hat{P}\hat{A}\hat{u}$ ). Su questo piano Akiskaliano (ascendente appropriante alla Fattività) si faceva incrociare a  $90^\circ$  un nuovo vettore "LEC" per Labilità-Eutimia-Ciclotimia (Treviranus, 2014) - dal quadrante con meno paura o rabbia a quello opposto - che scambiava proporzionalmente Pensiero per Azione (e dove Eutimia connotava il centro del cubo dyn4PAU). Con questo si aggiungeva un nuovo significato ai due termini del gruppo di San Diego: Labilità appunto dei Calcoli (a 4D) verso Ciclotimia appunto dell'Azione (5+D) e lungo il "LEC" - in un processo d'Intenzione irrequieta - Labilità veniva scambiata per Ciclotimia. I due vettori clinici (ortogonali fra di loro) che il gruppo di San Diego aveva individuato nel concreto dei temperamenti affettivi (Lara et al. 2006) - però deviavano a  $45^\circ$  dal "LEC": la Rabbia verso l'alto, più costruttiva e stabile, puntando alla Persistenza (PS del TCI di Cloninger) e l'Apprensione verso il basso, più bloccato, puntando verso l'Evitamento (HA, harm avoidance del TCI di Cloninger). Quest'accezione del piano intermedio neutro rispetto allo scopo genera a sua volta 6 termini propri e  $2 \times 12$  termini di lingua naturale verso il basso e verso l'alto rispettivamente che qui tralasciamo per una futura pubblicazione.

## CONCLUSIONI

Colla speranza d'aver suscitato un interesse per l'ascolto terapeutico del linguaggio neuro-economico sottocorticale, particolarmente importante nei disturbi bipolari, mi devo scusare per l'avversione generata colla densità dei termini ragionati ed il mancato sostegno da immagini. Le appendici A1 ad A4 offrono quattro ulteriori

spunti di discussione. L'utilità del dyn4PAU per la psicoterapia si rivela dapprima nella microanalisi ragionata dei processi problematici o nella sistematizzazione delle proporzioni di stati d'animo precedenti ad uno stato problematico (e sia solo per ingorgo) e delle uscite potenziali più fluide verso stati ecologicamente più funzionali. In ciò delle fotocopie della tavola 1 si rivelano utili perché permettono di tracciare percorsi di mantenimento o appunto di cambiamento prima d'essere disegnati su un piano Pensiero/Azione (a prescindere dall'Umore codificabile con immagini a colori).

## APPENDICE

### A1.

L'onda d'appropriazione e commutazioni fra stati mentali configurati nello spazio-fase cubico dyn4PAU gli otto vertici angolari – connotati da realizzazioni o meno (1,0) delle tre dimensioni codificate in un valore binario aggiunto al nome (p.es. Assillo: Pau-1) costituiscono gli aratori per l'onda d'appropriazione (OA) ripetitiva che costituisce la sequenza di base del comportamento. Questo vettore circolante colla sua velocità momentanea e colla conformazione della sua ansa crea delle “firme” ansioso-affettive precise e soprattutto complete su tutta la gamma degli stati individuali possibili. Questa firma viene per di più approssimata da asse principali o “scorciatoie” che sono rispecchiate in 56 “commutazioni” fra gli 8 stati mentali a loro volta connotati dalla cifra di partenza e quella d'arrivo (Tavola 1). Così il l'ossessivo-compulsivo avrà un'ansa firmata lungo l'asse fra Assillo-1 e Gioia-6 colla coppia Dubbio-61 e Sollievo-16. Anche il “ciclo di mantenimento” costituisce un'OA nel senno del dyn4PAU. In “States of mind” Mardi J. Horowitz (Horowitz & Eells, 2006) nel 1979 propose di seguire colla paziente i percorsi mentali abituali d'essa in un modo nuovo. Attraverso una segmentazione del flusso mentale soggettivo d'essa in stati d'animo riuscì a definire con essa un susseguirsi di “configurazioni” durante la seduta (e fuori). Con ciò creò un metodo per rafforzare in modo più preciso la capacità d'essa d'invigorire dapprima coscientemente l'autocontrollo su tutto un ciclo di passaggi fra stati mentali nel contesto di eventi relazionali (e sui deviatori decisionali fra questi stati mentali) a servizio del cambiamento terapeutico ambito, e la presa di coscienza del suo potenziale per praticare delle risposte più flessibili o meno evitanti attraverso l'esplorazione di percorsi alternativi potenziali. In ciò Horowitz – accanto alla descrizione dello stato denominato p. es. “tralala” – pone l'accento sul ruolo dello schema identitario interno rispetto al momentaneo evento relazionale durante lo specifico stato mentale, ma anche sulla misurazione per quanto in esso si arrivi a “processare od evitare le informazioni” specifiche

Tavola 1: Nella prima riga le permutazioni dicotomiche (0,1) delle realizzazioni (o meno) di Pensiero, Azione, Umore sono connotate con maiuscole (o minuscole): P, A, U, p, a, u – seguite dal valore della codificazione binaria (p.e.: Paura: p-Au = 010 = 2 e p-Au-2). Questo valore tratto dalla permutazione di partenza seguito da quello della permutazione d'arrivo viene aggiunto alla Commutazione: da Paura-2 a Gioia-6 p.e.s. fa Evasione-26.

| Commutazione          | Manco: pau-0    | Assillo: Pau-1   | Paura: p-Au-2     | Disperaz: p-Au-3  | Beatitud: p-Au-4 | Interesse: PaU-5   | Gioia: p-AU-6  | Fattività: P-AU-7 |
|-----------------------|-----------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|----------------|-------------------|
| <b>Manco-0</b>        | ◀▼              | Imprudenza-10    | Raggiungimento-20 | Rassegnazione-30  | Disincanto-40    | Disinganno-50      | Esaurimento-60 | Rinuncia-70       |
| <b>Assillo-1</b>      | Prudenza-01     | ◀▼               | Logorio-21        | Rimuginazione-31  | Nostalgia-41     | Insolubilità-51    | Dubbio-61      | Perdizione-71     |
| <b>Paura-2</b>        | Terrore-02      | Traslazione-12   | ◀▼                | Autoammutoli-32   | Spavento-42      | Timore-52          | Arresto-62     | Colpo-72          |
| <b>Disperazione-3</b> | Sdegno-03       | Vendetta-13      | Coinvolgim.to-23  | ◀▼                | Fantismo-43      | Aberrazione-53     | Frenesia-63    | Sfida-73          |
| <b>Beatitudine-4</b>  | Ipostasi-04     | Providenza-14    | Fiducia-24        | Valorizzazione-34 | ◀▼               | Solidificazione-54 | Ipostasi-64    | Epifania-74       |
| <b>Interesse-5</b>    | Riflessione-05  | Risolvibilità-15 | Discernimento-25  | Speranza-35       | Impegno-45       | ◀▼                 | Senso-flow-65  | Sfistatezza-75    |
| <b>Gioia-6</b>        | Scaricamento-06 | Sollievo-16      | Evasione-26       | Salvagaggio-36    | Esaltazione-46   | Giubilazione-56    | ◀▼             | Trascuranza-76    |
| <b>Fattività-7</b>    | APPROPRIAZ-07   | Rimedio-17       | Reclenzione-27    | Riparazione-37    | Proselitismo-47  | Applicazione-57    | Dedici-67      | ◀▼                |

derivanti da codesti eventi esterni maggiormente responsabili nel suscitare transizioni conducenti via da questo stato verso uno altro. Horowitz sottolineava come l'analisi di configurazioni grezze permetta di cogliere meglio i processi di cambiamento e come permetta di non affondare nella mole dei dati microanalitici. L'approccio teorico ne rimane rafforzato e nella psico-dinamica p. es. comporta (1) Topografia (conscio, preconscious, inconscio); (2) Struttura (id, ego, superego); (3) Ontogenetico; (4) adattivo; (5) energetico; (6) dinamico (impulsivo, compulsivo, di scissione ecc.). Nella terminologia del metodo dyn4PAU molto più basale vi figurerebbe comunque una simile diagnosi della quantità di Pensiero adoperata: per quanto la Percezione riduca la complessità dell'effetto dell'Azione (esterno ed interno) alla valutazione percettiva da parte del Pensiero astratto (a differenza di percezioni intuitive complesse spesso meno coscienti). Mentre il metodo dyn4PAU riguarda l'ingranaggio sottocorticale modulante la corteccia, modelli ugualmente anatomici e basali della psicomica sono concepibili e in preparazione partendo dal riflesso dell'onda fondato sul ganglio nasale. Anche le tre fasi di partenza, cambiamento ed arrivo sembrano utili, tanto che Horowitz analizza ciascuna in termini di stato d'animo, relazione in atto e processo cognitivo (anche emozionale).

## **A2. Neuroeconomia biologica dell'appropriazione**

È arrivato il momento di collocarci nel cubo dyn4PAU in quanto esseri approprianti che, finché in vita, ripetutamente percorriamo delle sequenze di stati d'animo più o meno pensanti, moventi e nei nostri disegni orientati più alla costruzione od alla distruzione. Infatti ciò facendo ci vediamo attratti o respinti a variabile velocità (che qualifica il cubo dyn4PAU come spazio di fase) agli otto vertici angolari. Come discusso altrove (Treviranus 2017) diventa necessaria una parentesi neuro economica. Il modo attuale di fare neuro economia spesso confonde questi processi, che nelle loro modalità proporzionali sono moderati dai temperamenti classici (o le loro esagerazioni dello spettro fino allo "scatenato" bipolare), colle abitudini. Queste però sono comportamenti intagliati altrove che si sottraggono all'ingranaggio – per quanto possono costituire anche risultati di allenamenti avvenuti contro il temperamento come dettato dall'ingranaggio. Questa postulazione dell'abitudine serve spesso a nascondere che la qui evidenziata divisione di complessità intrinseca nell'anatomia qui ortogonale del cervello esiste per quanto si rispecchia in due realtà d'apprendimento fondamentalmente diverse – di Pavlov e di Konorski - collocate alle due interfaccia fra Pensiero-(solo a 4D) ed Azione (di dimensionalità ben più alta). La preferenza pei processi ad alta o bassa complessità è manipolabile, come da me predetto, a mo' di depressione da mastociti (Fitzpatrick & Morrow, 2017) e costituisce il primo movente anche negli

umani (Sorrenno 2012). Di certo la conosciamo, ma solo di rado associamo ad essa la modulazione di complessità. Essa è espansiva nell'Intenzione (che porta dal progetto appropriante del Pensiero all'Azione) e contrattiva nella Percezione (di ciò che è stato cambiato dall'Azione nella realtà esterna ed interna e che deve essere riportato alla sobria valutazione del Pensiero, poi rispecchiata nell'Umore). Ciò non vuole negare la possibile realtà estrema d'un farsi o d'un percepire intuitivo-estetico che necessita pur sempre un minimo di riflessione astratta progettuale o valutativa. Ciò sfocia appunto nell'ambito tutto diverso degli automatismi creatisi in altri moduli attraverso le appropriazioni molto ripetitive.

### **A3. La matematizzazione della psicologia clinica**

Interrompiamo a questo punto per dare uno sguardo alla discussione in atto sulla psichiatria computerizzata (Holmes et al., 2018) attorno alla matematizzazione digitale di simili processi psicologici che vogliono fungere "da ponte fra concetti psicologici e circuiti e funzioni neuronali" mediante "parametri quantificabili che governano differenze individuali" che dovrebbero essere capaci di "precedere cambiamenti comportamentali o sintomatici" per quanto i biomarker "collezionati collettivamente ma ancora nella neurobiologia" pur essendo 100 volte più economici di quelli forniti dall'imaging cerebrale come osserva un psichiatra dell'India da Londra (Nair et al., 2020), senza problematizzare la minaccia del controllo sociale attraverso la valutazione continua mediante algoritmi di discutibile legittimità. Vi troviamo però anche l'intenzione, qui condivisa, d'offrire una "maggiore granularità" alla comprensione delle psicoterapie comportamentali ed altre (Moutoussis et al., 2017).

### **A4. L'errore nascosto dietro l'errore di predizione**

La tri-dimensionalità della triade basata su Pensiero ed Azione nella neuro economia dominante viene capovolta in quanto viene espressa unicamente come "funzioni" parziali dell'utilità soggettiva dell'appropriato (ricompensante lo sforzo) coronate dall'Umore positivo difficilmente testabile ed appiattita nella "ricompensa", comunque perfino esplicitamente riferita al fatto che induce ad imparare (P), avvicinarsi (A) ed a rallegrarsi (U) (Schulz, 2016). Quest'impostazione si basa sull'importante quanto stagionata scoperta di cellule che segnalano "errori di predizione" (EP): avantesi perciò quando un che di appropriato eccede le aspettative in positivo, c'entrando anche l'isola (Parkes et al., 2015), con altre, che invece segnalano quelle deluse (Schulz, 2016; 2017). L'applica un recente modello della "bi"-polarità che formalizza un eccessivo smorzamento di questa inflazione delle aspettative incitate dall'EP che rimbalza in un eccesso inverso (Mason et al.,

2017). Progetti alternativi recenti confinano le connessioni all'Umore (Whiaker et al.). Altra ricerca genetica pur pregiata usa i termini "trivariato" o "dimensionale" per connotare delle ipotesi puramente correlazionali (Manchia, 2017). Qui cerchiamo di incitare ad un arricchimento di queste impostazioni in fondo o riduttive o vaghe.

## **Bibliografia**

Alexander GE, De Long MR, Strick PL: Parallel (...) segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu. Rev. Neurosci.* 1986; 9, 357–81.

Bohsali AA & Crosson B: Broca's area - thalamic connectivity. *Brain Lang.* 2015;141, 80-8.

Fitzpatrick CJ & Morrow JD: Thalamic mast cell activity is associated with sign-tracking behavior in rats. *Brain Behav Immun.* 2017; 65:222-9. doi: 10.1016/j.bbi.2017.05.003.

Günaydin LA & Kreitzer AC: Cortico-Basal Ganglia Circuit function in psychiatric disease. *Annu Rev Physiol.* 2016;78, 327-50.

Halford GS et al: Processing capacity defined by relational complexity: (...). *Behav Brain Sci.* 1998;21, 803-31.

Holroyd CB: Theories of anterior cingulate cortex function: opportunity cost. *Behav Brain Sci.* 2013; 36, 693-4; disc. 707-26.

Holroyd CB et al: The research domain criteria framework: The case for anterior cingulate cortex. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;71, 418-43.

Handbook of psychotherapy case formulation (2nd ed.). New York: Guilford 2006. Horowitz MJ: States of Mind: Analysis of Change in Psychotherapy. Plenum Med. Bk Co 1979; 282p.

Holmes EA et al: The Lancet psychiatry commission on psychological treatments research (...). *Lancet Psychiatry.* 2018; 5:237–86.

Horowitz MJ & Eells T: Configurational analysis: States of mind, (...), 136-163. In T. Eells (Ed.),

Karam EG et al: Temperament and suicide: A national study. *J Affect Disord.* 2015; 184, 123-8.

Klostermann F et al: Functional roles of the thalamus for language capacities. *Front Syst Neurosci.* 2013;7, 32. Manchia M et al: Serotonin dysfunction, aggressive behavior, and mental illness: Exploring the link using a dimensional approach. *ACS Chem Neurosci.* 2017;17, 8(5), 961-72.

Lara DR, Pinto O, Akiskal K, Akiskal HS: Toward (...) model (...) based on fear and anger traits: I. Clinical. *J Affect Disord.* 2006; 94(1-3), 67-87 & Lara DR, Akiskal HS (...): part II. 2006; 89-103.

Mason L et al: Mood instability and reward dysregulation - (...) Model of bipolar disorder. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74(12), 1275-6.

McElroy SL et al: Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry.* 1992;149, 1633-44.

Moutoussis M et al: Computation in psychotherapy, (...) Learning-based psychological therapies. *Comput Psychiatr.* 2018; 1, 2, 50-73.

Nair A et al: Under the hood: (...) Computational Psychiatry to make psychological therapies more mechanism-focused. *Front Psychiatry.* 2020; 11, 140.

Nagalski A et al: Molecular anatomy of the thalamic complex (...). *Brain Struct Funct.* 2016; 221, 2493-510.

Parkes SL et al: Interaction of insular cortex and ventral striatum (...) incentive memory on choice (...). *J Neurosci* 2015; 35: 6464–71.

Schultz W: Dopamine reward prediction error signalling: a two-component response. *Nat. Rev. Neurosci.* 2016;17, 183–195.

Schultz W: Reward prediction error. *Curr Biol.* 2017; 27(10), R369-R371.

Sorrenno RM: Uncertainty Orientation: A theory where the exception forms the rule. *Revista de Movaci3n y Emoci3n.* 2012; 1, 1 – 11. [http://reme.uji.es/reme/1-sorrenno\\_pp\\_1-11.pdf](http://reme.uji.es/reme/1-sorrenno_pp_1-11.pdf)

Tavormina G: Bipolar disorders and bipolarity: the notion of the “mixity”. *Psychiatr Danub.* 2019; 31(Suppl 3), 434-7.

Treviranus GRS: Rescue of (...). *Psychiatr Danub.* 2018;30, S7, 620-9. [www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol30\\_sup7/dnb\\_vol30\\_sup7\\_620.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_sup7/dnb_vol30_sup7_620.pdf)

Treviranus G: (...) “dyn4” for psychotherapy (...): How a natural language framework of mixed attractors helps (...) recurrent approach waves. *IRBD conference.* 2014; Athens.

Treviranus GRS (2017). For Value or for Worth? Part 1 & 2 (...). Univ J Psychol 2017 5(2), 42-9 & 5065. doi:10.13189/ujp.2017.050202 & /ujp.2017.050203. //

Whiakier JR et al: The functional connectivity (...) Nucleus Accumbens and the Ventromedial Prefrontal Cortex (...). Biol Psychiatry. 2018; 84(11):803-9.

## **PSYCHOTHERAPEUTIC MODALITIES IN THE SEMANTIC SPACE THOUGHT-ACTION-MOOD**

### **Abstract**

*The convergent interdisciplinary “dyn4TAM”-concepon of the classical triad “Thought, Action, and Mood”, starts from a syllogistic and neuroeconomic analysis of the three median segregated cortico-subcortical loops that through a division of complexities (due to the very human system of Thought on Effort) generate a cubic space-phase that hosts the dynamics of appropriation waves. The individual conformation of signature waves reflects temperaments and anxio-panico-affective deviations. At the same time this space is semantic because it reflects a subcorcal syllogistic natural language to be perceived when in psychotherapy the maintenance cycles are induced to change.*

**Keywords:** *States of mind; Temperament; Mixed states; Affective psychopathology; Subcortical neuro-linguiscs.*

### **Corrispondenza:**

Gottfried Treviranus

Psichiatria psicoterapeuta

Psychiatrische Praxis am Unitobler Campus, Muesmastr. 39,

CH 3012 Berna, Svizzera.

*e-mail:* biposuisse@bluewin.ch



# NUOVE TECNOLOGIE PER INTERVENTI DI ARTETERAPIA NEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E DELLE PSICOSI

**Simone Donnari<sup>1,2</sup>, Valentina Canonico<sup>1,2</sup>, Sandro Elisei<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup> Istituto Serafico di Assisi - <sup>2</sup> Centro Atlas di Perugia*

## **Riassunto**

*Le nuove tecnologie esercitano una forte attrattiva su pazienti con disabilità mentale, creando spesso dipendenze e aumentando l'isolamento e la alienazione sociale.*

*Painteraction, sviluppato presso il Centro Atlas di Perugia, nasce come strumento di realtà aumentata nel setting di arteterapia per affrontare la sfida di coniugare l'interesse per le nuove tecnologie con la possibilità di favorire la comunicazione e lo sviluppo di una relazione fra paziente e terapeuta. Nel 2018 il Centro Atlas ha avviato una collaborazione con l'Istituto Serafico di Assisi e uno studio pilota su 21 pazienti ricoverati con disabilità grave e multipla.*

*Nella pratica clinica Painteraction ha mostrato alcuni elementi chiave fra cui:*

- 1. Uso intuitivo e personalizzato*
- 2. Effetto specchio dello schermo*
- 3. Integrazione sensori motoria*

*Nuovi studi si propongono di continuare ad indagare gli effetti dell'approccio arteterapeutico a mediazione tecnologica dal punto di vista del sistema dei neuroni specchio e dello sviluppo dell'intersoggettività.*

**Parole chiave:** *Autismo; Psicosi; Disabilità multipla; Nuove tecnologie; Arteterapia; Painteraction.*

Oltre venti anni fa ho iniziato a lavorare come arteterapeuta, e mi ha appassionato la sfida di poter usare il motore della creatività per creare opportunità di comunicazione con chi non voleva o non poteva usare la parola. Luzzatto (2009) sintetizza il rapporto fra arteterapeuta e paziente con l'immagine di un triangolo, ai cui vertici ci sono appunto terapeuta, paziente e immagine. La relazione fra arteterapeuta e paziente viene mediata dal terzo vertice, quello dell'elemento artistico. In questo modo si crea una comunicazione in uno "spazio terzo" dove il paziente si sente al sicuro.

Tramite i disegni e attorno ai disegni, senza nessuna preoccupazione artistica, si può instaurare una relazione profonda tra terapeuta e paziente.

Circa tredici anni fa ho iniziato a lavorare con alcuni pazienti autistici molto gravi (non verbali, spesso iperattivi) e ho sperimentato molti fallimenti con l'approccio tradizionale dell'arteterapia, che spesso non riusciva a suscitare in loro interesse e coinvolgimento.

Spesso tutto quello che proponevo (materiali artistici, strumenti musicali, ecc..), veniva rifiutato o fatto oggetto di attenzione per qualche secondo e poi ignorato.

Iniziai a notare invece una grande attrazione verso alcuni strumenti tecnologici, in particolare la televisione, il computer e gli smartphone. Molto spesso i genitori e gli insegnanti raccontano che questi sono ottimi strumenti per "far stare buoni" i loro figli o studenti.

Ovviamente posso solo comprendere che si abbia bisogno che ogni tanto questi ragazzi "stiano buoni" per permettere a chi se ne occupa di sopravvivere. Appare chiaro che l'attrazione per la tecnologia da parte di persone con disabilità mentale in generale tenda ad aumentare il loro isolamento e alienazione sociale.

È esperienza comune che possano passare ore davanti al pc, molte più ore dei coetanei a sviluppo tipico (Mazurek 2013) senza dare alcun fastidio e anzi reagendo negativamente se tali occupazioni solitarie vengono interrotte.

Pensare di usare questi strumenti tecnologici così alienanti in una modalità che consenta invece di "agganciare" il paziente e permettere di entrare in relazione con lui, è e rimane una sfida aperta.

Inizialmente ho sperimentato l'uso degli strumenti per disegnare del tablet, del pc, il karaoke, riscontrando un interesse limitato. Ho notato che frequentemente

la mancanza di coordinamento oculomotorio non consentiva l'uso del mouse, del joystick, del controller della Wii, del microfono del karaoke. E più volte proporre questi oggetti da tenere in mano causava frustrazione e ripetuti tentativi di lancialli.

Attorno al 2007 l'industria del videogioco iniziò a proporre degli hardware sensibili al movimento, che consentivano di "agire" solo muovendo il proprio corpo, senza bisogno di altri strumenti da tenere in mano. Cominciai a sperimentare, notando questa volta un reale interesse nei miei pazienti più gravi. Ricordo F, un giovane adulto non verbale, che di fronte allo schermo aveva capito subito che muovendo la mano poteva vedere una scia luminosa, e i suoi movimenti stereotipati diventavano movimenti finalizzati a disegnare scie luminose sullo schermo.

Nel 2015 presso il Centro Atlas di Perugia iniziò lo sviluppo e i test pilota di un nuovo strumento tecnologico: la piattaforma Painteraction (Pazzagli et al. 2018), basato sulle esperienze cliniche che mi avevano permesso di selezionare le caratteristiche di uno strumento tecnologico che fosse in grado di essere attraente e di stimolare l'entrare in relazione.

Painteraction è uno strumento intuitivo basato sulla realtà aumentata, che consente agli utenti di essere immersi nelle proprie immagini. Semplicemente muovendo il proprio corpo ciascuno può fare disegni e ricevere feedback visivi dei propri movimenti e di quelli dei terapeuti accanto a loro, stando di fronte ad uno schermo.

In Realtà Aumentata (AR) gli elementi virtuali vengono utilizzati per costruire un ambiente virtuale sulla base dell'ambiente esistente. Gli utenti possono vedere il proprio corpo in un contesto immaginario mentre si sentono all'interno del mondo "reale". È stato affermato che l'ambiente virtuale consente una sintesi tra reale e immaginario (Vincelli, 1999). In AR la combinazione fra ambiente esistente, il proprio corpo ed elementi fantasiosi e artistici crea esperienze oniriche in un ambiente sicuro. Ciò che accade sullo schermo rappresenta il raggiungimento della struttura relazionale tripartita: paziente e terapeuta con immagine artistica sullo schermo. È più facile per il paziente accettare la presenza del terapeuta, guardarlo sullo schermo, iniziare a interagire insieme e persino accettare il contatto fisico, piuttosto che impegnarsi direttamente nel mondo "reale" attraverso il contatto visivo ecc. Da questo punto di vista lo schermo può essere visto come una sorta di "spazio terzo" (Ogden, 1994) in cui il rapporto tra paziente e terapeuta può essere sviluppato in modo sicuro. Questo richiama lo "spazio potenziale" di Winnicott, che è un'area intermedia tra il mondo interiore, la "realtà psichica interiore" (fantasia) e la "realtà reale o esterna" (Ogden 2004). Winnicott afferma che: "È uno spazio in cui possiamo svilupparci psicologicamente, integrare l'amore e l'odio e creare, distruggere e ricreare noi stessi", promuovendo così lo sviluppo

del sé e facilitando la crescita psicologica (Winnicott 1997). Questo spazio onirico condiviso, incorporato in un ambiente immersivo e interattivo, mostra un grande potenziale per migliorare l'efficacia dell'arteterapia (Hacmun 2018).

Painteraction è stato testato sin dal suo sviluppo in sessioni individuali e di gruppo con diverse popolazioni di clienti e anche in aule scolastiche di bambini con sviluppo tipico.

Nel 2018 Atlas ha avviato una collaborazione con l'Istituto Serafico, Assisi e uno studio pilota su 21 pazienti ricoverati con disabilità grave e multipla (Donnari et al. 2019).

Ciò ha rappresentato una grande sfida a causa della gravità dei pazienti e della grande varietà di disabilità presenti.

Abbiamo deciso di lavorare in una sessione individuale con ciascun paziente e almeno tre persone di Atlas (un arteterapeuta e due studenti di psicologia).

Descrivo ora brevemente le fasi di ogni sessione che mirano a realizzare un'immersione nel disegno del paziente o nelle immagini che sceglie. All'inizio proponiamo un'attività di riscaldamento con Painteraction, per promuovere il coinvolgimento e il riscaldamento fisico del paziente. Quindi proponiamo una attività di disegno libero su carta con pastelli o pennarelli, se il paziente è in grado di svolgere tale attività. I disegni del paziente, o le immagini che ha selezionato, vengono quindi utilizzati nell'ultima attività digitale: un'immersione nell'immagine davanti allo schermo e quindi un'attività di chiusura.

## **ELEMENTI CHIAVE NELLA PRATICA CLINICA DI PAINTERACTION**

### **1. Uso intuitivo e personalizzato.**

Se si introducono nuovi strumenti è sempre significativo chiedersi se siano più facili e attraenti dei corrispettivi strumenti tradizionali. Dispositivi di realtà virtuale come caschi e telecomandi sono stati subito evitati perchè non tutti i pazienti accetterebbero di indossarli o avrebbero le capacità motorie per gestirli in modo sicuro ed utile. È molto semplice ed immediato per gli utenti capire come funziona il sistema Painteraction: si interagisce in modo intuitivo con voce e gesti e senza alcun dispositivo intermedio, come ad esempio un controller.

La disabilità mentale e fisica richiede approcci personalizzati che tengano conto dei bisogni e delle caratteristiche anche sensoriali di ciascun utente. La tecnologia

ha la potenzialità di fornire più strumenti per affrontare diversi tipi di disabilità. Ecco perché il sistema Painteraction offre diverse applicazioni, che consentono al terapeuta di capire meglio quale approccio sia preferito dal singolo paziente. Si possono creare scie luminose con il movimento delle braccia, disegnare a mano nuda, disegnare con la voce, vedersi nello schermo immersi in un proprio disegno o in una immagine scelta.

## **2. Effetto specchio dello schermo**

Durante il test di diverse applicazioni per tablet e videogiochi, sono rimasto colpito dall'enorme differenza di risultati quando gli utenti (paziente e terapeuta) potevano vedere se stessi sullo schermo. Quando lo schermo rispecchiava la stanza, l'utente e l'operatore, funzionava da catalizzatore e sembrava molto più facile per i bambini accettare la presenza del terapeuta, guardarlo non negli occhi ma nello schermo, per iniziare a interagire insieme e accettare anche di avere un contatto fisico.

Inoltre, lo schermo riproduce la stanza reale in cui si svolge l'azione, ma allo stesso tempo è anche una cornice che contiene una realtà molto più complessa e la riduce a una dimensione più contenuta.

Grazie alla tecnologia introdotta dalla realtà aumentata, lo schermo consente anche di vedere qualcosa in più, di "aumentato" rispetto al semplice rispecchiamento. Rispecchia la stanza e gli individui ma introduce per esempio scie e colori (generate dai movimenti) che nella realtà non ci sono. Dunque, lo schermo assolve alla duplice funzione di ridurre, inquadrare la realtà in una cornice e contemporaneamente la aumenta con feedback sinestesici come scie luminose abbinate al movimento della mano. Quando tutto ciò è correttamente bilanciato si crea un "imbuto sensoriale", un improvviso "corridoio relazionale" che può cambiare la relazione da terrificante ad interessante e divertente.

Lo schermo diventa uno spazio terzo intersoggettivo che ricorda il soggetto transizionale descritto da Gaetano Benedetti "una figura che riunisce in sé i due versanti del paziente e dell'analista... che può anche essere una proiezione visiva del paziente, una voce allucinata, una produzione del delirio, un'opera artistica ma anche un sogno o una fantasia dell'analista... Il soggetto transizionale, che agisce talora indipendentemente dal terapeuta e dal paziente, è dunque il terzo soggetto accanto al paziente ed all'analista" (Benedetti 1991, p.110-111).

### **3. Integrazione sensori motoria.**

Fin dalle prime esperienze la possibilità di avere un feedback visivo dei movimenti del corpo è apparso un elemento chiave molto importante. È stato in grado di catturare l'attenzione degli utenti e li ha aiutati a capire immediatamente come funzionava il software.

La letteratura evidenzia come le persone con sindrome autistica presentino spesso problematiche relative al sistema motorio (Biffi et al. 2018, MacNeil & Mostofsky 2012, Fournier et al. 2010, Staples & Reid 2009, Teitelbaum et al. 1998).

Sebbene sia possibile che le problematiche sensoriali, sociali-comunicative e motorie siano indipendenti tra loro, vi sono evidenze che il sistema motorio gioca un ruolo importante nello svolgimento delle azioni, nella comprensione delle intenzioni sottostanti alle azioni e nella comunicazione attraverso il sistema dei neuroni specchio (Fogassi et al. 2005, Gallese et al. 1996, Rizzolatti et al. 1996).

Questi studi hanno ipotizzato l'esistenza di un meccanismo alla base del sistema dei neuroni specchio, chiamato appunto *mirror mechanism* che, secondo gli autori, trasforma le rappresentazioni sensoriali delle azioni in rappresentazioni motorie. Il *mirror mechanism* sarebbe responsabile, in base alla sua sede anatomica, della comprensione delle azioni negli esseri umani (Fabbri-Destro et al. 2013).

Sulla base di questi riferimenti teorici, il team del Centro Atlas ipotizza che attraverso il rispecchiamento nello "spazio terzo" dello schermo digitale e grazie al coinvolgimento del movimento del corpo, si realizza un'esperienza creativo-espressiva che può promuovere una "riabilitazione" dell'integrazione sensoriale, sensori-motoria ed affettiva.

Dalla letteratura scientifica emerge che più dell'80% delle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) presentano deficit sensoriali e modalità eterogenee di manifestazione di questi ultimi (Ben-Sasson et al. 2009). Questi dati emergono inoltre dai report dei clinici, dai familiari e dagli autistici stessi (Foss-Feig et al. 2010, Baranek et al. 2007, Rogers et al. 2003, Grandin 2000, Sigman & Capps 1997, Kientz & Dunn, 1997, Williams, 1994).

Tali disfunzioni dell'elaborazione e dell'integrazione sensoriale influenzano le loro capacità motorie e i loro sensi (vista, udito, olfatto, gusto, tatto, vestibolare e propriocettivo).

Anche nel campo delle psicosi sono numerosi gli studi che dimostrano disfunzioni dell'elaborazione e dell'integrazione sensoriale. Gallese e Ebisch (2013) hanno

dimostrato alterazioni che coinvolgono la rete di integrazione multisensoriale responsabile della distinzione del sé dall'altro

Uno studio condotto da Ferri, Ardizzi, Ambrosecchia, e Gallese (2013) ha confermato che una maggiore sensibilità interocettiva corrisponde a maggiore integrazione multisensoriale e a un migliore funzionamento delle aree della differenziazione sé altro che sono quelle aree che si riscontrano deficitarie nella schizofrenia.

Alla luce di questi aspetti l'approccio d'intervento del Centro Atlas ritiene fondamentale indagare gli aspetti sensoriali di ciascun utente partendo da un assessment sensoriale attraverso l'osservazione delle risposte agli stimoli proposti. Questa tipologia di assessment consente di tarare un percorso di intervento in base ai canali sensoriali meno disturbati al fine di promuovere l'integrazione tra le diverse modalità sensoriali con l'obiettivo di facilitare lo sviluppo di un Sé coeso.

L'approccio di intervento espressivo-relazionale del sistema Painteraction realizza un delicato equilibrio tra ciò che il software riduce (la stanza è contenuta in uno schermo, i feedback audio e video possono essere modulati) e ciò che il software aggiunge (la realtà aumentata). La tecnologia motion responsive utilizzata fornisce l'integrazione di diversi input sensoriali, perché funziona con un software in grado di connettere input motori a feedback visivi e auditivi restituendoli in un contesto di realtà aumentata)

In sintesi migliorando la coordinazione motoria e favorendo una integrazione sensoriale si ipotizza che si possa favorire un incremento delle capacità comunicative-espressive dell'utente promuovendo, quindi, lo sviluppo di un Sé coeso.

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Il sistema Painteraction permette di salvare le registrazioni video delle sessioni e i parametri clinici come la frequenza cardiaca. I dati memorizzati in un cloud possono essere recuperati dai ricercatori in luoghi diversi al fine di eseguire valutazioni e analisi. Inoltre, i dati possono essere utilizzati per la supervisione dei terapeuti. Stiamo progettando nuovi protocolli che si propongono di continuare ad indagare gli effetti dell'approccio arteterapeutico a mediazione tecnologica dal punto di vista del sistema dei neuroni specchio e dello sviluppo dell'intersoggettività.

Nella complessità degli interventi verso utenti con disabilità grave e multipla sono coinvolte molteplici figure professionali e familiari, che spesso non riescono a comunicare fra loro. Per questo abbiamo pensato di progettare un sito web che

offra uno spazio privato in cui si possono condividere immagini, video e messaggi, al fine di migliorare le comunicazioni e aiutare a costruire una rete attorno al paziente.

I terapeuti possono utilizzare questo spazio per condividere parti selezionate delle sessioni, al fine di informare su ciò che accade durante le terapie. Mantenere i genitori coinvolti e informati ha un effetto importante sull'andamento della terapia e i ricercatori hanno dimostrato che il risultato della terapia è correlato al coinvolgimento dei genitori. (Baker, Seltzer, & Greenberg 2011, Bhagat, Jayaraj & Haque 2015).

Consideriamo importante, nel corso del viaggio in corso per introdurre nuove tecnologie nel contesto dell'arteterapia, analizzare le difficoltà incontrate durante l'attuale esperienza del Covid19 e iniziare a pensare a come sviluppare strumenti esistenti e nuovi con l'obiettivo di promuovere l'interazione sociale anche a distanza.

Sappiamo che le persone con disabilità e le loro famiglie hanno bisogno di un modo innovativo per ricevere supporto a distanza, nuove attività proposte per superare in modo creativo le restrizioni di blocco, nuove applicazioni creative di tecnologia che aiutano a ridurre l'isolamento. Abbiamo bisogno di nuovi social media accessibili anche alle persone con disabilità gravi per "rimanere in contatto" e mantenere la connessione e la vicinanza emotiva anche se non possiamo stare fisicamente insieme.

## Bibliografia

- Ardizzi M, Ambrosocchia M, Buratta L, Ferri F, Pecicci M, Donnari S, Mazzeschi C, Gallese V: Interoception and positive symptoms in schizophrenia. *Frontiers in human neuroscience*, 2016;10, 379
- Baranek GT, Boyd BA, Poe M, David F, Watson LR: Hyperresponsive sensory patterns in young children with autism, developmental delay, and typical development. *American Journal of Mental Retardation* 2007;112:233–245.
- Baker JK, Seltzer MM, & Greenberg JS: Longitudinal effects of adaptability on behavior problems and maternal depression in families of adolescents with autism. *Journal of Family Psychology* 2011; 25: 601–609.
- Benedetti G: *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*. Boringhieri, Torino, 1991.
- Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., et al. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 39: 1–11.

- Biffi, E., Costantini, C., Busti Ceccarelli, S., Cesareo, A., Marzocchi, G.M., Nobile, M., Molteni, M. and Crippa, A. (2018). Gait Pattern and Motor Performance During Discrete Gait Perturbation in Children With Autism Spectrum Disorders. *Front. Psychol.*; 9:2530. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02530.
- Bhagat, V., Jayaraj, J., & Haque, M. (2015). Parent's self-efficacy, emotionality, and intellectual ability impacting the intervention of autism spectrum disorders: A review proposed model for appraisal of intervention. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 7: 7-12
- Donnari S, Canonico V, Fatuzzo G, Bedetti C, Marchiafava M, Menna M, Elisei S. New technologies for art therapy interventions tailored to severe disabilities. *Psychiatr Danub*. 2019 Sep;31(Suppl 3):462-466. PMID: 31488773
- Fabbri-Destro, M., Gizzonio, V., Avanzini, P. (2013). Autism, motor dysfunctions and mirror mechanism. *Clinical Neuropsychiatry*; 10, 5, 177-187. Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Feldman, R., Greenbaum, W. C., Yirmiya, N., Mayes, L. C. (1996). Relations between cyclicity and regulation in mother– infant interaction at 3 and 9 months and cognition at 2years. *Journal of Applied Developmental Psychology*; 17, 3, 347- 365.
- Ferri F, Ardizzi M, Ambrosecchia M, Gallese V (2013) Closing the Gap between the Inside and the Outside: Interoceptive Sensitivity and Social Distances. *PLOS ONE* 8(10): e75758.
- Fogassi, L., Ferrari, P. F., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F., Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe: from action organization to intention understanding. *Science*; 308, 5722, 662-667.
- Fournier K, Hass C, Naik S, Lodha N, Cauraugh J. Motor coordination in autism spectrum disorders: A synthesis and meta-analysis. *Journal of Autism and Development Disorders*. 2010;40(10):1227–1240. 1.
- J. Foss-Feig, L. Kwakye, C. Cascio, C. Burnette, H. Kadivar, W. Stone, M. Wallace An extended multisensory temporal binding window in autism spectrum disorders *Experimental Brain Research*, 203 (2010), pp. 381-389
- Kientz, M., Dunn, W. (1997). A comparison of the performance of children with and without autism on the sensory proWle. *Am J Occup Ther*; 51:530–537
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*; 119, 2, 593-609.
- Gallese, V., & Ebisch, S. (2013). Embodied simulation and touch: The sense of touch in social cognition. *Phenomenol. Mind*, 4, 269–291.
- Grandin, T. (2000). My experiences with visual thinking, sensory problems, and communication difficulties. Autism Research Institute.
- Retrieved from <http://www.autism.com/families/therapy/visual>
- Hacmun I, Regev D & Salomon R. The Principles of Art Therapy in Virtual Reality. *Front. Psychol*. 9:2082, 2018.

- Luzzatto, C. P. (2009). *Arte Terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella Editrice, Assisi.
- Mazurek, M. O., & Wenstrup, C. (2013). Television, video game and social media use among children with ASD and typically developing siblings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1258–1271
- MacNeil, L.K., & Mostofsky, S.H. (2012). Specificity of dyspraxia in children with autism. *Neuropsychology*, 26(2), 165.
- Ogden TH: The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psycho-Anal.* 75, 3-19, 1994
- Ogden TH: The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *Psychoanalytic Quarterly*. 73, 167-195, 2004.
- Rogers, S., Hepburn, S., Wehner, E. (2003). Parent reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *J Autism Dev Disord*; 33:631–642.
- Sigman, M., Capps, L. (1997). *Children with autism: a developmental perspective*. Harvard University Press, Cambridge, MA, pp 369–398
- Staples K, Reid G: *Fundamental movement skills and autism spectrum disorders*. 2009
- Teitelbaum P, Teitelbaum O, Nye J, Fryman J, Maurer RG. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Psychology*. 1998; 95:13982–13987.
- Williams, D. (1994). *Somebody somewhere*. Doubleday, London.
- Winnicott DW. *Playing and Reality*. London: Tavistock, 1997.
- Vincelli, F From imagination to virtual reality: The future of clinical psychology. *CyberPsychology & Behavior*, 2(3), 241-248, 1999.

## NEW TECHNOLOGIES FOR ART THERAPY INTERVENTIONS IN NEURODEVELOPMENTAL DISORDER AND PSYCHOSIS

### Summary

*New technologies are very attractive for patients with mental disabilities, and often generate addiction, isolation and social alienation.*

*Paintinteraction was born as an augmented reality tool in the art therapy setting to face the challenge of combining new technologies attraction with the possibility of promoting communication and the development of a relationship between patient and therapist.*

*In 2018 the Atlas Centre, Perugia started a collaboration with the Istituto Serafico, Assisi and a pilot study on 21 patients with severe and multiple disabilities.*

*In clinical practice Painteraction has shown some key elements including:*

*1. Intuitive understanding of “how it works” and customised tools*

*2. Screen acting like a mirror*

*3. Sensori motor integration*

*New studies aim to continue investigating the effects of this art therapy approach supported by technological tools like Painteraction, from the point of view of the mirror neuron system and intersubjectivity development.*

**Keywords:** *Autism; Psychosis; Multiple disabilities; New technologies; New media; Art therapy; Painteraction.*

### **Corrispondenza:**

Simone Donnarì

Arteterapeuta

Tel.: +39 347 5344475

e-mail: s.donnar@tin.it



# LO SPECCHIO DEFORMANTE

**Maria Rosaria Juli**

*Psicologa Psicoterapeuta, Specialista in Disturbi della Condotta Alimentare.*

*“Volo ut sis”, “Voglio che tu sia quello che sei”.*

*(S. Agostino)*

## **Riassunto**

*I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono complesse malattie mentali che portano chi ne è affetto a vivere con l'ossessione del cibo, del peso e dell'immagine corporea: rifiutando il cibo o, al contrario, rimpinzandosi fino ad esplodere, portando in entrambi gli eccessi, alla morte. Il corpo, diventa il luogo in cui esprimere il disagio, la malattia infatti si serve del corpo per comunicare un dolore interiore (Juli 2019). Sembra che la caratteristica tipica dell'adolescente di servirsi del suo corpo o delle condotte somatiche per manifestare le proprie difficoltà o per relazionarsi con gli altri, sia responsabile di una serie di disturbi incentrati sul corpo, i cui bisogni fisiologici (sonno, alimentazione) sono utilizzati per manifestare un disagio (Juli 2018). Insoddisfazione per il corpo, Costruzione dell'Identità e Alterazione dell'Immagine Corporea riescono ad innescare nei giovani una sofferenza pervasiva in grado di influenzare il pensiero, le emozioni, le relazioni, la vita tutta... Alla fine del secolo scorso molte ricerche hanno concordato sul fatto che i DCA sono il risultato dei tre elementi appena citati, e che sia necessario uno specifico trattamento per tale sintomatologia. Sono davvero molti tra Stati Uniti e Belgio ad aver proposto diversi interventi. Riguardo al trattamento dell'immagine corporea uno dei fautori è stato Probst (1997) con l'introduzione del termine Body-oriented therapies (BOT), cioè terapie rivolte al corpo, che migliorano il funzionamento psichico. Nel 1999 Wilson ha elaborato un adattamento della Mirror Exposure, secondo cui i pazienti sono posti nelle condizioni di osservare sistematicamente se stessi in uno specchio a figura intera. Le esposizioni seguono un protocollo*

*ben definito, nello specchio non si cercano conferme, ma diminuzione dell'ansia, cambiamenti riguardanti la percezione e maggiore consapevolezza al fine di ricostruire l'identità frantumata dal disturbo.*

**Parole chiave:** *Disturbi alimentari; Terapia dello specchio; Immagine corporea; Anoressia; Bulimia; Binge eating disorders.*

La fiaba di Biancaneve che tutti conosciamo, e la domanda a filastrocca che la Regina cattiva ripete ogni mattina al suo specchio dice pressappoco così: “Specchio, specchio delle mie brame... Chi è la più bella del reame?” Ogni mattina, nel racconto, la Regina cattiva riceve dallo specchio la medesima risposta: “Sei tu, mia regina”, ma -al crescere di Biancaneve- un giorno lo specchio rivela alla Regina che non è più lei la più bella del reame, perché la bellezza e la grazia di Biancaneve sono andate ben oltre il fascino della vanitosa Regina. E lo specchio non mente mai. Non è in grado di farlo. Non può. Il resto del racconto lo conosciamo. Vale la pena notare che, nella fiaba, si dice che lo specchio non mente mai. E che tutto nel racconto ha origine quando la Regina cattiva affronta la verità, rifiutandosi di riconoscerne l'evidenza. La questione della verità è stata studiata e sviscerata a fondo nei secoli: religioni, filosofie, scienze, strumenti che l'essere umano ha usato alla ricerca di prove, di evidenze, di assoluti. E, allo stesso tempo, la storia è ricca di racconti di conflitti, guerre, dominazioni, incomprensioni, soprusi, inimicizie e così via. La tentazione principale potrebbe essere quella di dire che non esiste alcuna verità. La maggior parte delle persone cerca di raggiungere un compromesso, una specie di equilibrio, supponendo che sì, la verità in fondo esiste ma è una verità personale, soggettiva e quindi la vita è un equilibrio tra le verità degli individui.

Lo specchiarsi è visto come la possibilità di cercare conferma della propria identità, verità o della sua disconferma, a volte scomoda. Molto spesso l'esposizione allo specchio è accompagnata da una serie di difficoltà emotive e psicologiche seppur rappresenta una occasione di crescita e di scoperta di sé. Specchiarsi però, non è mai facile perché spesso siamo concentrate a scoprire i nostri difetti tanto che non riusciamo a vederci. Ancora più difficile diventa quando la nostra mente è impigliata in ossessioni che riguardano il cibo e le forme corporee, proprio come accade a chi è affetto da Disturbo del Comportamento Alimentare. L'esordio di un Disturbo Alimentare è da collocarsi solitamente tra i 13 e i 25 anni, ma negli ultimi anni si registra un abbassamento della soglia in età compresa fra gli 11 e i 13 anni, con casi di insorgenza più precoce, a 7 anni (Franzoni E. et al. 2012). Oggi i disturbi alimentari rappresentano una delle patologie più allarmanti dell'occidente per la loro rapida diffusione. Già a partire dalla preadolescenza le certezze relative

al proprio corpo vengono meno e l'individuo è sollecitato a costruirne di nuove, sulla base sia delle trasformazioni anatomiche e fisiche, sia delle attese sociali rispetto all'identità. Molte ricerche, considerano l'insoddisfazione per il corpo come antecedente più immediato per lo sviluppo del disturbo della condotta alimentare. Vari studi hanno confermato come una forte preoccupazione per l'aspetto fisico possa talvolta precedere l'inizio del disturbo alimentare (Cuzzolaro 2004). La discordanza psicologica tra la percezione che una persona ha del proprio corpo e il corpo ritenuto ideale può portare ad un sentimento negativo verso se stessi e a comportamenti nocivi per la propria salute (Thompson 2004). Tale insoddisfazione può risultare associata ad una distorsione dell'immagine corporea, che a sua volta, è strettamente collegata a comportamenti alimentari disturbati. (Mencarelli 2012). L'immagine che abbiamo di noi stessi è il fondamento della nostra identità che ciascuno di noi è chiamato ad affrontare lungo il percorso di vita. Il rapporto con l'immagine del nostro corpo è qualche cosa che dobbiamo costruire nel tempo, cambiando il nostro rapporto con la realtà, cambia ciò che vediamo, soprattutto cambia il corpo a cui aspiriamo (Bianchini 2008). Immagine mentale e corporeità danno vita, insieme alle caratteristiche personologiche e psicologiche, e al tessuto socio – culturale di appartenenza di ciascuno di noi, il concetto di identità. Il bisogno di accettazione e di essere amate come giovani donne, per quel corpo che cambia (o nonostante il corpo cambia) è il primo passo per costruire l'identità. In prima istanza l'identità è da considerarsi come una conoscenza di noi stessi che trascende dalle idee che gli altri possono avere di noi stessi dai pregiudizi e dagli stereotipi, fino a diventare il vestito che meglio indossiamo. La possibilità di poter contare sulla nostra identità e la percezione di avere comunque il nostro punto saldo ci permette, paradossalmente in meglio, di affrontare con maggiore elasticità e plasticità la vita di ogni giorno: potranno cambiare le condizioni ambientali, le situazioni esterne, ma noi sapremo di poter contare su noi stessi e sulla nostra unicità e identità. Nel trattamento dei Disturbi Alimentari è fondamentale una analisi dell'identità del paziente, spesso abbiamo a che fare con una cristallizzazione delle emozioni e una immagine idealizzata, nonché distorta. Come dimostrano diversi studi effettuati, la preoccupazione per il peso e per la forma corporea rappresenta uno dei disturbi cognitivi più resistenti alla cura, ed è identificato come un vero e proprio ostacolo al cambiamento. Accanto alle classiche terapie comportamentali sono state individuati procedimenti incentrati sul corpo che sono in grado di restituire alle pazienti una immagine corporea adeguata. Uno dei primi fu Brent che nel 1995 propose alle pazienti di specchiarsi da diverse angolature, questo premise di ottenere un efficace risultato mettendo in discussione il proprio ideale corporeo così come appare riflesso. Da qui l'esigenza di sperimentare nuovi interventi che riescono a ottenere cambiamenti clinici. Una delle tecniche proposte si basa sul

principio della Mirror Exposure, secondo cui i pazienti sono posti nella condizione di osservare sistematicamente sé stessi in uno specchio a figura intera, il maggiore promotore di questa tecnica è Wilson che ha elaborato un adattamento della Mirror Exposure basato su tecniche di mindfulness, denominata Terapia dello Specchio.

La terapia dello specchio mira ad ottenere una serie di cambiamenti sia cognitivi che emotivi verso il proprio corpo, al fine di consentire una vera e propria modificazione dell'atteggiamento verso il cibo e il corpo, aiutando a vivere e sentire il corpo diversamente, come parte dell'identità, recuperando la dimensione comunicativa e relazionale del corpo. Le esposizioni mirano a migliorare la consapevolezza corporea, ad accettare la propria immagine, spesso investita di significati auto-svalutanti, e a recuperare la funzionalità delle varie parti del corpo. L'esposizione allo specchio va fatta all'interno di un percorso che la paziente sta svolgendo. Nei pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare la difficoltà a tollerare i livelli di ansia e giudizio negativo nell'esposizione del proprio corpo allo specchio è molto elevata e costituisce motivo di forte sofferenza. Sono pazienti che provengono da ritiri sociali a volte molto lunghi. Specchiandosi i pazienti sono alla ricerca di una conferma dell'immagine riflessa, quasi sempre dolorosa e negativa. La Terapia dello Specchio non può essere applicata a tutte le pazienti ma è necessaria una attenta selezione che escluda vissuti di depersonalizzazione, dismorfofobie, gravi dispercezioni o di disorientamento spazio - temporali. La procedura prevede sette sedute individuali condotte in sette settimane e l'aiuto di specifici test diagnostici al fine di valutare l'indice di insoddisfazione corporea e la presenza di atteggiamenti di depersonalizzazione e derealizzazione verso il proprio corpo. Durante la seduta, che dura circa trenta minuti, la paziente è in piedi di fronte ad uno specchio a tre ante alto 1,83 centimetri con due ali di apertura di 61 centimetri, che consente quindi alla paziente una visione globale, accanto a lei la terapeuta che conduce la seduta. Le viene richiesto di descrivere in modo sistematico il suo corpo senza essere giudicante. Nella seduta iniziale le pazienti sono invitate ad indossare indumenti abituali, in quelle successive sono incoraggiati a vestirsi con abiti che rivelino sempre più il corpo fino ad esporsi in costume da bagno. Può capitare di dover interrompere le esposizioni per diversi motivi così come espresso precedentemente, il caso che segue è un esempio di come nel corso della terapia ci si può trovare davanti ad alcuni "imprevisti".

Roberta è una giovane donna di 26 anni, studentessa di farmacia con diagnosi di anoressia nervosa restrittiva giunge alla mia osservazione nell'agosto del 2017, il suo peso è di 50 Kg è alta 1,75 centimetri e IMB 17 (sottopeso), la sua alimentazione giornaliera è minima, molti i cibi fobici e tante le idee su cibo e forme corporee. Primogenita, ha una sorella di qualche anno più piccola studentessa anche lei

all'università. Vive con i suoi genitori, loro sono molto attenti ai cambiamenti di Roberta, la mamma ha tratti di perfezionismo clinico. L'esordio del disturbo risale a qualche prima. Fin da piccola si è sentita sempre molto infelice per l'impressione negativa che aveva della propria immagine corporea, soprattutto a causa di un tutore correttivo che ha dovuto portare per un po' di tempo alle gambe. Dopo due anni di percorso multi-disciplinare integrato Roberta è idonea all'esposizione programmata allo specchio, che inizia il 18 Maggio 2018.

I Seduta è stata caratterizzata da un livello di ansia elevato (pari a 10) R. guarda lo specchio di continuo e sembra dover riacquistare la concentrazione per rispondere alle domande che le pongo. Durante l'esposizione emergono sospiri liberatori e trapelano sensazioni di turbamento, la concentrazione sembra essere focalizzata sulle parti fobiche (pancia, gambe, fianchi) del suo corpo. Riesce a mantenere un aspetto non giudicante nei confronti della parte superiore del corpo, ma si notano difficoltà ad esplorare la parte inferiore, sembra in alcuni momenti dimenticarsi di descrivere le sue parti del corpo. Alla fine dell'esposizione R. tira un grande sospiro di sollievo, non si aspettava che l'incontro avesse questo impatto su di lei.

II Seduta, R. appare leggermente più tranquilla rispetto alla prima esposizione, l'ansia sembra essere diminuita seppur si registra un livello di ansia pari ad 8. Durante l'esposizione compare un sorriso nervoso e il movimento oculare si concentra sulle parti fobiche (pancia, gambe, fianchi). Le parti sessuali del corpo, come il seno, non vengono collegate alla funzione riproduttiva, il respiro diventava meno corto. Alla fine dell'esposizione R. disegna la sua immagine corporea, che riporto di seguito (fig.1).

III Seduta, è stata caratterizzata da un livello di ansia pari a 7 e la concentrazione è sempre focalizzata sulle parti fobiche (pancia che è scrutata e toccata di continuo, gambe e fianchi). Emerge un calo del disagio rispetto al proprio corpo, compaiono infatti la capacità di dare dei confini.

IV Seduta anche questa esposizione come la precedente è caratterizzata da un punteggio di ansia pari a 7. Rispetto alla seduta precedente R. ha perso qualche chilo, e gli indumenti sono meno coprenti, quando si descrive non c'è giudizio ma emerge la sua incapacità a trovare una consonanza tra il corpo ideale e il reale.

V Seduta, come le ultime due esposizioni l'ansia è ancora ad un punteggio di ansia pari a 7. R. ha perso altro peso e in queste ultime settimane si registra una restrizione alimentare, basso tono dell'umore, conflittualità accentuata e comportamento molto oppositivo. Durante l'esposizione si accentuano difficoltà di concentrazione davanti allo specchio con punte di derealizzazione rispetto alla descrizione delle sue

parti del corpo, probabilmente dettate dal sottopeso, a seguito di questo, decido di interrompere la terapia dello specchio.

Questa scelta è dettata dal fatto che R. sembra specchiarsi di continuo anche quando ritorna a casa, per cui lo specchio funge da mantenitore del tratto ossessivo; inoltre emerge la difficoltà a percepire il proprio corpo sentendolo come qualcosa di frammentato, se non addirittura estraneo a sé stessa, come se lo vivesse in terza persona.

Poche settimane dopo, a seguito dell'incremento di peso, si svolgono le ultime due esposizioni.



*Figura 1*



*Figura 2*

VI Esposizione, il livello di ansia è pari a 3. R sembra aver accettato il cambiamento, ed ha iniziato ad usare aggettivi non più svalutativi nei confronti del suo aspetto fisico (soprattutto delle gambe e dei piedi), in questa seduta R indossa abiti che espongono di più il suo corpo, nonostante questo non percepisce più i suoi “difetti”.

