

PSI  COLOGIA   
ALABRIA

ANNO IV • N. 1-2  
Gennaio- Dicembre

2013

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA



CONVERSARE CON

PSICOLOGI E PSICOLOGIE A COLLOQUIO CON MARIO SELLINI SEGRETARIO NAZIONALE AUPI

PSICOLOGIA IN CIFRE

PSICOLOGI CALABRESI UNA COMUNITÀ PROFESSIONALE IN CRESCITA

PSICO PREVENZIONE

QUALI INTERVENTI EFFICACI NELLA PREVENZIONE PRIMARIA DEI DCA

EMDR E COPPIA

LA COSTRUZIONE DEL LEGAME DI COPPIA PERCHÉ CI SI SCEGLIE?

BEST PRACTICE

IL COUNSELLING PSICOLOGICO UNIVERSITARIO

PSICO NEURO DIAGNOSI

SI FA PRESTO A DIRE "È DEPRESSIONE"

RECENSIONI

IL CORPO

# Ordine degli Psicologi della Calabria

- HOME
- ORDINE**
- SEGRETERIA
- MODULISTICA
- NORMATIVE
- ALBO ONLINE
- NEO ISCRITTI



In Evidenza

Area Riservata

ULTIMA NEWS

Inserita il giorno 31/05/2013

## CONVEGNO REGIONALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI CALABRIA

L'Ordine degli Psicologi della Calabria in occasione del ventennale della sua fondazione ti invita al convegno dal titolo:

### Ventennale Ordine Psicologi Calabria - Responsabilità e cultura per la salute

il 27 giugno 2013 alle ore 9,00 presso Aula Magna B Corpo H livello 1 - Università degli studi "Magna Graecia" di CATANZARO - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Viale Europa - Germaneto - Catanzaro.

Il Corso è accreditato ECM, se sei interessato/a al conseguimento dei crediti ti invito ad effettuare l'iscrizione entro e non oltre il 20 Giugno.

Per effettuare l'iscrizione e scaricare il programma si rimanda alla sezione "Corsi e Convegni organizzati dall'Ordine"

Utente:

Password:

[Registrazione](#)

[Password dimenticata](#)

### Corsi e Convegni

[Organizzati dall'Ordine](#)

[Altri Convegni](#)

### Psicologi e Fisco

[Descrizione del Servizio](#)

[Fisco Flash](#)

### Rivista Online

Utente:

Password:



PEC

POSTA CERTIFICATA

Accedi alla tua casella di posta

[Modalità Attivazione](#)

News inserita il giorno 22/05/2013

## EVENTO FORMATIVO 20 GIUGNO 2013

L'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria segnala a tutti gli iscritti un evento formativo organizzato dall'Ordine:

"IL TERAPEUTA E LE NUOVE DIPENDENZE" che si terrà a REGGIO CALABRIA il 20 giugno 2013

La registrazione dei partecipanti avverrà direttamente il 20 giugno all'apertura del Seminario

Per scaricare il programma si rimanda alla sezione "Corsi e Convegni"

ISSN 2280-8825

**PSICOLOGIA ALABRIA**

ANNO IV - N. 1/2  
Giugno-Ottobre  
2013

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

**da 50 anni**

**20** Psicologi Calabria

CONVERSARE CON PSICOLOGI E PSICOLOGIE A COLLOQUIO CON MARIO SELLINI SEGRETARIO NAZIONALE AUIPI

**PSICOLOGIA IN CIFRE**  
PSICOLOGI CALABRESI UNA COMUNITÀ PROFESSIONALE IN CRESCITA

**PSICO PREVENZIONE**  
QUALI INTERVENTI EFFICACI NELLA PREVENZIONE PRIMARIA DEI DCA

**EMDR E COPPIA**  
LA COSTRUZIONE DEL LEGAME DI COPPIA PERCHÉ CI SI SCEGLIE?

**BEST PRACTICE**  
IL COUNSELLING PSICOLOGICO UNIVERSITARIO

**PSICO NEURO DIAGNOSI**  
SI FA PRESTO A DIRE "E DEPRESSIONE"

**RECENSIONI**  
IL CORPO

postatarget creative



Anno 4 - Numero 1-2

*Rivista scientifico-divulgativa semestrale dell'ordine degli Psicologi della Calabria  
Gennaio-Dicembre 2013*

Iscritta al n. 6 del Registro Stampa del Tribunale di Catanzaro in data 10.06.2009

*Direttore*

ARMODIO LOMBARDO

*Direttore Responsabile*

ANTONIO FAZIO

*Capo Redattore*

ANGELA PIATTELLI

*Segretario Redattore*

SANDRO AUTOLITANO

*Redazione*

ANTONELLA ABBONANTE

CATERINA COREA

FRANCESCO LANDO

SERAFINA LAVIGNA

PASQUALE MONTALTO

*Comitato Scientifico*

ANGELA COSTABILE

ISABEL FERNANDEZ

DOMENICO ARTURO NESCI

RICCARDO GIORGIO ZUFFO

*Grafica e stampa*

*Rubbettino print*

Soveria Mannelli (Catanzaro)

Grafica di copertina a cura di GIANFRANCO CONFESSORE e ANITA BRANDI

Finito di stampare nel mese di giugno 2013

## Norme redazionali per gli autori

**PSICOLOGIA CALABRIA**, è la rivista degli psicologi calabresi; si rivolge a tutti i professionisti psicologi e psicoterapeuti della regione allo scopo di promuovere la crescita professionale e il dibattito culturale e scientifico tra i diversi indirizzi teorici della disciplina e la loro applicazione nei contesti di cura.

La mission della rivista è quella di favorire la condivisione di esperienze professionali, saperi e riflessioni sui temi che riguardano la promozione, la contestualizzazione e l'innovazione della professione in Calabria facilitando sempre più un approccio interdisciplinare del prendersi cura del disagio psicologico. Conoscere e condividere le attività dei colleghi e con i colleghi significa migliorare l'assistenza agli utenti dando risposte terapeutiche sempre più incisive ed efficaci alle complesse esigenze e richieste d'aiuto.

**PSICOLOGIA CALABRIA** è una rivista di Psicologia a carattere scientifico-divulgativo ed esce con una cadenza semestrale. Si propone la pubblicazione di lavori/riflessioni, resoconti di attività cliniche, di ricerca e di formazione, review della letteratura scientifica, recensione di libri, esperienze, eco delle attività scientifiche e culturali a livello nazionale ed internazionale. Nella rubrica "Conversare con" vengono invece affrontati, temi di ordine burocratico, politico e amministrativo che riguardano la professione Psicologo in Italia e nel mondo.

I lavori da inviare al comitato di redazione devono essere inediti. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli autori. È vietato riprodurre o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte della pubblicazione senza l'autorizzazione della redazione della rivista. È obbligatoria la citazione della fonte. La pubblicazione degli articoli e delle eventuali immagini è subordinata all'approvazione della redazione che ha facoltà di non accettare il manoscritto o di chiedere all'autore eventuali modifiche e, in ogni caso, non coinvolge la responsabilità dell'editore.

I lavori, redatti in formato microsoft word (carattere Times New Roman, dimensione 12) devono essere inviati tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica: rivista@psicologicalabria.it attivando l'opzione di notifica alla lettura del messaggio. È possibile inviare il lavoro per posta ordinaria allegando n. 3 copie cartacee dello stesso alla Segreteria dell'Ordine Psicologi Calabria insieme ad un supporto elettronico adeguato (es. pen drive, CD Rom, ecc). La correzione delle bozze sarà fatta dagli autori i quali disporranno di massimo sette giorni di tempo. Si raccomanda che gli autori conservino una copia del lavoro, perché la redazione non può considerarsi responsabile di eventuali smarrimenti degli originali. I dattiloscritti non pubblicati non saranno restituiti. Gli articoli a carattere scientifico saranno esaminati dal comitato scientifico della rivista che riceverà gli

stessi oscurati dei dati identificativi degli autori e dell'istituto di appartenenza. Tali articoli debbono essere contenuti entro un massimo di otto cartelle dattiloscritte, inclusi bibliografia e riassunto e debbono seguire possibilmente il seguente schema: Introduzione; Modalità di effettuazione dell'intervento clinico, di ricerca, di formazione od esperienziale; Risultati; Commento conclusivo; Riassunto di massimo 150 parole; Numero massimo di 6 parole chiave; note (che devono riportare sempre il numero di riferimento anche nel testo) e bibliografia.

Le pagine debbono essere numerate progressivamente. Nella prima pagina del manoscritto saranno indicati: Il titolo (massimo 40 caratteri); Il nome e cognome degli autori; L'istituto di appartenenza; Le parole chiave; L'indirizzo privato dell'autore (con nr. di telefono, fax ed e-mail) cui inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Le tabelle possono essere realizzate sia in word che in excel, penserà l'editore ad adattare alla grafica della rivista. I grafici devono essere esclusivamente in formato excel o in pdf vettoriale, non è possibile accettare altri formati. Sia le tabelle che i grafici vanno citati nel testo senza abbreviazioni e con numeri arabi. Grafici, tabelle e immagini nel loro file nativo (excell, jpg, tiff, pdf ecc.) devono essere raccolti in un'unica cartella insieme al file word del contributo prima di essere inviati alla redazione. Le fotografie debbono essere eseguite in formato digitale (jpg, tiff, eps, ai) purché in buona risoluzione (300 dpi e di grandi dimensioni), provvederà l'editore ad interpolare nella misura adeguata.

Le voci bibliografiche vengono riportate alla fine dell'articolo nel loro ordine progressivo di citazione del testo a prescindere dall'ordine alfabetico. Per quanto riguarda gli articoli pubblicati, la relativa voce bibliografica deve essere riportata nel modo seguente: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Titolo dell'articolo in corsivo, Titolo della rivista per esteso, tra caporali (« »), nell'ordine: anno di pubblicazione, numero del volume, pagina iniziale e pagina finale segnalate con p. o pp.

Per quanto riguarda la citazione di libri, la relativa voce bibliografica deve essere così riportata: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Se il libro è costituito dal contributo di più capitoli di autori diversi, indicare tra parentesi (Ed). Titolo del libro in corsivo; Casa editrice, città, anno.

Eventuali estratti potranno essere ordinati all'editore al momento della restituzione delle bozze corrette e definitive o subito dopo la stampa definitiva della rivista sulla base del tariffario applicato dall'editore Rubbettino. L'autore interessato all'acquisto delle bozze dovrà rivolgersi al **Dr. Paolo Talarico** Direzione Commerciale Rubbettino print, tel. 0968-6664.252 monica.bonacci@rubbettino.it.



Psicologi e Psicologie

## Dall'esperienza regionale a quella nazionale: azioni e prospettive per la salvaguardia della professione Psicologo in ospedale e nei settori emergenti

*A colloquio con il dott. Mario Sellini,  
Segretario Nazionale dell'AUPI  
(Associazione Unitaria Psicologi Italiani)*

a cura di ANGELA PIATTELLI

*“La qualità in sanità è la frequenza con cui si compiono interventi sanitari di provata efficacia e si evitano interventi inefficaci e/o dannosi”*

Sackett Dave

**L'**Ordine degli Psicologi della Calabria festeggia quest'anno i suoi venti anni di presenza sul territorio. Al dott. Mario Sellini, in qualità di primo presidente dell'Ordine Psicologi Calabria, va sicuramente il merito di avere gettato le fondamenta dell'azione di promozione della professione nei vari ambiti lavorativi (sanitario, scolastico e del lavoro). Tante battaglie perseguite, tanti obiettivi raggiunti con una tenacia e una energia davvero sorprendenti e tanti altri ancor più ambiziosi da perseguire. Oggi il dott. Sellini, con la sua competenza maturata negli anni, ci rappresenta a livello nazionale in un momento di crisi occupazionale e di tagli netti all'ambito della Salute Pubblica. Ne è un esempio il recente decreto sugli “standard ospedalieri” che ha praticamente tagliato le attività di supporto e assistenza psicologica all'interno degli ospedali. I circa mille psicologi ospedalieri di ruolo e gli altrettanti che li affiancano con contratti a termine, rischiano dunque di dover cessare di erogare le loro prestazioni in tale ambito. Il CNOP (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi), ben nove società scientifiche del settore oltre che le stesse associazioni di malati hanno denun-

ciato l'assurdità di tale decreto predisposto dal Ministero della Salute che cancella appunto l'attività psicologica dagli ospedali italiani riportando così l'Italia indietro di almeno trent'anni. C'è da sottolineare che attualmente lo Psicologo ospedaliero risulta presente in misura assolutamente insufficiente per assicurare interventi adeguati ed omogenei sul territorio nazionale, interventi purtroppo concentrati nella maggioranza dei casi negli ospedali del centro-nord. Ma che l'aiuto psicologico sia considerato molto importante dai pazienti viene confermato dal fatto che ciò rappresenta la terza voce di spesa che i cittadini affrontano pagando di tasca propria, dopo badanti e farmaci non erogati dal SSN. Inoltre gli esperti del settore lamentano che un approccio riduttivo alla malattia ha portato ad organizzare gli ospedali come luoghi dove si riparano corpi quasi alla stregua di macchine, dove si crede che medici ed infermieri possano lavorare come operai di una fabbrica e dove i familiari sono più una complicazione che una risorsa. Solo da poco tempo si è iniziato a parlare di umanizzazione per ricordare che il malato non smette di essere una persona, che non esiste la malattia in astratto ma individui, che sono diversi tra loro anche se hanno la stessa patologia. Eppure temi come umanizzazione delle cure, promozione del benessere psicosociale e attenzione alla persona nella sua

globalità risultano oggi come non mai di grande impellenza per la comunità scientifica internazionale.

Da qui la evidente contraddizione tra promozione della umanizzazione delle cure in ospedale e tagli netti proprio di quelle figure preposte all'espletamento di tali e peculiari prestazioni professionali. Tra i compiti dello Psicologo ospedaliero difatti c'è anche quello di trasmettere alle altre figure professionali le abilità a comunicare, relazionarsi e più in generale a ridurre i livelli di stress e il disagio psicologico sperimentato dall'operatore sanitario soprattutto nei reparti ad alto carico emotivo. La figura specialistica dello psicologo ospedaliero è parte integrante della cura, della umanizzazione e soprattutto della realizzazione dell'ospedale senza dolore.

Le evidenze scientifiche ci riportano come vissuto psicologico e stress del paziente possono determinare importanti ricadute sui processi biologici: lo stress psicologico difatti rallenta del 40% il tempo di guarigione delle ferite chirurgiche, mentre una breve tecnica antistress migliora il decorso postoperatorio con tre giorni di degenza in meno. Inoltre una quota significativa delle cause legali intentate agli ospedali nasce da come i pazienti si sono sentiti trattati, mentre problemi di stress del personale sono alla base di molti errori che vengono commessi. Tutto ciò ha una diretta incidenza sui costi: una indagine su 9 milioni di cittadini americani ha mostrato come i fattori psicologici aumentino i costi sanitari dal 30 al 170%.

In considerazione di tutto ciò abbiamo chiesto al segretario nazionale dell'AUPI (Associazione Unitaria Psicologi Italiani), dott. Mario Sellini, di voler condividere con noi, come di prassi fa insieme ai suoi "primi compagni di viaggio" le sue riflessioni rispetto a temi attuali e più che mai impellenti che riguardano l'ambito occupazionale/professionale dello Psicologo.

*D. In merito al recente decreto sugli standard ospedalieri quali azioni intende perseguire l'AUPI allo scopo di tutelare il lavoro di tanti colleghi che operano in tale ambito?*

R. Il tema degli standard ospedalieri mi riporta alla memoria un Ministro della Sanità, allora si chiamava ancora così, l'on. Donat Cattin, leader storico della Democrazia Cristiana, prima sindacalista e poi politico. A mia memoria il miglior Ministro della Sanità.

Donat Cattin fu il primo ministro a regolamentare gli standard ospedalieri con un Decreto che ancora oggi, se applicato risolverebbe tanti problemi del settore sanitario e certamente risolverebbe anche quelli della nostra Categoria. Quello degli Standard Ospedalieri è un tema che conosco e seguo da anni pur non essendo un tema di pertinenza sindacale. Negli anni '70 l'AUPI ha curato e seguito la vicenda degli Standard Ospedalieri in virtù del fatto che la presenza dello Psicologo e della Psicologia in ambito ospedaliero è un elemento qualificante della "politica" professionale e, in quanto tale, deve essere oggetto di attenzione da parte di tutti i soggetti esponenzialmente rappresentativi della Categoria. Oggi, a distanza di oltre 30 anni, lo è ancora di più. E le motivazioni sono tante. Senza voler scomodare la definizione di Salute che l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'ONU hanno fornito, il concetto sociale di Salute ha subito una evoluzione rapidissima e importante. Non è più solo cura. Non è neppure unicamente Prevenzione primaria. Oggi la Salute è sempre più "educazione al Ben-Essere". Concetto apparentemente nuovo ma che è entrato a pieno titolo nell'immaginario collettivo. Porre il paziente al centro dell'attenzione del "curante" è l'obiettivo cui deve conformarsi ogni struttura e organizzazione sanitaria. Nel corso degli anni importanti ricerche scientifiche nazionali e internazionali hanno dimostrato gli effetti assolutamente positivi e benefici dell'intervento dello Psicologo anche in ambito ospedaliero e in settori della medicina e chirurgia da noi molto distanti. È acclarato l'effetto positivo della c.d. "Compliance" nelle cure mediche, chirurgiche e farmacologiche. Su questo potremmo dilungarci all'infinito. Non è il caso di farlo in una intervista, ma lo dobbiamo fare con i nostri interlocutori istituzionali e con i decisori politici.

La domanda che mi viene posta è cosa intendiamo fare. Io racconterei, brevemente, cosa stiamo facendo.

Operativamente l'AUPI si è fatta carico di raccogliere e sistematizzare tutte le esperienze di Psicologia ospedaliera, strutturate e non, delineando gli ambiti, le competenze, le attribuzioni e, importantissimo, i risultati raggiunti. Non è stato un lavoro semplice anche perché noi Psicologi non siamo granché abituati a lavorare in rete, a scambiarsi le esperienze a socializzare i punti di forza e di debolezza della nostra pratica professionale quotidiana.

Un lavoro difficile e che riguarda oltre un migliaio di colleghi che lavorano in ambito ospedaliero.

Un ulteriore intervento, questo di carattere più direttamente istituzionale è quello messo in atto dalla Segreteria Nazionale dell'AUPI e da tutte le Segreterie Regionali. Di concerto e contemporaneamente sono stati contattati il Ministro della Salute e gli Assessori Regionali alla Sanità di tutte le Regioni, in virtù del fatto che il Decreto sugli Standard Ospedalieri deve passare al vaglio della Conferenza delle Regioni e di quella Stato-Regioni.

Un'opera di sensibilizzazione fondamentale per far comprendere ai "decisori" politici l'importanza del ruolo della Psicologia e dello Psicologo in ospedale. Come sempre il lavoro, spesso oscuro, dei quadri e dei Segretari Regionali dell'AUPI ha possibilità di riuscita se i nostri interlocutori politici hanno la concreta percezione di una reale rappresentanza dell'AUPI rispetto alle richieste della Categoria. Per ottenere il massimo dei risultati possibili è assolutamente necessario che la Categoria si riconosca nella politica di cui l'AUPI è portatore e di converso l'AUPI deve essere capace di rappresentare le reali esigenze della Categoria. Se i colleghi non dovessero riconoscersi nelle richieste e nelle battaglie per la Professione di cui l'AUPI si fa portavoce, ben difficilmente la "politica", il Governo, gli Assessori Regionali accoglieranno le nostre richieste.

