



## **AREA 1 “PSICOLOGIA E SESSUALITÀ”**

*“La terapia, o l’analisi, non è soltanto qualcosa che avviene tra psicoterapeuta e paziente, è, anche, un processo che si svolge in modo intermittente nella nostra individuale esplorazione dell’anima, negli sforzi per capire le nostre complessità, negli attacchi critici, nelle percezioni e negli incoraggiamenti che rivolgiamo a noi stessi. Nella misura in cui siamo impegnati a fare anima, siamo tutti, ininterrottamente, in terapia.”*

*J. Hillman*

**-Video “Di cosa stiamo parlando?” Video interviste a tema a tutti i medici e specialisti di fama Nazionale ed Internazionale**

**-Racconti Emotivi: la voce degli specialisti**

**-Come accedere ad una consulenza medica o ad una psicoterapia individuale, di coppia o di gruppo**

La nostra piattaforma è divisa in 9 Macro Aree Scientifiche e Specialistiche a cui si può accedere dalla Home Page. Un’ulteriore Area separata è dedicata alla Formazione per Specialisti ed ai Nostri Convegni Internazionali.

In ogni Macro Area troverai:

1. Contenuti scientifici inerenti a tutti i temi di quella specifica area, da poter consultare gratuitamente e che servono ad orientarsi tra i vari bisogni o dubbi sulla tua salute emotiva e/o sessuale e le tematiche trattate da Punto F.
  - Potrai accedere alla tua Area Riservata dove dovrai registrarti con i tuoi dati personali.
  - Seguirà la compilazione di un Questionario ad hoc per ogni Area e riceverai in tempo reale

una prima restituzione e diagnosi online in pdf sulla tua situazione medica o clinica.

- Avrai la possibilità di caricare in Area Riservata referti di esami o analisi.

-A questo punto, attraverso un'operazione di *matching*, sarai indirizzato allo specialista più idoneo in base all'incrocio dei dati avvenuto nelle risposte.

-Potrai quindi entrare in contatto con lo specialista nostro collaboratore più idoneo attraverso un link riservato che ti sarà inviato via mail, verrà stabilito l'appuntamento ed il pagamento ed effettuerai una prima consulenza online attraverso la piattaforma. Lo stesso specialista potrà seguirti per tutto il processo di cura online o nella sua sede collegata a PuntoF.

- Parallelemente, infatti, potrai essere collegato anche allo specialista geograficamente più vicino attraverso un sistema di geolocalizzazione e potrai scegliere, quindi, se effettuare la consulenza dal vivo presso lo studio dello specialista partner che appartiene alla nostra Rete Nazionale.

- Qualora ti trovi geograficamente vicino a noi potrai usufruire anche delle nostre prestazioni dal vivo presso la sede fisica di Punto F Roma.

- Per ogni Professionista proposto potrai consultare CV, Video con contenuti scientifici e recensioni.

## **Come avvengono diagnosi, test e valutazioni**

I test, le diagnosi e le valutazioni psicologiche o neuropsichiatriche sono strumenti fondamentali utilizzati dagli psicologi e dagli specialisti per comprendere meglio il funzionamento mentale, emotivo e comportamentale di una persona. Questi strumenti, inoltre, aiutano a identificare punti di forza e di debolezza, a pianificare interventi terapeutici e a monitorare i progressi nel tempo.

### **Test Psicologici**

I test psicologici sono strumenti standardizzati progettati per misurare specifici aspetti della personalità, delle abilità cognitive o delle emozioni. Questi test devono essere validi e affidabili e possono includere:

- Test cognitivi: valutano capacità come memoria, attenzione, intelligenza (ad es. il test di Wechsler).
- Test proiettivi: come il test di Rorschach, per esplorare aspetti più profondi della psiche attraverso l'interpretazione di stimoli ambigui.
- Test sulla personalità: come il MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), per analizzare tratti e caratteristiche della personalità.
- Questionari e scale di autovalutazione: per raccogliere informazioni dirette su ansia, stress, depressione.

### **Diagnosi**

La diagnosi psicologica o neuropsichiatrica è il processo attraverso il quale il professionista identifica

una condizione o un disturbo sulla base di sintomi, segni e informazioni raccolte. Si basa su:

- Colloquio clinico: una conversazione mirata per comprendere il contesto e i problemi della persona.
- Osservazione: analisi del comportamento, delle emozioni e delle interazioni.
- Riferimenti diagnostici: come il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) o l'ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie).