VII Esposizione, Il livello di ansia che si registra è pari a 1 anche se R indossa il costume da bagno. Si evidenziano miglioramenti riguardo ad acquisizioni cognitive rispetto al proprio corpo, appare serena e sicura di sé, parla del suo corpo senza giudicarlo e sorride durante l'esposizione. Esprime la sua soddisfazione al lavoro compiuto con la consapevolezza che il cammino per arrivare ad una autentica accettazione di sé è ancora lungo. Nella figura umana che disegna si evidenziano i miglioramenti della terapia, fig.2.

Il percorso terapeutico allo specchio di Roberta ha attraversato un vissuto di estraneità durante le prime esposizioni, la paziente sembrava come se non si riconoscesse, a volte confusa. Nelle esposizioni successive inizia a familiarizzare con lo specchio, con la sua immagine e con il suo corpo, ma non è del tutto autonoma nelle descrizioni. Assistiamo infatti all'emergere di comportamenti e pensieri che non ci consentono di continuare la terapia, solo successivamente all'incremento del peso riusciamo a concluderla. Roberta, nelle ultime due sedute localizza bene le parti da descrivere e l'ansia è diminuita nettamente, anche se le esposizioni sono caratterizzate da indumenti che la espongono sempre di più. La terapia dello specchio ha permesso a Roberta di favorire un'attenzione positiva al proprio corpo e alla mente, permettendole di raggiungere una piena e naturale e soprattutto neutra consapevolezza delle sensazioni corporee, dei pensieri e delle emozioni che esperisce nel momento attuale senza distrarsi in valutazioni e ragionamenti su quanto sta accadendo. Anche nel test della figura umana (fig.1 e2) possiamo notare come questo percorso abbia modificato la percezione del corpo di Roberta, nella figura numero uno il suo corpo è informe, richiama la forma di un sacco, solo i capelli sembrano curati rispetto al resto del corpo, nella seconda figura il risultato è molto più vicino ad una figura umana e questo rappresenta la maggiore consapevolezza del corpo che ha acquisito. Roberta è riuscita ad ascoltarsi e ad accettare tutto quello che esperisce nel momento presente qui ed ora senza togliere o aggiungere nulla, senza impegnarsi in ragionamenti discorsivi tipo rimuginazioni su quello che dovrebbe o non dovrebbe essere sia sul passato che sul futuro. La terapia dello specchio le ha permesso di modificare la preoccupazione per il peso e per la forma corporea, ma soprattutto evitato quel rimuginare ossessivo su sé e il proprio corpo, tipico dei Disturbi Alimentari.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali DSM V, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Bianchini P & Dalla Ragione L: Il vaso di Pandora. Guida ai DCA per pazienti, familiari ed insegnanti. Collana dei quaderni del volontariato Cesvol, Perugia, 2008.
- Cuzzolaro M: Anoressie e bulimie. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Franzoni E et al.: Il coraggio di Guardare - Prospettive e incontri per la Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Collana Mettere le Ali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Gioventù, 2012.
- Mencarelli S & Dalla Ragione L: L'inganno allo specchio. Franco Angeli, Milano, 2012.
- Juli M.R: The suffering body: manipulation and discomfort in Eating Disorders Psychiatria Danubina 2018; 30 Suppl.7: 521-526.
- Juli MR: The imperfect beauty in eating disorders. Psychiatria Danubina 2019; 31, Suppl.3: 472 – 276.
- Probst M: Body experience in eating disorder patients, University Center Sint Jozef, Kortenberg, 1997.
- Thompson JK: Handbook of eating disorders and obesity, Wiley, New York, 2004.
- Wilson GT: Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems”, Behaviour Research and Therapy, 37, 1999.

## THE DISTORTING MIRROR

### Summary

*Eating Disorders (DCA) are complex mental illnesses that lead affected individuals to live with the obsession of food, weight and body image: refusing food or, on the opposite side, replacing themselves until they explode, bringing both excesses, to death. The body becomes the place to express the discomfort, the disease in fact uses the body to communicate an internal pain (Juli 2019). It seems that the typical characteristic of the adolescent to use his body or his somatic behaviors to manifest his difficulties or for his relationships with other people, is responsible of a series of body-centered disorders, whose physiological needs (sleep, nutrition) are used to manifest a discomfort (Juli 2018). Dissatisfaction for the body, identity construction and alteration of the body image are able to trigger a pervasive suffering in young people that can influence their thinking, their emotions, their relationships, their whole life...*

*At the end of the last century, many researchers agree that DCA are the result of the three elements above mentioned, and that specific treatment is needed for this symptomatology. Between the United States and Belgium several interventions have been proposed. Regarding the treatment*

*of body image, one of the proponents was Probst (1997) with the introduction of the term Body – oriented therapies (BOT), which improve psychic functioning. In the 1999 Wilson developed an adaptation of Mirror Exposure, which found that patients are placed in a position to systematically observe themselves in a full-length mirror. Exposures follow a well-defined protocol, in the mirror no confirmation is sought, but decrease in anxiety, changes regarding perception and greater awareness in order to reconstruct the identity shattered by the disorder.*

*Keywords: Eating disorders, the distorting mirror, body image, anorexia, bulimia, binge eating disorders*

**Keywords:** *Eating disorders; The distorting mirror; Body image; Anorexia; Bulimia; Binge eating disorders.*

### **Corrispondenza:**

Psicologa Psicoterapeuta, Specialista in Disturbi della Condotta Alimentare.

Consulente presso il Consultorio Familiare Il Faro, via C. Baffi, 1 Cap 71121, Foggia.

Docente presso Università Magna Graecia Catanzaro.

*tel:* +39 320 4052220

*e-mail:* mariarosaria.juli@libero.it



# LA “DIGNITY THERAPY”: PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN AMBITO PENITENZIARIO

**Mariangela Perito**

*Psicologa, Psicoterapeuta*

*La dignità è l'esigenza che ciascuno di noi ha di essere riconosciuto,  
se è possibile interpretato nei gesti, nei comportamenti e nelle parole*  
(Borgna 2013)

## **Riassunto**

*Dalla pratica clinica e dall'osservazione quotidiana delle persone che vivono la condizione detentiva, si rileva che una volta entrata in carcere la persona perde: l'autonomia, l'identità, i valori, la riuscita del proprio progetto esistenziale, il desiderio di autorealizzazione. Questi elementi caratterizzano la considerazione del proprio valore e della stima di sé, elementi fondanti la Dignità Umana. Da queste considerazioni è nata l'idea di somministrare la Terapia della Dignità di Chochinov ai detenuti, per valutare se la conservazione della dignità e delle relazioni, che è tra uno degli obiettivi della terapia della Dignità (Chochinov 2007), potesse incidere sul miglioramento dei sintomi osservati, quali senso di colpa, gesti autolesivi e pensieri suicidari. La ricerca effettuata oltre alle evidenze a cui ha portato, ha aperto la strada ad ulteriori stimoli e riflessioni relative alla cura della dignità in contesti “al limite” e per persone fortemente emarginate.*

**Parole chiave:** *Terapia della Dignità; Detenuti; Depressione; Rischio Suicidario.*

## INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce dall'osservazione quotidiana di persone che vivono la condizione detentiva e da implicazioni cliniche caratterizzanti il lavoro di cura, che derivano anche da valutazioni inerenti all'errore ed il peccato nella nostra società. Premetto, che io non sono contro il carcere, né contro "il chi sbaglia paga", ma da clinica, psicoterapeuta, ritengo che sia fondamentale in tutti contesti di cura considerare "l'altro" nella sua essenza, senza filtri e pregiudizi. Nelle carceri italiane ci sono circa 60.439 detenuti, i posti letto disponibili sono 50.511, il tasso di affollamento sfiora il 20% (ISTAT 2015). Frequenti nei detenuti sono sintomi psichiatrici, quali ansia, insonnia, gesti autolesivi, pensieri suicidari; in carcere il tasso di suicidio è molto più elevato rispetto alla popolazione "libera".

Queste evidenze, accompagnate da riflessioni personali, mi hanno fatto pensare a quanto deve essere difficile per una persona che entra in carcere, mantenere saldo il proprio senso di sé e quindi la propria dignità, che proviene sia da valutazioni e condizioni personali, sia dallo sguardo e dall'atteggiamento della persona con cui ci relazioniamo. Da queste osservazioni ha preso spunto tutto il lavoro svolto, l'applicazione del protocollo della Terapia della Dignità (Chochinov 2007) all'interno della Casa Circondariale di Bellizzi Irpino (AV) e le successive esperienze cliniche e di ricerca.

## LA DIGNITÀ DENTRO LE MURA

*In carcere si è tagliati fuori dal mondo. Oggi per tutto il giorno ho cercato di guardare dentro di me, ma non sono riuscito a vedere nulla. Ci sono dei giorni come questi, che non so che fare. E soprattutto non so neppure se voglio fare qualcosa.*

*(Musumeci 2017)*

Con il termine dignità è uso riferirsi al sentimento che proviene dalla considerazione del proprio valore e della stima di sé. In carcere viene meno l'essenza stessa della persona, il detenuto è una persona su cui si ha un "pregiudizio", un individuo tra i tanti che si è macchiato di un reato ed ha bisogno di essere rieducato. Harvey Max Chochinov ha identificato gli aspetti della cura mirata alla ricerca della conservazione della dignità e ha applicato un protocollo specifico per promuovere il mantenimento della dignità in pazienti con patologie terminali. La terapia della dignità è stata pensata come un mezzo per promuovere la generatività e dare un obiettivo di vita concreto alle persone in fin di vita. Chochinov associava una diminuzione del senso di dignità ai seguenti fattori: cambiamenti percepiti nel proprio aspetto esteriore,

aumento della percezione di essere un peso per sé e per gli altri, aumentata di dipendenza dagli altri, aumento dell'intensità del dolore. Riferendosi agli indicatori della conservazione della dignità, osserviamo le seguenti dimensioni:

- continuità del sé;
- preservazione del ruolo;
- affermazione dell'orgoglio;
- ottimismo;
- autonomia/controllo;
- accettazione;
- resilienza.

L'autore fa riferimento anche all'aspetto sociale della dignità, relativo ai rapporti con l'esterno, alle relazioni, a tutte quelle dimensioni inerenti ai confini della privacy, il sostegno sociale reale e percepito, la considerazione di essere un peso per gli altri, le preoccupazioni per il dopo; tutti elementi che in carcere vengono trasformati o addirittura estinti. Tali fattori sono stati osservati, studiati e supportati da evidenze scientifiche, tutti gli studi fatti hanno dimostrato una forte associazione tra il senso di dignità e la depressione, l'ansia, il desiderio di morire, l'assenza di speranza, la sensazione di essere un peso per gli altri. Ad oggi, emerge sempre più la significatività dell'applicazione di questo modello, anche in contesti diversi, rispetto a quelli per cui era stato pensato inizialmente.

Facendo riferimento agli indicatori della dignità, salta subito all'occhio che in carcere tali condizioni, che fanno sì che un essere “umano” possa percepirsi come tale, vengono meno. Infatti, una volta “dentro le mura”, la persona perde l'autonomia, la privacy, l'intimità; gli spazi sono ristretti, spesso le celle sono comuni, non sei più tu a decidere come e quando fare una cosa, il tempo è scandito da regole rigide e orari imposti, intervallati da lunghi momenti di vuoto. Anche io da clinica, una volta entrata in Struttura, dopo i giorni iniziali, in cui ho provato un senso di costrizione e disorientamento, in cui sentivo pesante il rumore dei sistemi di sicurezza, che emettono un suono caratteristico, i cancelli che sbattono, la consegna all'ingresso degli oggetti personali, mi rendevo conto che più il tempo passava, più mi adeguavo perfettamente al nuovo contesto che conoscevo e vivevo, tanto che, il rumore dei chiavistelli degli agenti, i campanelli che suonavano per indicare i vari momenti della giornata, la suddivisione rigida e sempre uguale del tempo e dello spazio, sono diventati per me dei rituali che scandivano le mie giornate. Ho pensato che questo, se non ci sono psicopatologie, è proprio ciò che accade ai

detenuti dopo un iniziale periodo di disorientamento. Sono consapevole però, che in un tale contesto, nonostante l'abituarsi della persona a questi ritmi, ciò che ti viene negato, è prima di tutto l'autonomia rispetto alle proprie volontà, ma anche le autonomie relative alla gestione e dominanza del proprio corpo e del proprio spazio. Un'altra perdita importante, è l'identità, forse questa è la perdita che ha maggiori implicazioni in termini emotivi e psicologici sull'individuo, spesso ho ascoltato pronunciare, soprattutto dalle persone che hanno alle spalle un lungo percorso di detenzione "io non so più chi sono", persone che si sono identificate per anni nel ruolo "deviante" una volta espulsi il reato non sanno più chi sono, addirittura in concomitanza dell'uscita dal carcere, queste persone hanno paura della libertà. Forse queste persone si sono identificate per tanti anni nei ruoli devianti di "boss" "delinquenti", marchiati a vita da questa etichetta, che adesso non sanno più chi sono. Sicuramente, se tutto ciò è funzionale, per un processo reale di elaborazione del reato, da un certo punto di vista, se questo cambiamento non viene supportato, può creare una disintegrazione dell'Io ed una conseguente diminuzione del senso di dignità. Inoltre, ciò che viene a mancare, per una persona privata della propria libertà è proprio il desiderio di autorealizzazione, il progetto di vita personale viene interrotto. È una situazione simile al fine vita, non si ha la certezza di quando si uscirà dal carcere, spesso non c'è una prospettiva futura, tutto viene stravolto, soprattutto per quelle persone che hanno ricevuto una condanna di "fine pena mai". Lo sviluppo di una vita degna implica la costruzione di un progetto esistenziale, motivato e guidato da bisogni e desideri, che necessitano della possibilità di scegliere liberamente e di autodeterminarsi, potremmo ben capire che tutto ciò in carcere non è possibile, la persona non ha più la possibilità di diventare ciò che vuole essere. Oltre a tutti questi fattori individuali, ci sono tutti quegli elementi che si riferiscono al sostegno sociale, in carcere ci sono persone che non solo vengono allontanate fisicamente dai propri affetti, ma che sono, per ciò che hanno commesso fortemente stigmatizzate e discriminate, non solo dalla società, ma in molti casi anche dai propri cari. In questo contesto ci può essere spazio per la dignità umana?

## **L'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO DELLA DIGNITÀ IN CARCERE**

La Dignity Therapy è uno specifico intervento di terapia breve, centrato sui temi della dignità. Il modello della dignità permette di indagare aspetti esistenziali, basati sulle caratteristiche di personalità del paziente e della sua storia di vita; il protocollo è composto da domande semi-strutturate che permettono al paziente di ripercorrere e significare la propria vita, durante la narrazione è proprio come

se, mantenendo i piedi ben saldi “nel qui e ora”, il paziente si allontanasse con la mente, con lo spirito nel lì e allora della sua vita, in senso metaforico potremmo dire che si tratta di “un viaggio” nel cammino della propria esistenza. I temi della dignità sono riferiti a dimensioni come la generatività (sentire che la propria vita ha uno scopo), la stabilità del senso di sé (il senso della propria identità prescinde dalla malattia e dalle condizioni del momento), il mantenimento e l'orgoglio rispetto ai ruoli conquistati nella propria vita. L'originalità di questo intervento terapeutico breve, sta nel fatto, che le risposte date dal paziente, vengono registrate e trascritte per produrre un documento permanente, che viene consegnato al paziente che a sua volta può consegnarlo ad una persona cara o tenerlo per sé. Premesso quanto detto a proposito di alcune caratteristiche della condizione detentiva e dei temi fondanti il modello della dignità, si è riflettuto, su quanto tale applicazione potesse avere risvolti terapeutici per le persone che si trovano a vivere questa condizione, è stato quindi sia un lavoro clinico che di ricerca. Dalla pratica clinica è emerso che spesso i detenuti si trovano a sperimentare intensi sentimenti di sfiducia verso se stessi ed il mondo circostante, sperimentando la perdita di identità, fino ad arrivare ad un processo di “de-umanizzazione”. I sintomi psichiatrici più frequenti nei soggetti reclusi sono i seguenti: depressione, tendenza all'isolamento, disturbi dell'adattamento, senso di colpa, gesti autolesivi. Lo scopo iniziale del lavoro è stato quello di introdurre il protocollo della Dignità nella realtà penitenziaria per stimare e valutare, se a seguito di questa terapia ci fosse un cambiamento nella qualità di vita dei detenuti. In itinere si è osservato che un altro obiettivo raggiunto è stato quello di “*significare il tempo vissuto*”; infatti, attraverso la narrazione, si sviluppa la ricerca del significato tra passato, presente e futuro. Dare significato vuol dire anche migliorare la qualità della vita, non solo per i pazienti al termine della propria esistenza, ma anche per i loro familiari e le persone care (Skarpen et al 2015; Skarpen et al 2014; Gallagher 2004). Gli obiettivi raggiunti sono stati:

- Cambiamento nella percezione di sé;
- Aumento della capacità di self efficacy;
- Aumento delle capacità di coping;
- Miglioramento delle capacità relazionali.

In carcere per motivi di sicurezza e privacy non è stato possibile registrare le sessioni e si è provveduto manualmente a trascrivere le narrazioni. Il campione scelto è stato esiguo, sono stati selezionati i detenuti che già avevano una relazione terapeutica con il somministratore del protocollo, coloro che avevano alle spalle una famiglia o persone care a cui poter consegnare il documento e coloro che avevano buone capacità cognitive. Va detto che Chochinov nella somministrazione standard del

protocollo non prevede tali determinanti, infatti questa terapia è stata pensata per quegli individui la cui sofferenza è segnata dall'impoverimento della percezione del senso e dello scopo durante il fine vita e gli unici criteri di esclusione sono considerati il declino delle capacità cognitive del paziente e naturalmente, il suo stato di sofferenza, dato dalle specifiche condizioni di salute. Inoltre, per poter somministrare il protocollo, non occorre essere psicoterapeuti, ma è necessario comunque avere una preparazione adeguata, il paziente inoltre, può decidere liberamente se consegnare il documento generato ad una persona cara o tenerlo per sé. In carcere, in accordo con il direttivo, trattandosi di una prima sperimentazione, sono state fatte queste scelte per evitare l'ipotetica elicitazione di vissuti depressivi. Prima e dopo l'intervista ad ogni detenuto in fase pre e post è stata somministrata la Beck Depression Inventory, per valutare l'effetto che la narrazione di temi cari potesse avere sull'umore, la conservazione della dignità e della speranza. I risultati ottenuti hanno evidenziato cambiamenti nella dimensione relativa all'interesse per gli altri, in particolare si è evidenziato la scomparsa di pensieri autolesionisti e questo potrebbe essere un buon indicatore in termini predittivi per la prevenzione del rischio suicidario. Al di là di questi dati, che dovranno essere sicuramente ampliati e corroborati da altri studi, analizzando le narrazioni raccolte, è interessante notare che in quasi tutte le interviste c'è un ripensamento del ruolo avuto nella propria vita, persone che si sono identificate per anni con il reato, grazie a questa intervista hanno potuto ripensare al Sé con occhi diversi.

riporto brevi stralci di un'intervista di un ragazzo che ha alle spalle venti anni di detenzione, di cui dieci trascorsi in ospedale psichiatrico giudiziario.

**Quali sono i più importanti ruoli che Lei ha svolto nella Sua vita... Perché sono stati così importanti per lei, e cosa pensa di aver ottenuto con questi ruoli?**

*Il ruolo di fratello, anche se diciamo mi ritengono il matto della famiglia, nello stesso tempo so valutare le cose, mi stanno a sentire e queste cose mi riempiono di gioia, mi fanno sentire preso in considerazione, magari chiedendomi le cose. Anche qui adesso ho potuto scoprire mio fratello, che dopo la morte di mio padre ha preso una sbandata con la droga, ma adesso è maturato anche lui.*

O ancora, è importante che anche "gli ultimi degli ultimi", in questo caso i detenuti, possano in un determinato momento, nel corso dell'esistenza, sentirsi anche guida per gli altri e quindi assumersi le proprie responsabilità, anche in vista di un progetto futuro:

**Cosa ha imparato dalla vita che vorrebbe trasmettere agli altri? Quali consigli o orientamenti desidera trasmettere alla sua famiglia?**

*Io vorrei trasmettere l'onestà, nella mia famiglia nessuno è di questo ambiente, io vedo la mia famiglia per quello che è felice, la serenità che mi trasmettono guardandomi è tanta. Il denaro è il potere sono un tumore ..., il denaro è il male più brutto che esista. I soldi guadagnati con le rapine, mi hanno portato in una cella dove non ti puoi muovere, io dopo tanti anni adesso sto cercando di capire questa cosa; io adesso sono diventato un po' dottore di me stesso, perché io ho incontrato milioni di cristiani, boss, mafiosi, sono riuscito anche a prendere delle cose buone da loro, ma il succo è che ti prendi solo la galera. Sono io adesso nella mia famiglia, il responsabile, il fratello maggiore ed ho un progetto che vorrei realizzare.*

Attraverso le interviste somministrate, si è potuto agire sulle seguenti dimensioni: l'elaborazione del senso di colpa, l'assunzione del senso di responsabilità, l'elicitazione della speranza, il riconsiderare l'importanza delle relazioni familiari. In termini umani uno dei momenti più intensi di questo percorso è stato il momento della restituzione del documento generativo, è stato come un regalo per i detenuti, un qualcosa di prezioso da custodire o mostrare orgogliosamente ai propri cari.

## **CONCLUSIONI**

In carcere è emerso che grazie alla Terapia della Dignità, la narrazione e la rielaborazione di temi esistenziali, i detenuti si sono sentiti riconosciuti e ascoltati in quanto “persone”. Il recupero della dignità è stato l'elemento comune alle diverse interviste e, in un ambiente restrittivo come quello penitenziario, che comporta non solo l'allontanamento dalle persone care, ma anche la perdita del ruolo fino a poco tempo assunto, ricongiungersi almeno simbolicamente al familiare, può far sì che i detenuti guardino e ripensino alla loro storia, con occhi diversi, pieni di speranza. Dati i risultati raggiunti in diversi contesti di cura, è in itinere un'applicazione del protocollo sui “reduci di guerra”, ovvero persone con una lunga storia tossicomane alle spalle e sottoposte a misure restrittive.

## **Bibliografia**

- Boyken L, Emmanuel L, Fitchett G, Handzo G, Wilhie DJ, Care of the human spirit and role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. BMC Palliat Care 2015;21,14:8.
- Chochinov HM, Johnston W, McClement SE, Hack TF et al. Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. PLoS One 2016;11:e0147607

Chochinov HM, Hack T, Harlos M, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Dignity Therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patient near the end of life. J Clin Oncol 2005;23:5520-5

Ferraro G. Filosofia in Carcere. Incontri con i minori di Nisida. Filema; 2 ed, 2001

Mai SS, Goebel S, Jentschke E, van Oorschot B, Renner KH, Weber M. Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback. BMC Palliat Care 2018; 17:73

Perito M: Dignity Therapy: Prevention of suicidal risk in the penitentiary area. Psychiatr Danub 2018; 30 Suppl 7:S393-652

## THE “DIGNITY THERAPY”: PREVENTION OF SUICIDARY RISK IN THE PENITENTIAL ENVIRONMENT

### Abstract

*From clinical practice and daily observation of prisoners, it emerges that within the prison, the person loses autonomy, identity, values, the success of one's existential project, the desire for self-realization. These elements characterize the consideration of one's own value and self-esteem, the founding elements of Human Dignity. The aim of the project was the administration of a protocol of dignity therapy in a detention center, to assess whether the preservation of dignity and relationships, which is one of the goals of the treatment of dignity (Chochinov 2007), can affect the improvement of the observed depressive symptoms, guilt, self-injurious gesture, suicidal thoughts.*

*In addition to the evidence to which the research has led, it has paved the way for further incentives and reflections relating to the care of dignity in “borderline” contexts and for highly marginalized people.*

**Keywords:** Dignity Therapy; Depression; Suicide Risk; Prisoners.

### Corrispondenza

Dott.ssa Mariangela Perito

Psicologa/Psicoterapeuta

Network Italiano per la Dignità nella Cura

*e-mail:* maiangelaperito@gmail.com

# I DISTURBI DI PERSONALITÀ IN ADOLESCENZA: CARATTERISTICHE E PERCORSI DI CURA

**Maria Vincenza Minò**

*Psicologa-Psicoterapeuta Cognitivo Post-Razionalista*

*Coordinatrice Comunità Riabilitativa "Don Tonino Bello" – Brindisi*

## **Riassunto**

*L'adolescenza si caratterizza come passaggio cruciale del processo di soggettivazione (Cahn 1998). Si delinea la differenziazione dal mondo infantile e dalle figure genitoriali, vissute fino ad allora come protettive. Tale processo, complesso e discontinuo, può generare esperienze luttuose, situazioni depressive, veri e propri disturbi che con l'età adulta trovano la base per la loro cronicizzazione. Di fondamentale importanza è il ruolo che la famiglia, i servizi, il contesto sociale sono tenuti a ricoprire per poter agire a livello preventivo.*

**Parole chiave:** *Adolescenza; Disturbi di personalità; Trattamento.*

## **INTRODUZIONE**

Riconoscere e diagnosticare i Disturbi di Personalità in adolescenza è particolarmente difficile per le caratteristiche intrinseche sottese a tale fase di sviluppo, in particolare la personalità si avvia ad una rapida e complessiva ristrutturazione che altera gli equilibri preesistenti (Ladame 1991); il funzionamento mentale, pur mantenendo una sostanziale stabilità, determina una propria riorganizzazione per il consolidamento di un'identità stabile. Quando si ha una scarsa interazione tra i fattori bio-psico-sociali si diventa più vulnerabili all'insorgenza di malattie psichiatriche che pur non presentando le caratteristiche cliniche dell'età adulta possono cronicizzarsi nel

passaggio a tale fase. In particolare, le complesse trasformazioni adolescenziali, dovute alla maturazione sessuale e cognitiva si esprimono con manifestazioni sintomatiche e comportamentali spesso confuse con segni e sintomi tipici dei Disturbi di Personalità. Il fallimento evolutivo nelle fasi precoci dello sviluppo, la presenza di traumi, abusi o deprivazioni, il non avere un ambiente di supporto adeguato diventano fattori di rischio per la cronicizzazione dello stesso disturbo (Novelletto et al. 2000).

## LA DIAGNOSI DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ IN ADOLESCENZA

La diagnosi di Disturbo di Personalità in adolescenza ha sempre rappresentato, in letteratura, una questione controversa. Il DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) asserisce che “l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza”. Come per l'adulto, una maggiore accuratezza diagnostica può essere fatta considerando le principali aree disfunzionali: *disturbo dell'identità, instabilità emotiva, difficoltà relazionale, impulsività*; approccio che permette di controllare anche meglio la variabilità e l'eterogeneità che si riscontra negli adolescenti (Miller et al., 2008). Tuttavia, alcune manifestazioni specifiche del disturbo sarebbero predittive di diagnosi in età adulta quali *l'autolesionismo, l'impulsività e l'instabilità emotiva* (Zanarini et al. 2006).

Per quanto riguarda l'età evolutiva, il Disturbo Borderline di Personalità è il più diagnosticato e studiato. Viene registrata una prevalenza compresa tra lo 0.9% ed il 3% nella popolazione generale (Lewinsohn et al. 1997), tra l'11% ed il 22% tra i pazienti ambulatoriali (Chanen et al. 2008), fino ad arrivare al 49% in ambito ospedaliero (Grilo et al. 2001).

## FATTORI DI RISCHIO E FATTORI DI PROTEZIONE

Alcuni fattori di rischio utilizzati in età evolutiva come indicatori di un possibile Disturbo di Personalità in età adulta sono:

- Fattori Demografici: basso livello socio-economico (Cohen 1996, Cohen et al. 2008); famiglia monoparentale (Cohen 1996); decesso di un genitore (Cohen 1996); isolamento sociale (Cohen 1996); marginalità e criminalità genitoriale (Guzder et al. 1999).
- Problemi di salute: problemi pre-perinatali (Cohen et al. 1996); problemi di salute nel primo anno di vita (Cohen et al. 2005).

- Relazione genitore-figlio: inconsistenza materna e ipercoinvolgimento (Cohen et al. 2005); stile genitoriale problematico, in particolare punitivo, rigido e ridotta affettività, (Johnson et al. 2006).
- Abuso: l'abuso fisico diventa predittivo di un Disturbo Antisociale, Borderline e Schizotipico di Personalità; l'abuso sessuale diventa predittivo di tutti i Disturbi di Personalità ad eccezione del Disturbo Dipendente di Personalità; il maltrattamento psichico diventa predittivo di un Disturbo Borderline di Personalità; Neglect/trascuratezza diventa predittivo dei Disturbi Evitante, Borderline, Antisociale, Schizotipico di Personalità, indipendentemente da altre forme di incuria (Johnson et al. 2005; Teicher et al. 2006).
- Funzioni esecutive: scarse prestazioni in età prescolare al WCST (Wisconsin Card Sorting Test) e al CPT (Cognitive Performance Test) sono associate a pazienti con Disturbi Borderline di Personalità.
- Inibizione sociale precoce: è associata al Disturbo Evitante di Personalità in figli di genitori con Attacchi di Panico e Depressione Maggiore.
- Autolesionismo - Comportamenti suicidari: riportate da adulti con Disturbo Borderline di Personalità in età evolutiva.

In aggiunta ai fattori di rischio assumono fondamentale importanza anche i fattori di protezione quali la famiglia, la scuola, il gruppo dei coetanei (Bonino & Cattellino 2008, p. 62). Si tratta degli stessi ambiti nei quali gli adolescenti affrontano i principali compiti evolutivi. I fattori di protezione svolgono un ruolo di promozione della salute, del benessere e dello sviluppo, agevolando la messa in atto di comportamenti responsabili e costruttivi.

## **PERCORSI DI CURA E TRATTAMENTO**

Anche per gli adolescenti, come per gli adulti, è fondamentale promuovere una relazione terapeutica costruttiva. I percorsi di cura devono essere caratterizzati da flessibilità, capacità e diponibilità ad una modulazione differente dell'intervento a seconda della fase di malattia e della collaborazione del paziente. Ciò è valido per la psicoterapia e per gli interventi riabilitativi. Se non vi è la necessaria alleanza, il trattamento complesso deve essere sospeso e si deve proseguire con una gestione clinica esperta, volta non solo al monitoraggio, ma anche alla prosecuzione di colloqui motivazionali, per poter nuovamente accedere a trattamenti più completi ed efficaci.

Occorre considerare alcune peculiarità dell'età evolutiva tra cui:

- Partecipazione attiva: gli adolescenti incontrano notevoli difficoltà nell'affrontare le sfide evolutive. Per favorire lo sviluppo e il mantenimento dell'alleanza terapeutica è importante incoraggiare la partecipazione e il coinvolgimento attivo del giovane paziente nel prendere le decisioni (come ad es. le opzioni di trattamento e le conseguenze di alcuni comportamenti).
- Assunzione di capacità: nel lavoro con gli adolescenti, i professionisti devono saper bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e della capacità dei giovani pazienti con le responsabilità anche legali dei caregivers.
- Professionisti esperti e preparati: la richiesta di relazioni intense tipica degli adolescenti con possibile Disturbo Borderline di Personalità rende necessario da parte dei professionisti saper gestire l'accoglienza ed il limite del setting in termini di frequenza e tipologia dei contatti.
- Lavoro di gruppo e comunicazione: gli adolescenti con quadri clinici precursori dei Disturbi di Personalità tendono ad estremizzare le relazioni sociali. Occorre, pertanto, una leadership chiara con una gerarchia nel processo decisionale che garantisca una migliore gestione di eventuali situazioni conflittuali.
- Monitoraggio sulla tipologia e sull'intensità del trattamento: la gestione di eventuali crisi cui possono andare incontro gli adolescenti presuppone l'attuazione di interventi mirati e il relativo coinvolgimento dei diversi professionisti sanitari. È fondamentale, inoltre, un monitoraggio sulla tipologia, intensità ed efficacia dell'intervento messo in atto.
- Aspettative realistiche: un miglioramento della sintomatologia e del funzionamento degli adolescenti con eventuale Disturbo di Personalità tende ad essere graduale e non improvviso. È opportuno porsi degli obiettivi realistici a breve e lungo termine per mantenere stabile e duratura nel tempo la motivazione dell'adolescente nell'adesione al trattamento.
- Garantire affidabilità negli interventi: è importante il come vengono fornite le informazioni rispetto all'accesso presso il servizio di cura, le modalità di intervento che devono essere condivise e accettate per garantire la massima affidabilità del trattamento offerto.
- Risposta multiprofessionale: l'équipe multiprofessionale è fondamentale per garantire una risposta adeguata ai bisogni e alle problematiche presentate dal giovane paziente.
- Gestione delle crisi acute e croniche: gli adolescenti con possibile Disturbo Borderline di Personalità possono presentare elevati livelli di ideazione

suicidaria e di agiti autolesivi anche ripetuti. Il personale deve essere preparato nello strutturare interventi idonei atti a garantire il trattamento adeguato e la corretta presa in carico.

- Coinvolgimento della famiglia: il coinvolgimento della famiglia nel trattamento è una componente essenziale nella gestione degli adolescenti a rischio. Si tratta, spesso, di famiglie multiproblematiche che hanno contribuito in modo significativo alle difficoltà dei pazienti; dall'altro, il livello di difficoltà dei pazienti impatta negativamente sulle capacità della famiglia di funzionare in modo adeguato. L'équipe multiprofessionale adotterà interventi di mediazione idonei, supportando e motivando il paziente all'adesione trattamentale.

### TRATTAMENTI EVIDENCE-BASED PER ADOLESCENTI

L'estensione della diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità agli adolescenti basata sulle evidenze che mostrano sintomatologia e compromissione funzionale analoghe a quelle osservate nell'adulto (Chanen 2007) ha determinato l'adattamento di tecniche d'intervento specifiche.

I principali protocolli adattati per l'adolescente sono: DBT; MBT; CAT; ERT.

**DBT-A (Dialectic Behavioral Treatment):** l'adattamento DBT-A per l'adolescente (Miller 2007) riguarda tre principali aspetti: 1. coinvolgimento dei familiari; 2. adattamento dei contenuti (sia dilemmi dialettici che skills) e dei linguaggi; 3. riduzione della durata del protocollo da 1 anno a 16 settimane con la possibilità di accedere ad una seconda fase opzionale di altre 16 settimane.

Il coinvolgimento dei familiari prevede la partecipazione di un genitore/adulto di riferimento ai gruppi di "Skills Training" multifamiliari, coaching telefonico in caso di crisi ed eventuali colloqui familiari, in particolare se la relazione con un genitore è fonte di conflitto. Rimangono invariate rispetto all'adulto le possibilità di attivare una presa in carico psichiatrica con assessment e trattamento anche farmacologico di eventuali comorbidità, la definizione specifica di un piano di gestione della crisi e, in caso di ricovero ospedaliero, l'attivazione di programmi di ricovero breve basati su obiettivi specifici. È mantenuta la supervisione settimanale in équipe, le modalità di case management assertivo.

**MBT (Mentalization Based Treatment):** l'MBT-A è un programma di psicoterapia psicodinamica manualizzato della durata di un anno, adattato nella versione per l'adolescente.

Il focus dell'intervento consiste nel migliorare la consapevolezza dei propri e altrui stati mentali/emotivi aumentando le capacità di mentalizzazione in situazioni emotivamente attivanti; viene posta attenzione anche alla regolazione emotiva e alla gestione dell'impulsività. Il programma prevede sessioni individuali non strutturate ma focalizzate sulle esperienze relazionali portate spontaneamente dall'adolescente e sessioni familiari finalizzate ad incrementare le abilità di mentalizzazione dell'intero nucleo familiare, soprattutto in caso di rapporti conflittuali. L'adattamento per l'adolescente prevede il coinvolgimento dei familiari per tutta la durata del trattamento che risulta, così, articolato: 1) assessment individuale e familiare; 2) fase iniziale: restituzione individuale e familiare, formulazione di un piano per la gestione della crisi e svolgimento di incontri psicoeducativi; 3) fase intermedia: trattamento individuale una volta a settimana e familiare una volta al mese; 4) fase finale: formulazione di un piano "coping" utile a definire la gestione di eventuali crisi/difficoltà future. Viene, inoltre, affrontato il tema della separazione.

**CAT (Cognitive Analytic Therapy):** Interventi di psicoterapia cognitivo-analitica adattati per l'adolescente sono stati proposti e studiati dal gruppo di Chanen, integrandoli con un più complesso protocollo di gestione e trattamento di adolescenti con caratteristiche borderline di personalità, nominato HYPE. I cardini del modello HYPE comprendono: a) case management assertivo, integrato con il percorso psicoterapeutico; b) coinvolgimento attivo dei genitori con sessioni psicoeducative o incontri familiari; c) presa in carico psichiatrica con assessment e trattamento anche farmacologico di eventuali comorbidità; d) team per le emergenze e il trattamento ospedaliero, con un programma definito di ricovero breve basato su obiettivi specifici; e) attività di gruppo per adolescenti.

**ERT (Emotion Regulating Training):** Adattamento per l'adolescente del programma STEPPS, comprende interventi di psicoeducazione e skills training di gruppo per l'adolescente e psicoeducazione per i genitori. Il trattamento integra aspetti dei modelli DBT e delle tecniche cognitive comportamentali, prevede 17 sessioni settimanali più due sessioni a 6 e 12 settimane dalla conclusione del gruppo.

**Developmental Psychotherapy Group:** è un trattamento psicoterapeutico di gruppo rivolto ad adolescenti con ripetuti episodi di autolesività, focalizzato a trattare molteplici tematiche significative (es. depressione, disturbi del comportamento, abuso di sostanze, bassa autostima, disturbi dell'immagine corporea, conflitti familiari, esperienze di abuso).

## **TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**

Le linee guida NICE affermano che il trattamento farmacologico, per quanto riguarda l'età evolutiva, non dovrebbe essere utilizzato in caso di disturbo grave di personalità per i sintomi core o i comportamenti associati con questi disturbi come ad es. autolesionismo ripetuto, marcata instabilità emotiva, comportamenti a rischio e sintomi psicotici transitori (NICE 2009).

Le direttive delle NICE non precludono, però, sia il trattamento farmacologico delle comorbidità sia una terapia farmacologica a breve termine per tamponare rapidamente momenti di crisi.

## **CONCLUSIONI**

I Disturbi di Personalità sono una realtà clinicamente presente e rilevante. In adolescenza, rimane ancora difficile effettuare una diagnosi certa. Fondamentale importanza assume la prevenzione nei contesti sociali di appartenenza e il saper chiedere aiuto ai servizi presenti sul territorio (Centri di Neuropsichiatria Infantile, Consultori). La psicoterapia è considerata il gold standard nel trattamento dei disturbi di personalità. Gli interventi di tipo dialettico comportamentale (DBT), basati sulla mentalizzazione (MBT) e cognitivo analitico (CAT) hanno mostrato una certa efficacia nella riduzione dei sintomi borderline, degli atti autolesivi e un miglioramento dei sintomi depressivi. Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento degli adolescenti è fondamentale in ogni campo della psicopatologia. I disturbi di personalità non fanno eccezione rispetto alla necessità di seguire i familiari, oltre al paziente (NICE, 2009). Si evidenzia la necessità di estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla Psichiatria adulti, per quadri clinici considerati precursori di un possibile Disturbo di Personalità.

## **Bibliografia**

- Bonino S.e Cattelino E. (2008), La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute, Trento, Erickson.
- Cahn, R. (1998) (a cura di), l'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione. Tr.it. Borla, Roma, 2000.
- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. Med J Aust. 2007 Oct 1;187(7 Suppl):S18-21. Review.

- Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, Jackson HJ. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord* 2008;22:353–364.
- Cohen P. Childhood risk for young adult symptoms of personality disorder. Method and substance.
- Multivariate Behav res 1996;31(1):121-48.
- Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The Children in the Community study of developmental course of personality disorder. *J Pers Disord*. 2005 Oct;19(5):466-86.
- Cohen P, Chen H, Gordon K, et al. Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol* 2008;20(2):633–50
- Cohen P. Child development and personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):477-93. Review.
- Grilo CM, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Stability and change of DSM- III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry*. 2001;42:364–368.
- Guzder J, Paris J, Zerkowit P, Feldman R. Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Feb;38(2):206-12.
- Johnson JG, Bromley E, McGeoch PG. The role of childhood experiences in the development of maladaptive and adaptive personality traits. In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005;209-21.
- Ladame F. (1991). L'adolescence, entre rêve et action. *Bulletin Société Psychanalytique*.
- M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder . Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press. 1993.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1752–1759.
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2008 Jul;28(6):969-81.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical Behavioral therapy with suicidal adolescents*. New York (NY): Guilford Publications; 2007.
- NICE Clinical Guideline, 2009.
- Novelletto et al. (2000), *Riconoscere e prevenire l'evoluzione criminale*. Milano. Franco Angeli.
- Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry*. 2006 Jun;163(6):993-1000.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Ridolfi ME, Jager-Hyman S, Hennen J, Gunderson JG.  
Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. J Pers Disord.  
2006 Feb;20(1):9-15.

## **PERSONALITY DISORDERS IN ADOLESCENCE: CHARACTERISTICS AND TREATMENT COURSES**

### **Summary**

*Adolescence is characterized as a crucial step in the process of subjectivation (Cahn, 1998). Differentiation is outlined from the world of childhood and from parental figures, lived until then as protective. This complex and discontinuous process can generate mournful experiences, depressive situations, real ailments that with adulthood find the basis for their chronicization. Of fundamental importance is the role that the family, services and the social context are required to play in order to act at a preventive level.*

**Keywords:** *Adolescence; Personality disorders; Treatment.*

### **Corrispondenza**

Maria Vincenza Minò

Psicologa-Psicoterapeuta Cognitivista Post-Razionalista

Coordinatrice Comunità Riabilitativa “Don Tonino Bello” – Brindisi, Assoc. M.I.T.A.G.-Onlus.

*e-mail:* marenza.m@virgilio.it



# PAURA DI VOLARE: LE NUOVE REALTÀ DELLA SPERIMENTAZIONE DIGITALE IN AMBITO FOBICO SPECIFICO

**Maria Grazia Spurio**

*Psicoterapista*

## **Riassunto**

*Secondo le stime della I.A.T.A. (International Air Transport Association) l'organizzazione internazionale di compagnie aeree che raccoglie circa 80% delle informazioni delle compagnie nel mondo oggi, viaggiare è diventata per la maggior parte delle persone un'attività sempre più importante. Questa realtà è divenuta ancor più evidente quando, a partire dal mese di febbraio 2020, si è verificato uno stop pressoché totale a causa dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 con un impatto economico in termini ancora incalcolabili.*

*Ora che si sta programmando la ripresa, è necessario pensare a come superare velocemente qualunque altra causa o situazione che possa costituire un ritardo rispetto al riavvio delle normali attività economiche, personali e relazionali. Di fronte a una realtà che segna profondamente la vita sociale, è ovvio che l'argomento dell'aerofobia (paura di volare) acquista un'importanza di primo piano tra i vari disturbi di ansia che richiamano l'attenzione del ricercatore attento.*

*Il termine fobia indica un'irrazionale e persistente paura e repulsione di certe situazioni, oggetti, attività, animali o persone, che non rappresentano un reale pericolo per la persona e può, nei casi più gravi come nell'evitamento, limitare l'autonomia del soggetto. Si manifesta avvertendo timore irrazionale difficilmente controllabile verso uno specifico oggetto o situazione, in questo caso l'aereo e il volo. Dopo un confronto tra i protocolli di fronteggiamento attualmente seguiti dai professionisti del settore e da alcune compagnie aeree, l'articolo prende in esame nuove possibilità di trattare l'aerofobia. In particolare viene tenuta in considerazione la tecnica della fantasia guidata*

*mediante l'utilizzo della realtà digitale, un progetto altamente innovativo, attualmente in stato di progettazione, che presenta affascinanti prospettive per occuparsi e vincere la paura del volo. Le nuove tecnologie, permettendo di superare le tradizionali frontiere della formazione, dell'istruzione e della psicologia clinica ed applicativa, consentono un futuro ottimista grazie ad un impatto immersivo sul più grande numero di persone possibile.*

**Parole chiave:** *Aerofobia; Fantasia guidata; Realtà digitale; Protocolli di fronteggiamento.*

## INTRODUZIONE

La World Tourism Organization (UNWTO), l'agenzia delle Nazioni Unite che si occupa di promuovere e monitorare lo sviluppo del turismo responsabile, ha registrato fino ai primi mesi del 2020, un aumento costante del mercato turistico, sia in termini di visitatori che di spese legate al settore. Secondo le stime ufficiali, nel 2018, hanno viaggiato in tutto il mondo circa 1,4 miliardi di turisti, il 5% in più rispetto all'anno precedente, con una spesa globale di circa 1.450 miliardi di dollari, che sale a circa 1.700 se consideriamo anche il trasporto di passeggeri.

Come mezzo di trasporto, l'aereo è risultata l'opzione più utilizzata dai viaggiatori con il 58%, a cui seguono l'auto (37%), i mezzi via mare (4%) e il treno (2%).

(<https://ilbolive.unipd.it/it/news/crescita-turismo-miliardo-viaggiatori-mondo-unwto-istat>).

Come considerato dunque attraverso le fonti ufficiali relative all'anno 2018, il tasso del 58% delle persone che si mettono in viaggio, rappresenta una percentuale notevole di individui che si muovono utilizzando il mezzo aereo. L'impiego molto diffuso dell'aereo pone l'attenzione su un altro fatto ad esso collegato: la paura di volare. L'aerofobia (paura del volo) è un fenomeno piuttosto esteso, in Italia e, tendenzialmente, nel resto del mondo, la percentuale degli aerofobici è quantificabile intorno al 50%. (Necci 2017).

Per molte persone la situazione del volo, libera lo stato ansioso pregresso, ma il più delle volte chi soffre di aerofobia, non percepisce la matrice ansiosa che ha provocato il disagio, al contrario, tende ad attribuire la responsabilità delle proprie paure al volo e alla sua scarsa sicurezza. È evidente che in un atteggiamento mentale del genere, l'attenzione si sposta all'esterno dell'individuo, si trasferisce sulle caratteristiche degli aeromobili, sulla cronaca degli incidenti, sulle variabili meteo, sui vari rumori che vengono avvertiti all'interno del mezzo come segnali di imminenti disgrazie. In questi casi, risulta difficile intravedere la possibilità di un superamento della fobia, in quanto il locus dell'attenzione è esterno e non

interno (Rotter 1966), e, non attivandosi per questo motivo, nessun reale percorso di messa in discussione del vero assetto ansioso che è alla base del problema, il modo disfunzionale di controllare e risolvere la situazione, non produce risultati positivi. Quali sono i protocolli di intervento finora utilizzati per la cura di questo disturbo? Quale è la loro efficacia? Dopo aver approfondito il concetto di aerofobia si passeranno rapidamente in rassegna i protocolli attualmente in uso. Infine, una panoramica sui fondamenti storici delle tecniche immaginative potrà fornire il presupposto teorico per la comprensione di possibili nuovi e più efficaci protocolli di intervento.

### **AEROFOBIA: DEFINIZIONE E PROTOCOLLI DI INTERVENTO**

Il termine aerofobia definisce la paura di volare in aereo (fear of flying) causata da uno stato d'ansia a livelli significanti (Evangelisti 2008). L'aerofobia o paura di volare, secondo i criteri diagnostici del DSM V rientra nei disturbi d'ansia, proprio perché l'ansia è l'emozione che più frequentemente viene avvertita, in particolare è classificata nelle 'Fobie Specifiche'.

La sintomatologia fisica dell'aerofobia è caratterizzata da tachicardia, sudorazione eccessiva, mancanza d'aria, sensazione di oppressione toracica. Dal lato cognitivo si trova spesso la paura di morire, la minaccia della situazione volo viene percepita come incontrollabile, perché ci si sente in

balia degli eventi e totalmente dipendenti dalla capacità di persone sconosciute quali piloti e assistenti di volo (Castiello D'Antonio 2006).

Come per altre forme di ansia, dietro questa fobia specifica potrebbe esserci un esagerato bisogno di sicurezza, di stabilità e di controllo, che solitamente inizia durante un periodo di tensione e stress elevati per poi durare anni o, anche, tutta la vita (Francalacci 2011).

La paura di volare è un fenomeno più diffuso sia tra le donne che tra gli uomini, mentre non ci sono grosse differenze né per quanto riguarda la distribuzione geografica né per livello sociale o grado di istruzione.

## **PROTOCOLLI DI FRONTEGGIAMENTO IN AMBITO FOBICO SPECIFICO**

Al pari di altri tipi di fobie, i protocolli terapeutici si pongono l'obiettivo di contrastare e sconfiggere l'aerofobia. Oltre alla psicoterapia individuale un metodo per tentare di superare la paura di volare è rappresentato da corsi tenuti dalle principali compagnie aeree.

Gli approcci terapeutici maggiormente applicati sono cognitivo e cognitivo-comportamentale. La psicoterapia cognitivo-comportamentale rappresenta uno dei trattamenti più utilizzati per la cura della fobia specifica, una delle tecniche consiste l'esposizione graduale agli stimoli temuti: il soggetto viene avvicinato in modo progressivo allo stimolo fobico (in questo caso al volo), fino ad arrivare ad avere contatto diretto con lo stimolo, che diviene neutro ai suoi occhi grazie a un processo parallelo di ristrutturazione cognitiva che comporta la messa in discussione delle idee irrazionali relative allo stimolo (Sacco 2003). Questo particolare aspetto adottato da molte compagnie aeree però, a parere di molti, come della Scrivente, se per molti versi appare apprezzabile, presenta criticità e contraddizioni. Se si parte dal presupposto che nella fobia prevale la componente irrazionale, insistere sull'approfondimento di tutti i particolari tecnici legati al volo, chiamando in causa esclusivamente la componente razionale, potrebbe, non essere coerente, e funzionale al superamento della paura. Conoscere maggiori dettagli legati al volo, particolarmente in alcuni casi, dove il controllo e monitoraggio della situazione è esasperato da un'attenzione esagerata ad ogni minimo particolare, potrebbe rivelarsi disfunzionale alla risoluzione del problema. Per concludere la nostra breve trattazione sui protocolli finora utilizzati in ambito fobico specifico quale la paura del volo e dell'aereo, possiamo sintetizzare affermando che pur registrando alcuni successi, i protocolli utilizzati finora dalle compagnie aeree e dai singoli professionisti devono e possono essere perfezionati ulteriormente. Per questo motivo, alcuni ricercatori hanno cominciato a prendere in considerazione l'idea di sfruttare le grandi potenzialità offerte dal mondo della realtà digitale. Per esempio, la Scrivente, in collaborazione con i due team di ricerca provenienti dalla propria scuola di studi psicologici: 'Genius Academy' e dal gruppo 'Genius Handling', operante in circa 50 aeroporti, lavora allo studio e messa a punto di una applicazione della fantasia guidata utilizzando la realtà virtuale. Vediamo però prima quali sono i fondamenti teorici che supportano l'utilizzo della fantasia guidata come ausilio per il superamento delle fobie specifiche.

### **Fondamenti teorici delle tecniche immaginative**

Uno dei primi a scoprire il potere e i meccanismi psicologici della fantasia fu il fondatore della psicoanalisi Sigmund Freud, secondo il quale la fantasia ha la funzione di consentire l'accesso a quel mondo in cui ogni desiderio può essere soddisfatto, evadendo dai limiti del quotidiano che costringe a rinunciare alla soddisfazione e al raggiungimento del piacere (Freud 1897 ed.2012). Secondo lo psicanalista E. S. Pearson (1998), la fantasia ha “un ruolo di grande importanza nel guidare o mettere in discussione le nostre scelte e le nostre relazioni” (<https://www.lucanapoli.com/la-fantasia-guidata-che-cose-e-come-si-utilizza/2019/07/>). Secondo i neurofisiologi la fantasia può costituire un valido aiuto per liberarci e sciogliere ad esempio le sensazioni di paura e disagio legate ad esperienze spiacevoli. Nel caso di ricordi particolarmente traumatici e ricorrenti, una delle strade più efficaci per sbarazzarsene è imparare ad associare quegli stessi stimoli a ricordi non spiacevoli attraverso una graduale e controllata esposizione ad essi in contesti sicuri e con l'aiuto di uno psicoterapeuta (Widmann 2004). Per i neurofisiologi lo sviluppo della fantasia guidata e dell'immaginazione creativa sviluppata in due momenti diversi e specifici può favorire il potenziamento della memoria, del problem solving e la pianificazione. Il primo momento coinvolge il pensiero laterale, non logico, divergente e capace di stabilire libere associazioni tra le cose. Segue poi il momento in cui il pensiero convergente valuta e analizza tutte le idee al fine di trovare una nuova e valida risposta all'esperienza. L'attività della mente, nel momento in cui immaginiamo qualcosa interessa quasi le stesse aree cerebrali di quando la stessa cosa la percepiamo e la esperiamo realmente attraverso i nostri sensi. Tramite specifiche fantasie guidate è possibile influenzare il battito cardiaco, la pressione sanguigna, la respirazione, i ritmi e le forme delle onde cerebrali, la motilità e le secrezioni gastriche, il funzionamento del nostro sistema immunitario. Attraverso l'immaginazione possiamo sviluppare nuovi modi di pensare, di sentire, di agire, andando ad intervenire a livello cognitivo, affettivo e comportamentale.

### **LA FANTASIA GUIDATA IN AMBITO FOBICO SPECIFICO**

La tecnica della fantasia guidata più adeguata al fronteggiamento in ambito fobico specifico, si basa sul suggerimento di immagini già precostituite, pur lasciando alla persona la possibilità di viverle in modo creativo e personalizzato. Attraverso l'attivazione di tali processi si sviluppa la resilienza, una capacità fondamentale per affrontare situazioni fobico specifiche quali l'aerofobia. La resilienza è la capacità di riprendersi dalle difficoltà e dalle delusioni, di affrontare e superare un evento traumatico o un periodo di difficoltà (Masten 2001). Ma come si può sviluppare la

resilienza attraverso la presentazione di immagini adatte allo scopo e, accompagnate da parole induttive collegate?

La modalità con cui questo può avvenire è attraverso la strutturazione nel pensiero e nella mente di un'immagine con l'aiuto del terapeuta. Durante la fantasia guidata la razionalità cede gradualmente il posto all'immaginazione, alle emozioni, al mondo interno, all'irrazionalità, all'inconscio, ai sentimenti e ai bisogni interni, ai conflitti e ai desideri profondi. La persona viene invitata a mettersi in una condizione iniziale di rilassamento e a seguire una voce registrata, che proporrà un "viaggio" nel viaggio. Un viaggio inventivo, ricco di immagini e temi simbolici particolari e specifico per la situazione aerofobica. La fantasia guidata costituisce un ottimo veicolo emotivo, attraverso cui favorire l'emergenza e la gestione delle emozioni. L'utilizzo della realtà virtuale consente di proporre al soggetto immagini e parole induttive che lo fanno vivere nel contesto di un setting dove la sua fantasia non è semplicemente evocata dalle parole che lo guidano, ma è fortemente attivata dalle immagini tridimensionali nelle quali si trova immerso, o catapultato, con dirompenti effetti.

## UNA FAVOLA VIRTUALE PER NON AVERE PIÙ PAURA DI VOLARE

Il termine "realtà virtuale" ha assunto molte declinazioni e la differenza l'ha fatta spesso la tecnologia con cui vi si è avuto accesso. Nel 1957 il regista Morton Heilig creò Sensorama, un apparecchio pensato per immergere lo spettatore all'interno dell'esperienza cinematografica. Una sorta di cabina con tanto di sedia e un vano in cui infilare il viso per osservare immagini in tre dimensioni, ventilatori per simulare il vento, audio stereofonico e persino un sistema per riprodurre profumi e odori per stimolare l'olfatto. La sua è stata un'intuizione, un'idea innovativa, troppo innovativa per quell'epoca. È trascorso più di mezzo secolo da allora, ma la voglia di sperimentare nuove forme di utilizzo del digitale, sempre più dinamiche e avvolgenti non è cambiata. Grazie al progresso tecnologico, è possibile percorrere nuove strade e concretizzare soluzioni immersive come quelle appartenenti alla categoria della realtà virtuale. Sebbene la realtà virtuale nasce principalmente come mezzo di intrattenimento, non è difficile immaginare come le potenzialità di questi sistemi si possano spingere ben oltre la fruizione dei contenuti multimediali e l'esecuzione dei titoli video ludici (<https://www.webnews.it/speciale/realta-virtuale/>).