La forza e la capacità di incidere dell'AUPI dipende direttamente dalla forza, dal consenso e dalla fiducia che le colleghe e i colleghi ripongono nell'AUPI.

*D. Il modello adottato dall'Inghilterra ha prodotto evidenze inconfutabili (NHS) in tema di interventi psicologici e riduzione della spesa sanitaria. Come si potrebbe proporre al governo italiano di replicare l'esperienza inglese?*

R. Il rapporto tra intervento Psicologico e riduzione dei costi collegati alla tutela della salute è stato oggetto di studi e ricerche importanti. Dalla ricerca si è passati alla fase attuativa e pratica. L'esperienza anglosassone conferma quanto gli studi e le ricerche avevano già evidenziato. Il Governo inglese ha recentemente investito circa 200 milioni di sterline per implementare l'intervento psicologico in ambito sanitario potenziandolo. Il ritorno economico, rapporto costi/benefici è stato addirittura superiore alle attese e i risultati si sono visti immediatamente. La stessa Direzione Generale Sanità della Commissione Europea considera di fondamentale importanza l'inserimento dello Psicologo in ambiti sanitari fino ad ora impermeabili a contaminazioni di tal genere. Pur in presenza di un riconoscimento importante come quello della Direzione Generale, i paesi della Comunità faticano enormemente a trovare un accordo sulle modalità di riconoscimento di questa funzione. Interessi corporativi, di bottega, economici ecc. ne impediscono la realizzazione su vasta scala. Intanto la Gran Bretagna va avanti. Va avanti da sola, investe risorse che aiutano il proprio Servizio Sanitario Nazionale a risparmiare. Le risorse così risparmiate sono rimesse in circolazione attivando un circuito virtuoso di risparmio che a sua volta crea sviluppo e crescita. Assolutamente il contrario di quanto avviene in Italia.

*D. AGENAS ha da poco promosso un progetto per la realizzazione dell'Umanizzazione delle cure in ospedale. I primi quesiti della check list riguardano proprio la presenza dello Psicologo nei diversi reparti. Come possono "pezzi" complementari dello stesso Istituto, il Ministero della Salute, non comu-*



nicare tra di loro? Mi riferisco ovviamente al fatto che il decreto sugli standard ospedalieri è in netta contraddizione con lo studio di AGENAS che sta interessando diversi ospedali del territorio nazionale.

R. Questo è senz'altro uno dei principali problemi strutturali del "Sistema Italia". L'assoluta assenza di qualsiasi forma di coordinamento e di sinergia tra apparati dello Stato e tra uffici della Pubblica Amministrazione. Davvero vale per l'Italia il detto evangelico "la mano destra non sappia quello che fa la sinistra". I casi cui potremmo far riferimento sono infiniti. A quello su citato dell'Agenas ne posso aggiungere un altro, ancora più addentro al Ministero della Salute. Di recente (febbraio 2013) il Ministero pubblica i risultati di una ricerca sui c.d. "Eventi Sentinella". La lettura dei dati di questa ricerca è univoca e inconfutabile. Una percentuale rilevantissima di questi "Eventi Sentinella" può essere evitata ed eliminata anche con l'intervento dello Psicologo. Eppure di tutto ciò il Ministro e il Ministero sembrano non averne conoscenza e coscienza. Contraddizioni e disfunzioni che l'AUPI costantemente pone in evidenza. Il nostro è un lavoro certosino che richiede enorme pazienza e costanza perché non è affatto semplice far prendere coscienza un organo Amministrativo e Politico (ministero e ministro) di contraddizioni che possono essere frutto di superficialità e/o di difesa di interessi, qualche volta non esprimibili. Il ruolo dell'AUPI è anche questo. La difesa, ad oltranza, degli interessi della categoria e degli Psicologi. Nel corso degli ultimi anni l'AUPI ha fatto passi in avanti importanti. Non è più sufficiente fare gli interessi anche corporativi degli Psicologi. Dobbiamo fare innanzitutto gli interessi dei cittadini e

delle fasce deboli dell'utenza. I nostri interessi e quelli dei nostri utenti devono condividere perché solo una categoria consapevole e capace di coniugare interessi categoriali con quelli dei cittadini e della società nella quale vivi ed opera potrà crescere.

*D. Al termine dei primi 20 anni di presenza dell'Ordine degli Psicologi in Calabria cosa è possibile augurare alle colleghe e ai colleghi, ai cittadini di questa nostra Calabria e all'Ordine?*

R. Inizio dagli auguri all'Ordine. Per i prossimi 20 anni l'augurio e la speranza per il nostro Ordine è quella di trovare altri colleghi capaci di governare il nostro Ordine come ha saputo fare a come sta facendo, egregiamente, con totale abnegazione e grandissima competenza, l'attuale presidente, il dott. Lombardo e che l'Ordine diventi, sempre più, la casa degli Psicologi e il luogo dove questi possano riconoscersi creando tra i colleghi quello spirito di condivisione e di appartenenza che, sempre più spesso è base indispensabile per i successi della categoria. Alla Calabria l'augurio perché possa affidarsi sempre più a professionisti, seri, capaci e affidabili, capaci di diventare volano di crescita culturale, umana, politica e sociale.

Ai nostri giovani colleghi che oggi si affacciano sul mercato del lavoro l'augurio è quello comune a tutti i giovani: la speranza di poter ancora sognare un futuro. Di avere la possibilità di provare a realizzare le loro aspettative. In realtà quello che per i giovani è un augurio e una speranza per la mia generazione DEVE diventare un impegno. Siamo noi che abbiamo il dovere di offrire opportunità, speranza e futuro.

---

Angela Piattelli  
Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta UOC Oncologia  
Azienda Ospedaliera Cosenza  
Tel/fax 0984/681597  
Cell. 339/6716592  
angela.piattelli@tiscali.it

## Gli Psicologi calabresi: una comunità professionale in crescita

di *ARMODIO LOMBARDO*

**C**are colleghe e cari colleghi, sono passati venti anni e da allora molte cose sono cambiate sia nell'ambito della nostra Comunità professionale, sia nel contesto culturale, sociale e politico che ci circonda.

Come già da noi osservato in più occasioni, il numero degli iscritti sta aumentando vertiginosamente soprattutto in questi ultimi anni (vedi grafico), in Calabria come nel resto dell'Italia, in modo tale da far sì che l'Italia è oggi l'unico paese al mondo ad avere un numero di Psicologi così alto rispetto alla popolazione totale.

Nel tirare quindi un bilancio di questi venti anni (1993-2013) non si può non rilevare la funzione che la nostra professione può e deve assumere per favorire lo sviluppo della nostra regione.

Una professione sempre meno legata all'attività prettamente clinica, all'interno degli studi professionali, e sempre più aperta a leggere e superare tutte le criticità presenti all'interno del nostro tessuto sociale e culturale.

Vent'anni di esercizio professionale degli psicologi nella nostra regione hanno comportato un'esperienza a tutto campo maturata in diversi settori e ambiti come la psicologia clinica e della salute, la psicologia scolastica ed educativa e la psicologia del lavoro e delle organizzazioni.

Il castello, la fortezza del nostro sapere professionale a volte viene edificato su una roccia fluttuante nell'aria, senza alcuna presa con la concretezza della realtà.

Gli psicologi sono al servizio del paese perché si sanno porre, con umiltà e competenza, all'ascolto di tanti bisogni individuali e collettivi, la cui risoluzione determina l'appartenenza o meno ad una società evoluta e sviluppata.

Dal 1993 ad oggi, il numero degli psicologi in Calabria è cresciuto in modo apprezzabile, con un numero di iscritti all'Ordine pari a 433 nel 1993, rispetto a 1.305 ad oggi.

Tra gli iscritti la componente femminile, pari a 1.098 rimane in netta prevalenza rispetto a quella maschile pari a 207 iscritti.

Si rileva però che il numero di psicoterapeuti non cresce in maniera simmetrica rispetto al numero degli iscritti: in altre parole, è diminuita la richiesta di specializzazione in psicoterapia da parte dei giovani iscritti. Infatti, il numero di psicoterapeuti pari a 304 nel 1994 oggi sale a 682, poco più della metà degli iscritti.

Gli Psicologi under 30 si posizionano più su lavori a contratto a termine e, in trend, uno spostamento dalle forme subordinate verso la libera professione. Anche l'orientamento ver-

so lo studio professionale è in netta crescita. È ampia anche l'articolazione dei luoghi di lavoro (cooperativa, ente non profit, azienda privata e in misura molto ridotta l'ambito pubblico).

È in diminuzione anche il tempo dedicato al lavoro in media 25h/settimana, e il reddito medio/netto e di 625 £/mese.

Il rapporto psicologi popolazione in Italia è di 1:740 abitanti nel Sud & Isole è di 1:1.064 in Calabria è di 1: 1.532, che è il rapporto più alto di tutte le regioni, questo per il solo fatto che in Calabria non esiste il Corso di Laurea in psicologia e i nostri ragazzi sono costretti a studiare in altre regioni. Conseguita la Laurea si iscrivono nell'Ordine di quella regione. Nell'Ordine degli Psicologi della sola regione Lazio, sono iscritti circa 1.000 psicologi residenti o nati in Calabria.

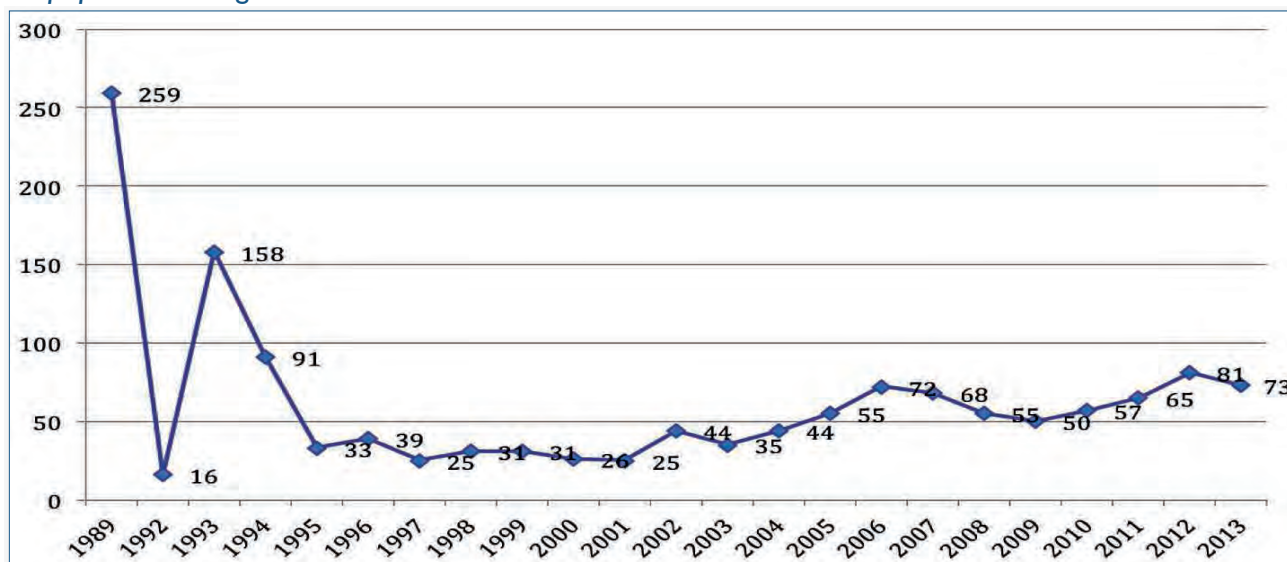
Dall'ultima ricerca del Prof. A. C. Bosio, emerge questo nuovo contesto professionale che è **“Lo psicologo flessibile”** che si associa agli altri contesti professionali che sono: PSICOTERAPEUTA PRIVATO-PSICOLOGI SERVIZI PUBBLICI-PSICOLOGI EDUCAZIONE-PSI-

COLOGI ORGANIZZAZIONI. Lo psicologo flessibile, possiede delle competenze allargate e flessibili, ancor più che specialistiche, seppur con una elevata specificità dei contesti professionali.

Internet, infine, rappresenta una risorsa rilevante per 3 psicologi su 4, soprattutto per l'aggiornamento professionale e lo scambio con i colleghi.

L'attività di formazione post-laurea si conferma variegata e diffusa, sono in aumento tutte le attività formative, ad eccezione dei percorsi universitari: specializzazione universitaria (in calo) e dottorato. In linea con i contenuti professionali portanti, il core formativo più frequentato e valorizzato concerne l'ambito clinico: Psicoterapia professionalizzante-Supervisione-Specializzazioni non universitarie. Dai giovani arriva una forte richiesta all'università di una formazione **meno disciplinare e più contestualizzata** (=know how, metodi e conoscenza dei contesti professionali) e con ancor più forza la richiesta di formazione all'imprenditorialità.

La popolazione degli iscritti



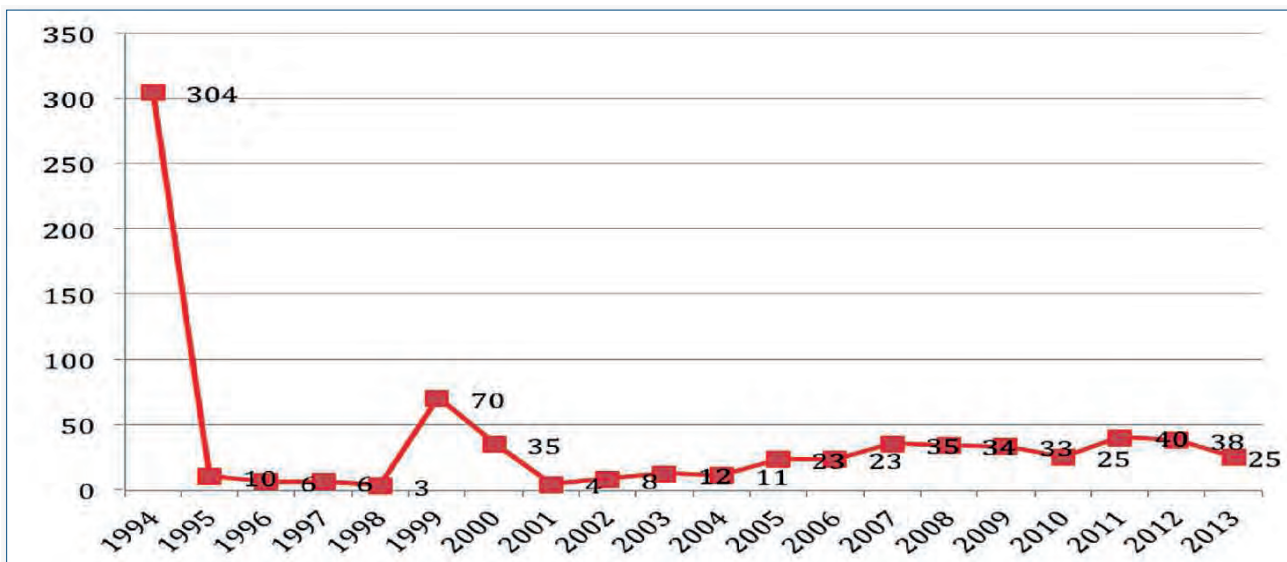
Anno	Iscritti x anno	Totale iscritti
1989	259	259
1992	16	275
1993	158	433
1994	91	524



1995	33	557
1996	39	596
1997	25	621
1998	31	652
1999	31	683
2000	26	709
2001	25	734
2002	44	778
2003	35	813
2004	44	857
2005	55	912
2006	72	984
2007	68	1052
2008	55	1107
2009	50	1157
2010	57	1214
2011	65	1279
2012	81	1360
2013	73	1433*

\* sono compresi i 128 cancellati per vari motivi.

### La popolazione degli iscritti: iscrizioni all'albo degli psicoterapeuti



Armodio Lombardo Presidente  
 Ordine Psicologi Calabria  
 Responsabile U.O.S.D. di Psicologia del DSM dell' ASP di Crotona  
 email: armodiolombardo@gmail.com  
 Cell. 338.1429311

## Identificazione della tipologia di intervento più efficace nella prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione

di *CRISTINA SEGURA GARCÍA - FLORA SINOPOLI*

Si presentano i risultati di una ricerca condotta nella Regione Calabria per la valutazione prospettica di quattro tipi di interventi educativi precoci finalizzati alla prevenzione primaria dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Gli interventi combinano quattro approcci differenti che includono: la rieducazione alimentare, l'attività fisica, il riconoscimento delle proprie emozioni e l'implementazione dell'autostima. Tutti gli interventi hanno dimostrato la loro efficacia a breve termine. Gli interventi educativi che hanno incluso un approccio psicologico sull'autostima e sul riconoscimento delle emozioni hanno dimostrato maggiore efficacia nella riduzione del rischio di sviluppo di DCA.

**Parole Chiave:** Disturbi del Comportamento Alimentare, Obesità, Prevenzione primaria.

### 1. Introduzione

**I** Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono gravi disturbi psichiatrici che colpiscono prevalentemente la popolazione giovanile di sesso femminile. Essi destano grande preoccupazione per le loro gravi ricadute sul piano fisico e psichico, la loro spiccata tendenza alla cronicità e l'alto tasso di mortalità associato.

Gli studi di prevalenza indicano, a livello internazionale, valori tra 0,5 e 2% per l'Anoressia Nervosa e l'1 e il 3% per la Bulimia Nervosa, nelle donne tra i 12 e i 25 anni. In base al Piano Sanitario Nazionale e ai dati Istat, in Italia circa il 5% della popolazione soffre di DCA ed i tassi di incidenza e prevalenza relativi alla Regione Calabria sono sovrapponibile a quelli della media nazionale, vengono riportati inoltre non di rado esordi prematuri di queste patologie che spesso non sono precocemente identificati. Tutte queste circostanze hanno reso necessaria l'implementazione di un protocollo di intervento volto alla prevenzione precoce ed

efficace di queste patologie e hanno sollevato l'interesse della comunità scientifica in modo da offrire validi programmi di profilassi nella popolazione giovanile.

Sono stati identificati alcuni fattori di rischio modificabili ed in parallelo sono state individuate diverse strategie di prevenzione primaria con esito positivo per prevenire altri disturbi psichiatrici in età infantile ed adolescenziale (1, 2). Nel campo dei DCA sono stati condotti tentativi analoghi con approcci, target e risultati diversi. In generale tutti gli interventi proposti hanno un taglio educativo, ma sono strutturati secondo metodologie diverse in funzione dello scopo: interattivi vs didattici, gruppi a rischio vs universali, sessioni multiple vs sessioni uniche, specifici per genere o per entrambi i sessi, sopra o sotto i 15 anni, condotti da personale sanitario specializzato vs docenti della scuola (3).

