

INDICE

Presentazione

I Incontro Scientifico della SIMPS

- ◆ *Becciu M., Colasanti A.R., Martelli C., Saba A. e Salomone R. "Educazione alla salute nella scuola: analisi in corso dei progetti realizzati"*
- ◆ *Borgo P. "Tutela vs. promozione della salute mentale in età evolutiva"*
- ◆ *Borgo S. "Strategie comportamentali nell'autoregolazione emozionale"*
- ◆ *Bossa R. e Guzzi R. "Psiconeuroimmunologia dei tumori"*
- ◆ *Cesa-Bianchi M., Cristini C. e Cesa-Bianchi G. "Climaterio e invecchiamento: corporeità ed emotività"*
- ◆ *Coradeschi D. "Combattere l'insonnia senza farmaci: un protocollo d'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo"*
- ◆ *De Vita L., La Prova A., Cimbolli P. e De Pascale A. "Valutazione psicologica del paziente candidato alla chirurgia bariatrica"*
- ◆ *Falloon I.H. "Educazione della salute mentale per le persone chiave nella comunità: Progetto CHIAMA"*
- ◆ *Galullo F., Scrimali T. e Albiero R. "L'assessment multimodale dei pazienti con malattie cardiovascolari: dalla ricerca alla pratica clinica"*
- ◆ *Goldwurm G.F. "Recenti linee di ricerca in psicologia positiva"*
- ◆ *Oliverio Ferraris A. "Fattori di resilienza allo stress psicosociale"*
- ◆ *Scrimali T. "Psicofisiologia e cardiologia: dalla ricerca alla clinica"*
- ◆ *Sibilia L. "Fattori psicosociali e percorsi di rischio cardiovascolare oggi"*
- ◆ *Strepparava M.G., Palumbo P., Ravanelli L., Tagliabue L., Rezzonico G. "Aspetti psicologici nei pazienti diabetici di tipi I e nei loro familiari: il ruolo dello psicologo nella promozione del benessere"*
- ◆ *Venerosi A., Calamandrei G. e Alleva E. Modelli animali di relazione madre – figlio: loro utilità per lo studio di indicatori precoci di salute psicofisica nell'uomo. Il concetto di 'developmental niche'.*

Rassegna

Stress psicologico e sistema immunitario umano: uno studio meta-analitico di 30 anni di indagini. Psychological Bulletin, 2004, Vol. 130, No. 4:601-630

Depressione adolescenziale: efficace la psicoterapia scolastica, Arch Gen Psychiatry. 2004;61:577-584

Gli interventi cognitivo-comportamentali possono essere efficaci per la sindrome da fatica cronica ed il dolore cronico. Evid. Based Ment. Health, 2003;6:55.

Ricerche

Discussioni

Appuntamenti

Attività Internazionali.

PRESENTAZIONE

Con questa prima pubblicazione, numero unico dell'anno 2006, il nostro bollettino di medicina psicosociale e comportamentale, psicoterapia, promozione della salute ed intervento psicosociale inizia la sua vera e propria diffusione.

"PSYCHOMED" parte da una iniziativa della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale del Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) ed è sostenuto dalla Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS), insieme alla Associazione Italiana di Psicologia Preventiva (AIPRE), ed alla Associazione per lo Studio e l'Insegnamento Psico-Socio-Educativo(ASIPSE).

La pubblicazione intende avere cadenza quadrimestrale. Avrà come sua principale finalità quella di selezionare nel "mare magnum" della letteratura internazionale corrente i più interessanti articoli negli ambiti disciplinari indicati. Quindi conterrà, nella sezione principale, i riassunti – eseguiti dagli associati – degli articoli selezionati negli ambiti suddetti.

La selezione degli articoli sarà fatta in base alla rilevanza clinica e/o preventivo-promozionale della tematica, nonché alla qualità metodologica degli studi, tratti da riviste con alto impatto sulla letteratura scientifica. Naturalmente, sarà inevitabile un certo grado di arbitrarietà nella selezione. Cercheremo di restare aperti a contributi e critiche, per migliorarlo. Lasciando però il suo carattere di strumento di snello aggiornamento.

In questo numero abbiamo voluto eccezionalmente compendiare una selezione delle relazioni proposte al I Incontro Scientifico della SIMPS, che si è tenuto a Viterbo il 5 e 6 Novembre 2005. La scelta è dettata non solo dall'occasione, ma anche dalla qualità scientifica delle relazioni. Sono state incluse le relazioni che sono pervenute alla redazione in tempo utile, comprese quelle che per motivi organizzativi non hanno potuto essere presentate al Convegno.

Lucio Sibilìa

EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLA SCUOLA: ANALISI IN CORSO DEI PROGETTI REALIZZATI

Becciu M., Colasanti A.R., Martelli C., Saba A., Salomone R.

AIPRE- Associazione Italiana di Psicologia Preventiva, Roma

Introduzione

Scopo del nostro intervento è quello di illustrare la situazione relativa ai progetti di educazione alla salute realizzati in Italia a partire dalla legge antidroga 162/90, poi dpr 309/90, che affida al Ministero della Pubblica Istruzione il compito di coordinare e promuovere attività di educazione alla salute nella scuola.

Tale legge identifica proprio nella promozione del concetto-valore salute, il baluardo da contrapporre ai danni derivanti dal tabagismo, dall'alcolismo, dall'uso di sostanze stupefacenti e da altri comportamenti di rischio.

La scuola rappresenta un contesto naturale privilegiato per la realizzazione di progetti indirizzati alla prevenzione del disagio e alla promozione della salute e del benessere. Infatti:

È un contesto circoscritto che offre risorse strutturali e organizzative. È luogo di passaggio obbligato per la stragrande maggioranza della popolazione e per una considerevole durata di tempo. I processi di insegnamento e le relazioni che si stabiliscono al suo interno modellano la personalità delle persone in crescita e ne influenzano gli stili di vita. Sul piano delle possibilità permette di raggiungere la totalità delle persone in un periodo della vita sufficientemente precoce per prevenire lo sviluppo di abitudini dannose e per promuovere comportamenti responsabili verso la propria e l'altrui salute. E da ultimo non va dimenticato che per la scuola combattere il malessere e il disagio significa tener fede al proprio "codice genetico". Come ci ricorda Corradini (2005), l'etimologia greca *skolè*, significa infatti agio, benessere, distensione, qualcosa che si avvicina all'espressione latina *otium*, che in realtà non significava ozio, ma tempo libero in cui potersi dedicare allo *studium*, ossia ad attività desiderate, sottratte alla costrizione dei *negotia*.

La scommessa del parlamento e del governo con la legge 162/90 è stata quella di fornire indicazioni, spunti e occasioni affinché la scuola potesse diventare uno spazio in cui stare volentieri e le materie, la disciplina, le relazioni, i tempi e gli spazi della vita quotidiana potessero essere sperimentati non solo come un peso da portare, ma anche come un mondo da esplorare e un patrimonio da utilizzare.

Così, a partire appunto dalla succitata legge, la scuola è diventata promotrice di una serie di iniziative concernenti la prevenzione e la promozione della salute. *Star bene con se stessi, con gli altri e con il mondo che ci circonda* era la slogan che ha animato i diversi progetti di educazione alla salute.

A distanza di 15 anni può essere interessante fare il punto della situazione sui progetti realizzati, allo scopo di comprendere meglio cosa si fa, come, dove e con quali risultati.

Così abbiamo costituito un piccolo gruppo di ricerca per monitorare i progetti realizzati in tema di Educazione alla Salute in ambito scolastico.

L'idea di realizzare tale ricerca ha preso spunto dalla consultazione di un nuovo portale ideato dal MIUR e nominato EduMonitor per raccogliere e diffondere dati quali-quantitativi su progetti e iniziative attuati dalle istituzioni scolastiche in materia di educazione alla salute.

Si tratta di una vetrina in rete per la diffusione delle buone prassi che consente di conoscere gli obiettivi e i contenuti dei singoli progetti attraverso un breve *abstract* e di contattare, eventualmente, il coordinatore di progetto per eventuali approfondimenti.

La realizzazione di questo portale, ha comportato una prima fase sperimentale che ha interessato le province di Torino, Cremona, Macerata, Perugia, Terni e Crotone, le cui scuole hanno inserito i dati relativi ai progetti. Inizia ora una seconda fase che vede coinvolti i CSA e le scuole che dovranno procedere al monitoraggio degli interventi triennali di educazione alla salute da loro realizzati a partire dall'anno scolastico 2000/01 e nei due anni successivi.

Dopo la sperimentazione su circa 6.000 istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, Edumonitor sarà successivamente esteso a tutte le altre scuole.

Al momento attuale i progetti inseriti nel portale sono 536 ed è su questi che abbiamo condotto la

nostra analisi.

Ovviamente il nostro lavoro è ancora in una fase iniziale dal momento che i 536 progetti non esauriscono le iniziative realizzate e, in quanto tali, rappresentano un campione solo parzialmente significativo.

Tuttavia da una loro prima analisi è stato possibile ricavare alcuni dati che ci è parso utile presentarvi.

I progetti di Edumonitor

Innanzitutto, occorre premettere che i dati inseriti nel portale presentano una notevole variabilità e risentono di una certa approssimazione in riferimento al completamento delle voci richieste (abstract, obiettivi, classi coinvolte, ecc.) per cui è risultato piuttosto oneroso raccogliere elementi significativi e più volte è stato necessario collegarsi al sito delle singole scuole per ricercare informazioni mancanti;

I progetti esaminati, in tutto 533, sono quelli a tutt'oggi inseriti nel portale, e riguardano le province di Torino, Macerata, Perugia, Terni, Crotone, Modena, Treviso, Pesaro-Urbino, Firenze, Lucca, Ivrea, Vercelli, Vicenza, Pisa, Livorno e Ascoli Piceno.

I progetti di fatto utilizzabili per il presente lavoro sono 453; gli altri mancavano delle informazioni necessarie per poter essere valutati.

Tutti i progetti fanno riferimento alla DM 463/98 e si collocano in 4 tipologie di programmi previsti dalla normativa: *Studentesse e studenti*, *Centri di informazione e consulenza*, *Famiglia*, *Programma di formazione operatori scolastici*.

In particolare:

- il 15.0% rientrano nell'ambito *Programma di formazione operatori scolastici*.
- il 27.3% rientrano nell'ambito *Famiglia*
- il 13.9% rientrano nell'ambito *Centri di informazione e consulenza*
- il 43.7% rientrano nell'ambito *Studentesse e studenti*.

I progetti facenti parte dell'ambito *formazione* sono stati realizzati per il 13.3% nelle medie superiori e per l'86.7% nelle elementari e medie inferiori. Relativamente alle aree tematiche affrontate emerge la seguente situazione:

Prevenzione del disagio e abuso di sostanze	14.8%
Cura della dimensione relazionale	13.5%
Sportello di ascolto	12.3%
Educazione alla salute	9.8%
Cura del processo di insegnamento apprendimento	7.4%
Collaborazione scuola-famiglia-territorio	7.4%
Educazione alimentare	7.4%
Fattori protettivi	6.1%
Tematiche educative varie	6.1%
Potenziamento capacità espressive	4.9%
Pronto soccorso sicurezza	4.9%
Multiculturalità e integrazione	3.7%
Fattori di rischio	1.2%

Da notare che sebbene nella normativa tali progetti siano destinati a dirigenti scolastici, insegnanti e personale ATA, in realtà molti di essi vedono come destinatari allievi e genitori.

La loro realizzazione prevede per lo più il coinvolgimento di risorse esterne (da un minimo di 1 ad un massimo di 5) operanti in ASL, Associazioni, o Liberi professionisti, i quali vengono coadiuvati da docenti interni.

La metodologia seguita nella maggior parte dei casi è rappresentata da incontri di sensibilizzazione e informazione e da attività laboratoriali.

I progetti facenti parte dell'ambito *famiglia* analogamente ai precedenti sono stati realizzati per il 20.1% nelle medie superiori, per il 35.4% nella scuola elementare e per il 44.3% nella scuola media inferiore; pertanto il 79.8% delle iniziative destinate ai genitori viene assorbito dalla scuola primaria e dalla scuola secondaria di primo grado.

Psychomed

In riferimento alle aree tematiche affrontate, la situazione è la seguente:

Sostegno alla genitorialità	55.6%
Prevenzione del disagio e abuso di sostanze	11.9%
Educazione alla salute, educazione alimentare, igiene	11.2%
Adolescenza ed età evolutiva	9.8%
Sportello genitori	4.2%
Prevenzione del bullismo	2.1%
Intercultura	1.4%
Fattori di protezione e di rischio	1.4%
Primo soccorso	0.7%
Disturbi di apprendimento	0.7%

I progetti hanno coinvolto da un minimo di 20 genitori fino ad un massimo di 1400 e molti di essi hanno visto come destinatari anche insegnanti ed allievi.

Come per i precedenti, la metodologia più ricorrente è stata quella degli incontri informativi e di sensibilizzazione.

I progetti facenti parte dell'ambito C/C, come da normativa, sono stati realizzati nella scuola secondaria di secondo grado. Essi hanno privilegiato i seguenti temi:

Comunicazione, dinamiche di gruppo, relazione adulto adolescente	19.6%
Sportello di ascolto e sostegno psicologico	14.9%
Abuso di sostanze	11.2%
Prevenzione del disagio	8.4%
Fattori protettivi	7.4%
Potenziamento capacità espressive	5.6%
Adolescenza	4.6%
Educazione ambientale	4.6%
Orientamento	4.6%
Educazione alla salute	3.7%
Educazione alla legalità	2.8%
Educazione alimentare	2.8%
Prevenzione HIV	1.8%
Rapporto scuola-famiglia	1.8%
Promozione del successo formativo	1.8%
Escursionismo	0.9%
Bullismo	0.9%
Monitoraggio realtà giovanile	0.9%

Coerentemente con le finalità di quest'area progettuale, miranti a valorizzare il protagonismo dei giovani, i destinatari coinvolti sono rappresentati, nella stragrande maggioranza, dagli studenti stessi con un significativo coinvolgimento della componente docente e con qualche rara apparizione della componente genitoriale.

Le risorse umane utilizzate fanno riferimento soprattutto a docenti interni, per lo più referenti alla salute, e a collaborazioni esterne con significative presenze del personale dei SERT.

Prevalgono, per la maggior parte delle tematiche affrontate, le metodologie di tipo laboratoriale, mentre per gli eventi riferibili più strettamente all'educazione alla salute, si continua a privilegiare il metodo degli incontri di informazione e sensibilizzazione tenuti da esperti o da testimoni privilegiati.

I progetti facenti parte dell'ambito *Studenti e studentesse* sono così distribuiti nei tre ordini di scuola:

- ◆ il 26.9 ha riguardato la scuola elementare
- ◆ il 32.4% la scuola media inferiore
- ◆ il 30.4% la scuola superiore.

Le tematiche affrontate nell'ambito di tali progetti sono state molto numerose e non è stato facile procedere ad un loro raggruppamento. La situazione può essere rappresentata come segue:

Relazionalità- accoglienza	17.6%
Potenziamento delle capacità espressive	14.5%
Educazione alimentare	11.0%
Educazione affettiva e sessuale	10.1%
Prevenzione abuso di sostanze	9.2%
Prevenzione del disagio scolastico	8.3%
Fattori protettivi	8.3%
Psicomotricità e attività integrative	4.8%
Adolescenza	4.8%
Agio e benessere	4.4%
Sicurezza- Primo soccorso-Educazione stradale	2.6%
Sportello di ascolto	2.2%
Educazione sanitaria	1.7%
Metodo di studio	1.7%
Comportamenti salutari	1.3%
Bullismo	1.3%
Educazione alla cittadinanza e alla convivenza civile	0.8%
Educazione ambientale	0.8%
Tradizioni popolari	0.4%
Orientamento	0.4%
Diritti e doveri degli studenti	0.4%
Integrazione	0.4%
Prevenzione HIV	0.4%

Il personale coinvolto in quest'area progettuale è costituito, prevalentemente, da personale interno alla scuola (docenti e studenti) con l'ausilio, a volte, di esperti esterni all'amministrazione scolastica.

La maggior parte degli interventi sono stati destinati agli studenti e ai docenti; solo alcuni progetti hanno previsto anche il coinvolgimento della componente genitoriale.

Da un punto di vista metodologico, la maggior parte degli interventi si ispira ai principi della didattica attiva ed in particolare alla didattica laboratoriale.

Gli interventi più propriamente di tipo ES, in non pochi casi, ricorrono ancora a metodiche di tipo informativo e di sensibilizzazione nei gruppi classe.

Osservazioni sui progetti esaminati

Passando in rassegna i diversi progetti, si ha l'impressione che l'educazione alla salute sia stata interpretata in senso molto lato fino ad includere ogni proposta formativa extracurricolare diventando una sorta di contenitore nel quale inserire argomenti eterogenei la cui capacità di raggiungere finalità preventive e promozionali è tutta da verificare.

In secondo luogo, le diverse iniziative realizzate sembrano risentire di una sostanziale insituabilità nell'architettura strutturale, fortemente disciplinare, e nella rigidità organizzativa del sistema scolastico. Pertanto, sono state spesso relegate in un'area di marginalità e aggiuntività rispetto ai curricula, elemento questo che ha impedito di valorizzarne la portata strategica.

Inoltre, i programmi sembrano sprovvisti di una solida base generativa che suggerisca che le operazioni che si vanno a compiere rafforzino effettivamente la salute o riducano il disagio e di una valutazione circa la loro efficacia preventiva, sia quantitativa che qualitativa.

Si registrano forti carenze a livello di progettualità mirata, di un impianto metodologico condivisibile e di strategie valutative tanto che l'intera programmazione degli interventi di ES risente di una certa autoreferenzialità.

E' legittimo chiedersi in che misura ad un consistente investimento di risorse umane, economiche e strutturali nel campo della ES in ambito scolastico corrisponda un decremento ed un contenimento del disagio; soprattutto se consideriamo che il coinvolgimento degli studenti (dai 13 ai 17 anni) in comportamenti di rischio è pari al 27-33% dell'intera popolazione scolastica adolescenziale (fonte IPSAD, 2003).

Si ha la sensazione che il 'fare' abbia prevalso sul 'pensare', sul 'progettare' e sul 'verificare' con il risultato non certo incoraggiante di non sapere, ancora una volta, quanto le azioni preventive e di ES risultino essere efficaci, quali le azioni progettuali, eventualmente, da replicare e quali da abbandonare.

A conclusione di questo monitoraggio, seppur realizzato solo attraverso il portale del MIUR, e in quanto tale assolutamente parziale, ci sembra di poter concludere che tutto questo investimento potrebbe risultare una ennesima occasione mancata.

Attualmente con l'introduzione della legge Moratti che sottolinea il primato dell'educativo sull'istruttivo, rischiamo ancora una volta di trovarci di fronte ad una retorica della riforma che si arricchisce di nuovi orizzonti e prospettive e ad una pragmatica dell'azione formativa che in realtà non riesce a definire le proprie coordinate culturali e operative.

Per questo riteniamo che la psicologia della salute e la medicina psicosociale possano dare alla scuola un contributo molto significativo. In quale direzione?

In primo luogo riteniamo che tali discipline possano fornire alla scuola le coordinate concettuali per realizzare interventi mirati ed efficaci, esplicitando:

Fattori di protezione e di rischio correlati alle principali forme di disagio o malattia
Le determinanti dei comportamenti salutotropi sulle quali agire in un'ottica di prevenzione e di promozione della salute
Le strategie che consentono l'acquisizione di abilità e la modifica dei comportamenti
Inoltre, si richiede a tali discipline la proposta di programmi che siano garantiti nella loro validità da solidi riferimenti teorici appropriati in riferimento alla specificità del contesto in cui si opera aggiornati rispetto al continuo evolvere delle conoscenze monitorati con idonei strumenti di valutazione e *follow up* (Bertini, 1999).

Bibliografia

- Becciu M., Colasanti A. R. (2004), *La promozione delle capacità personali*, Franco Angeli, Milano
- Bertini M.(1999), *I programmi di "Life Skills Education"(LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute*, Franco Angeli, Milano
- Cattaneo P. (1994), *I centri di informazione e consulenza. Idee, proposte e orientamenti per l'attivazione e lo sviluppo dei C.I.C.*, in OPPINFORMAZIONI, 7-8
- Cattaneo P., Corradini L. (1997), *Educazione alla salute*, La Scuola, Brescia
- Corradini L. (2004), *Gratuito e sistema educativo*, www.fivol.it
- Corradini L. (2005), *Le ragioni di un'educazione alla salute nella scuola*, [www. Bioetica-vssp.it](http://www.Bioetica-vssp.it)
- Corradini L., Pieretti A., Serio G. (Edd.) (1992), *Educazione alla salute tra prevenzione e orientamento*, Pellegrini,
- Cosenza Dassori I. (1988), *I responsabili dell'educazione alla salute. Analisi dei documenti della Divisione Sanità del Consiglio d'Europa*, Vita e Pensiero, Milano
- Malizia G. - Pieroni V.(1999) (a cura di), *L'educazione alla salute nella scuola dell'autonomia*, Franco Angeli, Milano
- Modolo M. A.(1992), *Educazione sanitaria e promozione della salute*, Rosini, Firenze
- Poli S. (1998), *La promozione della salute nel processo di riforma della scuola*, in Piccione R., Grissini A. (Edd), *Prevenzione e salute mentale*, pp. 497-508, Carocci, Roma.
- Schettini B. (1992), *Società del "benessere" e educazione alla salute: un binomio possibile?*, in *Orientamenti Pedagogici*, 1, 173-183
- Ziglio E. (1995), *La prevenzione dell'HIV/AIDS nell'ambito dell'attività della rete europea della scuola che promuove salute*, in Bertinato L. et al.(Ed.), *Atti del Seminario europeo sulla educazione alla salute e alla prevenzione HIV/AIDS nella scuola*, Roma, 3-5 Novembre, 1994, Istituto Superiore di Sanità, , pp. 63-72, Roma.
- Tartarotti R. (1991), *Prevenzione primaria e ruolo della scuola*, in "Ricerche didattiche", 41, www.Edumonitor.it, www.fivol.it

TUTELA VERSUS PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA

Borgo Paola

Psicologo dirigente – Dipartimento Materno-infantile ASL RM A – Newpaola@virgilio.it

La scelta del titolo di questo mio breve articolo nasce da una mia riflessione come psicologa del settore età evolutiva del Sistema Sanitario nazionale: mentre in tutti i settori della psicologia e più in generale delle discipline sanitarie si parla di interventi di “prevenzione” e “promozione” della salute, in Italia i principali servizi che si occupano della salute mentale o del benessere giuridico del bambino sono etichettati come servizi di tutela (Area di tutela della salute mentale in età evolutiva, Tribunale per la tutela dei minori...) PERCHÉ?

Darò spazio a due ipotesi, che probabilmente si possono integrare.

La prima è che il bambino va tutelato perché come dice il dott. Montecchi “è una specie in estinzione” (1). E’ un’affermazione che può sembrare provocatoria anche se si fonda su un innegabile dato di realtà : in Italia l’indice di natalità è inferiore a quello di mortalità.

Di conseguenza l’interesse crescente verso il bambino in ambiti quali la pedagogia, la psicologia, la sociologia e persino la politica con interventi quali: il telefono azzurro, il centro per il bambino maltrattato, l’impegno elettorale di rendere la città a misura di bambino.

Insomma di bambini ne nascono pochi e quei pochi ci sembrano molto in difficoltà perché trovano un habitat naturale ostile (che è uno dei motivi per cui le specie animali si estinguono) o forse perché l’organizzazione sociale non offre più adeguate garanzie per la crescita della prole. In ogni caso se c’è rischio di estinzione il bambino va tutelato.

La seconda ipotesi è che nel creare dei contenitori rassicuranti che diano un’idea di efficienza e di intervento incisivo in favore dei minori i servizi si sono agganciati ad un modello culturale ed organizzativo di caratterizzazione medica: la salute mentale del bambino interpretata prevalentemente in termini di problema e/o malattia. Peraltro si tratta di una concezione medica in parte superata ma come dice Bateson “molte idee della scienza d’oggi sono obsolete” (2) eppure continuano ciclicamente ad essere fondamento di nuove teorie ed approcci. Conseguentemente ci occupiamo della salute mentale del bambino quando già è incrinata: ad esempio quando i media parlano di crimini in cui sono coinvolti minori, oppure quando si parla di fenomeni quali la mortalità scolastica, le molestie sessuali sui minori, l’anoressia

Questa ottica ha quindi suggerito la creazione di strutture che tutelassero il bambino che è portatore (speriamo “sano”) di problematiche e disagi dei quali, nella sua tenera età, spesso non è consapevole, non sa chiedere aiuto e sicuramente non ha risorse per trovare un rimedio.

Nell’attuale legislazione dei servizi sanitari che si occupano di età evolutiva l’ottica della malattia ha un grande spazio. Prendiamo ad esempio l’attuale Piano Sanitario Regionale (3) che prevede quattro aree di intervento per la salute mentale in età evolutiva:

1. Cure primarie dell’infanzia – ovvero pediatri di libera scelta.
2. Cure della disabilità in età evolutiva.
3. Promozione della salute mentale in età evolutiva basata su “un approccio integrato rispetto al bambino/adolescente e alla sua famiglia” in “interazione costante con l’ambiente educativo e di socializzazione”.
4. Cure ospedaliere.

Ben tre punti parlano di cure e l’unico in un’ottica di promozione non ha avuto ancora nessun intervento attuativo. Al contrario la progressiva diminuzione del personale sanitario nei Consultori Familiari (che nella nostra regione sono stati a rischio chiusura grazie a politici “illuminati”!) ha comportato l’impossibilità di svolgere una preziosa azione di promozione verso una sessualità sana ed informata negli adolescenti a causa della concentrazione dei pochi operatori sull’emergenza – ovvero le interruzioni di gravidanza.

Passiamo al secondo termine: promozione della salute. In questo approccio c’è uno spostamento dall’ottica centrata sulla malattia a quella centrata sulla salute. Ma che cos’è la salute? Canguilhem (4) diceva con un paradosso che la salute è il lusso di potersi ammalare! Come definizione potremmo dire che la salute rappresenta lo stato di ben-essere della persona in

un'ottica integrata che ha il focus sulla sua soggettività e sulla sua relazionalità.

Riportata alla persona-bambino, questa ottica parte dalla conoscenza del bambino nella sua realtà globale, ponendo attenzione, ricerca ed intervento rispetto ai modelli di attaccamento, gli stili di vita, le abitudini comportamentali, i tempi e luoghi di socializzazione e di scolarizzazione, i rapporti con i mass-media e con le nuove tecnologie, le mode, la pubblicità e in definitiva a tutto quanto contribuisce alla evoluzione del bambino e dell'adolescente.

Dalla conoscenza di questi fattori e non solo dallo studio del sintomo che spesso rappresenta unicamente un messaggio, deriva la nostra capacità di aiutarlo nel ripristinare l'autonomia del proprio sviluppo, nel sostenerlo nella sua capacità di stare meglio con se stesso e con gli altri.

E' un ribaltamento dell'attuale orientamento di intervento dei servizi in cui l'infanzia e l'adolescenza sono spesso viste come fasi critiche e dolorose della vita, quasi di per sé delle malattie. Ne è un esempio un convegno dei servizi che operano nel campo della salute mentale in età evolutiva dal rassicurante titolo "Parlare con gli adolescenti" (5) in cui l'adolescenza è stata definita come "una crisi d'identità dell'individuo che ha bisogno di essere esternata anche in modo violento" oppure "una delle parti della vita più difficili, quasi come una tossicodipendenza"!

Vorrei sottolineare che un approccio in termini di promozione alla salute al contrario di quello assistenziale non esclude gli interventi terapeutici ed ha contemporaneamente una grande valenza preventiva. Nel trattare il delicato argomento del suicidio in adolescenza Ladame (6) afferma che il tratto depressivo -dall'autore definito depressività- "implicato nella problematica suicida trae origine non tanto dall'adolescenza quanto da lacune dello sviluppo precedente". Insomma invece di aspettare l'emergere del sintomo si tratta di capire e sostenere le reali esigenze, bisogni, paure ed aspettative del bambino e degli adulti con lui coinvolti nel processo di crescita, attuando così un prezioso intervento di prevenzione primaria o secondaria.