Non stiamo parlando in questo caso di realtà aumentata, che non mira alla creazione di una realtà alternativa, bensì al 'potenziamento' della vita reale attraverso delle aggiunte visive o sonore che vengono sovrapposte alla vista, all'udito, appunto, aumentando l'esperienza che si ha della normale realtà (ad esempio i famosi Google

Glass). Parliamo infatti di realtà virtuale, un ambiente digitale ricreato interamente in modo artificiale con il quale è possibile interagire con vari dispositivi, come il visore VR. Questa proiezione tridimensionale è costruita per somigliare il più possibile alla realtà e, spesso, per superare i limiti materiali della realtà, ad esempio con il volo o superpoteri vari. Deve essere quindi un'esperienza più immersiva possibile, in grado di assorbire i sensi di chi ne fa uso per far credere di vivere in una realtà alternativa. Non è difficile cogliere il legame di questo tipo di esperienza con quello della fantasia guidata e le possibili applicazioni per la creazione di ambienti personalizzati nei quali muoversi, sentire, agire e vivere esperienze emozionali, utili e funzionali al superamento delle paure. Un nuovo modo di contestualizzare le fantasie guidate quindi, una nuova ed interessante prospettiva in ambito fobico specifico rispetto al tradizionale modo di trattare le fobie. L'obiettivo principale della sperimentazione è quello di creare delle aeree dedicate all'interno degli aeroporti con ambienti strutturati in modo da fornire comfort e privacy, atti a favorire ascolto e immedesimazione attraverso la realtà virtuale con un ambiente immaginativo rilassante e positivo per affrontare efficacemente l'esperienza del volo. L'ambientazione del setting appropriato allo scopo, potrebbe inizialmente essere realizzato all'interno di un aeroporto specifico che fungerà da progetto pilota, per essere poi esteso anche ad altri aeroporti. L'obiettivo finale relativo alla creazione di aree dedicate in ambito aeroportuale, prevede uno step iniziale in cui l'utilizzo di un visore o ancora, in alternativa, di un'applicazione scaricabile sul proprio dispositivo, possano permettere al soggetto aerofobico di immergersi in tale esperienza, in contesti e in tempi diversi rispetto a quello del volo. In effetti, anche la sola idea del volo è sufficiente per alcuni a provocare sensazioni molto simili al panico, come pure in alcune operazioni precedenti come la prenotazione di un volo o l'acquisto un biglietto aereo, si possono innescare crisi di ansia anticipatoria. Per questo motivo avere a disposizione strumenti di realtà virtuale, visori o applicazioni sul cellulare, o altro dispositivo mobile, comodamente a casa propria, o in qualunque altro luogo, possono risultare ausili pratici ed efficaci. Possiamo indubbiamente affermare che la tecnologia può essere l'elemento in grado di effettuare il balzo spaziotemporale tra la dimensione reale e quella virtuale, ove tutto cambia: scenario, ambientazione, cognizione del sé, visuale. La grande novità odierna sta nel fatto che la tecnologia offre potenzialità nuove ed estremamente innovative, consentendo alla realtà virtuale di effettuare continui ed esponenziali balzi in avanti.

## CONCLUSIONE

Kevin Kelly, editor fondatore di 'Wired' ha definito la singolarità come 'quel punto in cui tutti i cambiamenti avvenuti nell'arco dell'ultimo milione di anni saranno superati dal cambiamento che avviene nei prossimi cinque minuti'. Questo perché il ritmo del cambiamento tecnologico è così rapido che la vita umana viene cambiata in modo irreversibile

(<https://www.vice.com/it/article/mg3djn/singularity-university-italia-intervista>).

Grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie sono possibili scenari che permettono di andare oltre le tradizionali frontiere della formazione, istruzione e relazioni di aiuto. La tecnologia è un mezzo che può essere utilizzato per avere un impatto positivo sul più grande numero di persone possibile. Sono infatti moltissime le persone che necessitano di fronteggiare le ansie connesse alle situazioni legate al trasporto aereo, perché, come abbiamo considerato tante sono le persone che usufruiscono di questo mezzo di trasporto. Lo studio sul superamento delle fobie negli ultimi anni è andato ampliandosi a motivo della moltiplicazione delle esperienze sensoriali e di tutti i collegamenti che esse offrono, la paura del volo è uno degli agganci più interessanti a motivo delle sue caratteristiche. La situazione del volo richiede infatti in primo luogo alla persona di affidarsi completamente ad altri, nulla è più controllabile. Anche alcune caratteristiche come trovarsi in uno spazio chiuso e senza possibilità di uscita, sospeso ad altezze considerevoli, contribuiscono allo stato ansioso e alla mancanza di controllo. Come abbiamo precedentemente trattato, il più delle volte chi soffre di aerofobia, non percepisce la matrice ansiosa che ha provocato il disagio, al contrario, tende ad attribuire a fattori esterni il senso di insicurezza pertanto, tutti i protocolli di superamento della fobia che sono esclusivamente centrati su questo non sono risolutivi. Poiché la soluzione va cercata all'interno dell'individuo, le fantasie guidate potenziate dall'applicazione di realtà virtuali possono offrire nuove forme di sperimentazione. Le immagini virtuali accompagnate dalle induzioni uditive cariche di valenze emotive non sempre decodificabili in parole, ma percepibili in emozioni, arricchiscono la capacità di visualizzazione e delineano un futuro in cui il virtuale si fonde con il reale, non sostituendolo, bensì potenziandolo e rendendolo migliore. Nuovi protocolli di intervento in caso di fobie specifiche quali l'aerofobia, che superando l'approccio più tradizionale, possono spingersi audacemente verso l'utilizzo della realtà virtuale come mezzo di supporto in una esplorazione guidata della propria mente e delle proprie emozioni con l'obiettivo di trovare la chiave che apre la porta della prigione che rende schiavi delle proprie fobie.

## **Bibliografia**

- Cassan L & Del Fabro L: Volate sempre rilassati. Air Dolomiti S.p.A., 2008
- Castiello d'Antonio A: La paura di volare. Ed. Franco Angeli, Milano, 2011
- Castiello d'Antonio A: Aerofobia. Una interpretazione psicoanalitica. Psicoterapia e Scienze Umane 2006; XL, 1, 63-87.
- Cionini L: Psicoterapia cognitiva. Teoria e metodo dell'intervento terapeutico. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991.
- Desoille R : Teoria e pratica del sogno da svegli guidato. Astrolabio, Roma, 1974
- Evangelisti L: Mai più paura di volare. Ed. Kowalski, Milano, 2008
- Francalacci N: Paura di volare. Ed. Chiarelettere, Milano, 2011
- Freud S: Il disagio della civiltà e altri saggi. Ediz. Integrale. Bollati Boringhieri, Milano, 2012
- Napoli L: I sogni come opportunità di cambiamento. Salani editore, Milano, 2010
- Necci R: La paura di volare, una fobia che colpisce circa la metà della popolazione generale, <https://www.istitutodipsicopatologia.it/paura-di-volare-aerofobia>
- Masten A.S.: Ordinary magic: Resilience processes in development. American psychologist 2001; 56(3), 227
- Rotter J.B: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied 80, 1966: 1–28.
- Sacco G: Psicoterapia e sistemi dinamici. Nuove prospettive in terapia cognitivo-comportamentale. Milano, McGraw Hill, 2003
- Spurio MG: Il suono della guarigione. ISBN 9788893068291 18, Roma, 2015.
- Spurio MG: Words that Heal'. Psychiatr Danub 2015; 27(Suppl 1):S21-7.
- Spurio MG: The new functional identity: a body that thinks, a mind that feels- frontiers and unexplored territories of the "body and mind zone". Psychiatr Danub 2016; 28(Suppl 1):111-5 20.
- Spurio MG: The magic of caressing the mind by touching the body, take care of depression, face up to cancer. A new frontier of psycho-oncology. Psychiatr Danub 2017; 29(Suppl 3):S383-8 21.
- Spurio MG: May we feed cancer? Insight depress anxiety. 2018; 2:001-006. <http://doi.org/10.29328/journal.ida.1001005> 22.
- Spurio MG: Rewriting neural pathways to stop depressive distress in a suspended space away from everyday life. Psychiatr Danub 2018; 30 Suppl. 7):S457-462 23
- Tavormina G & Spurio MG et. Al.: Thinking of psychiatric disorders as 'normal' illness. Data from questionnaire on social stigma: a multicenter study. Psychiatr Danub 2016; 28: 125 – 131

Widmann C: Le terapie immaginative. Edizioni Magi, Roma, 2004

## FEAR TO FLY: THE NEW REALITIES OF DIGITAL EXPERIMENTATION IN A SPECIFIC PHOBIC AREA

### Summary

*According to the estimates of I.A.T.A. (International Air Transport Association) the International Airline Organization that collects about 80% of airline information worldwide today, travel has become an increasingly important activity for most people. This reality has become even more evident when, since the month of February 2020, it has been an almost total interruption, due to the health emergency generated by COVID-19, with an economic impact which is still incalculable.*

*Now that recovery has been planned, it is necessary to think about the solutions to quickly overcome any other cause or situation that could be a delay in comparison with the restart of normal economic, personal and relational activities.*

*In front of a reality that so strongly affects one's life, it is obvious that the topic of aerophobia (fear of flying) acquires a prominent importance among the various anxiety disorders that recall the attention of the careful researcher.*

*The term phobia indicates an irrational and persistent fear and repulsion of certain situations, objects, activities, animals or people, which do not represent a real danger to the person. The phobia can, in the most serious cases, limit the subject's autonomy, as, for example, in the case of avoidance. It manifests oneself by experiencing an irrational fear, difficult to control, towards a specific object or situation, in this case the plane and the flight. After comparing the coping protocols currently followed by professionals in the sector and in some airlines companies, the article examines new possibilities to treat aerophobia. In particular, the technique of guided fantasy is taken into consideration through the use of digital reality, a highly innovative project, still in the planning stage, which presents fascinating perspectives to face and overcome the fear of flying. The new technologies, allowing to overcome the traditional frontiers of training, education, clinical and application psychology, allow us to glimpse an optimistic future, thanks to an immersive impact on the largest number of people possible.*

**Keyword:** Aerophobia; Guided fantasy; Digital reality; Doping protocols.

**Corrispondenza:**

Maria Grazia Spurio, MD

Psychotherapist, master in neuropsychiatry, neuropsychology and forensic psychology

Director of research centre and psychological studies “Genius Academy”, and “Handling Vip”

The Italian Ambassador for “Bambini dello Yucatan” non-profit association

Executive Director of ‘Un “viaggio” nel viaggio’, psychological travel experience

A.P.A. Member; Cen.Stu.Psi. Member

Via Carlo Arturo Jemolo 83, 00156 Roma, Italy

*e-mail:* dott.m.g.spurio@hotmail.it

*web:* www.mariagraziaspurio.org



# PSICOTERAPIA: RIDERE INSIEME SI PUÒ?

**Patrizia Amici**

*Psicologa e Psicoterapeuta*

*Lacrime che si trasformano in sorrisi (Thiele)*

## **Riassunto**

*Negli ultimi quarant'anni si sono moltiplicati gli studi relativi all'umorismo. L'esperienza della risata nel nostro vivere quotidiano è accompagnata da benessere fisico, emozioni positive, senso di vicinanza all'altro. L'umorismo, elemento chiave della comunicazione umana, nasce dalla capacità creativa, dal cogliere il paradosso, il senso figurato, dall'uso del pensiero laterale che sovverte ed inverte il senso. La sua presenza nel contesto terapeutico impone una attenta riflessione per le implicazioni cliniche sul rapporto paziente-terapeuta. Questo articolo si propone di delineare gli effetti clinici dello humor in terapia attraverso una breve disamina sia degli usi positivi che delle criticità. Sono descritti brevi esempi clinici.*

**Parole chiave:** *Umorismo; Relazione terapeutica; Psicoterapia.*

## **HUMOR E TERAPIA: CONSIDERAZIONI PRELIMINARI**

Freud definì l'umorismo “una raffinata e particolare abilità” (Freud 1928), se questa abilità sia utile giocarla in una terapia psicologica, è argomento controverso. La letteratura dedicata è molteplice ma prevalentemente aneddotica e persino il giornale Humor della Multidisciplinary International Society for Humor ha pubblicato pochi disegni di ricerca (Franzini 2001).

L'American Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH) che promuove il potere benefico della risata, lo definisce come: "qualsiasi intervento che promuove salute e benessere attraverso lo stimolo di una scoperta divertente, l'espressione o l'apprezzamento di assurdità o incongruenze nelle situazioni di vita. Questo intervento può migliorare la salute o essere utilizzato in modo complementare per facilitare la guarigione o il coping fisico, emotivo, cognitivo, sociale o spirituale" (Sultanoff 2000).

Nella pratica terapeutica è stato considerato utile come: espressione di vicinanza (Cann et al 2008), feedback positivo (Martin 2007), coping adattivo (Ventis 2001), abilità cognitiva di shift e di distanziamento da eventi negativi, capacità di cogliere il paradosso ed il "come se" portatore del cambiamento (Gibson & Tantam 2018, Scarinci et al. 2018, Querini & Lubrani 2009, Martin 2007, Abel 2002, Martin & Lefcourt 1983). Inoltre, attraverso il "rispecchiamento" consentirebbe di mettersi di fronte alla propria storia come di fronte ad un altro da sé favorendo una presa di distanza dai contenuti disfunzionali. Ridere è considerato essenziale per favorire la mentalizzazione e la regolazione degli stati emotivi (Scarinci et al. 2018). Lo humor inoltre è assimilato all'attività creativa (Richman 2001, Arieti 1976). Le persone con sense of humor sono percepite come calde e socialmente appropriate (Fry 2001), flessibili (Strean 1994), intelligenti e con buone capacità di risoluzione dei problemi (Cann et al. 2008, Francescato 2002) ed infine, empatiche (Warwick 2007): non descriviamo forse, un terapeuta?

Kubie (1971) uno dei maggiori detrattori dell'uso dello humor in terapia, afferma: "l'umorismo ha un suo posto fondamentale nella vita. Lasciamolo lì dov'è e prendiamo atto che c'è un ambito della vita in cui esso può avere un ruolo marginale, o forse nessun ruolo, ovvero la psicoterapia". Tale posizione apre ad una riflessione importante: quanto consciamente e con intenti terapeutici i terapeuti usano l'umorismo? Di fatto i terapeuti seppur mostrino poca consapevolezza nell'uso dello humor (Gibson & Tantam 2018) mostrano di apprezzarlo ma non lo usano attivamente (Lefcourt & Martin 1986). Una ricerca di Scarinci (2018) che conferma i dati della letteratura internazionale (Franzini 2001, Chaloult & Blondeau 2018) attesta che il 97.1 % dei terapeuti non ha formazione specifica né ha approfondito la tematica (82.4%). L'uso dello humor è inversamente proporzionale all'età e ed all'esperienza clinica e le sue controindicazioni sono altamente sottostimate soprattutto da chi lo usa maggiormente. Lo humor è usato prevalentemente con pazienti depressi, disturbi d'ansia, disturbi di personalità e con pazienti che apprezzano lo humor; il paziente difficile è ritenuto il meno adatto all'uso dello humor. Franzini (2001) ritiene che la difficoltà a considerare lo humor al pari di una tecnica derivi dalla poca legittimazione che ha ricevuto dalle società terapeutiche

e dai training rivolti ai terapeuti o forse dal timore di perdere valore agli occhi dei colleghi e/o mettersi troppo a livello del paziente. Egli suggerisce di inserire lo humor nella formazione dei terapeuti e ne consiglia l'uso in supervisione. Salameh propone lo Humor Immersion Training con numerosi esercizi e role plays. Fry e Salameh (1987) ritengono possa diminuire il born-out professionale.

Esistono tentativi di usare lo humor come tecnica d'intervento terapeutico ad esempio nel trattamento delle fobie (Ventis 2001) come nell'aumentare la qualità della vita in pazienti depressi e ansiosi (Ciera et al 2015). Prerost propone la Humorous Imagery Situation Technique (HIST; Prerost 1994) nella riduzione del sintomo ansioso in soggetti mediamente depressi. Sebbene tali studi siano promettenti risulta difficile l'impiego dello humor come tecnica a sé stante e intervento specifico.

Uno studio di Ponchielli (2018) volto ad indagare l'efficacia dello humor in terapia (attraverso l'uso di self report rivolti contemporaneamente a paziente e terapeuta) evidenzia una correlazione estremamente positiva tanto più elevata nei pazienti gravi, nonostante essi riportino la percezione di minor humor nelle sessioni.

Per usare lo humor il terapeuta deve familiarizzare con il suo personale sense of humor, il suo apprezzamento e tolleranza allo stesso da parte dell'altro, soprattutto del paziente nonché comprenderne vantaggi e limiti terapeutici.

## **I CINQUE USI DELL'UMORISMO POSITIVO**

La letteratura internazionale riporta come strumenti dell'umorismo in terapia: metafora, racconti, filmografia, autoderisione del terapeuta, il joke o battuta e le tecniche immaginative (Scarinci et al. 2018, Taber et al. 2011, Fry 2001, Prerost 1994). L'umorismo è un alleato in fase di assessment; costruzione/monitoraggio dell'alleanza terapeutica; sviluppo cognitivo; regolazione affettiva e modellamento.

In fase di valutazione è importante osservare se e come il paziente inserisce spontaneamente nella narrazione elementi leggeri, mostrando il grado di insight e l'uso di meccanismi di difesa più maturi (Chaloult & Blondeau 2017) e la propensione ad accettarne l'uso (Saper 1987). Una paziente, al secondo colloquio, esprime il suo insight attraverso questo lazzo: "Ho questa infelicità costante. Dovevo fare lo scrittore di poesie... il Leopardi della bassa". È essenziale comprendere le caratteristiche personali (Franzini 2001), etniche e religiose, nonché la qualità dell'attaccamento (Scarinci 2018). L'attaccamento insicuro porta la persona sia ad apprezzare meno l'umorismo che ad usarlo come strategia di gestione dello stress e di regolazione della distanza interpersonale. Una visione negativa di sé e dell'altro

percepito distante, imprevedibile oppure ostile impone cautela. Le persone con attaccamento insicuro fanno meno ricorso allo stile affiliativo privilegiando stili disadattivi (Cann et al. 2008). Kelly (1955) ha suggerito l'uso di uno strumento di assessment dedicato: un tipo particolare di autocaratterizzazione nella quale prescrivere la scrittura di un "bozzetto umoristico" come se chi scrive fosse il personaggio di una commedia. L'autocaratterizzazione è uno strumento di indagine della personalità, delle tematiche affettive, relazionali e dei temi centrali che costruiscono il soggetto la cui analisi riguarda "tre dimensioni strutturali: il contesto focalizzato, l'organizzazione della narrazione ed i contenuti" (Scarinci A., 2018). Questi ultimi possono far emergere i temi su cui il soggetto è disposto a scherzare. E' fondamentale conoscere la storia del paziente, la sua struttura e la diagnosi (Fabian 2017) e preservare il tema primario di sofferenza della persona (Chaloult & Blondeau 2017).

In fase di costruzione dell'alleanza terapeutica aiuta il paziente a percepire una maggiore connessione con il terapeuta, crea empatia, aiuta la costruzione condivisa del problema e può evidenziare richieste ambivalenti. "La psicoterapia come relazione è unica, ed i metodi con cui costruire l'intimità nella relazione terapeutica sono generalmente differenti dai metodi con cui si costruisce l'intimità in altri tipi di relazioni. Sebbene lo humor sia presente in entrambe le relazioni personali e clinica, il suo uso in terapia è selettivo e per il beneficio del cliente" (Sultanoff 2013). Si riposta il caso di A.

*A. giunge in consultazione dopo cinque primi colloqui con cinque colleghi, come la terapeuta scopre, sorpresa, nel corso del primo incontro. La terapeuta ritenendo che il comportamento di A. nei confronti della richiesta d'aiuto da lui stesso effettuata meriti un approfondimento cerca di sondare tale atteggiamento, chiedendo cosa non avesse funzionato nel corso dei primi 5 primi incontri con i precedenti colleghi. A. risponde che i colleghi non gli sono piaciuti e comunque lui "fa fatica a fidarsi". La terapeuta avverte fortemente la dolorosità della posizione emotiva di A., il suo bisogno di aiuto e l'impossibilità di accedervi; decide di usare una battuta e facendo finta di accarezzarsi una inesistente barba gli dice "io e lei Signor A., abbiamo un bel problema!". La battuta accompagnata da un bel sorriso, lo fa rimanere incerto per qualche secondo, poi si rischiarava in viso e sorride calorosamente, domandando alla terapeuta "come possiamo fare?". L'uso del plurale è il primo apparire di collaborazione e pariteticità nella costruzione dell'alleanza umana e terapeutica volta alla definizione di un obiettivo condiviso ed alla risoluzione del dolore.*

In questo contesto l'umorismo ha permesso di creare vicinanza, ha reso il clinico accessibile ed autentico (Kelly 1955), lo ha "abbassato" accorciando le distanze (Trenkle 2009) e rilassando il paziente alle prese con il difficile compito di aprirsi davanti ad un estraneo (Chaloult & Blondeau 2017, Taber 2011, Cann et al. 2008). La modalità giocosa ha evidenziato un punto nodale del funzionamento del paziente,

restituendoglielo in forma non spaventosa, empatica e permettendo al contenuto di oltrepassare le difese (Wynn & Wynn 2006). Ridere insieme ha permesso un primo abbozzo di alleanza terapeutica paritetica e trasmesso al paziente che lo troviamo amabile. Tale movimento regola la distanza, il transfert e l'equilibrio tra processo primario e secondario (Fabian 2017).

Il terzo contributo riguarda lo sviluppo di nuove prospettive e punti di vista (Lefcourt & Martin 1986), attraverso la rivalutazione dell'impatto degli eventi avversi (Scarinci et al. 2018), il miglioramento della capacità di risoluzione dei problemi e della creatività. Lo humor aiuta la ristrutturazione dei contenuti disfunzionali rigidi, illogici, catastrofici e delle implicazioni negative sul valore personale (Ellis 1977) per far intravedere nuove modalità di reagire alle situazioni attivanti di pensare, comportarsi e sentirsi. Ridere relativizza il dolore, favorisce l'accettazione dei propri limiti e permette di affrontare gli eventi sdrammatizzando. Lo humor, in aggiunta, risulta utile per illustrare alcuni passaggi della terapia oppure del funzionamento del paziente, evitando la noia di "insistenti ripetizioni di concetti e spiegazioni" (Ellis, 1977) e favorendone l'insight positivo (Fabian 2017). A tal proposito si veda il caso di G.

*G. è una giovane donna con problemi ansiosi che la portano a vomitare prima di andare al lavoro con la quale è stata difficoltosa la condivisione dell'ipotesi di lavoro. G vuole semplicemente che il terapeuta le tolga l'ansia senza dover rinunciare all'idea "devo fare sempre tutto giusto", una delle idee disfunzionali legate all'attivazione ansiosa. Nel corso degli ultimi colloqui intercorsi si evidenzia un'altra pretesa disfunzionale centrale: G. crede che gli altri la giudicheranno male se commetterà qualche errore, conseguentemente pensa di non dover assolutamente mai sbagliare; il suo atteggiamento verso l'altro è però assolutamente non valutativo. G fatica ad accettare che questa idea disfunzionale possa essere una delle origini del suo malessere e non coglie le implicazioni negative del suo modo di pensare. Il terapeuta, allora, utilizza una storiella divertente per illustrare il punto di vista della paziente: una badessa di un convento di suore, incontrando la suora che si dedica alla cucina, elogia una portata definendola "piattone" ma quando la suora le dice che il piatto è destinato a lei la badessa esordisce con "questo piattino?". La storiella raccontata con la giusta mimica risulta leggera e divertente. G ride: "ha ragione, sono io al contrario, faccio proprio così!".*

Il quarto uso riguarda la regolazione emotiva (Scarinci et al. 2018, Chaloulout & Blondeau 2017, Gelkopf & Kreidler 1996) attraverso la dislocazione dell'attenzione ed il distacco con effetti positivi sulla ruminazione, rimuginio e memorie selettive (Scarinci et al. 2018, Wells 2012) sia elicitando stati affettivi positivi (Kucharski 2013).

L'ultimo aspetto riguarda il valore di rinforzo positivo che il terapeuta può esercitare, sia fungendo da modello (Ellis 1977) sia rinforzando l'attitudine di una visione leggera della vita. L'autoironia è espressione di maturità e saggezza (Fabian 2017).

Ventis (1987) ci ricorda che "l'uso del sens of humor e della risata in terapia non è fine a se stesso ma una opzione per facilitare la terapia" rendendo evidente che esso vada applicato con giudizio e consapevolezza e con le attenzioni ed i principi che guidano tutti gli interventi terapeutici (Gibson & Tantam 2018, Richman 2001) in relazione alla fase della terapia, al tipo di materiale discusso, ai bisogni ed al livello di comprensione emotiva del paziente.

## QUANDO L'UMORISMO È NEGATIVO

L'umorismo come molti altri interventi terapeutici può avere effetti negativi e comportare rischi (Haig 1986) quando sia usato non pertinentemente allo scopo terapeutico (Pierce 1994), per umiliare o diminuire l'autostima o attaccare l'intelligenza ed il benessere del cliente (Chaloult & Blondeau 2017, Franzini 2001, Saper 1987, Kubie 1971). È particolarmente controindicato: nei pazienti che abbiano subito umiliazioni, intimidazioni o si possano sentire sminuiti (Sar-El et al 2013, Saper 1987); nei casi in cui sia mal tollerato dal paziente o dal terapeuta (Martin et al. 2003); nei pazienti con tratti paranoici o narcisistici (Salameh, 1987); ove impedisca la presa di coscienza (Kubie 1971) o risulti prematuro rispetto all'andamento della terapia, all'alleanza terapeutica ed alla capacità di insight del paziente e, non per ultimo con quei pazienti che "non ci piacciono" (Brooks 1994). Nel clinico potrebbe pregiudicare "la necessaria riservatezza" (Kubie 1971) o mascherare sentimenti controtrasferali negativi (Fabian 2017). L'espressione di elementi controtrasferali nel terapeuta può attivare una reazione paranoica o di distanziamento del paziente (Chaloult & Blondeau 2019, Salameh 1987). Il caso di R.:

*R. 65 anni è in terapia per un disturbo ansioso depressivo. I tratti ossessivi, narcisistici e controllanti, la sfiducia di base che alloca nelle sue relazioni, la frequentissima lamentazione ne fanno un paziente assai complicato. R. fatica a trovare una sintonizzazione emotiva con l'altro, teatro solamente dei suoi rimproveri o lamenti. Un giorno la terapeuta rompe un piede e ovviamente si presenta in studio con gesso e stampelle. R. d'abitudine l'aspetta nel parcheggio per cominciare subito la sua seduta. Quel giorno, ovviamente, la terapeuta accompagnata viene lasciata davanti allo studio. R. si mostra scontento e querulo facendo notare il grave sgarbo subito. Senza minimamente dar peso alle condizioni della sua interlocutrice, inizia come al solito la lista delle lamentazioni che spaziano dai malesseri fisici alle difficoltà quotidiane. Mentre la terapeuta si barcamena tra stampelle, borsa, chiavi, le cade una stampella. Il suono, interrompe R. che sembra*

*stizzito e mentre la terapeuta si china esordisce con “ja lei...sa...” e porta le mani alle reni. La terapeuta, ormai definitivamente irritata lo interrompe, sarcastica: “Sì! non si preoccupi... non vorrei le facesse male la schiena”.*

Questo commento sarcastico ed aggressivo (Fabian 2017, Martin et al. 2003) in cui il terapeuta scarica i suoi sentimenti di frustrazione ed irritazione rappresenta una rottura dell'alleanza terapeutica che ha permesso di evidenziare circoli ricorsivi delle modalità relazionali del paziente e le idee disfunzionali su di sé e sugli altri che egli “gioca” nella vita. Tali rotture devono diventare parte del lavoro terapeutico (Fabian 2017, Chaloult & Blondeau 2017)

La battuta è negativa se non pertinente al lavoro ed allo scopo terapeutico (Pierce 1994), in eccesso (Ellis 1976), serve a gratificare narcisisticamente il terapeuta (Chaloult & Blondeau 2017, Saper 1987) o rappresenta una forma di captatio benevolentiae reciproca. Importante evitare che venga usata per spostare l'attenzione da temi e sentimenti sgradevoli, dimostrando la “non pericolosità” del terapeuta o della terapia (Pierce 1994). L'illusione creata dall'umorismo nasconde che non si sta facendo.... terapia. Si veda il caso di M.:

*M. è un paziente con Binge Eating Disorde e grado II di obesità, inviato dalla dietista perché non compliant la terapia dietetica; si dimostra fin da subito gioviale e all'apparenza disposto a intraprendere una terapia psicologica. Terminato l'assessment, iniziato il lavoro terapeutico la terapeuta si rende conto che spesso, finita la seduta si sente appagata ma il paziente non progredisce. Lavorando in supervisione si rende conto che lei ed M. si “cullano” in una illusione mantenuta dall'uso dello humor come schermo e paravento per non affrontare le tematiche emotive. La comprensione di tale utilizzo della battuta e della storiella divertente ha permesso di riprendere in mano le redini della terapia.*

Ridere può rappresentare una via di fuga dal dolore, un mascheramento oppure una modalità seduttiva che accorci la distanza con il terapeuta (Fabian 2017). Il caso di G:

*G. è un uomo intelligente e preparato, qualità che gli sono valse una rapida ascesa lavorativa di cui è molto fiero. Giunge in terapia per un disturbo da gioco d'azzardo patologico. Sembra mostrare due facce: quella dell'uomo valido e capace e quella della persona che non si sa controllare e che per giocare sceglie i posti più squallidi e lontani dall'ambiente di vita e lavorativo, Dr Jeckille e Mr. Hide. Le doti affabulatorie e la simpatia di G. sono dirompenti e rendono gli incontri leggeri. Spesso quando la terapeuta tocca argomenti troppo faticosi o che mettono in luce la parte discontrollante e patologica G. trova il modo di inserire aneddoti o barzellette. Tale modalità che rallenta i progressi e non consente di affrontare il core della difficoltà del paziente è stata trasformata in una parte importante del lavoro terapeutico.*

Il riso maschera e nasconde dolore, fa sentire il paziente di nuovo in controllo e simile all'immagine socialmente accettata, giocata nella sua vita, opposta all'immagine di sé negativa e dolorosa da nascondere a tutti. Tale ribaltamento dell'asse emotivo ricolloca il paziente in una zona di sicurezza e "disinnesca" il terapeuta seducendolo con aspetti emotivi positivi funzionali al mantenimento del falso sé scisso di G. ma, al contempo, raffigurazione della sua impossibilità di cambiare.

È opinione di chi scrive che tenere fuori dalla porta della terapia le proprie caratteristiche personali sia come bardare un'ape (cosa notoriamente impossibile!!!!). Ed è così che la risata, la battuta di spirito, il lazzo sono entrati nella mia modalità di fare terapia. Da qui il desiderio e l'obbligo di approfondirne l'uso poiché se risulta affascinante l'idea di poter fare terapia divertendosi allora risulta evidente la necessità di approfondire e migliorare l'uso di tale modalità nel proprio stile terapeutico.

## Bibliografia

- Abel MH: Humor, stress and coping strategies. *Humor* 2002; 15(4): 365-381.
- Arieti S: Creativity: The magic synthesis. New York. Basic Books, 1976.
- Cann A, Norman AM, Welbourne JL, Calhoun LG: Attachment styles, conflict styles and humor styles: Interrelationships and associations with relationship satisfaction. *Eur J Pers* 2008; 22: 131-146.
- Scott CV, Heyer LA & McKenzie LC: The healing power of laughter: the applicability of humor as a psychotherapy technique with depressed and anxious older adults. *Soc Work Ment Health* 2015; 13: 48-60.
- Chaloult G & Blondeau C: Perspectives sur l'usage de l'humor en psychoterapie. *Santé Mentale au Quebec* 2017; 42 (1): 425-433.
- Ellis A: Fun as psychotherapy. *Rational Living* 1977;12: 1-6.
- Fabian E.: L'importanza dell'Umoreismo in psicoterapia. Aracne Editrice, Roma, 2017.
- Francescato D: Ridere è una seria. Saggi Oscar Mondadori, 2002.
- Franzini LR: Humor in therapy: The case for training therapists in its uses and risks. *J Gen Psychol* 2001; 128 (2): 170-193.
- Fry WF: Una dolce follia. L'umorismo ed i suoi paradossi. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Fry WF Jr & Salameh WA: Handbook of humor and psychotherapy. Sarasota, Professional Resource Exchange, 1987.

- Freud S: L'umorismo. GW XIV,1928, pp. 381-389.
- Gelkop M & Kreidler S.: Is humor only fun, an alternative cure or magic? The cognitive therapeutic potential of humor. J Cogn Psychoter, 1996, pp. 235-254.
- Gibson N & Tantam D: The best medicine? Psychotherapists's Experience of the impact of humor on the process of psychotherapy. Journal of The Society for Existential Analysis 2018.
- Haig RA: Therapeutic uses of humor. Am J Psychother 1986; 40:543-553.
- Kelly G: The psychology of personal Constructs, New York, NY: Norton, 1955.
- Kubie L: The destructive potential of humor in psychotherapy. Am J Psychiatry 1971; 127: 861-866.
- Kucharski A: Humor as a Regulator of Negative Emotion. Polish. J Appl Psychol 2013;11.
- Lefcourt HM & Martin RA: Humor and life stress: antidote to adversity. New York; Springer-Verlag, 1986.
- Martin RA & Lefcourt HM: Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. J Pers Soc Psychol 1983; 45: 1313-1324.
- Pierce RA: Practice considerations: use and abuse of laughter in psychotherapy. In Stream: The use of humor in psychotherapy. Northvale, NJ: Jason Aronson 1994: 105-112.
- Prerost FJ: Humor as an intervention strategy ,1994 In Franzini, L.R.: Humor in therapy: The case for training therapists in its uses and risks. J Gen Psychol 2001;128 (2): 170-193.
- Ponchielli: Humor associated with positive outcomes in individual psychotherapy. Am J Psychother, 2018; pp. 95-103.
- Portfield AL: Does sense of humor moderate the impact of life stress on psychological and physical well-being? J Res Pers 1987; 21: 306-317.
- Querini P & Lubrani F: Ironia, Uморismo e Disagio Psicico. Collana di Psicologia, Ed. Franco Angeli, Milano, 2009.
- Richman J: Humor and creative life styles. Am J Psychother 2001; 55: 420- 429.
- Scarinci A (a cura di): Uморismo e psicoterapia. Quando una risata fa bene. Alpes Italia SRL, 2018.
- Saper B: Humor in psychotherapy: it is good or bad for the client? Professional Psychiatry: Research and Practice, 1987; 18: 360-367.
- Salameh WA: Humor in integrative short-term psychotherapy. In Fry W. F. Jr. & Salameh WA: Handbook of humor in psychotherapy: Advances in the clinical use of humor. Sarasota. FL: Professional Resource Exchange, 1987.
- Sar-El D, Mikulincer M & Doron G: Attachment orientations and individual differences in humor. J Soc Clin Psychol 32 (1): 34-55,

- Sultanoff SM: Integrating humor into psychotherapy: Research, Theory, and the necessary condition for the presence of therapeutic humor in helping relationships. *The Umanistic Psychologist* 2013; 41:388-399.
- Sultanoff SM: web site: <http://www.humormatters.com/definiti.htm>, 2000.
- Strean: The use of humor in psychoterapy. Northvale, NY, Jason Aronson, 1994.
- Taber BJ, Leibert TW & Agaskar VR: Relationships among client–therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy* 2011; 48(4):376–380.
- Trenkle B: Curare ridendo. L'intervento psicoterapico attraverso le storie divertenti. Roma: Alpes Italia, 2009.
- Ventis WL, Magbee G, Murdock SA: Using Humor in Systematic Desensitization to Reduce Fear. *The Journal of Individual Differences* 2001; 30: 130-137.
- Warwick M: Gunfire, Humor and psychotherapy. *Aust Psychiatr* 2007; 15(2):148-155.
- Wynn R & Wynn M: Empaty as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics* 2006; 38 (9).

## PSYCHOTHERAPY: CAN YOU LAUGH TOGETHER?

### Summary

*Studies of humor have multiplied in the past forty years. The experience of laughter in our daily lives is accompanied by physical well-being, positive emotions, a sense of closeness to the other. Humor, a key element of human communication, arises from the creative ability, from grasping the paradox, the figurative sense, from the use of lateral thinking that subverts and reverses the sense. Its presence in the therapeutic context requires careful consideration for the clinical implications of the patient-therapist relationship. This article aims to outline the clinical effects of humor in therapy through a brief examination of both positive uses and critical issues. Brief clinical examples are described.*

**Keywords:** *Humor; Therapeutic relationship; Psychotherapy.*

### Corrispondenza:

Patrizia Amici:

e-mail: [patrizia.amici@teletu.it](mailto:patrizia.amici@teletu.it)

# LE NUOVE DIPENDENZE: ASPETTI CLINICI E TERAPEUTICI

**Antonella Vacca**

*Psicologa Clinica Psicoterapeuta*

## **Riassunto**

Introduzione: Accanto alle sindromi di dipendenza tradizionali legate ai disturbi dall'uso di sostanze, è stato rilevato un nuovo gruppo di dipendenze, dette anche "dipendenze comportamentali" o "dipendenze senza sostanza". Le nuove dipendenze sono diventate una delle principali espressioni psicopatologiche moderne e post-moderne, subendo un ulteriore incremento dovuto dalla quarantena e dal ritiro sociale imposto dalla diffusione del COVID-19.

Obiettivo: In questo lavoro si è cercato di differenziare le caratteristiche cliniche, individuare i fattori di rischio, trovare analogie e differenze con le dipendenze da sostanze.

L'obiettivo finale è quello di tracciare delle strategie preventive ed individuare dei trattamenti psicoterapeutici specifici sempre più efficaci.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione della letteratura da Pubmed e Medline sulle "dipendenze comportamentali"; sono stati consultati anche alcuni libri, articoli e pubblicazioni online.

Risultati e conclusioni: Le principali dipendenze "senza droga" esaminate includono: il gioco d'azzardo patologico online, lo shopping compulsivo, le dipendenze da TV, internet, social network, videogames, smartphone, sovraccarico cognitivo, la dipendenza da lavoro, da sesso e dipendenze relazionali online, l'ortoressia e la dipendenza da sport.

È emerso che il gruppo delle nuove dipendenze sembra avere un'entità nosografica autonoma, con una differenziazione clinica per ogni dipendenza; tuttavia, entrambi i gruppi di dipendenze, hanno in comune alcune caratteristiche, come l'impossibilità di procrastinare il soddisfacimento di

*un bisogno, fenomeni di craving, tolleranza e astinenza. Anche nelle nuove dipendenze è presente un'abitudine ripetitiva e persistente, progressivamente disfunzionale, in grado di indurre una compromissione rilevante della sfera lavorativa, affettiva, relazionale e sociale.*

*Alcuni dati neurobiologici suggeriscono anche l'esistenza di una stretta relazione etiopatogenetica tra le vecchie e nuove dipendenze.*

*Infine, le osservazioni neuropsicologiche, hanno evidenziato anche rilevanti carenze delle funzioni esecutive complesse che possono avere delle importanti implicazioni preventive e cliniche attraverso l'individuazione, accanto ai tradizionali trattamenti farmacologici e psicoterapentici, di specifici trattamenti di riabilitazione cognitiva.*

**Parole chiave:** *Dipendenze comportamentali; Caratteristiche cliniche; Neuropsicologia; Riabilitazione cognitiva.*

## INTRODUZIONE

Le “nuove dipendenze” sono le “dipendenze senza sostanza”, o le “dipendenze comportamentali” e si riferiscono allo sviluppo di comportamenti assuefattivi in assenza dell'assunzione di qualsiasi sostanza. Nella stesura del DSM-5 l'American Psychological Association (APA) aveva originariamente proposto l'inserimento di un nuovo capitolo intitolato “Dipendenze comportamentali”, ma questo capitolo non è stato poi inserito nella nuova edizione. Per la prima volta, tuttavia, il manuale comprende, insieme ai disturbi da uso di sostanze, anche il disturbo da gioco d'azzardo (e il gioco d'azzardo online). Un'altra dipendenza comportamentale, la dipendenza da Internet è presente con il nome di “Internet Gaming Disorder” nella sezione 3, riservata alle condizioni che richiedono ulteriori ricerche prima di essere formalmente considerate “disturbi”.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una veloce proliferazione di queste psicopatologie legate al profondo mutamento culturale in atto. Tale cambiamento ha, come conseguenza, lo svilupparsi di nuove dipendenze che sembrano essere l'espressione tipica e conseguente del tempo postmoderno che stiamo vivendo. Già nel 1999 Alonso - Fernandez denunciava per primo il fatto che la cultura post-moderna, caratterizzata da una forte innovazione tecnologica, produceva frammentazione e incertezze tali da fare sorgere nuove forme di dipendenza non legate a sostanze specifiche così come si era ritenuto fino ad allora.

In questo momento storico inoltre, si aggiunge la condizione di isolamento imposto dalla necessità di controllare il Covid-19 ha portato ad un incremento della dipendenza dalle nuove tecnologie, prima di tutto dallo smartphone. La

carezza di stimoli dall'esterno può condurre alla ricerca di emozioni nel virtuale e sono a rischio di dipendenza tutti i comportamenti in rete facilmente soggetti a compulsione. Il gioco online è sicuramente il più insidioso visto che l'economia di molte persone e famiglie è in crisi e il gioco può essere illusoriamente associato a una fonte alternativa di guadagno con conseguenze disastrose. Molti portali pornografici online hanno dichiarato picchi di traffico di quasi il 50% in più del normale negli orari notturni.

Ci troveremo quindi di fronte a una nuova emergenza che necessita ancora di più, di strumenti adeguati di rilevazione, di diagnosi e cura. L'obiettivo di questa revisione della letteratura è stato quello di sintetizzare le caratteristiche peculiari e i tratti a comune più significativi non solo tra diverse tipologie di dipendenze senza sostanze, ma anche di indagare le somiglianze e interrelazioni tra esse, le classiche dipendenze da sostanze e altri disturbi psichiatrici.

### NUOVE DIPENDENZE TECNOLOGICHE

Nel 1995 Ivan Goldberg propose in modo ironico e provocatorio l'introduzione nel DSM di una nuova sindrome da dipendenza denominata Internet Addiction Disorder. Egli ha descritto 5 sottotipi di dipendenza da Internet: la 'Cybersexual Addiction', che individua un uso compulsivo di siti dedicati al sesso virtuale e alla pornografia; la 'Cyber-Relational Addiction', caratterizzato da un eccessivo coinvolgimento nelle relazioni nate in rete; la 'Net-Compulsion', nella quale si evidenziano comportamenti compulsivi collegati a diverse attività online quali gioco d'azzardo, shopping e e-trade; la 'Information Overload', caratterizzata da una ricerca ossessiva di informazioni sul web; infine, la 'Computer Addiction', che è caratterizzata dalla tendenza al coinvolgimento eccessivo in giochi virtuali, come per esempio i MUD's (Multi User Dimensions – giochi di ruolo). Tra le numerose varianti con le quali l'Internet Addiction può presentarsi, particolare interesse suscita la cosiddetta *Cyber-Relational Addiction*. Questa si caratterizza per la tendenza a instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone 'conosciute' online, principalmente via chat, forum o social network. Si tratta di una forma di relazione nella quale gioca un ruolo fondamentale l'anonimato, il quale permette di autoattribuirsi specifiche fisiche e caratteriali spesso distanti da quelle reali. Le relazioni virtuali possono divenire progressivamente più importanti di quelle reali e il soggetto va incontro a un crescente isolamento, vivendo in un mondo parallelo, popolato da persone idealizzate e nel quale la comunicazione è spesso simbolizzata e avviene attraverso quella forma linguistica, grammaticale e visiva del tutto speciale,

chiamata 'irachese' dalla sigla IRC (Internet Relay Chat) e comprendente i ben noti *emoticon* e *smile*.

Come il computer, anche il cellulare rappresenta uno strumento tecnologico sempre più diffuso e sofisticato. Parallelamente al notevole e rapidissimo incremento di accessori e servizi comunicativi disponibili e la moltiplicazione delle funzioni tecniche (SMS, MMS, videochiamata, e-mail, instant-messaging) si sono trasformate anche le funzioni psicosociali di questo strumento. Il cellulare ha in parte annullato l'impatto spazio-temporale, emotivo e relazionale, interferendo così nella sperimentazione e nella gestione di molte emozioni e relazioni di base.

## DIPENDENZA DAL LAVORO ('WORKAHOLISM')

Robinson ha definito questo fenomeno come un disturbo ossessivo-compulsivo che si manifesta attraverso richieste autoimposte, un'incapacità di regolare le proprie abitudini di lavoro ed eccessiva indulgenza nel lavoro fino all'esclusione delle altre principali attività della vita. Il workaholic presenta elevati livelli di aggressività, tensione continua, incapacità a rilassarsi, è sempre sicuro di sé, coltiva sentimenti di invincibilità, non tollerando critiche o ostacoli, è arido, anaffettivo, rigido sul piano cognitivo, concentrato pressoché esclusivamente sul successo professionale, tende a ipercontrollare ogni aspetto della sua esistenza, senza porre confine tra la vita professionale e quella personale. Trascorre il tempo libero e le ferie in attività che possano avere una qualche utilità per il lavoro e per la carriera, e se non gli è possibile avverte insopportabili sentimenti di irrequietezza e noia. Prova un forte disprezzo per attività che considera non costruttive, dunque inutili e futili, quali concerti, teatri, sport; non coltiva alcun hobby se non è in qualche modo connesso con un vantaggio lavorativo quelli connessi al suo lavoro.

## Ortoressia

L'ortoressia (dal greco *orthos*-corretto e *orexis*-appetito) è stata descritta per la prima volta dal dietologo Steve Bratman nel 1997 e poi sistematizzata nel 2000. Il quadro clinico si caratterizza per la presenza di una ideazione prevalente sul controllo del regime alimentare, sulla scelta del cibo e sulle sue caratteristiche (dando l'assoluta priorità a cibi ritenuti 'sani', quali agricoltura biologica o similari), ricollegabile non solo al timore di andare incontro a un aumento ponderale, ma, e soprattutto, di costruire una condotta nutrizionale che sia in grado di permettergli il raggiungimento di un 'perfetto' stato di salute. L'ortoressico tende a isolarsi progressivamente in un proprio stile esistenziale standardizzato e dettato esclusivamente da regole precise

e imprescindibili collegate al controllo della condotta alimentare, difendendosi e chiudendo la comunicazione con chi non comprende le sue scelte o non condivide in pieno le sue idee. Vive in uno stato di tensione continua, che ‘supera’ con la convinzione che le sue scelte siano assolutamente le uniche giuste. Anche se il disturbo può presentarsi a vari livelli di intensità, è possibile il verificarsi una progressiva distorsione del contenuto del pensiero tale che il soggetto può divenire progressivamente inaccessibile alla critica, strutturando una modalità di pensiero psicotica.

### **La dipendenza dallo sport (overtraining)**

La sindrome da overtraining definisce un alterato equilibrio tra quantità e qualità di allenamento e tempi di recupero, con decremento delle capacità di performance per saturazione. La ricerca ossessiva del “dare il massimo” o del “dimagrire” o “definire la muscolatura a ogni costo” può infatti minare, in modo anche pericoloso, i sistemi di controllo neuroendocrinologici.

I principali sintomi fisiologici di questa condizione sono rappresentati dalla comparsa di eccessivo affaticamento di fronte a ogni minimo sforzo, bradicardia a riposo, alterazioni dell’omeostasi pressoria, alterazioni del ritmo sonno-veglia, anomale modificazioni del rapporto massa magra e grassa con perdita di peso, dolori muscolari, insorgenza di intolleranze alimentari favorite da alimentazioni stereotipate o forzate, peggioramento tecnico con ricomparsa di errori già superati, minore tolleranza ai carichi di lavoro. Dal punto di vista psicologico vegetativo compaiono alterazioni del tono timico con instabilità, labilità e reattività dell’umore, ridotta motivazione verso l’allenamento, ridotta fiducia nei propri mezzi, iporessia, cefalea, disturbi gastrointestinali, maggiore facilità a infezioni.

## **TRATTAMENTI INDIVIDUALI**

Il trattamento della dipendenza da rete è attualmente stabilito su valutazioni empiriche e sulla base di caratteristiche clinico psicopatologiche di similitudine con i disturbi da uso di sostanze (Goldberg, 1995), con i disturbi del controllo degli impulsi, come il gioco d’azzardo patologico (Young, 1996; 1998), con i disturbi di tipo ossessivo-compulsivo e con i disturbi dell’umore, soprattutto quelli appartenenti allo spettro bipolare.

Il programma proposto da Echeburúa, Corral e Amor (2005) sembra essere più specifico. La sua finalità ultima non è giungere a un’astinenza totale, come succede nel caso delle dipendenze chimiche, bensì imparare da zero ad avere il controllo

della propria condotta in situazioni necessarie per la vita quotidiana, come spiegato in precedenza in merito al cellulare.

Una frontiera è la terapia di riabilitazione cognitiva, una strategia sviluppata per il trattamento della schizofrenia che punta a migliorare alcune capacità neurocognitive come attenzione, memoria di lavoro, flessibilità cognitiva. La terapia di riabilitazione cognitiva, la cognitive remediation therapy, è indirizzata elettivamente alle funzioni neurocognitive. La sua efficacia nel trattamento delle dipendenze sembra legata al fatto che i training di riabilitazione cognitiva allenano e potenziano i meccanismi del controllo cognitivo cognitivo, della regolazione dell'impulsività e dell'automaticità, che sono i principali determinanti nel discontrollo proprio di tutte le forme di dipendenza. Tra le sue diverse funzioni troviamo infatti processi fondamentali per il controllo volontario del comportamento, come quello del controllo dell'attenzione, l'interfacciamento con la memoria a lungo termine e i sistemi decisionali.

## CONCLUSIONI

Alcuni dei disturbi esaminati in questa review, come il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, la dipendenza da internet e alcune forme di dipendenza sessuale, sono stati ben descritti e analizzati nella letteratura scientifica che risulta abbastanza consistente. Per altri invece, come la dipendenza da lavoro, la dipendenza da sport e l'ortorexia, le conoscenze disponibili necessitano senza dubbio di un ulteriore approfondimento. Va sottolineato che ciascuna di queste entità offre una modalità di presentazione assolutamente originale, facilmente individuabile sul piano clinico e quindi ampiamente giustificabile come dignità nosografica autonoma. Quanto alla proposta di raggruppare tali entità in una categoria denominata 'dipendenze senza sostanza', queste, pur molto eterogenee sul piano descrittivo, sono anche fortemente accomunate da un elemento centrale caratterizzato dal coinvolgimento in un'abitudine ripetitiva e persistente, progressivamente disfunzionale, in grado di indurre una compromissione rilevante della sfera lavorativa, affettiva, relazionale e sociale. Altri elementi costantemente rilevabili sono la progressiva e ineludibile perdita del controllo sul comportamento nonostante l'evidenza delle conseguenze negative da esso determinate, l'impossibilità di procrastinare il soddisfacimento del bisogno, l'induzione di stato iniziale di euforia conseguente alla messa in atto del comportamento. Infine, analogamente a quanto ben noto per le classiche sindrome assuefattive da sostanze psicoattive, sono chiaramente osservabili veri e propri fenomeni di craving, tolleranza e astinenza.

Queste osservazioni, se da una parte supportano la possibile individuazione di una categoria nosografica a sé stante, dall'altra sembrano suggerire la necessità

di approfondire la conoscenza delle interrelazioni con l'area delle classiche dipendenze da sostanza. Le sindromi da dipendenza, comportamentali e da sostanza, potrebbero dunque essere sottese da un comune processo derivante dall'alterato funzionamento dei tre sistemi neurofunzionali *motivazione-gratificazione* (con conseguente cristallizzazione di meccanismi di rinforzo negativo), *regolazione degli affetti* (con comparsa di progressiva incapacità di tollerare emozioni dolorose, che vengono "curate" tramite il comportamento) e *inibizione comportamentale* (con incapacità di interrompere l'esecuzione di un comportamento palesemente infruttuoso e autodistruttivo).

Le osservazioni neuropsicologiche, partite dall'osservazione clinica delle somiglianze tra dipendenze comportamentali e dipendenze da sostanze psicoattive, hanno evidenziato, come già notato in queste ultime, rilevanti carenze delle funzioni esecutive complesse, quali capacità di pianificazione, di modulazione, di attenzione, di inibizione della risposta, di elaborazione di strategie di problem solving, con tendenza alla perseverazione nell'errore, all'esasperata sensibilità alla ricompensa, al mantenimento di livelli anomali e aumentati di sovraeccitazione.

Come è dunque facilmente intuibile, le implicazioni derivanti da un più raffinato inquadramento nosografico, da un approfondimento delle conoscenze neurobiologiche e dall'individuazione di prospettive terapeutiche selettive e innovative anche sul piano della riabilitazione cognitiva.

Le nuove dipendenze rappresentano dunque una delle più rilevanti sfide della clinica psichiatrica contemporanea, anche in termini di prevenzione. L'auspicio per il prossimo futuro è la costruzione di un approccio standardizzato, omnicomprensivo e multidisciplinare, che sia in grado di coordinare la ricerca neurobiochimica e genetica, il riassetto cognitivo comportamentale, l'analisi dei fattori socio-ambientali condizionanti (di rischio o di resilienza), la programmazione e la organizzazione dei sistemi socio-sanitari con la messa a punto di specifiche azioni preventive coinvolgendo per esempio, anche la scuola primaria.

## Bibliografia

- Alonso-Fernandez F: Le altre droghe. Roma: Edizioni Universitarie Romane 1999.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA 2001.

- Bickel WK, Jarmolowicz DP, Mueller ET, Gatchalian KM & McClure SM: Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology* 2012; 221:361–387.
- Caballo V: Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Edición Pirámide. 2º edición, 2014
- Coleman E: The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behaviour. *Am J Prev Psychiatry Neurol* 1990; 2:9-14.
- Gaëlle Challet-Bouju et al: Cognitive Remediation Interventions for Gambling Disorder: A Systematic Review. *Front Psychol* 2017; 8: 1961
- Goldberg I: Internet addictive disorder (IAD) diagnostic criteria. 1995. Retrieved July 27, 2007, from [www.psychom.net/iadcriteria.html](http://www.psychom.net/iadcriteria.html)
- International Classification of Diseases: Tenth Version (ICD- X). Geneva: WHO 1994.
- Marazziti D, Presta S, Picchetti M & Dell’Osso L: Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. *Journal of Psychopathology* 2015; 21:72-84
- Morrison AB & Chein JM: Does working memory training work? The promise and challenges of enhancing cognition by training working memory. *Psychon Bull Rev* 2011; 18:46–60.
- Ruggiano ME: Le nuove dipendenze in relazione alla incapacità a emettere un consenso matrimoniale valido. *Rivista telematica (www.statoechiese.it)*, fascicolo n. 33 del 2019 ISSN 1971- 8543
- Serpelloni G: Gambling. Gioco d’azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze. Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri 2013.
- Young KS: Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada, August 15, 1996.

## THE NEW ADDICTIONS: CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS

### Summary

*Introduction: In addition to traditional addictive syndromes related to substance use disorders, a new group of addictions has been found, also called “behavioral addictions” or “addictions without substance”. The new addictions have become one of the main modern and post-modern psychopathological expressions, undergoing a further increment due to the quarantine and social withdrawal imposed by the spread of COVID-19.*

Objectives: *In this work we tried to differentiate the clinical characteristics, identify risk factors, find analogies and differences with dependencies on substances.*

*The ultimate goal is to trace some preventive strategies and identify increasingly effective specific psychotherapeutic treatments.*

Materials and methods: *A review of the literature by Pubmed and Medline on “behavioral addictions” was conducted; some books, articles and online publications were also consulted.*

Results and conclusions: *The main “no-drugs” addictions examined include: pathological online gambling, compulsive shopping, addictions to TV, the internet, social networks, video games, smartphones, information overload, work addiction, online sex and relational addictions, orthorexia and sports addiction.*

*It emerged that the group of new addictions seems to have an autonomous nosographic entity, with clinical differentiation for each addiction; however, both groups of dependencies have some characteristics in common, such as the inability of procrastinating the fulfillment of a need, craving, tolerance and abstinence. Also, in the new addictions there is a repetitive and persistent habit, progressively dysfunctional, capable of inducing a significant impairment of the working, affective, relational and social sphere. Some neurobiological data also suggest the existence of a close etiopathogenetic relationship between old and new addictions.*

*Finally, neuropsychological observations have also highlighted significant deficiencies of complex executive functions that can have important preventive and clinical implications through the identification, in addition to traditional pharmacological and psychotherapeutic treatments, of specific cognitive rehabilitation treatments.*

**Keywords:** *Behavioral addictions; Clinical features; Neuropsychology; Cognitive rehabilitation.*

## Corrispondenza

Antonella Vacca Consulente Strutture Riabilitative Psichiatriche “Mitag Onlus” Brindisi e “Città Solidale” Latiano (Br)

e-mail: antonellavacca@yahoo.com



# IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO IN TERAPIA BREVE STRATEGICA

**Andrea Iengo**

*Psicologo psicoterapeuta, specialista in psicoterapia breve strategica*

## **Riassunto**

*Il disturbo ossessivo compulsivo è un disturbo spesso invalidante e resistente alle psicoterapie. Il modello di Terapia Breve Strategica si propone come primo obiettivo quello di aggirare la resistenza dei pazienti e pertanto potrebbe essere particolarmente utile per il trattamento dei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo resistenti alle tecniche cognitive comportamentali. Inoltre, la brevità dell'intervento e la conseguente riduzione dei costi potrebbe suggerirne un utilizzo come primo approccio per chi soffre di DOC.*

**Parole chiave:** *Disturbo Ossessivo Compulsivo; DOC; Terapia breve strategica; DOC da relazione; RODC; Dubbio patologico.*

## **INTRODUZIONE**

La caratteristica essenziale del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) è rappresentata da pensieri ossessivi o da atti compulsivi ricorrenti, il soggetto spesso tenta, senza successo, di resistervi. Gli atti o i rituali compulsivi sono comportamenti stereotipati che vengono più volte ripetuti. Essi non sono in se stessi piacevoli, né si risolvono nella realizzazione di compiti di per sé utili. La loro funzione è di prevenire qualche evento oggettivamente spiacevole, che spesso comporta un danno per il soggetto, o da lui causato, cosa che lui o lei teme possa altrimenti accadere. Se si resiste agli atti compulsivi, lo stato di ansia si aggrava (WHO 1993). Dalla quinta edizione del DSM ai disturbi ossessivi è stata dedicata

un'intera categoria, indipendente dai disturbi d'ansia in cui erano classificati nella precedente edizione.