Alcuni studi hanno dimostrato la loro utilità, specialmente a breve termine (4) mentre altri hanno dimostrato il loro insuccesso a lunga scadenza (5). Tuttavia un programma di prevenzione primaria può essere sviluppato tenendo conto dei fatto-

## 2. Metodi

ri di protezione. L'intervento sui ragazzi mira ad implementare le conoscenze di uno stile di vita salutare e la capacità di:

- identificare ed esprimere emozioni,
  - comunicare in maniera efficace,
  - adottare strategie di problem solving al fine di affrontare e risolvere i problemi relativi all'identità, alla difficoltà nell'identificare stati e sensazioni interne, all'autostima, alla sensazione di inefficacia, alla paura di diventare adulti;
- che sono delle discriminanti in coloro che si ammalano di un DCA, ma che possono predisporre allo svilupparsi di un'altra patologia psichiatrica quale la depressione, il disturbo d'ansia, la tossicodipendenza, ecc.

Pertanto, nell'approntare un efficace programma preventivo nei confronti dell'obesità e i disturbi dell'alimentazione occorre trattare 4 target specifici:

- fornire cenni sul contenuto e sulle funzioni degli alimenti ed elementi di educazione alimentare;
- acquisire una maggiore consapevolezza del rapporto tra emozioni e cibo;
- stimolare una buona accettazione di sé, del proprio corpo e della propria immagine;
- promuovere una corretta attività motoria.

In questo lavoro vengono presentati i risultati a breve termine di una ricerca sulla valutazione prospettica di quattro tipi di intervento educa-

Lo studio, realizzato con fondi della Regione Calabria, Assessorato Cultura, Istruzione e Ricerca della Regione Calabria all'interno di un progetto PON durante l'anno 2011-2012, ha previsto l'applicazione di quattro diversi tipi di intervento educativo relativi ai quattro target sopra citati, in altrettanti Istituti Comprensivi della regione ed un quinto gruppo di controllo. Per ottenere un campione rappresentativo dell'intera popolazione calabrese ciascuno di questi interventi è stato attuato in una provincia diversa.

### 2.1. Partecipanti

Sono stati coinvolti 550 ragazzi di 5 Istituti Comprensivi rappresentativi della popolazione infantile della regione, uno per provincia, delle classi IV e V delle scuole elementari e I e II delle scuole medie inferiori. Il progetto ha previsto la suddivisione degli studenti arruolati in quattro gruppi di formazione e ricerca che corrispondono ai quattro diversi protocolli di attuazione e di un quinto gruppo di controllo (Tab. 1):

### 2.2. Procedure

Gli interventi educativi sono stati svolti in orario extra-curricolare in ciascuno dei quattro

Tab. 1. Descrizione degli interventi educativi realizzati in ciascun gruppo

Interventi educativi	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Gruppo 4	Gruppo 5
Intervento di educazione alimentare	x	x	x	x	
Intervento di attività motoria		x	x	x	
Relazione emozione/cibo			x	x	
Autostima				x	
Nessun intervento					x

tivo precoci finalizzati alla prevenzione primaria dei DCA in età preadolescenziale nella Regione Calabria.

Istituti Comprensivi da ottobre 2011 ad aprile 2012 per una ora e mezza due volte alla settimana. Per poter partecipare all'intervento educativo ed alla valutazione, i genitori di tutti gli



studenti coinvolti hanno fornito previamente il loro consenso informato per iscritto.

Per valutare a posteriori l'efficacia degli interventi attuati, tutti i partecipanti hanno eseguito una serie di valutazioni prima (t0) e dopo (t1) l'intervento che includevano un'indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari, l'attività fisica e la percezione del proprio aspetto corporeo, così come i livelli di autostima e la capacità di identificare le proprie e le altrui emozioni.

### 2.3. Materiali

I partecipanti hanno risposto ai seguenti test e questionari autosomministrati in presenza di un ricercatore con adeguata preparazione, dopo aver spiegato che non c'erano risposte né giuste né sbagliate.

- Indagine conoscitiva su abitudini alimentari e attività fisica: questionario creato ad hoc con domande aperte e chiuse.
- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (6,7). È una scala di 10 item di tipo Likert a quattro punti valida ed affidabile ampiamente utilizzata nella ricerca su adolescenti e bambini (8). Valori elevati correlano un maggior grado di autostima; range= 0-30. Punteggi tra 15 e 25 sono considerati nel range di normalità; punteggi inferiori a 15 indicano una bassa autostima.
- Collin's Test (9-11): il test ha sette immagini sesso-specifiche, con grado crescente di massa corporea da una figura molto esile ad una figura obesa. Ad ogni partecipante è stata fornita una scheda che mostra immagini corrispondenti al proprio sesso che riflettono un bambino della propria età; ogni partecipante deve indicare a quale immagine vorrebbe somigliare (Sé ideale) e l'immagine che attualmente si assomiglia di più a lui / lei (Sé reale). La discrepanza tra sé ideale e sé reale è una misura del grado di insoddisfazione corporea.
- Body Image Bidimensional Assessment (BIBA): è una scala disegnata per la valutazione dell'insoddisfazione corporea in età infan-

tile in relazione al peso ed all'altezza derivata dalla scala originale per età adolescenziale ed adulta (12). È composta da 8 items a cui rispondere in riferimento a una serie di figure non identificabili per età, sesso o razza, attraverso una scala numerica che permette la quantificazione in percentuale di tre indici diretti rispettivamente in relazione al peso e all'altezza:

8. Body Dissatisfaction (BD-w e BD-h),
9. Ideal Beauty Body Dissatisfaction (IBBD-w e IBBD-h),
10. Comparative Body Dissatisfaction (CBD-w e CBD-h)

ed il calcolo finale di un indice calcolato in riferimento sia al peso che all'altezza denominato Body Dissatisfaction Index (BDI-w e BDI-h). L'obiettivo del BIBA non è accertare se il soggetto scelga la figura che si adatta veramente al proprio indice di massa corporea, ma in che misura la sua immagine corporea si avvicini all'immagine corporea desiderata. Per questo motivo, questi quattro punteggi sono espressi in percentuale (range= da -100% a 100%); valori positivi indicano che il soggetto si considera più obeso/alto rispetto a quanto desiderato, all'ideale di bellezza o rispetto agli altri, e viceversa. Il Body Dissatisfaction Index (BDI) è calcolato attraverso le medie dei valori assoluti degli indici diretti e può oscillare tra 0 a 100.

- Eating Attitude Test (EAT-26) (13,14): è un questionario autosomministrato costituito da 26 domande a risposta multipla; è il test più usato in letteratura per lo screening dei sintomi caratteristici dei DCA. Punteggi uguali o superiori a 20 hanno evidenziato un rischio significativo di avere un disturbo dell'alimentazione o una "sindrome parziale", anche se non permette di fare una diagnosi specifica.
- Successivamente, tutti i partecipanti hanno eseguito una valutazione antropometrica (peso ed altezza) per il posteriore calcolo dell'indice di Cole per il peso e il percentile di altezza in base a età e sesso, ed un test

oggettivo in palestra sulla loro performance fisica attraverso tre prove standardizzate secondo l'ordine riportato:

- Velocità di corsa: Corsa veloce a navetta 10x5m (validazione Eurofit, 1995). Obiettivo: correre 5 m per 10 volte alla massima velocità possibile. Si esegue una sola prova e si registra il tempo medio.
- Sit and reach test (validazione Eurofit, 1995). Obiettivo: partendo dalla stazione seduta, flettere il busto in avanti cercando di raggiungere con le dita il punto più lontano possibile sul flessometro.
- Sit up (validazione Eurofit, 1995). Obiettivo: Effettuare, in 30 secondi, il maggior numero di elevazioni del busto possibili.

#### 2.4. Disegno statistico.

I dati sono stati analizzati con il pacchetto statistico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 18, Chicago, IL) e vengono presentati come medie, deviazioni standard, frequenze a percentuali. L'analisi univariata ha previsto l'uso del t-Test per campioni appaiati, il Chi-quadro e l'Analisi della varianza.

L'analisi multivariata ha previsto lo studio di regressione lineare con metodologia forward stepwise, per indagare quale dei programmi educativi si associa ad una migliore strategia preventiva post-intervento, considerando il delta dell'EAT-26 (differenza tra punteggio t0 e t1) come variabile dipendente corretto per età, sesso ed indice di massa corporea. I criteri di ingresso ed uscita dal modello sono stati fissati rispettivamente ad un valore p di 0.2 e 0.4.

Il livello di significatività è stato fissato ad un valore di  $p < 0.05$ .

### 3. Risultati

Il campione appare omogeneo nei cinque centri per distribuzione di sesso ed età dei ragazzi. Nel campione sono rappresentati in maniera omogenea maschi e femmine ( $\chi^2=4,217$ ;  $p=0,239$ ),

ma sono molto più numerosi i bambini delle scuole elementari (Tab.2).

Tab. 2 Descrizione del campione

Età		Sesso		Totale
		f	m	
9 anni	Fr	115	82	197
	%	39,6%	32,1%	35,1%
10 anni	Fr	84	103	187
	%	28,9%	40,0%	34,0%
11 anni	Fr	59	48	107
	%	20,1%	18,6%	19,5%
12 anni	Fr	34	25	59
	%	11,3%	9,3%	10,7%
Totale	Fr	292	258	550
	%	100,0%	100,0%	100,0%

A t0 non sono state riscontrate differenze significative tra i partecipanti in nessuna delle misure prese in esame.

#### 3.1. Peso

La percentuale di ragazzi sovrappeso/obesi risulta molto elevata nel campione a t0, specialmente tra le ragazze. A t1 si osserva un aumento significativo dei bambini normopeso e riduzione dei bambini sottopeso/obesi tranne nel Gruppo 5 ( $F=7.614$ ;  $p < .05$ ). (Fig. 1-4)

Fig. 1. Peso per età a t0 nei maschi

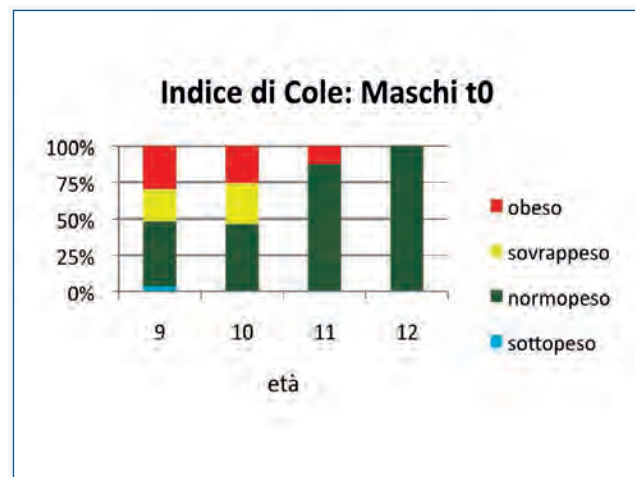


Fig.2. Peso per età a t1 nei maschi

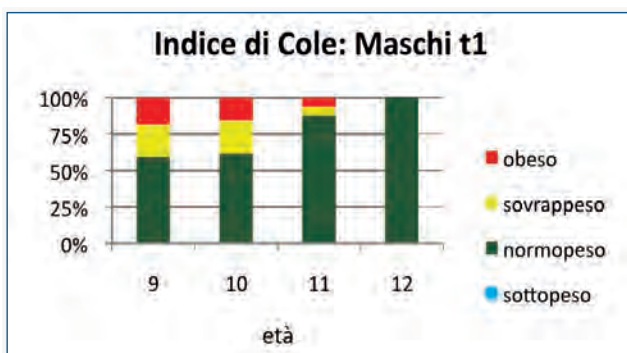


Fig. 3. Peso per età a t0 nelle femmine

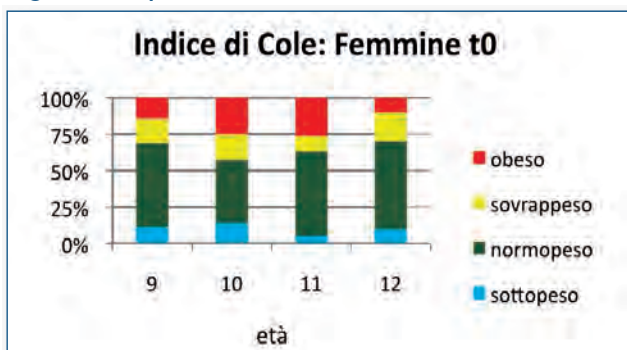
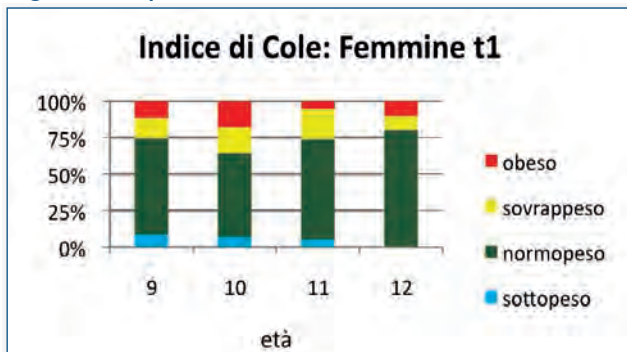


Fig. 4. Peso per età a t1 nelle femmine



### 3.2. Insoddisfazione corporea

Il livello di insoddisfazione corporea è sovrapponibile in entrambi i sessi; tuttavia le ragazze hanno valori superiori negli indici di insoddisfazione corporea legata al peso, mentre i ragazzi hanno punteggi più elevati nell'insoddisfazione legata all'altezza. (Fig. 5-6)

Sebbene a t1 si assista ad una riduzione generale dell'insoddisfazione corporea in tutti e quattro i gruppi in cui è stato realizzato qualunque tipo di intervento educativo, questa differenza raggiunge la significatività statistica soltanto nei Gruppi 3 e 4 ( $F=5,904; p<.05$ )

Fig. 5. Risultati BIBA nei maschi a t0

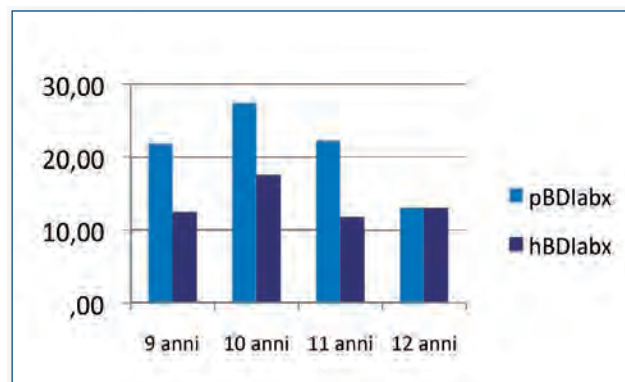


Fig. 6. Risultati BIBA nei maschi a t1

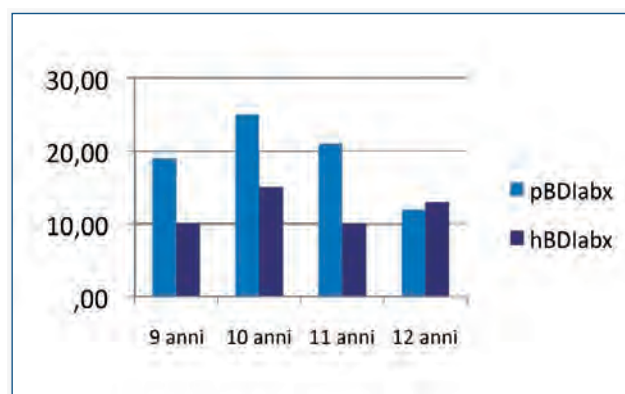


Fig.6. Risultati BIBA nelle femmine a t0

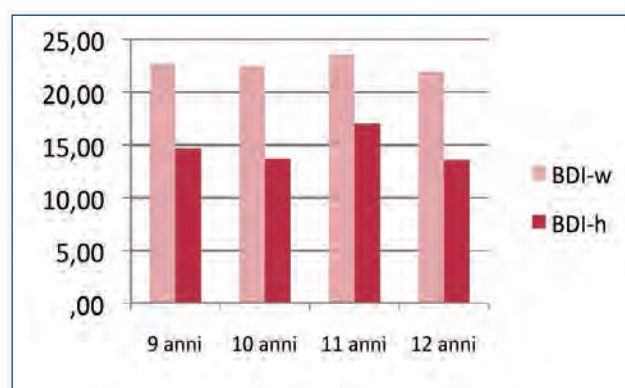
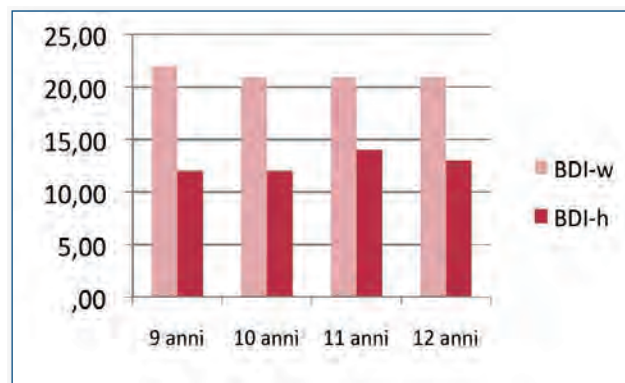


Fig.6. Risultati BIBA nelle femmine a t1





### 3.3. Alimentazione

Tra i risultati più rilevanti a t0 si riscontra che il 18% degli intervistati dichiara di non fare colazione al mattino, il 28% di mangiare snack dolci a scuola, il 25% di non mangiare verdura, il 58% di mangiare pesce solo qualche volta, il 41% di mangiare spesso insaccati, il 21% di guardare la tv mentre mangia. A t1 si osserva un modesto miglioramento delle cattive abitudini alimentari soprattutto nelle femmine nei Gruppi 1-4.

### 3.4. Attività Fisica

Nella Fig.9 si mostrano le variazioni medie del campione totale nelle diverse prove fisiche. Si osserva un miglioramento significativo delle prestazioni in tutti i gruppi tranne il Gruppo 5 per entrambi i sessi.

### 3.5. Riconoscimento dell'emozioni

A t0 la percentuale di errori nel riconoscimento delle emozioni (79%) e di errori cognitivi (68%) è elevato in tutto il campione. Questi errori si riducono significativamente soltanto nei gruppi 3 e 4 a t1 ( $F=9,271$ ;  $p<.001$ ).

### 3.6. Autostima

A t0 il livello di autostima è medio-alto in tutto il campione ed aumenta in maniera molto significativa a t1 tra i maschi del Gruppo 4.