Per concludere vorrei parlare di un caso emblematico che il mio servizio sta seguendo in sinergia con il Tribunale per la tutela dei minori. Marika è una ragazzina di 13 anni, "tutelata" dai servizi da quando aveva 5 anni. La madre, nota scrittrice, la portò al nostro servizio per una consulenza psicologica, dicendo che sua figlia aveva dei problemi alla scuola materna. Nella valutazione psicologica che fu fatta gli unici tratti negativi erano una lieve goffaggine nell'area motoria e un linguaggio poco evoluto per la sua età. Dal colloquio con la coppia genitoriale apprendemmo che la signora era in forte disaccordo con il marito, di molti anni più giovane di lei e dipendente da lei economicamente. Il conflitto riguardava quasi tutte le scelte matrimoniali ma si concentrava in particolare sull'educazione da dare a Marika. La madre era decisamente iperprotettiva mentre il padre cercava di far affrontare alla bambina i suoi problemi anche se con una certa dose di superficialità. E' stata anche fatta un'osservazione di Marika a scuola che ha mostrato che in quel contesto, al contrario di quanto sosteneva la madre, la bambina aveva buone relazioni con i compagni e con le insegnanti e partecipava in modo adeguato alle attività proposte. Pertanto abbiamo rassicurato la madre sui problemi di Marika. Proponendo una successiva valutazione psicologica nel corso della prima elementare e consigliato vivamente ai genitori una psicoterapia di coppia motivandola con l'ottima probabilità che ciò avrebbe avuto un effetto positivo sull'evoluzione psicologica della bambina. La coppia ha rifiutato ed ha interrotto il contatto con il servizio. Quando Marika aveva 8 anni i genitori si sono rovinosamente separati. La madre, che aveva ottenuto l'affidamento di Marika, non riteneva opportuno che la bambina incontrasse il padre, ostacolando la frequentazione disposta dal giudice in sede di separazione e faceva ciò prendendo a pretesto il disagio della bambina. Il padre fece ricorso al Tribunale civile che passò il caso al Tribunale per la tutela dei minori. Senza interpellare il nostro servizio che già conosceva Marika fu fatta una perizia psicologica sulla bambina, che fu portata a termine dopo più di un anno, a causa delle continue assenze della bambina ai colloqui, giustificate da ricorrenti malanni. La valutazione psicologica di Marika rilevava "una fragilità di personalità che sicuramente poteva trarre giovamento dalla presenza nella vita della bambina di entrambe le figure genitoriali". Dopo un ulteriore anno di lungaggini burocratiche, il tribunale deliberò l'avvio di una frequentazione protetta fra padre e figlia presso una struttura pubblica. Marika nel frattempo frequentava l'ultimo anno di scuola elementare e, dopo un periodo di evoluzione in positivo sia sul piano cognitivo che su quello relazionale, mostrava un sostanziale regresso dopo la ripresa della frequentazione con il padre. Gli incontri dopo poco tempo si sono interrotti perché il padre, sentendosi deluso per la mancanza di comunicazione e di collaborazione da parte della ex moglie, li ha disertati.

Ora Marika frequenta la seconda media, va a scuola volentieri e i suoi risultati scolastici, pur non essendo brillanti, mostrano progressi rispetto al livello di partenza. Il padre ha di nuovo fatto un

ricorso, questa volta al giudice tutelare, perché si sente lesa nei suoi diritti di padre. A questo punto mi domando: qual è la persona che stiamo tutelando? Il giudice tutelare ha richiesto al nostro servizio di fare una nuova valutazione psicologica di Marika, dando per scontata una decisione di riattivare in ogni caso la frequentazione padre-figlia. Malgrado l'assicurazione della psicologa che il lavoro di valutazione sarebbe stato centrato su di lei, sui suoi desideri ed aspettative, Marika è di nuovo in crisi, crisi che ha la sua prima evidenziazione nel calo del rendimento scolastico e nella chiusura della vita relazionale.

Ci si potrebbe chiedere provocatoriamente cosa stiamo tutelando: la salute psicologica di Marika, il suo diritto ad una crescita sana, promuovendo le sue risorse e facendo prevenzione, sia pure a livello secondario? Oppure più probabilmente stiamo tutelando la sua malattia, facendo in modo che ci sia sempre? Ciò ha una tripla valenza: per la madre di alibi per avere il "possesso" di Marika, per Marika di messaggio-richiesta di aiuto, per il padre, al contrario, di negazione della malattia nell'ottica di far valere i suoi diritti.

Concludendo, un'ottica assistenziale può portare a tutelare la malattia quando essa è connessa al linguaggio del "diritto" piuttosto che alla salute della persona.

Bibliografia:

1. Montecchi F. (a cura di) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*, Franco Angeli 1998.
 2. Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi 1977.
 3. *Piano sanitario regionale 2002-2004*. B.U.R. del Lazio 30/08/2002
 4. Canguilhem G. *La conoscenza della vita*, Il Mulino 1976
 5. Masina E., Montinari G. (a cura di) *Atti del convegno "Parlare con gli adolescenti"*, Roma 1997
 6. Ladame F. *I tentativi di suicidio negli adolescenti*, Borla 1987.
-

STRATEGIE COMPORTAMENTALI DI AUTOREGOLAZIONE EMOZIONALE

Stefania Borgo

Centro per la Ricerca in Psicoterapia

Docente di Health Promotion, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione

La letteratura scientifica ha mostrato un crescente interesse per il ruolo giocato dalle emozioni negative (ansia, rabbia, tristezza) nell'insorgenza della malattia o nella reazione a questa. Numerosi studi evidenziano come esse siano associate ad un aumento della morbilità e della mortalità in talune patologie, come ad esempio quelle cardiovascolari (Barefoot et al., 2000; Kawachi et al., 1996).

Più recente è il dato che le emozioni positive (Richman et al., 2005) possano costituire un importante fattore protettivo.

Tuttavia anche se rispetto agli effetti soggettivi possiamo parlare di emozioni negative o positive, tale distinzione non ha fondamento in termini evolutivi (Ekman, 1992). Secondo questa prospettiva le emozioni hanno tutte una funzione potenzialmente adattativa, anche se in talune condizioni possono rivelarsi disfunzionali.

Lo studio qui presente indaga i comportamenti autoregolativi e le loro potenzialità positive o negative per la salute, in diverse condizioni emozionali.

Il modello utilizzato è fondamentalmente quello dell'autoregolazione (Karoly e Kanfer, 1982; Sibilia, 2001a), più recentemente applicato alla psicologia della salute (Leventhal et al. 1998). E' tuttavia possibile usare anche il concetto di strategie di *coping* (Lazarus e Folkman, 1984; Sibilia, 2001b) e considerare quindi i comportamenti finalizzati ad uno scopo (es. soluzione di un problema) come *coping* attivo e i comportamenti alla regolazione dell'emozione come *coping* emozionale. Per il nostro studio, anche perché basato su una metodica autosservativa, abbiamo preferito il primo.

Per un confronto teorico tra i due modelli si rimanda ad un recente articolo (Sommaruga, 2003).

Il metodo

E' stata messa a punto e usata da più di 20 anni una analisi sistematica standardizzata applicabile nella clinica, nella ricerca e nella didattica. Questa copre otto aree emozionali che corrispondono alle emozioni di base (ansia, rabbia, tristezza, rifiuto-disgusto, dolore, gioia, piacere, interesse) e otto aree comportamentali (comportamento alimentare, sessuale, drogastico, ritmo sonno-veglia, comportamento esplorativo, legame di attaccamento, comportamento sociale e rituale). Ognuna di queste aree è stata studiata mediante metodiche osservative indirette (interviste audio o videoregistrate) ed autosservative dirette (le aree emozionali, esclusa una e cioè l'interesse che prevede una autointervista) ed indirette (resoconti narrativi delle aree comportamentali). Le informazioni ottenute con le due prospettive vengono *cross-correlate*, sia nel lavoro clinico che in quello di ricerca. Per ulteriori dettagli sul metodo si rimanda ad "Analisi Didattica" (Borgo, 1994).

Lungo un arco temporale di più di 15 anni sono state raccolte le analisi sistematiche complete di 165 SS. Addestrati (formazione cognitivo-comportamentale). Per quanto riguarda le aree emozionali in totale sono stati registrati 674 eventi emotigeni, pertinenti alle sette emozioni sopra menzionate, con una semplice griglia autosservativa che prevedeva la registrazione *contestuale* di comportamento, sensazioni somatiche, dialogo interno ed immagini (prima, durante e dopo l'evento stesso).

Sono stati analizzati tramite metodiche di valutazione soggettive (2 valutatori indipendenti): i dialoghi interni;

- le immagini;
- la congruenza tra dialoghi;
- gli eventi in cui è occorsa l'emozione.

Una procedura più complessa è stata utilizzata per l'analisi del rapporto tra le quattro variabili autosservate, ragione per cui è stato aggiunto un terzo valutatore che ha misurato il grado di accordo tra i primi due. Infatti per ovviare alla variabilità individuale dei dialoghi interni sono stati

individuati i passaggi logici principali della verbalizzazione interna, con una metodica simile, ma sviluppata indipendentemente, a quella del metalinguaggio semantico naturale (Wierzbicka, 1992). I protocolli così trattati costituiscono una versione sintetica.

Infine, sono state misurate le frequenze dei comportamenti e delle sensazioni somatiche, riportati nelle autosservazioni.

Presenteremo qui solamente, i dati relativi ai comportamenti occorsi nelle situazioni emozionali.

Analisi quantitativa

I 718 comportamenti rilevati sono stati inseriti in 27 categorie generali, ad es. azione aggressiva o allontanamento. La fig.1 le riporta insieme ad un tentativo di formare sette gruppi più generali. Tuttavia, l'analisi statistica è stata effettuata sulle 27 categorie comportamentali.

Comportamento:	Gruppo:	Comportamento:	Gruppo:
1) Staticità	STATICO	16) Reazione	AUTOCONTROLLO- ORDINARSI
2) Controllare		17) Autocontrollo	
3) Ricevere stimoli neg		18) Ordinarsi	
4) Alzarsi	DINAMICO	19) Ricevere stimoli positivi	CONTATTO SOCIALE
5) Spostarsi		20) Incontro pos	
6) Operazioni veloci		21) Avvicinarsi	
7) Prestazioni		22) Contatto fisico	
8) Movimenti incontrollati		23) Essere festosi	
9) Azione aggressiva		24) Assumere cibo- acqua	ASSUMERE SOSTANZE
10) Incontro neg		25) Assumere sostanze	
11) Chiedere-esprimere bisogni	ESPRESSIVO	26) Fantastificare	STATICO
12) Urlare		27) Dormire rilassarsi	
13) Piangere			
14) Tensione-chiusura	CHISURA-		
15) Allontanarsi	ALLONTANAMENTO		

Fig.1

Risultati

La distribuzione dei comportamenti (per categorie) nelle 7 emozioni considerate si è dimostrata altamente significativa ($p < .00001$)

I profili comportamentali delle emozioni sono riportati nella fig.2.

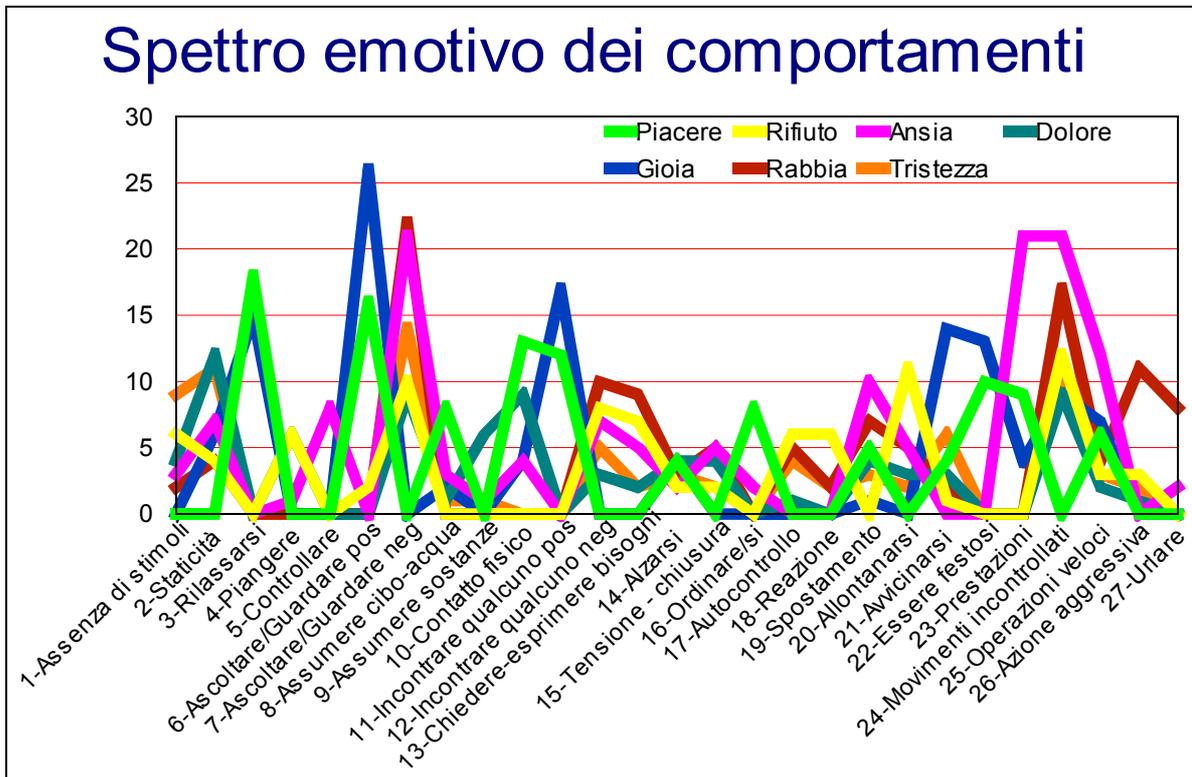


Fig.2

I risultati sono in accordo con la teoria delle emozioni di base (Ekman, 1992) che postula per ciascuna emozione: antecedenti tipici, *pattern* neurofisiologici caratteristici e differenti sistemi di risposta.

Tutte e tre le variabili, nella nostra ricerca generale, hanno mostrato una distribuzione altamente significativa per le 7 emozioni di base studiate.

Parimenti significativa si è rivelata la distribuzione delle immagini mentali (Borgo, 2002) Analisi qualitativa

Un ulteriore tentativo di classificare è stato fatto su una base funzionale, rispetto alla quale sono state identificate tre classi di comportamenti:

1 risposte automatiche

2 comportamenti finalizzati

3 comportamenti di autoregolazione (riduzione del disagio, autogrificazione).

Analizzando così i comportamenti che occorrono in ciascuna emozione, si ha un quadro più articolato. Per rendere più chiaro questo tipo di analisi faremo degli esempi di comportamenti osservati per ogni emozione.

ANSIA

1 Fuga

2 Prestazione (funzionale a affrontare situazioni difficili)

3 Controllare / Ordinare (riduzione incertezza) - Assumere cibo (autogrificazione)

RABBIA

1 Attacco

2 Affermazione

3 Movimento veloce (impazienza-riduzione della tensione)

RIFIUTO/DISGUSTO

- 1 Eliminazione (es. sostanza tossica)
- 2 Allontanamento / Chiusura
- 3 Eliminazione (es. sporco-riduzione fastidio)

TRISTEZZA

- 1 Abbandonarsi
- 2 Isolamento (concentrarsi sul problema)
- 3 Avvicinarsi (consolazione) Assunzione di cibo (riempimento vuoto)

DOLORE

- 1 Sonno
- 2 Contatto fisico (ricerca di aiuto)
- 3 Assunzione sostanze (anestesia)

GIOIA

- 1 Attività
- 2 Socialità
- 3 Fantasticare

PIACERE

- 1 Ricerca sensazioni positive
- 2 Contatto fisico (sessualità)
- 3 Assunzione di cibo (autogratificazione)

E' ovvio che per valutare la funzionalità o la disponibilità dei comportamenti considerati sarebbe necessario considerare la situazione in cui sono stati messi in atto.

Farò soltanto alcune considerazioni generali che ne evidenzino le potenzialità positive o negative.

Innanzitutto nella classe 1 troviamo i comportamenti classicamente associati alle diverse emozioni, come la fuga o l'attacco, di noto valore adattativo. Nella classe 2 troviamo anche comportamenti funzionali, come la prestazione o l'affermazione. Ma talora le due spinte comportamentali sono in direzione opposta, ad es. la fuga rispetto alla prestazione, e compresenti nella stessa situazione, creando una condizione di potenziale conflitto o strategie comportamentali disfunzionali. Osserviamo che i comportamenti delle 3 classi nella rabbia (attacco, affermazione, impazienza) somigliano alle componenti delle *pattern* comportamentali di tipo A (ostilità, competitività, impazienza). Nella classe 3 troviamo invece i comportamenti di autoregolazione emozionale. Notiamo che molti di essi, se attuati in maniera eccessiva, possono portare a disfunzioni: il controllare/ordinare (disturbi fobici o ossessivi), il movimento veloce (incidenti), l'eliminazione dello sporco (disturbi compulsivi), l'assunzione di cibo (disturbi alimentari), l'assunzione di sostanze (tossicodipendenza), il fantasticare (allontanamento dalla realtà).

Potremmo anche ipotizzare che molti problemi psicopatologici siano spiegabili come strategie autoregolative rispetto ad un disturbo emozionale di base. Le emozioni possono anche avere una azione sinergica in una determinata direzione, favorendo quindi lo stesso comportamento: ad es. la tristezza (vuoto) e il piacere (gratificazione) rispetto all'assunzione di cibo. E' stata trovata una correlazione positiva significativa che la sensazione di vuoto e l'assunzione di cibo (Borgo, 2003).

Conclusioni

Le emozioni sembrano avere potenzialità negative o positive indipendentemente dalla loro connotazione soggettiva. Una emozione "positiva" come il piacere può ad es. portare a strategie di

autoregolazione emozionale altamente disfunzionali (tossicodipendenze, disturbi alimentari, gioco o acquisto compulsivo, disturbi della sessualità).

In termini di promozione della salute l'obiettivo potrebbe quindi essere non tanto diminuire le emozioni "negative" a favore di quelle "positive" quanto riequilibrare l'assetto emozionale. E soprattutto, all'interno della stessa emozione, favorire le strategie comportamentali di autoregolazione emozionale più funzionali, come ad es. la ricerca del contatto umano rispetto all'assunzione di cibo o di sostanze.

Bibliografia

- Barefoot J.C., Brummett B.H., Helms M.J., Mark D.B., Siegler I.C., & Williams R.B. (2000) Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 62, 790-795.
- Borgo S. (1994) *Analisi Didattica*. Melusina Ed., Roma
- Wierzbicka A. (1992). Talking about Emotions: Semantics Culture and Cognition, *Cognition and Emotion*, 3-4, 6, 285-320.
- Borgo S. (2002) Cognizione e Emozione: il ruolo delle immagini mentali". In A. Meneghelli, L. Bislenghi & F. de Ambrogi (a cura di) *"Prevenire, Riparare, Costruire il Ben Essere"*. (versione su CD-Rom, sito: www.aiamc.it)
- Borgo S., (2003). Anoressia e bulimia: psicopatologia delle emozioni. *Il Pendolo*, 3, 33-39.
- Ekman P. (1992) An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Karoly, P. & H. Kanfer, (1982), *Self-management and Behavior Change. From Theory to Practice*, Elmsford, Pergamon Press.
- Kawachi I., Sparrow D., Spiro A., Vokonas P., & Weiss S. T. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation*, 94, 2090-2095.
- Lazarus R., Folkman S.A. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York.
- Martin, R., Rothrock, N., Leventhal, H., & Leventhal, E. (in press). Common sense models of illness: Implications for symptom perception and health-related behaviors. To appear in J. Suls & K. Wallston (Eds.) *Social psychological foundations of health and illness*.
- Richman L.S., Kubzansky L., & Maselko J., Kawachi I. (2005) Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology* vol.24, no.4, 422-429.
- Sibilia L. (2001) Autocontrollo in Borgo S., Della Giusta G. & Sibilia L. *Dizionario di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. Mc Graw-Hill, Milano.
- Sibilia, L. (2001) Coping in Borgo S., Della Giusta G. & Sibilia L. *Dizionario di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. Mc Graw-Hill, Milano.
- Sommaruga M. (2003) Attualità di un dibattito sull'efficacia dei modelli: coping o self-regulation? *Psicologia della Salute*, 2, 2003, 27-32.
- Wierzbicka A. (1992). Talking about Emotions: Semantics Culture and Cognition, *Cognition and Emotion*, 3-4, 6, 285-320.
-

PSICONEUROIMMUNOLOGIA DEI TUMORI

Bossa R.° e Guzzi R.*

°ASIPSE Milano

*IRCCS Ospedale Maggiore di Milano, Clinica Psichiatrica I – Università degli Studi di Milano – Società Italiana di Medicina Psicosociale Email: guzzi.roberto@kataweb.com

Introduzione

In questi ultimi decenni, la medicina ha compiuto importanti progressi nella conoscenza dei meccanismi eziopatogenetici alla base di molte malattie organiche. In questo processo, il ruolo del fattore psichico è rimasto in secondo piano, in quanto fenomeno difficilmente riproducibile e oggettivabile. Solamente alla fine del secolo scorso sono state studiate le relazioni tra sistema nervoso, emozioni, sistema endocrino e sistema immunitario (Pancheri & Biondi, 2002; Biondi & Grassi, 1995).

Il modello di malattia bio-psico-sociale proposto da Engel ha permesso di comprendere meglio i vari aspetti di molte patologie, e soprattutto in oncologia, la patogenesi, la progressione o la remissione parziale o totale del tumore.

Proprio con la nascita del nuovo filone di ricerca, la *psiconeuroendocrinoimmunologia*, si è iniziato lo studio delle strette connessioni tra il sistema immunitario e il sistema nervoso, e del possibile ruolo dei fattori emozionali e dello stress nella genesi e nel decorso di varie patologie somatiche. Ruolo non ancora appieno riconosciuto nella medicina come scienza basata sulle evidenze. Molti medici immaginano con difficoltà le conseguenze pratiche di uno stato immunodepressivo conseguente a un lutto, lo vedono quasi come una curiosità; vi è ancora molto scetticismo sul rapporto tra stress, sistema nervoso e tumori.

Se da una parte è universalmente riconosciuta l'importanza di fattori come il fumo, la prevenzione, le abitudini dietetiche, i fattori emozionali restano "impalpabili" e quindi è difficile dimostrare la loro connessione con la patogenesi dei tumori, malattia per la quale la dicotomia mente-corpo è ancora oggetto di controversie. In secondo luogo, pur riconoscendo un ruolo ai fattori psichici, risulta difficoltoso riconoscerne i risvolti pratici nel trattamento.

Un recente articolo comparso su JAMA (Hudson, Mertens et al., 2003), conferma l'importanza dei fattori psichici: " I medici che si prendono cura di adulti sopravvissuti ad un tumore infantile dovrebbero tenere conto della possibilità di uno stato di salute generale non ottimale, soprattutto fra le donne, fra i soggetti che hanno raggiunto un basso livello educativo e fra quelli con basso reddito familiare. In generale, questi pazienti possono andare incontro ad uno scadimento dello stato di salute generale (OR = 2.5; CI 95% 2.1-3.0; P < 0.001), problemi di salute mentale (OR = 1.8; CI 95% , 1.6-2.1; P < 0.001), limitazioni nelle attività (OR = 2.7; CI 95% , 2.3-3.3; P < 0.001), e scarsa funzionalità (OR = 5.2; CI 95%, 4.1-6.6; P < 0.001).

In termini clinici, il punto di incontro tra l'oncologia e la psiconeuroimmunologia è costituito dalla qualità di vita del paziente, obiettivo che si raggiunge più facilmente con un approccio sinergico farmacologico e psicoterapeutico.

Possiamo sintetizzare in due punti fondamentali i dati disponibili in letteratura in merito alla relazione tra stress e tumori:

- è stato provato sperimentalmente negli animali il rapporto tra stress, insorgenza e/o decorso dei tumori.
- nell'uomo sono stati eseguiti studi controllati di tipo retrospettivo (Lillberg et al., 2003; Gonzales Perez, 2005) per indagare gli eventi stressanti prima della diagnosi di tumore rispetto a soggetti sani o con altre patologie, senza portare a risultati conclusivi, anche se recentemente sono stati pubblicati a tale riguardo, i risultati di uno studio molto interessante condotto su donne ammalate di tumore al seno, e che sembra confermare tale ipotesi (Romanelli M et al.)

Secondo un **modello trifattoriale** (Pancheri & Biondi, 2002; Biondi & Grassi, 1995), la patogenesi dei tumori riconosce diversi fattori di rischio che agiscono in sinergia :

1. **Il rischio cellulare**, cioè da attivazione di oncogeni, normalmente presenti in maniera silente nel patrimonio genetico cellulare, che una volta attivati possono indurre proliferazione cellulare

incontrollata.

2. **Fattori ambientali**, cioè la possibile attivazione di meccanismi cellulari di trascrizione e attivazione dell'oncogene da parte di sostanze cancerogene ambientali, o per abitudini di vita disadattive, per esempio la mancata adesione a programmi preventivi per la diagnosi precoce. (Nella donna l'assenza di adesione a programmi di controllo periodico, come screening con PAP test per il carcinoma cervicale, autopalpazione o altri controlli specialistici e di laboratorio tra i 30 e i 40 anni e dopo i 40 anni). Questo atteggiamento può essere dovuto a fattori quali il livello di istruzione, lo stato socioculturale, ma anche a meccanismi psicologici di difesa dall'angoscia come il diniego, suscitati dall'argomento "tumori". Evitare di sottoporsi a controlli preventivi permette di tenere lontana da sé l'idea angosciosa della possibilità di morire per un tumore.

Ancora, ciò che più è motivo di angoscia nel malato di cancro, non è la pura e semplice paura di morire, ma della probabile sofferenza che precede la morte, causata sia dalle cure, sia dalla malattia stessa. Il sentimento della sofferenza non riguarda solo strettamente il dolore, ma spesso, la dipendenza obbligata dagli altri per essere accuditi. Questa idea spaventa la maggior parte delle persone, che temono di sentirsi di peso nei confronti dei familiari.

Fattori psicobiologici, legati alla vulnerabilità individuale e alle caratteristiche di personalità da cui dipende in parte il risultato della risposta allo stress. La capacità di far fronte alle avversità della vita è assolutamente diversa in ogni individuo.

Si può ipotizzare che cellule pre-cancerose latenti e in equilibrio con l'organismo, possano replicarsi in modo incontrollato e afinalistico a seguito di una condizione di stress protratto e intenso, ma soprattutto non affrontato in modo efficace (*coping* disfunzionale).

In questi ultimi anni sono comparse su prestigiose riviste internazionali diverse *review* che hanno evidenziato una correlazione tra assunzione a lungo termine di antidepressivi e aumento del rischio di tumore al seno. L'ipotesi iniziale che l'uso prolungato di antidepressivi potesse promuovere la crescita di cellule tumorali non è stata confermata. In realtà non è stato dimostrato un ruolo degli antidepressivi nella patogenesi dei tumori in qualità di "promoting factors", mentre si potrebbe ipotizzare che le donne che necessitano di una terapia con antidepressivi presentano maggior rischio rispetto alle altre donne in genere di sviluppare tumore, in quanto reagiscono in modo disadattivo ed eccessivo agli a eventi stressanti, applicando di fatto, stili di coping disfunzionali (Bahl et al., 2003).

I fattori affettivo-emozionali evidenziati dalla maggior parte delle ricerche di *psicosomatica dei tumori*, sono quelli conseguenti ad una importante perdita affettiva in cui il soggetto reagisce allo stress con uno stili hopelessness/helplessness (Schapiro et al., 2002; Dalton & Schapiro, 2002).

Negli anni '80, alcuni autori hanno definito il tipo di personalità maggiormente a rischio di sviluppare tumori, come personalità di tipo C ("*Cancer prone behaviour*"), in contrapposizione ai soggetti con *pattern* di tipo A, maggiormente predisposti alla cardiopatia ischemica. Le caratteristiche dei soggetti con tratto di personalità C sono riassunte nella sottostante tabella (Waltz, 1986; Porcelli e Todarello):

Caratteristiche della "personalità" di tipo C:

- tendenza a reprimere le emozioni negative (come la rabbia)
- predisposizione ad atteggiamenti rinunciatari
- tendenza a sviluppare sentimenti di ineluttabilità, perdita di speranza e sintomi depressivi di fronte a un agente stressante intenso o prolungato
- passività (mancanza di assertività)
- bassa autostima, con sentimenti di inutilità
- conformismo (robot-like behaviour)
- desiderio di compiacere gli altri a discapito dei propri bisogni, per il timore di essere abbandonati o rifiutati
- *locus of control* esterno

Uno stile di *coping* di tipo *helplessness/hopelessness* improntato cioè sul sentimento di disperazione e mancanza di speranza, correla sul piano immunobiologico con una alterazione dei sistemi noradrenergico, dopaminergico, degli oppioidi endogeni (encefaline), dell'asse ACTH-

cortisolo e della soppressione dell'immunità cellulare (bassa attività dei Natural Killer). Diverse ricerche su animali hanno dimostrato come lo stress faciliti la comparsa di neoplasie e una precoce metastatizzazione mediante la depressione della attività dei linfociti NK. Al contrario gli oppioidi endogeni, potenziando l'attività di questi ultimi, inibiscono la crescita dei tumori sperimentali (Bressi e Cattaneo, 2002; Berard, 2001).

Psiconeuroimmunologia dei tumori

Il termine psiconeuroimmunologia è stato introdotto da Adler nel 1981 per illustrare le interazioni tra psiche, sistema nervoso centrale, sistema immunitario e sistema endocrino.

Il SNC e il SI comunicano attraverso diverse vie e strutture anatomiche.