## **OBIETTIVO E METODI**

L'obiettivo è di evidenziare le specificità della Terapia Breve Strategica che la rendono particolarmente indicata per trattare il DOC, soprattutto nelle sue forme più resistenti. È stata effettuata una ricerca bibliografica e l'analisi di un caso clinico.

## **COME SI MANIFESTA IL DOC**

Il DOC si innesca quando un dubbio richiede delle rassicurazioni, quando un ragionamento razionale per eccesso diventa irrazionale, quando un sano tentativo di preservare la propria salute diventa così estremo da trasformarsi in fobia, nel tentativo di ridurre l'ansia dovuta ad un trauma o per un'eccessiva rigidità religiosa (Nardone & Portelli 2013). Per ridurre l'ansia associata ad una di queste condizioni possono essere messi in atto rituali fisici o mentali, che possono prevedere una determinata sequenza stereotipata o un certo numero di ripetizioni e possono riguardare solo il soggetto o anche altre persone, solitamente i familiari conviventi (Nardone & Portelli 2013). I rituali possono dividersi in riparatori, quando servono a riparare a qualcosa di sbagliato che abbiamo fatto o che ci è accaduto (ad esempio i rituali di lavaggio rientrano spesso in questa categoria), propiziatori, se servono scaramanticamente a far andare bene le cose o preventivi, se servono ad evitare che qualcosa vada male. Esiste un altro tipo di DOC che non si riesce ad inquadrare in queste tre categorie ed è quello che in Terapia Breve Strategica viene definito "dubbio patologico" (Nardone 2014) un disturbo ossessivo compulsivo del pensiero in cui la compulsione consiste nel rispondere a delle domande con un ragionamento che la persona vorrebbe essere esatto, anche quando si trova davanti ad un enunciato indecidibile. Un fenomeno sistematizzato di recente è il cosiddetto RODC (Relationship Obsessive Compulsive Disorder) tradotto talvolta in italiano come DOC da relazione (DOC-R) (Doron et al. 2014). Il DOC-R spinge chi ne soffre a porsi continue domande sulla propria relazione, sui propri sentimenti e sulla possibilità di essere attratti da altre persone, in un perenne mettersi alla prova sia mentale, che, spesso, anche fisico.

## EPIDEMIOLOGIA

Si stima che il DOC abbia una prevalenza lifetime dall'1 al 3% della popolazione generale (Rasmussen 1994) e una comorbidità con il disturbo depressivo maggiore che va dal 30 al 40% (Maina et al. 2010).

## TERAPIA

Il trattamento psicologico maggiormente sottoposto a sperimentazione per il trattamento del DOC è quello cognitivo comportamentale e la tecnica più utilizzata è l'esposizione con prevenzione della risposta, purtroppo però questo tipo di tecnica per quanto molto efficace presenta alcuni limiti legati soprattutto alla resistenza dei pazienti che causa una bassa compliance, numerosi dropout e inoltre per essere maggiormente efficace richiede la presenza del terapeuta (Bonchek 2009).

La **Terapia Breve Strategica** dei disturbi ossessivo compulsivi parte dal riconoscere la necessità della compliance del paziente, e si prefigge pertanto come primo obiettivo l'eliminazione o almeno la riduzione della resistenza del paziente. È per questo che vengono utilizzate ingiunzioni paradossali, doppi legami terapeutici, domande ad illusione di alternativa e prescrizioni del sintomo. Pertanto non si chiederà al paziente di non eseguire un rituale (d'altra parte ci chiede aiuto proprio perché non riesce a non metterlo in atto) ma si utilizzerà una logica paradossale al riguardo. A tal proposito probabilmente uno dei primi casi documentati di ingiunzione paradossale di un rituale compulsivo risale al 1977 quando Rabavilas e coll. prescrissero a 4 pazienti di ripetere i loro rituali per 50 volte ogni volta che avessero sentito la necessità di metterli in atto. L'aspetto curioso è che nessuno dei pazienti mise in atto neppure una volta il compito di ripetere per 50 volte la compulsione, nonostante questo, ad un follow up dopo 6 mesi l'intensità dei sintomi percepiti dal soggetto e verificati da un familiare si era ridotta del 67% (Rabavilas et al. 1977). Questo tipo di manovra ricorda molto il controrituale "se fai 1 fai 5" (si parte da una ripetizione per 5 volte del rituale stesso per poi aumentare il numero di ripetizioni se non si ottiene il risultato sperato) descritto in Terapia Breve Strategica (Nardone & Portelli 2013).

Il modello di Terapia Breve Strategica si basa sull'assunto che per conoscere un problema bisogna essere in grado di cambiarlo, e solo dopo, attraverso la sua soluzione, saremo in grado di conoscerne il funzionamento, secondo il modello di ricerca intervento di Kurt Lewin "se vuoi conoscere come funziona un sistema cerca di cambiarne il funzionamento" (Lewin 1972). Si tratta di una terapia che si basa sulla teoria del cambiamento (Nardone & Watzlawick 1990) in cui l'aggettivo

“breve” si riferisce non al fatto che sia la versione abbreviata di un processo altrimenti lungo, ma ad una sua caratteristica intrinseca (Weakland et al. 1974). Un principio di base della Terapia Breve Strategica è la Tentata Soluzione: se un problema persiste è a causa dei tentativi di soluzione fallimentari messi in atto dalla persona stessa, dalle persone che lo circondano o da entrambi. Allo stesso modo se la persona, o le persone coinvolte, interrompono le loro Tentate Soluzioni, i problemi svaniscono, indipendentemente dalla loro natura, origine o durata (Weakland et al. 1974).

### Manovre terapeutiche

**Prescrizione del sintomo (se fai 1 fai 5):** Il controrituale “se fai 1 fai 5” è una manovra prescritta in questo modo: “Da qui alla prossima seduta, ogni volta che controlli, se lo fai una volta devi farlo cinque volte, non una di meno né una di più. Puoi non farlo, ma se inizi devi rifarlo cinque volte, né una di meno, né una di più” (Nardone 2013). Consiste quindi nel prescrivere al paziente la ripetizione volontaria di un determinato comportamento ritualizzato. In seguito a questa prescrizione la quasi totalità dei casi la persona riporta che, sì, è stato strano, ma anche noioso ripetere quel certo comportamento, tanto che a volte ha preferito non farlo affatto; questa è una scoperta sorprendente per chi soffre di disturbo ossessivo-compulsivo, la sensazione di essere in grado di resistere ad una compulsione è infatti qualcosa che, fino a questo momento, era sconosciuta. Questa manovra è in grado di togliere potere all'ossessione, restituendolo al paziente. La naturale evoluzione di questa manovra è l'incremento delle ripetizioni, si passa da cinque a sette, da sette a dieci e così via. Se però la prescrizione ha già avuto un effetto importante sulla riduzione della sintomatologia, è bene non modificare nulla per evitare al paziente la sensazione di essere stato “punito”.

**Controrituale:** Per controrituale si intende una manovra che seguendo la logica e la struttura del problema riorienta il problema stesso verso la sua autodistruzione. Possono esistere tante varianti di controrituali quante sono le varianti di rituali esistenti e la formulazione di un controrituale è qualcosa di difficile da standardizzare, il controrituale dà un senso, una funzione a qualcosa che fino a quel momento non ha avuto alcuna funzione, così facendo se ne cambia radicalmente il significato e quello che cambia è anche l'atteggiamento della persona nei suoi riguardi, adesso non è più qualcosa che non può fare a meno di fare, ma è diventata qualcosa che è obbligato a fare e in più dovrà inserire una variante nel rituale stesso. L'effetto di un controrituale trasforma il rituale da qualcosa che il paziente vorrebbe non fare, ma non può non fare, in qualcosa che sceglie volontariamente di fare, togliendo così tutto il potere all'ossessione, poiché se può scegliere volontariamente di farlo, può anche scegliere di non farlo.

**Violazione:** Vengono concordate con il paziente delle piccolissime violazioni alle richieste della sua ossessione, piccole abbastanza perché il paziente possa accettarle, magari perché riguardano aspetti della sua compulsione che gli sembrano periferici, ma che, di fatto, sono abbastanza grandi da trasformare il rituale. Alla persona va richiesto di inserire ogni giorno una piccola violazione all'interno del suo rituale, raccomandando che sia differente ogni giorno. Questo da un lato rassicurerà la persona di avere il controllo sulla violazione, dall'altro lato agirà come la palla di neve che rotolando si ingrandisce fino a trasformarsi in una valanga inarrestabile.

**Posporre:** La tecnica del posporre la compulsione consiste nel rimandare la realizzazione di quanto l'ossessione ci chiede di fare ad un momento successivo. A seconda del caso specifico si può partire con un tempo molto breve come ad esempio 5 minuti, oppure in altri casi, magari quando abbinato alla ritualizzazione del rituale, si può partire con un intervallo che si avvicina all'ora. A mano a mano poi, l'intervallo viene aumentato fino ad azzerare la compulsione. In entrambi i casi quello che si realizza è una progressiva presa di consapevolezza del paziente che "se posso rimandarlo posso anche farne a meno".

**Ritualizzare il rituale:** Ritualizzando il rituale si chiede alla persona di sottoporsi volontariamente ad una piccola tortura, ogni giorno infatti dovrà per più volte al giorno in orari prefissati e per un tempo predefinito (ad esempio 5 minuti ad ogni scoccare dell'ora) mettere in atto le proprie compulsioni, sia che ne senta il bisogno sia che non senta questo bisogno. Usualmente la prescrizione prevede anche al suo interno quella precedentemente trattata del posticipare il rituale: "ogni ora, allo scoccare dell'ora per 5 minuti metterai in atto le tue compulsioni, quando scadono i 5 minuti interrompi per poi riprendere l'ora successiva, se la compulsione dovesse arrivare tra i 5 minuti e i successivi rimanderai la compulsione ai 5 minuti dell'ora successiva". Questa prescrizione rende innanzitutto molto fastidioso il dover mettere in atto la compulsione, tanto che spesso il paziente torna dicendo di essersi dimenticato della propria compulsione e di aver quindi saltato alcuni degli appuntamenti orari. Questo già di per sé rappresenta un risultato importante per chi soffre di DOC, dimenticarsi del disturbo, seppur per una o due ore, è in molti casi qualcosa che la persona non aveva mai sperimentato. Si procede quindi ad aumentare la distanza tra gli appuntamenti, ad esempio portandola a due ore, poi a tre e così via, fino ad azzerare completamente la compulsione. Il rituale viene ritualizzato in modo da assumerne il controllo.

**Piccolo disordine:** Utilizzata nelle situazioni di compulsioni basate su ordine o su pulizia, nella variante del piccolo sporco che salva dal grande sporco, consiste principalmente nella ristrutturazione della credenza del paziente. Senza incrinare la credenza infatti nulla verrebbe messo in atto in queste che sono situazioni

assolutamente irrigidite e che sembrano non lasciare alcuno spazio di manovra. “Secondo lei, la sua fobia dello sporco dipende dal fatto che in casa sua tutto è sporco o che tutto è troppo pulito?” Sembra una domanda innocua, ma di solito la persona risponde: «No, casa mia non è sporca, pulisco continuamente!» «Ma se tutto è pulito, come mai ha paura dello sporco?» Così si comincia ad aprire nella mente della persona uno spiraglio, si mette il piede nella porta per far spazio a tutto il corpo e si comincia a dire che ogni volta che il paziente ha pulito tutto, lì inizia il problema perché lo deve mantenere tale, lo deve difendere dallo sporco; pertanto è il pulito che crea la paura dello sporco, e non è lo sporco che crea l'esigenza del pulito.” Dopo questa ristrutturazione molto suggestiva si porta la persona a pensare che, se vogliamo eliminare la tensione dello sporco, abbiamo bisogno di un «piccolo sporco» che ci protegga dal “grande pulito” (Nardone & Portelli 2013). A questo punto è possibile procedere con la prescrizione di riordinare o pulire la casa lasciando però una piccola cosa fuori posto o non del tutto pulita, spiegandogli che scientificamente questo è il piccolo disordine che crea l'ordine. Grazie a questo “piede nella porta” il paziente comincerà, di fatto, a inserire una piccola violazione nel proprio rituale di ordine o pulizia, che, passo dopo passo, porterà all'annullamento della compulsione.

**Blocco della risposta:** Nei casi di dubbio patologico o di DOC da Relazione, si procede a ristrutturare la credenza che per placare l'ansia sia necessario trovare la risposta definitiva ai propri dubbi. Si insinua il dubbio che siano proprio le risposte che ci si dà che aprono la strada a nuove domande, che a loro volta pretendono altre risposte che a loro volta genereranno altre domande nel circolo vizioso infinito che chi soffre di questo disturbo conosce bene. Si chiede quindi alla persona di concentrarsi non sul tentativo di scacciare le domande, ma su quello di bloccare le risposte per inibire le domande. Tale prescrizione però molto spesso è eccessivamente complicata da mettere in atto, almeno in prima istanza, pertanto viene proposta con l'alternativa (illusoria, perché non si tratta di manovre con effetti contrapposti, ma di manovre con lo stesso effetto finale) di utilizzare la scrittura per riportare nero su bianco il susseguirsi di domande e risposte fino all'esaurimento per assurdo delle stesse. L'effetto di questa prescrizione è che il paziente si rende conto che se evita di cedere al tentativo di rispondere o di ottenere rassicurazioni, le domande cominciano pian piano a svanire, stesso effetto ottiene quando trascrive la catena di domande e risposte che si affollano nella sua mente.

## **CASO CLINICO**

Un giovane avvocato, un tempo appassionato di storie di crimini, vive ora nel terrore di poter essere accusato ingiustamente di un qualche crimine irrisolto, per evitare questo, controlla compulsivamente tutto ciò che scrive, sia nella vita privata, sia nel lavoro, per assicurarsi di non avere, inavvertitamente, confessato, nero su bianco, di essere l'autore di uno di questi crimini efferati. È per lui tanto ovvio, quanto fonte di terrore, pensare che, scrivere per errore il nome di una delle tante vittime di un crimine irrisolto, o anche solo l'iniziale di uno di questi nomi possa portarlo ad essere indagato per il reato stesso. La sua ossessione si concentra in particolare su due reati che sono al centro dell'opinione pubblica: quello di Yara G. e quello di M. Rea. Da cui la sua attenzione ossessiva nei confronti di tutte le parole contenenti la lettera Y, oppure ogni riferimento al nome Rea, anche nel suo significato di nome comune reo. Per questo ha messo in piedi un complesso rituale mentale utilizzato sia in maniera preventiva che in maniera riparatoria. Appassionato di disegno, ha costruito un rituale mentale che consiste nell'immaginare la parola in questione disegnata su un foglio e di concentrarsi su questa parola fino a farla svanire fondendone il colore con il colore dello sfondo. Questo rituale impiega diverse ore per essere portato a termine, il suo fine è quello di "pulire la mente" per poter essere sicuro di non incorrere poi nell'errore di scrittura che gli sarebbe fatale. La sua vita sociale è fortemente compromessa, oltre alle ore consumate dal rituale preventivo, spende altrettante ore nel ricontrollare tutto ciò che ha scritto, sia per lavoro, sia nella vita privata, ricontrollando più e più volte ogni atto scritto e ogni messaggio inviato.

Infine, ha anche dei pensieri intrusivi che riguardano la possibilità di compiere azioni violente contro gli altri o di offenderli verbalmente, anche in questo caso effettua un rituale di "cancellazione" analogo al precedente. Per quanto riguarda il ricontrollo dei documenti scritti e delle chat si procede immediatamente con una prescrizione del sintomo "se fai 1 fai 5", più complesso è invece agire sul rituale mentale, durante la prima seduta prescrive una piccola violazione quotidiana del rituale di cancellazione, sia delle parole pericolose, sia per quanto riguarda i pensieri di poter compiere azioni violente. Quando torna in seconda seduta i rituali di controllo sono diminuiti, ma persistono, per cui si incrementano le ripetizioni da 5 a 7, i pensieri ossessivi riguardo il poter compiere azioni violente sono svaniti, mentre per quanto riguarda il rituale della cancellazione mentale delle parole che potrebbero metterlo a rischio, questo resta immutato.

Viene corretta la strategia, mantenendo la prescrizione del sintomo che stava avendo gli effetti desiderati, e introducendo una ritualizzazione del rituale, si prescrive cioè di "cancellare" le parole pericolose per 5 minuti ogni ora. In terza seduta i

controlli sono diminuiti ulteriormente, ma ancora presenti, per cui si incrementa ulteriormente il numero di ripetizioni da 7 a 10. Per quanto riguarda il rituale di cancellazione delle parole pericolose invece l'effetto è quello sperato, riesce ad avere la mente libera tra un'ora e la successiva, anche se spesso non è riuscito a completare il rituale all'interno dei 5 minuti, per questo motivo si incrementano da 5 a 7 i minuti di tempo per il rituale.

In quarta seduta il controrituale continua a mostrare il suo effetto, il numero di controlli diminuisce ancora e finalmente il paziente si sente padrone delle proprie azioni, essendo ora in grado di decidere volontariamente di ripetere la compulsione e di farla "a modo suo". La ritualizzazione del rituale con 7 minuti ogni ora è adesso sufficiente per liberare il resto della giornata dalle ossessioni, il paziente appare molto più rilassato, tanto da aver ripreso a disegnare, attività che aveva interrotto da anni. Si incrementa quindi l'intervallo della ritualizzazione portandolo a 7 minuti ogni 2 ore, dandogli uno spazio bonus da 30 minuti da utilizzare il lunedì mattina che è per lui il momento più critico avendo "accumulato" nel weekend diverse "scritte pericolose" e dovendo ricominciare il lavoro. In quinta seduta il controrituale se fai 1 fai 10 mostra il suo effetto di saturazione, adesso il paziente è in grado, in alcune occasioni, di scegliere di non effettuare il ricontrollo, preferendo non farlo affatto anziché doverlo ripetere 10 volte. Allo stesso modo i rituali di cancellazione mentale non sono più così pressanti ed è in grado di contenerli all'interno dei 7 minuti prescritti ogni 2 ore. Procediamo aumentando ancora l'intervallo, i 7 minuti ora vengono prescritti ogni 4 ore. A questo viene aggiunta una violazione del rituale di cancellazione andandone a modificare gli elementi stessi. La prima violazione richiesta è di cambiare il colore del foglio su cui immagina le scritte. Ogni volta che effettuerà una cancellazione, dovrà cambiare il colore dello sfondo. In sesta seduta grazie alle violazioni ripetute il paziente riporta che la sua necessità di effettuare il rituale di cancellazione è molto diminuita, tanto che a volte si è anche dimenticato del suo appuntamento con il rituale, anche se in alcune situazioni ancora ne sente il bisogno, pertanto aumentiamo l'intervallo della ritualizzazione a 7 minuti ogni 6 ore, lasciando immutata la violazione. In settima seduta la violazione gli ha consentito di eliminare quasi del tutto le cancellazioni, restano ancora quelle effettuate quando deve prepararsi a scrivere un atto particolarmente importante, per cui eliminiamo gli appuntamenti fissi e dovrà effettuare il suo rituale di cancellazione per 7 minuti solo al bisogno, per quanto riguarda invece il controllo degli atti la situazione è sì migliorata, ma c'è ancora qualcosa che tiene in piedi la compulsione, si inserisce un nuovo controrituale, chiedendogli di stampare l'atto prima di controllarlo, invece di farlo al computer come fatto fino a quel momento. In più adesso è in grado anche di effettuare i primi controevitamenti (una sorta di esposizione), il paziente viene

mandato a caccia di ciò che più teme, dovrà così ogni giorno passare volontariamente davanti al negozio Yamamay della sua città, andare a caccia di auto Yaris e di scooter Yamaha, dovrà inoltre visitare i siti internet delle marche che lo spaventano e così via. In ottava seduta arriva dicendo di essersi dimenticato dei controevitamenti che, però, a ben pensarci ha effettuato senza pensarci, senza sentire più il bisogno di fare strani percorsi per evitare determinate insegne o senza che gli venisse l'ansia aprendo la sua mail su Yahoo. A questo punto aumentiamo il livello del rischio, chiedendogli di guardare volontariamente una determinata scritta prima di mettersi al lavoro. Contemporaneamente gli viene prescritto di controllare i messaggi che ha inviato dal suo telefono una sola volta al mese. In nona seduta, a 5 mesi di distanza dal nostro primo incontro, la paura irrazionale di essere arrestato a causa di una involontaria confessione di un crimine mai commesso è completamente sparita, così come i rituali di controllo e di cancellazione. La vita sociale è tornata alla normalità, ha ripreso a giocare a calcio nella squadra del suo paese, è ritornato alle sue passioni, fa lunghe passeggiate e si dedica al disegno, il rapporto con la fidanzata è migliorato così come quello con la famiglia d'origine. Anche le sue performance lavorative sono migliorate tanto che sta valutando la possibilità di abbandonare l'attuale studio dove è un semplice dipendente, per aprirne uno proprio. I follow-up a 3, 6 e 12 mesi confermano il buon esito del trattamento.

## **CONCLUSIONI**

La Terapia Breve Strategica, partendo da presupposti che minimizzano la resistenza del paziente è uno strumento prezioso soprattutto nei casi di DOC in cui il paziente tende ad abbandonare il lavoro terapeutico basato sull'esposizione con prevenzione della risposta. Inoltre la riduzione dei tempi necessari per ottenere un cambiamento significativo potrebbe suggerire di utilizzare la TBS come modello di primo impiego per il trattamento dei disturbi ossessivo compulsivi grazie al miglioramento della qualità della vita del paziente già dopo le prime settimane di terapia (Nardone & Portelli 2013) e alla conseguente riduzione dei costi del trattamento.

## **Bibliografia**

- Black A: The natural history of obsessional neurosis. In Beech HR (Ed): Obsessional state, 1-23. London: Methuen, 1974
- Bonchek A: What's Broken with Cognitive Behavior Therapy Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and How to Fix It. Am J Psychother 2009; 63:69-86.

- Doron G, Derby DS, Szepeswol O: Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *Obsessive Compuls Relat Disord* 2014;3:169-180.
- Lewin K, Baccianini M, Palmonari A: Teoria e sperimentazione in psicologia sociale. Il mulino, Bologna, 1972
- Nardone G & Portelli C: Ossessioni compulsioni manie. Capirle e sconfiggerle in tempi brevi. Ponte alle Grazie, Milano, 2013
- Nardone G: La paura delle decisioni: come costruire il coraggio di scegliere per sé e per gli altri. Ponte alle Grazie, Milano, 2014
- Nardone G & Portelli C: Cambiare per conoscere. L'evoluzione della terapia breve strategica. Ponte alle Grazie, Milano, 2015
- Nardone G & Watzlawick P: L'arte del cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance. Ponte alle Grazie, Milano, 1990
- Maina G, Rosso G, Rigardetto S, Chiadò Piat S, Bogetto F: No Effect of Adding Brief Dynamic Therapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Concurrent Major Depression. *Psychother Psychosom* 2010;79:295–302.
- Rabavilas AD, Boulougouris JC, Stefanis C: Compulsive checking diminished when over-checking instructions were disobeyed. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1977; 8:111-112.
- Rasmussen SA & Eisen JL: The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(suppl):5–10.
- Weakland JH, Fisch R, Watzlawick P, Bodin AM: Brief therapy: Focused problem resolution. *Fam Process* 1974;13:141-168.
- World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva, 1993

## BRIEF STRATEGIC PSYCHOTHERAPY FOR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

### Summary

*Obsessive compulsive disorder is a condition that is often disabling and psychotherapy resistant. The Brief Strategic Therapy model has, as its first objective, to bypass patients' resistance; therefore it could be particularly useful for the treatment of patients with obsessive compulsive disorder who are resistant to cognitive behavioural techniques. For its brevity and cost-effectiveness, it might be suggested as a first-choice treatment.*

**Keywords:** *Obsessive Compulsive Disorder; OCD; Strategic Brief Therapy; Relationship OCD; RODC; Obsessional doubt.*

**Corrispondenza:**

Dr Andrea Iengo

Via Libertà 166 – 80055 Portici (NA) Italy

*e-mail:* andrea.iengo@gmail.com

*web:* www.andreaiengo.it



# **LA STIMOLAZIONE AURICOLARE TRANSCUTANEA DEL NERVO VAGO (TA-VNS) NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE E DISTURBI D'ANSIA IN PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**

**Yuri Melis, Emanuela Apicella, Leonardo Mendolicchio**

*Villa Miralago, Cuasso al Monte, VA*

*Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare*

## **INTRODUZIONE**

I disturbi dell'alimentazione della nutrizione (DAN) in accordo con il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) suddivide rispettivamente i gruppi diagnostici: anoressia nervosa (AN) disturbo caratterizzato da una ricorrente riduzione dell'intake calorico, perdita di peso, paura ossessiva dell'aumento ponderale, dismorfofobia, egosintonia sintomatologica e il diniego dei disturbi correlati, un indice di massa corporea al di sotto di 16-16.99 kg/m<sup>2</sup>; bulimia nervosa (BN) caratterizzata da episodi di abbuffata o binge-eating dove i soggetti consumano un'eccessiva quantità di cibo in un ristretto periodo di tempo, attuando in seguito comportamenti compensatori per tentare di contenere la paura dell'aumento di peso, come l'utilizzo: di lassativi, induzione del vomito, esercizio fisico in maniera ossessivo-compulsiva; disturbo da binge-eating (BED) comportamento caratterizzato da episodi costanti nel tempo di abbuffate di cibo senza metodi compensatori, questa categoria diagnostica veniva identificata

anche come obesità psicogena (American Psychiatric Association 2014). I DAN in particolare l'anoressia nervosa rappresentano la patologia psichiatrica con il più alto tasso di morte suicidaria e da patologie correlate. Queste tipologie di patologie hanno avuto una profonda radicazione nella storia umana, in particolare, nella storia del genere femminile. Difatti, i disturbi alimentari hanno sempre avuto una connotazione tipicamente femminile, partendo dall'antica Grecia, all'impero romano, fino al tardo medioevo ritroviamo tracce biografiche di soggetti che attuavano dei comportamenti che oggi potremmo identificarli all'interno di una classe psicopatologica (Bell 1987). Sicuramente, l'apporto di Richard Morton nel 1689 a Londra dove diagnosticò per la prima volta nella storia della medicina, un disturbo dell'alimentazione dovuto alla disperazione e a stati d'ansia, ha dimostrato come questi comportamenti avessero cause che dipendessero da stati di alterazione psicologica (Martin 2004). L'evidenza scientifica e la costruzione fenomenologica dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, in particolare della AN, è stata definita da Ernest Charles Lasègue in Francia e W.W. Gull in Gran Bretagna. I due medici passati alla storia per l'articolo "Anorexie histérique" i quali riportano 8 casi clinici dalle fasi prodromiche alle fasi più avanzate della patologia, è interessante come i due medici hanno evidenziato connotazioni dei quadri clinico-sintomatologici contemporanei dell'anoressia nervosa (Martin 2004). La larga presenza storica di questi disturbi, ci sottolinea e conferma la loro portata epidemiologica in continua espansione. In Europa gli indici di soggetti donne affette da DAN sono: AN 1-4%, BN 1-2%, BED 1-4% della popolazione generale; negli U.S.A. circa 20 milioni di donne e 10 milioni di uomini soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Keski-Rahkonen 2016). Gli ultimi studi epidemiologici per l'Italia indicano che nella popolazione femminile la frequenza di presenza è circa dello 0,3-0,5% (un caso ogni 200-300 persone) per l'anoressia nervosa e dell'1-2% (un caso ogni 50-100 persone) per la bulimia nervosa. Il costante dato mancante è quello del dato sommerso, ovvero, i soggetti che non vengono diagnosticati dai sistemi sanitari, rimanendo così al di fuori delle indagini epidemiologiche senza poter dimostrare la magnitudine di queste patologie (Udo & Grilo 2018). L'altro dato rilevante è che negli ultimi 20 anni la distribuzione di genere donne:uomini è cambiata per i DAN, modificando dal precedente ratio di 1:10- 1:15 a 1:4. Un dato che ci suggerisce come queste patologie non escludono più il genere maschile, facendo emergere anche i sottotipi dei DAN come la vigoressia e l'ortorexia (Strother et al. 2012). Così, anche l'età d'esordio durante gli ultimi 20 anni, si è modificata abbassando l'età d'esordio dalla adolescenza o tarda adolescenza alle fasi pre-puberali (Preti et al. 2009). I DAN come riportato dalla letteratura (Griton & Konsman 2018) posseggono una comorbidità con altri

disturbi psichiatrici come (Godart et al. 2007) i disturbi dell'umore nei soggetti BN con valori tra il 24.1% -90%, nell'AN 31%-88% (Jordan et al. 2014).

L'ipotesi da noi sviluppata sul trattamento dei DAN con la stimolazione elettrica trans-cutanea del nervo vago (Ta-VNS) si è mossa dai precedenti lavori della sua applicazione nella depressione maggiore farmaco resistente nell'epilessia refrattaria (Kong et al. 2018) e nell'obesità, dove questo trattamento ha avuto degli esiti positivi post-trattamento a medio termine (Brunoni et al. 2010). Il nervo vago, il decimo nervo cranico ricopre un ruolo fondamentale nella regolazione dell'umore e nella regolazione dell'appetito (Bodenlos et al. 2007). La funzione del nervo vago permette la comunicazione tra le vie efferenti dal corpo al cervello che sono distribuite bilateralmente nella corteccia cerebrale, nel diencefalo, nel sistema limbico e nell'insula; conseguentemente, verso le vie afferenti, dal cervello verso gli organi del nostro corpo come: cuore, stomaco, polmoni, esofago (Bodenlos et al. 2014). Difatti, come notiamo alcune vie efferenti del nervo vago ricoprono un ruolo fondamentale nella regolazione dell'appetito, difatti trials di stimolazione elettrica del nervo vago hanno dimostrato attraverso indagini BOLD come viene apportata una modulazione funzionale della corteccia orbito frontale, dell'ippocampo, del cervelletto e dello striato; tipicamente zone coinvolte in patologie psichiatriche come le dipendenze e l'astinenza da sostanze (Val-Laillet et al. 2015). Sicuramente, ulteriori studi su animali hanno dimostrato come la stimolazione nervo vagale invasiva (VNS) produce dei risultati sui comportamenti alimentari, sostenendo così l'ipotesi da noi proposta. Gli studi su umani riportano come la Ta-VNS abbia un effetto di riduzione del food craving, probabilmente perché l'innervazione vagale va ad agganciarsi alle zone limbiche o dopaminergiche del piacere e della regolazione dell'appetito (Val-Laillet et al. 2015). Ulteriori studi convergono sulla efficacia della Ta-VNS dove si riporta come il suo utilizzo faccia incrementare i livelli di GABA e di noradrenalina nel cervello, confermando così la sua azione neuromodulatoria di alcune target zone coinvolte nei DAN (Steenbergen et al. 2015). La nostra ipotesi si muove quindi su un duplice asset, stimolando trans auricularmente il nervo vago senza alcun tipo di invasività, andiamo a modulare l'attività connessa alle zone deputate alla regolazione dell'umore e nelle zone di regolazione dell'alimentazione (Bodenlos et al. 2007). Non da meno, abbiamo tenuto conto della fondamentale azione che il nervo vago attua sulla regolazione del sistema autonomico in zone e organi dei sistemi nervosi simpatico e parasimpatico, due sistemi essenziali nella regolazione dell'espressioni emotogene, mantenimento dell'omeostasi corporea e funzioni vegetative (Kong et al. 2018).

## MATERIALI E METODI

I partecipanti coinvolti in questo studio pilota sono soggetti affetti da DAN, pazienti ricoverati presso “Villa Miralago” centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare a Cuasso al Monte (VA). Sono stati reclutati 15 pazienti volontari dai 19 ai 51 anni d’età, hanno letto e firmato il consenso informato. I criteri d’esclusione applicati sono: problemi cardiaci come bradicardia o ipotensione, nessun impianto cardiaco e nessun altro impianto di neuro stimolazione, nessun cambiamento durante il periodo del trattamento della terapia psico farmacologica. I soggetti coinvolti nello studio presentano le seguenti caratteristiche diagnostiche in accordo con il DSM-5: AN (N= 9); BN (N= 5), uncontrolled feeding disorder (DAI) (N= 1) con comorbidità psichiatriche: bipolar disorder type 1 (N= 4), bipolar disorder type 2 (N = 6), border line disorder (N = 5). Il dispositivo utilizzato per la Ta-VNS è il NEMOS di Cerbomed G.m.b.h. composto da un dispositivo portatile che genera corrente elettrica da 0.8 mA- 4.5mA in accordo con le precedenti sperimentazioni, la stimolazione viene effettuata solo nella conchlea auricolare sinistra tramite elettrodo mobile. L’intensità della scarica è basata sulla sensibilità cutanea del paziente, la scarica è predisposta a 200-300  $\mu$ s a 25 Hz, con 30 secondi di attività e 30 secondi di pausa con delle sessioni di 4h al giorno lontano dai pasti e non durante il sonno. Il protocollo prevede un trattamento di 2 mesi con 5 incontri (T0 reclutamento; T1 prima settimana; T2 5 settimane; T3 7 settimane; T4 9 settimane) in ogni incontro viene registrata la variabilità della funzione cardiaca in due condizioni: 4 min a riposo e 4 min sotto stress cognitivo, utilizzando dei test di ragionamento linguistico e matematico. La misurazione della variabilità cardiaca viene effettuata attraverso un photoplethysmografo sull’indice della mano sinistra, in modo da catturare attraverso gli infrarossi la variazione pressoria dei capillari rappresentando la pulsazione cardiaca. L’hardware e il software dedicati per la registrazione del dato sono di ELEMAYA s.r.l. nello specifico venne utilizzato l’Heart&Emotion e’ un piccolo strumento computerizzato che effettua la analisi della Heart Rate Variability (HRV), della Frequenza Cardiaca, del bilanciamento fra sistema Simpatico e Parasimpatico. I dati estrapolati sono: la VLF (Very low frequency) frequenze da 0.001 Hz a 0.04 Hz rappresentando una parte dell’attività del sistema nervoso simpatico; LF(Low frequency) 0.04Hz – 0.15Hz la quale corrisponde principalmente alla regolazione dell’attività dei barocettori; HF (High frequency considerato come il dato rappresentativo del sistema parasimpatico(Peschel et al., 2016). Successivamente a questa registrazione viene somministrato il Beck anxiety inventory scale (B.A.I), un test psicometrico per la valutazione dello stato d’ansia composto da 21 item, punteggi basati su una likert-scale da 4 punti con valori da 0-3, con un punteggio totale da 0 a 63. E’ un test auto

somministrato, con un'alta consistenza interna (Cronbachs  $\alpha = .92$ ) e un'efficacia nel test-retest tra settimane di 0.75. Le linee guida per lo scoring del punteggio riportano come da: 0-9 stato assente d'ansia; 10-18 medio moderato stato d'ansia; 19-29 moderato severo stato d'ansia; 30-63 severo stato d'ansia (Muntingh et al., 2011). Ulteriore indagine di valutazione del tono dell'umore è stata indagata tramite la somministrazione dell'intervista semi strutturata della Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17- HAM-D) con una consistenza interna di 0.76 e un valore di test- retest di 0.74 (Virginia Guilléna et al. 2014). Questo test è composto da 17 domande che indagano varie sintomatologie dello stato depressivo con un punteggio da 0-3 o 0-5 per domanda (Virginia Guilléna 2014). Lo scoring del test è rappresentato dai seguenti indici: 0-9 nessun stato depressivo; 10-13 medio stato depressivo; 14-17 medio moderato stato depressivo; 18> moderato severo stato depressivo (Zimmerman et al. 2004). L'analisi dei dati è stata predisposta tramite l'utilizzo del software di analisi statistica S.P.S.S. v25 utilizzando il T-test a campioni singoli e a campioni accoppiati, settando la significatività statistica a 0,05.

## **DISCUSSIONE E RISULTATI**

I punteggi riportati nella tabella 1 si riferiscono ai dati collezionati nella registrazione dei valori medi della HAM-D dei soggetti durante il trattamento. Come possiamo vedere la variazione dei valori iniziali rappresentano uno stato depressivo "severo" all'interno del campione, in seguito, alla fine del trattamento i soggetti riportano un risultato medio di 9,14 al di sotto del cut-off clinico con una variazione statisticamente significativa all'interno del campione ( $p < 0,015$ ). E' stata creata anche una normalizzazione del dato in percentuale, dove il 79% dei soggetti nell'arco temporale del trattamento riporta una remissione sintomatologica dello stato depressivo.

*Tabella 1*

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| <b>HAM-D t0</b> | 18,28 $\pm$ 5,31 |
| <b>HAM-D t1</b> | 14,00 $\pm$ 5,16 |
| <b>HAM-D t2</b> | 10,14 $\pm$ 5,63 |
| <b>HAM-D t3</b> | 10,40 $\pm$ 7,59 |
| <b>HAM-D t4</b> | 9,14 $\pm$ 7,15  |

Tabella 2

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| <b>B.A.I - t0</b>  | 24,70 ± 10,99 |
| <b>B.A.I - t1</b>  | 19,80 ± 11,00 |
| <b>B.A.I. - t2</b> | 17,28 ± 11,64 |
| <b>B.A.I. - t3</b> | 16,00 ± 10,21 |
| <b>B.A.I. - t4</b> | 13,80 ± 7,00  |

Abbiamo utilizzato le stesse analisi statistiche per l'analisi della variazione dei B.A.I. Risulta anch'esso chiaro come nella Tabella 2 i valori della variazione all'interna del gruppo sottoposto al trattamento manifesta una deflessione del dato dello stato dell'ansia con una significatività statistica ( $p < 0,01$ ). Nella fase di reclutamento il punteggio medio del gruppo è "moderato severo stato d'ansia", ma durante il trattamento vediamo un abbassamento lineare del punteggio del test, fino ad arrivare ad un punteggio "medio basso del livello d'ansia". Applicando un'ulteriore analisi statistica abbiamo potuto verificare che all'interno delle singole registrazioni di ogni incontro di valutazione, vi è una significativa variazione del punteggio dal cut-off clinico settato a score  $N=9$ , indicando così un effettivo miglioramento durante il trattamento e non solo alla fine del trattamento. La stessa normalizzazione del dato della variazione dello stato d'ansia è stata applicata all'analisi dei dati del B.A.I., dove si riporta come l'84% dei soggetti manifesta una remissione sintomatologica dello stato d'ansia.

L'ulteriore analisi fatta per la H.R.V non ha riportato significative variazioni del sistema autonomico, anche se in alcuni soggetti tra l'inizio e la fine del trattamento viene manifestato un abbassamento dell'attività del sistema simpatico durante le condizioni di riposo, un indice che ci potrebbe far supporre, come altri articoli riportano (Peana et al. 2014), che la Ta-VNS vada a regolarizzare l'attivazione del sistema simpatico inibendo la risposta di iper attivazione che viene manifestata nei soggetti affetti dai DAN (Ogbonnaya & Kaliaperumal 2013). In aggiunta, viene registrato in particolare alla fine del trattamento, anche senza una significatività statistica, la regolarizzazione dell'attività parasimpatica nelle condizioni sperimentali di stress. Altro dato che potrebbe suggerirci come negli stati di disregolazione emotiva e di dispercezione emotiva, in particolare come viene riportato in letteratura, l'iperattività del sistema parasimpatico sia un indice presente nei soggetti affetti da BN - AN dove vi sia una risposta aberrante e cronicizzata nelle

risposte autonome agli stati emotivi (Meyer et al. 2016). I nostri dati sull'H.R.V. confermano l'analisi della letteratura di Mazurak del 2011 dove viene riportata una disomogeneità dei valori HF / LF all'interno degli studi senza un comune accordo su quale parte del sistema autonomico viene maggiormente elicitata o inibita nei DAN.

## **CONCLUSIONI**

Questo studio presenta delle limitazioni strutturali e metodologiche, infatti abbiamo un campione di soggetti limitato, senza gruppo di controllo e un bias di genere. Altro bias all'interno del gruppo è che i soggetti coinvolti essendo ricoverati in una struttura psichiatrica, effettuano trattamenti psicofarmacologici e di psicoterapia; attività che potrebbero influire sui dati da noi raccolti. Altresì, è vero che la rapidità con cui i soggetti hanno beneficiato del trattamento dato dalla Ta-VNS, solitamente non avviene nei soggetti che non hanno partecipato allo studio, ma purtroppo, non avendo creato un gruppo controllo sham non possiamo affermarlo ma solamente supporlo. E' stato sicuramente evidente come le nostre ipotesi basate su lavori precedenti, si sono verificate concludendo che un add-on di un trattamento di neuro stimolazione, possa incrementare la remissione sintomatologica in pazienti cronici affetti da DAN. Questo studio pilota rappresenta solamente l'inizio di una possibile consolidazione nei trattamenti di neuro stimolazione in strutture di ricovero.

## **Bibliografia**

- American Psychiatric Association. (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione.
- Bell, R. (1987). La Santa Anoressia, LaTerza, Bari.
- Bodenlos, J. S., Kose, S., Borckardt, J. J., Nahas, Z., Shaw, D., O'Neil, P. M., Pagoto, S. L., & George, M. S. (2007). Vagus nerve stimulation and emotional responses to food among depressed patients. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 1(5), 771–779. <https://doi.org/10.1177/193229680700100524>
- Bodenlos, J. S., Schneider, K. L., Oleski, J., Gordon, K., Rothschild, A. J., & Pagoto, S. L. (2014). Vagus nerve stimulation and food intake: effect of body mass index. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 8(3), 590–595. <https://doi.org/10.1177/1932296814525188>

- Brunoni, A. R., Teng, C. T., Correa, C., Imamura, M., Brasil-Neto, J. P., Boechat, R., Rosa, M., Caramelli, P., Cohen, R., Porto, J. A. Del, Boggio, P. S., & Fregni, F. (2010). Neuromodulation approaches for the treatment of major depression: challenges and recommendations from a working group meeting. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(3), 433–451. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000300021>
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3), 37–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.023>
- Griton, M., & Konsman, J. P. (2018). Neural pathways involved in infection-induced inflammation: recent insights and clinical implications. *Clinical Autonomic Research*, 28(3), 289–299. <https://doi.org/10.1007/s10286-018-0518-y>
- Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, J. D., Rowe, S., Taylor, K., Frampton, C. M. A., McKenzie, J. M., Latner, J., & Joyce, P. R. (2014). Bulimia nervosa-nonpurging subtype: Closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 231–238. <https://doi.org/10.1002/eat.22218>
- Keski-Rahkonen, A. and L. M. (2016). “Epidemiology of Eating Disorders in Europe: Prevalence, Incidence, Comorbidity, Course, Consequences, and Risk Factors.” *Current Opinion in Psychiatry* 29, No. 6.
- Kong, J., Fang, J., Park, J., Li, S., & Rong, P. (2018). Treating Depression with Transcutaneous Auricular Vagus Nerve Stimulation: State of the Art and Future Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 20. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00020>
- Martin, E. (2004). Resources on the History of Psychiatry History of Medicine Division of the National Library of Medicine. <https://www.nlm.nih.gov/hmd/pdf/historypsychiatry.pdf>
- Meyer, P. W., Müller, L. E., Zastrow, A., Schmidinger, I., Bohus, M., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2016). Heart rate variability in patients with post-traumatic stress disorder or borderline personality disorder: relationship to early life maltreatment. *Journal of Neural Transmission*, 123(9), 1107–1118. <https://doi.org/10.1007/s00702-016-1584-8>
- Muntingh, A. D. T., Van Der Feltz-Cornelis, C. M., Van Marwijk, H. W. J., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Van Balkom, A. J. L. M. (2011). Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *BMC Family Practice*, 12(1), 66. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-66>
- Ogbonnaya, S., & Kaliaperumal, C. (2013). Vagal nerve stimulator: Evolving trends. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 4(1), 8–13. <https://doi.org/10.4103/0976-9668.107254>

- Peñáz, D. F., Childs, J. E., Willett, S., Vital, A., McIntyre, C. K., & Kroener, S. (2014). Vagus nerve stimulation enhances extinction of conditioned fear and modulates plasticity in the pathway from the ventromedial prefrontal cortex to the amygdala. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(September), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00327>
- Peschel, S. K. V., Feeling, N. R., Vögele, C., Kaess, M., Thayer, J. F., & Koenig, J. (2016). A systematic review on heart rate variability in Bulimia Nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 63, 78–97. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.012>
- Preti, A., Girolamo, G. De, Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. De, Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-meza, A., Maria, J., Morosini, P., & Investigators, T. E. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries : Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Steenbergen, L., Sellaro, R., Stock, A. K., Verkuil, B., Beste, C., & Colzato, L. S. (2015). Transcutaneous vagus nerve stimulation (tVNS) enhances response selection during action cascading processes. *European Neuropsychopharmacology*, 25(6), 773–778. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.03.015>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346–355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5–Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Val-Laillet, D., Aarts, E., Weber, B., Ferrari, M., Quaresima, V., Stoeckel, L. E., Alonso-Alonso, M., Audette, M., Malbert, C. H., & Stice, E. (2015). Neuroimaging and neuromodulation approaches to study eating behavior and prevent and treat eating disorders and obesity. *NeuroImage: Clinical*, 8, 1–31. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.03.016>
- Virginia Guilléna, Borja Santosa, b, L. Y., Bulbenac, A., Bilbaod, J., Fernández, E., Lazarragae, I. P. de, & Ana M González-Pinto, e, f, Asunción González-Pinto, F. (2014). Depressive dimensions and item response analysis of the Hamilton Depression Rating Scale–17 in eating disorders. *International Journal of Toxicological and Pharmacological Research*, 6(3), 43–46. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.05.006>
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Posternak, M. (2004). A review of studies of the Hamilton depression rating scale in healthy controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(9), 595–601. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15348975>

## TRANSAURICULAR VAGUS NERVE STIMULATION IN DEPRESSIVE STATE AND ANXIETY STATE IN RECOVERY PATIENTS AFFECTED BY FEEDING AND EATING DISORDERS

### Summary

***Introduction:** Feeding and eating disorders (FED) represent the psychiatric pathology with the highest mortality rate and one of the major disorders with the highest psychiatric and clinical comorbidity. The vagus nerve represents one of the main components of the sympathetic and parasympathetic nervous system and is involved in important neurophysiological functions. Previous studies have shown that vagal nerve stimulation is effective in the treatment of resistant major depression, epilepsy and anxiety disorders. In FED there are a spectrum of symptoms which with Transcutaneous auricular Vagus Nerve Stimulation (Ta-VNS) therapy could have a therapeutic efficacy.*

***Materials and methods:** Sample subjects is composed by 15 female subjects aged  $> 18 \pm 51$ . Admitted to a psychiatry community having diagnosed (DSM-5) anorexia nervosa (AN) (N= 9), bulimia nervosa (BN) (N= 5), uncontrolled feeding disorder (DAI) (N= 1) Psychiatric comorbidity: bipolar disorder type 1 (N= 4), bipolar disorder type 2 (N= 6), border line disorder (N= 5). The protocol included 9 weeks of Ta-VNS stimulation at a frequency of 1.5-3.5 mA for 4 hours per day. The variables detected in four different times (t0, t1, t2, t3, t4) are the following: Heart Rate Variability (HRV), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-HDRS-17), Body Mass Index (BMI), Beck Anxiety Index (BAI).*

***Results:** Data analysis showed statistically significant differences between recording times ( $p > 0.05$ ) in HAM-D (t0 =  $18.28 \pm 5.31$ ; t4 =  $9.14 \pm 7.15$ ), in BAI (t0 =  $24.7 \pm 10.99$ ; t4 =  $13.8 \pm 7.0$ ) the reported values show how during (T0-T4) the treatment there are a decay of the degree in the depressive state, in the state of anxiety and an improvement in the value of BMI. In particular, the B.M.I in the AN-BN sub-sample had a minimum gain of 5% and a maximum of 11%. The analysis of H.R.V. did not show a substantial changes among subjects, thus confirming the discordance of the activity of the sympathetic and parasympathetic nervous system in FED.*

***Conclusions:** Although the sample does not possess a relevant value to determine long-term efficacy of Ta-VNS or on a larger population, this study reports how the application of neuro-stimulation in FED may become a further approach therapeutic. Indeed, substantial improvements are highlighted in the results and confirmed hypotheses proposed by the study.*

**Keywords:** Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Binge eating disorders; Neurostimulation; Depression; Anxiety.

**Corrispondenza:**

Yuri Melis

*e-mail:* y.melis@villamiralago.it

Emanuela Apicella

*e-mail:* emanuela.apicella@villamiralago.it

Leonardo Mendolicchio

*e-mail:* direzionesanitaria@villamiralago.it



# LA FOLLIA DEL DUBBIO

**Maurilio Giuseppe Maria Tavormina<sup>1</sup>, Romina Tavormina<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Psichiatra psicoterapeuta, già dirigente medico resp. Centro Diurno UOSM ASL Napoli 3 Sud*

<sup>2</sup> *Psicologa, spec. in psicoterapia analitico transazionale, danzomovimentoterapeuta,*

*“Essere o non essere, questo è il problema!”*

*William Shakespeare*

## Riassunto

*Il dubbio è una normale attività di pensiero e fa parte della nostra vita quotidiana, ci aiuta nella verifica dei dati, insinua una proficua incertezza sulle informazioni possedute ed è anche uno stimolo attivo alla conoscenza. Quando il dubbio cresce ed è foriero di altri dubbi, compromette le capacità decisionali, blocca il paziente, interferisce nel quotidiano e nella vita relazionale allora può diventare patogeno. Lo scopo della ricerca è quello di conoscere e valutare quanto il dubbio patologico possa essere determinante nel DOC ed interferire nel processo decisionale e nel comportamento anancastico. A tal fine si è fatto una ricerca su PubMed e Google Scholar, esaminando pubblicazioni, riviste scientifiche, libri e testi specifici. Dalla valutazione dei dati è emerso che il dubbio è utile per una sana conoscenza e verifica del noto e che il dubbio patologico è per alcuni autori un elemento caratterizzante il DOC, studiato nella neurofisiopatologia e testato con specifico questionario. Il dubbio patologico nella Psicoterapia breve strategica ha una connotazione distinta dal disturbo ossessivo ed è parte integrante del disturbo ossessivo-compulsivo. Nella terapia Analitico Transazionale il dubbio esprime un conflitto tra 2 Stati dell'Io, un Genitore Negativo invalidante ed un Bambino Adattato negativamente, lasciando l'Io Adulto*

*decisionalmente bloccato. Si conclude che il dubbio non è patogeno in quanto tale, anzi è sano, lo diventa quando supera certi limiti. "Il dubbio è l'inizio della conoscenza" (Cartesio), ma è anche "...la molla del pensiero ossessivo" (Nardone G)*

**Parole chiave:** *Dubbio patologico; Dubbio ossessivo; DOC; Follia; Dubbio.*

## INTRODUZIONE

Il dubbio è quella condizione d'incertezza che rende momentaneamente impossibile qualsiasi presa di posizione sul piano della conoscenza e dell'azione (Galimberti 2006). È uno stato soggettivo d'incertezza, da cui risulta un'incapacità di scelte, essendo gli elementi oggettivi considerati insufficienti a determinarle in un senso piuttosto che in quello opposto (Enciclopedia Treccani).

La mancanza di conoscenza stimola la curiosità e ci induce all'esperienza pragmatica. L'incertezza genera il dubbio ed esso ci spinge alla verifica razionale e operativa del costruito logico del pensiero, mettendo in moto il processo decisionale. La certezza conoscitiva ci infonde tranquillità emotiva e sicurezza esperienziale. Il dubbio al contrario genera tensione psichica e fisica, attivazione emotiva, insicurezza intrapsichica e relazionale. Queste sono emozioni e sentimenti negativi che ci spingono all'azione, ci inducono alla verifica dell'operato, alla rettifica del risultato, alla nuova conoscenza e al raggiungimento di una omeostasi del sistema. Pertanto la curiosità ed il dubbio sono gli stimoli portanti della conoscenza.

In psichiatria con la scuola francese, nel 1875, il dubbio compare per la prima volta in veste di entità patologica e nosografica, con l'espressione "follia del dubbio", ad opera di Legrand du Saulle, medico dell'hospice de Bicetre, Service des Aliénés, Paris: "Folie du doute, avec délire de toucher". "Queste espressioni la follia del dubbio e il delirio di toccare inducono in modo molto evidente l'intenzione formale di diagnosticare la malattia dai suoi segni predominanti: l'interrogazione mentale prodotta dal dubbio e dalla paura del contatto degli oggetti estranei" (Legrand du Saulle 1875). Oggi il dubbio anancastico ed invalidante è considerato un sintomo importante del Disturbo ossessivo compulsivo, entità nosografica distinta dal Disturbo d'ansia (DSM-5) e caratterizzata dalla presenza di dubbi persistenti e ripetitivi, che alimentano l'esigenza di continue verifiche e controlli, pur avendo la consapevolezza assoluta della loro inutilità. L'incertezza patologica è spesso associata al DOC per quanto concerne la valutazione di un'azione se è stata eseguita correttamente o se si verificherà un esito negativo, portando a comportamenti compulsivi finalizzati alla raccolta di prove per ridurre l'insicurezza e la sofferenza ad essa correlata.

## **OBIETTIVI E METODI**

Lo stimolo che ha indotto gli scriventi ad approfondire le personali conoscenze sul dubbio e sulla sua importanza nel normale funzionamento psichico e nella patologia, è nato dalla necessità di apprendere i meccanismi che inducono una persona nel dubitare delle sue azioni e dei suoi ragionamenti.

Lo scopo della ricerca è quello di conoscere e valutare quanto il dubbio patologico sia determinante nel generare ed alimentare il disturbo ossessivo compulsivo con le interferenze attive nel processo decisionale e nel comportamento anancastico.

È stata fatta una ricerca sistematica sul Web in merito alle pubblicazioni scientifiche sul dubbio e l'incertezza nel DOC, utilizzando PubMed, Google Scholar, valutando articoli scientifici su *Psychiatria Danubina*, *Telos*, libri, testi specifici e riviste specialistiche. Sono stati selezionate solo le pubblicazioni specifiche e confrontati i risultati delle relative ricerche.

## **NEUROFISIOLOGIA ED IPOTESI NEUROBIOLOGICHE DEL DUBBIO E DEL DOC**

Una recente ricerca scientifica (Stern et al. 2013) ha utilizzato la risonanza magnetica funzionale correlata agli eventi sperimentali per studiare il funzionamento neurale nei pazienti con DOC e in quelli di controllo. La certezza soggettiva è stata valutata con la risposta a prove sequenziali nell'espletamento decisionale. L'incertezza è stata manipolata sperimentalmente in modo che alcune decisioni non fossero associate a incertezza "oggettiva", tutte le prove indicavano una scelta corretta, mentre altre decisioni contenevano livelli calcolabili, ma variabili d'incertezza oggettiva, per stimolare la stessa nei pazienti. I risultati hanno indicato che i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo differivano dal gruppo di controllo sulle decisioni che non contenevano incertezza oggettiva, tanto che i pazienti si considerassero più incerti. I pazienti hanno anche mostrato una maggiore attivazione in una rete di regioni cerebrali precedentemente associate a pensiero e valutazioni internamente focalizzati, tra cui corteccia prefrontale ventromediale, paraippocampo, corteccia temporale media, nonché amigdala e corteccia orbitofrontale / insula anteriore ventrale con un numero significativamente maggiore di correlazioni intersoggettive positive tra molte di queste regioni del cervello, suggerendo che questa rete è maggiormente interconnessa nei pazienti. I pazienti con disturbo ossessivo compulsivo non differivano dai controlli sulle decisioni in cui i parametri del compito portavano a incertezza oggettiva. Questi risultati indicano che il DOC è associato all'iperattivazione in una rete di regioni cerebrali limbiche / paralimbiche

quando si prendono decisioni, il che può contribuire alla maggiore esperienza soggettiva di dubbio che caratterizza il disturbo.

Un altro studio (Nestadt et al. 2016) pone l'accento sul processo decisionale per un efficace funzionamento adattivo esperienziale. Ricerche recenti su studi neurobiologici empirici su persone ed animali, impiegando teorie cognitive sullo sviluppo e modelli matematici per l'interpretazione dei risultati, forniscono le basi per comprendere la neurobiologia del processo decisionale. Si ipotizza che il DOC sia determinato da una minore fiducia, convinzione o certezza nella capacità di assimilare le informazioni necessarie per prendere una decisione. Nestadt et al (2016) propongono che il dubbio sia il risultato di un'aberrazione nei meccanismi neuronali coinvolti nel processo decisionale. La distorsione della risposta o della scelta riflette a priori i singoli fattori che influenzano il processo decisionale, indipendentemente dallo stimolo. Entrambe le reti dei gangli fronto-parietali e fronto-basali hanno dimostrato di essere coinvolte in questo aspetto.

Heekeren et al. (2013) hanno evidenziato come la corteccia frontale mediale posteriore, in particolare il campo oculare supplementare e l'area motoria cingolata rostrale sono state implicate nel monitoraggio delle prestazioni e nella segnalazione della necessità di aggiustamenti del comportamento negli studi neurofisiologici nelle scimmie. Rappaport (1989) ha descritto i pazienti ossessivo compulsivi come "non credenti ai loro sensi" e quindi "che necessitano di una riaffermazione continua".