Fig. 9. Variazione tra t0-t1 delle prestazioni fisiche

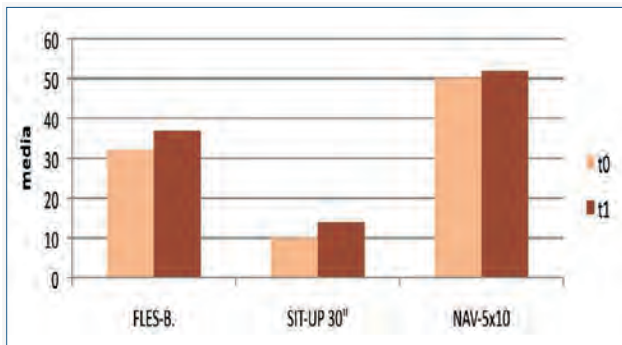


Fig. 10. Variazione t0-t1 nel riconoscimento delle emozioni ed errori cognitivi

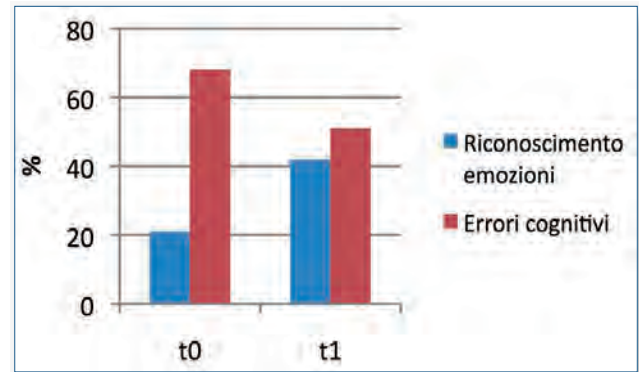
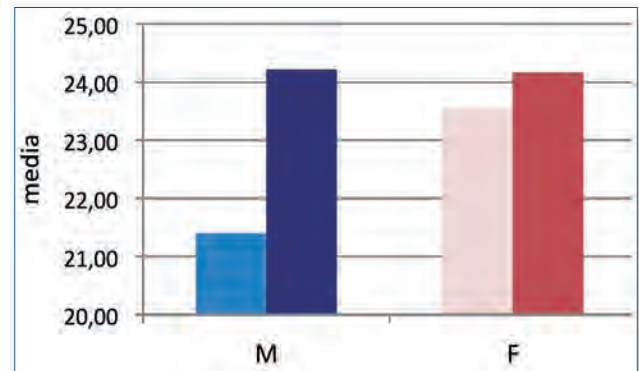


Fig. 11. RSE: variazione t0-t1 per sesso



### 3.7. Regressione lineare

L'analisi di regressione ha dimostrato un'associazione significativa tra la riduzione dell'E-AT-26 ed intervento educativo sull'autostima ( $\beta=.339$ ;  $t=2,566$ ;  $p=0,012$ ), sulla relazione emozione/cibo ( $\beta=0,272$ ;  $t=2,527$ ;  $p=0,014$ ) e maggiore indice di massa corporea ( $\beta=.299$ ;  $t=2,548$ ;  $p=0,014$ ), (Tab.2).

Tab 2. Regressione Lineare

Predittori indipendenti	Beta	t	Sig.
Autostima	,339	2,566	,011
Relazione emozione/cibo	,272	2,527	,014
Indice di Cole	,299	2,548	,014
Età	-,185	-1,415	,161

Variabile dipendente:  $\Delta EAT-26$ ;  $R^2=.296$ ;  $F=12,052$ ;  $p<.001$

#### 4. Discussione

Alcune importanti questioni metodologiche devono essere discusse prima di analizzare i risultati di questo studio. L'obiettivo della presente ricerca era valutare l'efficacia a breve termine di quattro diversi tipi di intervento educativo nella prevenzione dei DCA in un campione di soggetti in età preadolescenziale.

Se un punto di forza è stato estendere l'intervento a cinque Istituti Comprensivi della regione per rendere il campione più rappresentativo dell'intera popolazione preadolescenziale calabrese, la scelta del tipo di intervento adoperato in ogni struttura ha ubbidito soltanto ad un ragionamento di tipo logistico per facilitare l'accesso dei docenti alle diverse scuole. Sarebbe stato metodologicamente più corretto poter adoperare tutti i diversi protocolli in ogni centro stratificando per età e sesso. Questa opzione è stata impossibile da realizzare a causa del numero reale dei partecipanti al progetto.

Un ulteriore vantaggio di questo studio è il suo disegno prospettico; tuttavia i risultati si limitano all'esito a fine progetto e pertanto non permette di trarre conclusioni sugli effetti a lungo termine.

I risultati hanno dimostrato che prima dell'intervento educativo la percentuale di soggetti sovrappeso/obesi era piuttosto elevata nel campione esaminato, che l'attività fisica non era regolarmente praticata dalla maggior parte di loro e che erano frequenti le abitudini alimentari disfunzionali. Il livello di insoddisfazione corporea non è apparso elevato nella maggior parte degli esaminati. Come atteso, le ragazze esprimevano maggiore insoddisfazione corporea in relazione al peso e viceversa i ragazzi in relazione alla propria altezza. Questo dato trova spiegazione nell'influenza dei mass media e nel più precoce sviluppo femminile, che a parità di età fa sì che i maschi sembrino più piccoli rispetto alle loro coetanee.

D'altro canto, sebbene il livello di autostima fosse nella norma, si riscontravano frequenti errori cognitivi ed una diffusa difficoltà ad individuare le emozioni.

Gli interventi proposti hanno dimostrato in primis di non essere nocivi ma anche di essere in grado di migliorare molti aspetti disfunzionali tra i partecipanti. Così è stato evidente un miglioramento rispetto ai livelli di sovrappeso/obesità e le prestazioni atletiche nei gruppi rispettivamente coinvolti nelle attività di rieducazione alimentare e di attività motoria.

Parallelamente gli interventi a sfondo psicologico hanno apportato miglioramenti significativi nei gruppi dove sono stati adoperati (15, 16). È comunque interessante osservare che i cambiamenti più significativi siano stati riscontrati nel sesso maschile.

Senza dubbio, il risultato più interessante riguarda l'analisi di regressione lineare.

Il rischio di poter soffrire un DCA appare significativamente ridotto nei gruppi nei quali sono stati attuati gli interventi di implementazione dell'autostima e di riconoscimento delle emozioni e degli errori cognitivi.

Questo rischio si rende ancora più evidente tra i ragazzi con maggiore indice di massa corporea. Senza dubbio tutti i ragazzi che hanno goduto dell'intervento psicologico hanno anche seguito gli interventi di rieducazione nutrizionale ed il programma di attività fisica, ma questi ultimi da soli, non sono stati in grado di giustificare il cambiamento dell'EAT-26.

#### 5. Conclusioni

Tutti e quattro i tipi di intervento hanno dimostrato a breve termine la loro utilità nell'implementazione di stili di vita salutari rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia gli interventi educativi che hanno incluso un approccio psicologico sull'autostima e sul riconoscimento delle emozioni sono stati in grado di ridurre in maniera significativa il rischio di un DCA.

È in atto la raccolta dei dati dei partecipanti ad un anno dall'intervento, la cui analisi aiuterà a capire se l'intervento mantiene la sua efficacia nel lungo termine.

Nella lotta ai DCA e dell'obesità, un intervento strutturato su quattro target specifici (alimentazione, attività fisica, autostima ed emozioni) ha dimostrato che è possibile ottenere un'adeguata prevenzione preadolescenziale di comunità a basso costo all'interno dell'istituzione scolastica, che è l'agenzia formativa più importante dopo la famiglia per la vita dei ragazzi.

### Ringraziamenti

Assessorato Cultura, Istruzione e Ricerca della Regione Calabria. Alle scuole partecipanti nel progetto: IC Patari-Rodari di Catanzaro, IC Telesio di Reggio Calabria, IC Cariati Marina e IC Cirò Marina ed i plessi didattici di Sant'Onofrio, San Costantino Calabro e Stefanconi della provincia di Vibo Valentia. Docenti coinvolti nel progetto: Dott. Luca Bombardiere, Dott.ssa Renata Menniti, Dott. Cristiano Nisticò, Dott.ssa Domenica Pannace, Dott.ssa Maria Cristina Papaiani e Dott. Leonardo Procopio.

### Bibliografia

- Opler M, Sodhi D, Zaveri D, Madhusoodanan S. Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Ann Clin Psychiatry*. 2010 Nov;22(4):220-34.
- Callear AL, Christensen H. Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust*. 2010 Jun 7;192(11 Suppl):S12-4.
- Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Strauss B, Berger U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Prev Med*. 2011 Feb;52(2):152-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.11.022. Epub 2010 Dec 13.
- Canetti L, Bachar E, Gur E, Stein D. The influence of a primary prevention program on eating-related attitudes of Israeli female middle-school students. *J Adolesc*. 2009 Apr;32(2):275-91. doi: 10.1016/j.adolescence.2008.03.007. Epub 2008 Aug 13.
- Ghaderi A, Mårtensson M, Schwan H. "Everybody's Different": a primary prevention program among fifth grade school children. *Eat Disord*. 2005 May-Jun;13(3):245-59.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Crandal, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs, Pp. 80-82 in J.P. Robinson & P.R. Shaver (Eds), *Measures of social psychological attitudes*. Revised edition. Ann Arbor: ISR.
- Schmitt, D.P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Collins M. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *The International Journal of Eating Disorders* 1991;10:199-208.
- Stunkard A. Old and new scales for the assessment of body image. *Perceptual and Motor Skills*, 2000, 90, 930.
- Gardner RM. Assessment of body image disturbance in children and adolescents. In: Thompson JK, Smolak L (Eds) *Body image, eating disorders, and obesity in youth*. Washington DC, American Psychological Association, 2001, pp193-213.
- Segura-García C, Papaiani MC, Rizza P, Flora S, De Fazio P. The development and validation of the Body Image Dimensional Assessment (BIDA). *Eat Weight Disord*. 2012 Sep;17(3):e219-25. doi: 10.3275/8271. Epub 2012 Feb 21.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12, 871-878. doi: 10.1017/S0033291700049163
- Dotti A, Lazzari S. Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eat Weight Disord* 1998, 3, 188-198.
- Nicolino JC, Martz DM, Curtin L. Evaluation of a cognitive-behavioral therapy intervention to improve body image and decrease dieting in college women. *Eat Behav*. 2001 Winter;2(4):353-62.
- Tilgner L, Wertheim EH, Paxton SJ. Effect of social desirability on adolescent girls' responses to an eating disorders prevention program. *Int J Eat Disord* 2004;35(2):211-6.

CRISTINA SEGURA GARCÍA

U.O di Psichiatria, Ambulatorio di Ricerca Clinica e Terapia dei DCA

Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini e Dip. Scienze della Salute. Università Magna Graecia di Catanzaro  
Cell. 331.6718232

segura@unicz.it



## La costruzione del legame di coppia: perché ci si sceglie?

*L'intervento di coppia attraverso l'integrazione dell'approccio Sistemico-relazionale e EMDR  
(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*

di ANGELINA FUNARO - STEFANIA ALFANO - IOLANDA MARTINO

L'idea di Bowlby (1979) che l'attaccamento giochi un ruolo cruciale nella vita di un individuo "dalla culla alla tomba", ha convinto molti clinici a considerare il legame di coppia in età adulta come un processo di attaccamento. Questo significa che, in una relazione sentimentale, il partner viene percepito come figura in grado di proteggere e soddisfare il bisogno di conforto e sicurezza. Una lettura in questi termini del legame di coppia, porta a valutare la rottura della relazione, per perdita, separazione o conflitti, come un trauma, in quanto viene meno la responsività di un partner verso l'altro. Gli effetti del trauma non sono dati dall'evento in sé, ma dal significato che assume quell'evento all'interno della relazione. In questo articolo, proponiamo un modello integrato tra Terapia Sistemica-relazionale, AIP (Adaptive Information Processing), e EMDR (Eye Desensitization and Reprocessing), per lavorare sulle ferite di attaccamento, che riteniamo essere alla base sia della scelta del partner sia della rottura della relazione di coppia.

**Parole Chiave:** Relazione di coppia, Attaccamento, PTSD, Terapia sistemico-relazionale, AIP, EMDR

*"L'amore immaturo dice: 'Ti amo perché ho bisogno di te'.  
L'amore maturo dice: 'Ho bisogno di te perché ti amo'".*

Erich Fromm.

### **Costruzione del legame di coppia. Perché ci si sceglie?**

**L'**amore è un impulso potente che spinge due persone a legarsi, e può essere visto come il frutto dell'evoluzione e della selezione naturale e, pertanto, può essere assimilabile all'amore che lega il bambino alla madre. Questo non significa che si ama il proprio partner come se questi fosse la propria madre, ma che esistono delle somiglianze sostanziali fra i due legami a tal punto che nella sua struttura universale, il

rapporto madre-bambino può essere utilizzato per capire la complessità del legame d'amore fra gli adulti. Il legame madre-bambino è complementare, in quanto c'è un piccolo che chiede aiuto di fronte ad un pericolo, a seguito dell'attivazione del suo sistema di attaccamento; dall'altra parte c'è un adulto che dà cure perché si attiva il suo sistema di accudimento. Il legame di coppia, invece, è un rapporto caratterizzato dalla reciprocità, che a differenza del primo, a seconda delle situazioni, attiva sia il sistema dell'attaccamento sia dell'accudimento (Attili G., 2004). Infatti, le componenti fondamentali che caratterizzano la relazione di coppia come legame di attaccamento sano, sono simili alle componenti del legame madre-bambino: mantenimento del contatto, rifugio sicuro, il bisogno di sentirsi rassicurati e confortati dal partner, base sicura quando il partner è percepito come disponibile

in caso di necessità e ansia da separazione quando il partner è assente.

Nel momento in cui c'è una distorsione in entrambi i tipi di legame, per esempio è la madre a chiedere aiuto e non capisce i bisogni del bambino, oppure il partner non assolve le funzioni di sicurezza e protezione (es. un tradimento), la relazione diventa patologica e patogena.

Quali sono le fasi che caratterizzano il legame di coppia?

La prima fase è caratterizzata dal desiderio e dall'attrazione: la coppia sperimenta un "delirio passionale" o "simbiosi", durante il quale l'idealizzazione del partner è estrema, si pensa a lui come l'anima gemella ed è l'oggetto che soddisfa ogni desiderio. Si è molto egoisti rispetto ai propri bisogni che hanno la precedenza sul resto e che, comunque, sembrano essere totalmente appagati dall'altro. Questa prima fase si interrompe, per favorirne il passaggio ad una nuova, caratterizzata da conflitti, da ambiguità e da ricerca della differenziazione, inoltre, si manifestano le prime crisi d'ansia utili per lo scioglimento della simbiosi. Questa fase corrisponde al periodo della contro-dipendenza, della disillusione, della sofferenza dovuta alla scissione tra l'ideale e il reale, nascono i primi sintomi di incompatibilità e si comincia a pensare alla necessità di creare una giusta distanza. Una buona elaborazione di questa fase ne permette il passaggio alla successiva.

L'indipendenza caratterizza la terza fase. Si tratta di un periodo di sperimentazione, la coppia sente l'esigenza di uscire dal nucleo a due e di esplorare l'esterno. È forse il periodo più problematico e pressante dal punto di vista conflittuale; si presentano litigi e crisi emozionali legate all'alternarsi di rimpianti e speranze.

L'ultima fase dell'interdipendenza si basa sull'accettazione dell'integrazione di un legame imperfetto: i partner giungendo alla consapevolezza che l'altro possa essere imperfetto e che la scelta del partner è indubbiamente collegata ai modelli di attaccamento appresi nel tempo, attuano un processo di riavvicinamento che permette loro di acquisire una costanza dell'oggetto d'amore che travalica i conflitti e

permette il riaccendersi del desiderio (Mahler M., 1968).

I processi di separazione e individuazione giocano, quindi, un ruolo fondamentale nella costruzione della coppia. Ed è a quel punto che ogni partner porta nella relazione i propri modelli operativi interni, gli schemi cognitivi, e le rappresentazioni di sé e degli altri e i suoi miti. La scelta del partner può, quindi, essere considerata come espressione di questa struttura che, come i miti, si costruisce, si modifica nel tempo e viene a collocarsi dentro una serie di rapporti in continua evoluzione, in cui si creano sempre nuove connessioni o divergenze rispetto al significato originario. La decisione iniziale apparentemente spontanea e libera, non 'ragionata', acquista un senso solo alla luce di quello che accade in seguito e dall'intreccio tra i miti dell'uno e dell'altro (Angelo C., 1999). Quando il mito è rigido, non evolutivo, incapace di adattarsi alle trasformazioni delle fasi del ciclo vitale, si crea un rimescolamento di "infedeltà irrisolte", di prescrizioni familiari implicite, di attese, di idealizzazioni di sé, del partner e della relazione, e la coppia si avvia verso una fase di "stallo". Il sistema tende a irrigidirsi perché vive il cambiamento, (ad es. attraverso il matrimonio), come un attacco all'omeostasi ed è su questo che le forze nascoste delle generazioni precedenti agiscono, minando l'intimità della coppia attuale (Boszormenyi-Nagy I., 1988).

È fondamentale, quindi, che il mito familiare di entrambi possa essere trasformato, per poter avere la possibilità di evolversi e di crescere, senza che cessi l'appartenenza alla famiglia d'origine. In tal senso, possiamo considerare lo stallone e le difficoltà di coppia, non solo come momenti di crisi e di difficoltà ma anche come "sforzi riparativi per correggere, controllare, cancellare e difendersi da storie disturbanti appartenenti alle famiglie d'origine". La maggior parte delle persone non "vede" il partner per quello che esso è, ma viene caricato da aspetti appartenenti al proprio passato, a quelli della propria famiglia d'origine e da aspetti scissi di sé (Framo, 1999). Riassumendo, questi aspetti scissi di sé e aspetti intergenerazionali non ri-

solti, sono alla base del fallimento dell'intimità di coppia e della mancanza di reciproca protezione.

La coppia verrebbe ad essere imprigionata in una spirale d'incomprensioni e fraintendimenti in cui le rotture delle comunicazioni affettive non sono seguite da processi di riparazione. Essere "interdipendenti", in questo contesto, significa che gli stati della mente dei due individui si influenzano reciprocamente però in senso negativo (Siegel, 2001). Gli aspetti che portano non alle incomprensioni, ma alla rottura del legame di coppia, sono da situare all'ultimo stadio di questo continuum, e vanno ricercati nei contesti relazionali traumatici, all'interno dei quali, i rispettivi partner hanno appreso o la sfiducia nell'altro (es. un genitore imprevedibile) o la paura dell'intimità affettiva (oscillando tra la ricerca di vicinanza e di separazione), oppure comportamenti inappropriati di controllo della relazione (Liotti, Farina, 2011). Questo apprendimento, all'interno della relazione di coppia disfunzionale, viene riproposto attraverso schemi ripetitivi e rigidi come la svalutazione, la disconferma, e la ridicolizzazione. Ne viene fuori una situazione paradossale, in cui il partner prova dolore per queste modalità e contemporaneamente è costretto a chiedere aiuto a colui che la infligge, a tal punto da provare sintomi simili al disturbo post-traumatico da stress: confusione, pensieri ossessivi, irritabilità, sensazione di minaccia.

Essendo l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) un approccio psicoterapeutico ampiamente riconosciuto da varie ricerche internazionali come metodo evidence-based per il PTSD, abbiamo ritenuto terapeuticamente valida e interessante l'integrazione tra modello sistemico-relazionale, teoria dell'attaccamento, modello AIP e EMDR.

L'EMDR e l'ottica Sistemica sono, infatti, predisposte ad una integrazione virtuosa: la prima per affrontare la rielaborazione dei traumi, facilitandone la desensibilizzazione, l'altra concentra la propria attenzione sui contesti generatori dei traumi per analizzare, evidenziare e successivamente rielaborare le dinamiche che le hanno permesse. In ultimo, ma non per ordine di

importanza, la teoria dell'attaccamento ci permette di identificare i modelli operativi interni di ciascun partner.