## **Valutazioni Psicologiche o neuropsichiatriche**

La valutazione è un processo più ampio che combina test e colloqui per ottenere un quadro completo. Include:

- Colloqui individuali e familiari, per comprendere la storia personale e il contesto familiare.
- Osservazione diretta, in ambienti naturali o clinici.
- Interpretazione dei test e dei questionari somministrati, integrando i risultati con altri dati raccolti.

### **Come si svolgono?**

1. Preparazione: il professionista spiega obiettivi e modalità della valutazione, ottenendo il consenso informato dall'adulto o dall'adulto/tutore legale per un minore.
2. Somministrazione: i test vengono somministrati in un ambiente tranquillo e confortevole.
3. Analisi: i risultati vengono interpretati alla luce della teoria psicologica e delle linee guida diagnostiche.
4. Feedback: il professionista condivide i risultati con la persona/la coppia/la famiglia e, se necessario, propone interventi o terapie mirate.

## **1.1 PSICOLOGIA, EMOZIONI E TRATTAMENTO**

### ***“Io e le mie Emozioni”***

#### **LA GESTIONE DELLE EMOZIONI**

##### **Cosa sono le emozioni?**

Le emozioni umane sono un fenomeno complesso e multi-componenziale. Negli anni sono state elaborate numerose teorie delle emozioni ma in psicologia vi è una definizione comune a tutte, secondo la quale l'emozione è una reazione affettiva intensa con insorgenza acuta e di breve durata, determinata da stimoli esterni o interni che comporta una serie di modificazioni psicologiche, vegetative e somatiche nell'individuo che la sperimenta. L'emozione è quindi allo stesso tempo una

risposta, involontaria e automatica, a stimoli ambientali (ad esempio un torto subito) o interni (ad esempio un pensiero), sia la causa di molte nostre azioni e comportamenti, con implicazioni psichiche e corporee.

Tra i cambiamenti corporei più frequenti vi sono modificazioni:

- della frequenza cardiaca
- della temperatura corporea
- delle espressioni facciali
- dell'attivazione muscolare
- del livello di ossigeno del sangue.

Per quanto riguarda gli aspetti cognitivi ricordiamo:

- la valutazione della natura dello stimolo o *appraisal* (stimolo buono o cattivo, minaccia o opportunità...)
- la tendenza all'azione
- la messa in atto di un comportamento specifico (per esempio attacco o fuga)

Le emozioni si possono distinguere in primarie o di base e secondarie.

Le 6 emozioni primarie (Ekman) sono innate, immediate ed istintive ed espresse in modo universale, in qualsiasi tempo, luogo o cultura ed hanno una funzione evolutiva ed adattiva:

- a. Gioia
- b. Tristezza
- c. Rabbia
- d. Paura
- e. Disgusto
- f. Sorpresa

Le emozioni secondarie o sociali sono invece più complesse in quanto influenzate dal pensiero consapevole e dal vissuto personale. Derivano dall'interazione delle emozioni primarie tra di loro o tra emozioni primarie ed esperienze personali:

ad esempio

- gratitudine
- delusione
- vergogna
- orgoglio
- gelosia
- speranza ...

### **A cosa servono le Emozioni?**

Possiamo pensare alle emozioni come ad una bussola interna, che ci guida nei comportamenti, nelle decisioni, nei giudizi, che ci dà informazioni sul nostro stato interiore di benessere e ci aiuta a focalizzare i nostri bisogni.

Da un punto di vista evolutivo le emozioni sono il risultato di un lungo processo di adattamento dell'individuo all'ambiente, che ha garantito la sopravvivenza stessa della specie.

Le emozioni svolgono infatti tre funzioni fondamentali:

- funzione di attivazione neurologica (preparazione all'azione in caso di pericolo o minaccia)
- funzione comunicativa esterna (comunicano il nostro stato interiore agli altri)
- funzione comunicativa interna (informano noi stessi su come stiamo e sul nostro livello di benessere).

### **La regolazione emotiva**

Le emozioni, interagendo tra di loro e con il vissuto personale, costituiscono e modulano la nostra intera esperienza emotiva. Ad esempio, le emozioni secondarie possono attenuare, compensare o amplificare le emozioni primarie.