Olson et al. (2016) forniscono ulteriori informazioni sulla relazione tra disturbo ossessivo compulsivo e dubbi nel dominio del recupero della memoria. Hanno scoperto che gli individui con disturbo ossessivo compulsivo si sono comportati in modo equivalente nei compiti di memoria, ma hanno attivato diverse regioni del cervello. Hanno concluso che l'attivazione neuronale nella corteccia cingolata posteriore (PCC) e nella corteccia prefrontale premotoria / dorsolaterale (DLPFC) era associata a maggiori dubbi patologici nei loro esperimenti di memoria.

## QUESTIONARIO DEL DUBBIO

Il dubbio può compromettere il processo decisionale ed è una caratteristica importante del disturbo ossessivo-compulsivo. Marton et al. (2019) hanno proposto che la valutazione del dubbio durante il processo decisionale fornisca un endofenotipo utile con il quale studiare la patofisiologia del DOC e potenzialmente anche quello di altre psicopatologie. Essi hanno sviluppato un nuovo strumento: il Questionario del dubbio, per la valutazione clinica dello stesso. Sono stati misurati il tempo di reazione e la certezza soggettiva a vari livelli di difficoltà percettiva,

in individui in dubbio con punteggio alto e basso e in persone affette o non dal disturbo ossessivo compulsivo. Hanno evidenziato che i punteggi di dubbio erano significativamente più alti nei casi di DOC rispetto a quelli di controllo. Lo studio ha rivelato che i pazienti con punteggi di dubbio elevato prevedevano un accumulo di prove più lento rispetto a quelli con punteggi di dubbio basso e con diagnosi DOC inferiore al gruppo di controllo. A livelli più elevati di coerenza dei punti, i partecipanti al test con il DOC hanno mostrato tassi di deriva significativamente più lenti rispetto ai controlli ( $q < 0,05$  per il 30% e coerenza del 45%;  $q < 0,01$  per coerenza del 70%). Inoltre, a livelli più elevati di coerenza, i soggetti con dubbi elevati hanno mostrato tassi di deriva e tempi di reazione persino più lenti rispetto ai soggetti con dubbi bassi ( $q < 0,01$  per coerenza al 70%). Inoltre, in condizioni di elevata coerenza, le persone con punteggi elevati di dubbio hanno riportato una minore certezza nelle loro decisioni rispetto a quelle con punteggi bassi di dubbio. Gli autori concludono che il Questionario del dubbio è uno strumento utile per misurare i dubbi. Le persone con dubbi elevati, rispetto a quelli con pochi dubbi, accumulavano prove più lentamente e segnalavano una minore certezza quando prendevano decisioni in condizioni di bassa incertezza. Un forte dubbio può influire sul processo decisionale nei soggetti con DOC.

## IL DUBBIO PATOLOGICO

Il dubbio è una normale attività di pensiero e fa parte della nostra vita quotidiana, ci aiuta nella verifica della conoscenza e insinua una proficua incertezza sulle informazioni possedute per verificarne l'attualità e la corrispondenza ad una realtà pragmatica. Spesso viene visto come impedimento alla ostentata sicurezza del comportamento, soprattutto nelle persone che hanno responsabilità decisionali e leader di gruppo. Le domande e i dubbi possono riguardare scelte concrete, ma anche aspetti della propria personalità, atteggiamenti, sentimenti ed emozioni, per arrivare ad una comprensione maggiore di noi stessi e degli altri. Quando però il dubbio potenzia notevolmente l'incertezza operativa e di pensiero, quando una persona non riesce a dare una risposta idonea ad una domanda che lo assilla, quando pervade l'attività cognitiva e angoschia l'individuo allora si è in presenza dell'esasperazione patologica del dubbio. In Psicoterapia Breve Strategica viene definito: dubbio patologico ed è considerato come una forma specifica del disturbo ossessivo. Il paziente cerca con notevoli e sottili argomentazioni la risposta alla sua domanda, ma appena ne formula una ecco che dubita della stessa con valutazioni contrarie, instaurando un circolo vizioso senza fine, tra ragionamenti contrapposti che si scontrano ed impediscono una scelta preferenziale. L'emozione prevalente in tutte le domande è la paura di sbagliare, di non fare la scelta giusta e di essere

incapaci. Il dubbio diventa predominante nella vita cognitiva e relazionale del paziente, interferendo negativamente nel quotidiano e sul tono dell'umore. Nel dubbio patologico il ragionamento non aiuta a trovare la giusta soluzione, in quanto non vi può essere una risposta certa e vera in assoluto. Kant, il filosofo della "Critica della ragion pratica", affermava che "non esistono risposte corrette a domande scorrette" e pertanto prima di dare una risposta alla domanda si dovrebbe valutare la correttezza della stessa. Il tentativo di rispondere per rassicurarsi alimenta un ulteriore dubbio che fa sorgere una nuova domanda, seguita da un nuovo tentativo di risposta che prepara la strada alla domanda successiva, finché la persona si trova intrappolata in un labirinto infinito di dubbi e tentativi di risposta. (Nardone G & De Santis G 2011)

## **TERAPIA**

La terapia del dubbio patologico rientra in quella del DOC a cui sottende e ne determina una caratteristica importante.

## **FARMACOLOGIA**

Lo sviluppo di un trattamento farmacologico del disturbo ossessivo-compulsivo risale agli anni '60-'80, quando le prime ricerche dimostrarono la potenzialità terapeutica dell'antidepressivo triciclico clomipramina. Questi studi evidenziarono che l'inibizione del reuptake della serotonina sia la prima caratteristica fondamentale del trattamento farmacologico del DOC. L'utilità della clomipramina nel trattamento del disturbo fece nascere negli anni '90 un grande interesse per un'altra famiglia di farmaci antidepressivi, ovvero gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, caratterizzati dall'acronimo SSRI e responsabili del processo sopra indicato. Queste due famiglie di farmaci hanno in comune la capacità di potenziare la trasmissione nervosa serotoninergica. Per questo motivo oggi è acquisito come la terapia farmacologica di prima scelta nel trattamento del DOC sia rappresentata dall'impiego della clomipramina o degli SSRI, e in particolar modo di questi ultimi, per i minori effetti collaterali e la migliore tolleranza individuale.

## PSICOTERAPIA

### Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)

La terapia cognitivo-comportamentale è il risultato dell'integrazione di due trattamenti terapeutici: la psicoterapia cognitiva e la psicoterapia comportamentale ed è una delle terapie più comunemente utilizzate per il trattamento psicoterapeutico del disturbo ossessivo-compulsivo e nei disturbi d'ansia, con dimostrata efficacia.

La TCC non prende in considerazione le cause del disturbo, poiché poco utili nella sua risoluzione, ma si focalizza sull'attivazione di tutte le possibili risorse del paziente al fine di liberarlo dai problemi che spesso lo affliggono da molto tempo. Questa terapia, a differenza di molte altre, si concentra unicamente sul presente e sul futuro, e mira a far uscire il paziente dalla trappola che costituisce il disturbo, piuttosto che a cercare le cause originarie nel suo passato e a spiegargli come ci è entrato. la Terapia Cognitivo Comportamentale si serve di:

- Interventi psicoeducativi: al paziente vengono fornite nuove modalità di lettura di pensieri e stati d'animo.
- Tecniche di esposizione: si stabiliscono con il paziente graduali step per affrontare l'evento o la situazione temuti, in modo da confrontarsi con le paure temute in diversi contesti, solitamente da quello meno fastidioso al più spaventoso.
- Eliminazione dei comportamenti di controllo: a volte talmente abituali da risultare automatici, i comportamenti di controllo sono tutte le azioni messe in atto dal paziente per prevenire l'evento temuto quali l'evitare di andare in certi luoghi o di trovarsi in determinate situazioni. Spesso sono proprio il peso ed i costi che le strategie di controllo implicano a convincere la persona alla richiesta di aiuto.
- Ristrutturazione cognitiva: si identificano e discutono i pensieri che mantengono la sintomatologia ansiosa, ad esempio le convinzioni di pericolo o la tendenza a catastrofizzare un evento spiacevole.

Nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo le tecniche di esposizione e prevenzione della risposta e di terapia cognitiva hanno mostrato entrambi risultati stabili nel tempo e paragonabili all'intervento farmacologico con antidepressivi, con una media di 15 sedute. Il dubbio è associato ad importanti caratteristiche cliniche del disturbo ossessivo compulsivo, tra cui compromissione e risposta al trattamento cognitivo-comportamentale (Samuels J et al. 2017).

### **Terapia Breve Strategica (TBS)**

L'intervento terapeutico consiste nel ristrutturare la percezione del dubbio, facendo in modo che il paziente senta in prima persona, come esperienza emozionale correttiva, che le domande alle quali cerca di rispondere per rassicurarsi non sono corrette e decidibili, ma scorrette ed indecidibili. La soluzione non è riflettere e ragionare di più, ma all'opposto smettere di pensare e di ragionare sul problema. La risposta al dubbio, nella sua forma patologica, non si trova nei complessi ragionamenti, ma appare al contrario proprio quando si smette la ricerca della risposta stessa e definitiva. Per sradicare la convinzione del paziente circa la necessità di risolvere il dubbio con il ragionamento e le prove, occorre condurlo attraverso stratagemmi terapeutici a smettere di ragionare in tal senso, per permettergli di accedere alla esperienza emozionale correttiva della maggiore serenità che gli si presenta allorquando smette di rimuginare. La tentata soluzione di sciogliere il dubbio attraverso il ragionamento diventa la trappola psichica nella quale si è infilato, la sua prigione ed il labirinto dal quale non riesce ad uscire. Occorre condurlo attraverso stratagemmi terapeutici a smettere di ragionare ossessivamente, per permettergli di accedere all'esperienza emozionale correttiva. Gli si indurrà quindi suggestivamente il timore di rispondere alle domande su quel tale argomento, oppure gli si prescriverà di annotare per iscritto il flusso dei ragionamenti nel corso della giornata secondo uno schema di modi e tempi precisi, per ostacolare l'automatismo anarchico del suo continuo rimuginare. In questo modo si sperimenta una diminuzione dell'angoscia e il dubbio finisce gradatamente per perdere di importanza (Nardone G 2013).

### **Psicoterapia Analitico Transazionale (PAT)**

La psicoterapia Analitico Transazionale analizza l'individuo in sue tre modalità di comportamento ed azione: lo Stato dell'Io Genitore (pensieri, emozioni e comportamenti appresi dai nostri genitori), lo Stato dell'Io Adulto (pensieri, emozioni e comportamenti in risposta diretta ed adeguata al "qui ed ora") e lo Stato dell'Io Bambino (pensieri, emozioni e comportamenti in riproposizione dell'infanzia), considerandole alla base della struttura della sua personalità. Eric Berne ci spiega il significato della coesistenza in ognuno di noi di questi aspetti che vengono a strutturarsi a partire dall'infanzia grazie alle interazioni che il bambino ha con il mondo esterno e le sue scelte, adattandosi ad esso e strutturando inconsciamente il suo copione di vita, caratterizzato da convinzioni su sé, gli altri ed il mondo, formando il contenuto dei suoi Stati interni. "Uno stato dell'Io si può descrivere fenomenologicamente come un sistema compatto di sentimenti riferito ad un determinato soggetto, e operativamente come un insieme di modelli

compatti di comportamento; o pragmaticamente come un sistema di sentimenti che motivano il corrispondente insieme di modelli di comportamento.” (Berne 1961). La persona che soffre di dubbio patologico presenta difficoltà a darsi rassicurazioni dallo Stato dell’Io Genitore Affettivo Positivo (il genitore che da cura, protezione, sicurezza) e pertanto piuttosto che incoraggiarsi e rassicurarsi (rispetto alle proprie ipotesi e scelte di pensiero o azioni da intraprendere) e trovare le risposte alle domande tende a scoraggiarsi e a rimproverarsi, sopraffatto dallo Stato dell’Io Genitore Critico (Normativo, Negativo), arrabbiandosi con sé stesso e colpevolizzandosi con convinzioni del tipo “*È sbagliato ciò che pensi*”. Quanto più la persona si critica, tanto più sentirà paura, inadeguatezza, terrore, dallo Stato dell’Io Bambino. Dicendo: “*mi sento stupido, incapace*”. Si attiva un dialogo interno conflittuale tra Genitore Critico Negativo che svaluta i pensieri, le intuizioni del Bambino e quest’ultimo, che si sente inadeguato. L’Adulto risulta schiacciato da questo conflitto interno e si blocca, non agendo, non sperimentando conoscenze concrete dei propri dubbi nel qui ed ora della realtà e non accogliendo le intuizioni che arrivano dal proprio Bambino, si ferma ossessivamente nel proprio pensiero. Da un punto di vista terapeutico è dunque fondamentale decontaminare l’Adulto da vecchie convinzioni limitanti su sé stesso, collegate probabilmente a dei divieti giunti in tenera età dal proprio Genitore Critico interno “*non è giusto ciò che pensi, senti*” e del Bambino che si dice “*non mi posso fidare dei miei pensieri, sensazioni, emozioni*”. Occorre costruire un Genitore Affettivo Positivo che possa dare ascolto al Bambino dandogli anche il permesso di sperimentarsi, sbagliare, imparare dai propri errori, senza sentirsi giudicato negativamente, inadeguato o non all’altezza. Se si va indietro nell’infanzia del bambino è probabile che abbia avuto genitori molto severi che non accoglievano con adeguata accuratezza i suoi pensieri, emozioni ma al contrario, spesso lo svalutavano e lo riprendevano con frasi del tipo “*non capisci niente*”, “*sbagli sempre*” che possono aver portato alla costruzione di una personalità con un Genitore Critico molto negativo e persecutorio.

## DISCUSSIONE

Il lavoro di ricerca è stato concentrato sul dubbio sano e patologico e su quanto esso fosse un elemento importante per la conoscenza, mettendo in moto l’incertezza delle informazioni acquisite. Il dubbio e l’incertezza provocano sentimenti negativi di tensione psichica e paura di sbagliare che sono la spinta emotiva-motivazionale per la verifica cognitiva e comportamentale. Quando però il dubbio è eccessivo, insistente e coinvolgente, pervadendo la vita quotidiana della persona, con dubbi che generano altri dubbi e con tentativi di risposte esaustive e logico-razionali a domande indecidibili, ecco che diventa patologico ed interferisce anche con

la vita relazionale. Per alcuni autori in letteratura scientifica il dubbio ossessivo è un elemento importante, caratteristico e correlato del disturbo ossessivo e del processo decisionale ed ha anche una valutazione standardizzata con uno specifico questionario (Marton T et al. 2019). Per la Psicoterapia Analitico Transazionale il dubbio patologico nasce da un conflitto interiore tra lo Stato dell'io Genitore (Critico Negativo) e lo Stato dell'io Bambino (Adattato Negativo) rispetto al quale l'Adulto non riesce a prendere una decisione perché bloccato, evidenziando quanto sia importante il suo vissuto infantile di incapacità del paziente. Per la scuola di Psicoterapia Breve Strategica il dubbio patologico assume invece una considerazione specifica con una connotazione distinta dal disturbo ossessivo e parte integrante del disturbo ossessivo-compulsivo. Il trattamento prevede interventi psicoterapeutici mirati a bloccare la risposta ed insinuando il dubbio che siano proprio le risposte che aprono la strada a nuove domande ed instaurano un circolo vizioso che intrappola il paziente. Il dubbio che cura il dubbio e prescrizioni di annotazione di tutte le domande con relative risposte non appena vengono alla mente. Tali prescrizioni terapeutiche inducono il paziente a stancarsi e a rendersi conto di quanto sia assurdo ciò che scrive e che se evita di rispondere alle domande il dubbio svanisce (Nardone G 2014). Le altre terapie farmacologiche e psicoterapeutiche curano il dubbio nel DOC.

## CONCLUSIONI

L'esperienza della certezza è un processo importante per il funzionamento adattivo e la sua compromissione può essere determinante nello sviluppo della psicopatologia ossessiva. Il dubbio è una valenza positiva per la conoscenza, in quanto generando incertezza sulle informazioni e dati posseduti stimola la ricerca e apre nuovi orizzonti conoscitivo-esperienziali. Da punto di vista clinico, è importante perché stimola ed arricchisce la comprensione del vissuto patologico dei nostri pazienti. Fornisce un tratto clinico specifico e un compito cognitivo comportamentale per inquadrare la psicopatologia e studiare la fisiopatologia nel DOC, oltre a permettere un intervento attivo e specifico in ambito psicoterapeutico nel dubbio patologico. Ci si augura infine che il dubbio possa stimolare ulteriori specifiche ricerche scientifiche. "Il dubbio è l'inizio della conoscenza" (Cartesio), ma è anche "...la molla del pensiero ossessivo" (Nardone G)

## Bibliografia

- American Psychiatric Association: DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. R. Cortina Editore, 2014
- Berne E: Analisi Transazionale e Psicoterapia. (pubbl. originale 1961) Trad. it. Astrolabio, 1971.
- Galimberti U: Dizionario di Psicologia. Utet, Torino, 2006
- Grand du Saule: Folie du dute (avec délire de toucher). Adrien Delahaye libraire –Ed., Paris, 1875
- Heekeren HR et al: The neural systems that mediate human perceptual decision making. *Nature reviews neuroscience*. 2013; 1,468–479. [Google Scholar]
- Marton T et al: Validating a dimension of doubt in decision-making: A proposed endophenotype for obsessive-compulsive disorder. *Plos On*, PubMed, 2019 abstract doi: 101371/journal.pone.0218182 e full text [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6564001/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6564001/)
- Nardone G & De Santis G: Cogito ergo soffro. Ponte delle Grazie, Milano, 2011
- Nardone G: Psicotrappole, Ponte delle Grazie, Milano 2013
- Nardone G & Portelli: Ossessioni compulsioni manie. Ponte delle Grazie, Milano, 2013
- Nardone G: La paura delle decisioni: come costruire il coraggio di scegliere per sé e per gli altri. Ponte alle Grazie, Milano, 2014
- Nestadt G et al: Doubt and the Decision-making Process in Obsessive-Compulsive Disorder. *Med Hypotheses*, PubMed, 2016 doi: 10.1016/j.mehj.2016.09.010
- O'Connor K et al: Inductive reasoning and doubt in obsessive compulsive disorder. *J.Behav Ther Exp Psychiatry*, 2018, PubMed, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29175680>
- Olson CA, Hale LR, Hamilton N, Powell JN, Martin LE, Savage CR. Altered source memory retrieval is associated with pathological doubt in obsessive-compulsive disorder. *Behav Brain Res*. 2016; 296:53–60. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Rapoport JL: The boy who couldn't stop washing: the experience and treatment of obsessive-compulsive disorder. New York: Dutton; 1989. [Google Scholar]
- Samuels J et al: An investigation of doubt in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, PubMed 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28359017>
- Stewart I & Joines V: L'Analisi Transazionale. Garzanti, Milano 1990
- Stern ER et al: Subjective uncertainty and limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder. *Human Brain Mapp*, PubMed, 2013 doi:10.10002 e full text <https://doi.org/10.1002/hbm.22038>
- Woollams S & Brown M: Transactional Analysis. La Cittadella, Assisi, 1985

## Sitografia

Enciclopedia Treccani: [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

## THE MADNESS OF DOUBT

### Summary

*Doubt is a normal thought activity that takes part of our daily life. It helps us in verifying data, insinuating a profitable uncertainty on the information held. It is also an active stimulus to knowledge.*

*When the doubt grows, bringing other doubts, compromising decision-making skills, blocking the patient, interfering in everyday life and in relationship life then it can become pathogenic.*

*The aim of the research is to know and evaluate how pathological doubt can be decisive in the OCD and how it can interfere in the decision-making process and in anancastic behavior. For this purpose a research is made on PubMed and Google Scholar, examining publications, scientific journals, books and specific texts. The evaluation of the data revealed that the doubt is useful for a healthy knowledge and verification of the known and that, for some authors, the pathological doubt is a characterizing element of the OCD, studied in neurophysiopathology and tested with a specific questionnaire. In Strategic Short therapy the treatment pathological doubt has a distinct connotation from obsessive disorder and it is an integral part of obsessive-compulsive disorder. In Transactional Analytic therapy, doubt expresses a conflict between two Ego States: a Negative Critical Parent and a Negative Adapted Child, leaving the Adult Ego State in a decision-block. In conclusion doubt is not pathogenic as such, indeed it is healthy, but it becomes pathogenic when it exceeds certain limits. "Doubt is the beginning of knowledge" (Descartes), but it is also "... the incentive of obsessive thought" (Nardone G)*

**Keywords:** *Pathological doubt; Obsessional doubt; DOC; Madness; Doubt.*

### Corrispondenza

Dr Maurilio Giuseppe Maria Tavormina

Psichiatra

Viale Leone 4/f 80055 Portici (NA), Italia.

e-mail: [mtavormina@virgilio.it](mailto:mtavormina@virgilio.it)

# IL CONCETTO DI UMORE NEGLI SCRITTI DELLA FILOSOFA EDITH STEIN: IMPLICAZIONI PER LA MEDICINA

**Mark Agius**

*Centre for Mental Health Research in Collaboration with the University of Cambridge*

*Nota dell'autore:*

*desidero dedicare questo breve lavoro ai medici, agli infermieri, ai sacerdoti,  
a tutti coloro che sono morti servendo gli altri nella pandemia di coronavirus 2020  
e ai miei studenti che si sono laureati presto per poter esser di aiuto durante la pandemia.*

## **Riassunto**

*Viene introdotta la figura della filosofa Edith Stein. Edith Stein analizza l'affettività umana come un modello a cinque strati, in cui uno degli strati è rappresentato dall'umore. Ognuno di questi strati interagirà con gli altri, modulandosi a vicenda. Quindi si sostiene che devono essere considerati tutti gli altri fattori coinvolti quando interveniamo per curare l'umore dei nostri pazienti.*

**Parole chiave:** *Fenomenologia; Edith Stein; Umore; Affettività; Approccio multifattoriale.*

## INTRODUZIONE

Edith Stein è stata una filosofa, assistente di Edmund Husserl all'Università di Gottinga. È nota soprattutto per il suo lavoro sul concetto di empatia, un contributo che oggi è di grande importanza, in quanto l'empatia è di primaria importanza nella nostra comprensione della relazione medico-paziente. Tuttavia, come fenomenologa, che era interessata al concetto di persona umana, ha anche lavorato sul tema dell'Affetto e dell'Affettività all'interno della persona umana, e in questo lavoro ha descritto l'umore come una componente dell'affettività. Poiché i medici si impegnano nel trattamento dei disturbi dell'umore e, in effetti, i disturbi dell'umore sono condizioni mediche comuni, lo scopo di questo articolo è di sottolineare come l'analisi di Stein attiri la nostra attenzione sul fatto che l'umore sia solo un elemento della personalità umana *multifattoriale molto più ampia* e che gli altri fattori coinvolti devono essere tenuti presenti quando interveniamo per trattare l'umore dei nostri pazienti.

## BIOGRAFIA

Edith Stein nacque il 12 ottobre 1891, da una famiglia ebrea borghese, a Breslavia ora chiamata Wroclaw, in Polonia (Szanto 2020). Prima si laureò nella sua classe nell'Abitur nel 1911, e quindi entrò all'Università di Breslavia per studiare psicologia dove si interessò del lavoro di Husserl sulla fenomenologia. Da qui si trasferì a Gottinga per lavorare con lui dove ha completato la sua tesi sull'empatia, pubblicata con il titolo di "*Zum Problem der Einfühlung*" (*On the Problem of Empathy*) (Stein 1917). Successivamente ha lavorato come assistente retribuito di Husserl tra ottobre 1916 e febbraio 1918. Durante questo periodo ha trascritto e curato, con importanti interventi, i manoscritti di ricerca di Husserl, tra cui *Idee II*, e le sue *Lezioni sulla coscienza del tempo interno*. Inoltre, quando il suo collega Reinach morì nella Grande Guerra nel 1917, aiutò a pubblicare la raccolta dei suoi scritti (Szanto 2020). Inoltre, durante la Prima Guerra Mondiale, ha lavorato come infermiera in un ospedale tedesco della Croce Rossa. Stein fece domanda per conseguire l'abilitazione a Gottinga nel 1919, che a quel tempo era negato alle donne. La sua domanda a Gottinga fu respinta, tuttavia la proposta della sua tesi per l'abilitazione fu pubblicata nel 1922 come "*Beiträge zur philosophischen Begründung der Psychologie und der Geisteswissenschaften*" (*Philosophy of Psychology and the Humanities*) (Stein 1922). All'interno di questa tesi e di quella sull'empatia ha lavorato, tra l'altro, sulla fenomenologia dell'umore. La Stein ritornò a Breslavia per offrire esercitazioni private di filosofia e, si convertì al cattolicesimo sotto l'influenza di amici cattolici, oltre a essere stata colpita dall'autobiografia di Teresa d'Avila. Iniziò a studiare

intensamente gli scritti di Tommaso d'Aquino di cui tradusse il *De Veritate* (Szanto 2020). Considerò la possibilità di svolgere una tesi di abilitazione con Heidegger a Friburgo, per la quale scrisse un'altra tesi, *Potency and Act*, (Stein 1931). Tuttavia, ebbe una cattedra di insegnamento presso l'Istituto tedesco di pedagogia scientifica di Münster, e quindi abbandonò i suoi piani per l'abilitazione. Inoltre, iniziò un nuovo studio, *Finite and Eternal Being* (Stein 1950). A causa della sua discendenza ebraica, Edith Stein fu licenziata dalla sua posizione a Münster il 19 aprile 1933 dopo l'ascesa al potere dei nazionalsocialisti in Germania. Nell'aprile del 1934 entrò nel noviziato del convento dei Carmelitani a Colonia, prendendo il nome religioso Teresa Benedicta della Croce. Nel 1938 Stein fu trasferita per motivi di sicurezza nel convento Carmelitano di Echt, in Olanda. Lì scrisse i suoi due trattati teologici più importanti, *La Scienza della Croce*, che era un commento sull'insegnamento di San Giovanni della Croce, (Stein 2003) e *Ways to Know God*, che includeva un commento sullo scrittore paleocristiano Dionigi l'Areopagita (Stein 1946). Un'opera postuma è *Life in A Jewish Family* (Stein 1986), che descrive la sua prima infanzia, per mostrare la normalità e l'umanità della sua esperienza, in contraddizione con le affermazioni dei detrattori nazisti sugli ebrei. La condanna dell'antisemitismo nazista da parte dei vescovi olandesi, il 26 luglio 1942, indusse le autorità tedesche ad arrestare i Cattolici Romani non ariani per vendetta e, di conseguenza, sia Teresa Benedicta che sua sorella Rosa, anch'essa convertita alla religione cattolica, furono arrestate a Echt dalla Gestapo il 2 agosto 1942 e trasferite al campo di concentramento di Auschwitz, dove morì poco dopo nelle camere a gas, probabilmente il 9 agosto 1942. Teresa Benedicta della Croce (Edith Stein) fu canonizzata l'11 ottobre 1998 dalla Chiesa Cattolica Romana ed è stata dichiarata una dei santi patroni d'Europa.

## FENOMENOLOGIA

La fenomenologia è lo studio delle strutture della coscienza osservate in prima persona (Smith 2018). La fenomenologia vuole “tornare alle cose in sé” (Buttiglione 2017). Per i fenomenologi, la struttura centrale di un'esperienza è la sua intenzionalità, essendo diretta verso qualcosa, poiché è un'esperienza di o su un oggetto. Un'esperienza è diretta verso un oggetto in virtù del suo contenuto o significato (che rappresenta l'oggetto) insieme a condizioni abilitanti appropriate (Smith 2018). La fenomenologia divenne un'importante disciplina filosofica agli inizi del XX secolo grazie alle opere di Husserl e dei colleghi dell'Università di Gottinga, una delle quali era Edith Stein.

### L' Umore nel pensiero di Edith Stein.

La teoria delle emozioni di Stein è descritta nel suo libro sull'empatia e nel *Beiträge* (Szanto 2020). All'interno di questo volume ci sono i suoi commenti sull'umore. La teoria delle emozioni di Stein rappresenta una complessa discussione sul ruolo che l'affettività svolge nella costituzione della personalità umana, in che modo le emozioni si collegano all'espressione, alla motivazione e alla volontà, nonché al modo in cui gli stati affettivi degli altri possono essere compresi attraverso l'empatia (Szanto 2020). Si può quindi commentare che Stein attribuisca all'affettività un ruolo maggiore nella personalità di quanto i medici di solito facciano. La filosofia delle emozioni di Stein coinvolge la sua filosofia della psicologia e la sua teoria dell'empatia. Il racconto della Stein è stato descritto come molto originale, specialmente quando analizza l'umore e i sentimenti e quando descrive la vita emotiva delle persone come organizzata su diversi livelli.

Stein distingue cinque diversi strati di affettività (Szanto 2020): (1) *Sensazioni sensoriali*; (2) *Sensazioni comuni*; (3) *Umore*; (4) *Emozioni*; (5) *Sentimenti*.

(1) *Sensazioni sensoriali*: Al livello più elementare, ci sono "sensazioni sensoriali" o "impressioni di sensazioni", come prurito, dolore fisico o piacere del gusto o della consistenza del cibo. Stein ritiene che il dolore e altri sentimenti sensoriali presentino parti del corpo della persona che vive un'emozione (definito "emoter") sotto aspetti particolari (Szanto 2020). Quindi l'oggetto dato in maniera intenzionale alla persona che avverte l'emozione non è un "oggetto-dolore" ma la sua posizione corporea. Pertanto, Stein descrive questi sentimenti sensoriali come "sensazioni corporee localizzabili", in modo che il piacere di un gusto o di una consistenza sia "sentito dove il cibo viene assaggiato" o "dove il pezzo di tessuto tocca la mia pelle". Quindi, Stein comprende questi sensazioni del livello più basso, come intrinsecamente correlati al 'sé' (Szanto 2020). Afferma che "Sperimento la mia sensibilità affettiva come lo strato più superficiale e più esterno del mio io". Ciò illustra uno dei principi fondamentali della fenomenologia dell'affettività di Stein, ovvero che diversi strati di affettività hanno differenti "profondità dell'io", o modi e gradi diversi in cui le persone che si emozionano sono influenzati da esperienze affettive in modo che l'affettività sia stratificata su livelli diversi (Szanto 2020). Si può commentare che in medicina, i percorsi di tali sensazioni come il dolore sono visti come parte della neurologia, e quindi separati dall'affettività, che è trattata in psichiatria.

(2) *Sensazioni comuni*: Il livello successivo di affettività è onnipresente. Una delle intuizioni chiave delle descrizioni delle emozioni di Stein è che ogni esperienza cosciente è sempre penetrata e modulata dall'affettività. Ciò significa che tutte le

esperienze, comprese cognizioni, conazioni, percezioni e volizioni, sono “colorate” o “illuminate” da, o “sommese” da ciò che Stein chiama “sensazioni generali o comuni”, che sono stati affettivi del corpo vissuto (Szanto 2020). Tali “sensazioni comuni” includono stanchezza, freschezza o irritabilità. Questi non sono intenzionali nel senso che non presentano o valutano oggetti, eventi o persone particolari” (Szanto 2020). Tuttavia, come i sentimenti sensoriali, sono intenzionali in senso minimale perché mettono in relazione la persona che prova l’emozione con il suo stato corporeo generale e quindi indicano la “sintonizzazione” della persona stessa. Pertanto, Stein caratterizza le sensazioni comuni (insieme con l’umore) come forme di “esperienza di Sè”. Inoltre, come le sensazioni sensoriali, le sensazioni comuni non sono solo “dentro” il mio corpo vissuto, per così dire, ma anche “in me, emanano dal mio io” (Szanto 2020). Un modo in cui l’autore dell’articolo prova a comprendere ciò, è che se mi sento stanco (“sensazione comune”), allora tutto ciò che provo, lo provo in modo stanco, perché sono io stesso (l’io) stanco. In altre parole, i “sentimenti comuni” forniscono un contesto per l’esperienza affettiva, che quindi interpreta l’intera esperienza (commento di MA).

(3) *l’Umore*: Il terzo livello di affettività è costituito dall’Umore. L’umore è una dimensione onnipresente delle nostre vite affettive: in altre parole, ogni esperienza emotiva porta una certa componente dell’umore, che consente alle emozioni di emanare ed espandersi dal loro luogo iniziale e “riempire” l’ego (Szanto 2020). Stein sostiene che l’umore non ha una “natura corporea”, non “riempie” il corpo sentito, ma che sia anch’esso intenzionale nel senso che ha un “oggettivo correlato”, e così Stein commenta: “per l’allegro, il mondo è immerso in un luccichio roseo” (Szanto 2020). Data la teoria sulla causalità psicofisica, la Stein sostiene che ci sono “influenze” reciproche e interconnessioni tra la dimensione spirituale e corporea dell’affettività, in particolare tra umore e sensazioni comuni (Szanto 2020). Ad esempio, lo illustra descrivendo come, se lei fa un viaggio in campagna e arriva in un luogo soleggiato e piacevole, allora un umore allegro inizierà a prenderne possesso, ma, poiché si sente stanca (la sensazione comune), questo umore non può prevalere (Szanto 2020). L’umore può anche interagire con emozioni adeguate, quindi si può, ad esempio, avere una “gioia allegra” o una “gioia seria” (Szanto 2020). Questo è un commento importante per i medici: quando si valuta l’abbassamento o l’innalzamento dell’umore, dobbiamo tenere conto delle sensazioni generali e delle emozioni che lo colorano (commento di MA).

(4) *Emozioni*: “Emozioni”, o “sentimenti spirituali”, come li chiama Stein, sono veramente stati intenzionali poiché “sono sempre sentimenti di qualcosa. In ogni senso, sono diretti verso un oggetto” (Szanto 2020). Stein concorda anche sul fatto

che le emozioni sono fondate o derivano la loro intenzionalità da qualche atto o cognizione di presentazione o rappresentazione (Szanto 2020). Stein afferma che le emozioni sono in realtà sentite fisicamente, ma considerate nella loro “pura essenza”, non sono “legate al corpo” (Szanto 2020). Stein distingue quattro dimensioni affettive per quanto riguarda le emozioni: la “profondità”, la “portata”, la “durata” e “l’intensità” di un’emozione (Szanto 2020). Sebbene l’intensità fattuale di un’emozione non sia soggetta alle leggi della ragione, possiamo e dobbiamo modulare l’impatto di un’emozione sulle nostre volizioni e comportamenti (Szanto 2020). È importante che, per Stein, le emozioni possano essere “razionalmente” appropriate e “giuste” o “sbagliate” (Szanto 2020). Ciò che rende le emozioni soggette a condizioni di correttezza razionale e normativa è, ancora una volta, il loro “essere ancorati nell’Io” (Szanto 2020). Detto in altre parole, un’emozione è adatta, se individua quelle caratteristiche valutative del bersaglio che contano davvero per la persona che avverte quell’emozione (Szanto 2020). La congruenza è una nozione essenzialmente relativa al soggetto. Non riguarda alcuna proprietà oggettiva (assiologica o morale) (Szanto 2020). (Per cercare di chiarire tutto ciò, può darsi che un uomo d'affari possa sentirsi molto turbato a causa di una grave perdita di denaro in borsa, e quindi diventare depresso, ma il suo sentimento potrebbe cambiare in base al suo atteggiamento verso il denaro, al suo speculare o essere cauto, e questi sentimenti possono essere adattati o cambiati, e quindi anche il suo stato affettivo (commento di MA).

(5) *Sentimenti*: lo strato finale di affettività è costituito da “sentimenti” o atteggiamenti affettivi diretti verso le persone (Szanto 2020). Stein elenca una serie di esempi, come l’amore e l’odio, o la gratitudine, il risentimento e la vendetta (Szanto 2020). Oggi, mentre l’amore o l’odio possono essere caratterizzati come sentimenti, la gratitudine e il risentimento possono in alternativa essere classificati come atteggiamenti reattivi e la vendetta può essere caratterizzata come tratto caratteriale (Szanto 2020). Comunque nella sua classificazione, Stein classifica tutti questi come sentimenti perché sono tutte “emozioni che hanno altre persone come loro oggetti”. Come tutte le altre dimensioni di affettività di Stein, sono anche “ancorate a diversi livelli dell’Io (ad esempio, l’amore più profondo dell’affetto)” e “hanno valori personali come loro correlati” (Szanto 2020). In parole povere, potrei amare o odiare qualcuno, e se quella persona dovesse morire, i miei sentimenti sarebbero completamente diversi a seconda del sentimento che avevo per lei, quindi il sentimento che ho per la persona modula l’umore o lo stato affettivo che proverò (commento di MA).

**Cosa ci dice oggi l'analisi di Stein dei diversi livelli di affettività?**

In sostanza, l'analisi di Stein sui diversi livelli di affettività è una lezione salutare per i medici che studiano e curano i disturbi dell'umore oggi. Interveniamo con i farmaci per curare l'umore, ma Stein ci ricorda che, all'interno della persona umana, l'umore è solo uno dei componenti di una serie di livelli di affettività che regolano il modo in cui una persona si sente. Pertanto, una persona può avere una depressione dell'umore, ma può essere stanca e dolorante, il che cambia la sua reazione a un cambiamento di umore e può modulare tale umore. La stessa persona può sentirsi emozionata, sconvolta o arrabbiata, il che potrebbe generare sentimenti di disperazione per il suo stato, e dato che il suo umore è basso, questo potrebbe anche portare a un'idea suicidaria e il sentimento attuale potrebbe essere modulato o generato da un sentimento simile come uno di risentimento verso una circostanza particolare. Inoltre, l'intensità di ciascun livello di sensibilità o affettività può variare come descritto sopra cosicché, secondo il singolo caso, possa essere più o meno importante ciascun fattore che contribuisce. Detto in altro modo, l'umore è solo un aspetto dello stato mentale del paziente, è necessario ascoltare l'intera storia e le circostanze di ogni paziente per capire cosa deve essere fatto per aiutarlo, e quindi, l'intervento del medico ha bisogno essere un piano di trattamento che affronta tutti i fattori che sono stati identificati come influenzanti il paziente. Non è sufficiente identificare meccanicamente una lista di sintomi per fare una diagnosi, né è sufficiente l'intervento con i farmaci per cambiare l'umore; potrebbero essere necessari interventi psicologici e sociali per far fronte alle molteplici fonti di angoscia possibili e, in effetti, per aiutare il paziente a cambiare ciò che può essere cambiato nelle convinzioni o prospettiva del paziente - in altre parole, le sue emozioni e sentimenti -. Spesso, i sentimenti sulle varie situazioni e le emozioni che suscitano sono il risultato di un trauma nel passato recente o più lontano. Tale trauma può portare a danni psicologici permanenti, come nei disturbi della personalità, e questi possono rendere la depressione "resistente". In questo contesto è importante notare che dal punto di vista delle neuroscienze e dell'imaging, i pazienti con depressione di lunga durata, con disturbo post-traumatico da stress e con disturbo borderline di personalità presentano tutti risultati MRI simili, in particolare un ippocampo di volume ridotto (Frodl 2008) (Logue 2018) (Schmahl 2009). Questi risultati simili supportano probabilmente l'analisi di Stein sul sistema di affettività a cinque livelli in cui ciascun livello modula gli altri. È importante che tali questioni vengano prese in considerazione e trattate psicologicamente. In altre situazioni, potrebbero essere necessari cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti, ad esempio una rivalutazione dell'atteggiamento o dell'emozione di un paziente (in senso Steiniano) rispetto a qualcosa (come l'uso di denaro, gioco d'azzardo o

investimenti speculativi) per trattare alcune situazioni di depressione, e ciò può essere ottenuto con la terapia cognitivo-comportamentale. L'analisi di Edith Stein sull'affettività degli esseri umani è un utile promemoria della necessità di questo approccio poliedrico.

## Bibliografia

- Buttiglione R: Edith Stein beyond Descartes: Empathy as Ground for Knowledge. *Journal of East-West Thought* 2017;7: 37-48.
- Frodl T, Jäger M, Smajstrlova I et. al.: Effect of hippocampal and amygdala volumes on clinical outcomes in major depression: a 3-year prospective magnetic resonance imaging study *J Psychiatry Neurosci* 2008; 33: 423–430.
- Logue M, van Rooij SJH, Dennis EL, Davis SL, et.al.: Smaller Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder: A Multisite ENIGMA-PGC Study: Subcortical Volumetry Results From Posttraumatic Stress Disorder Consortia. *Biol Psychiatry* 2018; 83: 244–253.
- Schmahl C, Berne K et al.: Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2009; 34: 289–295.
- Smith DW: “Phenomenology”. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* E.N.Zalta ed.2018
- Stein E: *On the Problem of Empathy*, Waltraut Stein (trans.), CWES, 1989.
- Stein E: *Philosophy of Psychology and the Humanities*, Mary Catherine Baseheart and Marianne Sawicki (trans.), CWES, 2000.
- Stein E: *Potency and Act: Studies toward a Philosophy of Being*, Walter Redmond (trans.), CWES, 2009.
- Stein E: *Finite and Eternal Being. An Attempt at an Ascent to the Meaning of Being*, Kurt F. Reinhardt (trans.), CWES, 2002.
- Stein E: *The Science of the Cross*, Josephine Koepfel (trans.), CWES, 2002.
- Stein E: (Benedicta a Cruce, Sister Theresia) and Allers R. “Ways to Know God: The “Symbolic Theology” of Dionysius the Areopagite and Its Factual Presuppositions.” *The Thomist: A Speculative Quarterly Review* 1946; 9: 379-420
- Stein E. *Life in a Jewish Family: Her Unfinished Autobiographical Account*, Sister Josephine Koepfel, O.C.D. (trans.), ICS Publications, 1986
- Szanto, T. and Moran, D. “Edith Stein”, in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* E.N.Zalta (ed.), 2020

## THE CONCEPT OF MOOD AS DESCRIBED WITHIN THE WRITING OF THE PHILOSOPHER EDITH STEIN; IMPLICATIONS FOR MEDICINE.

*Author's note: I wish to dedicate this brief work to the doctors, nurses, priests and others who died serving others in the coronavirus pandemic 2020, and to my students who graduated early to help during the pandemic.*

### Summary

*The person of the philosopher Edith Stein is introduced. Edith Stein analyses human affectivity as a five strata model, with mood being one stratum. Each of these strata will interact with the others, thus modulating them. Hence it is argued that all the other factors involved need to be kept in mind when we intervene to treat our patients' mood.*

**Keywords:** Phenomenology; Edith Stein; Mood; Affectivity; Multi-factorial approach.

### Corrispondenza

Dr. Mark Agius

Centre for Mental Health Research  
in Collaboration with the University of Cambridge

*e-mail:* mark.agius52@gmail.com



# L'ESORDIO DEPRESSIVO

**Giuseppe Stranieri**

*Dirigente Medico C.S.M. di Catanzaro*

*È possibile spiegare pienamente qualcosa senza comprenderlo*

*K. Jaspers - Psicopatologia Generale, p. 30*

## **Riassunto**

*Stiamo completando questa relazione, durante la pandemia di Covid-19, che sicuramente, per l'impatto economico sociale e sanitario, favorisce l'insorgenza della Depressione, aumentando l'incidenza di questa malattia già elevata nel mondo in tutte le fasce di età. In questi mesi di isolamento e distanziamento resi necessari per prevenire l'infezione di Covid-19, abbiamo sperimentato nel nostro C.S.M. di Catanzaro, quello che era nostra convinzione e cioè l'impossibilità di prendere in carico, inquadrare dal punto di vista diagnostico e programmare una terapia per i disturbi dell'umore, senza una relazione umana, empatica e personale col paziente depresso.*

**Parole chiave:** *Relazione; Empatia; Trascendenza.*

## **INTRODUZIONE**

I dati statistici ed epidemiologici, ci dicono che la Depressione, affligge più di 350 milioni di persone di tutte le età, in ogni società, rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia. Sappiamo anche, che nonostante esistano ormai trattamenti efficaci per curarla, meno del 10% delle persone che ne avrebbe bisogno riceve cure adeguate, ma nello stesso tempo è anche vero che negli ultimi 20 anni c'è stato un aumento di 40 volte di diagnosi di Disturbo Bipolare

nell'infanzia e di venti volte di quello di Autismo, e che sopra i 32 anni nel corso della vita, il 50% della popolazione riceve una diagnosi di Disturbo d'Ansia e il 40% di Disturbo dell'Umore. Riteniamo che l'uso sempre più frequente del DSM5, scorrettamente utilizzato, così come molti Test Psicodiagnostici, abbia determinato un aumento delle diagnosi di Depressione, con falsi positivi e un eccesso di trattamenti farmacologici, col rischio di medicalizzare la normalità e trasformare la criminalità in patologia. Non bisogna dimenticare che in psichiatria, in modo particolare, la prevenzione, può diventare pericolosa in assenza di una diagnosi accurata, di terapie efficaci e trattamenti sicuri. Un altro punto importante da tenere in debita considerazione, è l'uso dei farmaci in psichiatria che pur avendo dato una svolta positiva al trattamento dei disturbi mentali, deve però essere strettamente monitorato per evitare quello che si è verificato negli ultimi 20 anni, che ha visto anche in Italia un aumento del 340% della prescrizione di ansiolitici e antidepressivi. La riflessione su questi dati, ci fa capire quanto sia importante un approccio diverso sull'inquadramento e la presa in carico dell'esordio depressivo e quanto sia importante una formazione umanistica oltre che scientifica del personale sanitario.

## DISCUSSIONE

Per un migliore approccio all'esordio Depressivo, è necessario rivedere il concetto di salute mentale, così come ha fatto la Silvana Galderisi in occasione del congresso SOPSI del 2017 (Galderisi S, 2017), mettendo in discussione quanto affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che propone una definizione incentrata su una necessaria condizione di benessere fisico, psicologico e sociale, a questa definizione la Galderisi contrappone un concetto di salute mentale come (la ricerca di un equilibrio tra le varie componenti della vita psichica, che rappresenta in sé la possibilità di superare il concetto di benessere come fondante la salute, un equilibrio dinamico, quindi soggetto a crisi, cambiamenti e alla ricerca di una sempre nuova stabilità). Avere, quindi, la consapevolezza che il compito dello psichiatra, non è quello di favorire nel paziente la spasmodica ricerca di un benessere fisico, ma quello di sostenerlo ed indirizzarlo verso un equilibrio dinamico che prevede anche momenti di crisi e difficoltà. Le neuroscienze hanno sicuramente determinato un notevole passo avanti nel conoscere le strutture cerebrali e le interconnessioni neuronali, ma non quello di conoscere l'uomo nella sua unicità, superando il dualismo tra mente e corpo per considerarlo Persona. Come scrive Husserl (Husserl E, 1960): "Tra i corpi di questa natura trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico, ma corpo vivente". Oltre al potenziamento ed una nuova organizzazione di servizi di salute mentale appare di primaria importanza se si vuole rispondere alla sfida imposta

dal disagio mentale, il rafforzamento dell'assistenza primaria e i rapporti ospedale territorio, una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali,, una migliore differenziazione dell'offerta sulla base di bisogni dei pazienti, la riduzione dei troppi letti in residenze e comunità e il potenziamento del territorio con piccoli gruppi di convivenza, (casa famiglia), aiutando così le persone a restare nel proprio ambiente di vita. L'esordio Depressivo, non è la sommatoria di alcuni sintomi, e non si può fare una corretta diagnosi di Depressione basandosi esclusivamente sul DSM5, perché è come se un gallerista di quadri valutasse un'opera d'arte con la descrizione del quadro per via Email. E' necessario da una parte attivare azioni efficaci nell'ambito della prevenzione primaria , attraverso progetti di intervento nelle scuole volti all'individuazione dei soggetti a rischio e attraverso un'attenzione particolare alle fasce di popolazione più anziane, con programmi finalizzati a ridurre l'isolamento sociale, e l'instaurazione di una relazione personale ed empatica, la sola che può accompagnare il paziente ad affrontare un'iniziale disagio che può avere le più diverse soluzioni e tra queste la Depressione, che come scrive Jaspers (Jasper K, 2000) nella sua "Psicopatologia Generale": il nucleo della malinconia è formato da una immotivata e profonda tristezza, alla quale si aggiunge un'inibizione di tutta l'attività psichica che, oltre ad essere sentita dolorosamente in senso soggettivo, è anche constatabile oggettivamente. Tutte le pulsioni sono inibite, il malato non ha voglia di nulla. Da una diminuzione dell'impulso al movimento e all'attività, si giunge fino a una completa inattività. Nessuna risoluzione, nessuna attività, possono essere intraprese. Le associazioni non sono più disponibili. Ai malati non viene in mente più niente, si lagnano della loro memoria completamente sconvolta, sentono la loro incapacità di rendimento, si lamentano della loro insufficienza, dell'insensibilità e del vuoto. Sentono la profonda afflizione come una sensazione nel petto e nell'addome, quasi che si potesse coglierli lì. Nella profonda tristezza il mondo appare loro come grigio, indifferente e sconsolante. Di ogni cosa cercano solo il lato sfavorevole e infelice nel passato hanno avuto molte colpe, (autorimproveri, idee di colpevolezza), il presente offre loro solo disgrazie (idee di impoverimento). Non si può entrare in questo mondo che abbiamo appena descritto, né si può esperirlo come se fosse nostro, potendo così aiutare chi ci chiede aiuto, senza un contatto diretto, ravvicinato e sicuramente non attraverso una telecamera. Siamo del parere che la Psichiatria, è scienza umana e quindi l'approccio all'esordio Depressivo, deve configurarsi come incontro con la persona e non con i suoi sintomi. È l'essere umano nella sua interezza a presentare un disagio, mai una sua parte. La linea guida del nostro C.S.M., per l'esordio Depressivo, è quello di studiare l'individuo, senza ridurlo nelle sue parti semplici, senza per questo negare la validità dei concetti dell'analisi di parti. Come scrive Maslow (Maslow AH, 1972): l'arrossire, il balbettare, il tremare, sono comportamenti che possono essere studiati in due modi diversi, da

una parte possiamo studiarli come fenomeni isolati e da comprendersi isolatamente, dall'altra studiarli come espressione dell'organismo nella sua interezza, cercando di capirle nella ricchezza delle relazioni che hanno con l'organismo. È la scelta che bisogna fare tra un metodo riduttivo-analitico e un metodo olistico-analitico. L'esperienza ormai trentennale del nostro CSM ci ha permesso di identificare alcuni punti critici nella presa in carico di pazienti con disturbi dell'umore. Il primo dato, è che molti soggetti con Depressione Grave, arrivano alla nostra osservazione dopo molto tempo dall'insorgenza della malattia, e molti pazienti che fanno uso di antidepressivi da molto tempo, senza trarre nessun beneficio per la loro salute, che non sono depresse. L'altro dato è la difficoltà di stabilire col medico di medicina generale un rapporto che possa permettere una condivisione della presa in carico del paziente per accompagnarlo lungo il percorso terapeutico. I test psicodiagnostici somministrati in modo asettico, senza un'accurata preparazione e senza valutare il livello cognitivo del paziente, sono spesso fuorvianti e di poca utilità. Nel nostro CSM, Il primo colloquio, avviene in ambulatorio, che deve avere il minor numero di barriere "architettiche", e dura 90 minuti circa, si dà la possibilità al paziente di esporre tutto quello che ritiene necessario dire, soffermandosi nella prima seduta, sul luogo di provenienza, sull'attività lavorativa, sull'ambiente familiare, sul rapporto familiare, stabilendo alla fine quali sono i motivi che lo hanno spinto a chiederci aiuto e cosa dovremmo concordare insieme per cercare di risolvere i problemi posti. Nel secondo colloquio che avviene generalmente dopo una settimana si dà la possibilità al paziente di raccontare il suo mondo, il suo vissuto, le sue angosce e le sue speranze, concordando insieme un percorso terapeutico che potrà essere di solo psicoterapia, di sola farmacoterapia ma il più delle volte con entrambi le modalità. Prima di arrivare ad una diagnosi, è importante stabilire un rapporto autentico col paziente, leggere i sintomi come simboli che ci conducono ad un vissuto che non necessariamente deve essere patologico e che nello stesso tempo potrebbero nascondere dietro un'apparente depressione un'altra patologia. I dati statistici epidemiologici, ci dicono che i disturbi dell'umore hanno una maggiore incidenza nel sud rispetto al nord, a nostro avviso questo dato andrebbe discusso e approfondito, quello che possiamo dire è che i pazienti che guariscono dalla depressione, sono quelli che oltre a dare un buon giudizio sull'efficacia della terapia farmacologica, danno anche un buon giudizio sulla relazione con lo psichiatra.

## CONCLUSIONI

La Depressione è una delle principali cause di disabilità nel mondo, le cause che la determinano sono sicuramente multifattoriali. Sicuramente la società nella quale viviamo, favorisce l'insorgenza di questa malattia, così come l'emergenza sanitaria per la pandemia che stiamo vivendo aggrava ancora di più tale tendenza.

Sperare in un intervento più incisivo nella sanità, con aumento di personale, strutture e ospedali, appare di vitale importanza. I centri di salute mentale devono rappresentare i punti di riferimento di tutta la rete che deve crearsi intorno al disagio mentale: ospedale, famiglia, medici di medicina generale, servizi sociali, strutture residenziali.

L'esordio depressivo va attentamente seguito nella sua evoluzione, in sintonia col paziente,

valutandone l'evoluzione e creando un'alleanza terapeutica che pone come punto fondamentale della terapia, la relazione.

L'incidenza della Depressione Maggiore Unipolare, è a nostro avviso sovrastimata, in quanto molti esordi depressivi evolvono molto frequentemente in Disturbi Bipolari o Disturbi Psicotici e non raramente in Demenze.

Una diagnosi differenziale anche tra disagi esistenziali e depressioni endogene, è di primaria importanza per l'orientamento terapeutico che è diverso a seconda del caso.

I cambiamenti socio-economici e culturali, insieme all'avvento della tecnica, così come i nuovi cambiamenti ambientali, ci pongono degli interrogativi di non facile soluzione, per esempio: quanto dovremo abituarci all'essere curati a distanza per via telematica o magari con un robot che ci prescrive una terapia? Quanto la psichiatria riuscirà a non essere subordinata alla tecnica?

Ci piace pertanto, ancora una volta ricordare quanto scrive Galimberti (Galimberti U, 2006) che è di fondamentale importanza proporre un approccio di tipo fenomenologico alla sofferenza mentale, sostituendo al dualismo anima e corpo, la relazione del nostro corpo con il mondo della vita, da cui emerge che la follia, non è tanto una deviazione dalla norma, ma l'estremo tentativo, da parte del folle, di essere comunque al mondo, e di progettare, nonostante tutto, un mondo.

## Bibliografia

Galderisi S: Congresso SOPSI 2017 – Roma

Galimberti U: Psichiatria e Fenomenologia, Feltrinelli Ed, 2006; pag 358

Husserl E: Meditazioni Cartesiane, Bompiani Ed, 1960; pag 107

Jaspers K: Psicopatologia Generale, Pensiero Scientifico Ed, 2000; pag 640- 641

Maslow AH: Motivazione e Personalità, II ediz., Armando Ed, 1972; pag 453

## THE DEPRESSIVE DEBUT

### Summary

*We are completing this work, during the Covid-19 pandemic, which certainly, due to the economic, social and health impact, favors the onset of the Depression, increasing the incidence of this disease already high in the world and in all age groups. In these months of isolation and spacing made necessary to prevent Covid-19 infection, we have experimented in our C. S.M. of Catanzaro, what was our belief and that is the inability to take charge, frame from the diagnostic point of view and plan a therapy for mood disorders without a human, empathetic and personal relationship with the depressed patient.*

**Keywords:** *Relationship; Empathy; Transcendence.*

### Corrispondenza

Dr Giuseppe Stranieri

via Milano 28 – 88024 Girifalco (CZ)

e-mail: straniti@virgilio.it

# INTERVENTI NON FARMACOLOGICI NELLA DOPPIA DIAGNOSI: UNA OVERVIEW

**Giulia Menculini, Valentina Del Bello, Patrizia Moretti,  
Alfonso Tortorella**

*Cattedra di Psichiatria, Università di Perugia, Perugia, Italia*

## **Riassunto**

*La doppia diagnosi (DD) costituisce un'entità clinica complessa, risultante dall'interazione di numerosi fattori. I trattamenti integrati rappresentano ad oggi il gold-standard nei percorsi di cura per i soggetti con disturbi mentali severi in comorbidità con disturbi correlati a sostanze. L'obiettivo di questa overview è quello di analizzare la letteratura relativa agli outcome delle terapie non farmacologiche per i soggetti affetti da DD. Sono stati presi in analisi trattamenti psicoterapici, psicoeducativi ed altri interventi psicosociali, numerosi dei quali hanno dimostrato efficacia nel migliorare sia gli outcome relativi alle sostanze che quelli associati alla psicopatologia. L'associazione con il trattamento farmacologico, la realizzazione degli interventi in setting integrati da parte di un'équipe multidisciplinare e la creazione di un'efficace relazione terapeutica appaiono elementi cruciali nello sviluppo di strategie mirate che permettano di ottimizzare il trattamento in una prospettiva di medicina personalizzata.*

**Parole chiave:** *Doppia diagnosi; Interventi psicosociali; Interventi non farmacologici; Psicoterapia; Psicoeducazione.*

## INTRODUZIONE

I comportamenti d'abuso rappresentano la risultante di un processo multifattoriale, che vede aspetti neurobiologici interagire con determinanti socioambientali. Le tossicodipendenze presentano infatti il carattere di patologie ad andamento cronico-recidivante a fronte di modificazioni permanenti dei sistemi neurotrasmettitoriali, che si ripercuotono sul funzionamento globale dell'individuo. Nel contesto di questo complesso quadro si inseriscono le numerose comorbidità mediche e psichiatriche di tali disturbi. L'associazione con queste ultime configura il quadro della doppia diagnosi (DD), che ha riscosso interesse crescente nella letteratura degli ultimi anni, a fronte della gravità clinica, le ripercussioni a livello sociale e gli elevati costi che rappresenta per la salute pubblica (Torrens et al. 2017). I dati epidemiologici relativi alla DD sono piuttosto eterogenei a causa dei diversi setting e delle determinanti che influenzano l'accesso ai servizi di salute, con una prevalenza che raggiunge il 75% tra i soggetti con disturbi mentali (Temmingh et al. 2018). Nonostante le patologie di interesse psichiatrico che si associano ai disturbi correlati a sostanze varino ampiamente, configurando dunque un quadro eterogeneo che può coinvolgere disturbi di personalità, disturbi affettivi, disturbi d'ansia e spettro della schizofrenia, le condizioni di DD risultano accomunate da una prognosi sfavorevole anche in relazione a peggiori outcome del trattamento (Antai-Otong et al. 2016). Queste considerazioni rendono l'approccio integrato il gold-standard nei percorsi di cura della DD, al fine di una visione unitaria che tenga conto delle complessità di entrambe le classi di disturbi (Fantuzzi & Mezzina 2020). In questo scenario prendono piede le strategie combinate di trattamento, che associano terapia farmacologica ed interventi psicosociali, al fine di proporre un approccio individualizzato e coerente con l'eterogeneità delle condizioni prese in considerazione (Torrens et al. 2012). Tale modello analizza in un'ottica multidimensionale la psicopatologia dell'individuo con DD secondo il modello biopsicosociale (Antai-Otong et al. 2016). L'associazione della terapia farmacologica con interventi di tipo psicologico, educativo e sociale richiede la messa in campo di risorse che preveda sia la presa in carico congiunta da parte di più servizi che l'azione di differenti professionisti, quali medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori (Fantuzzi & Mezzina 2020, Vitali et al. 2018). L'obiettivo ultimo di tale approccio è quello di strutturare il trattamento della DD in una prospettiva che, eliminando progressivamente lo stigma nei confronti di questa categoria di utenti, sia finalizzata non solo all'evitamento delle ricadute bensì alla recovery (Petrakis et al. 2018). Gli interventi psicosociali ad oggi disponibili per i soggetti con DD possono essere implementati in differenti setting, da quello residenziale a quello di comunità, con l'indicazione ad intraprendere tali strategie terapeutiche

già durante le prime fasi del trattamento (Murthy et al. 2019). Nonostante le raccomandazioni relative ai trattamenti combinati nella DD siano state oggetto di crescente interesse nella letteratura degli ultimi anni, si rende ad oggi necessaria la ricerca di nuove terapie targettizzate per questo sottogruppo di individui ed in grado di considerarne la complessità (Iqbal et al. 2019, Tirado Muñoz et al. 2018). Questo, così come l'assenza ad oggi di linee guida sviluppate a livello nazionale (Vitali et al. 2018a), rende gli interventi combinati nella DD un campo di ricerca che presenta numerose questioni ancora in via di sviluppo. Alla luce di quanto considerato, il presente studio si configura come una overview dei trattamenti non farmacologici nella doppia diagnosi, con la finalità di fornire le principali evidenze in termini di efficacia e mettere in luce le possibili future direzioni della ricerca in questo campo.