Visto dalla prospettiva della Adaptive Information Processing dell'EMDR, le reazioni eccessive e la iper-regolazione della coppia in interazione ripetitive, sono alimentate da materiale traumatico incapsulato nel cervello e innescato dal proprio partner. Utilizzando l'EMDR, per disinnescare i precedenti ricordi, le coppie possono raggiungere delle dinamiche più sane e dare ai problemi e ai disaccordi del presente il giusto peso (Shapiro, 2001).

Kaslow, Nurse e Thompson (2002) suggeriscono che attraverso l'EMDR, le coppie aumentano la loro vicinanza, muovendosi verso lo stesso obiettivo, quello di un attaccamento vitale. L'EMDR può essere applicato come trattamento individuale parallelo alla terapia di coppia oppure congiuntamente con entrambi i partner presenti (Moses M.D., 2010). L'obiettivo di tale modello è quello di aiutare la relazione a superare l'impasse. Lo scopo diventa quello di riparare le ferite di attaccamento offrendo, nel percorso terapeutico, una esperienza tangibile di disponibilità, empatia e affidabilità. La coppia, sciogliendo le proprie difese, può recuperare la fiducia e avviare un sano funzionamento.

### **Descrizione di un caso clinico**

La coppia è formata da M. un uomo di 39 anni, di professione avvocato, attualmente disoccupato, e da C. una donna di 38 anni, insegnante. Sono sposati da quasi tre anni. Le prime sedute hanno avuto come oggetto le difficoltà della coppia riguardanti la possibilità di avere un bambino: "*noi siamo in psicoterapia perché abbiamo problemi, li stiamo vivendo male, non sappiamo come uscirne, noi abbiamo un problema che è la mancanza di un figlio*". Il figlio che non c'è, diventa il paziente designato, la punta dell'iceberg sotto il quale ci sono i problemi non risolti di C. e M.

C. ha sempre sentito la necessità di sentirsi protetta, consolata e contenuta: "*mi sono fidanzata cre-*

endo di avere un pilastro a fianco su cui aggrapparmi”; “io sono figlia unica, nel momento in cui mi sono sposata mi sono affidata completamente a lui”.

Nel momento in cui C. sente che M. non può più darle protezione e sicurezza lei diventa ansiosa, pessimista, assume uno stile accusatorio e paranoico. M., invece, accusato da C., si sente di non essere, in questo momento, all'altezza della situazione, perché non riesce a darle un figlio e perché ha difficoltà lavorative. Durante le sedute, C. adotta un tono accusatorio nei confronti del marito: “io voglio un figlio, altrimenti che mi sono sposata a fare, io voglio un'evoluzione nel matrimonio, e non c'è stata. Abbiamo avuto un sacco di problemi, il lavoro, la salute... c'è caduto il mondo addosso, stiamo tornando indietro, il mio matrimonio è un tornare indietro”. Vivono questa fase di stallo con un reale senso di insoddisfazione e di accuse reciproche.

Questo porta la coppia ad organizzare la loro relazione intorno alla tematica della colpa-abbandono-vergogna. La vergogna è rappresentata dalla storia della madre di C. che ha vissuto con vergogna l'esperienza di essere figlia di una

ragazza madre: “mia mamma l'ha vissuta come un peso, per il fatto del rispetto ... era una vergogna”, in un clima di violenza fisica e di segreti familiari. L'abbandono è rivissuto da M. attraverso la storia della madre che è stata abbandonata in collegio all'età di 4 anni. Un rapporto madre-figlio freddo e distaccato: “diciamo che lei non è riuscita ad esprimere le emozioni, non è stata molto affettuosa con me.”

Dalle loro aspettative infrante, dai bisogni non riconosciuti e accolti, e dai miti delle rispettive famiglie d'origine possiamo comprendere il perché si sono scelti.

Con l'EMDR congiunto (con entrambi i partner presenti) abbiamo lavorato sui ricordi generatori del senso di colpa, del vissuto di solitudine e di vergogna di C., appresi anche all'interno di una storia di abuso da parte di un parente, in età infantile. Per quanto riguarda M., invece, abbiamo elaborato i suoi sentimenti di inadeguatezza e di non valore, appresi all'interno della relazione distanziante con la figura materna.

### Bibliografia

- Bowlby J., (1979), *Attaccamento e perdita*, Volume I,II,III, Torino, Boringhieri
- Attili G., (2004), *Attaccamento e amore*, Bologna, Il Mulino
- Mahler M., (1968), *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*, International Universities Press, New York
- Angelo C., (1999) *La scelta del partner*, in Andolfi M., La crisi della coppia, Milano, Raffaello Cortina.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark M. G., (1988) *Lealtà invisibili*, Roma, Astrolabio.
- Framo J.L., (1999), *Un approccio intergenerazionale alla terapia di coppia, alla terapia familiare e a quella individuale*, in Andolfi M., La crisi della coppia, Milano, Raffaello Cortina

- Siegel D.J., (2001), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, Cortina Raffaello
- Liotti, G., Farina B. (2011) *Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Raffaello Cortina.
- Shapiro F., (2001), *Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*, Psicologia McGraw-Hill, Milano
- Kaslow, F.W., Nurse, A.R. e Thompson P. (2002). *EMDR and family systems*. In f. Shapiro (Ed), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Moses M.D., (2010), *Migliorare gli attaccamenti: terapia congiunta di coppia*, EMDR Italia Febbraio n.19 Anno IX

Angela Funaro

Presidente Centro Trauma Ippocampo, Psicologa, Psicoterapeuta sistemico-relazionale

Dirigente ASP Cosenza-Centro di Salute Mentale, Supervisore EMDR, Membro della Mental Health Europe (MHE)

Tel: 3397314256

angela.funaro@traumi.net - www.traumi.net



## Il Counselling Psicologico Universitario

*Uno spazio di incontro e di ascolto per gli studenti dell'Università della Calabria*

di ANGELA COSTABILE - PAOLA MANFREDI

Il Counselling Psicologico Universitario, attivo da oltre 13 anni presso l'Università della Calabria, offre agli studenti universitari uno spazio di incontro e di ascolto dove lo studente può riflettere, con l'aiuto di uno psicologo, sulla propria realtà e su eventuali motivi di disagio inerenti la sfera emotivo-relazionale, affettiva e cognitiva.

L'attività del Counselling psicologico è una forma di relazione d'aiuto che possiamo definire con Rogers (1970) "una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o in ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione, in un adeguato e autentico clima di autodeterminazione e responsabilizzazione".

**Parole Chiave:** accoglienza psicologica; consultazione; ascolto; disagio; consapevolezza di sé.

*Non sono quello che dovrei essere  
e neanche quello che ho intenzione di essere  
però non sono quello che ero prima*

E. Erikson

L'Università della Calabria da diversi anni offre agli studenti uno spazio di consultazione psicologica, pensato e realizzato per sostenerli nell'iter universitario che è, al tempo stesso, percorso di crescita e formazione. Aperto ad accogliere, comprendere ed elaborare le inevitabili difficoltà e disagi che possono ostacolare la definizione dell'identità e l'acquisizione di un'autonomia quanto più possibile sana, autentica e consapevole, il servizio psicologico universitario, posto nell'*habitat naturale* dello studente, facilita la richiesta d'aiuto e, soprattutto, l'approccio della persona al

proprio mondo interno. Ha inoltre l'obiettivo di promuovere l'apertura di Sé ad aree problematiche, che potrebbero tradursi in disagio o in patologia mentale inibendo la possibilità di occuparsi di sé.

Il Servizio psicologico d'Ateneo, proponendosi come spazio d'ascolto per gli universitari, riconosce la possibilità che le difficoltà, nel corso dell'esperienza accademica, possano esistere ed emergere, dando diritto di cittadinanza a inquietudini e turbamenti. Accoglie la formulazione di richieste d'ascolto e di aiuto per le quali lo studente potrebbe avere difficoltà nel rivolgersi ai servizi sanitari che, spesso, nell'immaginario comune, evocano fantasie legate alla patologia.

Attivo presso l'Università della Calabria da circa 13 anni, il Servizio di Counselling Psicologico

Universitario propone agli studenti attività di consultazione volte ad aiutarli nell'esplorare le difficoltà emozionali interne e nel superare ostacoli di natura psicologica. Tali situazioni, in alcuni casi, interferiscono con il riconoscimento e l'attivazione delle potenzialità e con il rendimento nello studio, ostacolando una proficua esperienza universitaria e determinando spesso blocchi, insuccessi e abbandoni. A tal fine, il servizio propone colloqui psicologici finalizzati al riconoscimento delle proprie risorse e dei propri limiti e all'individuazione del percorso da intraprendere per affrontare difficoltà nella sfera cognitiva, emotiva e relazionale.

L'Università della Calabria, attivando e rendendo istituzionale il Counselling Psicologico, ha colto già da tempo l'esigenza di coniugare il compito tradizionale di formazione dell'istituzione accademica con quello di sostegno rivolto al giovane nel processo di adattamento al ruolo di studente universitario e di emancipazione verso nuovi ruoli culturali, professionali e sociali.

L'istituzione accademica per i giovani universitari costituisce il naturale contenitore deputato alla gestione della transizione dall'adolescenza all'età adulta o, per lo meno, di una parte non secondaria a tale processo (Giusti, 1995). Essa costituisce un elemento importante a cui i processi maturativi debbono riferirsi, un regolatore esterno che, come tale, può accogliere, facilitare o, viceversa, rallentare e bloccare tali processi maturativi. L'estrema flessibilità che caratterizza il percorso accademico nel nostro Paese, che non prevede scadenze obbligate ma sembra potersi dilatare all'infinito, offre, infatti, poche possibilità di accoglimento e di sostegno allo studente che si trova in conflitto tra il bisogno di accudimento e il desiderio di emancipazione.

L'inizio degli studi universitari, da un lato, rappresenta il primo vero ingresso nella vita adulta, dall'altro, corrisponde ad un periodo di sospensione nei confronti di impegni sociali e di scelte definitive. Ciò alimenta una certa indeterminazione dell'identità personale e sociale, su cui possono innestarsi fattori di crisi. Così

come le aspettative nei confronti dello studio, i dubbi relativi al futuro, gli sforzi e le possibili frustrazioni legate ai risultati, possono dar luogo alla caduta della motivazione e al blocco di fronte alle prove. D'altra parte, le istituzioni educative, per come sono organizzate nel nostro Paese, tendono a focalizzare l'attenzione prevalentemente sugli aspetti cognitivi che utilizzano il rendimento e i risultati quantificabili come unico criterio per la valutazione dello studente. La formazione, secondo quest'ottica, consiste esclusivamente nell'essere preparati a svolgere al meglio uno specifico compito, attribuendo scarso rilievo all'esperienza di vita e al concetto di crescita emozionale, (Adamo, Valerio, Giusti 1992).

Le problematiche di studio, in tale contesto, spesso costituiscono per il giovane un modo per esprimere un disagio emozionale che, pur avendo radici nel suo vissuto, viene riattivato dalle difficoltà incontrate nel corso dell'esperienza universitaria (Erikson, 1968; Canestrari, 1989).

Il giovane, nell'affrontare i compiti richiesti dal ruolo di studente universitario, deve mettere in gioco inevitabilmente l'attivazione di abilità emozionali e cognitive, confrontandosi con livelli di ansietà, aspettative irrealistiche e problemi psicologici irrisolti (Valerio, 1993).

Organizzare e istituire un servizio d'ascolto psicologico rivolto agli studenti universitari significa tener conto delle difficoltà emotive e di approccio allo studio che il ragazzo può incontrare lungo il percorso accademico, sostenendolo con iniziative e spazi opportuni per contenere e superare il suo disagio, stimolando la consapevolezza delle proprie risorse e la riattivazione della propria progettualità.

È fondamentale che, nell'ambito universitario, gli spazi d'ascolto e di esplorazione delle difficoltà emozionali interne che interferiscono con il riconoscimento e la conquista delle potenzialità cognitive e con la piena partecipazione del ragazzo al percorso di studi, siano affidati a professionisti in grado di aiutare gli studenti a contenere l'ansia e a mediare tra le diverse parti della personalità, tra tendenze distruttive

e costruttive, tra bisogni emozionali infantili e parti adulte.

L'attivazione di tali spazi d'ascolto nell'università rappresenta una concreta prova di come l'istituzione accademica stia evolvendo e si stia attivando, sulla base dei diversi fattori che entrano in gioco nel processo evolutivo che lo studente vive, e andando incontro, con le opportune azioni, alle peculiari esigenze dello studente, per sostenerlo nell'affrontare l'iter universitario e portare a termine gli studi con motivazione e con successo.

### Un po' di storia...

Il Servizio di Counselling Psicologico all'interno dell'Università della Calabria nasce in via sperimentale nell'anno accademico 1999-2000, in concomitanza con l'istituzione del Servizio per gli studenti Disabili – attivato in base alla legge 17 del 1999.

Prosegue, con maggiore stabilità, presso il Centro Sanitario universitario, nel periodo 2003-2005, nell'ambito del Progetto Oracolo - Programma operativo nazionale per le Regioni dell'obiettivo I – Azione Orientamento – a seguito del quale viene valutato dal MIUR come azione di “best practice” e riapprovato tra le iniziative del Progetto Oracolo 2, attuato negli anni 2007-2008.

Da Aprile 2005 il Servizio di Counselling è stato inserito, come attività istituzionale, all'interno del Servizio di Ateneo per le attività di Orientamento, proseguendo le sue attività e avviandone nuove, finanziate con fondi d'Ateneo.

Il Servizio è nato con precipue caratteristiche derivanti da riflessioni e valutazioni, svolte dalla Responsabile del Servizio, relative ad un'analisi del profilo dello studente dell'Università della Calabria in relazione ad aspetti culturali, sociali, geografici. Nelle fasi d'avvio sono state, infatti, svolte indagini conoscitive degli studenti, attraverso la somministrazione di questionari, opportunamente realizzati e testati, che hanno coinvolto gruppi significativi di iscritti a tutte le

Facoltà, con l'obiettivo di conoscere in modo più approfondito la loro condizione, eventuali motivi di disagio e informarli sull'apertura del Servizio Psicologico in Università.

Nei primi anni di vita del Servizio, si è ritenuto di estrema importanza creare occasioni di incontro e confronto con altre realtà universitarie, attivando contatti e collaborazioni con esperienze simili già presenti in altri atenei nazionali ed internazionali, quali: Padova, Bari, Novara, Firenze, Palermo, Napoli – Federico II, Roma Tre.

Diverse sono state le occasioni di incontro con l'Università di Oxford, con l'intervento presso l'Ateneo calabrese della Dott.ssa Elsa Bell, responsabile del Counselling Service dell'Università britannica, la visita tecnica di psicologhe del Counselling Psicologico dell'Università della Calabria presso il Servizio di Counselling di Oxford, la partecipazione con relazioni a seminari e convegni organizzati presso l'Università britannica su tematiche relativa al disagio adolescenziale e alle esperienze universitarie di Counselling e di Peer Support.

Varie attività trasversali sono state, inoltre, realizzate nell'ambito del Servizio Psicologico, nel corso degli anni, che hanno contribuito a renderlo solido ed efficiente rispetto alla sua mission: incontri formativo – esperenziali con gruppi di studenti su tematiche psicologico-relazionali e metacognitive; l'esperienza di consultazione psicologica on line, nell'ambito del progetto Oracolo2, grazie alla quale gli studenti potevano contattare in tempo reale, tramite chat, uno psicologo per un primo approccio con il servizio; incontri formativi rivolti ai docenti per il potenziamento delle abilità didattiche, dei metodi e delle tecniche di supporto all'insegnamento; incontri individuali di orientamento e riorientamento psicologico alla scelta universitaria; incontri formativi per peer tutor, progettati, organizzati e realizzati dalle psicologhe del Servizio.

Negli anni 2008 e 2009, con l'attuazione dei progetti di Azzeramento/potenziamento delle conoscenze e competenze di base per le matri-

cole, realizzati dall'Università in concertazione con la Regione Calabria, il Counselling Psicologico Universitario è stato coinvolto nella progettazione, programmazione e realizzazione di interventi formativi sulle metodologie di studio e, in una fase successiva, in azioni di ricerca, valutazione e verifica sulle attività svolte, relative a capacità e competenze metacognitive. Tali attività sono state svolte in collaborazione con il gruppo di lavoro del Prof. Cornoldi dell'Ateneo di Padova.

Diverse sono attualmente le occasioni che vedono il Servizio di consultazione psicologica dell'Università della Calabria promotore di attività di studio e ricerca sulle tematiche inerenti il disagio e le problematiche psicologiche dei giovani.

### L'organizzazione del Servizio

Il modello strutturale del Servizio di Counselling Psicologico dell'Università della Calabria è articolato in diverse azioni.

#### *1. Accoglienza*

Le attività di consultazione psicologica prevedono una prima fase di accoglienza psicologica, presa in carico e prenotazione degli appuntamenti, svolta dalla responsabile del Servizio che effettua un primo colloquio di conoscenza, valutazione ed analisi della richiesta dello studente e attribuisce il caso ad un'altra psicologa per un ciclo di colloqui psicologici o lo invia per un percorso idoneo per lo specifico disagio (intervento psichiatrico o psicoterapia).

#### *2. Consultazioni*

La fase preliminare di accoglienza è seguita dall'attività di consultazione clinica che prevede un ciclo di colloqui psicologici individuali (da due a sei) e un colloquio di follow up a distanza di 3-6 mesi, da concordare alla fine del ciclo di incontri.

Le attività di Consultazione clinica offrono al giovane uno spazio d'incontro e di ascolto che gli permette di rivedersi e rileggere la propria realtà di vita e le proprie difficoltà, attraverso un lavoro di esplorazione che, con il supporto della consultazione psicologica, può essere affrontato in modo nuovo. L'ascolto tiene conto della risonanza emotiva come via d'accesso alla comprensione.

Nei casi di elevata delicatezza, il percorso di consultazione psicologica può sollecitare nello studente il riconoscimento dell'esigenza di un ulteriore intervento psichiatrico o psicoterapeutico. Ciò non è semplice né immediato, in modo particolare nella prima fase del percorso (accoglienza) in cui lo studente esprime spesso estrema reticenza rispetto ad interventi clinici, soprattutto per le proprie difficoltà a riconoscere ed accettare i reali bisogni. A tal fine, è necessario un lavoro di consapevolezza e accettazione effettuato nel corso dei colloqui di consultazione. È di fondamentale importanza, pertanto, la funzione preventiva, valutativa e di primo intervento che il servizio psicologico assume nel contesto universitario, che non sarebbe proponibile, per molti ragazzi, in altri contesti sanitari.

Da qualche anno è presente anche un servizio di consulenza psichiatrica che, attraverso un protocollo d'intesa tra Università e Azienda Sanitaria Provinciale, prevede la presenza di una psichiatra che svolge la propria attività presso la sede universitaria con cadenza settimanale per gli studenti che necessitano di tale tipologia di intervento. Tale servizio permette di arginare la difficoltà di molti studenti, in particolari condizioni di disagio, a rivolgersi ad operatori presso strutture sanitarie e contesti diversi da quello universitario.

Se lo studente necessita di psicoterapia, può, inoltre, essere inviato presso il Centro Sanitario dell'Università, dove è attivo un servizio di psicoterapia in collaborazione con l'ASP.