L'ipotalamo anteriore facilita l'attività dei NK e della risposta anticorpale, essendo connesso mediante innervazione con il sistema linfatico (milza, timo, midollo osseo).

Il sistema limbico (ippocampo e amigdala), è un importante decodificatore degli stimoli sensoriali ambientali, e modulatore delle risposte comportamentali, affettive ed emozionali dell'individuo. Questa struttura anatomica è quindi in grado di attribuire all'esperienza un colorito emotivo-affettivo. E' molto importante nelle reazioni di adattamento allo stress, e media la risposta T linfocitaria .

I nuclei neurovegetativi del tronco encefalico potenziano la risposta di ipersensibilità ritardata e l'attività dei T suppressor (Torta R. e Mussa A.).

Inoltre le cellule del SI possiedono recettori per alcuni neurotrasmettitori e neuropeptidi che possono quindi modulare la risposta immune.

L'aumentata suscettibilità alla malattia a seguito di esposizione prolungata allo stress, è stata oggetto di numerosi studi rivolti a scoprire i meccanismi attraverso cui lo stress modula la risposta immune. Ciò che è emerso, è una diminuzione della attività dei linfociti citotossici e delle cellule NK in concomitanza del verificarsi di stressful life-events, e l'intensità del fenomeno correla con la reazione emozionale dell'individuo all'evento.

I disturbi depressivi sono altamente correlati a modificazioni immunologiche sia dell'immunità cellulo-mediata che umorale, quali: leucocitosi, aumento della IL1, diminuzione IL2, aumento del rapporto T helper/ T suppressor, diminuzione delle endorfine e dei Linfociti NK. Le modificazioni neurotrasmettitoriali che si verificano in corso di depressione modulano la risposta immunitaria e sono in grado di influenzare il decorso di una neoplasia.

I dati di letteratura evidenziano, pur in mancanza di assoluta certezza, che l'esposizione a stressor elaborati emozionalmente con stile disadattivo, provoca nell'individuo una riduzione della immunosorveglianza da parte dei NK, soprattutto a seguito di una grave perdita affettiva. Anche sotto l'aspetto dei comportamenti a rischio, questi soggetti possono presentare a causa della depressione, tabagismo, assunzione di alcool, scorrette abitudini alimentari, non aderenza ai programmi di prevenzione.

Quanto sopra esposto conferma la validità di un modello di rischio patogenetico multifattoriale per le neoplasie.

In un contesto di questo genere, la TCC può svolgere un ruolo di primaria importanza nel correggere uno stile di coping disfunzionale, che ha come conseguenza una risposta immunitaria più favorevole. Ancora impiegando tecniche di rilassamento (Burish & Lyles, 1979; Davis, 1986), si possono ottenere risultati positivi non solo per la riduzione dell'ansia, ma in senso bioimmunologico in termini di incremento dei NK.

Alcuni autori hanno osservato nella loro pratica clinica, la regressione spontanea di alcuni casi di tumore. Si tratta di pazienti "miracolati" che sopravvivono oltre 10 anni rispetto alla prognosi prevista, con inspiegabile arresto della progressione della malattia. Probabilmente fattori psichici e di coping adattivo hanno mediato in questi casi una risposta immunitaria favorevole nei confronti della malattia (fenomeno denominato "*narrow escape from death*") (Ikemi & Nakagawa, 1996) Questi pazienti presentavano una mancanza di angoscia pur in una adeguata presa di coscienza della loro situazione clinica e una modalità di fronteggiamento di stile combattivo. Dal punto di vista immunoendocrino si è riscontrata una riduzione dei livelli di cortisolo, una diminuzione dell'attività neurovegetativa simpatica, un rapporto favorevole Th/ Ts. Anche se rimangono dei case-report senza significatività statistica, rappresentano in ogni caso esempi importanti a cui ispirarsi nella cura dei nostri pazienti.

Conclusioni

La relazione tra stress e insorgenza di tumori è mediata dal sistema immunitario e dal sistema endocrino. In questo quadro si inseriscono i fattori ambientali, la vulnerabilità individuale e lo stile di risposta e di adattamento allo stress (coping) (Irwin & Daniels, 1986).

E' ancora difficile tradurre in una pratica clinica orientata alla prevenzione queste interconnessioni, mentre è possibile cogliere precocemente nel paziente oncologico la presenza di disturbi psichici come l'ansia, la depressione e l'insonnia, che possono influenzare la qualità di vita e il decorso della malattia, e perdurare anche a distanza di anni dalla guarigione.

Bibliografia

Bahl S. et. Al. (2003) Use of antidepressant medications and the possible association with breast cancer risk. A review *Psychother. Psychosom.*

Biondi M. Grassi (1995) L. *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali.* Il Pensiero scientifico.

Berard R.M. (2001) Depression and Anxiety in Oncology: the Psychiatrist's perspective " *J. Clin. Psy.*, 62 Suppl 8: 58-61.

Bressi C. e Cattaneo C. (2002) Il Paziente oncologico"tratto da : *Manuale di Psichiatria di consultazione* Masson.

Burish, T. e Lyles J.N. (1979) Effectiveness of relaxation training in reducing the aversiveness of chemotherapy in the treatment of cancer. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry* , 10, 357-361

Dalton S.O., Schapiro I:R. (2002) Mind and cancer : do psychological factors cause cancer? *Eur. J. Cancer Review.*

Davis, H (1986) Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with cancer . *Psychological Reports* 59, 967-974

Engel G. (1962) *Psychological development in Health and Disease.* Saunders. Philadelphia.

Gonzales Perez A. (2005) Breast cancer risk among users of antidepressant medications *Epidemiology* .

Hudson M., Mertens A., et al. (2003) Health status of long-term survivors of childhood cancer" *JAMA*, sept. 290 N121583-1592.

IkemiY., Nakagawa S. (1996) A psychosomatic study of spontaneous regression of cancer In : Antonelli F. Vol 2. *Therapy in psychosomatic medicine.* Pozzi. Roma

Irwin M. Daniels M. (1986) Life events, depression and natural killer cell activity *Psychopharmacological Bull.* 22:1093-1097,

Lillberg K et al. (2003) Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women : a cohort study. *Am. J. of Epidemiology*,157: 415 -423

Pancheri P., Biondi M. (2002) *Stress emozioni e cancro.* Roma: Il Pensiero Scientifico.

Porcelli P, Todarello O. *Medicina psicosomatica.* Franco Angeli

Romanelli M. et al. " Relazione tra eventi stressanti e carcinoma della mammella : indagine indagine su 80 donne affette da carcinoma mammario e 100 donne sane in uno studio caso-controllo. *CIC Ricerche in Psichiatria*

Schapiro IR., et al. (2002) Psychic vulnerability and the Associated risk for cancer *Am. Cancer Society*

Torta R. Mussa A. (1997) *Psiconcologia.* Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Waltz, M. (1986) The cancer prone behaviour pattern (Type C) as an aetiological factor in tumorigenesis and the clinical course of cancer. *Paper presented at the 16th EABT Conference of Losanna.*

CLIMATERIO E INVECCHIAMENTO: CORPOREITÀ ED EMOTIVITÀ

Cesa-Bianchi M., Cristini C., Cesa-Bianchi G.

Premessa

La corporeità è teatro e memoria della storia dell'essere umano, ne rappresenta l'origine biologica, le sue esperienze primarie, ne plasmano il destino. Attraverso il sistema percettivo il corpo fa esperienza di sé e dell'ambiente che lo accoglie, distingue già in epoca prenatale le sensazioni piacevoli da quelle sgradevoli ed attivamente impara a riconoscere e ricercare le prime; la corporeità si fa mediatrice relazionale, si costituisce come strumento elettivo di apprendimento, comunicazione e sviluppo. Mediante il contatto fisico e l'apparato nutrizionale il piccolo essere umano scopre l'interazione con il mondo circostante. La corporeità vissuta, le emozioni che la accompagnano si compenetrano all'evoluzione della struttura mentale. La corretta crescita fisica si accompagna a quella mentale in un unico processo. La corporeità si fa carico e transito della storia di ogni essere umano.

Lo sviluppo ontogenetico, nelle prime fasi, prevede e costruisce le basi della struttura mentale; nel passaggio da una fase di crescita ad un'altra avviene il processo di maturazione della persona, nelle sue varie e complesse componenti: biologiche, psichiche, interattive. La corporeità si costituisce come interfaccia dell'apprendimento, della formazione del pensiero, sembra già essere disposta a trattenere, assimilare e selezionare le sollecitazioni dell'ambiente, riflette la storia, filogenetica ed ontogenetica, dell'essere umano. Essa produce, custodisce e memorizza le sensazioni, si compenetra alle emozioni ed agli affetti. Il pensiero nasce e si sviluppa dall'esperienza del sentire, dalla prima infanzia alla longevità. La donna e l'uomo nel climaterio e in età senile possono avere immagini positive o negative della propria corporeità, non indipendenti dalla loro storia passata. Climaterio e invecchiamento rappresentano spesso fasi di adattamento, di messa in discussione della propria identità e del proprio valore. Il corpo si modifica, i pensieri e le emozioni riguardo a se stessi, ai cambiamenti che avvengono, possono favorire la comparsa di una condizione di disagio o permettere una revisione del modo di intendere la vita e il futuro e intravedere nuove prospettive.

I vissuti del climaterio femminile e maschile

La donna intorno ai cinquantanni di età può attraversare un periodo delicato, di sottaciuto e indefinito disagio, fisico e psichico. L'approssimarsi del climaterio, le sue prime avvisaglie, il concretizzarsi del fenomeno talvolta suscitano vissuti di inadeguatezza in relazione ad una identità femminile vincolata alla funzione riproduttiva che nell'età perimenopausale rischia di subire una profonda crisi. La comparsa di disturbi somatici connessi alla modificazione del sistema bio-endocrino può richiamare l'immagine di una corporeità che perde in efficienza, in attrazione, in sensualità e senso. I cambiamenti fisici, associati al climaterio possono insinuare la paura della vecchiaia e dei suoi pregiudizi. Il pensiero dell'età senile, la possibile condizione di solitudine, l'aver raggiunto e superato il "mezzo cammin di nostra vita" tendono a evocare il bilancio della vita ed il suo compimento. La vecchiaia ed il suo naturale epilogo, unitamente al declino fisico, rimandano spesso al timore della malattia, del dolore, della non autosufficienza, dell'abbandono.

Vi sono molte donne che nel passaggio climaterico non avvertono particolari disagi, vivendo la fine del ciclo mestruale in termini positivi. Se non vi erano stati problemi nelle età precedenti così non si verificano difficoltà in menopausa. Tuttavia per molte altre donne l'età periclimaterica costituisce un evento che fa emergere inconscie concezioni e vissuti, sessuali e affettivi, in relazione alle passate esperienze e all'educazione ricevuta. La cessazione del ciclo mestruale non corrisponde soltanto alla conclusione della capacità riproduttiva, ma sembra anche significare la perdita potenzialità di essere donna, in quanto soggetto e oggetto di seduzione e desiderio sessuale, di creatività femminile. La menopausa può rappresentare un periodo di crisi evolutiva che segna il passaggio di ruoli e identità. Da ricerche effettuate (Bosio, Cesa-Bianchi, 1997; Betti et al., 2001) su donne in età periclimaterica sono emersi risultati che ripropongono la presenza di stereotipi negativi relativamente alla sessualità ed alla corporeità, in particolare nel periodo menopausale. Molte donne si sentono ancorate all'immagine di madre e nutrice. Pensieri e desideri femminili sembrano essere confinati nel periodo di potenziale riproduttività. La cessazione del ciclo mestruale evoca prevalenti sentimenti a valenza positiva come accettazione e sollievo, e reazioni a connotazione negativa, in particolare il dispiacere.

Il corpo privo della capacità procreativa diviene a volte privo di interesse, di funzione relazionale, assume immagini di estraneità e disadattamento, si trasforma in una fonte di guai e di problemi. Nelle ricerche condotte da Cesa-Bianchi, Vecchi (1998) alcune donne hanno descritto il proprio corpo "pesante", difficile da accettare e sopportare; "ingombrante", di impedimento alla realizzazione della propria femminilità; "brutto" e "fastidioso", spiacevole e causa di frustrazione e inquietudine.

Il corpo "menopausale" diventa il corpo diverso. La fine del periodo fecondo viene vissuta in termini di perdita, di disvalore, soprattutto nelle donne che presentano livelli elevati di ansia e/o depressione. Sono donne che soffrono di "menopausa", spesso confinate nella dimensione del privato, in settori marginali della vita pubblica e che richiedono sensibile attenzione ed appropriati luoghi di ascolto e accoglienza.

Il climaterio maschile, diversamente da quello femminile, non presenta precisi appuntamenti e fenomeni bio-ormonali connessi all'apparato riproduttivo, ma corrisponde ad un periodo di sfumate e progressive variazioni che coinvolgono le capacità procreative. L'uomo non dispone di un passaggio fisiologico che configuri una temporalità specifica all'andropausa. Nella donna la menopausa determina la fine del ciclo riproduttivo, nell'uomo non esistono mutazioni somatiche evidenti che separino in modo netto un prima e un dopo, che definiscano la fine e l'inizio di due differenti periodi biologici. L'andropausa si accompagna progressivamente all'invecchiamento; il complessivo declino fisiologico implica la diminuzione delle funzioni associate alla procreazione. La donna può elaborare il lutto della smarrita fecondità, in un'età peraltro in cui ancora possiede sufficienti risorse, e progettare i molti anni da vivere in modo anche diverso da quanto aveva precedentemente vissuto. L'uomo generalmente non sperimenta la scomparsa repentina delle capacità riproduttive, presenti talora anche dopo i novantanni, ma avverte un lento declinare al quale può ogni volta adattarsi; se non vi è un'adeguata preparazione psicologica o se compaiono peculiari disfunzioni psicofisiche, il ridursi e lo svanire della procreatività possono non essere sufficientemente elaborati e facilitare o aggravare situazioni di disagio e malattia.

Varie ricerche hanno permesso di verificare che diversi uomini definiscono il proprio corpo come "forte", un'attribuzione forse associata a virilità, dominio, ma che richiama simbolicamente anche l'energia vitale, la voglia di continuare e di affermarsi.

La corporeità vissuta in età senile

Ogni età rappresenta il prodotto desiderato o indesiderato della sua storia, delle sue esperienze e dei suoi significati, delle opportunità incontrate, delle speranze e delle delusioni che la percorrono. Ogni persona possiede una sua peculiare età esperienziale, indipendentemente dagli anni trascorsi. Esiste la vecchiaia, ma soprattutto esistono i vecchi, il loro modo singolare di sentire e cogliere l'ambiente in cui vivono.

I modelli culturali dominanti pongono l'anziano in una situazione periferica, marginale. La ricercata bellezza del corpo, la cura, spesso esasperata dell'immagine, congiuntamente alla frenesia dei ritmi della quotidianità, allo strappo intergenerazionale, all'assenza di ruoli validamente riconosciuti, allontanano l'anziano dai contenuti e dagli effimeri valori correnti del protagonismo e del successo, promuovono la crescita di sentimenti di inadeguatezza, di ansie e timori verso un mondo in celere e costante trasformazione.

La corporeità percepita può rappresentare il grado più profondo e talvolta segreto della relazione con il mondo. Attraverso il corpo, le sue sensazioni, i suoi bisogni, il suo stato di benessere o disagio si sono avviati i primi contatti con l'ambiente, le sue caratteristiche, in suoi significati. Il corpo conserva l'esperienza antica, la memoria storica, e può diventare nuovamente un interprete fondamentale della qualità affettiva e relazionale che spesso inconsapevolmente orienta gli atteggiamenti ed il rapporto con l'abituale contesto di vita. Può esprimere o nascondere la dinamica e il senso del proprio essere nel mondo.

Dai risultati delle ricerche emerge che gli uomini anziani hanno una miglior rappresentazione del proprio corpo rispetto alle donne della medesima età. E' un'espressione di maggior senso di benessere e salute o una prevalente tendenza a rimarcare le sensazioni positive e sotto stimare i segnali di una possibile disfunzionalità? Nell'una o nell'altra evenienza sembra comunque ravvisabile l'emergere di un desiderio di vitalità, di positiva considerazione di se stessi.

La donna, per la sua fisiologia, ha un rapporto più diretto con la corporeità, è maggiormente abituata a confrontarsi, a riconoscere la propria fisicità. Inoltre il senso della bellezza estetica viene identificato generalmente nel corpo femminile nelle sue fattezze, nella sua sensualità e nei suoi

ornamenti.

Da altre ricerche (Cesa-Bianchi, Cristini, 1997) risulta che il corpo viene rappresentato come "accettabile" con una prevalenza negli uomini anziani rispetto alle loro coetanee. La donna anziana avverte probabilmente meno accettabile un aspetto fisico che sfuma di seduttività e giovanilità, si allontana inevitabilmente dal periodo fertile. L'accettabilità del corpo nell'uomo anziano sembra riflettere la percezione di potenzialità ancora in gioco oppure mascherare l'incedere dell'invecchiamento. Come nel climaterio anche in vecchiaia il corpo viene raffigurato come "forte" con una significativa preponderanza nel sesso maschile. Un recente slogan pubblicitario di un cosmetico maschile dice che "l'uomo forte non deve chiedere mai" e sembra sintetizzare il modello culturale del maschio sicuro, sufficiente a se stesso. L'immagine di forza percepita nei più anziani può anche rappresentare il valore dell'esperienza e della conoscenza dei limiti e delle risorse personali. Il corpo pensato come "giovane" sembra connettersi alle potenzialità di cui si dispone, richiama esplicitamente la voglia di vivere, il desiderio e l'apertura a nuove iniziative, il conforto di sostenere impegni anche faticosi; è un corpo pieno di vita, che si riconosce in una prospettiva. Le donne abbandonano prima degli uomini l'idea di una corporeità percepita come giovane. Il corpo viene da alcuni rappresentato come "sano"; è risaputo che la persona anziana presenta un ridotto margine di sicurezza biologica e tende a vivere la malattia come intrinseca al corpo che invecchia; tuttavia molte persone in età avanzata attribuiscono al proprio corpo uno stato di benessere, di assenza di particolari disturbi somatici, sostanzialmente autonomo. L'immagine di un corpo "libero" viene espressa in minor misura; libero da certi vincoli biologici del passato? Come sollievo di una temuta, avanzata genitorialità? Oppure libero dal dolore, da ogni problema organico? O rappresentazione sfumata della propria corporeità?. L'immagine di un corpo inaccettabile, nelle varie accezioni proposte di "brutto", "deludente", "decadente" e "malato", prevale nelle donne anziane e sembra correlarsi ai significati attribuiti alla femminilità ed alla vecchiaia femminile.

Le ricerche hanno dimostrato che gli anziani hanno una prevalente concezione positiva della propria corporeità e l'ampia conferma dei valori riportati dirime eventuali dubbi riguardo a risposte apparentemente ambigue.

Nel rapporto con l'anziano, con il suo corpo sono spesso da superare preconcetti riguardo all'invecchiamento, alle sue modifiche e manifestazioni. Il corpo ed il vissuto dell'anziano con la sua salute e benessere non hanno minor valore o dignità rispetto a quelli di un giovane. Si può invecchiare sentendosi in forma, stando bene oppure avvertendo qualche disturbo che può essere contenuto o risolto. Anche per evitare ciò che un giornale inglese ha raccontato in una nota che ha protagonista una anziana donna scozzese, la quale lamentandosi con il proprio medico della sofferenza causata da una gonartrosi ed ottenuto, dopo molteplici esami specialistici, il tradizionale, laconico e risolutivo responso: "Cara signora, alla sua età...", abbia replicato: "ma l'altra gamba, quella sana, non ha forse la medesima età di questa malata?" Considerare i sintomi presentati in vecchiaia come semplice conseguenza degli anni trascorsi significa eludere altre possibili interpretazioni del disagio somatico, tralasciare opportunità di valutazione della sofferenza di espressione fisica e delle sue implicazioni emotive. Imparare qualcosa sul vissuto del corpo di un anziano è conoscere forse meglio non solo la sua personalità, la sua vita interiore, le sue emozioni, ma anche sapere di più riguardo a come si sente nell'ambiente in cui è inserito, nel rapporto col mondo circostante e ciò che avverte del proprio destino.

Note conclusive

La corporeità, le sue sensazioni, i suoi vissuti accompagnano l'essere umano nella sua storia e si pongono come testimoni delle sue vicende. La corporeità femminile in menopausa risente dei condizionamenti che associano la fine della procreatività alla perdita della sessualità, sensualità e femminilità. E' spesso un periodo di transizione che può preludere a nuove prospettive. La corporeità maschile sembra soccombere con il proprio declino riproduttivo, ma può consentire una più prolungata revisione creativa dell'esperienza umana. La corporeità in molti anziani assume una connotazione di malattia e sofferenza, rappresenta negativamente la conferma inconfutabile dell'invecchiamento avvenuto e non pienamente accettato. Diceva Platone: "E' un errore assai diffuso tra gli esseri umani quello di intraprendere separatamente la cura del corpo e la cura dell'anima". La malattia può essere vissuta come conseguenza degli anni che passano. Tuttavia molti vecchi hanno prevalenti immagini positive del proprio corpo, specie gli uomini. Il climaterio, maschile e femminile, la vecchiaia rappresentano passaggi, esperienze che possono riscoprire in

chiave positiva una diversa progettualità, un nuovo avvenire.

Scriveva Nietzsche : "Quel che è grande nell'uomo è che egli è un ponte e non una meta: quel che si può amare nell'uomo è che egli è transizione...".

Bibliografia

Aveni Casucci M.A., (1992) *Psicogerontologia e ciclo di vita*. Mursia, Milano.

Betti S., Majorino G., Portaluppi G., Ravaccia P., Ursini I. (1995) La sessualità in menopausa. Un'indagine presso un campione di donne non medicalizzate, in: Giommi R., Perrotta M. (eds): *Le paure del sesso*. Del Cerro, Tirrenia (PI).

Betti S., Orsini M.A., Sciaky R., Cristini C., Cesa-Bianchi G., Zandonini G.F. (2001) Attitudes towards menopause in a group of women followed in a public service for menopause counseling", *Aging. Clinical and Experimental Research*, Vol. 13, N. 4, 331-338.

Birren J.E., Schaie K.W. (1977) *Handbook of the Psychology of Aging*. Van Nostrand & Reinold, New York.

Bosio A.C., Cesa-Bianchi M. (1997) Contributi per la medicina, *Ricerche di Psicologia*, numero speciale, 4, 1996, I, 1997.

Bruner J. (1999) Narratives of aging, *Journal of Aging Studies*, n. 13 (1),79.

Cattaneo M. T., Cesa-Bianchi M. (1996) L'uomo che invecchia e la sua sessualità in un mondo in continua trasformazione, in: Simonelli C., Petruccelli P., Vizzari V., (Eds): *Sessualità e terzo millennio-Studi e ricerche in sessuologia clinica*. F..Angeli, Milano.

Cesa-Bianchi G., Cristini C., (1997) Adattamento, timori, speranze: la qualità della vita in un campione di 100 ultrasessantenni, *Rivista della Fondazione Centro Praxis, N.P.S.*, Vol. XVII, 4, luglio-agosto.

Cesa-Bianchi M., Sala G. (1988) *Umanità e scienza in medicina*. F.Angeli, Milano.

Cesa-Bianchi M., Pravettoni G., Cesa-Bianchi G. (1997) "L'invecchiamento psichico: contributo di un quarantennio di ricerca". *Giornale di Gerontologia*, Vol. 45,5,213231.

Cesa-Bianchi M. (1998) *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*. Laterza, Roma-Bari.

Cesa-Bianchi M., Vecchi T. (1998) *Elementi di Psicogerontologia*. F.Angeli, Milano.

Cesa-Bianchi M. (1999) Cultura e condizione anziana. *Vita e Pensiero, Rivista Culturale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore*, maggio/giugno, 3, anno L XXXII, 273-286.

Cesa-Bianchi M. (2000) *Psicologia dell'invecchiamento*, Carocci, Roma Cesa-Bianchi M., 2002. Comunicazione, creatività, invecchiamento. *Ricerche di Psicologia*, n. 3, vol. 25, 175-188.

Cesa-Bianchi M., Albanese O. (2004) *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*. Unicopli, Milano.

Chasseguet Smirgel J. (1971) *La sessualità femminile*. Laterza, Bari.

De Simone G. (1992) In tema di femminilità. Note sull'inibizione a pensare". *Rivista di psicoanalisi*, XXXVIII, 2, 473-489.

Galimberti U. (1983) *Il corpo. Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*. Feltrinelli, Milano.

Imbasciati A., Margiotta M. (2004) *Compendio di psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Piccin, Padova.

Nenci A.M. (1992) *Il corpo femminile in evoluzione. Rappresentazione ed esperienza della menopausa nelle donne di oggi*. Bollati-Boringhieri, Torino.

Simeone I. (2001) *L'anziano e la depressione*. CESI, Roma.

Tammaro A.E. (2000) Vita sessuale, in: Tammaro A.E., Casale G., Frustaglia A., (eds): *Manuale di Geriatria e Gerontologia*, 2/E. McGraw-Hill, Milano.

COMBATTERE L'INSONNIA SENZA FARMACI: UN PROTOCOLLO D'INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI GRUPPO

Coradeschi D.

Introduzione

Un terzo della popolazione adulta riferisce transitori problemi d'insonnia, ed una percentuale compresa tra il 9% ed il 12% ne soffre in forma cronica. In Italia il 13.4% di maschi ed il 16.8% di femmine riferiscono di soffrire d'insonnia in maniera persistente (Lugaresi et al., 1983). Tale percentuale raggiunge il 20% considerando individui con più di 60 anni, e sale ulteriormente nella popolazione anziana affetta da problemi medici o psichiatrici (Ford, e Kamerow, 1989; Gallup Organization, 1991; Mellinger, Balter, e Uhlenhut, 1985). Problemi di sonno risultano comuni anche tra la popolazione studentesca (Hicks, Johnson e Pellegrini, 1992). Oltre 50 studi randomizzati e controllati hanno dimostrato l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale (TCC) per questo disturbo (Morin, Culbert, e Schwartz, 1994; Murtagh, e Greenwood, 1995). Meno chiaro risulta il rapporto tra età e risposta alle diverse strategie d'intervento non farmacologico.

Obiettivo

Confrontare gli effetti di due interventi cognitivo-comportamentali su studenti ed anziani con insonnia primaria.

Disegno

Fattoriale misto 2 (età) x 2 (trattamento) x 2 (tempo) con assegnazione casuale dei soggetti alle condizioni di trattamento, e follow-up a 3 mesi.

Soggetti

Quattordici studenti (8 maschi e 6 femmine, età media 25 anni) e 10 anziani (2 maschi e 8 femmine, età media 69 anni) con insonnia primaria cronica, reclutati tramite annunci.

Interventi

TCC 1 (igiene del sonno, ristrutturazione cognitiva, controllo dello stimolo e restrizione del sonno)(studenti: n = 6; anziani: n = 5) e TCC 2 (igiene del sonno, ristrutturazione cognitiva, rilassamento passivo ibrido, training immaginativo)(studenti: n = 8; anziani: n = 5). Cinque incontri di gruppo (4-6 soggetti) di 90 minuti.

Misure

Diario del sonno (parametri quantitativi e qualitativi del sonno), diario della sera (conseguenze diurne dell'insonnia), Sleep Impairment Index (gravità insonnia), Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (atteggiamenti disfunzionali verso il sonno), Beck Depression Inventory e Beck Anxiety Inventory (sintomi depressivi e ansiosi).

Risultati

Miglioramenti significativi dal punto di vista clinico sono emersi in una percentuale maggiore di studenti (71%) che di anziani (22-40%), sebbene entrambi i campioni mostrassero riduzioni di entità simile nel tempo totale di veglia notturna (51% e 45% rispettivamente) al termine dei trattamenti. I soggetti di entrambe le condizioni di trattamento hanno mostrato una riduzione della latenza di addormentamento e del tempo di veglia notturna, ed un aumento della durata e dell'efficienza del sonno. Studenti ed anziani hanno evidenziato inoltre una riduzione nelle conseguenze diurne ed una aumento della ristoratività del sonno, ma non della profondità. Al termine dei trattamenti infine l'insonnia è stata percepita come meno grave e gli atteggiamenti verso il sonno sono risultati modificati positivamente. I miglioramenti si sono mantenuti e in alcuni casi ulteriormente consolidati, al follow-up. Nessuna differenza è emersa tra i due trattamenti, sebbene le procedure di rilassamento siano state valutate come più facili e più piacevoli da utilizzare rispetto al controllo dello stimolo e alla restrizione del sonno. Infine, le dimensioni dell'effetto degli interventi sono risultate elevate (> 0.80) su SOL e WASO, e moderate o basse (< 0.80) sulla durata del sonno (soprattutto TCC 1) e sulla qualità (soprattutto gli anziani).