## **MATERIALI E METODI**

È stata effettuata una ricerca del database MEDLINE/PubMed utilizzando i seguenti termini secondo differenti combinazioni: “dual diagnosis”, “integrated treatments”, “combined treatments”, “psychosocial interventions”, “non-pharmacological interventions”, “recovery”. Sono stati selezionati gli studi sperimentali che fornissero informazioni relative all'efficacia di interventi non farmacologici in soggetti con DD, senza limitazioni rispetto alla tipologia di trattamenti considerati e alle eventuali associazioni con trattamenti farmacologici. La ricerca è stata limitata a studi pubblicati tra Gennaio 2015 e Marzo 2020 ed è stata ristretta ad articoli in lingua italiana, inglese e spagnola. La bibliografia degli articoli selezionati è stata sottoposta a screening al fine di includere ulteriore letteratura di interesse. Le evidenze relative agli interventi non farmacologici della doppia diagnosi sono state riassunte sulla base della tipologia di trattamenti considerati.

## **RISULTATI**

### **Interventi psicologici**

Tra gli approcci psicoterapeutici maggiormente utilizzati, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) assume un ruolo di rilievo, soprattutto se targettizzata su specifiche popolazioni. Un intervento di breve durata ad impronta CBT focalizzato sul trauma (Seeking Safety, SS), con approccio present-focused, è stato sviluppato per soggetti con DD, dove la patologia psichiatrica in comorbidità fosse il PTSD. Tale trattamento ha mostrato la propria efficacia nel ridurre la psicopatologia generale, i sintomi trauma-relati e l'abuso alcolico, con miglioramenti mantenuti

anche al follow-up (Kaiser et al. 2015). Risultati analoghi sono stati rilevati anche per il SS in associazione a farmacoterapia con inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), con efficacia anche superiore rispetto all'intervento isolato (Hien et al. 2015). In un gruppo di soggetti di sesso femminile con PTSD e abuso di sostanze, il SS ha mostrato una maggiore efficacia nel ridurre la disregolazione emotiva e la sintomatologia depressiva rispetto al treatment-as-usual (Schäfer et al. 2019). Nello stesso studio, un altro programma di CBT (Relapse Prevention Training, RPT) ha invece rivelato la propria superiorità nel ridurre le condotte di abuso (Schäfer et al. 2019). In un'ulteriore popolazione con la stessa tipologia di comorbidità, anche la terapia di esposizione centrata sul trauma ha determinato, senza differenze significative rispetto al RPT, non solo la riduzione della sintomatologia correlata al PTSD ma anche delle condotte di abuso (Ruglass et al. 2017). Nel contesto delle terapie trauma-relate si inserisce un intervento di tipo past-focused denominato Creating Change (CC), che ha recentemente dimostrato la propria efficacia, con risultati paragonabili a quelli ottenuti con la SS, nel migliorare non solo i sintomi del PTSD e l'abuso di alcol e sostanze in un gruppo di veterani con DD, ma anche la qualità della vita ed ulteriori indici di psicopatologia (Najavits et al. 2018). In una popolazione con caratteristiche analoghe, approcci CBT brevi focalizzati l'uno sul trauma e l'altro sull'utilizzo di sostanze sono stati sperimentati anche in combinazione, rivelando un miglioramento della resilienza, significativamente associato con la riduzione dei sintomi del PTSD e del craving per le sostanze (McGuire et al. 2018). In una popolazione di migranti con disturbi depressivi, d'ansia e correlati al trauma in comorbidità con abuso di alcol e sostanze è stato sperimentato un intervento integrato di psicoterapia, basato su tecniche di CBT e mindfulness (Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action - IIDEA). Tale intervento, in assenza di vantaggi significativi relativi agli outcome concernenti l'uso di sostanze, ha dimostrato efficacia sulla sintomatologia depressiva, post-traumatica e su alcuni indici di salute mentale globale soprattutto nei soggetti che presentavano una maggior severità clinica (Alegria et al. 2019). Un intervento implementato su piattaforma online, composto dalla combinazione di intervista motivazionale e CBT, è stato targettizzato su una popolazione di giovani che presentavano comorbidità tra abuso alcolico e depressione. Le sessioni, erogate nel corso di quattro settimane, hanno determinato la riduzione dei sintomi depressivi e delle condotte d'abuso, con mantenimento dei miglioramenti anche al follow-up di sei mesi (Deady et al. 2016). Allo stesso modo, un intervento combinato analogo a quello suddetto, somministrato in un setting dal vivo e ulteriormente integrato con un ulteriore trattamento CBT focalizzato sull'ansia ha dimostrato un'efficacia comparabile a quella del treatment-as-usual nel ridurre la sintomatologia in soggetti con comorbidità tra abuso di cannabinoidi e disturbi

d'ansia ed una maggior compliance al trattamento (Buckner et al. 2019). Un ulteriore approccio menzionato nella letteratura degli ultimi anni è rappresentato dalla terapia familiare multidimensionale, trattamento che si articola in più fasi durante le quali il terapeuta incontra il soggetto affetto e la famiglia sia separatamente che in modo congiunto. In una popolazione di adolescenti, quando confrontato con i programmi di tipo residenziale per la DD, questo approccio psicoterapico ha mostrato una maggior tendenza a ridurre sia le condotte d'abuso che i comportamenti di tipo delinquenziale (Liddle et al. 2017).

### **Psicoeducazione**

Gli interventi psicoeducativi, svolti prevalentemente in setting di gruppo con la finalità di modificare i pattern comportamentali alla base delle condotte di abuso e fornire strumenti per incrementare il benessere mentale dei partecipanti, sono stati proposti in alcuni studi sperimentali durante diverse fasi dei percorsi di cura nella DD. Gli outcome sono risultati soddisfatti da un programma psicoeducazionale di 10 settimane che, nonostante un tasso non trascurabile di drop-out, ha determinato da una parte la riduzione del consumo di sostanze e, dall'altra, un miglioramento in termini psicopatologici (Chilton et al. 2018). I suddetti benefici sono stati confermati in uno studio qualitativo che, in relazione allo stesso programma proposto, ha evidenziato come i soggetti coinvolti abbiano riconosciuto la formazione di una relazione con il resto del gruppo come elemento centrale nel processo terapeutico, in grado di influenzare positivamente la gestione di stressor esterni e al contempo ridurre lo stigma percepito (Chilton et al. 2020). Uno studio che ha testato l'efficacia di un breve intervento psicoeducativo costituito da tre sessioni di 60 minuti l'una, proposto in fase precoce di trattamento a soggetti ospedalizzati con comorbidità tra abuso alcolico e PTSD o Disturbo Depressivo Maggiore, ha rivelato che il gruppo di individui sottoposti a tale trattamento presentava un miglior decorso in termini di riospedalizzazioni ed una maggior motivazione a proseguire le cure (Ostergaard et al. 2018). Gli interventi psicoeducativi sono stati proposti anche attraverso piattaforme on-line, come nel caso di studenti che presentavano sintomatologia depressiva in associazione a condotte d'abuso alcolico. Il programma è risultato efficace, sia per quanto concerne i soggetti affetti da entrambe le condizioni patologiche che per quelli che le mostravano separatamente, soltanto nei casi in cui la sintomatologia valutata al baseline fosse lieve (Geisner et al. 2015).

### **Altri interventi non farmacologici**

Un intervento psicosociale testato su popolazioni di soggetti affetti da patologie mentali severe con e senza disturbi correlati a sostanze in comorbidità è l'assertive community treatment (ACT), risultato in una riduzione significativa delle ospedalizzazioni in soggetti che presentavano già compromissione del funzionamento globale (Clausen et al. 2016). L'ACT è stato inserito anche in un programma integrato dove, combinato con una strategia di supporto breve per popolazioni fragili (Critical Time Intervention, CTI), ha determinato un miglioramento clinico valutato non solo attraverso una riduzione degli accessi ai servizi d'emergenza, ma anche sulla base dell'aderenza al trattamento e del funzionamento sociale (Morandi et al. 2017). Altri trattamenti proposti si basano sulla centralità del personale infermieristico, che è stato impiegato in colloqui con gli utenti in un setting non ospedaliero al fine di valutare qualitativamente la percezione di questi ultimi. I risultati della ricerca hanno evidenziato come nel corso di tali colloqui gli utenti percepissero una comprensione della propria sofferenza e si sentissero sostenuti nell'autostima e nei processi di decision-making relativi al programma terapeutico (Priebe et al. 2017). Un altro intervento supportivo sperimentato nel contesto di uno studio randomizzato è quello dei messaggi motivazionali, inviati con cadenza quotidiana nel periodo post-ospedalizzazione a soggetti con comorbidità tra disturbo correlato ad alcol e depressione che stessero ricevendo al contempo cure standardizzate per la problematica, per una durata di sei mesi. Il gruppo di pazienti sottoposto a tale intervento ha mostrato una riduzione a tre mesi della sintomatologia depressiva e dello stress percepito ed un miglioramento in termini di consumo alcolico a sei mesi, con outcome più favorevole rispetto al gruppo di controllo, nonostante tali benefici non siano apparsi essere mantenuti nel tempo (O' Reilly et al. 2019). L'intervista motivazionale è stata proposta ad una popolazione di adolescenti ospedalizzati in combinazione con il treatment-as-usual, con la finalità di stabilire una relazione, aumentare la consapevolezza delle conseguenze dell'utilizzo di sostanze e coadiuvare la creazione di obiettivi e strategie di cambiamento. Tale trattamento, erogato nel corso di due sessioni, ha dimostrato efficacia in termini di riduzione delle condotte d'abuso e comportamenti di matrice antisociale a sei mesi dalla dimissione (Brown et al. 2015). Focus-groups forniti nell'ambito di programmi di auto-aiuto ai soggetti con DD che non si sentissero a proprio agio nel contesto del programma usuale sono stati proposti in setting residenziali. L'analisi qualitativa effettuata sulle esperienze dei partecipanti ha rivelato come la partecipazione ai suddetti gruppi avesse facilitato sentimenti di accettazione del setting proposto, coadiuvato una maggior

consapevolezza delle problematiche e restituito speranza e fiducia nelle possibilità future (Roush et al. 2015).

### **DISCUSSIONE**

La letteratura degli ultimi anni fornisce un ampio panorama di trattamenti non farmacologici nel contesto della cura della DD, la maggior parte dei quali ha rivelato efficacia nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Nonostante l'ampio numero di studi inerenti interventi psicoterapici a prevalente matrice cognitivo-comportamentale, non vi è evidenza rispetto ad un trattamento non farmacologico che mostri maggiore efficacia rispetto agli altri. Lo scenario proteiforme che si profila, rende ragione dell'eterogeneità delle condizioni considerate (Vitali et al. 2018a). In tal senso, è appropriato che la DD venga valutata in un'ottica di tipo dimensionale, nel contesto della quale si dipanano numerose entità psicopatologiche che non possono essere categorizzate e per le quali, dunque, la strategia terapeutica dovrà risultare calibrata sul singolo caso (Vitali et al. 2018b). Nella letteratura analizzata gli interventi psicosociali vengono proposti in combinazione al trattamento standard, inclusivo di terapia farmacologica. Questa evidenza conferma il trattamento integrato come strategia ottimale per la gestione della DD, che si conferma una condizione non soltanto eterogenea ma piuttosto complessa (Milano et al. 2019). Proprio in virtù di tale complessità, gli obiettivi dei trattamenti considerati vengono valutati sulla base di outcome paralleli ma tra di loro correlati, ovvero quelli relativi da una parte alle condotte d'abuso e dall'altra alla psicopatologia presentata. Al fine di ottenere miglioramenti in tutti i contesti considerati, i trattamenti presentati nella letteratura rappresentano, in gran parte dei casi, interventi targettizzati sviluppati ad hoc per la DD piuttosto che il riadattamento di strategie pre-esistenti o, in altri casi, il risultato della combinazione di terapie singolarmente efficaci per le condizioni separate. Questo principio si trova in linea con una medicina ed una psichiatria di precisione, che possano soddisfare i bisogni del singolo individuo proponendo interventi mirati, con la prospettiva futura di integrare numerose informazioni che possano condurre a trattamenti personalizzati (Fernandes et al. 2017). Gli interventi non farmacologici, erogati da personale con specifica formazione nel campo delle patologie trattate, assumono un ruolo di rilievo nei percorsi di cura in quanto permettono di cementare il ruolo della multidisciplinarietà nel contesto dell'équipe che si appresta ad erogare il trattamento, anche a fronte di una presa in carico integrata tra più servizi (Assefa et al. 2019). Oltre a questo, in alcuni degli studi analizzati è stato riscontrato come le terapie non farmacologiche creassero o cementassero una relazione terapeutica percepita dai pazienti come valida, confermando la centralità di questo elemento ai fini del successo del

trattamento sia dei disturbi psichiatrici che dei disturbi correlati a sostanze, oltre che in grado di potenziare ulteriori elementi determinanti, come la motivazione e la fiducia (Cook et al. 2015, Horvath et al. 2011). La letteratura analizzata presenta alcune limitazioni, a fronte della qualità metodologica piuttosto rigorosa in buona parte delle ricerche analizzate. L'esiguità degli studi svolti in setting di real-world limita la generalizzabilità dei risultati, che è auspicabile replicare su popolazioni più ampie. Nel contesto della valutazione degli outcome, sono stati considerati prevalentemente risultati a breve termine inerenti la sfera sintomatologica, mentre solo una minoranza degli studi ha preso in considerazione il funzionamento e la qualità della vita, che potrebbero fornire ulteriori parametri da valutare nell'ottica di una terapia finalizzata alla recovery (Treichler et al. 2019, De Ruyscher et al. 2017). Infine, nel contesto delle future direzioni da percorrere in questo campo, nuovi studi che abbiano come target la DD in età evolutiva potrebbero fornire ulteriori evidenze sull'applicazione degli interventi psicosociali in fase precoce, con la finalità non solo di favorire migliori outcome in questi soggetti, ma anche di prevenire le complicazioni di tali condizioni e la loro possibile influenza sulle traiettorie di malattia in età adulta (Brown et al. 2015).

## Bibliografia

- Antai-Otong D, Theis K, Patrick D: Dual diagnosis: Coexisting substance use disorders and psychiatric disorders. *Nurs Clin N Am* 2016;51(2):237–247.
- Assefa MT, Ford JH 2nd, Osborne E, McIlvaine A, King A, Campbell K, Jo B, McGovern MP. Implementing integrated services in routine behavioral health care: primary outcomes from a cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):749.
- Brown RA, Abrantes AM, Minami H, Prince MA, Bloom EL, Apodaca TR, Strong DR, Picotte DM, Monti PM, MacPherson L, Matsko SV, Hunt JI: Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *J Subst Abuse Treat* 2015;59:20-9.
- Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH, Schmidt NB, Lewis EM, Paulus DJ, Lopez-Gamundi P, Crapanzano KA, Bakhshaie J: Integrated cognitive-behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2019;115:38-45.
- Chilton J, Crone D, Tyson PJ: Clinical Outcomes From a 10-Week Follow-Up Psychoeducational Program for Dual Diagnosis. *J Dual Diagn* 2018;14(2):102-110.

- Chilton J, Crone DM, Tyson PJ: 'The group was the only therapy which supported my needs, because it helped me feel normal and I was able to speak out with a voice': A qualitative study of an integrated group treatment for dual diagnosis service users within a community mental health setting. *Int J Ment Health Nurs* 2020;29(3):406-413.
- Clausen H, Ruud T, Odden S, Šaltytė Benth J, Heiervang KS, Stuen HK, Killaspy H, Drake RE, Landheim A: Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. *BMC Psychiatry* 2016;16:125.
- Cook S, Heather N, McCambridge J: The role of working alliance in treatment for alcohol problems. *Journal of Addictive Behaviors* 2015;29(2), 371–381.
- De Ruyscher C, Vandevelde S, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Vanheule S: The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *J Dual Diagn* 2017;13(4):264-279.
- Deady M, Mills KL, Teesson M, Kay-Lambkin F: An Online Intervention for Co-Occurring Depression and Problematic Alcohol Use in Young People: Primary Outcomes From a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2016;18(3):e71.
- Fantuzzi C, Mezzina R: Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66(3):300-310.
- Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, Leboyer M, Carvalho AF, Berk M: The new field of 'precision psychiatry'. *BMC Med* 2017;15(1):80.
- Geisner IM, Varvil-Weld L, Mittmann AJ, Mallett K, Turrisi R: Brief web-based intervention for college students with comorbid risky alcohol use and depressed mood: does it work and for whom? *Addict Behav* 2015;42:36-43.
- Hien DA, Levin FR, Ruglass LM, Lopez-Castro T, Papini S, Hu MC, Cohen LR, Herron A: Combining Seeking Safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2015;83(2):359–369.
- Horvath AO, Del Re AC, Fluckiger C, Symonds D: Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2011;48(1), 9–16.
- Iqbal MN, Levin CJ, Levin FR: Treatment for Substance Use Disorder With Co-Occurring Mental Illness. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2019;17(2):88-97.
- Kaiser D, Grundmann J, Schulze C, Stubenvoll M, Kosar M, Junker M, Najavits LM, Schäfer I: A Pilot Study of Seeking Safety in a Sample of German Women Outpatients with Substance Dependence and Posttraumatic Stress Disorder. *J Psychoactive Drugs* 2015;47(5):401-8.
- Liddle HA, Dakof GA, Rowe CL, Henderson C, Greenbaum P, Wang W, Alberga L: Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *J Subst Abuse Treat* 2018;90:47-56.

- McGuire AP, Mota NP, Sippel LM, Connolly KM, Lyons JA: Increased Resilience is Associated with Positive Treatment Outcomes for Veterans with Comorbid PTSD and Substance Use Disorders. *J Dual Diagn* 2018;14(3):181-186.
- Milano G, Vergani HM, Cattedra S, Carrozzino R, Mattioli F, Robbiano L, Martelli A: Co-Occurring Psychiatric and Substance Use Disorders: Clinical Survey Among a Rural Cohort of Italian Patients. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;15:3453-3459.
- Morandi S, Silva B, Golay P, Bonsack C: Intensive Case Management for Addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017;12(1):26.
- Murthy P, Mahadevan J, Chand PK: Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32(4):293-299.
- Najavits LM, Krinsley K, Waring ME, Gallagher MW, Skidmore C: A Randomized Controlled Trial for Veterans with PTSD and Substance Use Disorder: Creating Change versus Seeking Safety. *Subst Use Misuse* 2018;53(11):1788-1800.
- O'Reilly H, Hagerty A, O'Donnell S, Farrell A, Hartnett D, Murphy E, Kehoe E, Agyapong V, McLoughlin DM, Farren C: Alcohol Use Disorder and Comorbid Depression: A Randomized Controlled Trial Investigating the Effectiveness of Supportive Text Messages in Aiding Recovery. *Alcohol Alcohol* 2019;54(5):551-558.
- Ostergaard M, Jatzkowski L, Seitz R, Speidel S, Weber T, Lübke N, Höcker W, Odenwald M: Integrated Treatment at the First Stage: Increasing Motivation for Alcohol Patients with Comorbid Disorders during Inpatient Detoxification. *Alcohol Alcohol* 2018 Nov 1;53(6):719-727.
- Petrakis M, Robinson R, Myers K, Kroes S, O'Connor S: Dual diagnosis competencies: A systematic review of staff training literature. *Addict Behav Rep* 2018;7:53-57.
- Priebe Å, Wiklund Gustin L, Fredriksson L: A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27(2):856-865.
- Roush S, Monica C, Carpenter-Song E, Drake RE: First-Person Perspectives on Dual Diagnosis Anonymous (DDA): A Qualitative Study. *J Dual Diagn* 2015;11(2):136-41.
- Ruglass LM, Lopez-Castro T, Papini S, Killeen T, Back SE, Hien DA: Concurrent Treatment with Prolonged Exposure for Co-Occurring Full or Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom* 2017;86(3):150-161.
- Schäfer I, Lotzin A, Hiller P, Sehner S, Driessen M, Hillemacher T, Schäfer M, Scherbaum N, Schneider B, Grundmann J: A multisite randomized controlled trial of Seeking Safety vs. Relapse Prevention Training for women with co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10(1):1577092.
- Temmingh H, Williams T, Siegfried N, Stein D: Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;1,CD011057.

- Tirado Muñoz J, Farré A, Mestre-Pintó J, Szerman N, Torrens M: Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones*. 2018 Jan 1;30(1):66-76.
- Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A: Psychiatric comorbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misuse* 2012;47(8-9):1005–1014.
- Torrens M, Mestre-Pintó JI, Montanari L, Vicente J, Domingo-Salvany A: Dual diagnosis: an European perspective. *Adicciones* 2017;29(1):3-5.
- Treichler EBH, Li F, O'Hare M, Evans EA, Johnson JR, Spaulding WD: Psychosocial and functional contributors to personal recovery in serious mental illness. *J Ment Health* 2019;28(4):427-435.
- Vitali M, Sorbo F, Mistretta M, Coriale G, Messina MP, Alessandrini G, Attilia F, Rotondo C, Gencarelli S, Ledda R, Galli D, Ceccanti M; Interdisciplinary Study Group CRARL - SITAC - SIPaD - SITD – SIPDip: Drafting a dual diagnosis program: a tailored intervention for patients with complex clinical needs. *Riv Psichiatri* 2018;53(3):149-153.
- Vitali M, Sorbo F, Mistretta M, Scalese B, Porrari R, Galli D, Coriale G, Rotondo C, Solombrino S, Attilia ML; Interdisciplinary Study Group CRARL - SITAC - SIPaD - SITD – SIPDip: Dual diagnosis: an intriguing and actual nosographic issue too long neglected. *Riv Psichiatri* 2018;53(3):154-159.

## **NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN DUAL DISORDERS: AN OVERVIEW**

### **Summary**

*Dual diagnosis (DD) is a complex clinical entity, resulting from the interaction of several determinants. Integrated treatments represent the gold-standard in the pathways of care for subjects with serious mental illnesses in comorbidity with substance related disorders. In the present overview, literature about outcomes of non-pharmacological interventions for DD subjects is analyzed. Psychotherapy, psychoeducation and other psychosocial interventions are described. Efficacy was demonstrated for a wide range of non-pharmacological treatments for both substance-related and psychopathological outcomes. The combination with medications, the implementation of interventions within integrated settings held by multidisciplinary teams and the building of an efficient therapeutic alliance appear to be crucial issues for the development of tailored strategies that could help optimizing treatment under a personalized perspective.*

**Keywords:** *Doppia diagnosi; Interventi psicosociali; Interventi non farmacologici; Psicoterapia; Psicoeducazione.*

## **Corrispondenza**

Prof. Alfonso Tortorella

Cattedra di Psichiatria

Università degli Studi di Perugia

Piazza Severi 1, Perugia - Italy

*Tel:* +39 075 5784251

*Fax:* +39 075 5783183

*e-mail:* alfonso.tortorella@unipg.it

# EVENTI STRESSANTI NELL'INFANZIA: L'IMPORTANZA DELL'AMORE MATERNO. UN VIAGGIO RETROSPETTIVO NELLA VITA DI ADULTI CON DEPRESSIONE

**Dominique Tavormina**

*Pedagogista clinico, Docente di Scienze umane,*

## **Riassunto**

*L'importanza delle cure materne per uno sviluppo armonioso del bambino è stata al centro dell'interesse della psicologia infantile sin dalla seconda metà del Ventesimo secolo. Grandi studiosi come Lorenz, Harlow, Spitz e Bowlby hanno dimostrato che l'amore per la madre non ha le sue radici nel soddisfacimento del bisogno di cibo, ma nel bisogno di protezione e se vi è mancanza di cure le conseguenze sono estremamente negative. Ai nostri giorni, l'epigenetica sta trovando le basi biologiche degli effetti delle cure materne, sia se esse siano presenti e positive, sia se esse siano carenti o assenti. Un breve report di 5 casi aiuta a capire l'importanza dell'amore materno.*

**Parole chiave:** *Amore materno; Deprivazione affettiva; Infanzia; Eventi negativi; Depressione.*

Intorno alla metà del XX secolo ha origine, in Europa e negli Stati Uniti, un filone di ricerche scientifiche e di studi sull'importanza delle cure materne e del contatto fisico nello sviluppo globale degli individui, che rappresenta una svolta per l'intero Occidente, sull'onda culturale della psicoanalisi che per prima aveva posto l'attenzione sulle esperienze primarie e sull'impatto delle relazioni affettive nella formazione della personalità.

Le coccole, i baci e gli abbracci nei confronti dei nuovi nati non verranno più considerati, da questo momento in poi, definitivamente, inutili perdite di tempo o superflui momenti, ma esperienze essenziali di cui ogni essere vivente ha bisogno per crescere armonicamente. Alcuni studi, in particolare, rappresentano delle pietre miliari nella storia della ricerca medica e psicologica.

René Spitz, medico e psicoanalista austriaco (1887-1974) operante negli Stati Uniti, compie numerose ricerche sulla relazione madre-figlio a partire dagli anni '40 del Novecento. Egli è uno dei primi studiosi ad applicare alla prima infanzia i metodi della ricerca sul campo; dalle sue ricerche trae la conclusione che la relazione fra la madre e il bambino è fondamentalmente una relazione ambiente-individuo in cui la madre costituisce uno stimolo di crescita essenziale per il bambino. *“Raramente ci si rende conto della grande importanza della madre nei processi di apprendimento e di presa di coscienza del bambino. Ancor più raramente ci si rende conto dell'importanza primordiale che in questo processo hanno i sentimenti della madre, cioè quello che noi chiamiamo “atteggiamento affettivo”. La tenerezza della madre permette di offrire al bambino una ricca gamma di esperienze vitali; il suo atteggiamento affettivo determina la qualità delle esperienze stesse. [...] Nei primi mesi le esperienze del bambino sono esclusivamente di ordine affettivo.”* (Spitz 1962)

Tra il 1945 e il 1946 Spitz mette a confronto due gruppi di bambini istituzionalizzati. Il primo è costituito da 220 elementi, figli di donne detenute in un carcere femminile, ma con la possibilità di dedicarsi personalmente ai loro piccoli in un asilo nido annesso alla struttura. Il secondo, invece, comprende diverse centinaia di infanti abbandonati e ospitati in un brefotrofo. Spitz nota che in entrambi i casi i bambini sono adeguatamente nutriti e curati dal punto di vista igienico, ma nel secondo gruppo, malgrado la presenza di operatrici professioniste appositamente formate per l'assistenza ai lattanti, i bambini presentano un quadro clinico preoccupante a partire dal compimento del 1° anno di vita, in quanto le nutrici non hanno la possibilità di coccolare o accarezzare i bambini, dovendo badare a un numero troppo alto di essi. Molti non avranno una crescita regolare: manifesteranno evidenti ritardi nello sviluppo cognitivo e motorio – con sintomi quali mancanza di risposta agli stimoli esterni, inespressività del volto, spasmi muscolari, crisi di pianto – nonché un marcato abbassamento delle difese immunitarie. Il 37% di essi giungerà a morire entro il secondo anno di vita.

Spitz conclude che il bambino non ha bisogno solo di cure materiali, ma anche e soprattutto di stabilire con la madre un forte legame affettivo. I sorrisi, le carezze, il contatto fisico con il corpo di lei stimolano nel piccolo una reazione positiva assolutamente necessaria per il suo corretto sviluppo. Il sé già formato della madre permette la creazione e la formazione del sé del figlio, attraverso una continua

interazione fatta di sensazioni e di emozioni trasmesse attraverso simboli, ossia le parole e i gesti con cui la madre comunica il proprio affetto al figlio.

Nel 1958 lo psicologo statunitense Harry Harlow (1905-1981) effettua un esperimento sugli effetti della privazione affettiva divenuto estremamente celebre. Più di 60 piccoli di macaco vengono separati dalla madre a poche ore dalla nascita e allevati con latte artificiale. Egli nota che i piccoli vengono immediatamente attratti da pannolini trovati nella gabbia e, quando tali panni vengono rimossi per essere lavati, i macachi protestano e danno segno di grande afflizione. Per tale motivo, lo studioso decide di costruire due “madri surrogate” e di riporle nelle gabbie 24 ore su 24: una di ferro con una bottiglia che dispensa latte attaccata al petto e una con la stessa struttura ma ricoperta con il panno e priva di biberon. Harlow osserva che le scimmiette tendono a stare abbracciate alla “mamma morbida”, calda e accogliente, e si spostano verso l'altra figura solo il tempo necessario a nutrirsi. Oltretutto, se viene introdotto appositamente nella gabbia un oggetto estraneo in movimento che incute timore, il piccolo corre verso il fantoccio di panno e vi si rannicchia come fonte di sicurezza. Harlow dimostra la preferenza dei piccoli per la madre “morbida” che non fornisce latte, rilevando come un caldo contatto sia più importante del bisogno di cibo. Non è il soddisfacimento dei bisogni primari a creare quel legame indissolubile che in ogni specie si instaura tra madre e figlio, ma la necessità della vicinanza fisica, del calore e della possibilità di sentirsi protetti.

Infatti, molto presto il pupazzo morbido non basta più: i piccoli di macaco cominciano a soffrire la mancanza della madre in carne e ossa e diventano tristi e apatici. Il surrogato non è capace di stringerli, tenerli dolcemente, baciarli, abbracciarli, lasciarli andare e riprendere, ovvero di compiere tutte quelle azioni che trasmettono amore. Dopo alcune settimane di questa esperienza, una parte degli animali viene nuovamente rimessa con le madri vere, ma questo fatto non basterà a riparare i gravi danni compiuti: una volta adulte le scimmie esibiranno un comportamento sociale, sessuale e materno patologico; mostreranno paura eccessiva di qualunque novità, non giocheranno con i compagni, non accetteranno il corteggiamento e, se divenute madri a loro volta, aggrediranno i propri cuccioli. La privazione delle cure materne determina effetti drammatici e pervasivi: l'amore non ricevuto e non sperimentato, non può essere donato. (Harlow 1965)

John Bowlby, psicoanalista e psichiatra britannico (1907-1990), svolge la sua ricca attività di ricerca a Londra. Allo sviluppo del suo pensiero contribuiscono il lavoro come psichiatra infantile alla *Child Guidance Clinic* di Londra, la decennale esperienza come direttore del “Dipartimento per i bambini e i genitori” della Tavistock Clinic di Londra, cui si affianca una ricca attività di ricerca e, infine, la nomina di consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con l'incarico di redigere un rapporto

sulla salute mentale dei bambini abbandonati. L'insieme degli studi sul campo gli danno la convinzione che l'origine delle psicopatologie sia da ricercarsi nelle esperienze reali della vita interpersonale e orientano il suo interesse, fin dall'inizio, sulla natura di quel legame, potente e duraturo, che si stabilisce precocemente fra l'individuo che cresce e coloro che ne hanno cura, portandolo nel tempo a formulare una vera e propria teoria dell'attaccamento, espressa in modo completo e sistematico nella trilogia *Attaccamento e perdita*. Tale teoria costituisce a oggi "il modello teorico più completo e articolato a cui fare riferimento per comprendere e spiegare i meccanismi psicodinamici che sottendono i processi evolutivi." (Tani 2011)

Sostenuto dagli studi di Harlow sulla natura dell'attaccamento alla madre e dalle scoperte di K. Lorenz riguardo al fenomeno dell'imprinting, Bowlby arriva a confutare quello che lui definisce "l'amore interessato delle relazioni oggettuali" sostenuto fino a quel momento dalla psicoanalisi, secondo cui il bambino si attacca alla madre perché questa soddisfa i suoi bisogni fisiologici (Bowlby 1972). Gli studi etologici di Konrad Lorenz, gli esperimenti di Harlow con i macachi Rhesus e la pratica clinica forniscono a John Bowlby il fondamento scientifico che egli riteneva necessario per evolvere dall'impronta psicoanalitica. Il sistema dell'attaccamento non è collegato al nutrimento, come sostenevano i teorici dell'apprendimento sociale e la scuola psicoanalitica, ma si tratta di un bisogno primario che può essere studiato all'interno di una cornice evoluzionista e di sviluppo.

Egli arriva a teorizzare che il bambino possiede una "predisposizione biologica" a sviluppare un legame di attaccamento nei confronti di una sola persona, quella che si prende cura di lui. Tale predisposizione è geneticamente determinata e filogeneticamente trasmessa, in quanto funzionale alla sopravvivenza dell'individuo e della specie.

Lorenz aveva dimostrato come in piccoli anatroccoli si potesse sviluppare un legame di attaccamento senza l'intermediazione del cibo. Infatti, i piccoli di anatroccolo privati della figura materna naturale seguivano un essere umano o qualsiasi altro oggetto, nei confronti del quale sviluppavano un forte legame che andava oltre la semplice richiesta di nutrizione, dato che questo tipo di animale si nutre autonomamente sin dalla nascita (Lorenz 1937).

L'idea che spinge Bowlby a formulare la sua teoria dell'attaccamento deriva anche dalle scoperte relative ai pervasivi effetti patologici che vengono evidenziati in bambini istituzionalizzati o ospedalizzati per lunghi periodi, separati dalla famiglia e con discontinuità delle figure assistenziali, emersi con sconcertante evidenza dagli studi di Spitz sulla sindrome dell'ospedalismo e sulla depressione analitica, e dallo

studio da lui stesso condotto in collaborazione con James Robertson (Robertson & Bowlby 1952).

Dall'ultima intervista concessa nel 1990, poco prima di morire: *“Lavoravo come psichiatra dell'infanzia a Londra mentre completavo il mio training in psicanalisi. Uno dei concetti a cui mi interessai molto presto fu l'importanza delle prime relazioni genitore-figlio e la misura in cui esperienze avverse, all'interno della famiglia, avrebbero potuto avere un effetto negativo sulla salute fisica e mentale del bambino. A quel tempo molti colleghi psicoanalisti erano poco inclini a dare importanza agli eventi di vita avversi come fattore importante per lo sviluppo del bambino. [...] Negli anni '30, a Londra, c'era un forte atteggiamento per cui non si sarebbe dovuto mai credere alle storie dei pazienti inerenti l'abuso sessuale o ogni altra esperienza avversa causata dai genitori, e che non bisognava fidarsi della validità del resoconto del paziente. Invece, io pensavo che gli eventi avversi fossero di grande importanza e, da giovane psicoanalista e giovane psichiatra dell'infanzia, tentai di dimostrare che gli eventi di vita reale della prima infanzia giocavano un ruolo preminente nel determinare la salute mentale. Ed è così che cominciai lo studio al quale fin da allora mi sono poi dedicato. [...] Avevo osservato, alla Child Guidance Clinic, un numero di casi dove la personalità del bambino, diventato poi delinquente e ingestibile, sembrava essere stata precocemente preceduta da relazioni molto distruttive tra il bambino e la madre. Una volta considerati degli eventi antecedenti precoci si sarebbe potuta dimostrare una loro presenza in modo statisticamente significativo per studiare se fosse probabile una connessione importante. Esistevano molte evidenze cliniche interne che suggerivano che le prime esperienze avverse avevano portato a risultati che comprendevano bambini con scarse relazioni emotive o con un disinteresse per esse, che non sembravano essere influenzati dalla lode o dalla punizione, o che andavano per la propria strada. Essi marinavano la scuola, scappavano via, facevano piccoli furti e così via. [...] Tutto è iniziato così; stavo partendo da una condizione che io credo rappresenti, in realtà, le fasi precoci di una personalità psicopatica.”*

Lo stile di attaccamento che il bambino sviluppa dipende dalla “qualità” delle cure materne ricevute, e lo stile dei primi rapporti influenza in misura considerevole l'organizzazione precoce della personalità e soprattutto il concetto che il bambino avrà di sé e degli altri. Bowlby identifica tre tipologie fondamentali di attaccamento: attaccamento sicuro, attaccamento insicuro-ambivalente, attaccamento insicuro-evitante. Avviene un attaccamento sicuro quando la figura accudente è sensibile ai segnali del bambino, disponibile e pronta a dargli protezione nel momento in cui egli lo richiede. Un attaccamento insicuro si verifica, invece, quando il bambino non ha la certezza che la madre sia disponibile a rispondere a una richiesta di aiuto; in particolare, la figura di attaccamento è disponibile in alcune occasioni ma non in altre (ambivalente), imprevedibile nei suoi comportamenti, alternante nei sentimenti, inaspettata nelle reazioni (accoglienza/rifiuto). Si può, inoltre, verificare che la madre respinga costantemente il figlio ogni volta che le si avvicina per la

ricerca di conforto o protezione, evitando ogni contatto fisico. Come già detto, non è più in primo piano la gratificazione orale ricevuta dal bambino, quanto piuttosto la qualità dell'accudimento, ovvero la disponibilità e la capacità di risposta materna.

Negli anni '70/'80 del Novecento numerosi studi clinici hanno continuato a verificare che gli adulti esposti nell'infanzia a eventi stressanti hanno una maggiore probabilità di presentare malattie mentali. Le esperienze di distacco e/o abbandono vissute nell'infanzia determinano una vulnerabilità intrapsichica predisponente alla malattia dell'umore. (Campbell 1983; Bernstein 1986; Barnett 1988; Kessler 1993; Brown 1994; Berger 1998; Infrasca 1998).

Oggi, la svolta nella ricerca è data dai recentissimi studi di epigenetica, la quale mostra come l'ambiente e le esperienze possono influenzare e modificare l'espressione genica, ovvero variare il fenotipo di un individuo, senza tuttavia alterarne il genotipo. Il concetto per cui il nostro DNA rappresenti un codice fisso e immutabile viene ormai considerato scientificamente antiquato.

I ricercatori del *Salk Institute for Biological Studies* in California (studio pubblicato su *Science* nel 2018 dal titolo *Early life experience drives structural variation of neural genomes in mice*) hanno dimostrato come l'accudimento materno nei primi giorni di vita possa modificare la sequenza del DNA nei neuroni dei cuccioli di topo, traducendosi in modifiche persistenti del loro comportamento: i topi che durante i primi giorni di vita hanno ricevuto più attenzioni e coccole dalla mamma sviluppano il DNA di alcuni neuroni diverso da quello dei roditori che ne hanno ricevute di meno come se, spiegano i ricercatori, l'esperienza dei primissimi momenti di vita venisse registrata nel genoma. Un portavoce del team di ricerca spiega che la scoperta potrebbe aiutare la medicina in campo psichiatrico nell'ambito della prevenzione: *"Ci viene insegnato che il nostro Dna è qualcosa di stabile e immutabile che ci rende ciò che siamo, ma in realtà è molto più dinamico. Si scopre che ci sono geni nelle cellule che sono in grado di copiare se stessi e spostarsi, il che significa che il Dna cambia"*. Pertanto, ciò che un individuo è dipende dai suoi geni ma anche dalle sue prime esperienze di vita, sia prenatali che infantili, dall'ambiente e dal contesto sociale in cui cresce e vive.

L'ultimo mistero dell'ereditarietà, il libro dello scrittore e biologo Richard C. Francis, ancora inedito in Italia, è una delle prime opere divulgative sulle nuove frontiere offerte dall'epigenetica e sul modo in cui l'ambiente possa lasciare tracce indelebili sul DNA, riferendosi in particolare al fatto per cui lo stress ambientale riesce ad avere un impatto talmente profondo sulla fisiologia di un individuo che le sue modificazioni biologiche vengono ereditate per generazioni a seguire.

Vi sono, quindi, importanti connessioni e sorprendenti analogie fra tra le moderne neuroscienze e i più tradizionali orizzonti della psicologia dell'infanzia riguardo

agli studi sull'amore materno, come se fosse stato finalmente possibile trovare la spiegazione biologica a quanto affermato da Spitz, Harlow, Bowlby.

Qui di seguito un breve *report* personale realizzato nel 2018 attraverso la pratica pedagogico clinica riguardante 5 soggetti diversi per età, provenienza, professione e titolo di studio, conosciuti in studio, che hanno in comune problematiche rientranti in disturbi dell'umore e dell'ansia.

Essi condividono un vissuto infantile negativo di solitudine e di tristezza dovuto a un rifiuto/distacco dalla figura materna e a un clima familiare anaffettivo, non protettivo e talvolta conflittuale, povero di comunicazione, frustrante e insoddisfacente, sfociato a partire dall'adolescenza in disagio interiore, difficoltà nella relazione interpersonale, mancanza di autonomia e di autostima, pessimismo.

In tutte e 5 le situazioni, le famiglie di riferimento godevano di una buona condizione economica senza alcun tipo di carenza di risorse materiali.

1. Giovane venticinquenne, maschio, diplomato, figlio unico, dice di non avere alcun ricordo felice della propria infanzia. Vissuto in una condizione di benessere materiale, rammenta l'assenza della madre da casa in quanto titolare di un bar, un clima familiare freddo, una comunicazione assente con entrambi i genitori e un forte senso di distacco e soggezione nei loro confronti. Ricorda ancora con dolore la propria solitudine e la mancanza di contatto fisico e di dolcezza della mamma, l'assenza di gioco con lei, la severità nelle regole. L'assenza di relazionalità ludica e comunicativa con la madre tende a instaurare, com'è noto, nel piccolo, precoci sentimenti di frustrazione e isolamento psico-affettivo (Mahler et al., 1978). Qualora gli atteggiamenti paterni si sommino a quelli materni, ciò introduce elementi aggiuntivi di problematicità nella personalità infantile. Vive oggi una condizione interiore di passività, inconcludenza, svalorizzazione di sé, disimpegno, spreco delle proprie capacità e doti intellettive. Il rapporto con la madre è ancora molto problematico e sofferto.
2. Donna trentenne, sposata, con due bambini, nata in una famiglia con un ristorante di proprietà. Ricorda di non aver mai vissuto il calore del focolare domestico, di non aver mai sperimentato il piacere di pranzi o cene (sia quotidiani che domenicali) o feste nella propria casa, peraltro sempre semivuota. Rammenta la propria solitudine e la ricerca della vicinanza dei genitori (anche attraverso lo studio pomeridiano quotidiano al ristorante). Parla con dolore del loro disinteresse e disattenzione (in particolare mostrando rabbia nei confronti della madre, rabbia nata in adolescenza). Racconta di non aver mai potuto confidare a nessuno della famiglia del suo aborto volontario a sedici anni. Vive nel rimpianto di non aver fruito di affetto, non gode del

presente, è profondamente insoddisfatta; la maggior parte delle sue energie vitali viene spesa nel voler trovare a tutti i costi una ragione del mancato affetto materno, non vi è accettazione né rassegnazione.

3. Giovane donna trentacinquenne, sposata con due bambini, affettivamente distaccata dal marito e dai figli, molto critica. Racconta della madre, una Dirigente scolastica severa e totalmente assorbita dal lavoro, dai propri problemi e dalla realizzazione personale, emotivamente distante da lei, mai dolce e affettuosa, direttiva anche in casa. Il loro rapporto non si è mai assestato. Durante i suoi racconti si scioglie e piange lacrime di dolore. Non riesce ad accettare la mancanza di affetto della madre e questo le impedisce a sua volta di amare profondamente il marito, di abbandonarsi a una vera relazione di coppia e di essere dolce in famiglia, anche nei confronti dei figli. Il risentimento e la rabbia per la mancanza di amore ricevuto sono fortemente presenti.
4. Giovane ventenne, maschio, universitario, ricorda della propria infanzia soprattutto i litigi violenti fra i propri genitori perpetrati per anni, e la memoria di ciò lo impaurisce ancora. La successiva separazione dei due non gli ha portato giovamento: vive con la madre, una donna in carriera distaccata e poco comprensiva. Possiede una visione negativa della vita, mostra tristezza, anedonia, chiusura relazionale, fragilità psicologica, poco interesse nei confronti dello studio. Il sistematico contrasto di coppia in questo caso ha assunto significati che hanno sollecitato nel soggetto bambino vissuti negativi di notevole importanza, come ad esempio una permanente condizione di insicurezza, paura e allarme emotivo e una continuativa frustrazione delle aspettative infantili legate al bisogno di essere al centro degli interessi affettivi dei genitori e di essere accolto con amore.
5. Donna cinquantenne, non sposata, con relazioni amorose fallimentari, ultima di quattro figli, genitori avanti in età, poco comunicativi e severi; ricorda l'evitamento costante della madre nei suoi confronti e una ricerca di affetto mai soddisfatta. Padre molto freddo. Non ha episodi piacevoli della propria infanzia da ricordare. Vive uno stato di chiusura e di disinteresse nei confronti della vita e della realtà circostante, sensi di colpa per non essere stata all'altezza delle attese materne, bassa autostima, senso di sconforto.

I bambini, incapaci di comprendere l'atteggiamento rifiutante della madre (non imputandolo a problematiche del genitore), in generale tendono a investire la propria persona di significati svalutativi. Come sostenuto dal grande psicoanalista contemporaneo Erik Erikson, la continuità e permanenza di esperienze infantili stressanti rendono precaria la "fiducia di base" (Erikson 1973) e negativa l'immagine

che il bambino ha di sé, come non degno di amore e colpevole. Nella relazione madre-bambino, la reiterazione di tale vissuto tende a organizzare una stabile traccia nella struttura intrapsichica del piccolo, originando una serie di venature depressive nel suo assetto personologico (Winnicott 1983).

## **Bibliografia**

- Bedrosian T A et al.: Early life experience drives structural variation of neural genomes in mice. *Science* 2018; 359 Suppl 6382.
- Bowlby J: Attaccamento e perdita. Vol. 1 - L'attaccamento alla madre. Bollati Boringhieri, Torino, 1972. Traduzione L Schwarz.
- Bowlby J & Robertson J: A Two-Year-Old Goes to Hospital A Film. Tavistock Clinic London, 1952.
- Barnett P & Gotlib I: Psychosocial functioning and depression. Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological bulletin* 1988; 153.
- Berger A K et al.: Preclinical symptoms of major depression in very old age. A prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155.
- Bernstein V J & Marcus J: Mother – Infant interaction in multiproblem families. Finding those at risk. *Journal of American Academic Child Psychiatry* 1986; 25.
- Brown G W & Harris T O: Life events and illness. Guilford Press, London, 1989.
- Brown G W: Life events and endogenous depression. A puzzle remained. *Archives General of Psychiatry* 1994; 51.
- Campbell L A et al.: Social factors and affective disorders. An investigation of Brown and Harris' model. *British Journal of Psychiatry* 1983; 143.
- Erikson E: Infanzia e società. Armando editore, Roma, 1966. Traduzione L A Armando.
- Francis R C: L'ultimo mistero dell'ereditarietà. Le Scienze, Roma, 2011. Traduzione A. Tutino.
- Harlow H: Behavior of nonhuman primates: modern research trends. Academic Press, New York, 1965.
- Infrasca R: Dall'infanzia alla depressione. Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 2002.
- Kessler R C & Magee W J: Childhood adversities and adult depression. Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine* 1993; 23.
- Lorenz K: Über die Bildung des Instinkt Begriffes. *Natural Sciences* 1937; 25.
- Mahler M et al.: La nascita psicologica del bambino: simbiosi e individuazione. Boringhieri, Torino, 1980. Traduzione M Ammaniti.

Spitz R: Il primo anno di vita del bambino. Giunti Barbera, Firenze, 1962. Traduzione di G Galle e A Arfelli-Galli.

Tani F: I legami di attaccamento fra normalità e patologia. Firenze, 2011; rivista di Psicoanalisi Neofreudiana Erich Fromm.

Tondo L: Intervista a John Bowlby. Clinical Neuropsychiatry 1990; 3.

Winnicott D W: Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo. Armando, Roma, 1983. Traduzione C Mazzantini.

## STRESSFUL CHILDHOOD EVENTS: THE IMPORTANCE OF MATERNAL LOVE - A RETROSPECTIVE JOURNEY INTO THE LIFE OF ADULTS WITH DEPRESSION

### Summary

*The importance of maternal care for a harmonious development of the child has been at the center of the interest of child psychology since the second half of the twentieth century. Great scholars such as Lorenz, Harlow, Spitz and Bowlby have shown that love for mum does not have its roots in satisfying the need for food, but in the need for protection and if there is a lack of care the consequences are extremely negatives. Nowadays, epigenetics is finding the biological basis of the effects of maternal care, if they are present and affectionate, and even if they are lacking or absent. A report of 5 cases helps to understand the importance of maternal love.*

**Keywords:** Maternal care; Affective deprivation; Childhood; Negative events; Depression.

### Corrispondenza:

Dr.ssa Dominique Tavormina

Via Chiesa san Grisogono, 20

24068 Seriate (Bg), Italy

e-mail: [studio@dottoressatavormina.it](mailto:studio@dottoressatavormina.it)

# IL SUICIDIO NEGLI ADOLESCENTI

**Gino Aldi**

*Psicoterapeuta*

## **Riassunto**

*Scopo di questo articolo è di affrontare la domanda chiave con cui inizia ogni incontro con adolescenti che hanno tentato il suicidio: "Perché dovrei vivere?" Per rispondere a tale domanda è necessario conoscere le dinamiche profonde che portano l'adolescente verso una scelta suicidale. Per questa ragione viene sviluppata una breve ricostruzione delle dinamiche che portano alla costituzione di un Sé grandioso che è alla genesi della frattura con il mondo che si sviluppa in adolescenza e che è all'origine di diversi circuiti psicopatologici tra cui il suicidio. Vieni specificato come la costruzione di una relazione terapeutica con adolescenti a rischio suicidio deve nascere su un piano di assoluta lealtà sulla complessità della vita e sulla necessità di rispettare profondamente il loro desiderio di morire pur offrendo valide ragioni per sviluppare un piano di esistenza che veda nella sofferenza e nel limite una opportunità di vita e non di morte.*

**Parole chiave:** *Psicoterapia; Fenomenologia; Suicidio; Adolescenza.*

Il suicidio è un fenomeno di grande impatto emotivo per la drammaticità delle conseguenze che produce sia in chi lo agisce che nei familiari e nella di relazione della vittima. Viviamo tutti con l'imperativo intrinseco che la vita debba essere vissuta e siamo portati in via naturale a considerare inconcepibile che si possa disporre di essa a piacimento, fino al punto di potersi sottrarre volontariamente al dovere di vivere. La cultura occidentale ha elaborato solide barriere contro l'atto di uccidersi tanto da sviluppare ritualità complesse atte a punire, anche post mortem, colui che si dava la morte. Alcuni resoconti storici raccontano di come venissero imbastiti veri e propri processi verso coloro che erano riconosciuti suicidi. Afferma Barbagli in un pregevole ricostruzione del fenomeno, che *"Anche nel Medioevo, in*

*tutti i paesi europei, valeva il principio crimen estinguitur mortalitate, cioè che la morte del reo estingueva il reato. Ma per il suicidio si faceva eccezione, cosicché chi si macchiava di questo delitto veniva sottoposto a giudizio dai magistrati. Dal momento in cui la morte di una persona veniva ricondotta al suicidio, iniziava un processo di disumanizzazione di chi aveva osato togliersi la vita, che esprimeva con forza inaudita l'orrore, la ripugnanza e l'avversione che non solo le autorità civili e religiose, ma tutta la popolazione, provavano per quel gesto. Il colpevole veniva degradato all'ignobile livello di una bestia. Il suo corpo privo di vita suscitava al contempo paura e sdegno e veniva trattato con deliberata brutalità".<sup>1</sup>*

La rigidità intollerante con cui si guardava al suicidio ha caratterizzato la cultura occidentale per lungo tempo e tuttora possiamo individuarne indizi disseminati nel modo di approcciarsi a colui che ha compiuto un gesto estremo. Tuttavia è innegabile che la forma mentis con cui si approcciava a questo argomento ha subito modifiche significative, che vedono un sostanziale allentamento del rigore sanzionatorio in vista di una progressiva tolleranza nei confronti di chi sceglie di congedarsi dal mondo. Con l'avvento della cultura umanistica e la nascita dell'individuo-persona, in quanto ente in grado di disporre di Sé, si fa strada una nutrita area di pensiero che mira a comprendere il fenomeno piuttosto che a condannarlo. Autori come Montaigne, Tommaso Moro e John Donne, Montesquieu rivaluteranno alcuni aspetti della scelta suicidale soprattutto valorizzando il tema dell'autonomia e della libertà dell'individuo come possibilità di poter disporre anche della propria vita, potendo in taluni casi rinunciare ad essa.

Non mi dilungherò sugli sviluppi storici che hanno accompagnato il fenomeno del suicidio e la sua interpretazione sociale. Mi limito a ricordare che per affrontare questo tema in ambito clinico non possiamo sottrarci alle suggestioni e alle influenze che provengono dal mondo dell'antropologia, della sociologia, della cultura e dei costumi che una società elabora sull'argomento. E non possiamo non tener ben presente quanto gli elementi culturali costituiscano uno sfondo di pre-comprensione che influenza il nostro approccio clinico al fenomeno del suicidio. Se non sviluppiamo questo senso critico rischiamo di offrire ai nostri pazienti risposte dogmatiche, inefficaci e inutili, confezionate più per risolvere le nostre angosce di curanti che quelle che hanno portato i pazienti verso il desiderio di morte. Potremmo ad esempio a dare voce alla nostra sotterranea condanna nei riguardi di chi compie gesti di suicidio piuttosto che porsi nell'ottica di comprenderne le ragioni. Come accennato in precedenza il suicidio tocca corde profonde suscettibili di aprire intensi vissuti controtransferali, vissuti che se agiti inconsapevolmente complicano il piano di trattamento piuttosto che favorirlo. Ancor più se ad accidersi

---

<sup>1</sup> Barbagli, Congedarsi dal mondo, Il mulino, Bologna, 2009, pag.47

o a tentare di farlo è una vita giovane, nel fior degli anni, nell'età in cui la vita si rende presente in tutta la sua meraviglia e in tutta la sua prepotente imprevedibilità, nella sua grande ricchezza di opportunità ma anche nella sua sordida e inarrestabile inclemenza nel produrre sofferenza e delusione.

Uno dei grandi temi, per coloro che si trovano a dialogare in maniera non dogmatica e mediante frasi precostituite con gli adolescenti, è rispondere alla domanda: *“Perché dovrei vivere?”*.

Credo che chiunque sia stato investito da queste parole ha sentito un brivido percorrere la propria schiena e, pur restando fermo e in posizione di ascolto sulla propria sedia, ha sentito il terreno tremare sotto i piedi. In quel momento si avverte tutta l'impotenza e la gravità del compito di dover riportare alla vita un giovane che non vede alcuna ragione per continuare la sua esistenza. Come riportare un giovane adolescente verso una vita che egli disprezza e teme allo stesso tempo? Cosa abbiamo da offrire come alternativa al dolore insopportabile che la ferita narcisistica ha imposto a quelle fragili vite? A questo punto le strade si dividono: un fronte attinge ai numerosi retaggi disseminati nella nostra cultura e cerca di spiegare al giovane aspirante suicida che in fin dei conti ci sono mille ragioni per vivere e nessuna ammissibile per morire, oppure, volendo coltivare una cultura umanistica e illuministica, scopriamo l'angoscia di dover restare in silenzio, perché parole di incoraggiamento non ve ne sono per convincere un giovane che odia la vita che essa è degna di essere vissuta. La sofferenza che ci viene esposta è effettivamente insopportabile e indomabile.