Le attività di Consultazione, coordinate dalla responsabile del Servizio di Counselling Psicologico, si avvalgono della collaborazione professionale di due psicologhe esterne che svolgono attività di consultazione clinica e di uno psicoterapeuta che si occupa della supervisione sul lavoro clinico.



### *Counselling e sostegno psicologico per studenti disabili*

Le attività psicologiche per gli studenti con disabilità, svolte da personale specializzato, mirano ad individuare le difficoltà degli studenti in relazione all'inserimento universitario e alla gestione dello studio e della vita all'interno del Campus e, quindi, a definire gli interventi di aiuto più opportuni per garantire loro pari opportunità nello svolgimento delle attività quotidiane e nel raggiungimento dei traguardi di ciascuno. A tal fine si organizzano ed effettuano incontri con gli studenti, i loro familiari e, laddove necessario, con docenti ed operatori. Gli interventi di tutorato a favore dei ragazzi che ne esprimono l'esigenza, vengono monitorati con colloqui svolti nel corso dell'anno accademico ed eventualmente riorganizzati. Gli studenti disabili, inoltre, possono richiedere un percorso di counselling psicologico presso il servizio, dove effettuano il ciclo di colloqui clinici con le medesime modalità degli altri studenti, secondo un'ottica di pari opportunità.

Le disabilità che riguardano gli studenti iscritti al Servizio Accoglienza Studenti con Disabilità dell'Università della Calabria sono prevalentemente di entità medio-grave e appartengono alle seguenti tipologie:

- disabilità neurologiche con gravi compromissioni nella sfera motoria;
- disabilità neurologiche con compromissioni nella sfera cognitiva e psichica;
- disabilità sensoriali (visive ed uditive);
- disabilità psichiche e della sfera socio-relazionale;
- patologie oncologiche;
- patologie neurologiche ad insorgenza tardiva;
- disturbi cognitivi.

### *Counselling e gruppi di incontro sul metodo di studio*

Nell'ambito delle iniziative di Orientamento in Itinere, il servizio di Counselling psicologico in collaborazione con il servizio di Peer tutoring dell'Ateneo, organizza incontri per studenti sulle metodologie di studio.

Negli ultimi anni, infatti, in seguito a una riflessione relativa alle difficoltà nello studio di molti universitari e alla necessità di migliorare il metodo di studio, si è delineata l'esigenza di uno specifico ambito di intervento che offra supporto agli studenti universitari che presentano difficoltà specificamente legate all'attività di studio.

A tal fine, vengono proposti colloqui individuali centrati sulle rappresentazioni cognitivo-emotivo-motivazionali e interventi di gruppo volti a favorire e potenziare le strategie di studio, la motivazione e la gestione dell'ansia d'esame.

Essi costituiscono occasioni di incontro con e tra studenti, che sperimentano percorsi basati sullo scambio di esperienze, vissuti e bisogni che riguardano le abilità di studio, la capacità di utilizzare strategie e tecniche per affrontare situazioni di ansia per l'esame e difficoltà nell'utilizzo di un adeguato metodo di studio.

### *Qualche dato*

Negli ultimi anni, sono sempre di più gli studenti che richiedono aiuto presso lo sportello di Counselling psicologico, tra coloro che si rivolgono al servizio per colloqui di consultazione clinica, incontri sul metodo di studio e motivi legati ad una disabilità. I colloqui individuali svolti sono circa 800 l'anno, tra incontri d'accoglienza, di consultazione e di supporto agli studenti disabili e ai loro familiari.

Gli studenti che si rivolgono al servizio di consultazione psicologica presentano tutti un disagio psicologico o di studio che, in alcuni casi, si rivela espressione di un disturbo di altro tipo.

I problemi che maggiormente emergono riguardano disturbi dell'umore, del sé, dell'identità di genere, dei comportamenti alimentari.

Nella maggior parte dei casi, il disagio vissuto dallo studente può dar luogo al ritiro dalle normali e regolari attività quotidiane, disagio nell'affrontare o proseguire le attività di studio, blocco nella realizzazione dei progetti personali e professionali

Il blocco nello studio e l'insuccesso nel rendimento alle prove d'esame nella maggior parte dei casi sono correlati allo stato di malessere

re che gli studenti vivono. Essi rappresentano spesso “il campanello d’allarme” rispetto a problematiche più profonde che danno luogo a scarsa autostima, a difficoltà di adattamento e di organizzazione dello studio, a demotivazione e quindi ad insuccessi che spesso si ripetono. Nel corso dei colloqui di counselling, la possibilità di riconoscere e rivedere se stessi e le proprie difficoltà e di affrontarle con maggiore consapevolezza, in diversi casi, dà luogo ad una ripresa proficua e soddisfacente delle attività di studio; ciò avviene soprattutto negli studenti che non presentano disturbi di elevata gravità, ma un disagio che crea frustrazione ed insoddisfazione e specifici problemi nell’organizzazione dello studio.

Da un’analisi qualitativa dei dati è emerso l’elevato livello di insoddisfazione e l’efficacia del servizio, dimostrata dal raggiungimento da parte degli studenti del riconoscimento delle proprie reali difficoltà e delle risorse per affrontarle, nonché di una nuova motivazione alla ricerca di percorsi di approfondimento che in alcuni casi risultano indispensabili.

### Conclusioni

L’esperienza di consultazione con gli studenti ha posto in evidenza problemi solitamente osservati in quella che è definita una popolazione di tardo-adolescenti e giovani adulti.

In questa cruciale fase della vita, i giovani sono impegnati in compiti evolutivi e gestione delle conflittualità coinvolti nello strutturarsi dell’identità adulta. La fase della tardo-adolescenza, come afferma Blos, sembra connotarsi come un periodo di crisi in cui il soggetto tende a ricercare una maggiore integrazione di conflittualità infantili irrisolte le quali devono necessariamente essere affrontate perché l’identità

adulta possa strutturarsi e definirsi (Blos, 1971). Talvolta, sotto la pressione dei nuovi compiti evolutivi, di cui il giovane deve farsi carico, possono evidenziarsi problematiche e disturbi non emersi prima.

Dalla nostra esperienza osserviamo l’emergere di conflittualità intense, concernenti in particolare la sfera delle problematiche separative e più in generale la costituzione ed il consolidamento dell’identità, collegata ai compiti maturativi specifici della fase evolutiva.

Le difficoltà concernenti l’area dell’apprendimento, che rappresentano una delle motivazioni centrali della richiesta di consulenza psicologica da parte degli studenti, possono essere comprese e lette alla luce delle più generali conflittualità evolutive che riguardano questa fase della vita.

Il setting in ambiente universitario, ponendo l’esperienza di consultazione fuori dal sistema sanitario, permette ai giovani di esprimere le proprie problematiche o difficoltà in un contesto che è essenzialmente di formazione e di crescita. Ciò dà luogo ad una concezione di normalità e non di patologia che favorisce la richiesta d’aiuto e l’espressione del proprio disagio, dando la possibilità di affrontarlo e superarlo per riconoscere e affermare aspetti della propria identità adulta e proseguire il proprio percorso verso la realizzazione di un progetto di vita.

Possiamo perciò definire l’attività del counselling psicologico con la definizione usata da Rogers per la relazione d’aiuto: “...una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o in ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione, in un adeguato e autentico clima di autodeterminazione e responsabilizzazione”.

### Bibliografia

Erikson E.M. *Identity, youth and crisis*, Norton Company, New York, 1968 (trad. It.: *Gioventù e crisi di identità*, Armando, Roma, 1974);

Canestrari R. *The age of adolescence and youth and the psychosocial profile of the university student*, CLUEB, Bologna 1989;

De Beni R., Lis A., Sambin M., Trentin R. (a cura di) *Il disagio psicologico degli studenti universitari*, Edizioni Guerini Studio, Milano 1997;

Giusti P. *Alcune problematiche che possono essere implicate dal confronto con gli studi medici. Esperienze di consultazione psicologica con gli studenti di una facoltà medica*. Tesi di dottorato di Ricerca in Metodologia delle Scienze relazionali e della Comunicazione VI ciclo. Università degli Studi di Napoli Federico II. 1995;

Adamo S.M. G., Valerio P., Giusti P. *Psychodynamically oriented brief interventions with medical students: an italian experience*, *Journal of college student psychother*, 1992, 7,2, 35-45;

Valerio P. e Adamo S.M.G. (a cura di), *Quaderni di Counselling psicodinamico per studenti universitari* 1992, I, pp. 107-119;

Valerio P., "Il Counselling psicologico per studenti universitari" in Fischetti, R. Milano F. (a cura di), *Lo psicoterapeuta e i suoi sistemi di riferimento impliciti ed espliciti*. Pagus Edizioni, Quinto di Treviso, 1993;

Fiore M. (a cura di) *L'assistenza psicologica nei processi della formazione universitaria. Bisogni, risorse, strumenti*. Edizioni Giuseppe Laterza, Bari 2005;

Blos P., *Adolescenza: una interpretazione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano 1971;

Pelanda E. "Difficoltà scolastiche" in Senise T. (a cura di) *L'adolescente come paziente*, Franco Angeli, Milano 1991;

Salzberger Wittenberg I., Henry Polacco G., Osborne E. *L'esperienza emotiva nel processo di insegnamento e di apprendimento*, Liguori, Napoli 1987;

Mucchielli R., *Apprendere il Counselling. Manuale di autoformazione al colloquio d'aiuto*, Erickson, Gardolo (TN) 1987;

Rogers C.R., *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli Editore, Firenze, 1970;

Rogers C. R., *Un modo di essere*, Martinelli Editore, Firenze, 1983.

Angela Costabile  
Prof. Ordinario di Psicologia dello Sviluppo  
Delegata del Rettore per le attività di Orientamento  
Università della Calabria  
angela.costabile@unical.it

## Si fa presto a dire: “È depressione”

di *FRANCESCO MEGNA*

**Nella demenza e nelle cerebropatie frontali possono esserci degli stati comportamentali che senza la diagnostica e le conoscenze neuropsicologiche rischiano di essere scambiati per depressione e come tali trattati per anni. L'errore diagnostico, oltre che aggravio di spesa per il SSR, è danno per il paziente e per i familiari e, soprattutto, espone tutti costoro a gravi rischi.**

**Parole Chiave:** pseudodemenza, pseudodepressione, anosognosia, deficit funzioni esecutive.

**I**o prediligo fare quello che tu stai facendo ora: leggere. Mi succede, di tanto in tanto, però di imbartermi in disquisizioni sulle scienze psicologiche che non sempre capisco, anche se mi sembrano belle e sofisticate, oppure di trovarmi sotto gli occhi articoli talmente specifici che non vanno un millimetro oltre il contesto stesso e che nulla servono ai giovani colleghi, figurarsi agli anziani (sì, fra di noi cominciano ad esserci colleghi anziani). Per questo fra scrivere e leggere preferisco, di gran lunga, la seconda opzione. A volte sento la necessità di scrivere, quasi sempre quando mi imbatto in delle corbellerie, che non hanno fondamento scientifico, ma sono presentati come certezze dimostrate e dal valore incontrovertibile, allora mi arrabbio e comincio a pensare come confutare le assurdità lette; faccio mentalmente una scaletta, ma dopo alcuni giorni mi calmo, perché penso che si sia scritto già quasi tutto e temo che il mio punto di vista potrei esprimerlo in modo non perfettamente chiaro ed apparire, a mia volta, banale. Da anni ho come argomento di studio la depressione ed i miei dubbi sono tanti. Ho ancora nelle orecchie le parole di un guru della psicofarmacoterapia che asseriva: “La

depressione è una malattia; è a tutti gli effetti una malattia come la polmonite e, come la polmonite si cura con gli antibiotici, la depressione si cura con gli SSRI”. Non c'è che dire: bel sillogismo. Peccato che la premessa maggiore dello stesso sia ancora tutta da dimostrare e, chiaramente, sballate sono le successive conclusioni. In certe trasmissioni televisive pubblicitarie camuffate da talk-show scientifico-divulgativi la figura dello psicoterapeuta veniva derisa: povero ingenuo, credeva, stregonescamente, di curare con le parole una malattia organica, anzi meglio, biochimica; si dava e continua a darsi come ormai dimostrato scientificamente che si tratti di un problema a livello della ricaptazione della serotonina. La scienza, quella dei salotti televisivi, la stessa degli interessi economici non dichiarati, aveva accertato che il depresso era un ammalato. Poi nel corso degli anni questi divulgatori scientifici ci hanno informato che la cura dei depressi andava fatta in modo “combinato”: la farmacoterapia guariva e la psicoterapia doveva consolidare il risultato. Da alcuni anni asseriscono che la farmacoterapia darà la spinta al paziente a farsi aiutare e quindi, dopo, a cercare lo psicoterapeuta...



Tu ne hai visti? A me capita di vederne tanti, ma davvero molti, quasi tutti con intossicazione iatrogena o che dopo anni di trattamento hanno raggiunto il solo risultato di non riuscire più a smetterne l'assunzione. Accidenti, ho perso il filo: forse pure io sono da inserire nel novero dei colleghi anziani, però questo aspetto va riaraffrontato in modo più esaustivo: aspetto con ansia (sana) il nuovo vangelo del DSM 5: dicono che farà miracoli. Si dice che moltiplicherà il numero delle malattie e con esse il pane ed il pesce fresco per chi dello psicofarmaco vive. Nel frattempo, sempre indignato, ho letto, ho fatto tanti schemi di quello che avrei voluto scrivere e dei paradigmi che intendevo confutare ed ho rinviato, rimandato e poi procrastinato: sono pigro. Oggi, però, e per questo ho deciso di scrivere, mi sono imbattuto nell'ennesimo caso di persona anziana trattata da circa cinque anni con multiterapia psicofarmacologica, antidepressiva-ansiolitica-anticomiziale, benchè seguita da professionisti che personalmente stimo che lavorano alla presenza (o assenza?) di colleghi psicologi, quando in realtà è in atto una demenza in fase avanzatissima con persino l'identità personale compromessa. È impossibile che sia depressa una persona che non sa più chi sia, che ha deficit dell'identità personale, che magari, presentando autoprosoagnosia, non si riconosce allo specchio.

Succede, anche se raramente, nonostante la lettura citi questi casi come se fossero tantissimi, che delle persone appaiano dementi quando la reale patologia sia una depressione non diagnosticata o quella sottotraccia (la terribilmente famosa "depressione mascherata"), uno squilibrio ormonale o una carenza nutrizionale: per tali casi è stata formulata la dizione PSEUDODEMENZA.

Con queste riflessioni, invece, voglio porre l'attenzione su una ben più vasta pletora di pazienti, quelli a cui viene erroneamente posta la diagnosi di depressione, e come tali, quasi sempre trattati solo farmacologicamente, e per analogia con quanto sopra detto, credo che sia il caso di designarla come PSEUDODEPRESSIONE.

Il DSM-IV-TR dedica le pagine comprese fra la 375 e la 459 ai disturbi dell'umore e continuando a definirsi "a-teoretico"<sup>1</sup>, non dice cosa sia la depressione, mentre descrive, molto sommariamente, come identificare gli episodi di alterazione, senza distinguere fra disturbo affettivo e disturbo dell'umore. Più episodi, ma anche uno solo, possono essere inquadrati come DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE. Il testo rileva solo i sintomi, ne consegue che l'intervento terapeutico sottaciuto badi solo al controllo delle manifestazioni riscontrate.

"Il Disturbo Depressivo Maggiore è caratterizzato da uno o più Episodi Depressivi Maggiori (per almeno due settimane umore depresso o perdita di interesse, accompagnati da almeno altri quattro sintomi depressivi)"<sup>2</sup>. Il DSM-IV-TR con questi criteri, di cui si riportano gli aspetti più significativi, determina l'Episodio Depressivo Maggiore:

"A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: Non includere sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.

1. umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto.
2. marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorn...
3. significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso
4. insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno
5. agitazione o rallentamento psicomotorio
6. faticabilità o mancanza di energia
7. sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessiva o inappropriati
8. ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione
9. pensieri ricorrente di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicida-

ria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi non soddisfano i criteri per un Episodio misto.

C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione di funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

D. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. droga di abuso, un medicamento) o di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo).

E. I sintomi non sono meglio giustificati da Lutto, cioè, dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di 2 mes...<sup>3</sup>.

Come risalta evidente agli occhi affinati a trovare le discordanze, i sintomi 3-4-5 del punto A sono rappresentati da opposti. Non ricordo che lo scienziato del talk-show dicesse che la polmonite ci fosse con ipertermia o ipotermia, deficit respiratori o iperventilazione, indifferentemente con un sintomo, ma anche con il suo opposto. A proposito: cosa è l'opposto di un sintomo?

Ho inteso qui riportare parte dello schema del DSM IV TR proprio per evidenziare che, nonostante la contraddittorietà di questo strumento, chi fa diagnosi di depressione negli anziani, nei traumi cranici, nei cerebropatici, ect, ignora l'avviso: "Nota: Non includere sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale...". Forse che gli eventi cerebrovascolari non appartengano a questa categoria? Si arriva all'assurdo che la psichiatria biologica pur di accaparrarsi il trattamento farmacologico di un paziente, parta da una manifestazione che ritiene affettiva, da inquadrare in ambito psicologico (relazionale, psicodinamico, socio-economico o del ciclo di vita), la trasformi in un'alterazione dell'umore e curi il sintomo come tale ignorando il resto della persona, persino lo stesso encefalo. "La distinzione fra le turbe delle facoltà cognitive (turbe del pensiero) e quelle degli stati d'animo (turbe dell'umore) ha rappresentato una tappa importante nei primi tentativi di stabilire una classificazione moderna delle malattie menali. Nella classificazione clinica, il

termine umore si riferisce ad uno stato d'animo persistente, che può durare settimane o più, mentre vengono denominati stati affettivi (o reazioni affettive) gli stati d'animo transitori o momentanei di una persona. (...) Si può dire che gli stati affettivi stanno all'umore come il tempo (piovoso o soleggiato) sta al clima (tropicale, temperato o freddo)"<sup>4</sup>.

In queste riflessioni non prendo in nessuna considerazione le varie scale per la rilevazione della depressione, largamente utilizzate, soprattutto in ambito geriatrico, ma dall'attendibilità uguale a zero, anche se c'è chi si ostina a considerarle dei test e sulla scorta di esse formulare diagnosi<sup>5</sup>.

La consapevolezza di un bisogno, o di un desiderio, è il motore dell'agire intenzionale. La volizione necessita, quindi, della consapevolezza della propria situazione, di cosa si vorrebbe, di come si vorrebbe cambiare, cioè di un piano esecutivo. L'esecuzione del progetto, a sua volta, necessita che la persona sia idonea a verificare passo-passo i progressi, o i regressi, del suo agire e modificare quanto non rientra nelle sue attese; il tutto presupponendo che siano integre le funzioni attentive e la working memory, ma non si può trascendere dall'integrità della memoria prospettica (il "ricordo" del futuro, ricordare cosa si deve fare), sia di quella basata sull'evento, che di quella basata sul tempo. Una persona con danni della "memoria prospettica", (che sembra un paradosso: la memoria del futuro), può organizzare la propria quotidianità e fare progetti a breve, medio e lungo termine? Succede che la persona con danni frontali non possa essere più in grado di programmare la propria quotidianità e che, quindi, non agisca, semplicemente perché non "sa" più cosa fare, oppure nell'ipotesi, per assurdo, che lo sapesse, non sappia "quando" farlo, oppure non "sa" se lo ha appena fatto.