Conclusioni

Gli interventi cognitivo-comportamentali, sia che includano tecniche comportamentali o procedure di rilassamento, risultano utili nel migliorare aspetti quantitativi e qualitativi del sonno di studenti ed anziani con insonnia primaria, oltre che per ridurre le conseguenze diurne del disturbo e modificare importanti aspetti cognitivi implicati nel mantenimento del problema. L'età avanzata non sembra inoltre comportare una peggiore risposta al trattamento, sebbene negli anziani i miglioramenti tendono a richiedere maggior tempo per manifestarsi completamente.

Bibliografia

- Ford, D.E., & Kamerow, D.B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. *Journal of American Medical Association*, 262, 1479-1484.
- Gallup Organization. (1991). *Sleep in America: A national survey of US adults*. Princeton NJ.
- Hicks, R.A., Conti, P.A., & Pellegrini, R. J. (1992) The incidence of sleep problems among Type A and Type B college students: changes over a ten-year period (1982-1992). *Perceptual and Motor Skills*, 75, 746.
- Lugaresi, E., Cirignotta, F., Zucconi, M., Mondini, S., Lenzi, P.L., Coccagna, G. (1983). Good and poor sleepers: an epidemiological survey of the San Marino population. In C. Guillemineault & E. Lugaresi (Eds.), *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution* (pp. 13-28). New York: Raven Press.
- Mellinger, G.D., Balter, M.B., & Uhlenhut, E.H. (1985). Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232.
- Morin, C.M., Culbert, J.P., & Schwartz, S.M. (1994). Non pharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172-1180.
- Murtagh, D.R., & Greenwood, K.M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia. : A meta analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79-89.
-

VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE CANDIDATO ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

De Vita L., La Prova A., Cimbolli P., De Pascale A.*

** Didatta SITCC e SIPPR – Ricercatore confermato – Docente di Psicologia Clinica
Dipartimento Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica (Centro per la Cura dei Disturbi della Condotta Alimentare) Università degli Studi “La Sapienza” Roma – Policlinico Umberto I*

Introduzione

L'obesità è oggi uno dei principali problemi di salute pubblica (NIH, 2000), in costante espansione in tutto il mondo, e costituisce un'affezione così diffusa da essere stata inserita dall'OMS tra le prime cinque grandi cause di mortalità e morbidità dei paesi industrializzati e che grava notevolmente sulla spesa sanitaria (WHO, 2000).

Il trattamento più utilizzato è quello nutrizionale-dietoterapico, a volte associato a terapia farmacologica e/o psicologica, più spesso ad orientamento comportamentale. Nella maggior parte dei casi, il successo è di breve durata, come evidenziano i dati della letteratura secondo i quali solo una piccola percentuale dei pazienti mantiene il peso perduto oltre i 2-5 anni (NIH, 1992).

Parallelamente a tali esperienze si è diffuso negli ultimi anni un approccio chirurgico alla grave obesità ($BMI \geq 40,0$) che va sotto il nome di chirurgia bariatrica e che si avvale di differenti procedure tecniche: VBG-Vertical Banded Gastroplasty (gastroplastica verticale), BPD-Biliopancreatic Diversion (diversione bilio-pancreatica), AGB -Adjustable Ring Gastroplasty (bendaggio gastrico regolabile) il più utilizzato negli ultimi 3-4 anni (Department of Health New Jersey, 2005).

La FDA (Food and Drugs Administration) ha indicato le linee guida per la chirurgia bariatrica: l'intervento chirurgico va preso in considerazione in pazienti con le seguenti caratteristiche: - $BMI > 35$ ($BMI > 30$ se associato a patologie che trarrebbero beneficio del calo ponderale); - Età compresa tra 18 e 65 anni; - Obesità datante da almeno 5 anni; - Pregressi tentativi di dieta falliti negli ultimi 3 anni. Altre indicazioni comprendono pazienti con BMI maggiore di 35 o addirittura 40, qualora nonostante gli insuccessi dietologici rifiutino l'approccio chirurgico (FDA, 2001; NIH, 2001). Per ovviare agli inconvenienti chirurgici e agli insuccessi relativi alla compliance dietoterapica, si è diffusa negli ultimi anni una nuova tecnica di supporto alla dietoterapia: “il palloncino intragastrico” (“B.I.B.” - Bioenteric Intragastric balloon) di solito indicata nel trattamento della media obesità e talvolta utilizzata nel tentativo di evitare o rinviare il trattamento chirurgico (Doldi, 2002). La sua efficacia è dovuta al senso di pienezza gastrica prodotto dal palloncino in silicone, posizionato all'interno dello stomaco per via endoscopica, dilatato con 500-700 ml di soluzione fisiologica; il B.I.B. È indicato per un uso temporaneo di qualche mese in associazione ad un preciso programma nutrizionale e dietro stretta sorveglianza di un medico specialista.

Tutte le tecniche di chirurgia bariatrica sembrano mediamente offrire buoni risultati per la riduzione del peso corporeo, infatti sono descritte in media, riduzioni di circa il 50-60 % del peso in eccesso (in media 20 chili circa); ciò nondimeno si rileva una percentuale di circa il 20% di fallimento – in termini di significativa perdita di peso – ed un recupero totale del peso perduto, nei due anni successivi all'intervento (Sarwer & al., 2005).

Gli insuccessi sono attribuiti alla mancata “compliance” del paziente (Herpertz, 2004), dovuta con ogni probabilità alla presenza di problematiche psichiatriche e psicologiche “indipendenti” dalle tecniche chirurgiche. Il trattamento chirurgico dell'obesità (compreso anche il meno invasivo B.I.B.), avendo comunque come obiettivo il cambiamento del comportamento alimentare, in tal modo “forzato”, sembra non tener conto del ruolo fondamentale svolto, nelle abitudini alimentari, da diversi fattori primi fra tutti quelli emotivi e cognitivi individuali. Il trattamento di questi pazienti, qualunque esso sia, richiede pertanto un approccio multidisciplinare, che veda coinvolti oltre al chirurgo, il nutrizionista, il gastroenterologo, lo psicologo psicoterapeuta, esperto di questa condizione psicopatologica, che coordini il programma terapeutico e la costruzione di significati condivisi e coerenti per il paziente e per la stessa équipe medica, che garantiscano la massima efficacia dell'intervento, come pure soltanto un'attenta valutazione pre-chirurgica.

Valutazione psicologica pre-chirurgica in letteratura

L'obesità grave è associata in comorbidità a diversi disturbi psichiatrici, evidenziando che, in pazienti in attesa di chirurgia bariatrica, più è importante l'obesità più sono evidenti disturbi dell'umore in senso depressivo, i disturbi d'ansia, le fobie sociali, i disturbi di personalità (in particolare Dist. Schizotipico, Borderline, Passivo-Aggressivo) e, in misura minore, i disturbi da abuso di sostanze (Glinski, 2001). Questi dati della letteratura coincidono, inoltre, con la nostra esperienza in un Centro di Dietologia e Nutrizione Pediatrica che segue da venti anni circa 800 pazienti di età pediatrica che presentano un'obesità psicogena per la quale a dati elevati di BMI corrispondono alti livelli di Score in una rilevazione delle disfunzionalità delle relazioni familiari.

Studi effettuati per investigare le caratteristiche di personalità dei pazienti candidati alla chirurgia per l'obesità, hanno evidenziato che il 44% dei pazienti è classificabile come "ben funzionante", il 31 % raggiunge punteggi significativi di nevrosi (Depressione, Ansia) e il 25% è diagnosticabile come caratteriale (Gentry & al., 1984). La letteratura, pur confermando l'alta percentuale di psicopatologia nella popolazione con media e grave obesità, non chiarisce se l'aspetto psicopatologico è causa o conseguenza dell'obesità stessa, allo stato attuale inoltre, non è affatto chiaro quanto lo stato psicopatologico pre-operatorio possa influire sul decorso post-chirurgico e sull'effettiva efficacia del trattamento, molti studi infatti lo correlano negativamente al decorso post-operatorio mentre altri sottolineano come non sia assolutamente correlato né al successo né all'insuccesso (Herpertz & al., 2004).

La diagnosi di Binge Eating nei pazienti candidati alla chirurgia bariatrica è strettamente correlata ad una bassa perdita di peso e predittiva di complicazioni post-operatorie, in particolare nel mantenimento del regime alimentare post-operatorio (Guidano, 1987; Hafner & al., 1990; Sarwer & al., 2005). In termini di qualità di vita tutti i pazienti in attesa di intervento riferiscono insoddisfazione per la propria immagine corporea, relazioni affettive e sociali, bassa autostima (Dixon & al., 2002; Hsu., 1998; Ronette & al., 2004; Herpertz & al., 2003; Sarwer & al.2005). Pur non potendo esprimere sulla base delle evidenze di letteratura quali siano realmente i parametri utili da seguire per confermare o escludere un paziente da un programma di chirurgia bariatrica, sembra certo che questi pazienti sono a rischio in termini di difficoltà psicosociali, difficoltà che potrebbero esitare in vera e propria incapacità ad aderire al programma terapeutico, particolarmente per quanto riguarda il comportamento alimentare, in questo senso il supporto psicologico diventa necessario.

E' possibile a nostro avviso che queste incertezze oltre che essere ascrivibili alla estrema variabilità del campione esaminato nei diversi studi, vuoi per caratteristiche individuali, vuoi per metodologie di obiettivazione, siano dovute al fatto che ancora manca in questo ambito clinico e di indagine, una coerenza di modello che fornisca oltre che una chiarezza esplicativa anche una uniformità diagnostica che restituisca l'opportuna valenza al vissuto interno del paziente e ai suoi significati personali, senza i quali una procedura terapeutica che si fondi su mere obiettivazioni descrittive non può che rivelarsi inefficace anche dopo eventuali successi di breve durata.

La nostra esperienza

Campione

Nel nostro Centro, sono stati valutati negli ultimi due anni 25 pazienti (4 maschi e 21 femmine) inviati da un ambulatorio di chirurgia bariatrica del nostro stesso nosocomio¹, in attesa di intervento di Bendaggio Gastrico e/o Palloncino intragastrico.

I pazienti, di età compresa tra 28 e 54 anni, con BMI superiore a 30 (media $\geq 38,7$, minimo $\geq 30,4$ – massimo $\geq 45,7$), peso medio alla nascita 4.050 alla nascita (minimo 3.200 max 4.500), peso attuale medio kg. 108.870 (min. 82 Kg – max 156.00), altezza media 1.68 cm (min. 1.50 cm – max 1.87 cm) sono stati valutati con l'intenzione di ricostruire i meccanismi e i processi sottesi al problema presentato, osservare il funzionamento emotivo, cognitivo e relazionale del paziente, individuare la motivazione al trattamento bariatrico e le aspettative, secondo le procedure di assessment di un approccio integrato cognitivista sistemico post-razionalista (De Pascale, 1992;

¹ Ambulatorio Chirurgico della I Clinica Medica (Prof. Tosato), Dip. Scienze Cliniche, Università "La Sapienza", Policlinico Umberto I, al quale vanno i nostri più sentiti ringraziamenti.

De Pascale, 1998; Guidano 1987; Guidano, 1991).

Materiali e metodi

Gli strumenti diagnostici utilizzati per la valutazione dei pazienti sono stati il colloquio clinico orientato secondo le procedure di assessment proprie di un approccio cognitivista sistemico e alcuni test psicometrici tra quelli solitamente usati e riportati in letteratura, per valutare soggetti che presentano un DCA.

Con il **Colloquio Clinico** sono stati valutati, anche secondo i criteri del DSM IV , i seguenti aspetti:

- ◆ *Il comportamento alimentare* specificato secondo ritmi, modalità e quantità unitamente agli antecedenti e conseguenti esterni ed interni, emotivi e cognitivi, che accompagnano il comportamento.
- ◆ *valutazione del proprio aspetto fisico*: in termini di limitazioni della propria vita sociale, lavorativa e sessuale e conseguente evitamento ad esporsi in situazioni che potrebbero essere fonte di disagio a causa del peso ;
- ◆ *problemi psicologici correlati*: episodi depressivi (eventualmente con desideri di morte o gesti autolesivi); attuale o passata assunzione di psicofarmaci e/o di farmaci anoressizzanti o coadiuvanti per la dieta;
- ◆ *attribuzioni, aspettative e motivazioni circa l'intervento*: tendenza ad attribuire risoluzioni di tipo "magico" all'intervento; anticipazione del successo o dell'insuccesso in modo realistico / irrealistico; anticipazioni circa il cambiamento della percezione di sé.

I **Test Psicometrici** utilizzati possono essere divisi in 3 categorie: test per rilevare lo stile di personalità Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI2), test per rilevare la presenza di un DCA (Eating Disorder Inventory 2 -EDI 2 ; Binge Eating Trigger Checklist -BETCH), test per rilevare la presenza di disturbi correlati (Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi dell'Asse I -SCID I; Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità -SCID II; Beck Depression Inventory -BDI; General Health Questionnaire- GHQ

Risultati

Coerenti con quanto presente in letteratura (Bauchowitz & al., 2005; de Zwaan & al., 2003; Gentry, Halverson & Heisler, 1984; Glinski Wetzler & Goodman, 2001; Greenberg, 2003; Hafner & al., 1990; Hasler & al., 2004; Sarwer & al., 2005; Sarwer & al., 2004) sono risultati moderatamente presenti in tutto il campione sintomi di disturbi d'ansia e dell'umore in senso depressivo, i soggetti hanno espresso elevata insoddisfazione per la propria immagine corporea (rifiutata 80% (N=20), vissuta come problematica 20% (N=5)) associata ad un vissuto di insoddisfazione sia sul piano affettivo (92% N=23) che sociale (88% N=22) . Analizzando i risultati del Beck Depression Inventory, i punteggi predittivi di depressione sono significativi: il 56% dei pazienti valutati (N=14) oltrepassa la soglia critica ed il 32% (N=8) raggiunge dei punteggi ancora più elevati. Per quanto riguarda il Questionario di Salute Generale, il 100% dei soggetti ha superato il punteggio oltre il quale si può considerare uno stato di malessere generale (ansia, disfunzioni sociali, somatizzazioni e depressione) in particolare per i punteggi raggiunti nella sottoscala dell'Ansia, il 92% dei pazienti (N=23) è oltre il valore considerato critico.

Sebbene tutti i soggetti soddisfino i criteri DCA NAS (DSM IV) non possono essere definiti pazienti BED (Binge Eating) in quanto più che grandi abbuffate descrivono continue assunzioni di piccole quantità di cibo, anche e/o soprattutto di notte (NE Night Eating disease) (Sugerman & al., 1989), con sensazione di perdita di controllo. Nessuno dei pazienti valutati ha soddisfatto i criteri del DSM IV relativamente ai disturbi di Personalità.

Gli effetti più ampi di questa valutazione costituiscono l'oggetto di nostre ulteriori ricerche i cui dati ci ripromettiamo di fornire appena possibile.

Conclusioni

La letteratura e l'esperienza clinica, sottolineano come la percezione di fame/sazietà non sia un parametro sufficiente ad arginare l'ingestione eccessiva di cibo. Laddove, infatti, l'obesità non è legata ad altra patologia di tipo organico, è molto probabile che ad essa sia associata una cattiva educazione alimentare se non un vero e proprio DCA. In tal caso il fatto di percepire "uno stomaco pieno", come avviene nei pazienti con posizionamento di palloncino intragastrico, non è una condizione sufficiente a garantire la riduzione dell'ingestione di cibo, se non viene modificato il tipo di comportamento alimentare e con esso di significato attribuito al cibo. I pazienti che richiedono un intervento di chirurgia bariatrica generalmente tendono a mostrare un atteggiamento passivo, dipendente dall'esterno, attribuendo all'intervento la valenza di soluzione magica o comunque "disimpegnata" per il futuro e potenziale dimagrimento, trasferendo, quindi, ad un fattore esterno a sé, la possibilità di cambiare il proprio peso. La valutazione psicologica realizzata, ha inteso, dunque, favorire in questi pazienti una presa di consapevolezza circa le modalità di gestione del proprio rapporto con il cibo, in modo da prevenire un insuccesso terapeutico, focalizzando intorno a questi temi l'attenzione non solo dei pazienti ma anche della stessa équipe chirurgica. Gli effetti più ampi di questa valutazione costituiscono l'oggetto di nostre ulteriori ricerche i cui dati ci ripromettiamo di fornire appena possibile. La valutazione effettuata si è proposta, altresì, di favorire l'inizio di un percorso di definizione di futuri parametri di valutazione di pazienti candidati alla chirurgia bariatrica.

Bibliografia

- Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, Azarbad L, Ryee MY, Woodson M, Miller A, Schirmer B. *Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices*. Psychosom Med. 2005 Sep-Oct;67(5):825-32.
- Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Osterud B, Dinges D, Bilker W, *Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome*. JAMA. 1999 Aug 8;282(7):657-63 Stunkard
- de Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Crosby RD, Seim HC. *Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery*. Compr Psychiatry. 2003 Sep-Oct;44(5):428-34
- Department of Health New Jersey Division of Health Care *Quality and Oversight Report and Recommendations of the Bariatric Work Group* New Jersey 2005
- De Pascale A. (1992). *Disturbi alimentari psicogeni*. Ed. Bios, Roma
- De pascale A. (1998) *La sessualità di pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare in una prospettiva cognitivista-sistemica*. In M. Mazzetti Di Pietralata, V. Salvemini (a cura di). "Sessualità e Disturbi del Comportamento Alimentare". IUP. Roma, pp. 45-56
- Dixon, JB, Dixon, ME, O'Brien, PE. (2002) *Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese* *Obes Surg.* 12,65-71
- Doldi SB, Micheletto G, Perrini MN, Librenti MC, Rella S. *Treatment of morbid oesity with intragastric balloon in association with diet*. *Obes Surg.* 2002 Aug;12(4):583-7
- FDA- Food and Drug Administration- Talk Paper. *FDA Approves Implanted Stomach Band to Treat Severe Obesity*. June 5, 2001
- Gentry, K, Halverson, JD, Heisler, S. (1984) *Psychologic assessment of morbidly obese patients undergoing gastric bypass: a comparison of preoperative and postoperative adjustment* *Surgery* 95,215-220
- Gliniski, J, Wetzler, S, Goodman, E. (2001) *"The psychology of gastric bypass surgery"* *Obes Surg.* 11,581-588
- Greenberg I., *Psychological Aspects of Bariatric Surgery* *Nutr Clin Pract.* 2003; 18: 124-130.
- Guidano V.F.: (1987). *Complexity of the Self*. Guilford, New York, (Traduzione italiana: "La complessità del Sé", Bollati Boringhieri, Torino, 1988). Milano.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process*. Guilford, New York,. (Traduzione italiana: "Il sé nel suo

- divenire", Bollati Boringhieri, Torino 1992).
- Hafner, RJ, Rogers, J, Watts, JM. (1990) Psychological status before and after gastric restriction as predictors of weight loss in the morbidly obese *J Psychosom Res.* 34,295-302
- Hasler G, Pine DS, Gamma A, Milos G, Ajdacic V, Eich D, Rossler W, Angst J *The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study.* Psychol Med. 2004 Aug;34(6):1047-57.
- Herpertz S., Kielmann R., Wolf A.M., Hebebrand J., and SenfW. (2004) *Do Psychosocial Variables Predict Weight Loss or Mental Health after Obesity Surgery? A Systematic Review* Obes Res 12: 1554-1569.
- Hsu, LKG, Benotti, PN, Dwyer, J, et al (1998) Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery *Psychosom Med.* 60,338-346
- Malone, M, Alger-Mayer, S. (2004) Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: a one-year study *Obes Res.* 12,473-481
- NIH. National Institute of Health *The practical guide: Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults.* NIH Pub. 00-4084, 2000
- NIH National Institute of Health *Methods for Voluntary Weight Loss and Control Technology Assessment* Conference Panel Ann Int Med 116: 942-949, 1992.
- NIH National Institute of Health Consensus Statement, Consensus Development Conference, March 25-27, 1991, Vol. 9, No. 1, p. 8.
- Pi-Sunyer, FX. (1993) Medical hazards of obesity *Ann Intern Med.* 119,655-660 Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ *The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients.* Int J Eat Disord. 1997 Jul;22(1):65-9 Ronette L. Kolotkin, Eric C. Westman, Truls Østbye, Ross D. Crosby, Howard J. Eisenson, and Martin Binks *Does Binge Eating Disorder Impact Weight-Related Quality of Life?* Obes Res 2004 12: 999-1005.
- Herpertz S, Kielmann R, Wolf A M, Langkafel M, Senf W and Hebebrand J' *Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review* , November 2003, Volume 27, Number 11, Pages 1300-1314
- Rosik CH. (2005) *Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance.* Obes Surg. May;15(5):677-83
- Sarwer David B., Wadden T.A. & Anthony N. Fabricatore (2005) *Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric, Surgery* Obes Res 13: 639-648.
- Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE, Rosato EF, Williams NN, Wadden TA. *Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates.* Obes Surg. 2004 Oct;14(9):1148-56
- Stunkard A, Birketvedt GS. *Night eating and nosology.* Int J Obes Relat Metab Disord. 2002 Apr;26(4):588
- Sugerman, HJ, Londrey, GL, Kellum, JM. (1989) Weight loss with vertical banded gastroplasty and Roux-Y gastric bypass with selective vs. random assignment *Am J Surg.* 157,93-102
- Sugerman, HJ. (1991) Obesity: the role of gastric surgery *JAMA* 11,3130 Walfish S. 2004 *Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients* Obes Surg. 2004 Nov-Dec;14(10):1402-5
- Weiner S, Sauerland S, Fein M, Blanco R, Pomhoff I, Weiner RA. *The Bariatric Quality of Life index: a measure of well-being in obesity surgery patients.* Obes Surg. 2005 Apr;15(4):538-45
- WHO World Health Organisation, *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* WHO Technical Report Series 894. 2000: Geneva.

EDUCAZIONE DELLA SALUTE MENTALE PER LE PERSONE CHIAVE NELLA COMUNITÀ: IL PROGETTO CHIAMA

Ian RH Falloon MD, Dsc

Università dell'Aquila (sostenuto dal programma "Rientri dei cervelli" del MIUR)

Basi del progetto CHIAMA

Il progetto CHIAMA si basa sui seguenti presupposti: La comprensione della differenza tra i disturbi mentali ed il disagio è carente nel pubblico. Infatti, i media contribuiscono a rendere il pubblico più confuso piuttosto che chiarire il problema, mentre nelle scuole vi è carenza di insegnamento circa la problematica del disagio mentale.

1. Inoltre, la promozione vera e propria della salute mentale è inesistente. A ciò si aggiunge la mancanza di coerenza tra i concetti bio-medici e psicosociali di disagio, disturbo e malattia. Infine, le diagnosi precoci non sono sempre chiare.
2. La ricerca del soccorso è maldestra. La famiglia, gli amici, i preti, gli insegnanti, le parrucchiere, le bariste, l'allenatore, gli avvocati, la polizia, ecc., di solito vengono avvicinati per avere aiuto prima dei medici, degli psicologi o degli operatori dei servizi di salute mentale. Abbiamo chiamato questo gruppo di cura "naturale" il "Gruppo Risorse" personali del paziente.
3. Vi è scarsa accessibilità ai servizi salute mentale. Vi giocano un ruolo la paura della conseguenze, la carente promozione di trattamenti efficaci, il senso di vergogna della famiglia, e l'associazione tra il disturbo mentale e l'abuso fisico o sessuale.
4. Così si comprende come, di fatto, 1 su 10 nuovi casi di disturbo mentale incontrino la loro cura efficace soltanto a 2 anni dell' esordio.

Il Progetto CHIAMA

Il progetto si articola nelle seguenti fasi:

- ◆ Identificazione dei membri potenziali del Gruppo Risorse in una piccola città.
- ◆ Addestramento al *Problem Solving* per facilitare una valutazione adeguata dei nuovi casi.
- ◆ La promozione di pratiche basate su prove di efficacia (*evidence-based*) ed nei servizi salute mentale.

Il programma comprendeva 5 lezioni, ognuna di 2 ore, divise in due parti: Parte 1: educazione alla identificazione e conoscenza del trattamento efficace dei disturbi:

- (i) D'ansia
- (ii) Depressivi
- (iii) Bipolari
- (iv) Schizofrenici
- (iv) Alimentari

Parte 2: Addestramento al *Problem Solving* per facilitare l'accessibilità ai servizi di salute mentale.

Uno Studio Pilota: il Buckingham Project

Il servizio di salute mentale è stato individuato nei centri sanitari di base, nei servizi sociali, nelle scuole e nell'università.

La valutazione e il trattamento sono stati condotti in casa con il Gruppo Risorse del paziente.

I programmi educazionali sono stati condotti con i medici di base, con gli infermieri di prevenzione, nelle scuole, nei gruppi e nei club comunitari.

Risultati dello studio pilota

I risultati hanno evidenziato:

Un aumento di 10 volte delle richieste di valutazione e trattamento ai servizi di salute mentale.

Una riduzione di 50 volte dell'incidenza dei disturbi depressivi maggiori.

Un'abbattimento a livelli minimali dei comportamenti suicidari.

Una riduzione di 10 volte dei nuovi casi di schizofrenia.

Una riduzione a livelli minimali del bisogno di ricoveri.

Bibliografia

Falloon, I.R.H., Krekorian, H., Shanahan, W.J., Laporta, M. & McLees, S. (1990) The Buckingham Project: a comprehensive mental health service based upon behavioural psychotherapy. *Behaviour Change*, 7, 51-57.

Falloon, I.R.H. & Shanahan, W.J. (1990) Community management of schizophrenia. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 62-66.

Falloon IRH (2000) General practice recruitment for people at risk of schizophrenia: the Buckingham experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, S131-136.

Falloon IRH (2001) Early detection and intervention through integration with primary health services: the Buckingham Project. In: *Early intervention in psychiatric disorders*, T.Miller et al. (eds.) Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Netherlands. Pp 123-133.

Falloon IRH, Roncone R, Corrivetti G, Lussetti M, Casacchia M, Morosini PL, & the OTP Collaborative Group (2000) Early interventions for psychotic disorders: Implementing optimal treatment strategies in clinical practice. *Psychiatric Networks*, 3, 53-67.

L'ASSESSMENT MULTIMODALE DEI PAZIENTI CON MALATTIE CARDIOVASCOLARI: DALLA RICERCA ALLA PRATICA CLINICA

Galullo F.*, Scrimali T., Albiero R.*****

**Istituto Superiore Scienze Cognitive (Enna) ** Clinica Psichiatrica Università di Catania e
Università Kore Enna (UKE) *** Cattedra di Cardiocirurgia Università di Udine*

Tra le diverse malattie cardiovascolari, è possibile fare una distinzione in base sia all'età d'esordio, sia alle circostanze in cui la malattia si manifesta; dunque, è possibile distinguere le patologie che si manifestano in età pediatrica, nei giovani adulti, negli adulti e negli anziani; inoltre, le patologie ad "evento acuto o subacuto" e quelle "ingravescenti croniche".

La relazione tra questi fattori (età d'esordio e evento acuto/cronico), fa emergere delle importanti riflessioni rispetto alle conseguenze sia organiche, sia psicologiche delle malattie su ogni singolo paziente.

L'approccio alla reazione psicologica alla singola patologia organica è l'ambito considerato di maggiore interesse clinico e di ricerca nel contesto della Clinica Cardiocirurgica.

In base alla nostra esperienza, maturata a Palermo nella Clinica ad Alta Specializzazione Cardiocirurgia Villa Maria Eleonora, il primo tipo di patologie, quelle ad evento acuto o subacuto, sono tipiche dell'età adulta e della terza età; ma, un evento acuto che si manifesti in età avanzata non è carico di drammaticità come quando si manifesta prima dei 50-60 anni.

E' stato osservato, infatti, che un anziano accetta la malattia con meno difficoltà; inoltre, questi pazienti, si adattano più facilmente all'evento negativo e più serenamente partecipano alla soluzione del problema (terapia farmacologica, angioplastica, intervento chirurgico); di contro, durante l'intervento a cuore aperto, con la pratica della Circolazione Extra Corporea, i pazienti anziani hanno un rischio maggiore di sviluppare disturbi cognitivi, che, seppure passeggeri, possono avere conseguenze sulla ripresa post-operatoria; ed è in questa fase che gli anziani manifestano più spesso episodi depressivi anche gravi che influenzano sia la compliance, sia i tempi del recupero e quindi il decorso e la convalescenza.

Per i pazienti adulti, invece, la malattia rappresenta una rottura dolorosa del percorso di vita, con ripercussioni negative sull'immagine di sé come persona in salute e sulla percezione dell'autoefficacia; l'ansia è quindi lo stato psicologico che pervade tutta l'esperienza e che può sfociare nel rifiuto della malattia.

In generale, quindi, una buona risposta alla malattia dal punto di vista psicologico e perciò adattiva non solo, riduce il disagio ma, ragionevolmente, contribuisce a determinare una migliore reazione complessiva dell'organismo rispetto alla malattia ed al suo decorso.

Inoltre, anche la mancata o inadeguata preparazione dei pazienti all'intervento chirurgico può predisporre a reazioni psicologiche complesse che possono condizionare i tempi di ripresa postoperatori, il rischio di recidive ed a volte, quando si sviluppano angosce cui si associano dubbi, non accettazione o rifiuto psicologico del cambiamento, persino l'esito finale dell'intervento.