La clinica ci è solo parzialmente di aiuto laddove ci propone nosografie, scale di valutazioni e terapie mediche che possono individuare possibili percorsi di cura, indicazioni di massima per un recupero funzionale del giovane che vuole morire, qualche lenitivo della sua angoscia che ci è utile per attutire la sofferenza ma non risolve la sua di fondo: *“perché devo vivere una vita sembra essermi così ostile?”*

Il taglio di questo intervento è un tentativo di trovare una risposta a questa domanda: per parziale, personale e difficile che essa sia! Un tentativo di comprendere il mondo adolescenziale per come ho imparato ad ascoltarlo in questi anni allo scopo di affiancare allo splendido lavoro svolto psicofarmacologi e psicopatologi, che pure ci forniscono ottimi strumenti per lavorare con pazienti che hanno tentato il suicidio, un terreno meno esplorato: quello esistenziale. Sono infatti convinto che il lavoro di recupero di queste giovani vite può risultare difficile, se non fallimentare, qualora non siamo in grado di offrire un orizzonte di senso per il quale la vita possa e debba essere vissuta, una ragione che permetta di andare oltre quel corredo di fantasie e angosce che hanno portato al desiderio di morire.

Chi è l'adolescente che mi pone con sfida saccente e rabbiosa, o con tormento e disperazione, la domanda fondamentale: "dammi un buon motivo per vivere?" Fermo restando che sappiamo bene quanto sia fondamentale non perdere di vista il punto di vista individuale, quello che rende ogni paziente unico e insostituibile, si possono osservare alcune costanti la cui conoscenza ci aiuta a dar risposta alle domande inquietanti che ci vengono poste.

L'adolescente che ha tentato un suicidio rientra spesso nei canoni del disturbo borderline o del disturbo bipolare o della depressione ma può essere anche un adolescente che, fino al momento in cui ha esplicitato con un gesto terribile i suoi propositi di morte, appariva del tutto sereno. Può essere un ragazzo o una ragazza che si dedicava ad attività sportive, studiava con minore o maggiore diligenza, passava tempo davanti al computer o sui social: un ragazzo "normale" che può aver lasciato segnali sfumati di disagio lungo il suo percorso di vita o essere progressivamente precipitato in una sequenza chiaramente psicopatologica da un momento all'altro.

Nonostante le diverse sfumature emotive e i quadri nosografici differenti molti adolescenti sono presi da una profonda inerzia verso l'idea del futuro. Sono impegnati a vivere l'attimo, confinati in un eterno presente che non comprende la progettazione di Sé. Fino allo sbocciare dell'adolescenza hanno fatto poca esperienza della frustrazione, vivendo in una sorta di guscio iperprotettivo, in cui non vi è accesso alla sofferenza. Hanno studiato spesso con l'aiuto ingombrante dei propri genitori, in particolare della madre, che si è premurata di controllare quotidianamente i compiti. Hanno studiato spesso svogliatamente, con inerzia, altre volte con dedizione, ma quasi sempre ricevendo il supporto di qualche adulto in caso di difficoltà. Molti loro insegnanti sono impegnati nello svolgere programmi sempre più complessi, inadatti alle loro menti di bambini o ragazzi, poco attenti alla loro capacità di consolidare gli apprendimenti e ancor meno preoccupati di dedicare tempo allo sviluppo delle relazioni interpersonali e delle competenze emotive. Un carico di compiti assurdo che non esime la scuola italiana di essere una fucina di ignoranti, forse proprio in virtù di metodologie disattente ai bisogni degli alunni (Priulla). Con la complicità di genitori preoccupati di garantire un alto rendimento scolastico essi non si curano affatto delle difficoltà che i bambini possono incontrare, semplicemente le rimuovono dal proprio orizzonte. La relazione interpersonale tende a svilupparsi in termini virtuali e per molti bambini consiste, quasi esclusivamente, nello svolgere giochi competitivi con coetanei di cui conosce solo la voce e con cui interagisce solo per superarli e vincerli. Nel caso svolgano attività sportive i bambini vengono inglobati precocemente in dinamiche

competitive che coinvolgono i loro genitori o i loro allenatori e diventano una vera e propria pressione verso un rendimento elevato.

In sostanza gran parte degli adolescenti cresce con una forte privazione di opportunità relazionali emotive e concrete, vivendo una intensa pressione verso la competizione e la affermazione di Sé attraverso il rendimento e una profonda privazione della capacità di adattarsi alla frustrazione e alla sofferenza. Le abilità sviluppate riguardano esclusivamente il mondo dell'*apparire* ruotando esse intorno alla produttività di cui si è capaci. Non vi è spazio per la relazione interpersonale, il limite, i fallimenti, le delusioni, il conflitto tra pari. Questo modo di procedere è la conseguenza del narcisismo diffuso che anima le società occidentali e della spersonalizzazione delle relazioni umane, che spinge a privilegiare sempre più la competizione, l'efficienza effimera, l'immagine esteriore a scapito della interiorità, della costruzione del Sé e del confronto con la fragilità.

La rimozione sistematica del limite dall'orizzonte educativo riflette una visione dell'esistenza in cui effettivamente non è concesso essere fragili, incontrare la difficoltà e chiedere aiuto. La fragilità genera un senso di *vergogna* insopportabile, tale da dover essere scotomizzata, rimossa, negata e combattuta con tutte le proprie forze. È questo senso di vergogna insopportabile che genera il ritiro dal mondo, ritiro che può assumere la forma rabbiosa e crudele del darsi la morte. Vergogna e rancore sono elementi frequenti nel racconto di chi ha tentato il suicidio. L'idea di una inadeguatezza insopportabile e insuperabile che porta a una frattura insanabile con il mondo: un mondo che non merito ma anche che non mi merita! Il confronto con il limite, un classico tema adolescenziale, risolto in passato nelle modalità svariate della sfida onnipotente alla morte, nella assunzione di condotte a rischio, nel rifiuto del mondo e dei valori proposti dagli adulti, nella ricerca di nuove forme di identità, trova nell'adolescente fragile una impossibilità di misurarsi con le delusioni generate dalla contraddizione tra la propria onnipotenza e la propria fragilità.

Fragilità e onnipotenza entrano rotta di collisione producendo un effetto deflagrante che rende la vita insopportabile. L'idea di dover assecondare un Sé onnipotente e grandioso si scontra con la impossibilità di adempiere a tale compito per l'evidente diseducazione al sacrificio, al dolore, alla frustrazione, alla perdita e alla sconfitta. Il dolore della sconfitta è insopportabile e lascia spazio ad una rabbia vendicativa sordida nei confronti di adulti che hanno promesso un mondo assolutamente differente rispetto a quello in cui sono vissuti fino a quel momento. Un mondo in cui morte, dolore, sofferenza e limite non dovevano esistere.

L'adolescente medio ha un'idea estremamente confusa circa il tema del morire e del vivere. In linea generale risente della generica rimozione della morte che la società occidentale ha sviluppato nell'ultimo secolo. È probabile che non abbia mai assistito ad un funerale o partecipato ai rituali consolatori che accompagnano il morire. I genitori lo hanno preservato dalla vista del cadavere lasciandolo, in caso di perdita di congiunti, davanti ad uno schermo, luogo in cui il morire è alla stregua di un videogioco. La morte, come perdita totale e definitiva del proprio essere, come dissoluzione di sogni e progetti, di affetti e relazioni, è un qualcosa di niente affatto comprensibile per un adolescente. Egli non ha avuto il tempo e il modo di macinare e comprendere questo concetto, di elaborarlo, di concepirne lo spessore, l'angoscia e il significato profondo. Del resto, questa lacuna non è altro che il contraltare di una profonda incomprensione di cosa sia la vita, intesa nella sua complessità, nella sua meraviglia ma anche nella sua assoluta e impietosa durezza nel richiamare la nostra finitudine e la nostra umana impotenza.

Il suicidio adolescenziale è il rifiuto della vita dovuto un senso di impotenza che appare insopportabile agli occhi di chi è cresciuto in una onnipotenza smisurata, onnipotenza conseguente alla incapacità di accettare un mondo che limita il proprio Ego e lo spoglia di tutte le vacuità create da una crescita dorata e senza ostacoli. Possiamo così comprendere il tentativo di suicidio di giovani brillanti e affermati, offesi dal fatto di non aver conseguito il massimo dei voti ma solo qualche punto in meno; oppure per quel neo che deturpa la bellezza di un corpo che non si sente più proprio e che appare inguardabile allo sguardo proprio e quindi altrui; o ancora l'intollerabile minaccia che nasce dall'esperire il rifiuto di un partner. Sono tutte vicissitudini che perdono il loro alone di normalità per diventare fonte di angoscia insuperabile e intollerabile.

L'appuntamento con l'adolescenza è gravido di dolorose scoperte e di compiti evolutivi che rischiano di non trovare risposta in conseguenza del senso di inadeguatezza che il giovane sperimenta. Il confronto tra fantasie e aspettative onnipotenti e la realtà diventa terribile e di difficile accettazione per via della fragilità estrema che egli si trova a scoprire dentro Sé. Pietropolli Charmet parla di *fragilità narcisistica*, di un narcisismo che non ha trovato ristoro nel confronto con la realtà e che determina in conseguenza un senso di fragilità insopportabile. Si incrociano, in questa delicata età, due sentieri che in passato hanno camminato in parallelo e che sembravano poter coesistere serenamente: le aspettative onnipotenti, conseguenti ad un egocentrismo che non è stato mitigato da sane relazioni interpersonali, al contempo nutritive e limitanti, ma anzi incentivato e moltiplicato da un circuito esistenziale centrato sulla produttività come unico elemento per affermare il Sé e, dall'altro lato della bilancia, la scoperta della fragilità, sotto forma di difficoltà,

incapacità, frustrazioni, che si è convinti di non saper affrontare. Dover fare i conti con un corpo che cambia ed evidenzia le proprie imperfezioni, vivere la pressione verso nuove forme di relazioni, centrate sull'affettività e sulla scoperta della sessualità, terreni sconosciuti e quindi densi di pericoli, affrontare il distacco emotivo dalle figure parentali e costruire la propria autonomia personale, sono solo alcuni dei compiti che l'adolescente deve vivere per gestire la transizione verso l'adulthood.

A questi compiti egli giunge con evidenti lacune di maturazione e con fardelli di non facile sopportazione. Le lacune riguardano la *capacità riflessiva*, largamente mortificata da meccanismi di crescita che hanno lasciato poco spazio alla narrazione di Sé, al dialogo come fonte di riflessione, ma anche all' inadeguata gestione delle proprie emozioni, specie di quelle connesse all'esperienza del dolore e della sofferenza. L'incapacità di *mentalizzare* ed elaborare la frattura tra Sé grandioso e Sé fragile, conseguenza di lunghi anni trascorsi a non pensare, non porsi problemi, non confrontarsi con le piccole difficoltà quotidiane, con i propri pari, determina una incapacità di elaborare risposte adeguate alle problematiche emergenti. Rabbia e fuga diventano le uniche soluzioni all'angoscia che sembra inarrestabile e insormontabile. Rifiuto rabbioso di una esistenza impossibile ma allo stesso tempo ricerca di una visibilità che lasci il segno, che porti al centro della scena un'esistenza indegna e insignificante come la propria: il gesto suicidale diventa una sintesi di vendetta contro il mondo, affermazione grandiosa di Sé e disperazione per la propria infinita fragilità.

Il suicidio adolescenziale è la soluzione magica e dolorosa per affrontare un'esistenza bloccata. Una esistenza che non ha possibilità di futuro in un mondo che svela impietosamente tutte le fragilità e le imperfezioni fino a quel momento taciute.

Perché vivere in un mondo imperfetto e gravido di dolore?

La risposta a questa domanda non ammette finzioni, imbrogli e tatticismi. L'adolescente che vive già una disillusione profonda, indotta da una educazione e una crescita che si è sottratta al compito di educare alla complessità della vita, che ha promesso ipocritamente eterna spensieratezza, che ha illuso di poter eliminare dall'orizzonte esistenziale il dolore e la sofferenza di incontrare il limite, non può subire un nuovo affronto subendo lusinghe menzognere e false. Occorre allora essere chiari nelle risposte e specchiati nelle intenzioni, delimitando i confini entro cui può avvenire un percorso di aiuto.

La prima risposta che occorre fornire ad un adolescente che ha tentato il suicidio è che il suo dolore e la sua sofferenza hanno un senso profondo e meritano rispetto e attenzione. Sebbene la maggioranza delle persone scelga di vivere la propria esistenza

l'idea suicidale si è affacciata almeno una volta nella vita nella maggioranza degli esseri umani. Effettivamente la vita può apparire insensata nella sua complessità e nella sua crudezza, può essere fonte di dolori inenarrabili e ingiustizie. La vita percorre sentieri che non riusciamo ad imbrigliare e di cui spesso siamo spettatori impotenti e vittime del tutto ignare. Il "limite" è la nostra condizione esistenziale più realistica: ad esso non possiamo sottrarci se non attraverso la menzogna e la fuga ma con l'amara predestinazione di dover prima o poi fare i conti con la sofferenza. Vi sono molte ragioni per congedarsi dal mondo per ciascuno di noi ed è comprensibile, seppure non auspicabile, che alcuni scelgano questa dolorosa soluzione.

Il secondo punto è che la sofferenza umana è una condizione, per quanto terribile e insopportabile, che può essere affrontata, specie se non la si vive in solitudine. Vi è l'opportunità, attraverso un dialogo franco e aperto, di ricevere quel supporto che in passato non si è avuto, di dare voce a tutti i silenzi accumulati, di far vivere il proprio mondo fragile e riconoscerlo come parte pulsante del proprio essere, come un terreno fertile in cui far crescere il proprio essere. Vi è un'alternativa al suicidio che non ha nulla di miracoloso se non il fatto di poter vivere un'esperienza di accompagnamento alla vita che non si è ben configurata nella propria storia passata. Un'esperienza che può veder partecipare la figura del terapeuta ma anche quella dei propri genitori, spesso vittime a loro volta di meccanismi di vita complessi che hanno reso fragile la loro genitorialità

Il terzo punto è che il limite, la finitudine, la paura, l'angoscia, la difficoltà, l'incapacità, non sono appannaggio di esistenze povere e derelitte ma sono il nucleo fondativo dell'essere umano. Al contrario di quanto appreso nella propria infanzia la condizione umana trova la sua realizzazione nel confronto con il limite e non nell'immagine della propria efficienza. I limiti e le difficoltà diventano gli attori di una trama possibile sulla quale costruire l'edificio della propria esistenza futura, una possibilità di vivere l'esperienza della crescita e della fiducia nelle proprie possibilità.

Il quarto punto è che nessun terapeuta può donare un orizzonte di senso al proprio paziente e rendere la vita più leggera di quella che essa è. Tuttavia, è possibile scoprire, ridimensionando aspettative e fortificando il proprio Sé, la bellezza del mondo, il valore degli affetti, la grandezza di cui è capace un essere umano, seppure spaventato e confinato nella sua umana fragilità. La vita non riserva solo dolore ma anche grandi opportunità per chi ha lo sguardo per coglierle e il cuore per goderne. Il lavoro terapeutico, non potendo modificare il corso naturale della vita, è un tentativo di costruire tale sguardo e di fornire forza pulsante al cuore.

Con queste basi si può iniziare un cammino per costruire un percorso di riconciliazione tra Sé grandioso e Sé fragile, un percorso attraverso il quale ogni adolescente può scoprire la meraviglia del proprio essere e la consapevolezza che egli è prezioso non per quello che fa, o per come appare, ma per quello che è nel profondo di sé.

### Bibliografia

Aldi Gino, Riscoprire l'autorità, Edizioni Enea, Milano, 2019

Aldi Gino, Costruttori di Speranza, Edizioni Enea, Milano, 2019

Aldi Gino, L'amae, il bisogno di dipendere: nuova emergenza del mondo occidentale, Telos-rivista di psichiatria, fenomenologia e scienze umane, n.3, Zetema Edizioni, Caserta, 2019

Aldi Gino, Pandemia da Covid-19 e insegnamento a distanza, Quaderni di Telos, 2020

Barbagli, Congedarsi dal mondo, Il Mulino, 2009

Lancini Matteo, Il ritiro sociale degli adolescenti, Cortina editore, Milano, 2019

Piotti Antonio, Il banco vuoto, Franco Angeli, Milano, 2013

Pietropolli Charmet, Piotti, Uccidersi, Raffaello Cortina, 2009

Pompili, Manuale di suicidologia, Pacini editore, 2015

Ricci Carla, Adolescenti in reclusione volontaria, Franco Angeli, Milano, 2016

### SUICIDE IN ADOLESCENTS

#### Summary

*The purpose of this article is to address the key question with which every encounter with teenagers who attempted suicide begins: "Why should I live?" To answer this question it is necessary to know the profound dynamics that lead the adolescent towards a suicidal choice. For this reason, a brief reconstruction of the dynamics that lead to the creation of a grandiose Self that is at the origin of the fracture with the world that develops in adolescence and which is at the origin of several psychopathological circuits including suicide is developed. It is specified how the construction of a therapeutic relationship with teenagers at risk of suicide must be born on a plane of absolute loyalty on the complexity of life and on the need to deeply respect their desire to die while offering valid reasons to develop a plan of existence that you see in the suffering and in the limit an opportunity for life and not death.*

**Keywords:** *Psychotherapy; Phenomenology; Suicide; Adolescence.*

## **Corrispondenza**

Dott. Gino Aldi

Medico-Chirurgo

Psicoterapeuta

*Tel.:* +39 335 8105216

*e-mail:* gino.aldi@gmail.com

# USO E ABUSO DI APPARECCHI-VIDEO NEI GIOVANI: QUALI RISCHI PER LA SALUTE?

Nicolas Zdanowicz, Christine Reynaert, Denis Jacques,  
Brice Lepiece, Thomas Dubois

Università Cattolica di Lovanio, Unità di Psicosomatica  
Ospedale Universitario di Mont-Godinne, Yvoir, Belgium.

## Riassunto

*Contesto: con la generazione alfa, l'ansia dei genitori sull'uso dei media da parte dei giovani è aumentata. Si presume che il consumo sia eccessivo, con conseguente stile di vita sedentario e disturbi psichiatrici. Cosa accade in realtà?*

*Metodi: al di là dei dati dell'indagine HBSC 2014 (Health Behaviors in School aged Children) per il Belgio, abbiamo realizzato una ricerca bibliografica (Medline, Scopus, Psycarticles, Psycinfo, Pubmed) utilizzando delle parole chiave come adolescente – internet e sedentarietà o famiglia tra il 2014 e il 2019. Abbiamo selezionato 19 articoli di ricerca originali e/o di meta-analisi quantitativa o qualitativa.*

*Risultati: il consumo totale dei diversi tipi di media (televisione, videogiochi, internet) è stabile fino al 2010 per poi aumentare significativamente nel 2014. Non è stato determinato un aumento parallelo degli stili di vita sedentari. Ci sono opinioni controverse in merito alle cifre oltre le quali si può parlare di consumo eccessivo e della definizione di “uso problematico”. Il 5% dei giovani fa un uso anomalo di internet e il 97, 5% di essi risponde ai criteri di un disturbo mentale. Il rischio di un consumo eccessivo dipende da 4 fattori: famiglia, personalità, influenza dei coetanei e offerta dei media.*

*Conclusione: pur utilizzando di più gli schermi, i giovani della generazione alfa non sono molto a rischio, a meno che non accumulino fattori di rischio. Inoltre, hanno delle sfide da affrontare che sono state poco studiate. Devono gestire la loro privacy per delle foto di quando erano bambini, pubblicate dai loro genitori e senza il loro consenso. Devono sperimentare un nuovo rapporto con la conoscenza sapendo che non c'è più bisogno di memorizzare poiché tutto è online.*

**Parole chiave:** Adolescenti; Internet; Fattore di rischio; Consumo.

## INTRODUZIONE

Gli schermi e il web hanno invaso la vita a tal punto che la definizione della generazione alfa si realizza partendo esclusivamente dall'uso degli schermi e di internet. Questi giovani sono nati allo stesso tempo dell'iPad e di Instagram nel 2001, hanno degli schermi innanzi ai loro occhi sin dall'infanzia. Questa esaltazione della vita, dalla nascita (pubblicazione della prima ecografia) fino a dopo la morte (pagina web post mortem), è stimolata, come per qualsiasi prodotto di consumo, dalla legge dell'offerta e della domanda. L'offerta si è adattata, anche nel caso della vecchia televisione (TV). Ci sono delle offerte mirate a raggiungere il maggior numero di utenti. I contenuti sono diversificati: giochi di tutti i tipi, individuali o online e di gruppo, tutte le serie TV sono accessibili e le serie interattive sono alle porte. La proliferazione di hardware non fa eccezione al tablet, per poi passare allo Smartphone.

Al giorno d'oggi abbiamo uno schermo davanti agli occhi in permanenza: in strada con gli occhiali Google e il GPS, nella vasca da bagno con lo Smartphone waterproof, al ristorante quando l'altro non ha nulla da dire o sulla spiaggia mentre si prende il sole. Ovviamente l'affermazione dello schermo varia ulteriormente in funzione del livello socioeconomico e dell'ambiente di vita ma, nel 2017, l'83% dei giovani di età compresa tra i 12 e i 15 anni ha uno smartphone ed è online 21 ore a settimana. Le piattaforme di scambio si sono moltiplicate: Snapchat, Instagram, Facebook... ma online non vuol dire in connessione. Se l'uso di Messenger diminuisce, la sensazione di solitudine, l'uso passivo di un social network aumenta. Facebook può essere usato per comunicare o in maniera ossessiva per timore di perdere una informazione «vitale» (FOMO Fear of Missing out) e perdere il controllo della sua immagine.

Digitare su google le parole: «adolescenza», «schermo» e «rischio» genera 6 milioni di voci che descrivono le cose peggiori in cui i giovani possono incorrere. Gli schermi sono diventati una forma di ansia per i genitori. Il consumo tra i giovani è considerato eccessivo, in crescita esponenziale. Potrebbe questo consumo indurre

a disturbi psichiatrici e alla sedentarietà con conseguenti disturbi fisici? Cosa accade in realtà?

## METODI

### Raccolta dati:

I dati epidemiologici per il Belgio sono stati estratti dall'indagine HBSC 2014 (Health Behaviors in School aged Children) condotta dallo SIPES (Servizio informazione e Promozione della della Salute dell'ULB (Università Libera di Bruxelles) in collaborazione con l'OMS per la parte europea. Per il resto, abbiamo effettuato una ricerca bibliografica (Medline, Scopus, Psycarticles, Psycinfo, Pubmed) con le parole chiave adolescente - internet – e sedentarietà o famiglia tra il 2014 e il 2019. Abbiamo selezionato 19 articoli di ricerca originali e/o di meta-analisi quantitativa o qualitativa.

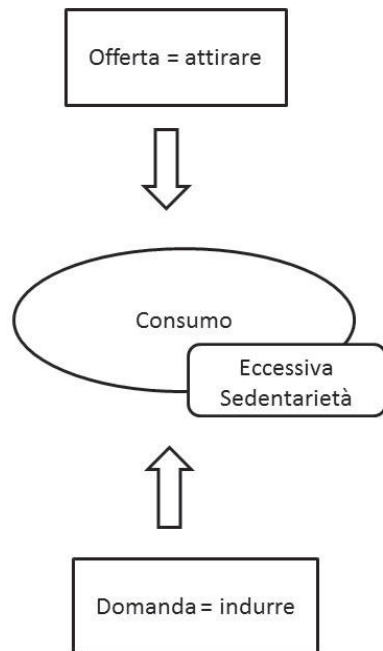
### Presentazione dei risultati:

La figura 1 mostra come abbiamo proceduto nella nostra ricerca.

Figura 1: piano

Abbiamo considerato le seguenti domande:

1. Valutazione del consumo dello schermo e dei suoi fattori di rischio.
2. Valutazione del consumo eccessivo.
3. Il consumo è associato ad un aumento della sedentarietà e delle conseguenze sulla salute?



*Figura 1. Piano*

## RISULTATI:

### 1. L'uso dello schermo

Fino al 2002, il 60% dei giovani (12 – 18) belgi trascorrevano almeno 2 ore al giorno a guardare la televisione. In seguito, questo consumo è diminuito perché sostituito dai videogiochi e, dal 2006, da internet. In totale, l'uso accumulato dello schermo è rimasto stabile fino al 2010. Nel 2014, al contrario, non solo le ore di televisione sono aumentate ma il consumo d'internet ha raggiunto il consumo della televisione. Allo stesso tempo, è interessante notare che il 2014 è stato l'anno in cui è esplosa la vendita di smartphone, per poi stabilizzarsi dal 2016 (Moreau and al. 2017). Anche se i consumi aumentano, è comunque difficile sapere di quanto l'uso totale dello schermo sia aumentato poiché il 25% dei giovani utilizza spesso due schermi contemporaneamente (TV + internet).

Inoltre, al di là dell'uso degli schermi nel quadro ludico, le possibilità di utilizzo degli stessi si estendono per svolgere i compiti scolastici, usare il GPS o ascoltare musica online. Quando studiamo i fattori socio-familiari legati ai loro consumi (TV, video giochi e internet), sembra che i giovani che svolgono studi professionali siano i maggiori fruitori, seguiti da quelli che frequentano un'istruzione tecnica più in generale. Se il consumo dei video giochi e internet è più elevato nelle famiglie benestanti, quello della TV è maggiore nelle famiglie più svantaggiate. Tranne che per internet, i ragazzi utilizzano gli schermi più delle ragazze.

Infine, il consumo di internet e dei video giochi è più elevato nelle famiglie miste che nelle famiglie con due genitori d'origine.

A parte la moltiplicazione dell'offerta (cfr. introduzione) che « induce » al consumo, vari fattori « attirano » al consumo. Sono stati evidenziati quattro tipi di fattori: fattori familiari, parentali, della personalità e dell'ambiente scolastico, in particolare attraverso l'influenza dei coetanei.

I fattori familiari identificati includono il tipo di attaccamento del giovane (Cacioppo & al. 2019), le capacità relazionali della famiglia, l'interesse dei genitori per l'Uso di Internet (UI) e l'attenzione dei genitori verso i giovani. Un giovane con un attaccamento insicuro ha statisticamente più probabilità di avere delle scarse competenze relazionali-interpersonali ed è quindi a rischio di fare un uso più elevato di facebook.

Nella stessa logica, le capacità relazionali messe in gioco dalla famiglia sono correlate alle capacità relazionali del giovane con i suoi coetanei e con un rischio d'Uso Problematico di Internet (PIU). Esiste allora un rischio cumulativo: più il

giovane si investe in relazioni esterne virtuali, più la comunicazione reale in famiglia è povera e induce ancor di più il giovane all'uso dei social network (Karaer & Devrim 2019 ; Mullan & Chatzitheochari 2019). Questo PIU dipende anche dal tipo di interesse che i genitori hanno per internet. I genitori preoccupati dall'uso di internet da parte dei giovani, magari addirittura vietandone l'uso, hanno maggiori probabilità di spingere il giovane verso il PIU (Symons and al. 2019).

Tuttavia, al contrario, la mancanza di interesse da parte dei genitori nei confronti del giovane, in particolare non interessandosi di dove e con chi il giovane si trovi la notte, è ugualmente correlata ad un rischio di PIU.

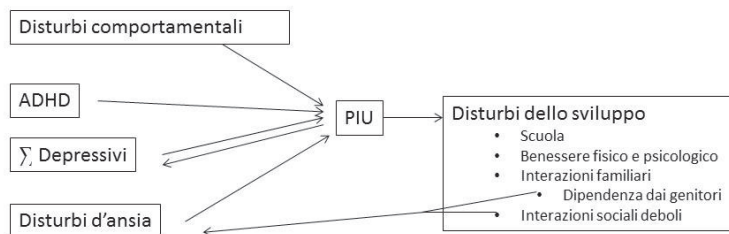
I genitori poco protettivi, con un basso livello di istruzione, coinvolti in conflitti, con eventuali casi di divorzio, rappresentano un fattore di rischio per un consumo elevato degli schermi (Sorbring & Lundin 2012). Inoltre, se il giovane frequenta una scuola con poca solidarietà tra i coetanei e con forte attitudine all'uso dei social network e o ai giochi online, le relazioni virtuali sembrano rappresentare una soluzione al problema dell'isolamento. L'isolamento, il sentimento di disperazione, una scarsa capacità di risoluzione dei problemi, una dipendenza emotiva e un disturbo mentale sono dei fattori di rischio o una personalità gradevole e coscienziosa è un fattore di protezione (Livingstone & Helsper 2009 ; Twenge & Campbell 2019).

## **2. Consumo eccessivo**

Non vi è consenso sulla definizione di consumo eccessivo. Se le cifre in Belgio sono calcolate su una base di 2 ore al giorno, le cifre nella letteratura internazionale mostrano piuttosto un consumo giornaliero medio di 7 ore (sapendo che nei fine settimana, il consumo è più elevato). Il 30% dei giovani è sugli schermi per meno di 7 ore e il 30% per più di 7 ore (Asam & al.2019, Dufour e al.2019). Tra questi consumatori pesanti, quelli con un consumo problematico rappresentano il 5%. Anche la definizione dei criteri per un PIU è controversa. Cinque criteri sono più o meno condivisi (Assunção e al. 2017):

1. Preferire le relazioni virtuali a quelle reali
2. Essere online regola l'umore
3. Non essere online genera delle forti preoccupazioni
4. Esiste una coazione a connettersi
5. L'uso intensivo di internet genera conseguenze negative per la vita reale.

Va notato che l'offerta dei social network soddisfa perfettamente le preoccupazioni degli utenti con un PIU: offrono una relazione simbiotica con i coetanei, permettono di essere presenti e controllare le interazioni, rafforzano positivamente la capacità di regolazione emotiva, grazie ai profili, promuovono un'immagine ideale di se stessi e degli altri attraverso il confronto e l'affermazione della propria immagine e, infine, sono un facile mezzo di comunicazione (Casalo & Escario 2019). I dati epidemiologici mostrano che un PIU è associato a un disturbo psichiatrico nel 97,5% dei casi (Fuchs & al 2018). Gli autori ritengono che il disturbo psichiatrico causi il PIU anziché il contrario, questo ad eccezione dei disturbi d'ansia, in particolare della fobia sociale che viene presa in circoli di feedback positivi (Przpiorka & al.2019).



*Figura 2. PIU e disturbi psichiatrici*

### **3. Consumo eccessivo e inattività fisica**

Le relazioni tra consumo di schermo e stile di vita sedentario sfuggono alla causalità lineare. La valutazione della sedentarietà tra i giovani si basa su 2 dimensioni: l'attività fisica quotidiana e la pratica settimanale di un'attività sportiva. In Belgio, il 70% dei giovani pratica sport più volte alla settimana. I giovani con un'esperienza socioeconomica privilegiata praticano più sport di altri. Queste cifre sono rimaste stabili dal 2002 e pertanto non sono peggiorate con quelle relative all'uso dello schermo del 2014. Inoltre, il 50% dei giovani fisicamente attivi guarda la TV almeno 2 ore al giorno. Un'eccezione a questa osservazione si trova nelle famiglie miste dove i giovani guardano meno televisione e fanno meno attività fisiche. Tra i giovani che seguono studi professionali, possiamo persino osservare un paradosso poiché è tra questi che l'uso dello schermo è maggiore, ma sono loro i più dinamici fisicamente. L'uso di alcuni tipi di schermi è più associato a uno stile di vita

sedentario rispetto ad altri (Arundell and al. 2019). Ad esempio, l'uso di videogiochi individuali è maggiormente associato allo stile di vita sedentario che all'uso del PC. Allo stesso modo, un adolescente con una vita sociale scarsa è statisticamente meno attivo dei suoi coetanei.

A parte queste cifre piuttosto rassicuranti, il numero di studi che hanno associato il consumo dello schermo con l'una o l'altra patologia fisica è impressionante (Lissak 2018) e ci sembra più aneddotico rispecchiando una realtà per la maggior parte dei giovani.

*Tabella 1. Consumo e malattia fisica*

| <i>Generato</i>                               | <i>Dovuto a</i>                                                                 | <i>Conseguenze</i>                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Obesità</b>                                | Cattiva scelta dietetica<br>Disturbi del sonno<br>Sedentarietà<br>Spuntini      | Rischi cardiovascolari                             |
| <b>HTA</b>                                    | Sedentarietà                                                                    | Arteriosclerosi                                    |
| <b>Ipercolesterolemia</b>                     | Sedentarietà                                                                    | Basso HDL                                          |
| <b>Sensibilità allo stress</b>                | Aumento del tono ortosimpatico                                                  | Disturbi del sonno                                 |
| <b>Disturbi della secrezione di cortisolo</b> | Perdita del ritmo circadiano<br>Aumento del cortisolo diurno                    |                                                    |
| <b>Disturbi della vista</b>                   | Affaticamento oculare<br>Visione offuscata<br>Secchezza oculare                 | Miopia<br>Abbassamento capacità visiva<br>Diplopia |
| <b>Disturbo ortopedico</b>                    | Dolori muscolo scheletrici dovuti ai movimenti ripetitivi<br>Demineralizzazione |                                                    |
| <b>Sotto stimolo frontale</b>                 | Disturbi del controllo cognitivo che spingono all'impulsività                   | Diminuzione della materia grigia                   |
| <b>Attitudini violente</b>                    | Destabilizzazione e disposizione alla violenza                                  | Disadattamento socio professionale                 |
| <b>Irradiazione</b>                           | Infertilità e tumori ?                                                          | Obesità                                            |

## DISCUSSIONE

Tra le paure degli adulti e la realtà rivelata nella maggior parte degli studi, sembrano esserci una marea di differenze.

Esiste chiaramente una determinata pericolosità legata agli abusi dello schermo ma rappresenta soprattutto la proiezione della paura degli adulti. È ovviamente allettante pensare che siano gli adulti con scarse capacità comunicative e/o loro stessi con la propria paura di Internet a sostenere queste proiezioni. E' curioso sottolineare che, per la generazione alfa, questi sono gli stessi adulti che hanno pubblicato cronologicamente le prime foto dei loro bambini addirittura prima che questi potessero dare il loro consenso a tale pubblicazione. Detto ciò, diventa difficile fare la morale ai giovani sui pericoli legati alla pubblicazione sui social media. Allo stesso tempo, è divertente notare che alcuni studi hanno correlato la diminuzione del consumo di alcol, tabacco e hashish tra i giovani negli ultimi anni con la pratica dei videogiochi. Anche se questa correlazione non è stata riscontrata sistematicamente, il fattore esplicativo invocato è la difficoltà di ottenere prestazioni se si è sotto l'influenza di sostanze (Larms & al. 2018).

Infine, il mondo della scuola ha una chiara influenza sull'uso dei media. Esistono già scuole che agevolano l'apprendimento a casa con interazioni con insegnanti riservati in classe per approfondimenti e svolgimento dei compiti a casa. Noi stessi siamo in un'università che spinge alla pubblicazione di corsi di supporto online con divertenti applicazioni per testare apprendimenti. Oggigiorno i giovani acquisiscono la conoscenza in modo diverso essendo ben consci di come ottenerla, piuttosto che accumularla riflettendo sempre di più l'idea di cosa sia oggi per noi uno studioso.

## CONCLUSIONI

I giovani della generazione alfa, anche se usano di più gli schermi, non sono così in pericolo a meno che non combinino fattori di rischio. Hanno anche delle sfide da affrontare che sono state poco studiate. Devono gestire la loro privacy per delle foto di quando erano bambini pubblicate dai loro genitori e senza il loro consenso. Devono sperimentare un nuovo rapporto con la conoscenza sapendo che non c'è più bisogno di memorizzare poiché tutto è online.

## Bibliografia

- Alexandraki K, Stavropoulos V, Anderson E, Latifi MQ, Gomez R: Adolescent Pornography Use: A Systematic Literature Review of Research Trends 2000-2017. *Current Psychia Rev* 2018; 14: 47-58.
- Arundell L, Salmon J, Veitch J, Timperio A: The Relationship between Objectively Measured and Self-Reported Sedentary Behaviours and Social Connectedness among Adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 277 – 288.
- Asam AE, Samara M, Terry P: Problematic internet use and mental health among British children and adolescents. *Addict Behav* 2019; 90: 428-436.
- Assunção RS, Costa P, Tagliabue S, Matos PM: Problematic Facebook Use in Adolescents: Associations with Parental Attachment and Alienation to Peers. *J Child Fam Stud* 2017; 26: 2990–2998.
- Cacioppo M, Barni D, Correale C, Mangialavori S, Danioni F, Gori A: Do Attachment Styles and Family Functioning Predict Adolescents' Problematic Internet Use? A Relative Weight Analysis. *J of Child and Fam Stud* 2019; 28:1263–1271.
- Casalo LV, Escario J-J: Predictors of excessive internet use among adolescents in Spain: The relevance of the relationship between parents and their children. *Comput in Hum Behav* 2019; 92: 344-351.
- DSM 5.0. American Association of Psychiatry, Washington 2013
- Dufour M, Gagnon SR, Nadeau L, Légaré AA, Laverdière E: Clinical profile of adolescents being treated for problematic internet use. *Can J Psychiatry* 2019; 64: 136-144.
- Fuchs M, Riedl D, Bock A, Rumpold G, Sevecke K: Pathological Internet Use - An Important Comorbidity in Child and Adolescent Psychiatry: Prevalence and Correlation Patterns in a Naturalistic Sample of Adolescent Inpatients. *BioMed Res Intern* 2018 , <https://doi.org/10.1155/2018/1629147>
- Karaer Y, Akdemir D: Parenting styles, perceived social support and emotion regulation in adolescents with internet addiction. *Compr Psychiatry* 2019; 92: 22-27.
- Larm P, Raninen J, Aslund C, Svensson J, Nilsson KW: The increased trend of non-drinking alcohol among adolescents: what role do internet activities have? *Europ J of Public Health* 2018; 29: 27–32.
- Lissak G: Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. *Environ Res* 2018; 164: 149-157.
- Livingstone S & Helsper E: Balancing opportunities and risks in teenagers' use of the internet: the role of online skills and internet self-efficacy. *Media & Society* 2010; 12: 309-329.
- Moreau N, Lebacq T, Dujeu M, de Smet P, Godin I, Castetbon K: Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2017.

- Mullan K & Chatzitheochari S: Changing Times Together? A Time-Diary Analysis of Family Time in the Digital Age in the United Kingdom. *J of Marriage and Fam* 2019; 81: 795-811.
- Przpiorka A, Blachnio A, Cudo A: The role of depression, personality, and future time perspective in internet addiction in adolescents and emerging adults. *Psychiatry Res* 2019; 272: 340-348.
- Sorbring E & Lundin L: Mothers' and fathers' insights into teenagers' use of the internet. *New Media & Society* 2012; 14: 1181-1197.
- Symons K, Vanwesenbeeck I, Walrave M, Van Ouytsel J, Ponnet K: Parents' Concerns Over Internet Use, Their Engagement in Interaction Restrictions, and Adolescents' Behavior on Social Networking Sites. *Youth & Society* 2019; 1: 1-13.
- Twenge JM & Campbell WK: Media Use Is Linked to Lower Psychological Well-Being: Evidence from Three Datasets. *Psychiatry Quarter* 2019; 90: 311-331.

## USE AND ABUSE OF VIDEO EQUIPMENT IN YOUNG PEOPLE: WHAT HEALTH RISKS

### Summary

***Background:** With the alpha generation, parents' anxiety about young people's use of the media has increased. Consumption is assumed to be excessive, resulting in sedentary lifestyles, psychiatric disorders, overconsumption of sexual content and suicidal behavior. What is it really like?*

***Method:** Besides the data from the HBSC 2014 survey (Health Behaviors in School aged Children) for Belgium, we carried out a bibliographic search (Medline, Scopus, Psycarticles, Psycinfo, Pubmed) with the keywords adolescent - internet and sedentary or suicide or family or sex \* or porn \* between 2014 and 2019. We selected 27 articles from original research and / or quantitative or qualitative meta-analysis.*

***Results:** Total consumption of different media (television, video games, internet) was stable until 2010 and increased significantly in 2014. A parallel increase in sedentary lifestyles has not been reported. The figures beyond which we can speak of overconsumption and the definition of what is "problematic use" remain controversial. 5% of young people have an unusual internet consumption and 97.5% of them meet the criteria of a mental disorder. The risk of overconsumption depends on 4 factors: family, personality, peer influence and media offer. In addition to these general risk factors, there are specific factors for the abuse of sexual content and for suicidal behaviors. For suicidal behaviors, the specific risk factors are in fact the same as those for young suicidal people outside the influence of the media.*

*Conclusion: Even though they use more screens, young people of the alpha generation are no more at risk than those in previous generations, unless they cumulate risk factors. They also have to face challenges that have not yet been studied enough. They have to manage their privacy whereas their parents published photos of them when they were young, without their consent. They have to establish a new relationship to the knowledge that doesn't need any more to be memorized since it can easily be found online.*

**Keywords:** *Adolescents; Internet; Risk factor; Consumption.*

### **Corrispondenza**

Nicolas Zdanowicz, MD, PhD.

CHU UCL Namur

N. Zdanowicz Service de psychosomatique

Avenue Docteur G. Thérasse, 1 • 5530 Yvoir • Belgique

Tel.: +32 81423752

Fax: +32 81423753

e-mail: nicolas.zdanowicz@uclouvain.be



# LE DIMENSIONI DELLA DISFORIA NELLO SPETTRO BIPOLARE

**Massimo Claudio Bachetti<sup>1</sup>, Giulia Menculini<sup>2</sup>,  
Alfonso Tortorella<sup>2</sup>, Patrizia Moretti<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Perugia

<sup>2</sup> Cattedra di Psichiatria, Università di Perugia, Perugia, Italia

## Riassunto

*Il termine disforia è spesso impropriamente utilizzato come sinonimo di disturbo della sfera affettiva. In realtà, la disforia rappresenta un'entità psicopatologica a sé stante definita da uno stato emotivo-cognitivo complesso e disorganizzato con fenomenologia proteiforme caratterizzata da una moltitudine di sintomi raggruppabili nelle seguenti dimensioni: irritabilità, malcontento, risentimento interpersonale e resa. A partire da questa concezione abbiamo studiato l'espressione della disforia e delle sue dimensioni in 30 soggetti, ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia, affetti da disturbo bipolare. Questi sono stati divisi in 3 gruppi in base alla fase del disturbo rilevata al momento del ricovero (Episodio Misto, Maniacale e Depressivo). A ciascun gruppo è stato sottoposto il questionario autosomministrato Neapen Dysphoria Scale-versione italiana (NDS-I), un nuovo strumento psicometrico dimensionale specifico per lo spettro disforico. I risultati mostrano una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) nei punteggi relativi alle varie sottocategorie dimensionali della disforia all'interno delle 3 fasi. I risultati ottenuti potrebbero rappresentare un valido esempio di utilizzo della disforia nell'ambito clinico e di ricerca psicopatologica.*

**Parole chiave:** Disforia; Disturbo bipolare; Disturbo bipolare stato misto; Depressione bipolare; Neapen Dysphoria scale versione italiana; NDS-I; Fenomenologia

## INTRODUZIONE

Secondo il vocabolario Treccani, l'etimologia del termine “disforia” deriva dal greco antico *δυσφορία* (disforia), con il significato di “angoscia, pena”. Lo stesso sostantivo deriva a sua volta da *δυσφορος* che risulta composto da due vocaboli *δυσ-* (dus-, “male”) e *φέρω* (phérō, “portare”). “Portare male”, portare un peso non equilibrato alle proprie forze, angoscia il soggetto scatenando reazioni affettive abnormi e disregolate nel tentativo di mantenere un precario equilibrio. Comunemente, il termine è usato in modo del tutto improprio ed impersonale, quasi come un sinonimo di un generico disturbo dell'umore, caratterizzato da umore labile, tendenzialmente deflesso, irritabile, rabbioso ed impulsivo. Diversi Autori, tra cui il gruppo di Berner negli anni '80 e più recentemente, agli inizi del 2000, Starcevic et al., hanno cercato di svincolare il concetto di disforia da quello dei disturbi dell'umore, investendola in tal modo di una propria fenomenologia psicopatologica, sebbene ognuno con la propria visione (Berner et al. 1987, Starcevic et al. 2007). Ciononostante, nella pratica clinica, tale termine continua ad essere utilizzato come sintomo indistinto ed aspecifico all'interno di vari quadri neuropsichiatrici. In aggiunta, la mancanza di una definizione operativa ha reso complicato lo studio della disforia come entità psicopatologica, impedendo ai ricercatori ed ai clinici di apprezzare le differenze qualitative, ad esempio, tra la disforia descritta da un soggetto affetto da disturbo bipolare, rispetto ad un soggetto che si trova ad affrontare un evento difficile, come potrebbe essere ad oggi il vissuto dell'attuale emergenza COVID-19 (Brooks et al. 2020). Il lavoro si propone di illustrare la validità psicopatologica dell'entità disforia mostrando, a titolo esemplificativo, l'espressione dimensionale differenziale all'interno dello spettro bipolare.

## UNA POSSIBILE DEFINIZIONE DI DISFORIA

Nonostante i tentativi di ricerca per una definizione univoca, la disforia sembra essere una “entità” instabile e imprevedibile, con aspetti cangianti da persona a persona e presente in una moltitudine di quadri psicopatologici e non solo. In ambito psicopatologico, viene generalmente considerata come un tratto temperamentale intrinseco alla persona, rientrando in molti disturbi di personalità, in particolare nel disturbo borderline (Moretti et al. 2018; Starcevic et al. 2013). Ciò è sicuramente vero per alcuni soggetti, specie in relazione a stimoli ambientali avversi, mentre in altri tale stato si può manifestare solo, o tendenzialmente, in concomitanza con fasi di scompenso psichico, ad esempio nel disturbo bipolare e nelle sue manifestazioni (Bachetti et al. 2019). La disforia non rappresenta

unicamente un tratto temperamentale, ma piuttosto un elemento di stato inscritto in diversi quadri psicopatologici. La sua presenza trasversale potrebbe essere vista come un elemento a sfavore di un suo possibile utilizzo nella pratica clinica. Questo sarebbe sicuramente vero se ci limitassimo a considerare la disforia come mero aggettivo da attribuire ad un “soggetto disforico” con le caratteristiche sfumate elencate in precedenza. La nostra visione cambierebbe radicalmente se provassimo ad analizzare la disforia prendendo in considerazione le dimensioni che la compongono (Starcevic et al. 2007). Per caratterizzarle necessitiamo di definire quelle che per noi sono le dimensioni principali della disforia a partire dalle considerazioni degli Autori che hanno trattato l'argomento (Starcevic et al. 2007, Berle et al. 2013, Starcevic et al. 2013, D'Agostino et al. 2016).

## LE DIMENSIONI DELLA DISFORIA

In un nostro recente lavoro (Bachetti et al. 2019) abbiamo accolto l'ipotesi che vede la disforia essere caratterizzata squisitamente da tre componenti: tensione, irritabilità e impulso (D'Agostino et al. 2016). Questa suddivisione, seppure riduzionista dinanzi alla complessità del fenomeno, risulta strategica per definire una analisi esperienziale della disforia in termini spazio-temporali e soggettivi.

La tensione è un'esperienza che vede coinvolto tutto il soggetto come unità psicosomatica. Proprio partendo dal soma, si caratterizza per una sensazione di tensione, rigidità muscolare, come se il corpo si contorcesse in sé stesso. Sul versante psichico assistiamo alla presenza di un'indefinita sensazione di malcontento, pervasiva e persistente, fissata da una cornice affettiva di labilità emotiva che il soggetto non comprende a fondo e non riesce a controllare. Proprio dalla natura complessa ed indefinita di questa sensazione, assimilabile sotto certi aspetti alla deiezione di matrice Heideggeriana, nasce dalla necessità del soggetto di una ricerca di significato esperienziale, “la possibilità sua più propria” (Heidegger 1927). Tale significato verrà inscritto in variopinto quadro di conflitto soggetto-mondo.

L'irritabilità rappresenta la massima espressione del conflitto soggetto-mondo all'interno della disforia. Come tale, si riferisce ad uno stato di fastidiosa irrequietezza costante, accompagnato da uno stato persistente di aspettativa dolorosa, opprimente, spesso ambivalente, verso il presente e il futuro. Queste sensazioni vengono spesso interpretate e vissute come un atto conclamato di ostilità del mondo verso il sé e da ciò si genera una risposta avversativa verso il mondo che conduce il soggetto ad assumere un atteggiamento sospettoso, ostile e pieno di risentimento nei confronti dell'ambiente e delle persone che lo circondano.

L'impulso rappresenta l'espressione sintetica e terminale dei vissuti precedenti. Nasce come difesa estrema dinanzi le avversità del mondo. La possiamo dividere in due fasi: pre-operativa ed operativa. La fase pre-operativa è connotata da sensazioni di impazienza, dall'intolleranza verso il mondo e dall'irresistibile necessità di agire. A questo si accompagna un'attivazione motoria sempre più evidente. La spinta ad agire assume dei connotati sempre più plastici ed evidenti. L'espressione diviene cupa, talvolta minacciosa, la postura tende ad irrigidirsi, l'attenzione diviene selettiva per ogni movimento ambientale e lo spazio diviene sempre più ristretto, incapace di contenere la tensione motoria. Proprio questa tensione motoria viene scaricata dal soggetto muovendosi continuamente nello spazio, come a delimitare un confine, lasciando trasparire la volontà di creare una barriera distanziante e protettiva nei confronti dell'ostilità del mondo. Se la sollecitazione, interna o esterna, dovesse continuare allora si passerà alla fase successiva. La fase operativa è l'espressione dell'azione che, nel soggetto disforico, è sempre un'azione violenta; violenza non necessariamente con un significato fisico, ma piuttosto riferita alla grande intensità delle emozioni che investono il soggetto. La persona cerca di fronteggiare il suo stato di disagio oppressivo attraverso l'azione, cercando così nello scontro, sia esso verbale o non verbale, verso persone od oggetti, la risoluzione del conflitto che sta vivendo, ma anche il suo significato. Su quest'ultimo si potrebbe aprire un'ulteriore parentesi da indagare, che approfondiremo in futuro, per comprendere a fondo la disforia. Questo aspetto, in parte già emerso dalle tre componenti esaminate, è rappresentato dall'analisi della componente cognitiva che potrebbe rivestire un ruolo importante nella genesi e nel mantenimento dello stato disforico, ma anche in una prospettiva di trattamento.

A partire dalle dimensioni illustrate, in un nostro precedente lavoro (Moretti et al. 2018) abbiamo definito la disforia come un'entità psicopatologica a sé stante caratterizzata da uno stato emotivo-cognitivo complesso disorganizzato con fenomenologia proteiforme espressa da una moltitudine di sintomi raggruppabili nelle seguenti dimensioni: irritabilità, malcontento, risentimento interpersonale e resa (Starcevic et al. 2007; Starcevic et al. 2013). Queste dimensioni derivano direttamente dalle tre originarie descritte in precedenza. Una menzione a parte meriterebbe la categoria del risentimento interpersonale. Questo, infatti, potrebbe rappresentare in alcuni soggetti l'innescio per lo sviluppo di ideazioni generalmente transitorie a sfondo persecutorio, tipiche della personalità borderline. A partire dalle quattro sottocategorie individuate è stato tratto lo strumento psicometrico dimensionale da noi utilizzato per condurre lo studio.

## **NEAPEN DYSPHORIA SCALE - VERSIONE ITALIANA (NDS-I): UN INNOVATIVO STRUMENTO CLINICO PER UN APPROCCIO ALLA DISFORIA**

Come riportato nel nostro ultimo lavoro (Moretti et al. 2018), per differenziare le varie dimensioni della disforia, abbiamo bisogno di un test in grado di rilevare le sfumature che compongono il suo spettro. Tale strumento è stato individuato nella Neapen Dysphoria Scale - Versione italiana (NDS-I). Si tratta di un questionario auto-amministrato consistente di 24 item in scala Likert da 0 a 4 punti (dove 0 significa “Per nulla” e 4 “Sempre, ogni giorno per la maggior parte del tempo”). Al termine del test è possibile ottenere un punteggio totale, compreso in un range da 0 a 96, che fornisce una valutazione quantitativa approssimativa del grado di disforia del soggetto, e punteggi aggiuntivi suddivisi in 4 sottoscale che rappresentano le 4 dimensioni della disforia ricavate in precedenza: irritabilità, malcontento, risentimento interpersonale, resa. Il test non ha alcun cut-off in quanto nasce come uno strumento dimensionale, non nosografico. Ciò significa che, oltre a fornire una visione quantitativa relata proporzionalmente alla gravità del quadro disforico, permette un’analisi qualitativa basata sulle espressioni differenziali delle singole dimensioni che compongono lo spettro, osservando quali domini prevalgono e in che misura. Sfortunatamente, non è stato ancora validato su larga scala. Sebbene le proprietà psicometriche siano eccellenti per la popolazione sana, non sono state ancora verificate nella popolazione patologica (D’Agostino et al. 2016).

## **OBIETTIVI**

Lo scopo di questo elaborato è duplice. Da una parte studiare l’espressione differenziale dello spettro disforico all’interno del disturbo bipolare, dall’altra di fornire un contributo teorico alla definizione di disforia in modo da renderla a tutti gli effetti un’entità psicopatologica valida ed utilizzabile nella clinica.

## **MATERIALI E METODI**

Per questo studio sono stati reclutati soggetti affetti da Disturbo Bipolare afferenti al Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell’Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia (PG) dal 1 ° gennaio al 31 ottobre 2019. I soggetti sono stati individuati a partire da elementi anamnestici in nostro possesso, in conformità con i criteri nosografici della quinta edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (APA 2013). E’ stato eseguito inoltre approfondito colloquio clinico coadiuvato dalla somministrazione della Structured Clinical Interview

for DSM-5-Clinical Version (SCID-5-CV). In aggiunta, è stata somministrata la Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis II (SCID-II) al fine di evidenziare comorbidità con disturbi della personalità, che rappresentava un criterio di esclusione dal nostro studio. Una volta selezionati i soggetti idonei, si è proceduto al loro reclutamento su base volontaria tramite apposito consenso informato scritto. A partire dalla quarta giornata di ricovero, al fine di ridurre eventuali fattori confondenti correlati all'acuzie, è stato somministrato il test NDS-I. I test sono stati raccolti ed i dati estrapolati in un dataset dove i risultati sono stati registrati come punteggio totale e singoli punteggi ottenuti per ciascuna dimensione (irritabilità, malcontento, risentimento interpersonale, resa). I soggetti sono stati divisi in 3 gruppi: episodio maniacale (BM), stato misto (SM) e episodio depressivo (BD), in base alla fase di malattia manifestata al momento dell'ingresso e della valutazione. Infine, i punteggi afferenti ai 3 gruppi esaminati sono stati confrontati, data la non normalità di distribuzione del campione, attraverso il test U di Mann-Whitney, confrontando 2 gruppi a volta ed impostando un livello di significatività per  $p < 0,05$ . Le analisi sono state effettuate con il software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), v.20.

## RISULTATI

La popolazione in studio è costituita da 30 soggetti, di cui 15 maschi e 15 femmine, tutti di nazionalità italiana, di età compresa tra 18 e 65 anni (età media maschi: 48 anni, età media femmine: 43 anni). Ciascuno dei sottogruppi formati era costituito di 10 persone (5 maschi e 5 femmine),

Di seguito vengono illustrati i grafici relativi alla distribuzione dei punteggi ottenuti al test somministrato divisi in base al punteggio totale e alle 4 dimensioni annesse (irritabilità, malcontento, risentimento interpersonale e resa).

Si può notare la differenza nella distribuzione tra le varie fasi del disturbo in esame. In particolare, nella Figura 1 il punteggio totale è maggiore nella popolazione SM e BM rispetto alla BD.

Lo stesso si ricava dall'osservazione della dimensione dell'irritabilità dove appare ancora più demarcata la differenza rispetto alla fase depressiva (Figura 2).

Al contrario, nella dimensione del malcontento la situazione si inverte e i soggetti BD risultano avere punteggi nettamente maggiori rispetto agli altri due gruppi (Figura 3).

Se analizziamo la dimensione del risentimento interpersonale notiamo come esso sembri essere caratteristico dello stato misto (SM), mentre la differenza tra gli altri 2 gruppi in studio appare sostanzialmente sovrapponibile (Figura 4).

Allo stesso modo, la dimensione resa appare più caratteristica della fase depressiva (BD) rispetto ai rimanenti gruppi (Figura 5).