Il paziente con danni delle funzioni esecutive, sempre che non ci sia una demenza conclamata, per tutto l'agire di risposta automatica agli stimoli ambientali non evidenzia difficoltà alcuna, avendo nel proprio repertorio procedurale modelli comportamentali adeguati già usati

in passato. La situazione diventa problematica allorché ci sono elementi di novità che la rendono percettivamente diversa dal solito, quando la persona deve analizzare il nuovo contesto, riposizionarsi ed effettuare la scelta se perseverare in quella che era la risposta automatica o attivare nuove procedure.

Non ti sembri rara o strana la situazione. Ti è mai successo di percorrere un tratto di strada frequentata quotidianamente, ma imboccata da un accesso diverso, magari 10 km prima? Quando si arriva nel tratto noto si ha un senso di estraneamento che può durare anche per parecchi minuti. Il panorama è il solito, ma ti appare diverso, farai le stesse manovre di guida, ma non sarai in “automatico”, oppure immagina di percorrere lo stesso tratto ad un’ora per la prima volta diversa da quella consueta: necessariamente ti sembrerà tutto diverso. In tale stato si trova, escluse le situazioni abituali, che hanno la stessa gestalt, la persona che non riesce a prevedere o ipotizzare il suo prossimo ed immediato futuro: tutto è sorprendente, incomprensibile, nuovo.

“Per gli psicologi è stato più difficile valutare abilità più complesse di pianificazione e di organizzazione- alcuni malati frontali superano tutti i test di laboratorio sulle funzioni frontali, anche se manifestano deficit gravi e chiari nella gestione della loro vita di tutti i giorni.”<sup>6</sup>

In questo scritto non voglio affrontare l’argomento delle localizzazioni neurologiche dei danni cognitivi, compito che lascio volentieri ai ricercatori, né delle tecniche, degli strumenti o dei test per la valutazione neuropsicologica dei deficit delle funzioni esecutive, ma solo, e semplicemente, asserire che bisogna distinguere i danni dei domini esecutivi dalla depressione. Un siffatto grave errore diagnostico potrebbe avere effetti devastanti: il paziente ed i suoi familiari, il primo spesso già anosognosico di suo, a causa dello stesso disturbo, ma anosognosico anche i secondi con motivazioni emotive o cognitive, troverebbero nello specialista interpellato un rassicuratore sulla gravità del deficit esistente, ma, cosa, se possibile ancora più grave, con la diagnosi di depressione ed il relativo

trattamento psicofarmacologico di stimolazione-attivazione, si rischierebbe di dare inizio ad attività, comportamenti e situazioni di difficile gestione. L’incolumità del paziente, quella dei familiari, di chi gli sta vicino, e quella di ignari cittadini (pensiamo se il paziente guida o ha in custodia un’arma) potrebbero essere messe in pericolo. Immaginiamo quante sono le situazioni quotidiane di normale attività e come queste, se compiute da persone con danni della pianificazione-escuzione, potrebbero trasformarsi in momenti nefasti: l’anziana che decide di lavare il lampadario, perché lo ha sempre fatto a primavera, o l’anziano che si inoltra nei boschi per raccogliere funghi o la banalissima pratica dell’uso dei fornelli da cucina. Non possiamo confondere l’inattività della persona, che i familiari definiscono depresso: “non ha più voglia di fare le cose, non cura più i suoi passatempi, non accudisce più il cagnolino a cui teneva come ad un figlio”, per una patologia dell’affettività o dell’umore. L’inerzia patologica, quando sia possibile supporre secondaria ad un danno cerebrale (età avanzata, patologie cardio-circolatorie, stili di vita abusanti, traumi cranici, ect) dovrebbe metterci sull’avviso.

La depressione può presentarsi con sintomi cognitivi? No! In modo chiaro, assoluto e senza equivoci; non possiamo confondere il rallentamento, l’ipomotilità, con l’incapacità e la lentezza con l’incapacità, la scarsa collaborazione o motivazione con il non sapere partecipare. Ma se troviamo in concomitanza alla “depressione” deficit cognitivi dobbiamo rivedere la prima impressione e ricercare i danni cognitivi che sottendono tale stato. La neuropsicologia può rilevare se ci sono danni cognitivi, anche se, a volte, tali pazienti possono superare le batterie di test a cui li sottoponiamo ed essere, quindi, “falsi negativi”, ma qualcosa emerge sempre dall’anamnesi: bisogna sapere chiedere e poi ascoltare, soprattutto, se ci sono stati episodi strani ed insoliti.

“Fra le tante proposte per sistematizzare l’argomento rimane attraente quella avanzata da Kleist (1934) ed elaborata da Blumer e Benson (1975), che contrappone una “sindrome pseu-

dodepressa”, con rallentamento e riduzione di ogni attività (apatia, abulia, inerzia) e tono depresso dell’umore, ad una “sindrome psicopatica”, caratterizzata da disinibizione (volubilità, scherzosità stolidi, edonismo, anche sessuale, egocentrismo impulsività, puerilità) e tono dell’umore euforico-maniacale”<sup>7</sup>

Sempre nello stesso testo P. Faglioni: “Volubilità, futilità e avventatezza per incapacità a formulare progetti realizzabili e a perseguirli con coerenza, indifferenza o tendenze a reazioni emotive inadeguate, perdita di iniziativa, di originalità, di creatività, sono gli elementi caratteriali descritti con maggiore frequenza nel paziente frontale”<sup>8</sup>. La persona con danni frontali, che non riuscendo per i motivi prima espressi a formulare progetti, e se li formula non riesce ad eseguirli, appare spesso, agli occhi non esperti o che giudicano solo dalle apparenze comportamentali, acinetico, abulico, inerte. Le persone con danni frontali non si definiscono depresse, (anzi molti di queste vedasi la nota 5- sono addirittura “maniacali”), mancano, comunque, della consapevolezza. Se, per caso, utilizza questa terminologia è che ripete i modi di dire degli altri del suo nucleo di vita su di lui, il suo descriversi è privo della coloritura nera caratteristica del vero depresso; il paziente si definisce depresso, ma è come se la cosa non lo riguardasse; non solo, è completamente privo dell’idea suicidaria, mentre può parlare genericamente della morte, argomento che trattano molti anziani, alcuni di questi in modo scaramantico, altri perché ne hanno la consapevolezza da umani. Di fondamentale importanza è che le persone con danni frontali, avendo deficit delle capacità programmatiche ed esecutive non possono mettere in atto tentativi autolesionistici e quando, ma molto raramente ci provano, i tentativi sono incongrui, incompleti, se non addirittura goffi, ma che comunque potrebbero evitare nella morte, non è detto necessariamente di chi ha cercato di pianificare il suicidio. Non si vuole affermare che la depressione nell’anziano o nel cerebroleso non esistano, anzi, personalità al limite, malattie croniche o lentamente ingravescenti, solitudine, crolli emotivi possono essere all’origine di scelte autolesionistiche. Mai il paziente con danno fron-

tale farà, comunque, un piano suicidario. Il vero pericolo, per loro, i familiari, i care-giver e, spesso, i vicini di casa, possono essere le dimenticanze o altre azioni non adeguatamente ponderate. Un rischio vero, per es., è dato da una prosopagnosia mai diagnosticata: pensiamo ad una persona con una qualche arma (i coltelli sono di difficile reperimento?), se tale persona si sentisse in pericolo, non riconoscendo i familiari, anzi scambiandoli per aggressori, in fondo sono quelli che lo “costringono” a fare cose di cui lui non sente nessuna necessità, non risulta possibile escludere una reazione aggressiva.

La persona è portata dai familiari all’osservazione dello specialista perché: “È depresso”; il tecnico si trova davanti una persona acinetica, adinamica, abulica e apatica. La diagnosi sembrerebbe la più facile del mondo, ma il paziente asserisce che non ha problemi, mentre il depresso aspetta il “LA” della stura per raccontare tutta la sua sfortuna, con dovizie di particolari, ripercorre tutte le sue sofferenze, ci dice di tutti gli iniziali lievi miglioramenti e tutti i successivi drammatici tonfi, rievoca tutti gli specialisti e tutte le terapie assunte, quando ripercorre le sue sofferenze, sembra inarrestabile, è quasi “felice” di avere trovato chi adesso lo guarirà, oppure ci manifesterà tutta la sua incondizionata sfiducia. Il “depresso” ha memoria, corregge i familiari e tiene la scena mettendo al centro la sua sofferenza; l’altro si chiede come mai sia stato trascinato lì, non è contrario, ma nemmeno gli interessa, se si fanno battute semplici, ride. Per contro, provati a fare sorridere un depresso, si attiverà immediatamente, ma contro di te.

“I deficit conseguenti a lesioni frontali possono essere raggruppati in 5 categorie (...).

1. incapacità di valutare, pianificare e programmare strategie per l’esecuzione di un compito;
2. incapacità a passare da un concetto all’altro e da uno specifico comportamento a un altro;
3. incapacità di inibire risposte comportamentali automatiche non congrue con la situazione stimolo;



4. incapacità di inibire reazioni emotive inadeguate;

5. disturbi dei processi attentivi volontari.”<sup>9</sup>

A questa catalogazione vanno aggiunti i deficit della working memory e quelli della memoria prospettica

Quindi, se ci sono danni frontali la persona accetta, perché non sa opporre argomentazioni, non sa vedere alternative; il paziente con danni frontali che appaia depresso non commenta la sua situazione a differenza di quello depresso che prova “piacere” nel raccontare le sue sofferenze.

Altra caratteristica dei pazienti frontali è la difficoltà ad elaborare nuove strategie di adattamento all’ambiente. Tali pazienti sono rigidi, ripetitivi e perseveranti. Il paziente frontale non sa programmare azioni in nuova sequenza finalizzate ad uno scopo preciso, sicuramente non attua comportamenti complessi di tipo organizzato, non ce lo dice e probabilmente se riuscisse a fare un piano non lo saprebbe eseguire, dovrebbe trattenerlo nella working memory ed usare la memoria prospettica per sapere quando farlo ed in quale contesto metterlo in opera.

Credo che sia abbastanza evidente che a fronte di un paventato pericolo inesistente: “il paziente depresso, se non trattato, potrebbe suicidarsi”, ce ne sono altri estremamente gravi e più reali: la persona che per età, patologie presenti, stile di vita, traumi cranici o qual’altro appaia “depressa”, non avendo mai mostrato simile sintomatologia, prima di essere trattata con antidepressivi necessita di diagnosi differenziale. La pratica, ormai tanto in voga, della diagnosi ex juvantibus è assolutamente da scartare: 1) nelle quattro settimane di periodo finestra in caso di trattamento con SSRI potrebbe succedere di tutto; 2) se l’iniziale ipotesi diagnostica era sbagliata, errata sarà la valutazione a posteriore del risultato; 3) si dà uno stimolo ad agire ad una persona che non sa e non può programmare cosa fare, che non sa controllare quello che ha fatto e non sa valutare quanto avvenuto e quanto dovrà fare; 4) si impedisce ai congiunti la consapevolezza della patologia esistente; 5)

si inibisce una, anche se improbabile, ma che comunque va sempre provata, riabilitazione neurocognitiva; 6) si offre un trattamento che si basa su un’ipotesi serotoninergica ancora tutta di dimostrare<sup>10</sup>; 7) si rischia di aggravare, ma questo da psicologo posso solo sopporlo, un già precario equilibrio biochimico cerebrale, venendo meno al principio: “primum non nocere”.

A lungo si è disquisito, e qualcuno continua a farlo, se la depressione dell’umore possa precedere la demenza, altri si chiedono se la demenza sia secondaria alla depressione, altri ancora si domandano quando all’interno del processo dementigeno compaia la depressione, ma il massimo è dato da coloro che ritengono la depressione naturale reazione emotiva al deficit cognitivo. Miseria, ma come si può? La demenza è caratterizzata dalle difficoltà di nuove acquisizioni, quindi è priva di consapevolezza che non è data una volta per tutte, ma è dinamica, variabile contestualmente alle situazioni esterne ed interne. La depressione, invece, è sinonimo di consapevolezza, che fra l’altro è anche amara, sofferta, con sensazioni di ineluttabilità, impotenza davanti alle situazioni temute. Per contro invece la demenza ed i danni frontali che potrebbero essere scambiati per depressione, possono essere caratterizzati da anosognosia, cioè assenza di consapevolezza di malattia. Non è raro che il paziente sia addirittura anosodiaforico, cioè che mostri indifferenza rispetto ai propri disturbi, come se la patologia non lo riguardasse, cioè che ci sia incongruità fra quello che dice di soffrire e come lo dice. In definitiva nella demenza, ma come abbiamo visto in quasi tutti i cosiddetti danni frontali, non c’è insight, mentre i disturbi depressivi sono caratterizzati dall’avvitarsi intorno ad una introspezione spietata e sofferta. A volte persino i familiari sono anosognosici e giustificano con uno psicologismo da trasmissione tv i deficit del familiare. Nella sindrome frontale non si riscontra una visione negativa di sé e del mondo, né intenzioni suicide, perché non ci sono intenzioni nel senso di progetto, né sentimenti di insoddisfazione o di colpa. È dura da accettare, ma sono due entità nosologiche completamente

distinte e come tale vanno affrontate, analizzate, diagnosticate e curate.

La patologia rilevata se la si vuole diagnosticare nell'ambito organico si può usare l'ICD 10 e potrebbe essere inquadrata come "Disturbo organico di personalità", se invece facciamo riferimento al DSM IV-TR per classificare la sofferenza potremmo usare la dizione: "Modificazione della personalità dovuta a una condizione medica generale", "Disturbo mentale NAS da condizione medica generale", oppure "Disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale", ricordandoci, però, che il manuale DSM presuppone che le diagnosi siano effettuate su tutti e cinque gli assi, mentre è ormai consuetudine limitarsi agli assi I e II, ignorando in modo sistematico gli assi IV e V; sarà forse perché si vuole restare sull'ambito organico? Ma allora l'asse III va menzionato! Potremmo, congruamente, saltando tutti gli steccati, per meglio comprenderla e farla comprendere, per quanto possibile, ai pazienti ed ai familiari, sempre e necessariamente, definirla Sindrome Frontale Disesecutiva. Personalmente preferisco definirla Deficit Neurocognitivi Multipli delle Funzioni Esecutive. Ma non intendo impelagarmi in definizioni, precisazioni che lascio volentieri agli studiosi, il mio fine è operativo e limitato alla diagnostica quotidiana: differenziare i disturbi derivati dai danni cerebrovascolari a probabile localizzazione frontale dalla depressione e dagli episodi depressivi.

Ciò che è stato fin ora esposto dimostra che nei pazienti con lesioni alle aree prefrontali è deficitaria la capacità di controllare le abilità percettive, motorie e linguistiche per mantenere un comportamento appropriato ai diversi contesti sociali. Le caratteristiche principali di tali funzioni sono la capacità di elaborare interpretazioni astratte da stimoli concreti, la capacità di inibire comportamenti semplici e automatici e nella capacità di organizzare le proprie esperienze secondo criteri coerenti e nuovi. L'alterazione di queste funzioni esecutive (funzioni frontali), ovvero la capacità di organizzare e pianificare il comportamento, è definita SINDROME DISESECUTIVA.

La prova scientifica che l'inerzia patologica, l'incapacità a progettare, a ricordare i piani, se mai fossero stati immaginati, riguarda i danni frontali, ci è data da un Premio Nobel ottenuto proprio per una tale pratica. Spero che nessuno dei lettori abbia il coraggio di dire che la leucotomia prefrontale, intervento di neurochirurgia conosciuto anche come lobectomia o lobotomia, messo a punto da Antonio Egas Moniz nel 1936, dallo stesso ampiamente utilizzato e per la quale gli fu attribuito il Premio Nobel per la Medicina nel 1949, abbia un effetto antiserotoninergico. La pratica venne successivamente resa più semplice e impiegata quasi porta a porta con interventi di pochi minuti: uno stiletto rompighiaggio veniva inserito appena sopra la palpebra ed andava a recidere le connessioni prefrontali e, quasi sempre, il paziente diventava docile<sup>11</sup>. Dimenticavo: nel suo periodo aureo la lobotomia era indicata anche per i casi di depressione.

Gli interventi ai convegni e gli articoli sulla stampa, mi diceva un amico, devono concludersi sempre dando speranze: probabilmente in ossequio allo scientismo neo-positivistico imperante. Stavolta voglio quasi obbedire a questa regola.

Che fare in caso di pseudodepressione?

Una diagnosi corretta:

1. aiutare i familiari ad elaborare ed accettare la nuova situazione;
2. informarli delle capacità residue del congiunto;
3. indirizzarli verso la riabilitazione neurocognitiva;
4. istruirli sul come aiutare il paziente a fare dei progetti e loro a fare da "navigatore" per la realizzazione degli stessi.

Così, partendo da una situazione di consapevolezza, si attenuerà l'ansia di tutti gli attori coinvolti e si lenirà la sofferenza dell'anziano o della persona con la cerebrolesione. Però io i consigli raramente li seguo fino in fondo e, come si vede sopra, non è nel mio stile dare false speranze, ma la corretta diagnosi (nel senso etimologico), quella va data sempre.

Cari colleghi, se siete nuovi alla neuropsicologia, non abbattetevi se alla vostra diagnosi di "deficit delle funzioni esecutive" i familiari e i

gli altri sanitari coinvolti, preferiranno quella di “depressione” (che si ritiene possa essere “curata” ed è meno angosciante di altre diagnosi “nuove”), purtroppo vi contatteranno anni dopo, quando ci sarà una demenza avanzata, forse aggravata da un trattamento errato, o sarete informati di un drammatico incidente coinvolgente lo pseudodepresso: non sarete certamente soddisfatti di quanto sarà successo, ma saprete che il vostro lavoro era stato eseguito in modo corretto e che ancora di più dovrete impegnarvi per migliorare.