All'interno di questo processo, interventi psicologici specifici e mirati sia in favore del paziente, sia dei familiari, contribuiscono in maniera determinante a favorire il processo di accettazione, adattamento e reazione alla patologia,.

Il lavoro clinico si rivolge, quindi, ai pazienti e, in alcuni casi ai familiari. Può spaziare da interventi di counseling, al sostegno psicologico, fino ad interventi di psicoterapia, nei casi in cui esista una indicazione. E' possibile che lo psicologo non intervenga direttamente sul paziente, ma affronti con il medico stesso il problema, riflettendo con lui sulle dinamiche della sua relazione con il paziente e con i familiari.

In questo contesto, la metodica del biofeedback costituisce il contributo della psicofisiologia alla terapia e alla riabilitazione.

Dalle esperienze condotte è maturata la conclusione che il ruolo più significativo, svolto dalle tecniche di biofeedback, in un'ottica sistemica e complessa della medicina, non è solo quello di ridurre e controllare le reazioni emotive e le relative somatizzazioni, ma anche di permettere al paziente di esplorare le proprie reazioni somatiche in un clima di sicurezza, e di integrarle all'interno della propria identità personale.

Le possibilità di auto-osservazione del biofeedback dell'attività elettrodermica, appaiono del tutto peculiari: il paziente riceve un'informazione continua e concreta (visiva e acustica, analogica e digitale), sulle variazioni del proprio stato di attivazione emotiva e "visualizza" un dato psicologico

soggettivo. In questo modo il paziente “tocca con mano” e acquisisce la consapevolezza della possibilità di controllare lo stato di attivazione, e quindi la risposta cognitiva e comportamentale alle emozioni, attraverso l'uso di strategie individuate soggettivamente.

A questo punto è evidente come la dimostrazione, mediante una tecnica quale l'elettrodermofeedback, delle basi fisiologiche della risposta neurovegetativa ad una condizione psichica, carica emotivamente di significati, e la successiva possibilità di inibirla e controllarla, sia vissuta come una nuova e importante prospettiva. L'incongruenza che si viene a verificare tra le vecchie convinzioni, di una sorta di “impotenza” nei confronti delle reazioni alle proprie emozioni, vissute quasi come “estrane” al proprio corpo, e la situazione di feedback elettrodermico, mediante il quale le risposte neurovegetative di ansia sono monitorate e controllate, può portare ad un'efficace ristrutturazione cognitiva, con integrazione della nuova prospettiva di autocontrollo e responsabilità verso la propria salute, nel patrimonio cognitivo del soggetto.

La finalità principale dell'intervento con il paziente cardiocirurgico è, quindi, quella di metterlo in grado di gestire, in maniera autonoma, cioè anche dopo le dimissioni e nel proprio ambiente di vita quotidiano, la dinamica dell'autocontrollo dell'attivazione emotiva, acquisita durante il ricovero, tramite un breve training di biofeedback, e di verificare l'efficacia ed i benefici di questo trattamento lungo il tempo.

In generale, la metodica del biofeedback, insieme all'acquisizione di dati sull'emotività dei parenti che si prendono cura del paziente (caregivers), contribuiscono a calibrare l'intervento terapeutico-riabilitativo in base alle caratteristiche psicofisiologiche e psicometriche individuali, a migliorare la qualità dell'esperienza di ospedalizzazione e a favorire una più rapida ripresa funzionale; inoltre, permettono di fornire il supporto adeguato per il rientro in famiglia e di valutare la probabilità di recidive.

Il modello d'intervento sperimentale attuato, quindi, apre una riflessione sullo sviluppo di un nuovo approccio alla cura e riabilitazione del paziente cardiocirurgico che favorisca l'evoluzione dei modelli organizzativi in ambito assistenziale e il passaggio da una psico-educazione di prima generazione, a tecniche più complesse, ma, nel contempo, più attente al controllo costi-benefici e alla trasferibilità in contesti differenti e da parte di ruoli professionali tra i più diversificati.

Bibliografia

- AA. VV. Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR). Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 3, 184-234.
- Al-Ruzzeh S, Mazrani W, Wray J, et al. The clinical outcome and quality of life following minimally invasive direct coronary artery bypass surgery. *J Cardiothorac Surg* 2004; 19:12 -16.
- Blumenthal J, Lett H. Depression and Cardiac Risk. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2005; 25; 78-79.
- Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, et al. NORG Investigators: Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003; 362:604-609.
- Contrada R, Goyal T, Cather C, Rafalson L, Idler E, Krause T. Psychosocial Factors in Outcomes of Heart Surgery: The Impact of Religious Involvement and Depressive Symptoms. *Health Psychology* May 2004. 23:3; 227-238.
- Frazier S, Moser D, O'Brien J, Garvin B, et al. Management of anxiety after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2002; 31: 6;
- Grana C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. Patient's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care* 2005; 9; 96-109.
- Holahan C, Moos R, Holahan C, Brennan P. Social Support, Coping, and Depressive Symptoms in a Late-Middle-Aged Sample of Patients Reporting Cardiac Illness. *Health Psychology* March 1995; 14: 2; 152-163.
- Kop W, Gottdiener J. The Role of Immune System Parameters in the Relationship Between Depression and Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine* May/June 2005; 67 (Supplement 1); 37-41.

- Limacher M. Gaps in Women's Perceptions of the Causes of Coronary Heart Disease; rationale for improving the message. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2005; 25; 146-148.
- Matheson D. Research Methodology, Validity, and Evaluating Studies: What's OK for Research in Psychophysiology? *Biofeedback* Summer 2002; 2; 30:2
- Miller W. Enhancing Patient Motivation for Health Behavior Change. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2005; 25; 207-209.
- Murphy B, Worcester M, Higgins R, Le Grande M, Larritt P, Goble A. Causal Attributions for Coronary Heart Disease Among Female Cardiac Patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2005; 25; 135-143.
- Phillips Bute B, Mathew J, Blumenthal JA, et al. Female gender is associated with impaired quality of life 1 year after coronary artery bypass surgery. *Psychosom Med* 2003; 65: 944-951.
- Raja PV, Blumenthal JA, Doraiswamy PM. Cognitive deficits following coronary artery bypass grafting: Prevalence, prognosis, and therapeutic strategies. *CNS Spectr* 2004; 9: 763-772.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99; 2192-2217.
- Rozanski A. Integrating Psychologic Approaches Into the Behavioral Management of Cardiac Patients. *Psychosomatic Medicine* May/June 2005; 67 (Supplement 1); 67-73.
- Sarantidis D, Thomas A, Iphantis K, Katsaros N, Tripodianakis J, Katsabouris G. Levels of anxiety, depression and denial in patients with myocardial infarction. *European psychiatry* 1997; 12:3; 149-151.
- Scrimali T, Grimaldi L, 1982, Il biofeedback dell'attività elettrodermica, Franco Angeli Editore, Milano.
- Scrimali T, Grimaldi L, Cultrera G, Francese G, Romeo C, Nigro P. Il biofeedback della pressione arteriosa: aspetti teorici, metodologici e clinici. *Complessità e Cambiamento* 1995; 4:2; 18-28.
- Scrimali T, Grimaldi L. Il demetra test. Uno strumento per la valutazione dei pattern relazionali familiari, 2003 Edizioni ISSCo, Enna.
- Spielberger C. D. 1989. L'inventario per l'ansia di stato e di tratto, forma Y. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Stygall J, Newman S, Fitzgerald G, Steed L, Mulligan K, Arrowsmith J, Pugsley W, Humphries S, Harrison M. Cognitive Change 5 Years After Coronary Artery Bypass Surgery. *Health Psychology* November 2003; 22:6; 579-586.
- Vedana L, Baiardi P, Sommaruga M, Galli M, Neri M, Pedretti R F E, Tamarin R, Bertolotti G. Clinical validation of anxiety and depression screening test for intensive in-hospital rehabilitation. *Monaldi Arch chest Dis* 2001; 56: 2, 101-106.
- Wray J, Al-Ruzzeh S, Mazrani W, Nakamura K, George S, Ilsley C, Amrani M. Quality of Life and Coping Following Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass (MIDCAB) Surgery. *Quality of Life Research* June 2004 , 13: 5; 915-924.

RECENTI LINEE DI RICERCA IN PSICOLOGIA POSITIVA

Goldwurm Gian Franco

ASIPSE – Associazione per lo Studio e l'Intervento Psico-Socio-Educativo

La Psicologia Positiva come branca scientifica così denominata è nata recentemente. Da molto più tempo invece si sono sviluppate le linee di ricerca che attualmente la compongono.

In linea generale si può dire che la Psicologia Positiva, a differenza della Psicologia Clinica o della Psichiatria, non si occupa di psicopatologia, ma si rivolge all'uomo sano, cosiddetto normale.

Tuttavia non solo per studiarlo come fa la psicologia generale, ma essenzialmente per cambiarlo. Per contribuire al suo miglioramento nel senso di aumentare il suo benessere psicofisico e in sostanza la sua felicità.

Così facendo per il vero invade anche il campo della patologia perché migliorando il benessere soggettivo si prevengono molti disturbi psichici o, nel caso che insorgessero, se ne diminuisce la gravità e la durata.

Le tematiche classiche della Psicologia Positiva sono quelle di favorire e promuovere:

- l'identificazione delle potenzialità personali
- gli aspetti biopsicosociali delle cognizioni, delle emozioni e delle esperienze positive
- il benessere soggettivo
- l'autostima, la creatività e la spiritualità
- lo stile esplicativo
- la costruzione dei rapporti interpersonali
- le abilità di coping
- il benessere in popolazioni particolari.

Queste aree come si è detto sono oggetto da vari anni di studi e ricerche, come per esempio quelle sulla Qualità della Vita.

Recentemente nella nostra Scuola ASIPSE di Milano abbiamo voluto fare delle ricerche sui nostri studenti per migliorare il loro Benessere Soggettivo, la visione ottimistica degli eventi della vita, e la riflessione su se stessi e sulle proprie cognizioni attraverso tecniche meditative.

Da queste ricerche abbiamo poi preso lo spunto per introdurre nei nostri programmi AIAMC corsi specifici di insegnamento e di formazione personale sul Subjective Well Being Training, sull'apprendimento dell'ottimismo e sulla meditazione.

Riteniamo che queste aree siano nuove linee di ricerca e contemporaneamente nuove linee di insegnamento nell'ambito cognitivo-comportamentale.

Sinteticamente possiamo dire che il S.W.B. Training si basa sulle ricerche di Fordyce (1988) che ha individuato i 14 principi fondamentali per migliorare il Benessere Psicologico, per essere felici.

Questi principi vengono studiati e durante il corso gli studenti imparano a individuare i loro punti deboli e a modificarli con tecniche ed esercizi particolari. Alla fine risulta un miglioramento significativo della percezione del loro benessere personale (Goldwurm, Baruffi, Colombo 2003, 2004).

Altra linea di ricerca è stata quella indicata da Seligman ovvero l'apprendimento ad essere ottimisti.

Si è ottimisti non solo quando si apprezzano di più gli eventi della vita positivi rispetto a quelli negativi, ma quando di fronte agli inevitabili eventi negativi si usa uno stile esplicativo ottimista invece che pessimista.

E cioè si considera l'evento temporaneo e non permanente, ristretto a quella situazione e non pervasivo in tutte le situazioni, dovuto a cause esterne e non a colpe personali.

Tutto questo si può apprendere in un corso, usando una metodologia sostanzialmente cognitivista. Nella nostra ricerca abbiamo trovato dei risultati positivi molto interessanti (Goldwurm, Bielli, Corsale, Marchi, 2005).

Altra linea di ricerca, più complessa ma molto suggestiva, è quella centrata sulla meditazione (Goleman, 2003) altrimenti coniugata come Mindfulness (Kabat-Zinn, 2005). Questa si rifà alla psicologia Buddista, senza presupposti religiosi o filosofici particolari, ma studiata in occidente con metodi scientifici e applicata con successo a situazioni psicopatologiche.

I nostri studi in questo settore sono ancora in fase elaborativa e pensiamo di esporli al prossimo congresso del CIANS (Milano 17-18 giugno 2006).

Tuttavia le nostre prime osservazioni in questi ultimi due anni sono molto promettenti (Goldwurm G.F., Bielli D. in stampa).

Come si può vedere queste nostre linee di ricerca non hanno tanto l'obiettivo di prevenire le malattie psichiche come l'ansia e la depressione, ma piuttosto di sviluppare al massimo le potenzialità positive dell'individuo normale, di migliorare la sua Qualità della Vita, particolarmente migliorando il suo Benessere soggettivo e la sua Soddisfazione per la vita e quindi renderlo più felice. La Felicità è un obiettivo che da sempre l'umanità persegue.

Altra linea di ricerca in Psicologia Positiva sviluppata a Milano che ci preme segnalare è quella della Prof. Antonella Delle Fave.

Le ricerche della sua scuola si incentrano sullo studio delle fluttuazioni dello stato esperienziale nel corso della vita quotidiana, sui processi di sviluppo individuale e sulla loro interazione con l'ambiente sociale e culturale. Lo stato esperienziale viene in particolare analizzato come insieme di componenti cognitive, emotive e motivazionali che reciprocamente interagiscono, strutturando il comportamento, la percezione di se e la progettualità dell'individuo.

Tale approccio integrato ha aperto la strada ad una vasta gamma di studi volti ad individuare le relazioni tra qualità dell'esperienza individuale e contesto sociale, nell'ambito di problematiche connesse all'evoluzione e cambiamento culturale: preservazione delle culture tradizionali, modernizzazione, acculturazione e multiculturalismo, comunicazione interculturale. Inoltre sono state anche realizzate delle applicazioni cliniche in studi sulla Qualità della vita e su vari disturbi psicofisici.

Bibliografia

- Delle Fave A. (2005) The impact of subjective experience on the quality of life: a central issue for health professional. In M. Czikszentmihalyi (ed) *A life worth Living. Perspectives from Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Delle Fave A., Massimini F. (2004) The cross-cultural investigation of optimal experience. *Ricerche di Psicologia* 27, 79-102
- Delle Fave A., Massimini F. (2004) Parenthood and the quality of experience in daily life: a longitudinal study. *Social Indicators Research* 67, 75-106.
- Fordyce M.W. (1988) A review of research on happiness measures: a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20, 355-381.
- Goldwurm G.F. (1992) Qualità della vita e riabilitazioni, in Di Giorgi E. e coll. *Salute e stile di vita* Erikson, Trento.
- Goldwurm G.F. (1994) La Qualità della vita: problemi generali e indicatori specifici. *Complessità e Cambiamento* 3,1,10-28.
- Goldwurm G.F. (1995) Apprendere la felicità per migliorare la qualità della vita: una questione aperta. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 1,3,35-47
- Goldwurm G.F., Baruffi M., Colombo F., (2003) Improving subjective well being for the promotion of health, the Milan project. *Homeostasis* 42, 3-4; 157-162
- Goldwurm G.F., Baruffi M., Colombo F. Qualità della vita e benessere psicologico. Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felici, McGraw-Hill, Milano
- Goldwurm G.F., Bielli D. (2004) Stress e promozione del Benessere Psicologico. *In corso di stampa*.
- Goldwurm G.F., Bielli D., Corsale B., Marchi S. (2005) Optimism Training: Methodology and results. *In corso di stampa*.
- Goleman D. (2003) *La forza della meditazione*. BUR Saggi Milano Kabat-Zinn J. (2005) *Vivere momento per momento*. Ed Il Corbaccio Seligman M.E.P. (2002) *Authentic Happiness. Using Positive Psychology to realise your potential for lasting fulfilment*. Free Press, Simon and Schuster, New York.
- Snyder C.R., Lopez S. Y. (2002) *Handbook of Positive Psychology*, Oxford Univ. Press.

FATTORI DI RESILIENZA ALLO STRESS PSICOSOCIALE

Oliverio Ferraris Anna

Prof. Ordinario di Psicologia dell'Età Evolutiva, Università degli Studi di Roma La Sapienza

Fino a vent'anni fa coloro che sopravvivevano ad un attacco cardiaco pensavano di dover fare una lunga convalescenza, di dover evitare qualsiasi stress anche minimo, di essere costretti ad abbandonare l'attività lavorativa e condurre un'esistenza riparata tra le mura domestiche. Oggi, con una supervisione medica appropriata, molti infartuati riescono a tornare in circolazione nel giro di breve tempo, a riprendere le proprie attività con la sensazione di essere più sani di prima.

Ciò è possibile perché oggi i medici non lasciano loro il tempo di adagiarsi nella condizione di "malato", li spingono a fare esercizi fisici e ad adottare una dieta alimentare sana. E così alla fine l'ex infartuato può riemergere dalla crisi fortificato e con la sensazione corroborante di essere riuscito a vincere una grossa sfida.

Non sempre le malattie indeboliscono, a volte rafforzano perché l'organismo reagisce mettendo in moto delle difese che consentono una ripresa e che immunizzano da ulteriori attacchi di virus e batteri. Ciò che succede per i malanni fisici può succedere anche per quelli psicologici. *Tutto ciò che non mi fa morire mi rende forte* scrisse Friedrich Nietzsche: una affermazione che può innervosire coloro che non amano questo filosofo; non si può però non riconoscere che questa affermazione di ha la forza tagliente e intrinseca degli assiomi, ossia di quelle verità che non hanno bisogno di essere dimostrate perché si appellano a esperienze profonde e indiscutibili, soggettive e al tempo stesso universali.

L'"infarto" provocato da un trauma psichico o da un'esperienza dissestante può essere superato se si fa appello alle proprie energie interiori, se si trovano dei bravi "medici", se non si rimane troppo a lungo in una condizione di precarietà e di crisi. Per motivi diversi, però, qualche volta si resta impantanati nei terreni paludosi della crisi, da cui non si riesce a riemergere. In questi casi l'infartuato della psiche porterà dentro di sé, per molto tempo, le conseguenze dell'esperienza che lo ha colpito e la sua ferita invece di cicatrizzarsi continuerà a procurargli sofferenza.

Per riemergere e ricostruirsi dopo un'esperienza dissestante, come un trauma psichico, un intervento chirurgico, una grave malattia o un lutto bisogna poter pensare di avere una responsabilità verso stessi o verso gli altri e di disporre di uno spazio di manovra, anche se limitato. Sappiamo tutti che molti degli eventi della nostra vita non dipendono da noi, eppure in parecchie situazioni, anche estreme, abbiamo lo spazio sufficiente per assumere un ruolo attivo. Pensiamo alla condizione di due pazienti che sono stati diagnosticati con la stessa malattia terminale. Per comodità esemplificativa, ipotizziamo che la diagnosi sia avvenuta per entrambi nello stesso giorno. Entrambi i pazienti hanno gli stessi sintomi, la stessa prognosi, la stessa attesa di vita. Uno crolla emotivamente, considera che la sua vita sia arrivata al capolinea e aspetta di morire. L'altro decide invece di vivere il tempo che gli rimane nel modo più pieno e significativo possibile. In altre parole, il secondo paziente decide di prendere in mano ciò che gli resta della propria vita e di viverla a modo suo.

Persino nel momento estremo della morte, c'è chi riesce a sfruttare il piccolissimo margine di libertà che ha a disposizione. Molti condannati a morte hanno saputo morire con dignità affermando i propri valori, un caso emblematico fu Socrate, ma non solo: anche molti dei "suicidi" che si lanciarono dalle torri gemelle l'11 settembre si lasciarono cadere con la dignità e la determinatezza di chi rivendica la libertà di esercitare un controllo sugli ultimi istanti della propria vita. E naturalmente l'eutanasia come scelta consapevole assume un significato analogo: mi viene in mente il film *Le invasioni barbariche*.

Al di là di questi casi estremi, sono numerose, nel corso della vita, le situazioni dissestanti che possono prendere una piega diversa a seconda dell'attitudine che assumiamo. Sotto i colpi della vita si può riuscire a mantenersi in rotta a ricostruirsi facendo appello alle proprie forze interiori, o resilienza: un'attitudine innata connessa alla crescita e allo sviluppo che può essere potenziata in modi diversi nel corso dell'esistenza. Potremmo definire questa risorsa come *"il sistema immunitario della psiche"*. Così come il sistema immunitario dell'organismo entra in azione contrattaccando i batteri che provocano infezioni e altri agenti patogeni, allo stesso modo la resilienza è una forza dinamica che entra in azione, con varie modalità, allo scopo di proteggere l'integrità psichica degli individui quando questi sono sotto l'azione di forti pressioni.

Un caso emblematico fu quello dei due ostaggi occidentali, Edward Tracy e John McCarthy, che

nell'agosto del 1991 riemersero da cinque anni di dura prigionia in Libano. Durante quel periodo essi avevano sofferto la fame e la sete, erano stati picchiati, minacciati molte volte di morte, tenuti per lunghi periodi in catene e bendati. Ma mentre al momento della liberazione uno era visibilmente provato e disorientato, aveva dei vuoti di memoria e delle percezioni confuse, tanto che fu poi ricoverato nel reparto psichiatrico dell'ospedale in cui era in osservazione; l'altro non diede alcun segno di disagio, mostrò di non aver perso il senso dell'umorismo e riprese immediatamente i ritmi della vita precedente alla segregazione.

Rispetto al primo, il secondo aveva avuto per tutta la durata della prigionia una *attitudine proattiva*, aveva cioè cercato di guardare gli eventi in prospettiva, di tenere dei contatti con gli altri detenuti, di non perdere mai la fiducia nel fatto che i propri amici e familiari si sarebbero dati da fare per tirarlo fuori da quel buco nero in cui era finito.

Coloro che, di fronte alle difficoltà e ai colpi della vita assumono una *attitudine proattiva* hanno delle aspettative più produttive. L'ambiente è una realtà che va presa in considerazione per quella che è non illudendosi che tutto possa svolgersi secondo i propri desideri. L'approccio non è utopico ma realistico. Proprio perché non pensano di dover vivere nel migliore dei mondi possibili, coloro che assumono una *attitudine proattiva* sono anche pronti a cogliere i segni dei cambiamenti e ad anticiparli in modo da non trovarsi spiazzati. Questa capacità consente loro di sviluppare una propria *zona di autonomia* e quindi di estendere la propria *zona d'influenza* sull'ambiente. Ricorrendo ad una metafora: ci si colloca al comando della cabina di pilotaggio, si tiene conto delle capacità dell'apparecchio, del bollettino meteorologico, della propria esperienza di pilota, degli obiettivi e anche della capacità, qualche volta, di modificare il piano di volo.

L'opposto della *attitudine proattiva* è quella *retroattiva*. Quando una persona manifesta una *attitudine retroattiva*, vive essenzialmente il suo ambiente come un luogo ostile, che non gli consente di agire, di realizzare i suoi ideali, le sue scelte, di essere se stessa. Vive uno stato di frustrazione e di sofferenza che potrebbe essere riassunto in espressioni del tipo:

"Ah! Se mia moglie non se ne fosse andata!"; "Ah! Se avessimo potuto prevedere!". L' "Ah! Se..." dà l'idea di non poter scegliere né decidere alcunché. "Sono obbligato a...", "Non ho altra scelta...".

Non tutto dipende da noi, ovviamente, ma chi vive ogni difficoltà in questo modo ha l'impressione che il mondo si sia corazzato contro di lui, che l'ambiente non gli consenta di progredire, di affermarsi e che anzi faccia di tutto per annientarlo. In queste condizioni la *zona d'autonomia* si restringe e la persona diventa sempre più dipendente dall'ambiente su cui non riesce ad esercitare più alcuna forma di influenza. La differenza tra queste due opposte attitudini dipende anche dalla natura delle opinioni (esplicite o implicite) che le sottendono. Ecco qui di seguito alcune delle opinioni che favoriscono una *attitudine retroattiva*:

- Non posso farci niente
- Non si è padroni del proprio destino
- Sono nato sfortunato
- Gli altri non mi capiscono
- Non serve darsi da fare o battersi
- Sono debole
- Non sono capace di...
- Non poteva durare, era troppo bello
- Il mondo è marcio, è inutile impegnarsi
- I meriti non vengono mai riconosciuti

E quelle che favoriscono una *attitudine proattiva*:

- Sono io il responsabile dei miei atti e delle mie emozioni
- I problemi si possono risolvere
- La vita è imperfetta e come tale va presa
- Non sempre si può avere o fare quello che si vuole
- Bisogna sapere accettare le conseguenze delle proprie scelte
- Nella vita bisogna sapere ciò che si vuole
- Chi non rischia niente non ha niente

- Tutte le scelte presentano dei vantaggi e degli inconvenienti

Un altro tratto tipico della resilienza è la capacità di orientarsi verso il compito invece di ripiegarsi su se stessi, di prestare troppa attenzione ai propri stati emotivi

Che cosa significa? Significa che nel rapporto con il mondo e con le difficoltà che possono presentarsi nel corso della vita è importante l'ottica da cui ci si pone, le interpretazioni che si danno degli eventi, le attese che si hanno, la capacità di trovare delle soluzioni. L'interpretazione può avere, su piano psicologico, un rilievo superiore al fatto in sé e modificarne le conseguenze in senso sfavorevole o favorevole.

Spesso le persone troppo ansiose e insicure, troppo preoccupate di sé e troppo centrate sulle proprie emozioni, si comportano in modo da auto sabotare le proprie iniziative, anche se avrebbero concretamente i mezzi e le capacità per portarle a termine con successo o senza grossi danni. Altri invece sono capaci di mantenere un orientamento sul compito quando la situazione lo richiede perché raggiungere un particolare obiettivo o soluzione è alla cima dei loro pensieri.

Una persona ansiosa risponde allo stress drammatizzando, prospettando esiti catastrofici, lamentandosi e biasimandosi. Ma i pensieri ansiosi, depressivi o rabbiosi hanno l'effetto di distogliere l'attenzione dall'aspetto più saliente in quel momento. Anche la negazione, il distacco difensivo dalla realtà dei fatti e il ritiro in se stessi possono avere effetti deleteri in quanto non consentono di concentrarsi sul compito con cui bisogna confrontarsi.

Gli effetti controproducenti del ripiegamento su di sé e del distacco sono illustrati, attraverso una metafora, in una fiaba molto antica dal titolo *Unocchio, Dueocchi, Treocchi* che parla di tre sorelle. In questo racconto, soltanto Dueocchi ha una visione realistica e obiettiva della vita. Unocchio vede soltanto un lato della medaglia, ha punti di vista rigidi e unilaterali che la inducono a nutrire passioni oscure e smisurate, proprio come il Ciclope descritto da Omero nell'*Odissea*, che aveva un solo occhio al centro della fronte. La mancanza di prospettiva porta Unocchio e il Ciclope ad avere una visione paranoica dell'esistenza e a nutrire dei pensieri intensamente malevoli nei confronti di tutti coloro che si oppongono ai loro desideri o appetiti. Treocchi, l'altra sorella, ha, al contrario, una attitudine ipervigilante, eccessivamente preoccupata. Quando si hanno tre occhi un occhio non dorme mai. Treocchi simboleggia la preoccupazione costante di sé. Il timore di poter essere attaccati e inattivati. Il porsi sempre al centro della situazione. La persona che (per motivi diversi) non ha sviluppato un lo sufficientemente fiducioso, maschera la propria debolezza ostentando opinioni categoriche ed esercitando una vigilanza puntigliosa su di sé. Lo scopo di questo comportamento è quello di proteggersi da eventuali giudizi altrui così come da ogni possibile rischio. Ma questa attitudine aggiunge tensione a tensione quando invece occorrerebbe disporre di lucidità e autocontrollo.

La resilienza però è un tratto della personalità complesso e multiforme, cosicché ciò che può funzionare in una situazione può essere insufficiente in un'altra: ad esempio il ritiro nella fantasia quando ci sono delle possibilità concrete per uscire da un'*impasse* è un limite; ma rifugiarsi in un mondo fantastico quando al momento non c'è alcuna realistica via d'uscita può essere invece una strategia salvifica che consente di reggere una situazione insostenibile. La resilienza presenta molte sfumature, per esempio dà sicurezza però contempla il dubbio, dà forza però non è rigida. Per esempio, i manager talmente sicuri di sé tanto da non contemplare l'eventualità di poter sbagliare o di dover modificare alcune scelte in corso d'opera, possono andare incontro a clamorosi insuccessi. Un manager capace e che non si ritiene infallibile è invece pronto a modificare il proprio operato cogliendo le opportunità

Bibliografia

A. Oliverio Ferraris, *La forza d'animo*. Rizzoli 2003, BUR 2004.

PSICOFISIOLOGIA E CARDIOLOGIA: DALLA RICERCA ALLA CLINICA

Scrimali T.

Clinica Psichiatrica Università di Catania, Università Kore Enna (UKE), ALETEIA, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva

Negli anni recenti, si sono andate accumulando numerose ed autorevoli evidenze sperimentali, relative al fatto che i fattori psico-sociali contribuiscono allo sviluppo ed all'aggravamento delle malattie cardiovascolari (Myrtek, 2004).

Turner sottolinea come l'ostilità, la rabbia, lo stress, la depressione, l'isolamento sociale contribuiscono al determinismo e ad un negativo decorso delle malattie cardiovascolari. (Turner, 1994).