Quando le emozioni vengono vissute troppo intensamente, quando le nostre manifestazioni comportamentali sono disfunzionali o c'è un contrasto emotivo interno che ci fa vivere con difficoltà le emozioni si parla di disregolazione emotiva.

E' comprensibile quindi che saper gestire e regolare le emozioni costituisca una condizione essenziale per la nostra esistenza e per la nostra vita relazionale e sociale.

La regolazione emotiva è possibile acquisendo alcuni strumenti, ad esempio attraverso la psicoterapia, la psico-educazione o la *mindfulness* che mirano fondamentalmente a sviluppare la capacità di riconoscere le emozioni e a comprenderne l'origine, oltre che mettere a fuoco i fattori di vulnerabilità personali e come gli eventi esterni o interni ci influenzino.

Riconoscere le emozioni non è facile ed implica diverse capacità, come la capacità di ascolto, il saper interpretare i segnali verbali e non verbali, gli aspetti comportamentali altrui e le proprie sensazioni corporee.

Accogliere le proprie emozioni ed accettare che anche quelle spiacevoli fanno parte dell'esperienza umana aiuta a sviluppare maggiore autoconsapevolezza e a rafforzare la relazione con noi stessi e con gli altri.

## **I DISTURBI D'ANSIA**

### **Cos'è l'ansia?**

Ansia è un termine usato per indicare un'emozione caratterizzata da un senso di tensione, minaccia, preoccupazione, accompagnata frequentemente da cambiamenti a livello corporeo oltre che emotivo. L'ansia si differenzia dalla paura perché è una reazione emotiva anticipatoria rispetto ad un evento negativo che può appartenere al mondo interno o esterno e per questo, in una certa misura e grado, può avere un ruolo adattivo aiutandoci ad individuare ed affrontare le minacce future o a performare meglio in situazioni di stress. Per questo possiamo dire che un'ansia temporanea e gestibile può essere un importante alleato, ad esempio come quando siamo in una strada buia da soli e vediamo che arriva una minaccia oppure se percepiamo un pericolo e fuggiamo immediatamente o quando vogliamo metterci in gioco in qualcosa di importante e desideriamo ottenere davvero il risultato desiderato. Diversamente, l'ansia può diventare un nemico indesiderato

o bloccarci in alcune o tutte le nostre aree del funzionamento quando diventa ingestibile, intensa ed indesiderata. Vediamo meglio come può riguardarci leggendo le sotto aree di vostro interesse qui in basso!

### **I sintomi dell'Ansia**

È possibile riconoscere l'ansia dai suoi sintomi cognitivi, fisici, comportamentali e psico-sensoriali.

Tra i sintomi cognitivi ricordiamo: sensazione di allarme e pericolo crescenti, angoscia, immagini e pensieri negativi, inquietudine, difficoltà nel concentrarsi, sensazione di perdita del controllo, rimuginio.

I sintomi fisici sono i più evidenti e comprendono tremori, sudorazione eccessiva, palpitazioni e tachicardia, affanno, aumento della pressione arteriosa, vertigini, nausea e disturbi intestinali.

Tra i sintomi comportamentali i più comuni sono l'evitamento della situazione che genera ansia e le reazioni di rabbia.

Vi sono poi sintomi psico-sensoriali quali disorientamento, derealizzazione e depersonalizzazione.

È evidente come tali sintomi abbiano un impatto negativo sulla vita dell'individuo e necessitino di un trattamento mirato. Spesso si impiega del tempo prima di rendersi conto che siamo affetti da un Disturbo d'Ansia, altre volte crediamo di poterlo sconfiggere da soli ed altre ancora, abituati ad esempio a storie familiari o legami antichi con figure di riferimento ansiose crediamo che sia qualcosa di normale. Invece, rendersi conto di ciò è il primo passo per chiedere l'intervento di uno specialista per capire profondamente la natura del sintomo, il come ed il quando invade il nostro funzionamento e come poterlo trasformare e superare per vivere al meglio!

### **I Disturbi d'Ansia**

Nel caso in cui gli stati di Ansia interferiscono nel nostro funzionamento quotidiano, cioè, sono eccessivi per persistenza (>6 mesi) e intensità, possono dare origine ad un vero e proprio Disturbo d'Ansia. I Disturbi d'Ansia sono tra i disturbi psicologici più diffusi (e spesso sottostimati), frequentemente associati ad altre condizioni mediche e psicologiche/psichiatriche (Depressione, Disturbi di Personalità, Disturbi da uso di sostanze, Traumi pregressi, Familiarità, ecc).