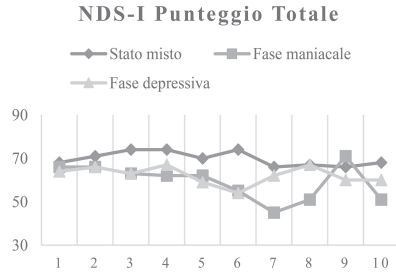


Figura 1

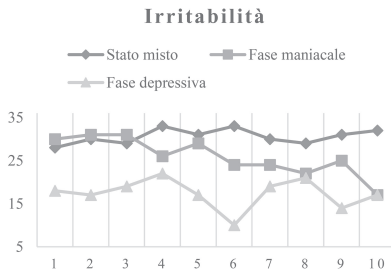


Figura 2

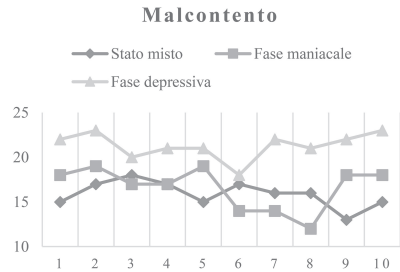


Figura 3

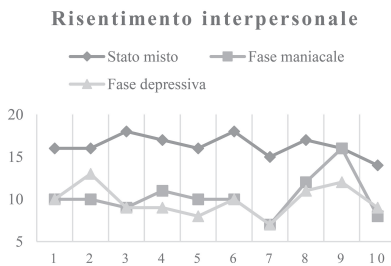


Figura 4

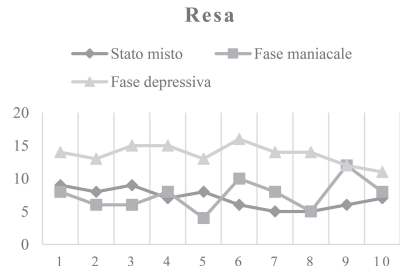


Figura 5

Queste differenze qualitative vengono confermate dall'elaborazione statistica di cui, per motivi di sintesi, riportiamo le tabelle relative ai confronti tra i gruppi. All'interno delle tabelle i risultati con un  $p < 0,05$  sono stati messi in risalto (Tabella 1, 2 e 3).

Dai risultati fin qui mostrati emerge una interessante stratificazione del disturbo bipolare dove ciascuna fase appare caratterizzata dalla preponderanza di alcune dimensioni su altre. Di seguito riportiamo una tabella riassuntiva che illustra il profilo emerso dallo studio (Tabella 4).

*Tabella 1. Confronto punteggi NDS-I Stato Misto (SM) vs Episodio Maniacale (BM)*

|                          | NDS-I<br>Punteggio Tot | Irritabilità | Malcontento | Risentimento<br>Interpersonale | Resa   |
|--------------------------|------------------------|--------------|-------------|--------------------------------|--------|
| <b>U di Mann-Whitney</b> | 8,500                  | 18,000       | 34,500      | 4,000                          | 45,000 |
| <b>p</b>                 | <b>,002</b>            | <b>,015</b>  | ,235        | <b>,000</b>                    | ,700   |

*Tabella 2. Confronto punteggi NDS-I Stato Misto (SM) vs Episodio Depressivo (BD)*

|                          | NDS-I<br>Punteggio Tot | Irritabilità | Malcontento | Risentimento<br>Interpersonale | Resa        |
|--------------------------|------------------------|--------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| <b>U di Mann-Whitney</b> | 6,000                  | ,000         | ,500        | ,000                           | ,000        |
| <b>p</b>                 | <b>,001</b>            | <b>,000</b>  | <b>,000</b> | <b>,000</b>                    | <b>,000</b> |

*Tabella 3. Confronto punteggi NDS-I Episodio Depressivo (BD) vs Episodio Maniacale (BM)*

|                          | NDS-I<br>Punteggio Tot | Irritabilità | Malcontento | Risentimento<br>Interpersonale | Resa        |
|--------------------------|------------------------|--------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| <b>U di Mann-Whitney</b> | 40,500                 | 7,000        | 3,500       | 44,500                         | 1,500       |
| <b>p</b>                 | ,471                   | <b>,001</b>  | <b>,000</b> | ,672                           | <b>,000</b> |

Tabella 4. Profilo dimensionale della disforia del disturbo bipolare

|                                    | <i>Episodio Maniacale<br/>(BM)</i> | <i>Stato Misto<br/>(SM)</i> | <i>Episodio Depressivo<br/>(BD)</i> |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| <b>Punteggio totale NDS-I</b>      | +++                                | ++++                        | ++                                  |
| <b>Irritabilità</b>                | ++++                               | ++++                        | +                                   |
| <b>Malcontento</b>                 | +/-                                | ++                          | ++++                                |
| <b>Risentimento Interpersonale</b> | +/-                                | ++++                        | +/-                                 |
| <b>Resa</b>                        | +/-                                | +                           | ++++                                |

## DISCUSSIONE

Dal precedente paragrafo, emerge un chiaro quadro differenziale nell'espressione della disforia e delle sue dimensioni all'interno dei soggetti studiati. Il profilo dimensionale riportato in tabella 4, nonostante la sua natura qualitativa, denota aspetti interessanti sul piano della fenomenologia dei 3 episodi afferenti allo spettro bipolare. In particolare, come ci si poteva attendere, l'irritabilità caratterizza l'episodio maniacale, mentre il malcontento e la resa quello depressivo. Lo stato misto, invece, non rappresenta esclusivamente una "terra di mezzo" tra i due poli affettivi, ma risulta caratterizzato dalla dimensione del risentimento interpersonale. Questo aspetto è importante in quanto ci potrebbe fornire altri spunti di riflessione anche in un'ottica di trattamento. Infatti, la possibilità di poter studiare i profili dimensionali di un disturbo ci potrebbe consentire sia una gestione terapeutica mirata ad una o più dimensioni disfunzionali, sia in un'ottica di prevenzione secondaria permettendo al clinico di monitorare l'evoluzione longitudinale del quadro clinico e di poter intervenire tempestivamente in caso di eventuali scompensi (Moretti et al. 2018, Bachetti et al. 2019). D'altro canto, nonostante i risultati appaiano come significativi, è ancora presto per poter affermare con certezza che le differenze evidenziate nei 3 episodi siano riproducibili ed estensibili a tutta la popolazione affetta da disturbo bipolare. Questo lavoro, infatti, consta di numerose limitazioni metodologiche. Tra queste ritroviamo la scarsa numerosità del campione esaminato e di conseguenza l'impossibilità di eseguire uno studio controllando per il genere; la mancata esecuzione della fase di re-test durante le varie fasi del decorso del ricovero tra cui la possibilità di somministrare il test agli stessi soggetti durante la

fase di eutimia; l'utilizzo un test che, nonostante le ottime proprietà psicometriche (Berle et al. 2018, Starcevic et al. 2007, D'agostino et al. 2016), non è stato ancora validato nella popolazione italiana. Infine, a queste limitazioni andrebbe aggiunta la nota difficoltà, nell'ambito della psicopatologia, dell'oggettivazione del soggetto con il rischio di perdere la soggettività che ci definisce come individui al fine di ricavare delle etichette diagnostiche depersonalizzanti. Queste etichette rischiano di restringere la visione del clinico ad un determinismo sintomatologico del disturbo e non sul vissuto del disturbo e della sua ontologia.

## CONCLUSIONE

Al termine di questa esamina, possiamo affermare che, nonostante i risultati ottenuti siano significativi ed incoraggianti, al momento non abbiamo dati sufficienti per dimostrare la validità clinica della stratificazione del disturbo bipolare basata sulle dimensioni della disforia da noi illustrata a causa delle limitazioni evidenziate. D'altra parte, questo studio ci ha permesso di affrontare e di illustre la disforia in ottica più ampia e di gettare le basi per un suo ulteriore approfondimento come entità psicopatologica. Inoltre, se i risultati ottenuti venissero confermati, aumentando il campione e la potenza dello studio, allora potremmo pensare di utilizzare l'analisi dimensionale della disforia come possibile strumento clinico sia per la prevenzione secondaria, sia nell'ottica di una medicina di precisione con trattamenti mirati a correggere le dimensioni disfunzionali.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub; 2013
- Bachetti MC, Brufani F, Spollon G, Moretti P, . Dysphoria dimensions: a preliminary inpatients study to differentiate borderline personality and bipolar disorder spectrum. *Psichiatria Danubina*, 2019; vol. 31, suppl. 3, pp 203-213
- Berle D, Starcevic V, Kirupamani V, et al. Confirmatory Factor Analysis of the Nepean Dysphoria Scale in a Clinical Sample. *Psychiatr Q* 2018, <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9564-9>
- Berle D, Starcevic V. Preliminary validation of the Nepean Dysphoria Scale. *Australas Psychiatry* 2012; 20:322–326
- Berner B, Musalek M, Walter H. Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology* 1987; 20:93-100.

- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- D'Agostino A, Rossi Monti M, Starcevic V, et al. Development, cross-cultural adaptation process and preliminary validation of the Italian version of the Nepean Dysphoria Scale. *Journal of Psychopathology* 2016;22:149-156
- D'Agostino A, Rossi Monti M and Starcevic V. Models of borderline personality disorder: recent advances and new perspectives. *Curr Opin Psychiatry* 2017, 30:000-000
- Heidegger M., Essere e tempo (1927), Utet, Torino 1978
- Moretti P, Bachetti MC, Sciarma T, Tortorella A. Dysphoria as a psychiatric syndrome: a preliminary study for a new transnosographic dimensional approach. *Psichiatria Danubina*, 2018; Vol.30, suppl, 7, pp 743-505
- Starcevic V, Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term. *Australas Psychiatry* 2007; 15:9–13
- Starcevic V, Rossi Monti M, D'Agostino A, et al. Will DSM-5 make us feel dysphoric? Conceptualization(s) of dysphoria in the most recent classification of mental disorders. *Aust NZ J Psychiatry* 2013; 47:954–955
- Starcevic V, Berle D, Kirupamani V, et al.: Specificity of the Relationships Between Dysphoria and Related Constructs in an Outpatient Sample. *Psychiatr Q* 2015. DOI 10.1007/s11126-015-9344-6scDXZs. <http://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/DISFORIA/>

## DYSPHORIA DIMENSION IN THE BIPOLAR SPECTRUM

### Summary

*The term “Dysphoria” is often misused as a synonym for affective disorder. Actually, Dysphoria could be described as a complex disorganized emotional-cognitive state manifested in a multitude of symptoms grouped in the following dimensions: irritability, discontent, interpersonal resentment and surrender. According to this definition, the expression of dysphoria and its dimensions was studied analyzing 30 inpatients, suffering from bipolar disorder, hospitalized in the Psychiatric Inpatient Unit of Santa Maria della Misericordia Hospital, Perugia. The study population was divided into 3 groups according to the affective state of the disorder detected at the time of admission (Mixed, Manic and Depressive Episode). Each group was evaluated by means of the Italian version of the questionnaire Neapen Dysphoria Scale (NDS-I), a new dimensional auto-administred psychometric instrument specific for dysphoric spectrum. Results show a statistically significant difference ( $p<0.05$ ) in the scores related to the various dimensional subcategories of dysphoria within the 3 phases. These results could validly represent a possible use of dysphoria in clinical practice and psychopathological research.*

**Keywords:** *Dysphoria; Bipolar disorder; Mixed episode; Bipolar depression; Neapen dysphoria scale Italian version; NDS-I; Phenomenology.*

### Corrispondenza

Massimo Claudio Bachetti, MD

Divisione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Perugia

Piazzale Lucio Severi 1, 06132 S. Andrea delle Fratte, Perugia (PG), Italia

Tel.: +39 075 5783194

e-mail: [massimoclaudio.bachetti@studenti.unipg.it](mailto:massimoclaudio.bachetti@studenti.unipg.it)

# IL CONCETTO CLINICO DEL “MIXITY” PER MEGLIO COMPRENDERE GLI STATI MISTI DELLO SPETTRO BIPOLARE

**Giuseppe Tavormina**

*Presidente del “Centro Studi Psichiatrici”*

## **Riassunto**

*La sovrapposizione fra depressione-irrequietezza-irritabilità-angoscia-tensione-ansia può causare il peggioramento del quadro dell'umore, e nelle sue fasi più acute determinare aumentato rischio di comportamenti anti-sociali inclusi gli omicidi e i suicidi: il concetto del “mixity” della fase disforica del disturbo bipolare comprende la sommariazione della sintomatologia più insidiosa presente nelle patologie bipolari. L'utilizzo precoce della scala di valutazione per gli stati misti, “GT-MSRS”, che mette in evidenza il livello di intensità del “mixity”, può prevenire tutto questo.*

**Parole chiave:** *Disturbi dello spettro bipolare; Diagnosi precoce; Stati misti Mixity; Scala di valutazione per gli stati misti; GT-MSRS.*

## **INTRODUZIONE**

La componente disforica dell'umore (ovvero gli “stati misti” dello spettro bipolare) è la più frequente fra i sottotipi dello stesso spettro. Gli “stati misti” comprendono approssimativamente il 30% di tutte le patologie dello spettro bipolare dell'umore (Tavormina 2010; Tavormina 2013; Akiskal H 2000; Perugi G et al 2014): e purtuttavia sono malattie molto spesso poco valutate o, peggio ancora, non diagnosticate o mal curate (Agius 2007; Tavormina 2007; Tavormina 2018).

Nella moderna nosologia Emil Kraepelin è stato fra i primi psichiatri che descrisse gli “stati misti”. Nel suo trattato del 1921 sulla “Malattia Maniaco-depressiva” descrisse come “noi molto spesso troviamo stati di patologia che non corrispondono esattamente né all’eccitazione maniacale né alla fase depressiva prese isolatamente, bensì ad un misto di parte dei sintomi di entrambe le polarità della malattia maniaco-depressiva”. Egli inoltre descrisse sei diversi tipi di “stati misti” basati dalla differente combinazione di sintomi pensieri e atteggiamenti dell’umore depresso e maniacale, cioè: mania depressiva o ansiosa, depressione eccitata, mania con povertà di pensiero, stupore maniacale, depressione con fuga di idee, e mania inibita.

Come si vede, la descrizione di Kraepelin è decisamente corretta, oltre che assimilabile alle contemporanee classificazioni degli stati misti dello spettro bipolare (Akiskal 1996 and 2000; Tavormina 2007);

E’ essenziale riflettere su questo concetto di Akiskal: “le manifestazioni depressive dei disturbi bipolari sono state a lungo trascurate; è fondamentale esaminare le diverse manifestazioni cliniche della depressione bipolare tra cui, tra gli altri, la depressione ritardata, la depressione agitata e/o attivata, la depressione con labilità emotiva, la depressione irritabile-ostile, la depressione atipica, la depressione ansiosa, lo stato misto depressivo e la depressione resistente” (Akiskal 2005).

Gli psichiatri clinici incontrano grandi difficoltà nel fare una diagnosi corretta dei disturbi dell’umore che stanno valutando, soprattutto quando sono presenti degli stati misti: questo perché i pazienti concentrano principalmente i propri sintomi sul disagio depressivo (inducendo i medici a prescrivere frequentemente farmaci antidepressivi da soli o insieme alle benzodiazepine), inducendoli così facendo a prescrivere trattamenti farmacologici inadeguati e a trascurare il vero problema (l’incremento della disforia) causata da questi trattamenti (Tavormina 2018).

### **Considerazioni cliniche**

I principali sintomi degli stati misti sono i seguenti (Tavormina & Agius 2012): umore depresso insieme a irritabilità, anedonia e apatia diffusa, ridotta capacità di concentrazione e iperattività dei pensieri, senso di disperazione e ideazione suicidaria, iper/ipo-attività sessuale, insonnia, comorbidità con disturbi d’ansia (DAP, DAG, DOC, fobia sociale), vari sintomi di somatizzazione (principalmente: disturbi gastrointestinali, cefalea), disturbi dell’appetito, abuso di sostanze (alcol e/o droghe), deliri e allucinazioni, comportamenti antisociali. Almeno due fra questi devono essere presenti contemporaneamente (Tavormina & Agius 2012). Quante volte giungono alla nostra attenzione notizie di cronaca riguardo omicidi,

---

## Il concetto clinico del “mixity” e gli stati misti dello spettro bipolare

---

Tabella 1. Schema dello spettro bipolare di Akiskal (Akiskal H, Pino O, 1999)

---

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bipolar ½</b>    | schizobipolar disorder                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Bipolar I</b>    | core manic-depressive illness                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bipolar II</b>   | depression with protracted hypomania<br><i>(Bipolar II, “sunny” bipolars</i> - hypomanic periods (2-3 days) characterized by cheerfulness and jocularity, people-seeking, increased sexual drive and behavior, talkativeness and eloquence, confidence and optimism, disinhibition and carefree attitudes, reduced sleep need, eutonia and vitality, and over-involvement in new projects)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bipolar II½</b>  | depression superimposed on cyclothymic temperament<br><i>(Bipolar II½: “Unstable, “darker” BP II</i> - dysphoric, irritable hypomania superimposed upon an inter-episodic cyclothymic temperament (“roller-coaster” course often misinterpreted or misdiagnosed as borderline personality disorder). Often comorbid with panic disorder and social phobia, as well as, bulimia and borderline personality disorder)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Bipolar III</b>  | depression with induced hypomania (i.e., hypomania occurring solely in association with antidepressant or other somatic treatment)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Bipolar III½</b> | prominent mood swings occurring in the context of substance or alcohol use or abuse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Bipolar IV</b>   | depression superimposed on a hyperthymic temperament<br><i>(Bipolar IV: VERY DANGEROUS condition</i> - Depression superimposed on a stable hyperthymic temperament: exuberant, articulate and jocular, overoptimistic and carefree, overconfident and boastful, high energy level, full of plans and activities,... with broad interests, over involved, uninhibited and risk-taking, and an habitual short sleeper. And suddenly slip into deep (often) treatment-resistant depression. This is an extremely DANGEROUS condition because hyperthymic individuals are intolerant of any degree of depression, and certainly poorly tolerate the affective dysfunction associated with a depressive mixed state. Many mysteries about suicide, and suicides that one reads about in the newspaper [i.e., “an extremely successful and happy person, who had everything, put the gun in his mouth”] may well belong to this category). |

---

*Tabella 2. Schema dello spettro bipolare di Tavormina (Tavormina G, Agius M, 2007)***Acute mania**

- |                                        |                                                                                                          |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 - Bipolar I</b>                   | (→ dysphoric mania)                                                                                      |
| <b>2 - Bipolar II</b>                  | (→ rapid cycling bipolarity, mixed dysphoria)                                                            |
| <b>3 - Cyclothymia</b>                 | (→ rapid cycling bipolarity)                                                                             |
| <b>4 - Irritable Cyclothymia</b>       | (rapid cycling bipolarity)                                                                               |
| <b>5 - Mixed Dysphoria</b>             | (depressive mixed state)                                                                                 |
| <b>6 - Agitated Depression</b>         | (→ depressive mixed state )                                                                              |
| <b>7 - Cyclothymic temperament</b>     | (→ mixed Dysphoria, depressive mixed state, rapid cycling bipolarity, agitated depression, bipolar I-II) |
| <b>8 - Hyperthymic temperament</b>     | (→ agitated Depression, Irritable Cyclothymia, bipolar II)                                               |
| <b>9 - Depressive temperament</b>      | (→ brief rec. depr, agitated depression)                                                                 |
| <b>10 - Brief recurrent depression</b> | (→ dysthymia, major depressive episode, agitated depression)                                             |

**Unipolar Depression**

omicidi-suicidi, stragi familiari, stupri, abuso di sostanze stupefacenti connessi alla violenza, ecc.: molto spesso dietro questi fatti c'è una patologia dello spettro bipolare non trattata o mal curata.

Il “mixture” delle fasi depressive dell’umore (che comprende la sintomatologia più insidiosa costituita dalla sovrapposizione di depressione-irrequietezza-irritabilità) può determinare incremento del rischio suicidario (Akiskal 2007): l'intensità di questi sintomi può essere mostrata usando la scala di valutazione per gli stati misti denominata “GT-MSRS”, (Tavormina 2014), una scala semplice da somministrare al paziente e strutturata in 11 items (e 7 sotto-items) per mettere in evidenza il

livello del “mixity” (con un punteggio finale da 2 a 6 si avrà un livello medio-lieve; con un punteggio da 7 a 12 un livello medio; con un punteggio da 13 a 19 un livello alto); (Tavormina 2014; Tavormina 2015).

### METODI

Tutti i sintomi tipici del “mixity” sono contenuti nella scala di valutazione “GT-MSRS”, strutturata in 11 item, con 8 di essi suddivisi in 8 sub-item (Tavormina 2014);

Il primo item descrive la presenza di iperattività (e/o euforia) alternata rapidamente a periodi di apatia (o lentezza ideomotoria): questi sintomi sono spesso presenti nella diagnosi di disturbo bipolare a rapida ciclicità e nella ciclotimia irritabile.

La presenza di umore depresso sovrapposto con irritabilità e/o tensione interna è l'argomento del secondo item: questi sintomi sono spesso presenti nella diagnosi di disforia mista e depressione agitata.

Il terzo e quarto item descrivono l'abuso di sostanze (alcol e/o stupefacenti) e i disturbi della condotta alimentare: sintomi tipici di diagnosi di disturbi dell'umore con elevata instabilità (disforia mista, depressione agitata, ciclotimia irritabile). L'anedonia e l'apatia diffusa, con senso di disperazione e frequente ideazione suicidaria (nel 5° e 6° item), sono spesso presenti nelle fasi depressive dell'umore instabile (depressione agitata; depressione ricorrente). Deliri e allucinazioni (7° item), meno frequenti di altri sintomi, potrebbero essere trovati in tutti i tipi di stati misti di disturbo dell'umore.

La presenza di iper o ipo-attività sessuale è tipica delle fasi disforico-ipertimiche dell'umore (l'iper-attività sessuale) o delle fasi depressive-agitate dell'umore (l'ipo-attività sessuale). Nel nono item troviamo l'insonnia (o sonno frammentato), di solito presente nelle fasi agitate dell'umore (disforia mista, depressione agitata, ciclotimia irritabile) e invece l'ipersonnia è tipica delle fasi depressive-agitate dell'umore (depressione ricorrente, ciclotimia, depressione agitata).

La presenza di iperattività mentale e la ridotta capacità di concentrazione (10° item) sono i sintomi più tipici di tutti le diagnosi di stati misti: questi sintomi saranno ridotti dagli stabilizzatori dell'umore e poi possono scomparire quando i pazienti hanno una piena ripresa. L'ultimo item è l'undicesimo, che descrive la presenza di somatizzazioni (disturbi gastrointestinali, come colite e gastrite; cefalea; cefalea; tensione muscolare; tachicardia; problemi dermatologici atipici): in diverse condizioni questi hanno spesso esordio precoce e, se ben valutati, potrebbero

**“G.T. Mixed States Rating Scales”, (sigla: “G.T. MSRS”)  
Scala di valutazione sugli “Stati Misti”**

© - Tavormina G. - *Psichiatria Danubina* 2014; 26 (supp 1), 6-9.

*Scala di valutazione per auto-somministrazione -*

**C'è stato negli ultimi tre mesi un periodo in cui frequentemente ha avvertito o ha avuto o manifestato ... :**

|                                                                                                   | <b>SI'</b> | <b>NO</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| 1) Iperattività (euforia) frequentemente alternata con periodi di lentezza psicomotoria (apatia)? | .....      | ....      |
| Se SI', per quanti giorni/settimane?                                                              | .....      |           |
| 2) Umore depresso con insieme irritabilità e/o tensione interna?                                  | .....      | ....      |
| Se SI', per quanti giorni/settimane?                                                              | .....      |           |
| 3) Abuso di sostanze (alcoliche e/o stupefacenti)?                                                | .....      | ....      |
| Se SI', per quanti giorni/settimane?                                                              | .....      |           |
| 4) Disturbi della condotta alimentare?                                                            | .....      | ....      |
| Se SI', per quanti giorni/settimane?                                                              | .....      |           |
| 5) Senso di disperazione e pensieri di suicidio?                                                  | .....      | ....      |
| 6) Anedonia e apatia costante?                                                                    | .....      | .....     |
| 7) Delirii e/o allucinazioni?                                                                     | .....      | ....      |
| 8) Iper o ipo-attività sessuale?                                                                  | .....      | ....      |
| Se SI', per quanti giorni/settimane?                                                              | .....      |           |
| 9) Insonnia (o sonno frammentato) o ipersonnia?                                                   | .....      | .....     |
| Se SI', per quanti giorni/settimane?                                                              | .....      |           |
| 10) Ridotta capacità di concentrazione e iperattività dei pensieri?                               | .....      | ....      |
| Se SI', per quanti giorni/settimane?                                                              | .....      |           |

*Figura 1. La scala di valutazione sugli “stati misti” (GT-MSRS – Tavormina G, 2014)*

SI'

NO

11) Disturbi gastro-intestinali (colite, gastrite), cefalea, e altri  
sintomi somatici (tensione muscolare; tachicardia)?

.....

Se SI', per quanti giorni/settimane?, e per quali di questi sintomi? .....

### Ulteriori punti di valutazione -

Potrebbe definirsi di essere stato all'età di circa 18-20 anni (se ha più di 20 anni di età; se invece è più giovane consideri allora la domanda formulata come “durante quest'ultimo anno”):

(scegliere solo una delle seguenti tre risposte)

- una persona di carattere iperattivo, molto brillante e dinamica ? ☐
- o
- una persona tendenzialmente tesa e irritabile ? ☐
- o
- una persona tendenzialmente taciturna, solitaria e malinconica, e/o anche  
con problemi di ansia (panico, fobia fra la gente, o claustrofobia) ? ☐

\*\*\*\*\*

### Scala di valutazione sugli “Stati Misti” - Punteggi

- Gli “Ulteriori Punti di Valutazione” aiutano a fare comprendere il Temperamento del paziente (temperamento ipertimico per il primo punto; temperamento ciclotimico per il secondo punto; temperamento depressivo-ansioso per il terzo punto).

Si è in presenza di diagnosi di “Stato Misto” (o di presenza rilevante di “sintomi di quadro misto”) se sono presenti almeno due SI';

- Raddoppiare il punteggio nei punti 1-2-3-4-8-9-10-11 se i sintomi sono presenti in almeno il 50% del mese ;
- Si avrà un Livello Medio-Lieve di stato misto: con un punteggio finale da 2 to 6 ;
- Si avrà un Livello Medio di stato misto: con un punteggio finale da 7 to 12 ;
- Si avrà un Livello Elevato di stato misto: con un punteggio finale da 13 to 19 .

*Il risultato positivo ottenuto con la scala di valutazione “G.T. MSRS” condurrà ad una diagnosi “generica” di “stato misto dello spettro bipolare dell'umore”, identificabili nelle descrizioni di Akiskal (“The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, IV”. Psychiatr Clin North Am. 1999) o in quelle di Tavormina (“A study of the incidence of bipolar spectrum disorders in a private psychiatric practice”. Psychiatria Danubina 2007) per i disturbi bipolari.*

*Sarà accurato compito del Clinico effettuare corretta diagnosi del sotto-gruppo diagnostico di stato misto.*

aiutare lo psichiatra ad identificare per tempo gli stati misti da potere effettuare correttamente diagnosi e terapie adeguate.

Le quattro diagnosi di “Depressione ricorrente” e “Depressione maggiore” emerse nel primo studio validativo sulla scala di valutazione “GT-MSRS” (Tavormina 2015) hanno raggiunto il punteggio di “livello medio” in questa scala di valutazione, mettendo in evidenza come i sintomi del “mixity” (in questi esempi: anedonia; insonnia/ipersonnia; iperattività dei pensieri; ipo-attività sessuale; senso di disperazione; somatizzazioni) si trovano all’interno di tutti i sottotipi diagnostici dei disturbi dell’umore, tra cui anche la “Depressione ricorrente” e la “Depressione maggiore”. In conseguenza di questo, il prescrivere gli stabilizzatori di umore insieme con gli antidepressivi, anche in pazienti con una diagnosi di depressione maggiore o depressione ricorrente, diventa fondamentale per un buon trattamento farmacologico.

## CONSIDERAZIONI FINALI E CONCLUSIONI

Molto spesso i pazienti con disturbi bipolari ricevono una diagnosi corretta dopo in media 25 anni di malattia; (McCombs et al. 2007; McCraw et al. 2014; Akiskal & Benazzi 2005; Tavormina 2018). Gli psichiatri trovano spesso grandi difficoltà a fare una diagnosi corretta del disturbo dell’umore che stanno valutando soprattutto quando sono in presenza di stati misti: questo perché i pazienti concentrano principalmente i propri sintomi sul disagio depressivo, inducendo i medici a prescrivere trattamenti inadeguati usando antidepressivi da soli o insieme a benzodiazepine, la qual cosa incrementa la disforia (Tavormina 2016 – Agius & Tavormina et al. 2007). Un corretto approccio alla diagnosi di bipolarità può essere fatto utilizzando la scala di valutazione “GT-MSRS”.

Il seguente concetto espresso da Hagop Akiskal (dalla Conferenza: “Melancholia: oltre il DSM, oltre i neurotrasmettitori” – 2-4 maggio 2006, Copenaghen) deve indurre a riflettere: “La melanconia come oggi viene definita è più strettamente allineata con la fase depressiva e/o mista del disturbo bipolare. ... Data l’elevato tasso di suicidi di molti di questi pazienti, la pratica di trattarli con antidepressivi in monoterapia va rivalutata”.

Inoltre: gli stati misti sono presenti in una media di circa il 40% di tutti i pazienti bipolari nel corso della vita; le attuali evidenze diagnostico-cliniche descrivono in modo più attento gli stati misti, frequentemente rappresentati da fasi maniacali con due o più sintomi depressivi concomitanti (Akiskal et al. 2000).

Tutto questo sottolinea ancora una volta l'importanza di quanto descritto in precedenti lavori: che l'“instabilità dell'umore”, più che la “depressione”, è il problema principale che il medico deve comprendere nel trattare un paziente con disturbi dell'umore; questo si correla al concetto fondamentale che l'episodio depressivo è solo una fase di un più ampio “spettro bipolare dell'umore” (Tavormina 2007; Tavormina 2012; Akiskal 2000). In conseguenza, quando ci si appropria clinicamente alla bipolarità, la comprensione del “mixture” diventa il punto di riferimento concettuale di tutto l'iter diagnostico.

### Bibliografia

- Akiskal HS: The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (suppl 1): 4-14.
- Akiskal HS & Pinto O: The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, IV. *Psychiatr Clin North Am.* 1999; 22:517-534.
- Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000 Sep;59, Suppl 1:5-30.
- Akiskal HS: The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *Journal of Affective Disorders* 2005 84 (2-3): 107-115.
- Akiskal HS & Benazzi F: Toward a clinical delineation of dysphoric hypomania – operational and conceptual dilemmas. *Bipolar Disorders* 2005 7 (5): 456-64.
- Agius M, Tavormina G, Murphy CL, Win A, Zaman R: Need to improve diagnosis and treatment for bipolar disorder. *Br J Psych* 2007; 190: 189-191.
- Kraepelin E: Manic-Depressive Insanity, 1921
- Tavormina G & Agius M: The high prevalence of the bipolar spectrum in private practice. *J Bipolar Dis: Rev & Comm* 2007; 6; 3: 19.
- Tavormina G & Agius M: A study of the incidence of bipolar spectrum disorders in a private psychiatric practice. *Psychiatria Danubina* 2007 19: 4: 370-74.
- McCombs JS, Ahn J, et al. : The impact of unrecognized bipolar disorders among patients treated for depression with antidepressants in the fee-for-services California Medicaid (Medi-Cal) program: a 6-year retrospective analysis. *J Affect Disord* 2007; 97 (1-3):171-9
- McCraw S, Parker G, et al: The duration of undiagnosed bipolar disorder: effect on outcomes and treatment response. *J Affect Disord* 2014 Oct;168: 422-9.
- Tavormina G: The bipolar spectrum diagnosis: the role of the temperaments. *Psychiatria Danubina* 2009; 21: 2: 160-161.

- Tavormina G. The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders. *Psichiatria Danubina* 2010; 22, suppl 1: 15-17.
- Tavormina G: Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders? – *Psichiatria Danubina* 2011; 23: suppl 1: 13-14.
- Tavormina G & Agius M: An approach to the diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, identifying temperaments. *Psichiatria Danubina* 2012; 24: suppl 1: 25-27.
- Tavormina G: A long term clinical diagnostic-therapeutic evaluation of 30 case reports of bipolar spectrum mixed states. *Psichiatria Danubina* 2013; 25: suppl 2: 190-3.
- Tavormina G: An introduction to the bipolar spectrum – The management of bipolar spectrum disorders, summer 2013, CEPIP; 3-6.
- Perugi G, Medda P, Swann AC, Reis J, Rizzato S, Mauri M: Phenomenological subtypes of severe bipolar mixed states: a factor analytic study. *Compr Psychiatry* 2014;55(4):799-806.
- Tavormina G: Treating the bipolar spectrum mixed states: a new rating scale to diagnose them – *Psichiatria Danubina* 2014; 26: suppl 1: 6-9.
- Tavormina G: Clinical utilisation of the “G.T. MSRS”, the rating scale for mixed states: 35 cases report. *Psichiatria Danubina* 2015; 27: suppl 1: 155-59.
- Tavormina G: An approach to treat bipolar disorders mixed states. *Psichiatria Danubina* 2016; 28: suppl 1: 9-12.
- Tavormina G, et al.: Clinical utilisation and usefulness of the rating scale of mixed states, (GT- MSRS)”: a multicenter study. *Psichiatria Danubina* 2017; 29: supp 3: 365-67.

## THE CLINICAL CONCEPT OF THE “MIXITY” TO BETTER UNDERSTAND THE MIXED STATES OF THE BIPOLAR SPECTRUM

### Summary

*The overlapping between depression-restlessness-irritability-grief-tension-anxiety can cause worsening of the mood disorders and in the most acute phases may cause increased risk of major behavioural disruption including murders and suicides: the notion of “mixity” of the dysphoric phases of the bipolarity includes the most insidious symptoms of the bipolar spectrum of mood disorders. The early utilization of the rating scale on mixed states, “GT-MSRS”, which can demonstrate the level of “mixity” of the mood disorder, can prevent this.*

**Keywords:** *Bipolar spectrum disorders; Early diagnosis; Mixed states; Mixity; Mixed state rating scale; GT-MSRS.*

## **Corrispondenza**

Dr Giuseppe Tavormina

Presidente Cen.Stu.Psi.

(Cen.Stu.Psi. – [www.censtupsi.org](http://www.censtupsi.org))

Piazza Portici 11, 25050 Provaglio d’Iseo (BS), Italy

*e-mail:* [dr.tavormina.g@libero.it](mailto:dr.tavormina.g@libero.it)

# NOTE REDAZIONALI

L'obiettivo della rivista Telos è quello di pubblicare contributi scientifici originali di fenomenologia, psichiatria, psicologia, scienze umane e neuroscienze.

Il suo campo di applicazione include la salute mentale in generale, gli aspetti psicologici di qualsiasi campo della medicina, della filosofia e delle scienze umane. Telos si pone, quindi, l'obiettivo di promuovere le conoscenze e i saperi di tali discipline, nonché di stimolare la collaborazione con altre realtà e organizzazioni scientifiche, e di condividerne il progetto.

Tutti coloro che vogliono collaborare al progetto Telos attraverso l'invio di articoli alla Redazione Editoriale ([redazione@rivistatelos.it](mailto:redazione@rivistatelos.it)), devono leggere le "Linee guida per gli Autori" della rivista Telos, dove troveranno tutte le informazioni necessarie per scrivere il proprio manoscritto in conformità alle norme Telos.

I manoscritti devono essere scritti in lingua italiana. Spetta agli Autori garantire la qualità della lingua. I criteri di accettazione per tutti i documenti sono la qualità e l'originalità del lavoro e degli argomenti trattati e il loro valore per i nostri lettori. I contributi devono rientrare nelle seguenti categorie: Ricerca originale; **Review/Mini-review**; **Relazione breve**; **Lettera all'editore**; **Recensione di libri**.

La presentazione di un manoscritto implica:

- che l'opera descritta non sia stata pubblicata in precedenza (tranne che sotto forma di un abstract o come parte di una pubblicazione, di una revisione);
- che non sia stato sottoposto ad altra rivista o giornale;
- che la sua pubblicazione sia stata approvata da tutti i coautori, e se richiesto, dalle autorità responsabili - tacitamente o esplicitamente - presso l'istituto in cui è stato eseguito il lavoro. Questo deve essere indicato nella lettera di presentazione.

I manoscritti contenenti un lavoro di ricerca devono presentare una dichiarazione secondo cui tutti gli studi sull'uomo sono stati approvati da un comitato etico adeguatamente costituito dell'istituzione in cui è stato svolto il lavoro e che esso è conforme alle disposizioni della Dichiarazione di Helsinki del 1995 (come modificato a Edimburgo 2000).

Gli editori della rivista Telos si riservano il diritto di rifiutare manoscritti che non soddisfano i requisiti di cui sopra. L'Autore sarà ritenuto responsabile di false dichiarazioni o di inadempimenti di tali requisiti.

Il manoscritto, unitamente alla lettera di copertura, deve essere inviato elettronicamente al seguente indirizzo e-mail dell'Ufficio Editoriale: redazione@rivistatelos.it.

La Redazione confermerà la ricezione del manoscritto e fornirà un numero di riferimento del manoscritto. Il numero di riferimento del manoscritto deve essere citato in tutta la corrispondenza con il caporedattore e la redazione. Ogni manoscritto sarà assegnato ad almeno due revisori. Qualora si richiedano revisioni prima della pubblicazione, gli autori sono invitati a includere qualsiasi suggerimento che essi concordano potrebbe migliorare la loro carta. Le lettere di risposta (file di Word separato) forniranno informazioni, commenti e richieste di modifiche di ciascun recensore. Dopo aver ricevuto ulteriori osservazioni da parte dei valutatori, i redattori prenderanno la decisione finale, inclusa la priorità e la data della pubblicazione, nonché il diritto di modificare e, se necessario, abbreviare il materiale da pubblicare.

### **Preparazione del manoscritto**

Elaborare il manoscritto come documento in formato Word, in una pagina A4 (210 x 297 mm, margini: superiore 25 mm; inferiore: 20 mm; sinistro e destro: 20 mm). Usare tipo di carattere Times New Roman, dimensione 12, interlinea singola, senza rientri e con spaziatura inferiore 6 pt.

*I numeri della rivista sono stampati in formato A5; i supplementi possono essere stampati in altra forma, ad esempio A4, per esigenze editoriali, su indicazione della Redazione.*

Utilizzare un sistema chiaro di intestazione per dividere e illustrare il testo, con non più di tre gradi di intestazioni. Le immagini devono essere presentate come file separati JPEG o TIFF o PNG e la posizione desiderata delle figure e delle tabelle dovrebbe essere indicata nel manoscritto. Le note a piè di pagina non sono consentite. Tutte le misure devono essere indicate in unità standard SI. Le abbreviazioni dovrebbero essere utilizzate in modo ridotto e solo quando facilitano il compito del lettore riducendo la ripetizione di termini lunghi.

Inizialmente usare la parola intera, seguita dall'abbreviazione nelle parentesi. Quindi utilizzare le abbreviazioni. I farmaci devono essere indicati con i loro nomi generici.

### **I manoscritti devono essere presentati nel seguente ordine:**

1. **TITOLO.** La prima pagina deve contenere il titolo dell'articolo, i nomi completi degli autori e dei titoli delle posizioni presso le rispettive istituzioni, gli indirizzi delle istituzioni in cui è stato eseguito il lavoro (gli indirizzi

per gli autori diversi dall'autore della corrispondenza devono contenere il dipartimento, l'istituzione, la città e il paese). Il titolo dovrebbe essere breve, informativo e contenere le parole chiave principali.

2. **RIASSUNTO E PAROLE CHIAVE.** La seconda pagina deve contenere:

- Riassunto di massimo 300 parole, seguita da un elenco di 3-5 parole chiave o frasi brevi presenti, se possibile, nell'elenco degli indici medici (MeSH) di Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>). Il riassunto dovrebbe indicare, quando applicabile, in modo molto specifico, le finalità principali, le procedure, i risultati e le conclusioni dell'articolo, sottolineandone gli aspetti più importanti e innovativi. Per gli articoli di lavori di ricerca e per le review, un riassunto strutturato deve utilizzare le seguenti rubriche: Introduzione (oppure obiettivi, scopi principali); Metodo/i (progettazione, setting, campione, interventi, principali misure dei risultati, per le reviews le fonti dei dati e i criteri per la loro selezione); Risultati (sintesi dei risultati principali insieme alla loro significatività statistica, se possibile); Conclusioni (quelle relative ai risultati, limitazioni, implicazioni cliniche e di ricerca; per le reviews principali conclusioni e implicazioni cliniche e di ricerca).
- Al termine del riassunto fanno specificate a 3 a 5 Parole chiave.
- Summary. L'autore deve aggiungere la traduzione del riassunto in lingua inglese standard e le parole chiave indicate nel precedente riassunto.

3. **TESTO.** Il testo dovrebbe essere elaborato seguendo le linee guida editoriali internazionali e, pertanto, dovrebbe essere suddiviso nelle seguenti sezioni: **Introduzione** (deve terminare con lo scopo del lavoro), **Soggetti e metodi** (Soggetti con considerazioni etiche e consenso informatico; Metodi, Analisi Statistiche); **Risultati; Discussione; Conclusioni.**

Se il manoscritto non contiene una ricerca scientifica originale è possibile inviare il testo in modo discorsivo, superando le indicazioni precedenti (Introduzione, Metodo, etc.) ma cercando di suddividerlo in diversi paragrafi per favorirne la lettura. Deve essere, tuttavia, sempre corredato del riassunto e del **summary**, secondo le indicazioni del paragrafo precedente.

4. **RINGRAZIAMENTI.** Dovrebbe essere riconosciuta la fonte di eventuali contributi finanziari e di altri finanziamenti. È necessario annotare il contributo di istituzioni, colleghi, tecnici o editor di lingua. Il ringraziamento a utenti anonimi non è necessario. Se non ci sono riconoscimenti, si prega di indicare la posizione "Nessuno" nella rispettiva sezione.

5. **CONFLITTO DI INTERESSI.** Gli autori sono invitati a rivelare tutte le associazioni commerciali o altre associazioni che potrebbero scatenare un conflitto di interesse in relazione agli articoli presentati. Se non esiste alcun conflitto di interessi, metti 'Niente da dichiarare' nella sezione relativa.
6. **BIBLIOGRAFIA.** Nel testo utilizzare il Cognome dell'autore e l'anno di pubblicazione tra parentesi senza nome e viola (ad es., Tavormina 2016 oppure Sartorius 2009). Se gli autori sono due, entrambi devono essere indicati il Cognome, senza nome, separati da & (esempio: Agius & Zaytseva 2015). Se l'articolo ha più di due autori, deve essere inserito solo il Cognome del primo autore più "et al." seguito all'anno di pubblicazione (ad es., Zdanowicz et al. 2016, Urlic et al. 1998). Se esiste più di un riferimento bibliografico dello stesso autore o gruppo di autori dello stesso anno, differenziare i documenti aggiungendo un a, b, c, ecc. all'anno di pubblicazione, sia nel testo che nell'elenco dei riferimenti. Tutti i riferimenti bibliografici citati nel testo devono essere elencati nella sezione Bibliografia alla fine del testo, in ordine alfabetico del cognome del primo autore. I nomi dei giornali devono essere abbreviati usando lo stile dell'Index Medicus. I riferimenti bibliografici devono essere elencati secondo l'esempio sottostante nel seguente formato:
- Agius M & Zaytseva Y: Should measurement of cognition be part of recovery programs for patients with Psychotic Illness? *Psychiatr Danub* 2015;27 Suppl 1:S486-8.
  - Svrakic DM & Cloninger RC: Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatr Danub* 2010; 22: 153-66.
  - Urlic I, Moro L, Vlastelica M, Vrebalov-Cindro V, Tocilj-Simunkovic G: The phenomenon of envy in theory and therapy. *Coll Antropol* 1998;22:203-19.
  - Reiter RJ & Robinson J: Melatonin. Bantam Books, NewYork, 1995.
  - Doghramji K, Brainard G & Balaicuis JM: Sleep and sleep disorders. In Monti DA & Beitman BD (eds): *Integrative Psychiatry*, 195-339. Oxford University Press, 2010.
7. **TABELLE.** Le tabelle devono essere incluse in pagine separate e numerate consecutivamente con numeri arabi (ad esempio Tabella 1). I titoli devono essere brevi. Tutte le abbreviazioni e i simboli devono essere definite nella leggenda. La tabella e la sua leggenda dovrebbero essere comprensibili senza riferimento al testo. La posizione desiderata delle tabelle dovrebbe essere indicata nel testo. La larghezza della tabella non deve essere superiore a 10

cm, e deve essere centrata nella pagina, la dimensione del testo dovrà essere adeguata alla sua dimensione. La didascalia della tabella deve essere collocata al di sopra della stessa.

8. **FIGURE.** Anche le illustrazioni così come i grafici, i diagrammi o le fotografie devono essere numerate consecutivamente con numeri arabi (ad esempio figura 1) in pagine separate, dopo le tabelle. Dovrebbero contenere un breve titolo seguito da una descrizione sintetica. Tutte le abbreviazioni e i simboli devono essere definiti nella leggenda. La figura e la sua leggenda devono essere comprensibili senza riferimento al testo. Inviare una lettera che dichiara l'autorizzazione al copyright se le figure sono state prese da un'altra fonte. Le fotografie delle persone devono essere non identificabili o bisogna avere l'autorizzazione scritta del soggetto interessato. La posizione desiderata di figure deve essere indicata nel testo. Il costo della riproduzione di illustrazioni a colori viene addebitato agli autori. Le immagini dovranno avere larghezza massima di 10 cm, e risoluzione non inferiore a 300 px/in). La didascalia delle figure deve essere posta al di sotto della stessa. Non è necessario lasciare righe vuote prima o dopo le figure.
9. **CURRICULUM BREVE (SHORT CV).** Gli Autori devono inviare un breve curriculum vitae in formato Word carattere 12, (massimo 10 righe interlinea singola, con le indicazioni indicate in precedenza.

### **Copyright**

Tutti i materiali inviati per la pubblicazione diventeranno proprietà della rivista Telos fino a quando e se la pubblicazione viene rifiutata. Il materiale così citato non deve essere inviato altrove per la pubblicazione.

Per ulteriori informazioni contattare la redazione Telos al seguente recapito telefonico: 0823-452049 (dalle ore 9.00 alle ore 13.00) nei giorni feriali, oppure a 349-8421002; 348-5120363.

# ABBONAMENTI E ACQUISTI

## NUMERI PRECEDENTI

### 2020

- Quaderni di Telos - Numero 1 / 2020 - “Senza respiro. La psiche al tempo del Coronavirus”. Maggio 2020

### 2019

- Telos - Numero 2 / 2019 - Cibo per la mente - Un difficile rapporto
- Telos - Numero 1 / 2019 - Visioni della mente. Epistemologia e psichiatria
- Quaderni di Telos - Numero 1 - 2019 - “Il crogiuolo in psichiatria”. Relazioni degli Atti del Seminario di Primavera di Cen.Stu.Psi., Avellino, 25 maggio 2019

### 2018

- Telos - Numero 2 / 2018 – “Liberi servi. Vivere tra dipendenze vecchie e nuove”
- Telos - Numero 1 / 2018 - “Ossessioni, compulsioni e dintorni. Vivere prigionieri di se stessi”

### 2017

- Quaderni di Telos - Numero 1 / 2017 - “Depressione: parliamone insieme”. Relazioni II Congresso Nazionale EDA, Avellino, 19-21 ottobre 2017
- Telos - Numero 2 / 2017 - “Relazionalità e comportamenti aggressivi. Dal bullismo al femminicidio: quando stare insieme non è un piacere”
- Telos - Numero 1/- 2017 - “Dignità umana e percorsi di cura”

## **INFORMAZIONI**

La rivista Telos è stata fondata da Gino Aldi e Francesco Franza nel 2017 con lo scopo di raccogliere articoli centrati sulle novità, sui concetti e sulle considerazioni in campo psichiatrico, fenomenologico, psicologico-psicoterapeutico, nelle scienze umane e nelle neuroscienze.

Ha cadenza semestrale, è monotematica. Sono previsti supplementi annuali.

La produzione e la stampa è a cura dell'associazione Neamente.

I contenuti della rivista sono protetti da copyright e possono essere riprodotti soltanto dopo richiesta scritta e autorizzazione della redazione di Telos.

La rivista Telos non è responsabile della pubblicazione di contenuti che possono arrecare danno a terze persone. Sebbene tutto il materiale pubblicato sia conforme alle norme etiche, l'inclusione in questa pubblicazione non costituisce garanzia o approvazione della qualità o del valore del prodotto o delle rivendicazioni da esso fornite dal suo produttore.

## **ABBONAMENTO**

Privati: € 30,00

Enti e istituzioni: € 60,00

Il pagamento deve essere inviato a Zetema Edizioni al seguente indirizzo:

Via Piave n.7, 81100 Caserta

La sottoscrizione sarà rinnovata automaticamente ogni anno, se non si richiede la revoca con la comunicazione entro il 1 dicembre di ogni anno.

Le richieste di pubblicità sponsorizzazione, la corrispondenza e le richieste di copie arretrate devono essere indirizzate a:

### **Dott. Gino Aldi**

Via Piave n.7, 81100 Caserta

e-mail: [gino.aldi@rivistatelos.it](mailto:gino.aldi@rivistatelos.it)

### **Dott. Francesco Franza**

c/o Associazione Neamente

e-mail: [franza@neamente.it](mailto:franza@neamente.it)



L'Associazione Neamente è una associazione senza scopo di lucro, che ha l'obiettivo di sostenere la diffusione delle conoscenze, del sapere, della ricerca scientifica e degli scambi culturali nell'ambito delle neuroscienze, della psicologia, della psichiatria e delle scienze sociali. Promuove, pertanto, la formazione e la riqualificazione professionale mediante l'organizzazione di corsi, convegni, meeting; l'organizzazione di forum, di manifestazioni, di pubblicazioni editoriali specifiche (ad esempio, la Rivista Telos). L'Associazione Neamente, inoltre, sostiene la ricerca dei campi suddetti, la formazione di gruppi di studio e la presentazione dei risultati di tali ricerche su riviste scientifiche specialistiche e a congressi e convegni nazionali e internazionali. Un elemento importante di diffusione della Associazione Neamente è rappresentato dal sito Neamente.com, che costituisce un aspetto fondamentale di contatto e comunicazione con i propri soci e con le persone interessate a collaborare e a partecipare alle iniziative dell'associazione.



Zetema è un'associazione senza scopo di lucro che promuove la formazione, la ricerca, lo studio e la diffusione di una cultura della salute psicologica dell'uomo. Zetema intende promuovere il dialogo tra le scienze che si occupano di salute psichica con particolare riguardo alla psichiatria, psicoterapia, psicologia e neuroscienze, in un'ottica di integrazione culturale Zetema integra la cultura prettamente scientifica con l'approccio umanistico specialmente legato alla fenomenologia, alla filosofia della mente, alla antropologia e sociologia della salute. Per sviluppare il proprio progetto Zetema ha dato vita a "Zetema Edizioni", casa editrice che pubblica lavori di riflessione e approfondimento sui temi della prevenzione e della cura della salute psichica.



Telos- Organismo di ricerca

Seguendo un flusso di inarrestabile energia la rivista Telos evolve e concretizza il desiderio di essere parte del pensiero, della ricerca e della possibilità di migliorare le scienze umane che riguardano la cura dell'uomo dando vita a **Telos-organismo di ricerca.**

Secondo la Comunicazione della Commissione Europea, un Organismo di Ricerca è un soggetto senza scopo di lucro, quale un'università o un istituto di ricerca, indipendentemente dal suo status giuridico (costituito secondo il diritto privato o pubblico) o fonte di finanziamento, la cui finalità principale consiste nello svolgere **attività di ricerca di base, di ricerca industriale o di sviluppo sperimentale** e nel diffonderne i risultati, mediante l'insegnamento, la **pubblicazione** o il **trasferimento di tecnologie**; tutti gli utili sono interamente reinvestiti nelle attività di ricerca, nella diffusione dei loro risultati o nell'insegnamento; le imprese in grado di esercitare un'influenza su simile ente, ad esempio in qualità di azionisti o membri, non godono di alcun accesso preferenziale alle capacità di ricerca dell'ente medesimo né ai risultati prodotti.

Cosa vuol dire in sostanza essere organismo di ricerca?

Vuol dire che ciò che abbiamo finora svolto in maniera volontaristica e artigianale aspira a diventare parte integrante del nostro futuro umano e professionale. In particolare, tre sono le direttive lungo le quali desideriamo crescere:

- la ricerca scientifica di base, con la sperimentazione di modelli di cura e la costruzione di strumenti che rendano sempre più efficace la diagnosi e l'intervento precoce sulla malattia mentale
- l'insegnamento, privilegiando i canali post specializzazione, rivolgendoci a quei colleghi che percepiscono il loro lavoro come una continua ricerca di affinamento metodologico e teorico. Ci occuperemo pertanto di promuovere la conoscenza di quanto di meglio si agita nel panorama scientifico internazionale
- la pubblicazione di studi e ricerche e la promozione di una cultura della diffusione della cultura scientifica.

Per fare tutto ciò occorre il coraggio di fare un passo verso l'imprenditorialità, verso una progettualità più complessa che, non nascondo, ci spaventa e ci coglie principianti allo sbaraglio. Come tutte le sfide che ci hanno preceduto faremo però del nostro meglio perché questo progetto di venti realtà. Confidando sul sostegno dei molti che amano la scienza e l'essere umano.



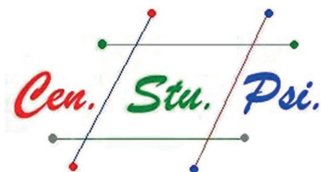
European Depression Association (EDA)

**EDA Italia Onlus**

Associazione Italiana sulla Depressione

Nell'anno 2007 è stata fondata un'Associazione no-profit chiamata "EDA Italian Onlus – Associazione Italiana sulla Depressione", con sede a Provaglio d'Iseo (BS). Essa è gemellata con l'altra omologa Associazione no-profit internazionale che ha sede a Bruxelles, la European Depression Association (EDA). Iniziali promotori di entrambe sono stati il Dr. Vincenzo Costigliola (il primo Presidente dell'EDA Italia Onlus) e il Dr. Giuseppe Tavormina (l'attuale Segretario Generale).

L' "EDA Italia ONLUS" organizza e coordina in tutta Italia i "Gruppi di Auto-Aiuto" e l'annuale "Giornata Europea sulla Depressione". Secondo l'art. n° 4 dello Statuto, l'EDA Italia ONLUS si propone come suo principale obiettivo quello di contribuire al "...miglioramento della qualità della vita delle persone che soffrono di depressione stimolando il pieno reinserimento nella società, nel lavoro e nell'impegno culturale, eliminando lo stigma e la discriminazione associati alla malattia depressiva; ciò soprattutto tramite la creazione e il coordinamento a livello nazionale dei cosiddetti "Gruppi di Auto-Aiuto" (momenti di incontro periodico fra le persone che soffrono e/o che hanno sofferto di malattie depressive...)." Inoltre organizza "...l'evento annuale della "Giornata sulla Depressione" per una maggiore conoscenza e consapevolezza sociale della malattia depressiva e dei disturbi dell'umore in genere..."



“**Cen.Stu.Psi.**”, organizzazione no-profit, è una associazione senza fini politici o religiosi. Il solo intento di Cen.Stu.Psi è rivolto alla ricerca scientifica nei campi della psichiatria, psico-farmacologia e psichiatria sociale. Il comitato esecutivo è composto da: Giuseppe Tavormina (Presidente), Nicolas Zdanowicz (Vice-presidente), Mark Agius, Maurilio Tavormina, Martha Sajatovic, Francesco Franza, Dominique Tavormina.

“**Cen.Stu.Psi.**”:

incoraggia e stimola la ricerca scientifica, clinica e diagnostica raggruppando con attenzione gli studi recenti in tutte le discipline riguardanti la psichiatria, quindi sviluppando pubblicazioni periodiche per la distribuzione in seminari, conferenze e convention nazionali ed internazionali.

partecipa, collabora e scambia conoscenze scientifiche con altre organizzazioni simili, sia pubbliche e che private su una larga scala, rivolte al tema psichiatrico.

condivide e diffonde informazioni sugli sviluppi della ricerca alla comunità scientifica, alle autorità e al grande pubblico attraverso i mass media.

Tutti gli psichiatri, neurologi, psicologi e psicoterapeuti sono invitati a richiedere l'appartenenza come “Seguaci” di Cen.Stu.Psi. laddove condividano i precetti dell'associazione.

**<http://www.censtupsi.org/>**



La Casa di Cura **Villa dei Pini** S.p.a. sin dal 1962 svolge attività di cura dei **disturbi psichiatrici** ed offre il servizio di **Riabilitazione Psichiatrica Residenziale** nella Struttura intermedia residenziale Intensiva (**S.I.R.I.**) e nella Struttura Intermedia Residenziale Estensiva (**S.I.R.E.**).

La **Casa di Cura Villa dei Pini** offre, inoltre, **prestazioni sanitarie** di ricovero ospedaliero terapeutico, assistenziale e riabilitativo per i pazienti con patologie cardiologiche, respiratorie, neurologiche ed ortopediche.

#### **Per informazioni:**

Casa di Cura Privata “Villa dei Pini S.p.A.”

C.da Pennini 86/a, 83100 Avellino

*Tel.:* +39 0825 672 711

*Fax:* +39 0825 360 73

*e-mail:* [info@villadeipini.com](mailto:info@villadeipini.com)

*web:* [www.villadeipini.com](http://www.villadeipini.com)



Realizzato da **AR Engineering** ®



# telostelos

psichiatria, fenomenologia, scienze umane

*Rivista fondata da:*  
**Gino Aldi e Francesco Franza**

*Direttore responsabile:*  
**Gino Aldi**

*Ufficio stampa:*  
**redazione@rivistatelos.it**

*Abbonamento:*  
**Privati: € 30,00**  
**Enti e istituzioni: € 60,00**

**€ 10,00**

ISBN



9788894518115