E' stato altresì documentato che i fattori psicologici influenzano la guarigione dall'infarto e da altri problemi cardiovascolari. In particolare, è stato dimostrato che, pazienti infartuati, afflitti anche da depressione, esibiscono una probabilità maggiore di morire l'anno successivo a quello dell'infarto, rispetto a coloro che mantengono buone condizioni del tono dell'umore, indipendentemente da quanto grave sia la loro malattia cardiaca iniziale (Clay, 2001).

La Psicofisiologia può fornire un importante contributo allo studio della funzione cardiocircolatoria, sia per quanto riguarda l'assessment, che la terapia e la riabilitazione (Scrimali e Grimaldi, 1991). Presso la Clinica Psichiatrica della Università di Catania e nell'ambito dell'Istituto Superiore per le Scienze Cognitive, mi sono concentrato, in modo particolare, negli ultimi anni, sullo studio della ipertensione, una patologia molto diffusa e altrettanto temibile per le sue molteplici e gravi complicanze (Scrimali et al., 1995).

La ricerca psicofisiologica sull'ipertensione è stata incentrata soprattutto sulla cosiddetta *iperreattività cardiovascolare* (Miller, 1994).

Lo stress provoca un incremento della pressione sanguigna e l'attività elettrodermica fornisce un indicatore non cardiovascolare attendibile dell'attività nervosa del simpatico, correlabile all'incremento dei valori pressori (Boucsein, 1992).

Un indice, relativo alla attività elettrodermica, in grado di evidenziare la labilità neurovegetativa, è costituito dal processo di abituazione delle risposte elettrodermiche evocate da stimoli acustici tonali. Tale parametro viene definito "**labilità elettrodermica**" (Crider, 1993).

Le persone, che mostrano un alto numero di risposte e un basso livello di adattamento elettrodermico, sono chiamate "**labili**"; gli individui, al contrario, che esibiscono un basso livello di attività non specifica e un veloce tasso di adattamento, vengono definiti "**stabili**" (Fredrikson & al., 1985).

Se l'attivazione simpatica generale è un indicatore di rischio dell'ipertensione, i soggetti ipertesi dovrebbero mostrare livelli più alti di **labilità elettrodermica**, misurata mediante la elevata presenza di risposte elettrodermiche fasiche non specifiche e il ritardato adattamento della risposta durante la stimolazione acustica, in confronto ai normotesi (Fredrikson & al., 1990).

In realtà i risultati di una ricerca, condotta da Kronholm, Hyyppa, Jula e Toikka, indicano chiaramente che l'attività elettrodermica fasica, evocata da stimoli acustici tonali, appare fortemente associata con una elevata pressione sanguigna, almeno in un sottogruppo di soggetti ipertesi (Kronholm & al., 1996).

Infatti, quando paragonati con i soggetti sani normotesi di controllo, i soggetti di mezza età, con ipertensione, mostravano, nel corso della ricerca finlandese, appena citata, una maggiore prevalenza di labilità elettrodermica.

Il livello basale di attività elettrodermica, misurato in microSiemens (Skin Conductance Level, SCL) costituisce un altro indice importante relativo all'arousal (Scrimali e Grimaldi, 1991).

L'incremento di tale parametro, correla, secondo i dati scaturiti da una nostra recente ricerca, con la condizione ipertensiva. Inoltre nella stessa persona, misurazioni, ripetute nella giornata, per un congruo lasso di tempo, evidenziano che, ad un incremento dei valori diastolici e sistolici, corrisponde in innalzamento della conduttanza elettrodermica (Scrimali, 2005 a).

Dalla constatazione che un elevato arousal, evidenziato anche da più alti valori della conduttanza elettrodermica, corrisponde a maggiori valori pressori, scaturisce il rationale per l'applicazione del biofeedback della attività elettrodermica (Psychofeedback) nel trattamento dei pazienti ipertesi.

Recenti esperienze, del nostro gruppo di lavoro, dimostrano, infatti, che dopo una seduta di biofeedback della attività elettrodermica, attuata con il MindLAB, si registra, in pazienti ipertesi, sia

una riduzione dello Skin Conductance Level che della pressione arteriosa, sia sistolica che diastolica (Scrimali, 2005 c).

Uno studio controllato, svolto nella seconda parte degli anni Novanta, ci ha consentito di dimostrare che il biofeedback della pressione arteriosa, attuato grazie alla adozione di tecniche di misurazione della velocità di transito dell'onda sfigmica, può costituire un metodologia di cura dell'ipertensione di grado lieve e moderato tanto efficace quanto la somministrazione di beta-bloccanti (Scrimali & al., 1996).

Dopo aver potuto dimostrare la grande rilevanza delle tecniche di biofeedback, nel trattamento della ipertensione, ho sviluppato, nel corso degli ultimi anni, una nuova strumentazione, definita MindLAB, specificamente disegnata per il monitoraggio clinico e la retroazione biologica della attività elettrodermica exosomatica (Scrimali, 2005 b).

Tale strumentazione, corredata dal software *Psycho Data Recorder*, consente di implementare, in modo accurato, ma semplice, la elicitazione delle risposte elettrodermiche evocate, la misura della loro estinzione (labilità neurovegetativa) nonché il monitoraggio dello Skin Conductance Level. Il MindLAB consente altresì di attuare tecniche psychofeedback.

Questa strumentazione è stata già sperimentata, con pazienti cardiologici, secondo tre diverse direttive, di seguito citate:

- Elicitazione e registrazione delle risposte elettrodermiche evocate da toni acustici (*labilità elettrodermica*)
- Monitoraggio dello *Skin Conductance Level*
- Attuazione di Tecniche di *Psychofeedback*

Le ricerche effettuate hanno consentito di documentare i seguenti aspetti (Scrimali, 2005 c):

- *Labilità elettrodermica*.

Appare significativamente più presente in gruppi di pazienti afflitti da ipertensione rispetto a soggetti normali di controllo;

- *Skin Conductance Level*

I valori medi, fatti registrare da pazienti ipertesi, sono risultati, nel corso di una nostra recente ricerca, significativamente maggiori da quelli fatti apprezzare da soggetti di controllo e, inoltre, in ogni paziente, l'incremento dello SCL correlava con l'innalzamento dei valori pressori;

- *Psychofeedback*

Sedute di Psychofeedback sono in grado di ridurre i valori pressori e l'apprendimento di questa metodologia sembra poter essere una metodologia utile nel trattamento dei soggetti ipertesi.

Tali incoraggianti risultati preludono alla sperimentazione, su più larga scala, del MindLAB, in ambito cardiologico, per l'individuazione della labilità neurovegetativa, e di elevati valori dello Skin Conductance Level, come marker di predisposizione alla ipertensione, o di malattia ipertensiva in atto. La strumentazione si rivela anche particolarmente idonea per il trattamento dei pazienti ipertesi, mediante sedute di Psychofeedback.

Bibliografia

Boucsein, W (1992) *Electrodermal Activity*. New York and London: Plenum Press.

Clay, R. (2001) Bringing psychology to cardiac care. *Monitor on Psychology*, Vol. 32, N. 1, 46-49.

Crider, A. (1993). Electrodermal response lability-stability: individual difference correlates. In: J.C. Roy et Al. (Eds.) *Progress in Electrodermal research*. New York: Plenum Press.

Friedrikson, M. Dimberg, U., Frisk-Holberg, M. and Strom, G. (1985) Arterial blood pressure and general sympathetic activation in essential hypertension during stimulation. *Acta Medica Scandinavica*, 217: 3009-317.

Fredrikson M., Edman G., Levander S.E., Schalling I., Svensson J. & Tuomisto M. (1990) Electrodermal responsivity in young hypotensive and hypertensive men. *Psychophysiology* Nov;27(6):649-55.

- Kronholm, E., Hyyppa, M.T., Jula, A., and Toikka, T. (1996). Electrodermal lability and hypertension. *International Journal of Psychophysiology*, 23: 129-136.
- Miller, S.B., (1994) Parasympathetic nervous system control of heart rate responses to stress in offspring of hypertensives. *Psychophysiology*, 31: 11-16.
- Myrtek, M. (2004). *Heart and Emotion. Ambulatory Monitoring in Everyday Life*. Washington D.C.: Hogrefe & Huber.
- Scrimali, T. (2005 a). Skin Conductance Level e valori pressori nell'ambito di misurazioni ripetute longitudinalmente nello stesso paziente iperteso. *Data on file*.
- Scrimali, T. (2005 b) *MindLAB e Psicofisiologia Clinica. Applicazioni in Psicologia, Psichiatria, Psicoterapia e Medicina*. Enna: Istituto Superiore per le Scienze Cognitive Editore.
- Scrimali, T. (2005 c). *Psicofisiologia e Cardiologia. Dalla Ricerca alla Clinica*. Enna: Istituto Superiore per le Scienze Cognitive Editore.
- Scrimali, T, e Grimaldi L. (1991). *Sulle Tracce della Mente*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Scrimali, T, Grimaldi, Cultrera, G., De Masi, A., Francese, G., Romeo, C. Nigro, Sorrentino, F. (1996). Studio controllato, in pazienti affetti da ipertensione essenziale, sulla efficacia del biofeedback versus tecniche di rilassamento, beta- bloccanti e benzodiazepine. *Medicina Psicosomatica*, Vol. VI, N. 3, 51-57.
- Scrimali, T., Grimaldi, L., Cultrera, G., Francese, G., Romeo, C., Nigro, P. (1995). Il biofeedback della pressione arteriosa: aspetti teorici, metodologici e clinici. *Complessità & Cambiamento*, Volume IV, N. 2, 18-28.
- Turner, J., R. (1994). *Cardiovascular Reactivity and Stress. Patterns of Physiological Response*. New York: Plenum Press.
-

FATTORI PSICOSOCIALI E PERCORSI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE OGGI

Sibilia L.

Dipartimento di Scienze Cliniche, Università degli Studi di Roma La Sapienza

Centro per la Ricerca in Psicoterapia - Roma

I fattori psicosociali

Negli ultimi 40 anni si è accumulata una notevole mole di prove che i fattori bio-medici di rischio cardiovascolare (CV), ivi includendo il fumo di sigaretta, di per sé considerati, non consentono di spiegare più del 50% dei nuovi casi di cardiopatia ischemica (Rosenman & al., 1994). Con sempre maggiore chiarezza, invece, alcuni fattori psicosociali prima trascurati sono stati riconosciuti come fattori di rischio CV con importante valore predittivo. Molti di questi fattori infatti rispondono a tutti i criteri richiesti ad una condizione individuale per essere considerata un vero e proprio fattore di rischio. Le prove a sostegno di ciò provengono sia dal laboratorio, attraverso la sperimentazione con soggetti umani e su animali, sia da studi epidemiologici, con soggetti sia sani che cardiopatici, nonché da studi di intervento psicosociale, in particolare dagli studi controllati (Sibilia, 1998a).

Benché intrecciati ed associati ai fattori comportamentali, i fattori psicosociali vanno tenuti distinti dai primi. I fattori comportamentali di rischio CV, meglio noti agli epidemiologi e riguardanti le abitudini salutotrope (“*health behaviours*”), comprendono abitudini consumatorie malsane quali la “dieta ricca” (di calorie, zuccheri, di acidi grassi saturi), il fumo di sigaretta, l’abuso di alcolici, lo stile di vita sedentario. I fattori psicosociali di rischio CV, invece, per quanto intrecciati con i primi, sono pertinenti alla vita di relazione del soggetto. Si è proposto (Sibilia, 1993) di raggrupparli nelle seguenti categorie (Tab.1).

Fattori psicologici individuali	Stabili:	Modificabili:	
	Personalità	Disturbi distimici	Stili di coping disfunzionale
	Nevroticismo	Ansia	Quadro di “Tipo A”
	Ostilità	Disturbi del sonno	
		Depressione	
Condizioni socio-ambientali	Stabili:	Variabili / modificabil:	
	Svantaggio socio-economico	Condizione lavorativa	
	Basso sostegno sociale	Sovraccarico lavorativo con ridotto margine discrezionale	
	Isolamento sociale		

Il *Nevroticismo* indica la propensione costituzionale a sviluppare risposte emozionali più intense, prolungate e frequenti: un alto punteggio di nevroticismo dovrebbe corrispondere ad una bassa soglia per le risposte psicoemotive e maggiore vulnerabilità a disturbi distimici. E’ una dimensione stabile di personalità, ma non di psicopatologia. Uno degli strumenti più usati è stata la Scala N del Middlesex Personality Inventory di H.J. Eysenck. Alti punteggi N-MPI si sono dimostrati indipendentemente predittivi di eventi coronarici fatali e non fatali, risultando il fattore più predittivo tra tutti gli altri (classici e psicosociali) considerati nello studio del Gruppo Cooperativo Franco-Belga (Degre-Coustry & al., 1982).

L’*Ostilità* è definita da atteggiamenti negativi verso i rapporti sociali e comprende tratti quali il cinismo, la sfiducia ed il rifiuto verso gli altri. Ha ricevuto notevole attenzione a partire dagli anni

'80 come "componente tossica" del fattore "Tipo A" (v. oltre). Non vi sono ancora studi prospettici in grande scala su pazienti coronaropatici, e si può dubitare che debba considerarsi un fattore stabile di personalità. Comunque, è stata misurata con la scala *Ho* del MMPI, di *Cook e Medley*, veloce strumento carta-matita, che si ritiene misuri tuttavia più il fattore "cinismo", e la STAXI, di C. Spileberger, che misura diverse componenti della rabbia. Le migliori misure di ostilità sono considerate i metodi diretti: le interviste strutturate registrate per la misura delle componenti del fattore "Tipo A" (Friedman & al., 1986), o l'intervista strutturata autoregistrata di R. Rosenman (Rosenman & al., 1994). Misurata con tali metodi, in soggetti sani, la presenza di "ostilità potenziale" ha fornito un rischio relativo (RR)=1.9 per morte cardiaca improvvisa (MCI), infarto miocardico (IM), angina pectoris (AP) (Hecker & al., 1988) e RR=1.7 per MCI, IM (Dembroski & al., 1989).

Il "*Type A Behaviour Pattern*" (TABP), meglio tradotto come "Quadro di Tipo A" è attualmente concepito come uno *stile di coping disfunzionale esibito in situazioni di percepita minaccia al controllo personale*; questo fattore è caratterizzato da: Ipercompetitività (Co), Tendenza all'ostilità (Ho) ed Impazienza, ovvero senso di mancanza di tempo (Im).

Ognuna di queste caratteristiche ha delle componenti cognitive emotive e comportamentali, che sono state ben descritte. Esempi di componenti cognitive sono atteggiamenti come: "Non ci si può fidare di nessuno!" (Ho), "Non ci sono risorse per tutti!" (Co), "Il tempo non basta mai!" (Im). Esempi di componenti emotive sono: una rabbia facilmente suscitata (Ho), la paura di perdere anche in giochi banali (Co), l'irritazione durante le attese (Im). Esempi di componenti comportamentali sono: generalizzazioni rabbiose, uso frequente di oscenità, voce forte, eloquio staccato, esplosivo (Ho), tendenza ad interrompere gli interlocutori, tensione posturale e facciale, disputare polemicamente durante banali conversazioni diventano (Co), fare più cose alla volta (polifasia), Mangiare, parlare, camminare in fretta, tamburellare con le dita, far "ballare" le gambe (Im).

Il *Western Collaborative Group Study* (WCGS) è il primo studio prospettico a mostrare il potere predittivo indipendente del fattore "Tipo A" per la cardiopatia coronarica (RR=2.0) ed il reinfarto (RR=5). Il *Recurrent Coronary Prevention Program* (RCPP) è il primo studio di intervento a mostrare la prevenibilità del reinfarto in soggetti coronaropatici attraverso la riduzione del "Tipo A" mediante *counseling* comportamentale.

I risultati del RCPP e di successivi studi (Sibilia & al., 1988) e metanalisi dimostrano che il punteggio di "Tipo A" può venir ridotto dai trattamenti adottati di circa metà deviazione standard. Diversi studi mostrano come la probabilità di reinfarto e di mortalità coronarica a 3 anni venga ridotta del 50% mediante soli trattamenti psicologici (cognitivo-comportamentali) focalizzati sulla riduzione del "Tipo A".

Gli strumenti di misura del quadro comportamentale di "Tipo A" sono stati: a) l'Intervista strutturata videoregistrata (VSI, usata nel RCPP), b) l'Intervista strutturata audioregistrata (SI, sviluppata da R. Rosenman usata nel WCGS, MRFIT), c) la Framingham Type A Scale (FTAS), d) la Bortner Rating Scale (BRS), e) la Jenkins Activity Survey (JAS). Come ricordato, le interviste strutturate sono gli strumenti migliori (in particolare la VSI), ma poco adatte come procedure di *screening*, e richiedono un addestramento. Invece, Le scale carta-matita (BRS, FTAS, JAS) sono le peggiori (scarsa validità convergente) in particolare per la componente ostilità, nonostante le più usate per comodità, ed hanno contribuito all'abbandono della ricerca sul "TABP".

Il *sostegno sociale* (SS) è un fattore che si riferisce al numero, quantità e qualità dell'aiuto percepito da un soggetto, ricevuto o ottenibile tramite i suoi rapporti sociali. Il SS è funzione di diversi fattori, riferibili a due principali categorie: 1) la "rete sociale": N. di amici, affiliazioni, partecipazione ad attività organizzate, etc., e 2) la "qualità dell'aiuto" percepito: sostegno emotivo, conforto, consiglio, ecc.

Una "Rete sociale" più ridotta si è dimostrata in diversi studi su soggetti sani comportare un RR = 2-3 di sviluppare cardiopatia ischemica CPI. In pazienti coronaropatici, bassi livelli di sostegno emozionale, o condizione "single" hanno fornito tassi di mortalità coronarica 3-5 volte maggiori rispetto a chi invece godeva di alti livelli di sostegno e aiuto.

I *disturbi distimici* quali il disturbo di ansia e il disturbo depressivo si sono anche mostrati predittivi di eventi coronarici. Nei pazienti psichiatrici con *disturbi di ansia* è stata riscontrata una elevata

mortalità CV, sia nella forma di morte cardiaca improvvisa (RR=da 0.8 a 3.8), sia come infarto miocardico (RR=da 0.9 a 4.5) in diversi studi su soggetti esenti da sintomi e segni cardiaci. In diversi studi su soggetti cardiopatici l'associazione con nuovi eventi cardioischemici fatali e non fatali si è anche dimostrata elevata (RR=da 2.5 a 4.9). Numerosi studi prospettici dimostrano anche un gradiente tra profondità della *depressione* e rischio di futuri eventi coronarici e CV sia in soggetti sani (RR: 1.5 - 3.5) che cardiopatici (RR: 2.5 – 7.8).

Lo *stress psicosociale acuto*, invece, sebbene non sia un fattore di rischio ma vada piuttosto considerato un fattore scatenante, si è stimato che sia responsabile del 20% dei casi di morte cardiaca improvvisa

(De Silva, 1993). Anche il *disturbo da attacchi di panico* (DAP) risulta associato a maggior frequenza di coronaropatia in pazienti con dolore toracico (Kane, Strohleim & Harper, 1991), sebbene non abbia i requisiti per essere considerato un fattore di rischio.

Processi patogenetici

I processi patogenetici che conducono dai fattori psicosociali di rischio alle malattie CV sono molteplici, riducibili a 3 vie principali:

1. Effetti neurogeni diretti dei sistemi orto- e parasimpatico (e forse serotonergico) su miocardio e vasi.
2. Effetti delle risposte psicofisio(pato)logiche dello stress sull'assetto ormonale.
3. L'influenza delle condizioni di stress sui comportamenti consumatori.

E' noto che le condizioni di *stress acuto* sono direttamente associate ad aumento della glicemia, della lipidemia (LDL, FFA, CT), della pressione arteriosa, e della frequenza cardiaca. Ma anche la *depressione* è risultata direttamente associata ad ipercortisolemia, così come l'isolamento sociale, e ad una esaltata funzione piastrinica. Viceversa, la qualità dei rapporti sociali è inversamente associata ad ipercortisolemia, ed il sostegno sociale inversamente associato alla frequenza cardiaca a riposo, al livello delle catecolamine urinarie, alla pressione arteriosa durante un impegno mentale o stimoli stressanti.

Il *disturbo di ansia* è risultato associato con una ridotta variabilità della frequenza cardiaca e una ridotta funzione ventricolare sinistra, nonché una sregolazione del controllo parasimpatico sul ritmo cardiaco.

L'ostilità è risultata associata con ipercortisolemia, aumento dell'attività piastrinica, alti livelli di catecolamine circolanti, diminuzione attività recettoriale adrenergica di superficie leucocitaria.

Infine, molti dei fattori di rischio psicosociale sono risultati associati a ridotto controllo sui comportamenti consumatori, quali il comportamento alimentare, il fumo di sigaretta e l'abuso di alcoolici. Tali comportamenti vengo spesso attuati come modalità di fronteggiamento (*coping*) di condizioni emotigene, per gli effetti ingestionali che procurano.

Nuove ipotesi

In una ottica di prevenzione e soprattutto di promozione della salute cardiovascolare, può quindi essere importante lo sviluppo di una strategia che consenta di affrontare questi fattori psicosociali insieme a quella basata unicamente sui fattori bio-medici. Questa strategia richiederà chiaramente una base teorica più avanzata di quella su cui è comunemente basata la prevenzione CV (Sibilia, 2001).

Si può osservare anzitutto da questa breve disamina come i fattori psicosociali di rischio CV siano costituiti prevalentemente da fattori di stress psicosociale, sia nel senso di fattori di vulnerabilità allo stress (*nevroticismo*), sia fattori di *coping* disfunzionale (*Tipo A*, *ostilità*), sia come effetti dello stress (*disturbi distimici*) o carenza di risorse sociali per "ammortizzarlo" (*isolamento* o scarso *sostegno sociale*).

Inoltre, emerge con chiarezza la possibilità di individuare sequenze temporali. Alcuni fattori infatti, (come il *nevroticismo* o il *coping* disfunzionale) sono noti per aumentare di per sé il rischio di

svilupparne altri (disturbi distimici, isolamento sociale). Risulta giustificato iniziare a parlare non semplicemente di fattori di rischio, piuttosto invece di “percorsi” di rischio CV, intesi questi come catene “markoviane” che si realizzano nel tempo, in cui ogni fattore di rischio è una condizione che aumenta la probabilità della successiva condizione. Da questo punto di vista, si dovrebbe sviluppare un agenda di ricerca al fine di individuare e definire l'inizio di tali percorsi, nonché i fattori che possano favorirne o ostacolarne la progressione.

Lo studio CATAMNESI

In questo contesto, e sulla scia di studi precedenti (Drechsler, Bruner & Kreitler, 1987; Hamberger & Hastings, 1986; Smith, 1983; Weber, 1983) abbiamo sviluppato lo studio “Catamnesi” (Sibilia & al., 1995). Ipotesi fondamentale dello studio era che esistessero atteggiamenti disfunzionali di *coping*, che altrove abbiamo chiamato una “*struttura cognitiva coronarolesiva*” che possono contribuire – a lungo termine - al rischio cardiovascolare, e pertanto ridurre la sopravvivenza o la salute in soggetti inizialmente sani. Si è trattato di uno studio prospettico, avviato nel 1983 e concluso nel 1993, mirante a identificare il potere predittivo per le malattie cardiovascolari e la mortalità generale di alcuni parametri psicosociali.

Campione e metodo

Il campione era composto da 200 soggetti scelti casualmente da una coorte arruolata per uno *screening* cardiovascolare di 799 impiegati e funzionari del Ministero della (allora) Pubblica Istruzione. Tutti i soggetti dello studio furono sottoposti a visita medica, esami clinici di routine, misura del peso, altezza e pressione arteriosa, nonché a una batteria psicometrica comprendente i seguenti tests e questionari: *Maudsley Personality Inventory* (MPI), *Bortner Rating Scale* (BRS), *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS). Il DAS fu sottoposto ad analisi fattoriale con 8 fattori estratti. Degli 8 fattori ne sono stati scelti due come più significativi, che abbiamo chiamato: 1) *Svalutazione del sostegno (sociale)*, e 2) *Autoesaltazione* (v. Tab.2).

Tab. 2 – Item dei fattori “Svalutazione del sostegno” ed “Autoesaltazione” estratti dalla DAS.

Svalutazione del sostegno:

- (+) *Non è necessario essere aiutati per affrontare i problemi della vita.*
- (-) *Non si può sopravvivere senza l'aiuto degli altri.*
- (+) *È possibile essere totalmente autosufficienti.*

Autoesaltazione:

- (-) *Se mi riesce bene qualcosa ciò è dovuto al caso, se mi riesce male la colpa è mia.*
- (-) *Sono una persona poco amabile.*
- (-) *Se la gente sapesse veramente come sono, avrebbe meno stima di me.*
- (-) *La mia felicità dipende più dagli altri che da me.*
- (-) *Di tutto vedo sempre gli aspetti negativi.*
- (-) *Il futuro che mi è davanti è tutto nero.*
- (-) *Non valgo nulla.*
- (-) *Tutte le cose che intraprendo sono per me difficili.*
- (-) *Non posso più rimediare ad un errore che ho fatto.*
- (-) *Quando succede qualcosa di spiacevole la colpa è mia.*

(-): il punteggio dell'item è invertito.

In base a questi fattori ed ai punteggi di "Tipo A", Estroversione e Nevroticismo i soggetti furono suddivisi in 5 sottogruppi, mediante *cluster analysis* (Tab.3).

Tab.3 - Descrizione dei cluster e distribuzione dei casi di nuovi eventi cardiovascolari

GRUPPI:	1	2	3	4	5
Variabili:					
Età	52.8	35.5	39.9	55.3	55.1
Estroversione	14.8	32.4	30.7	31.5	23.5
Nevroticismo	19.2	10.6	28.8	15.5	29.5
BRS	189	194	237	159	197
DAS	141	128	158	148	196
F5-DAS	.718	.313	-.256	.443	.039
F8-DAS	-.107	.357	.078	.663	-1.22
N =	26	46	39	38	36
Descrizione	PIÙ ANZIANI INTROVERSI BASSA SVALUTAZ.IONE DEL SOSTEGNO	PIÙ GIOVANI ESTROVERSI STABILI COPING FUNZIONALE	PIÙ GIOVANI INSTABILI TIPO A	PIÙ ANZIANI ESTROVERSI TIPO B SVALUTAZ.IONE DEL SOSTEGNO AUTOESALTAZIONE	PIÙ ANZIANI INSTABILI COPING DISFUNZIONALE BASSA AUTOESALTAZIONE

Nel 1993 furono raccolte le informazioni disponibili sullo stato di salute dei soggetti del campione, mediante indagini presso il locale Ufficio Personale, i registri del Centro di Medicina Preventiva, ed altre fonti. Della coorte studiata si sono recuperati quindi i dati catamnestici di 87 soggetti.

Risultati

Erano stati registrati 11 eventi fatali: 2 infarti fatali, 2 ictus, 4 tumori maligni, 1 incidente, 3 morti per altre cause. La morbilità CV e la mortalità generale per tutte le cause non era però omogenea nei 5 gruppi considerati (Tab.4).

Sia la maggiore mortalità generale che la maggiore morbilità cardiovascolare risultavano più elevate nel cluster n.4, caratterizzato dai punteggi medi più estremi di *svalutazione del sostegno sociale* ed *autoesaltazione*, nonché da alti punteggi medi di *estroversione*. L'età più elevata era anche condivisa dai cluster 1 e 5. Il cluster n.1, tuttavia, caratterizzato da bassa svalutazione del sostegno non aveva alcun caso fatale, mentre nel cluster n. 5, caratterizzato da bassa autoesaltazione il rischio CV era nella media (RR=0.91). In quest'ultimo vi era però anche un più elevato RR di eventi fatali, che potrebbe mettersi in relazione agli elevati punteggi DAS iniziali (coping disfunzionale), associato al fattore nevroticismo.

Tab.4 – Morbilità cardiovascolare e mortalità generale nella coorte alla catamnesi:

CLUSTER:	1	2	3	4	5
Casi cv (N=16) X ² =14.2 p= 0.0067	4/10	0/17	1/13	8/17	3/14
RISCHIO RELATIVO	1,74	0	0,35	2,04	0,91
CASI fatali (N=11)	0/10	0/17	1/14	6/21	4/16
X ² =10.19 p= 0.037					
RISCHIO RELATIVO	0	0	0.5	2,7	1,8

Conclusioni

In una popolazione lavorativa maschile dai 35 ai 55 anni, un profilo caratterizzato da negazione della necessità del sostegno sociale, un'eccessiva fiducia in sé (o autoesaltazione), in soggetti estroversi, oppure da *coping* disfunzionale ed una carenza di autofiducia, in soggetti con alto nevroticismo, comporta un rischio significativamente maggiore di mortalità (1.8-2.7) entro 10 anni.

Viceversa, un profilo caratterizzato da riconoscimento della necessità del sostegno sociale, in soggetti introversi oppure da strategie di *coping* funzionali (bassi punteggi DAS) in soggetti estroversi stabili comporta un rischio significativamente minore di mortalità a 10 anni.