Scientific Literature. PLoS Med 2(12) Scritto elettronico in: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020392>  
E. Làdavas, A. Berti, *Neuropsicologia*, Bologna, Il Mulino, 1995  
M.D. Lezak, *Valutazione neuropsicologica*, vol 1, Milano, Edra, 2000  
M.D. Lezak, *Valutazione neuropsicologica*, vol 2, Milano, Edra, 2004  
R.A. McCarthy, E.K. Warrington, *Neuropsicologia cognitiva*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1992  
C. Templell *nostro cervello*, Bari, Laterza, 1997  
Recapiti autore:

### Bibliografia

### Note

- F.Amenta (a cura), *Malattia cerebrovascolare e funzioni cognitive*, Wolters Kluwer Health Italy 2009  
American Psychiatric Association, *DSM IV TR*: (edizione italiana) Milano, Masson, 2001  
AA.VV., *Esame neuropsicologico breve*, Milano, Raffaello Cortina Editore 2003  
A. Mazzucchi, *La riabilitazione Neuropsicologica*, Milano, Masson, 1999  
M. Trabucchi (a cura), *Le demenze*, 2° edizione, Torino, Utet, 2000  
M. Bacci, *Valutazione cognitiva e programmi di ginnastica mentale per l'anziano*, Roma, CESI, 2000  
G. Denes, L. Pizzamiglio (a cura) *Manuale di Neuropsicologia*, 2° ed, Bologna, Zanichelli, 1996  
D. Greenberg, M. Aminoff, R. Simon, *Neurologia clinica*, Milano, McGraw-Hill, 2004  
E. Kandel, J. Schwartz, T. Jessell, *Principi di neuroscienze*, 3° ed, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2003  
Lacasse JR, Leo J (2005) Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the

1. Pag. XV della presentazione DSM-IV-TR.
2. Pag. 375 (terz'ultimo capoverso) DSM-IV-TR.
3. Tabella a pag 387 del DSM IV - TR.
4. Pag. 1196. KANDEL, SCHWARTZ, JESSELL, *Principi di neuroscienze*.
5. Si può solo inorridire all'ipotesi che con la somministrazione di scale da 4 o 5 item tipo: “È soddisfatto delle sua vita?” si possa trovare conferma ed emettere la diagnosi di depressione.
6. C. TEMPLE, *Il nostro cervello*
7. G. GAINOTTI, “Neuropsicologia delle emozioni” in Denes-Pizzamiglio, pag 824
8. P. FAGLIONI, “Il lobo frontale” in Denes-Pizzamiglio pag 749
9. E. LÀDAVAS e A. BERTI, *Neuropsicologia*, p. 258.
10. <http://www.plosmedicine.org/articleinfo:doi/10.1371/journal.pmed.0020392>
11. Emblematico è il caso di Rosemary Kennedy, sorella del più famoso John Fitzgerald Kennedy.

Francesco Megna  
francomegna@libero.it  
tel lavoro: 0962924262  
cell: 3299842490

## Il corpo

di **FRANCESCO LANDO**

Mi ha incuriosito molto il titolo dell'ultimo lavoro di Daniel Pennac – *Storia di un corpo*, 2012 Feltrinelli Editore. Conoscendo alcune delle sue opere centrate sul personaggio Malaussène, di cui racconta le disavventure con tono lieve ma con una tecnica di scrittura molto originale, mi sono chiesto, sfogliandolo, quale imprudenza abbia potuto guidare questo autore ad avventurarsi in un tema così complesso e ricco di significati per noi psicologi. Alla fine della lettura mi sono dovuto convincere che Daniel Pennac era in possesso di tutti gli strumenti tecnici e creativi per trattare il tema.

*Storia di un corpo* è letteralmente centrata sul corpo del personaggio che a partire dall'età di 13 anni, comincia a scrivere un diario. "Voglio scrivere il diario del mio corpo perché tutti parlano d'altro... quelli che tengono un diario, come Luc o Françoise, parlano del più e del meno, delle emozioni, dei sentimenti, di storie di amicizia, di amore, tradimenti... ma non parlano mai del corpo". Non sapremo mai il nome dell'io narrante né il lavoro che svolge. Tutto quello che sapremo della sua vita leggendo il libro, lo apprenderemo attraverso le vicissitudini che hanno una qualche interazione con il suo corpo. L'io narrante ci accompagna lungo tutto il percorso della sua fisicità: evoluzione, sensi, dolori, piaceri. Decide di scrivere il suo diario quando perviene alla consapevolezza del corpo. Consapevolezza che si materializza per mezzo delle formiche che percorrono il suo corpo legato ad un albero, con il terrore che possa essere divorato, al quale è stato immobilizzato dai suoi compagni scout quando, all'età di tredici anni, nel 1936, giocando alla guerra, lo hanno fatto prigioniero. La vergogna dopo essere stato liberato, per le manifestazioni intem-

pestive del corpo e le urla di terrore che non hanno reso onore all'uniforme degli scout, con il conseguente allontanamento, hanno dato avvio a questo diario e questo è l'incipit: "Non avrò più paura, non avrò più paura, non avrò più paura, non avrò MAI più paura".

Giorno per giorno l'io narrante racconta il lungo viaggio attraverso le esperienze del suo corpo dalla prima eiaculazione notturna che il papà definisce *il futuro che arriva*, alla questione del seno (delle donne). Dai combattimenti di box sul ring del collegio dove è stato mandato da una mamma anaffettiva e da un padre malato e distratto, che rappresentano lo psicodramma della sua lotta fisica contro la paura; alla scoperta delle sensazioni fisiche del lavoro intellettuale: *il silenzio vibrante dei libri, la peluria delle pagine sotto i polpastrelli, lo scricchiolio del pennino sulle fibre di carta, il profumo acre della colla...* così di seguito a descrivere per un'intera pagina sensazioni propriocettive fini che allargano i confini della consapevolezza di tutto ciò che il corpo può percepire.

Poteva mancare in questo viaggio l'incontro con le teorie della connessione mente-corpo, della psicosomatica? No, ecco infatti come il narratore racconta la sua originale teoria: "dietro la lettura univocamente psicosomatica si scorge in filigrana un'idea vecchia come il cucco: i mali del corpo come espressione delle tare del carattere. La vescica biliare del collerico, le coronarie esplosive dell'intemperante, l'Alzheimer inevitabile del misantropo... non soltanto malati, ma colpevoli di esserlo!... È il tuo super-io a ucciderti.

Alla fine della piacevole e scorrevole lettura, perché il tono di levità l'Autore lo conserva tutto in questo libro, varie e contraddittorie



possono essere le riflessioni e le sensazioni che suscita. Da un lato viene da domandarsi tutto qui? È tutta qui la compiutezza di una vita vissuta? Eppure l'io narrante non trascura veramente nessun particolare della vita attraverso il corpo. Forse la risposta a questa domanda la si può trovare tornando all'inizio del libro, quando l'io narrante scrive alla figlia una lunga lettera di commiato che allo stesso tempo è il proprio testamento, dove il lascito è rappresentato dal suo diario-corpo. Ma questo sicuramente non basta a soddisfare il bisogno di conoscenza di chi legge questo libro con l'occhio di uno psicologo. Si avverte allora la necessità di approfondire il tema fondamentale dell'intreccio intimo del corpo, della fisicità, della materia, alla incorporità, alla impalpabilità delle emozioni, dei sentimenti.

Bisogna andare, allora, a togliere dallo scaffale della libreria il saggio di Umberto Galimberti *Il Corpo*, Edizioni Feltrinelli 1987. Quando si prende in mano questo libro si avverte, prima di aprirlo, la cognizione che lo psicologo è chiamato ad un impegno nella propria formazione, che abbia come sfondo un percorso culturale, accanto a quella tecnico-scientifico, che altre professioni sanitarie non hanno la necessità di percorrere. Si pensi ai richiami intorno alla conoscenza delle tragedie greche che la famosa teoria del complesso edipico di matrice freudiana richiede per capire quanto meno di cosa si stia parlando.

Ma veniamo a questo fondamentale saggio di Galimberti. Si avverte già una vertigine di curiosità al momento di scorrere l'indice dei vari capitoli: *Il Corpo in Occidente: l'equivalenza; Fenomenologia del corpo: l'ingenuità; Psicoanalisi del corpo: la presenza; Sociologia del corpo: l'iscrizione; Semiologia del corpo: l'ambivalenza*. Ogni capitolo è introdotto da un aforisma che anticipa lo spessore dell'argomento trattato, qualche esempio: *C'è più ragione nel tuo corpo che nella tua migliore sapienza (Nietzsche); Il corpo è l'oggetto psichico per eccellenza, il SOLO oggetto psichico (Sartre)*.

Vorrei intanto raccontare qual è stato il mio approccio personale a questo testo. Mi è stato segnalato da un colto amico che proveni-

va dalla Normale di Pisa facoltà di Ingegneria Elettronica. Me lo ha prestato con entusiasmo in un periodo della mia vita professionale e di formazione in cui in-seguivo, come penso la maggior parte di quelli della mia generazione (credo!), strategie psicoterapeutiche che fornissero risposte più o meno immediate ai bisogni di "guarigione" dei pazienti, cercando di incalzare in ciò l'approccio farmacologico dei medici psichiatri – allora lavoravo in un SPDC. Chimica vs Com-prensione; Remissione dei sintomi vs Cambiamento. L'ho restituito, dopo una sommaria lettura, con la spocchia di chi non ha tempo da perdere. La disillusione è arrivata con l'esperienza e la maturità e con queste, la necessità di comprare il libro di Galimberti.

Riassumere il pensiero di Galimberti in questa opera è un'impresa ardua: se da un lato è così complesso e profondo, dall'altro è puntigliosamente esaustivo. Dopo essersi convinti di aver afferrato attraverso un concetto la sintesi di un intero capitolo, ci si accorge di quanto sia riduttivo nel momento in cui lo si visualizza attraverso la scrittura nel breve passaggio di una recensione. Pertanto, mi limito qui a segnalare brevi ma significativi passaggi che hanno lo scopo di solleticare la curiosità e riprendere in mano, come dicevo, questo testo a chi già lo possiede o fornirsene e studiarlo a chi non lo possiede (sconsiglio l'edizione economica, è stampata con caratteri piccolissimi).

Nel primo capitolo G. fa riferimento al testo di un antropologo nel quale racconta di un missionario che chiede ad un indigeno *"Insomma non è forse la nozione di spirito che abbiamo portato nel vostro pensiero?"* e l'indigeno *"No, noi conosceamo già l'esistenza dello spirito... quello che ci avete portato è il corpo"*. Ma che nozione di corpo aveva portato il missionario? Se indaghiamo l'universo simbolico delle società primitive non tardiamo a renderci conto che per loro il corpo non era quell'entità anatomica che noi conosciamo come qualcosa di isolabile dalle altre entità che compongono il mondo oggettivo e che identifichiamo come sede della singolarità di ogni individuo, ma sempre un corpo *comuni-*

tario, dove ogni singolo corpo trovava, proprio in questa circolazione, non tanto la sua identità quanto il suo luogo.

Andiamo al capitolo della Psicoanalisi del corpo. Questo è il capitolo che ovviamente meglio fornisce le chiavi di lettura e di interpretazione del romanzo di Pennac. Da questo capitolo traggio un passo dal paragrafo “il corpo e la complicità della carne” che dovrebbe solleticare, come detto, la curiosità di approfondimento intorno alla sfera sessuale, della quale *La storia di un corpo*, come è facile prevederlo, è ampiamente trattata: *se con Freud crediamo che la storia sessuale di un uomo fornisce la chiave della sua vita, è perché nella sessualità di un uomo ci sono le tracce del suo modo di essere al mondo. Generalizzando la sessualità non si intende dire che tutta l'esistenza ha un significato sessuale, ma che nelle manifestazioni sessuali sono ravvisabili le prime tracce e le direzioni di fondo che poi l'esistenza è andata via via assumendo, altrimenti non si comprenderebbe come mai, non appena un mondo si destruttura e un'esistenza diventa nevrotica, le prime tracce di questo dramma incipiente si avvertono nelle disfunzioni sessuali, quasi la carne raccogliesse in sé e custodisse i più profondi segreti del corpo.*

Il tema del corpo ricorre anche nel libro che la collega Francesca Zinno ha scritto a quattro mani con Caterina Filardo, musicista e musicoterapeuta, *Giro armonico di Re lazio* – Luigi Pellegrini Editore, 2012. Il tema di un corpo ferito, umiliato, annichilito da uno stupro “*dove soprattutto il corpo è stato il mezzo attraverso cui si è scaricata la violenza ed è diventato espressione manifesta del suo malessere*”. È evidente già in questo primo passaggio la funzione di trait d'union che il saggio di Galimberti svolge tra questo testo di Francesca Zinno e il precedente di Pennac.

Francesca Zinno e Caterina Filardo ci propongono una testimonianza di approccio terapeutico integrato tra discipline diverse: il setting, superati i confini dell'alleanza terapeutica duale terapeuta-paziente, si trasforma in **all'alleanza di terapie-paziente**. La chiave del libro va cercata nella necessità di dare parola ad un corpo (di donna, ferito nella propria identità di genere) che ha subito un insulto così profondo, come lo stupro, dove la mente razionale che organizza l'espressione verbale, ha superato i confini delle proprie possibilità per esprimere-descrivere il trauma attraverso la parola. La musica sollecita già nell'ascolto, per la sua essenza, il linguaggio del corpo, fosse anche il movimento ritmico di una mano nell'accompagnare le sensazioni che essa induce, per non parlare del ballo. Quando la musica si fa terapia diventa la guida del corpo alla ricerca del proprio suono che forma il linguaggio per tradurre i sentimenti più profondi - in questo caso si potrebbe aggiungere *pietrificati* quindi senza possibilità di espressione - dell'anima. Questo lavoro assume le forme, come scrivono le Autrici, di “*un caso in cui l'approccio scientifico-metodologico intrapreso individualmente dalle due figure di cura ha superato i confini di intervento aprendosi ad altre prospettive teoriche e tecniche. Coincidenti nel facilitare un clima di scambio e di confronto scevro da pregiudizi, che ha finito per essere elemento di forza, di cambiamento e di crescita nell'aspetto di cura e nella relazione tra le figure di cura*”.

La soddisfazione è che questo esperimento sia stato eseguito da una collega della Calabria, da una collega che presta la propria attività professionale presso un Consultorio Familiare, luogo istituzionale *aperto libero e gratuito* in cui le possibilità che venisse attuato sono maggiori di qualunque altro Servizio.

---

Francesco Lando  
Dirigente Psicologo, Consultorio familiare  
ASP 5 Reggio Calabria  
via Lombardi, 6 Polistena  
scolando@katamail.com

## Ricordando il collega e amico GIANNI CARUSO

Un Collega perché la sorte ha voluto che esercitassimo la stessa Professione, anche se il modo, la passione, la competenza, l'umanità con le quali Gianni esercitava la nostra comune attività erano ben diverse e superiori di molto. Uno sviluppo professionale che lo ha portato ai vertici professionali, accompagnato però da una umiltà, da una tensione etica, da uno spirito attivo, da una partecipazione e curiosità che non lo ha mai abbandonato.

Pur all'apice della professione non ha mai smesso di studiare, di approfondire le competenze, di aprire nuove strade.

Maestro nella sua grande capacità di insegnare. Lo ricordiamo e lo abbiamo apprezzato in tanti. Dai neo laureati e allievi specializzandi, ai colleghi che già lavoravano. Ha saputo farsi apprezzare all'interno della nostra categoria.

Ma ha ottenuto riconoscimenti altrettanto importanti nella sua funzione di docente anche da altre categorie. Medici, infermieri, dirigenti, appartenenti alle forze dell'ordine, studenti, anziani. Per non parlare degli utenti e dei pazienti, che seguiva e guidava con determinazione, affetto e competenza. Una competenza che andava ben oltre la qualità necessaria per essere considerato un ottimo professionista.

Lascia un vuoto ma anche un esempio. Amava la nostra professione. Quante volte ci confessava lo spirito che, secondo lui, avrebbe dovuto animare ogni singolo psicologo. Curiosità, dedizione, umiltà. Caratteristiche e doti indispensabili per essere uno psicologo.

Ma psicologo non si diventa per aver conseguito una laurea. Professionista Psicologo si diventa con l'esercizio costante nel corso di anni e di decenni. Gianni ci diceva che non si deve mai finire di crescere sul piano professionale.



Ecco ciò che ci lascia. Un esempio per noi tutti. Un esempio che deve trasformarsi in impegno costante e quotidiano.

Ma è l'amico che ci manca. Ci manca il suo ottimismo, la sua capacità di guardare molto più in là di quello che normalmente siamo in grado di fare; l'abnegazione totale di cui era capace, la capacità di "stare vicino", senza distinzione di ruoli e di stato sociale. Un'amicizia fatta di mille e mille episodi che non si possono e non si devono raccontare. Fanno oramai parte di un "intimo" e "personale" che non deve essere scalfito. Possiamo solo condividere, con chi lo ha conosciuto, il grande affetto che ci legava, la stima, la fiducia, il sapere che su Gianni potevi sempre contare, che non avrebbe mai tradito la fiducia riposta in lui.

Un uomo e un amico davvero eccezionale. Nessuno degli aggettivi che ci possono aiutare a descriverlo a chi non ha avuto la fortuna di conoscerlo è dettato dalla retorica nella quale spesso si cade.

Non è il caso di Gianni. Ci ha lasciato. Ci hai lasciato troppo presto. Troppo presto. Che la serenità che davi a noi ti sia compagna.

**Ciao Gianni, i tuoi colleghi**

**3** **CONVERSARE CON**  
*Dall'esperienza regionale a quella nazionale:  
azioni e prospettive per la salvaguardia  
della professione Psicologo in ospedale e nei settori emergenti*  
di ANGELA PIATTELLI

**7** **PSICOLOGI IN CIFRE**  
*Gli Psicologi calabresi: una comunità professionale in crescita*  
di ARMODIO LOMBARDO

**10** **PSICO PREVENZIONE**  
*Identificazione della tipologia di intervento  
più efficace nella prevenzione primaria  
dei disturbi dell'alimentazione*  
di CRISTINA SEGURA GARCÍA - FLORA SINOPOLI

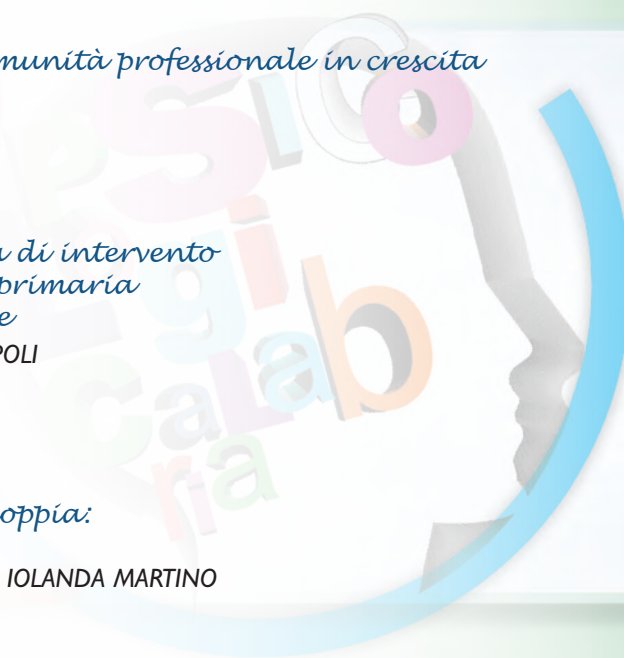
**18** **EMDR E COPPIA**  
*La costruzione del legame di coppia:  
perché ci si sceglie?*  
di ANGELINA FUNARO - STEFANIA ALFANO - IOLANDA MARTINO

**22** **BEST PRACTICE**  
*Il Counselling Psicologico Universitario*  
di ANGELA COSTABILE - PAOLA MANFREDI

**29** **PSICO NEURO DIAGNOSI**  
*Si fa presto a dire: "È depressione"*  
di FRANCESCO MEGNA

**37** **RECENSIONI**  
*Il corpo*  
di FRANCESCO LANDO

**40** **IN MEMORIA DI**  
*Gianni Caruso*







# delle arti

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

PSI  **PSICOLOGIA**  
**ALABRIA** 

*postatarget*  
*creative*

S/CZ26/2010 Valida dal 18/05/2010

**Posteitaliane**