E' evidente come alcuni fattori di natura dimensionale risultano possedere effetti protettivi o di rischio a seconda dei valori che assumono (es. *coping*, sostegno). Non solo, ma atteggiamenti di *coping* estremi possono avere esiti diversi a lungo termine sulla salute e la sopravvivenza in soggetti con personalità di base diverse.

La presente ricerca corrobora dunque l'ipotesi che alcuni atteggiamenti, che si formano tipicamente durante la socializzazione dell'individuo, possono comportare diverse propensioni al rischio CV; inoltre suggerisce che il rischio implicito in tali atteggiamenti sia mascherato (esaltato o annullato) dalla personalità di base. Si può intravedere dunque il valore di individuare percorsi patogenetici di rischio CV che si dipanano nell'arco di vita, piuttosto che i singoli fattori in isolamento.

Bibliografia

De Silva, R.A. (1993) Cardiac arrhythmias and sudden cardiac death. In A. Stoudemire A. & B.S. Fogel (Eds.) *Medical-Psychiatric Practice*, vol. 2, 199. Washington DC: American Psychiatric Press.

Degre-Coustry C. Kittel F. Dramaix M. Kornitzer M. Denolin H. De Backer G. Jouve A. Bernet A. Drivet-Perrin J. Pichot J. De Bonis H. Richard J. Lellouch J. Verdier-Taillefer A. Alperovitch A. (1982) Cardiopathies ischémiques et profil psychologique dans trois cohortes masculines. Données de prevalence. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 30 (71-84).

Dembroski TM, & al. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosom Med.* 1989; 51:514-522.

Drechsler I. Bruner D., Kreitler S. (1987) Cognitive antecedents of coronary heart disease. *Soc Sci Med* 24 (7) p581-8.

Friedman M. Thoresen C.E. Gill J.J. Ulmer D. Powell L.H. Price V.A. Brown B. Thompson L. Rabin D.D. Breall W.S. Bourg E. Levy R. & Dixon T. (1986) Alteration of Type A behavior and its effects on cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients: Summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *Circulation*, 112 (653-665).

Hamberger L.K. Hastings J.E. (1986) Irrational beliefs underlying Type A behavior: Evidence for a cautious approach. *Psychological Reports*, 58(1), 19-25.

Hecker MHL, & al. (1988) Coronary-prone behaviors in the Western Collaborative Group Study. *Psychosom Med.* ;50 :153-164.

Kane FJ, J.r., Strohlein, J., and Harper, R.G. (1991) Noncardiac chest pain in patients with heart disease. *South Med J.*, 84(7): 847-852.

Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1994) Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 1/2 years. In *Psychosocial processes and health: A reader*, ed. by Andrew Steptoe, Jane Wardle, (200-214). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Sibilia L. Fida A. Clemente P. Antonini R. & Borgo S. (1988). Il Programma CUORE: Psicologia cognitivo-comportamentale per la prevenzione primaria della cardiopatia coronarica. In: *Psicologia e Salute* a cura di M. Bertini, pp. 197-204. Roma: Nuova Italia Scientifica.

Sibilia L., Francioni G., Borgo S. & Lacenere M.T. (1991). Dysfunctional attitudes, personality,

behavior pattern and coronary heart disease: results from a survey. In: *European Health Psychology. Proceedings of the 4th Annual Conference of the European Health Psychology Society*, a cura di Johnston M., Herbert M. & Marteau T. (Eds.). Leicester: Bocardo Press.

Sibilia L. & Borgo S. (1992). On some commonly overlooked problems in Type A Behavior Pattern research. In Winnubst J.A.M. & Maes S. (Eds.) *Lifestyles and Health: New Developments in Health Psychology*. Leiden: DSWO Press, Leiden University.

Sibilia L. (1993). Type A behavior and hostility in coronary heart diseases. In Sibilia L. & Borgo S., (a cura di) *Health Psychology in Cardiovascular Health and Disease*. C.R.P., Roma.

Sibilia L., Picozzi R., Lacenere M.T., Vonken E. & Nardi A.M. (1995). 10 years' follow-up of a cohort of white collar men: are psychosocial risk factors predictive of fatal events? In: *Health Psychology and Quality of Life Research*, a cura di Jesús Rodríguez Marin, Ph.D. Alicante, Spain: University of Alicante.

Sibilia L. (1998) Introduzione. In *Psicologia, Stress e Salute Cardiovascolare*, a cura di L. Sibilia. Roma: CNR.

Sibilia L. (1998) "Tipo A" e fattori psicosociali di rischio cardiovascolare: previsione e prevenzione. In *Psicologia, Stress e Salute Cardiovascolare*, a cura di L. Sibilia. Roma: CNR.

Sibilia L. (2001) A psychological approach to a theory-based promotion of cardiovascular health. *Polish Psychological Bulletin.*; 32(2):93 -100.

Smith T.W. Houston K. & Zurawski R.M. (1983) The Framingham Type A Scale and Anxiety, Irrational Beliefs, and Self-Control. *J. of Human Stress*, 9, 2 (32-37).

Weber R.J. (1983) The coronary-prone personality: An analysis of the cognitive structure underlying the Type A behavior pattern. *J. of Rational Emotive Therapy*, 1(1), 21-25.

ASPETTI PSICOLOGICI NEI PAZIENTI DIABETICI DI TIPI I E NEI LORO FAMILIARI: IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA PROMOZIONE DEL BENESSERE

Strepparava M.G.* Prof. Associato

Palumbo P.** Specialista in diabetologia

Ravanelli L.* Dottoranda

Tagliabue L.* Dottorando

Rezzonico G.* Prof. Straordinario

* *Multimedia Health Communication Laboratory (MHCLab), c/o Dipartimento di Medicina Sperimentale, Ambientale e Biotecnologie Mediche (DIMESAB), Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano Bicocca*

** *Clinica San Carlo, Casa di Cura Privata Polispecialistica, Paderno Dugnano Introduzione*

I concetti di Qualità della vita (QdV) e di benessere, da sempre – in modo più o meno esplicito – parte della nostra quotidianità, da circa un decennio sono anche entrati a pieno diritto come aspetti fondamentali e oggetto di studi e ricerche nella pratica medica (Strepparava e Secchi, 1996), tanto che la valutazione del livello di buona qualità della vita del paziente è uno dei parametri utilizzati per indirizzare le scelte terapeutiche, soprattutto nel caso delle malattie croniche o degli interventi palliativi. Se nel caso di una situazione acuta è più facile per il paziente sopportare disagi anche pesanti, perchè implicitamente la persona sa che essi avranno una durata limitata nel tempo, nel caso delle malattie croniche il problema principale è riuscire a far diventare parte integrante della propria vita terapie mediche, controlli clinici, limiti alla propria libertà di movimento e di azione, spesso anche la ricorrente presenza del dolore. Il lavoro dello psicologo clinico può trovare spazio dunque sia nell'aiutare il malato cronico in questo processo di accettazione della sua nuova situazione e dei limiti che la malattia pone allo stile di vita precedente, sia nel collaborare con il clinico medico alla valutazione della situazione del paziente, per una pianificazione degli interventi che tenga conto non solo delle esigenze strettamente mediche, ma anche di quelle della persona malata. Perchè questi sforzi siano nel contempo mirati ed efficaci non ci si può affidare solo all'intuito, ma sono necessari modelli di riferimento e soprattutto strumenti di valutazione. La sfida che, in un certo senso, è implicita nel cercare di lavorare sulla qualità della vita del malato è, per lo psicologo clinico, riuscire a essere rigoroso senza perdere di vista il paziente in quanto persona e proporsi quindi come un interlocutore valido e affidabile per i colleghi medici (Strepparava, 2003)

Da un punto di vista storico, il concetto di Qualità della Vita (QdV) ha subito diversi cambiamenti passando da una definizione centrata soprattutto sulla dimensione del benessere in quanto assenza di malattia, ad una concettualizzazione multidimensionale che tiene conto di dimensioni non solo fisiche (stato di salute, attività funzionale, autonomia nella cura di sé, livello del dolore e via dicendo) ma anche mentali – quali sintomi ansiosi o depressivi – e sociali. Secondo Ferrans la QdV è «il senso che un individuo ha del proprio benessere che deriva dalla soddisfazione o insoddisfazione relativamente alle aree della vita che sono importanti per lui/lei» (Ferrans, 1990).

Si evidenzia qui la stretta dipendenza tra benessere e aspetti soggettivi, quali le aspettative rispetto alla propria vita e alle aree che ognuno di noi ritiene importanti. La propria storia di vita, le esperienze passate, le difficoltà del presente e le aspettative sul futuro diventano il parametro di valutazione della propria condizione di benessere o malessere. Il benessere e più in generale la QdV vengono così a configurarsi come la risultante di una serie di dimensioni profondamente intrecciate tra loro: la condizione fisica, gli aspetti sociali, psicologici e relazionali.

Ogni forma di malattia, che sia o meno transitoria, genera nella persona la percezione di una rottura – anche piccola – del senso di stabilità della propria esperienza: non si può più contare su di sé come lo si poteva prima di ammalarsi, emergono limiti grandi o piccoli alla propria libertà o possibilità di movimento, compaiono regole e norme che devono essere seguite necessariamente. Si tratta di una frattura nel senso di continuità del proprio vissuto esperienziale che, ovviamente, è tanto più forte quanto maggiore è lo stato di malattia. Non solo, ma ogni stato di malattia tende ad essere soggettivamente percepito come più intenso e vincolante quanto più lo specifico tipo di

patologia va a toccare una o più dimensioni percepite come soggettivamente costitutive della persona.

Le persone, dunque, reagiscono in modi diversi davanti alla perdita della salute: alcuni, più attenti alla dimensione fisica, considerano la malattia come una prova della loro debolezza, mentre altri, meno legati al vissuto corporeo, non riescono a riconoscerla continuando a comportarsi normalmente.

Il modello del cognitivismo clinico (Guidano 1987, 1991; Bara 2005) fornisce un'interessante chiave di lettura per comprendere le differenze soggettive nei processi di reazione e aggiustamento nel tempo alla comparsa di una patologia cronica. Secondo un approccio sistemico-processuale, infatti, l'essere umano è visto come un sistema complesso in grado di dare senso alle esperienze della vita in funzione del mantenimento della propria coerenza interna e quindi della stabilità del senso di sé. Tale coerenza si struttura a partire dalle prime esperienze relazionali con la figura di attaccamento nell'infanzia e contribuisce a guidare i successivi processi di attribuzione di senso, agendo come una sorta di "filtro" che seleziona gli eventi a cui viene prestata attenzione e quelli ritenuti non rilevanti, nonché l'importanza e il significato attribuito a ogni evento. Le persone possono tendere ad appoggiarsi maggiormente sui riscontri che provengono dall'esterno per trovare definizione o conferma dei loro stati interni (pensieri ed emozioni) oppure, al contrario, usare prevalentemente i propri segnali e stati interni come guida all'interpretazione degli eventi e come guida all'azione. Nel primo caso la difficoltà principale sta nella fatica a "legittimare" – in un certo senso – quello che si prova trascurando il proprio sentire a favore di quello che gli altri ci indicano, nel secondo è piuttosto la difficoltà ad armonizzarsi alle modificazioni esterne che può creare le maggiori difficoltà. La costruzione del senso degli eventi è dunque il risultato di un complesso processo narrativo guidato dalle emozioni, dalla storia individuale, dallo stile di attaccamento e dalle differenze nell'organizzazione di personalità (vedi Rezzonico, Strepparava, 2004).

I diversi processi psicologici che normalmente garantiscono all'individuo un adeguato livello di funzionamento, vengono messi in crisi nel momento in cui non sono più in grado di offrire significati validi a cui ancorare la nuova condizione di malattia.

L'esito, inteso come il raggiungimento più o meno doloroso di un nuovo equilibrio psico-fisico, che una crisi di questo genere innesca dipende un modo significativo dalla peculiare modalità di funzionamento della persona e dal diverso grado di flessibilità o di rigidità dei suoi processi mentali. Ogni organizzazione di personalità tende, dunque, nel corso del tempo a organizzare il flusso dell'esperienza secondo modalità specifiche generando aspettative e credenze in linea con il mantenimento dell'equilibrio del sistema stesso.

Allo stesso tempo questa particolare modalità di costruzione di significato assume nel tempo un carattere stabile dando luogo a un'organizzazione di personalità (OdP) con vincoli e possibilità specifiche. In base al modo di rappresentarsi gli eventi della vita, le loro cause e le loro possibili conseguenze si aprono scenari comportamentali diversi che possono portare a situazioni più o meno validi nell'ottica di gestire la patologia.

Ogni persona sviluppa dunque un proprio peculiare percorso di adattamento alla malattia, con caratteristiche specifiche ed esiti diversamente funzionali (Rezzonico e Ruberti, 1996). I differenti modi in cui la persona si trova a rispondere alla comparsa di uno stato di malattia, per quanto possano apparire disfunzionali ad un osservatore esterno che spesso non riesce o non può avere accesso alla logica interna di costruzione del senso, rappresentano, quindi, il migliore adattamento possibile che la persona è riuscita a costruire in base alla propria organizzazione cognitiva.

A ciò va aggiunto l'importanza della dimensione emotiva: ogni malattia e a maggior ragione una patologia cronica scatena emozioni differenti ad alta intensità con cui il diretto interessato deve confrontarsi. Anche in questo caso il risultato della gestione emotiva è largamente influenzato dalla particolare storia di vita della persona e dalla differente capacità di avvertire e riconoscere i suoi stati interiori come elementi integranti o al contrario destabilizzanti rispetto alla propria coerenza strutturale.

Diabete e aspetti psicosociali

Il diabete è una malattia caratterizzata dall'aumento dei livelli di zuccheri nel sangue (iperglicemia) dovuto all'incapacità dell'organismo di produrre insulina del tutto o, comunque, in quantità sufficiente. Esistono due tipi di diabete: il tipo I – soggetti insulino-dipendenti (IDDM) – può colpire persone tra 0 e 40 anni ed è curato attraverso la somministrazione di insulina per sopperire alla

mancata o insufficiente produzione della stessa da parte dell'organismo; il tipo II invece può insorgere a partire dai 30-40 anni e il suo trattamento varia, a seconda della gravità, dalla prescrizione di una dieta alimentare che può essere associata o meno a farmaci al solo trattamento farmacologico. Se non adeguatamente curato il diabete può portare allo sviluppo di complicanze dapprima microvascolari e successivamente macrovascolari. In questo senso una corretta gestione della cura è essenziale per raggiungere un buon livello di Qualità della Vita. Tale cura non si limita esclusivamente all'assunzione di insulina, ma comporta in prima battuta un cambiamento nella conduzione del proprio stile di vita. Diventano necessari, quindi, tutta una serie di accorgimenti: il quotidiano controllo glicemico onde evitare scompensi glicemici che possono portare a condizioni di ipo o iperglicemia; effettuare esami di controllo e regolazione dell'alimentazione come strategie preventive di insorgenza di complicanze; il praticare attività fisica sia per mantenere un adeguato livello di grassi e di zuccheri sia per ridurre lo stress che influisce sul diabete. Lo stress, infatti, può incidere in maniera differente sulla condizione del soggetto agendo sia in modo diretto, modificando i livelli di glucosio, sia in modo indiretto, attraverso una cattiva gestione del controllo della glicemia piuttosto che delle abitudini alimentari o comportamentali.

L'assunzione dei nuovi comportamenti è però solo uno degli aspetti nel percorso di costruzione della consapevolezza di malattia e non il più importante: non è detto infatti che il fatto di adeguarsi a seguire le norme dietetiche voglia dire di per sé che la persona abbia *accettato* la malattia. Dove con "accettare la malattia" si intende che il fatto di essere malato non è percepito come uno stato di diminuzione, di mancanza, di limite perennemente presente alla mente, ma come uno tra i molti vincoli che ciascuno di noi ha nella propria vita, ma non certo il più importante. E' solo nel momento in cui l'individuo non si pensa più come "Il diabetico Giovanni" che la malattia cessa di essere la definizione principale di sé come persona e diventa uno dei molti aspetti che fanno la complessità dell'individuo. Se questo non avviene l'adattamento non funzionale alla nuova condizione può facilmente sfociare in disturbi di tipo depressivo e/o ansioso (Kruse et al., 2003) oppure nell'acuirsi delle problematiche legate alla disregolazione alimentare o all'emergere di vere e proprie patologie del comportamento alimentare (Rydall et al., 1995).

Una corretta gestione della cura, così come il rischi di sviluppare diagnosi secondarie sembrano essere in relazione con una serie di fattori di natura psicologia e sociale (Rubin e Peyrot, 1992).

Elementi come la capacità di fronteggiare situazioni avverse (coping), la diversa modalità di attrazione di causalità degli eventi (locus of control), oltre che il ruolo delle aspettative e delle credenze soggettive sono stati indagati nei loro rapporti con la gestione della cura evidenziando come le caratteristiche soggettive del paziente incidano in modo significativo sul benessere della persona.

Soggetti che credono che la malattia sia stata causata da qualche manchevolezza personale, che non si sentono in grado di affrontare i problemi senza l'aiuto di qualcuno e che credono che qualunque cosa facciano non servirà a curarli svilupperanno un percorso di adattamento alla malattia diverso rispetto a persone che si considerano capaci di affrontare la malattia e di curarla senza l'aiuto di nessuno.

Diversi studi rivelano, inoltre, come il sostegno da parte di familiari, partner o del gruppo dei pari sia un fattore importante nel determinare l'esito del processo di assimilazione della malattia all'interno di un nuovo equilibrio psico-fisico (Rose et al., 2002).

Ancora una volta è utile sottolineare come più che il sostegno sociale di per sé, ciò che conta è il modo in cui tale sostegno viene percepito dalla persona malata, cioè – ancora una volta – il senso che l'individuo attribuisce a quello che accade intorno a lui. Per alcune persone, strutturate attorno a un'idea di non amabilità personale e di rifiuto – che ha le sue radici nella storia personale della qualità della relazione con le figure di attaccamento – può risultare particolarmente difficile chiedere aiuto, sulla base di un'assunzione il più delle volte non esplicitata, che per loro non è possibile davvero venire aiutati e che quindi è possibile contare solo sulle proprie forze. Per altre persone, più centrate su un nucleo di amabilità personale e nel contempo di vulnerabilità e fragilità, può invece essere sensibilmente più semplice cercare aiuto e sostegno, in questo caso però il rischio è di diventare pazienti che sottolineano in modo eccessivo il proprio bisogno di aiuto e tendono a non attivarsi anche nelle situazioni in cui invece sarebbe per loro possibile e anzi utile. In altri individui la tendenza a dipendere dall'esterno li rende pazienti che si affidano totalmente ai curanti o a chi di loro si prende cura con un'atteggiamento di deresponsabilizzazione e delega del proprio problema.

Parallelamente alla dimensione individuale e familiare, è importante considerare anche la figura e il significato che il ruolo del medico assume all'interno del processo di cura. Il medico, infatti, diventa l'interlocutore privilegiato del giovane paziente e/o dei genitori a cui spesso si affida la presa in carico della persona nella sua globalità. Una buona relazione con i medici aumenta la comprensione da parte del paziente dei meccanismi coinvolti nella malattia e inoltre favorisce una maggiore adesione ed efficacia del trattamento terapeutico.

L'età di insorgenza è sicuramente un fattore trasversale che incide in maniera diversa sui diversi ambiti della malattia. Se da un lato, infatti, la scoperta della malattia implica un cambiamento nello stile di vita nel sentimento di vulnerabilità del proprio corpo, il fatto che tale sconvolgimento avvenga in età adulta, nel corso dell'adolescenza o in età pediatrica ha ripercussioni differenti.

Una diagnosi in età pediatrica comporta infatti una gestione della cura totalmente affidata alla famiglia che diventa così il principale filtro attraverso il quale il bambino vive la malattia, mentre una diagnosi in adolescenza può aggravare una situazione già di per sé altamente instabile.

Così nel primo caso il bambino può non avvertire in pieno la sua condizione mentre la famiglia vive la malattia come un impegno primario garantendosi un ruolo centrale nella vita del figlio. Spesso il senso di colpa che accompagna la malattia catalizza l'attenzione dei genitori su qualunque aspetto possa mettere a rischio la salute del figlio.

Diverso è il caso dell'adolescenza: questo periodo, infatti, rappresenta un periodo di ristrutturazione rispetto all'immagine di sé dell'infanzia. All'interno di tale periodo già confuso una diagnosi di diabete può scontrarsi con il naturale desiderio di autonomia e indipendenza caratteristiche di questa fase del ciclo di vita. La malattia diventa così il principale terreno di scontro lungo il quale si contrappongono le diverse esigenze della famiglia, attenta a sottolineare l'importanza del proprio ruolo, e l'adolescente, impegnato nel tentativo di rendersi autonomo e padrone delle proprie scelte. L'esito di questa sorta di scontro generazionale risulterà fondamentale del determinare quelle che saranno le modalità personali di gestione della cura.

Interventi

Il panorama degli interventi di natura psico-sociale nel campo del diabete è assai vasto ed eterogeneo. I destinatari degli interventi sono generalmente i soggetti diabetici e le persone a loro vicine, siano essi familiari, coniugi partner (Van der Ven, 2003).

La natura dei vari percorsi volti a migliorare la gestione della cura e più in generale il benessere della persona possono avere obiettivi differenti: più specifici, come nel caso di interventi volti a migliorare le capacità di far fronte ai problemi (coping) piuttosto che interventi di natura educativa sulla corretta modalità di gestione della cura, o più generali come nel caso di gruppi di sostegno, di auto aiuto.

Gli effetti del diabete coinvolgono dimensioni diverse della vita della persona e hanno effetti sull'interno contesto relazionale del soggetto. Da qui il tentativo, nato dalla collaborazione tra il Multimedia Health Communication Laboratory (MHCLab) della Facoltà Medica dell'università degli studi Milano Bicocca e la Clinica San Carlo di Paderno Dugnano di coniugare insieme le diverse competenze all'interno di un progetto unitario che consenta una copertura ad ampio spettro delle differenti esigenze presentate dalla malattia.

A partire da queste premesse è stato sviluppato con l'aiuto dell'Associazione Diabetici della provincia di Milano e la casa farmaceutica A. Menarini Diagnostics il progetto "Luna di miele". L'obiettivo del corso non è stato solo quello di fornire informazioni di natura specialistica volte a migliorare la gestione autonoma della terapia, ma anche promuovere una visione del benessere multidimensionale sottolineando gli aspetti di ricorsività tra Qualità della Vita (QdV), gestione della malattia, e livelli glicemici/ ricadute a breve e a lungo termine. Il progetto ha coinvolto diverse figure professionali: diabetologa, dietologa, dietista e psicologi ognuno dei quali ha tenuto un incontro su tematiche relative alle proprie specifiche competenze. L'intervento di diabetologia ha mirato a fornire informazioni utili circa l'importanza e la corretta modalità del controllo glicemico da parte dei soggetti, nonché delle possibili complicazioni a lungo termine influenzate dai livelli di glicemia. I meccanismi di azione della glicemia, come questa può influenzare gli aspetti della vita del soggetto e la particolare modalità di gestione della quantità di insulina sono stati i temi principali trattati in questi interventi. Poiché anche l'alimentazione è una componente importante della cura, sono stati previsti incontri con una dietologa e una dietista al fine di migliorare non solo la conoscenza e la gestione delle quantità e della qualità del cibo, ma anche la capacità di creare accostamenti di menù equilibrati. Sono state sviluppati argomenti inerenti il calcolo dei carboidrati e in vantaggi di un corretto apporto nutrizionale in funzione di una migliore gestione dei livelli di

glicemia.

Infine l'intervento degli psicologi è stato centrato sulla promozione del benessere e della qualità della vita, proponendo un intervento interattivo volto a esplorare il punto di vista dei partecipanti circa la qualità della loro vita e contemporaneamente favorire un punto di vista olistico nella gestione della cura della malattia che tenga in giusta considerazione l'impatto di fattori fisici, sociali e psicologici nel raggiungimento del massimo grado di benessere.

Il corso si è poi concluso con una esercitazione pratica consistente nella preparazione da parte dei partecipanti di un pranzo il cui scopo è stato verificare l'acquisizione delle competenze relative al calcolo di insulina in relazione all'assunzione di carboidrati.

Il corso è stato aperto a 30 persone circa e i partecipanti sono stati divisi in fasce d'età in modo da creare un clima omogeneo: una prima fascia di adolescenti comprendente soggetti dai 16 ai 20 anni. Un secondo gruppo di giovani adulti dai 21 ai 27 anni e un terzo gruppo di adulti con più di 27 anni.

Le tematiche affrontate nel corso del progetto "Luna di Miele", hanno fatto emergere situazioni altamente specifiche che hanno però confermato quanto già emerso nel corso dall'attività di gruppo svolta dall'MHCLab presso la Clinica San Carlo. Al di là delle diverse modalità di risposta alla malattia e della differente situazione familiare ciò che accomuna questi pazienti è il valore sostanzialmente relazionale dei loro comportamenti.

Le diverse organizzazioni di personalità possono offrire una chiave di lettura interessante per spiegare i differenti modi di agire in base agli scopi da perseguire. Così un adolescente con una organizzazione psicosomatica insofferente ai vincoli può trovare difficoltoso il costante controllo della glicemia e le limitazioni dovute al controllo alimentare, allo stesso tempo però essendo fortemente centrato sul giudizio degli altri può aderire nel migliore dei modi alla terapia nel tentativo di compiacere le persone che lo circondano. Altre persone più centrate su dinamiche di controllo, come nel caso di un'organizzazione di personalità ossessiva, possono eccedere in una eccessiva limitazione dell'alimentazione o un'eccessivo controllo con continui rimugini sulla bontà del proprio metodo di cura. Ancora soggetti centrati su un'organizzazione depressiva possono rivelarsi altamente responsabili salvo poi dimenticare qualche visita di controllo confermando così la propria visione di sé come incapace e continuamente costretto a faticare per dimostrarsi all'altezza della vita.

Ogni comportamento dunque, sia che si tratti di comportamenti ritenuti funzionali alla cura sia che si tratti di azioni rischiose assumono un valore relazionale nei confronti di volta in volta della famiglia, del medico curante, degli amici. La malattia può così diventare la scusa per non assumersi delle responsabilità, per avvicinare altre persone altrimenti poco raggiungibili, per avere finalmente attenzione in una situazione di anonimato.

Per poter strutturare adeguatamente un intervento che integri gli aspetti psicologici e quelli sociali risulta quindi fondamentale prestare attenzione non solo alla malattia ma a come questa si inserisce all'interno del più generale quadro relazionale del paziente.

Bibliografia

- Bara B.G. (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva* (3vol). Bollati Boringhieri, Torino
- Giudano V. F. (1987). *Complexity of the Self*. Guilford, New York (trad. it. La Complessità del sé. Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1988).
- Guidano V.F. (1991). *The Self in Progress*. Guilford, New York (trad. it. Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1992).
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3), 15-19.
- Kovacs M., Kass RE, Schenell TM, Goldston D, Marsh J. (1989). Family functioning and metabolic control of school-aged children with IDDM. *Diabetes Care*, 12, 409-415
- Kruse J., Schmitz N., Thefeld W. (2003). On the Association Between Diabetes and Mental Disorders in a Community Sample. *Diabetes Care*, 26, 1841-1846

- Rezzonico G., Ruberti S. (1996). *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale*. Franco Angeli, Milano
- Rezzonico G., Strepparava M.G., 2004. Sogni e organizzazioni di personalità. In: G. Rezzonico, D. Liccione (a cura di), *Sogni e psicoterapia. L'uso del materiale onirico in psicoterapia cognitiva*. Bollati-Boringhieri, Torino, 127-179
- Rose M., Fliege H., Hildebrandt M., Schirop T., Klapp B.F. (2002). The Network of Psychological Variables in Patient with Diabetes and Their Importance for Quality of Life and Metabolic Control. *Diabetes Care* ,25, 35-42
- Rubin R. R., Peyrot M. (1992). Psychosocial Problems and Interventions in Diabetes. *Diabetes Care*, 15 (11), 1640-1657
- Rydall AC, Rodin G. M., Olmsted MP., Devenyi RG., Daneman D. (1995). Eating Disorders and medical complications in young women with IDDM: A four year follow-up. *Diabetes*, 44 (suppl 1): 28 A (abstract)
- Strepparava M.G., 2003. La valutazione della qualità della vita nel malato cronico. In: G.De Isabella, S: Colombi, E.Fiocchi, L.Reatto (a cura di) *La psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS della Lombardia*. Centro Scientifico Editore, Torino. 151-159.
- Strepparava M. G.; Secchi G. (1996). La qualità della vita nel paziente oncologico. *L'internista ospedaliero*, 4, 5-9
- Van der Ven N., (2003). Psychosocial Group Intervention in Diabetes Care. *Diabetes Spectrum*, 16 (2), 88-95

MODELLI ANIMALI DI RELAZIONE MADRE – FIGLIO: LORO UTILITA' PER LO STUDIO DI INDICATORI PRECOCI DI SALUTE PSICOFISICA NELL'UOMO. IL CONCETTO DI 'DEVELOPMENTAL NICHE'

Venerosi A., Calamandrei G. e Alleva E.

Reparto di Neuroscienze Comportamentali, Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità.

La prima fase dello sviluppo pre- e post-natale nei mammiferi è costituita da una marcata plasticità del sistema nervoso centrale, tale da modularne le caratteristiche neurochimiche, fisiologiche e anatomiche con un esito che può essere a breve, medio e lungo termine. Molta della plasticità espressa dal sistema nervoso centrale rientra in uno spettro di variabilità compatibile con le capacità adattative di ciascun individuo, tale plasticità confluendo in un continuum funzionale che è modulabile dall'esperienza individuale. La cooperazione tra fattori biologici e fattori esperienziali di tipo sociale è oggi una realtà positiva in vivo. In termini biologici l'esperienza va intesa come sinergia tra l'omeostasi dei sistemi fisiologici dell'organismo e il rapporto allostatico di tali funzioni in relazione al mutare della nicchia ambientale dove ciascun individuo si sviluppa e vive. In alcuni casi i fenomeni di plasticità possono paradossalmente limitare il potenziale adattativo di un organismo determinando una condizione non funzionale, se non patologica. Per questo lo studio dei fattori che influenzano la plasticità del sistema nervoso durante lo sviluppo e delle conseguenze a breve, medio e lungo termine appaiono dirimenti per la prevenzione della salute psicofisica in età evolutiva e nei periodi successivi.

Dal punto di vista etologico la plasticità del sistema nervoso centrale ha storicamente avuto un ruolo centrale nel valore adattativo, ovvero di sopravvivenza, del comportamento di ciascun individuo (cause prossime), e più in generale del suo valore in termini di successo evolutivo della specie (cause remote). Molti sono i fattori che appaiono contribuire alla variabilità del comportamento: le differenze genetiche tra gli individui, gli effetti di fattori che intervengono durante la gestazione, come ad esempio la condizione emotiva e fisica della madre, lo scambio endocrino tra feto e madre, lo scambio endocrino tra feto di sesso diverso in dipendenza della posizione all'interno dell'utero, oltre al tipo di dieta a cui si è sottoposti in fase pre- e post-natale. Di particolare rilievo è l'importanza che le esperienze precoci assumono nell'amplificare lo spettro comportamentale dell'adulto, edificando una personalità fatta di una duplice cooperazione tra fattori neurobiologici e di nicchia ambientale, soprattutto in fasi precoci della vita post-uterina. L'assetto sociale e l'ambiente fisico dove l'individuo in sviluppo abita e cresce hanno conseguenze sulle sue competenze psicomotorie, emozionali e cognitive, che è possibile evidenziare nelle varie fasi della sua vita. La presenza di genitori, zii e fratelli, la composizione in rapporto-sessi dell'assetto sociale di crescita, insieme alla presenza di stimoli visivi e alla possibilità di accesso all'attività motoria e esplorativa si sono dimostrati tutti fattori capaci di influenzare il 'temperamento' individuale, definito, ad esempio, attraverso il tipo di risposta allo stress, i livelli di ansia espressi, il livello di prestazione verso compiti cognitivi su base spesso eminentemente emozionale.

Il comportamento del neonato è strettamente vincolato alla sua natura di dipendenza e di vulnerabilità, che secondo l'approccio etologico vede proprio nello stretto legame con i suoi genitori, ed in particolare con la madre, ciò che lo può preservare dal pericolo mortale e, quindi, aumentare le sue possibilità di sopravvivenza e di raggiungimento dell'età riproduttiva. La teoria dell'attaccamento formulata negli anni sessanta da Bowlby (Bowlby, 1969) accoglie pienamente questo teorema, ed estende alla specie umana il valore etologico della relazione tra madre e figlio, intuendo che (anche nella nostra specie) si possa guardare agli individui, in questo caso i neonati che poi diventeranno bambini, adolescenti e infine adulti, come un sistema organismo-ambiente, che includa aspetti fisici, sociali e culturali (Hinde, 1989). Se quindi ci muoviamo sul terreno dell'approccio 'eto-bowlbiano', l'analisi dello sviluppo psicofisico caratteristico dell'età evolutiva si deve avvalere del concetto di 'developmental niche', potendo così affrontare in maniera retrospettiva l'analisi sistematica dei co-fattori potenzialmente determinanti per un particolare pattern comportamentale osservato. L'impiego di modelli animali, d'altra parte, contribuisce (attraverso il confronto dei dati raccolti in specie differenti) ad analizzare in modo inferenziale il ruolo dell'esperienza precoce, intesa in termini di cure parentali, ma anche di ambiente sociale e

fisico di sviluppo. L'uso dei tali modelli può contribuire a comprendere le basi genetiche e fisiologiche dello sviluppo psicofisico, e come l'interazione di queste caratteristiche individuali con i potenziali fattori di rischio legati all'ambiente di sviluppo possa promuovere o compromettere l'ontogenesi psicofisica nella direzione della salute mentale.

Di grande importanza sono stati gli studi compiuti da Harlow e Zimmerman nel 1959 (Harlow & Zimmermann, 1959) su *Macaca reshus* che evidenziarono in questo primate non umano alcuni aspetti della relazione madre-figlio necessari allo sviluppo di un comportamento 'sicuro' nel piccolo. Dagli studi sui primati non umani molte appaiono le variabili che possono influenzare la risposta alla separazione, e in particolare le variabili maggiormente determinanti appaiono essere la storia precedente alla separazione e la natura dell'ambiente dove avviene la separazione (Mineka & Suomi, 1978). In generale, si può affermare che nei primati non umani esista un comportamento di attaccamento simile a quello teorizzato da Bowlby e che esso presenta aspetti comuni a quello umano, sia nella qualità della risposta che nella sua modulazione. Ciò ha permesso di considerare i modelli di separazione nei primati non umani utili per lo studio di specifici fattori che possono intervenire nella dinamica di attaccamento e di separazione sociale (sia a breve che a lungo termine): ma soprattutto potenzialmente utili per la comprensione di come le relazioni sociali precoci possano essere coinvolte nell'insorgere delle psicopatologie sia dell'età evolutiva che dell'adulto, mettendo in luce anche le variabili fisiologiche (metaboliche, neurochimiche, endocrine e neuro-endocrine) e genetiche che possono intervenire nello sviluppo psicofisico e nella eziopatogenesi di una sua deviazione.

Il concetto di vulnerabilità psicofisica oggi emerge prepotentemente dall'etologia umana e dalla psicologia comparata a utilizzo applicativo: negli ultimi anni va rappresentando un fine conoscitivo di cresciuta importanza in biomedicina.

Recenti studi hanno utilizzato il modello di separazione materna in primati non umani per analizzare come l'interazione tra geni e ambiente possa essere alla radice dello sviluppo psicofisico e/o dei disturbi neuropsichiatrici. L'alta affinità genetica, insieme all'alto livello di complessità del comportamento sociale, rendono alcuni modelli di primati non umani molto utili per l'analisi dei fattori di rischio, genetici e ambientali. Recenti studi in *Macaca reshus* hanno suggerito, ad esempio che essere allevati in presenza di coetanei, ma in assenza della madre produce alterazioni del comportamento sociale aumentando i livelli di aggressività nell'adolescenza e che un livello ancora più alto di tale comportamento è presente negli individui che possiedono un genotipo che esprime la variante corta del *promoter* per il trasportatore della serotonina, suggerendo che la bassa efficienza trascrizionale di questa variante allelica possa amplificare l'influenza della assenza della madre durante lo sviluppo oltre ad aumentare la predisposizione all'alcolismo (Barr et al., 2003).

Lo studio dei meccanismi di base coinvolti nella esperienze sociali precoci e in particolare nella relazione madre-figlio, sono stati largamente studiati nei modelli di separazione nei roditori. Il lavoro sistematico compiuto dallo statunitense Myron Hofer (Hofer, 1984; 1987) ha dimostrato come tra madre e piccolo di ratto esista un rapporto di sincronia e reciprocità capace di regolare molte funzioni metaboliche, neurochimiche, endocrine e comportamentali del piccolo. Ad esempio la madre è in grado di aumentare il ritmo cardiaco e diminuire la vasocostrizione attraverso la nutrizione; attraverso la stimolazione tattile aumenta i livelli dell'ormone della crescita. La madre è inoltre in grado di modulare i livelli di noradrenalina e dopamina mediante il calore emanato dal proprio corpo, e di stimolare la fase REM del sonno attraverso la sua attività periodica rivolta ai piccoli e attraverso stimoli tattili. Hofer suggerisce che il pattern di effetti prodotti nel tempo nel piccolo dal momento in cui viene separato dalla madre sono in realtà la risultante di un insieme di processi indipendenti che operano attraverso *pathways* biologici differenti, in quanto singoli aspetti della relazione madre-piccolo possono prevenire l'insorgere di un particolare cambiamento fisiologico senza produrre effetto su altri (Hofer, 1987).

Hofer descrive nel ratto una specifica 'risposta acuta' indotta dalla separazione dalla madre che appare quella maggiormente comparabile per valore adattativo alla risposta di separazione osservata nei primati non umani e in altre specie di mammiferi. In particolare, gli studi di Hofer dimostrerebbero che la vocalizzazione ultrasonica emessa dai piccoli di ratto (caratterizzata in questa specie e a questa età da uno spettro di frequenza specifica) e' modulata dalla presenza della madre e dei fratelli e dalla presenza di conspecifici non-familiari. I piccoli di ratto incrementano la loro vocalizzazione di circa quattro volte dopo la separazione della madre e tale incremento e', in ambito sperimentale, modulabile da vari fattori: dall'ambiente di separazione

(familiare vs non-familiare), dall'isolamento dagli altri fratelli, e dalla presenza di surrogati della madre e dei fratelli. Hofer e Shair (Hofer & Shair, 1980) hanno dimostrato come esista una relazione funzionale tra modalità di stimoli e efficacia nel ripristinare i livelli basali di vocalizzazione. La modalità singola più efficace è risultata il contatto con una pezza di pelliccia sintetica, mentre l'odore del nido da solo o un modello di plastica con dimensioni e forma simili a un piccolo di ratto riscaldato alla temperatura corporea risultarono ininfluenti sui livelli di vocalizzazione emessa. Inoltre nello stesso studio si dimostrò che la durata del contatto che uno stimolo surrogato era capace di stimolare era funzionalmente legata alla riduzione della vocalizzazione da parte del piccolo: più lo stimolo surrogato era in grado di aumentare la durata del contatto, maggiore risultò la riduzione nei livelli di vocalizzazione.

Oltre agli aspetti comportamentali, i modelli di separazione materna nei roditori possono contribuire allo studio della neurobiologia dell'attaccamento. Lo sviluppo funzionale del sistema ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) risulta direttamente influenzata da manipolazioni della diade madre-piccolo, con effetti chiaramente visibili in età adulta. Tali modificazioni non sembrano direttamente legati alla separazione, ma piuttosto sarebbero mediate dal comportamento materno in risposta alla separazione, ed in particolare dall'intensità dei comportamenti di cura che la madre fornisce ai piccoli al rientro nel nido (Liu et al., 1997). La durata della separazione produce inoltre effetti diversi sullo sviluppo dell'asse: brevi separazioni (15 minuti dalla nascita a circa lo svezzamento) rendono capace di modulare in maniera più efficace la risposta a situazioni di stress, favorendo una rapida reazione fisiologica e comportamentale (rapido aumento dei livelli di glucocorticoidi seguito da un altrettanto rapido ritorno ai livelli basali dell'ormone, (Meaney et al., 1996). Una diminuita efficienza della modulazione dell'asse HPA si otterrebbe invece quando vengano imposti periodi di separazione dalla madre più lunghi (ore). In questo caso in età adulta gli animali presentano una risposta di eccessiva ansia o paura a stimoli stressanti e più alti livelli di ACTH e di corticosterone (Ladd et al., 2000; Plotsky & Meaney, 1993). A livello centrale la manipolazione precoce della diade madre-piccolo produce cambiamenti a lungo termine anche sui livelli di espressione dei recettori dei glucocorticoidi ipocampali, che contribuiscono alla regolazione del feedback negativo dell'asse HPA, e nella sintesi dell'ormone corticotropo nell'ipotalamo (Ladd et al., 2000; Meaney, 2001).

In una recente rassegna, Moriceau e Sullivan (Moriceau & Sullivan, 2005) descrivono un modello di attaccamento dove si descrive il sistema integrato di aree cerebrali che intervengono nell'apprendimento del neonato di ratto e che probabilmente si sono evolute poiché assicurerebbero un rapido processo di attaccamento alla madre (bulbo olfattivo, *locus coeruleus*, amigdala, asse HPA). In particolare gli autori dimostrano che nel piccolo esistono capacità di apprendimento uniche che lo rendono più disponibile ad apprendere una preferenza rispetto a una avversione: ciò sarebbe funzionale alla necessità del piccolo di sviluppare una preferenza verso la madre mediata dagli stimoli olfattivi e bloccare le associazioni di tipo avversivo che potrebbero interferire con l'attaccamento alla madre. Il quadro di informazioni ottenuto tramite questo modello di attaccamento introduce, quindi, alcuni elementi di comprensione di quel fenomeno controverso che è la permanenza dell'attaccamento anche in presenza di episodi di abuso.

Sebbene il fenomeno dell'attaccamento e delle conseguenze della sua perturbazione nell'uomo non possa essere ascritto agli stessi processi evidenziati dallo studio sui modelli animali, è importante sottolineare che esiste un crescente numero di dati che individuano elementi comportamentali e neurobiologici (cellulari, ma anche molecolari) comuni all'interno della classe dei mammiferi alla base della neurofisiologia dell'attaccamento. Ad esempio, l'influenza della privazione sociale sullo sviluppo dell'asse HPA è stata suggerita da studi compiuti sulle comunità infantili che hanno subito un'ospitalità inadeguata nelle istituzioni dette *Leagane* in Romania durante la tirannia di Ceausescu (Carlson & Earls, 1997). Recentemente un interessante lavoro condotto su bambini istituzionalizzati statunitensi ha evidenziato cambiamenti nell'espressione di neuropeptidi che nello studio su modelli animali sono risultati critici nello sviluppo del legame sociale quali l'ossitocina e la vasopressina (Fries, Ziegler, Kurian, Jacoris, & Pollak, 2005).

In conclusione, i modelli animali di separazione materna sono uno strumento importante per la comprensione della neurobiologia dell'attaccamento nella specie umana e del rischio per la salute mentale dell'individuo associato alla perturbazione di un fisiologico sviluppo della relazione madre-figlio. Tuttavia, soprattutto negli studi condotti su roditori, specie di mammiferi di elezione nella ricerca psicobiologica, si può correre il pericolo di semplificazioni riduzioniste, che non riflettono la

molteplicità e la unicità degli eventi psicobiologici e ambientali coinvolti nello sviluppo armonico di una relazione affettiva fondante nella storia di ciascun individuo. Vi è inoltre una sostanziale difficoltà nel rappresentare compiutamente nell'animale il disturbo mentale. Difficoltà che può essere ovviata almeno in parte dalla messa a punto di paradigmi sperimentali adattati alle caratteristiche eco-etologiche della specie animale scelta come modello, e dalla selezione di risposte comportamentali che siano funzionalmente omologhe ai comportamenti alterati nel disturbo umano.

L'attenzione crescente nei confronti del Disturbo di Attenzione e Iperattività (o ADHD) nel bambino, e la ricerca di affidabili modelli di studio di questo disturbo, richiede ad esempio di considerare l'intero spettro delle alterazioni riscontrate nei bambini con diagnosi certa di ADHD, alterazioni che coinvolgono non solo irrequietezza e incapacità di concentrazione, ma anche difficoltà di stabilire relazioni affettivo/sociali, o deficit dell'attenzione verso stimoli altrimenti significativi. La messa a punto di un valido modello animale richiede perciò l'analisi dettagliata del comportamento animale durante lo sviluppo, in una fase corrispondente all'infanzia umana, e utilizzando test che permettano allo sperimentatore di dissociare risposte motorie, capacità attentive e alterazioni emozionali.

Parafrasando il titolo di una recente rassegna sulla validità dei modelli murini genetici di malattie neurodegenerative (Levine & al., 2004), i modelli animali di disturbo mentale sono "illuminanti ma imperfetti", e solo l'integrazione del dato sperimentale con le acquisizioni della psicologia dello sviluppo umano può contribuire a costruire un quadro di riferimento valido per l'attuazione di strategie terapeutiche e di prevenzione dei fattori precoci di rischio per la salute psicofisica.

Bibliografia

- Barr, C. S., Newman, T. K., Becker, M. L., Champoux, M., Lesch, K. P., Suomi, S. J., et al. (2003). Serotonin transporter gene variation is associated with alcohol sensitivity in rhesus macaques exposed to early-life stress. *Alcohol Clin Exp Res*, 27(5), 812-817.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Carlson, M., & Earls, F. (1997). Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Ann N Y Acad Sci*, 807, 419-428.
- Fries, A. B., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S., & Pollak, S. D. (2005). From The Cover: Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 102(47), 17237-17240.
- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional responses in the infant monkey; orphaned baby monkeys develop a strong and persistent attachment to inanimate surrogate mothers. *Science*, 130(3373), 421-432.
- Hinde, R. A. (1989). *Ethological relationship approaches*. (Vol. Annals of child development). Greenwich,: JAI Press.
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosom Med*, 46(3), 183-197.
- Hofer, M. A. (1987). Early social relationships: a psychobiologist's view. *Child Dev*, 58(3), 633-647.
- Hofer, M. A., & Shair, H. (1980). Sensory processes in the control of isolation-induced ultrasonic vocalization by 2-week-old rats. *J Comp Physiol Psychol*, 94(2), 271-279.
- Ladd, C. O., Huot, R. L., Thiruvikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Meaney, M. J., & Plotsky, P. M. (2000). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. *Prog Brain Res*, 122, 81-103.
- Levine, M. S., Cepeda, C., Hickey, M. A., Fleming, S. M., & Chesselet, M. F. (2004). Genetic mouse models of Huntington's and Parkinson's diseases: illuminating but imperfect. *Trends Neurosci*, 27(11), 691-697.
- Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., et al. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277(5332), 1659-1662.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annu Rev Neurosci*, 24, 1161-1192.
- Meaney, M. J., Diorio, J., Francis, D., Widdowson, J., LaPlante, P., Caldji, C., et al. (1996). Early environmental regulation of forebrain glucocorticoid receptor gene expression: implications for adrenocortical responses to stress. *Dev Neurosci*, 18(1-2), 49-72.
- Mineka, S., & Suomi, S. J. (1978). Social separation in monkeys. *Psychol Bull*, 85(6), 1376-1400.

Moriceau, S., & Sullivan, R. M. (2005). Neurobiology of infant attachment. *Dev Psychobiol*, 47(3), 230-242.

Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1993). Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress-induced release in adult rats. *Brain Res Mol Brain Res*, 18(3), 195-200.

Rassegna

Stress psicologico a sistema immunitario umano: uno studio meta-analitico di 30 anni di indagini.

Segerstrom S.C. & Miller G.E. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 2004, Vol. 130, No. 4:601–630.

Il lavoro meta-analizza più di 300 articoli empirici che studiano il rapporto tra stress psicologico e parametri del sistema immunitario nell'uomo. Gli articoli sono stati reperiti dalle banche dati elettroniche MEDLINE e PsycINFO nell'intervallo 1960–2001, utilizzando come parole chiave "stress", "hassle", "life events", insieme al termine "immune". Sono stati inclusi solo articoli che: a) fornivano misure dello stress di un campione sottoposto a stress ed uno di controllo, oppure lo stesso campione in momenti di diversa intensità stressante, b) lo stress era di natura psicosociale, c) veniva misurato qualche parametro del sistema immunitario. Gli agenti stressanti sono stati suddivisi in quattro classi: acuti temporanei, spontanei brevi, sequenze di eventi, e remoti.

Gli agenti stressanti acuti (pochi minuti) sono risultati associati con una regolazione verso l'alto, potenzialmente adattativa, di alcuni parametri della immunità naturale (aumento delle cellule NK e dei grandi linfociti granulari) e con una regolazione verso il basso di alcune funzioni immunitarie specifiche. Gli agenti stressanti spontanei brevi (come gli esami) tendono a sopprimere l'immunità cellulare, mentre preservano l'immunità umorale. Gli agenti stressanti cronici sono risultati associati con soppressione di entrambe le misure cellulari e umorali. Gli effetti delle sequenze di eventi variavano a seconda del tipo di evento (per es. trauma o perdita).

I resoconti soggettivi del disagio generalmente non sono risultati associati con modificazioni immunitarie. In alcuni casi la vulnerabilità fisica in funzione dell'età o della malattia aumentava la vulnerabilità alle modificazioni immunitarie durante gli agenti stressanti.

Depressione adolescenziale: efficace la psicoterapia scolastica

Mufson L., Pollack Dorta K., Wickramaratne P., Nomura Y., Olfson M., Weissman M. M., A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents, *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:577-584

I problemi di salute mentale degli adolescenti, depressione compresa, sono ampiamente sottostimati e quindi trattati in modo insufficiente. La depressione può condurre a tentativi di suicidio, dispersione scolastica, abuso di sostanze. Negli ultimi anni, sono emersi lavori clinici basati sulla scuola che si è dimostrata un'importante *setting* di trattamento per gli adolescenti, sia con problemi di salute mentale che con problemi medici generici. La prevalenza della depressione adolescenziale è compresa fra l'1,6% e l'8,9% per anno, ma meno di 1/3 degli adolescenti con problemi di salute mentale ricevono cure adeguate.

La psicoterapia nella scuola è risultata efficace contro la depressione degli adolescenti, in uno studio clinico randomizzato di 16 settimane condotto dall'aprile 1999 al luglio 2002. Lo studio voleva valutare l'efficacia della psicoterapia interpersonale modificata per adolescenti depressi (IPT-A) in confronto al trattamento di routine (TR), in consultori scolastici. Gli adolescenti trattati con psicoterapia interpersonale nella scuola mostrano una maggiore riduzione dei sintomi e maggiori miglioramenti nella funzionalità generale rispetto a quelli trattati con metodi tradizionali, meno sintomi depressivi, misurati tramite la Hamilton Depression Rating Scale ($P = .04$). La psicoterapia interpersonale praticata in consultori scolastici è efficace negli adolescenti depressi: questo tentativo costituisce un passo importante verso la riduzione dello iato fra il trattamento effettuato in studio e quello nei consultori nella comunità.

Gli interventi cognitivo-comportamentali possono essere efficaci per la sindrome da fatica cronica ed il dolore cronico.

Hofmann S. G, Review: cognitive behavioural interventions may be effective for chronic fatigue syndrome and chronic back pain. *Evid. Based Ment. Health*, 2003;6;55.

DOMANDE: Gli interventi per la salute mentale per persone con condizioni asmatiche sono efficaci? Possono i risultati delle cure praticate in centri specialistici essere estrapolati alla pratica

di base?

DISEGNO: Rassegna sistematica con meta-analisi.

FONTI DEI DATI: Tutti gli studi identificati con Pub-Med, la Biblioteca Cochrane, Psychlit ed Embase (dal 1966 al sett. 2001); elenchi bibliografici; testi chiave e citazioni da esperti.

Selezione degli studi:

Erano accettabili le rassegne narrative sistematiche, le meta-analisi e gli studi randomizzati pubblicati in inglese, se valutavano l'efficacia degli interventi di salute mentale per la fatica cronica, la sindrome del colon irritabile o la lombalgia cronica (escluse cause fisiche), sia in contesti specialistici che di base.

I trattamenti accettabili includevano le terapie cognitive, cognitivo-comportamentali, comportamentali, psicodinamiche brevi, e [farmaci] antidepressivi.

Gli autori hanno identificato 20 studi nella pratica di base, 41 studi in contesti specialistici e 2 meta-analisi.

ESTRAZIONE DEI DATI:

Sono stati estratti i dati relativi alle caratteristiche dei partecipanti, alla dimensione dei campioni, agli interventi, agli esiti, ai soggetti dispersi e ai motivi della dispersione.

Le principali misure di esito riportate erano riferite allo stato di salute e agli esiti funzionali, al grado di effetto dei trattamenti e alla gravità della condizione morbosa.

Gli autori hanno calcolato gli effetti dei trattamenti usando modelli degli effetti sia di tipo fisso che casuale.

RISULTATI PRINCIPALI:

Sindrome da fatica cronica: vi sono alcune prove che la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia comportamentale siano efficaci nella sindrome da fatica cronica.

Gli autori non hanno trovato prove che le terapie psicodinamiche interpersonali brevi o gli antidepressivi migliorino i sintomi in questa sindrome.

Sindrome del colon irritabile: vi sono alcune prove che gli antidepressivi e le terapie interpersonali brevi siano efficaci nella sindrome del colon irritabile. Vi sono prove limitate per l'efficacia dell'addestramento al rilassamento e prove miste dei benefici della terapia cognitivo-comportamentale.

Dolore cronico: vi sono alcune che la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia del comportamento siano efficaci per persone con lombalgia cronica. Prove insufficienti sono state trovate per gli antidepressivi o la terapia interpersonale breve.

Per tutte e 3 le sindromi: si sono trovati gradi di effetto maggiori nell'assistenza specialistica.

CONCLUSIONI:

Vi possono essere interventi di salute mentale efficaci nella sindrome da fatica cronica, sindrome del colon irritabile e nella lombalgia cronica. Vi sono prove di una maggiore efficacia degli interventi nelle strutture specialistiche che in quelle di base.

Ricerche:

RESPIRO LIBERO. Si tratta di uno studio di "Valutazione dell'efficacia di un programma psico-educativo tele-assistito di disassuefazione dal fumo di sigaretta basato su metodi cognitivo-comportamentali, mediante studio controllato randomizzato", condotto dal Dipartimento di Scienze Cliniche dell'Università 'La Sapienza' in collaborazione con il Centro per la Ricerca in Psicoterapia, organizzato da L. Sibilìa.

SENICAL. Studio degli Eccessi Nutritivi Inevidenti (ENI) e dei Comportamenti Alimentari Limite (CAL), iniziato nel 1999 da L. Sibilìa presso il Day Hospital di Endocrinologia del Dipartimento di Scienze Cliniche (Univ. La Sapienza) su soggetti obesi, ed esteso recentemente ad un campione di studenti universitari. Lo studio fa uso di un questionario costruito ad hoc, di cui sono già state verificate le caratteristiche psicometriche.

Riferimenti:

Sibilìa L. Tridici D. Carro L. (2004) A study of Borderline Eating Behaviours (BEB) in the Obese. *Int. J. Behav. Med.*, 11 suppl., 256.

Appuntamenti:

- 19-20 maggio 2006: III Congresso Nazionale del Gruppo per la Ricerca in Psicomatica (GRP) a Cesena, sul tema: "Clinica, ricerca e terapia in Psicomatica. Vedi: <http://www.oscbologna.com>
 - 17-18 giugno 2006: Convegno internazionale del CIANS (Collegium Internationale Activitatis Superioris) a Milano, dal titolo "Neuro-Psycho-Physiological and Social Research and Interventions from an Interdisciplinarity Point of View". Abstracts entro il 30 marzo. Vedi: <http://www.cians.org/>
 - 28 al 30 settembre: VII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPSA) a Cesena. Vedi: <http://sipsa.psice.unibo.it>
 - 27-29 ottobre 2006: XIII Congresso Nazionale SITCC a NAPOLI sul tema: "Nuvole e orologi: scienza romantica e prove di efficacia in psicoterapia". Vedi: <http://www.sitcc2006.it>
 - 18 novembre 2006: Convegno Nazionale organizzato da SIMPS, AIPRE, CRP sul tema "Il modello psicosociale nella valutazione e nell'intervento"
 - Dal 29/11 al 2/12/2006 si terrà a Bangkok il IX Congresso della International Society of Behavioural Medicine (ISBM): <http://www.9icbm-2006.org/>
-

Attività Internazionali:

Il progetto **CLP (Common Language in Psychotherapy)**.

Si tratta di un progetto collaborativo internazionale mirante a raggiungere una definizione consensuale delle metodiche utilizzate in tutte le forme di psicoterapia. E' promosso e gestito da una "Task Force" internazionale, coordinata dal prof. Isaac Marks (i.marks@iop.kcl.ac.uk), di cui fanno parte: S. Borgo, M.Goldfried, I.Marks (coordinatore), K.Moore (membro cooptato), M.G Newman, L.Sibilìa, G.Striker (AABT), Mehmet SUNGUR (EABCT). V. <http://www.psychomed.net/clp>

Collaborano a PSYCHOMED:

AIPRE: Associazione Italiana di Psicologia Preventiva, ASIPSE: Associazione Studi ed Interventi Psicologici Sociali ed Educativi, CRP: Centro per la Ricerca in Psicoterapia, SIMPS: Società Italiana di Medicina Psicosociale

Redazione: c/o Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale ed Intervento Psicosociale (Dir. Stefania Borgo), Piazza O. Marucchi, 5 – 00162 Roma (tel/fax: 06 86320838) – Email: crp@psychomed.net