Tra i Disturbi d'Ansia più frequenti nell'adulto vi sono il Disturbo d'Ansia Generalizzata e il Disturbo di Panico.

#### **○ Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG)**

Il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato dalla presenza di sintomi d'ansia pervasivi e "generalizzati", cioè non legati ad un evento o ad una situazione specifica, come accade ad esempio nelle fobie. La preoccupazione e l'eccessiva apprensione che sperimentano le persone con DAG sono di solito legate a tematiche e circostanze quotidiane quali questioni familiari ed economiche, responsabilità lavorative, la propria salute o quella dei familiari

Chi soffre di Disturbo d'Ansia Generalizzata sperimenta un'incapacità generale di rilassarsi e sintomi quali (DSM- 5):

- tensione muscolare ed irrequietezza
- irritabilità
- stato costante di allerta

- difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
- facile affaticabilità
- alterazioni del sonno

Lo stato di tensione costante può con il tempo correlarsi a sintomi psico-somatici quali cefalea tensiva, problemi gastrici, eccessiva stanchezza, insonnia, sudorazione eccessiva, bocca secca, battito del cuore accelerato. L'ansia, le preoccupazioni e i sintomi fisici provocano una significativa riduzione della qualità di vita del soggetto, occupando molto tempo della sua giornata e limitando le interazioni sociali, lavorative ecc. Tutto ciò non fa altro che aumentare il malessere e la mancanza di autostima. Il meccanismo cognitivo che più caratterizza il Disturbo d'Ansia Generalizzata è il rimuginio, inteso come una catena di pensieri negativi entro la quale il soggetto percepisce che la natura della sua preoccupazione è eccessiva ed incontrollabile e proprio questo la rende patologica.

### ○ Il Disturbo di Panico

È tra i più comuni Disturbi d'Ansia, con esordio tipico nella tarda adolescenza o nella prima età adulta e con un'incidenza due volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

L'Attacco di Panico è un episodio acuto di breve durata caratterizzato da sintomi intensi per lo più improvvisi e senza cause scatenanti apparenti, che genera forte paura di perdere il controllo, impazzire o morire.

Il soggetto che sperimenta un Attacco di Panico presenta uno stato di attivazione fisiologica intensa caratterizzato da sintomi quali:

- senso di oppressione toracica e soffocamento
- tachicardia e palpitazioni
- dolore al petto
- vertigini e tremori
- sudorazione intensa
- vampate di calore
- nausea e
- formicolio o intorpidimento degli arti.

I sintomi possono variare da soggetto a soggetto e non essere necessariamente tutti insieme nello stesso momento. La frequenza degli attacchi di panico può essere anch'essa molto variabile, ad esempio da più al giorno ad uno al mese, e in base ad essa può essere diagnosticato il Disturbo di Panico e la sua gravità. La causa scatenante di un Attacco di Panico può essere un periodo di forte stress, un lutto, un cambiamento importante della propria vita, una malattia, un trauma, situazioni relazionali conflittuali ecc.

Gli Attacchi di Panico sono mantenuti ed autoalimentati da un meccanismo cognitivo di fondo: l'individuo che li ha già sperimentati ha paura di un nuovo attacco e tende a prestare attenzione a tutti i segnali corporei che potrebbero indicare l'arrivo imminente del panico (attenzione selettiva). L'attenzione selettiva porta ad un abbassamento della soglia sensoriale, perciò si tenderà a percepire i sintomi più intensamente. È quindi la stessa paura di stare male e l'interpretazione catastrofica che la persona fa dei suoi sintomi ad instaurare il circolo vizioso di "paura della paura", che genera i futuri episodi di panico. Frequentemente il soggetto metterà in atto altri due tipi di comportamenti per cercare di prevenire il Panico: evitamenti e comportamenti protettivi.

Gli evitamenti consistono nell'evitare tutte quelle situazioni ed attività che si ritiene favoriscano il panico (guidare, volare, stare in spazi aperti e affollati, prendere la metropolitana...), mentre i comportamenti protettivi consistono in abitudini o rituali che si pensa possano proteggere da un futuro attacco di panico (farsi accompagnare, portare con sé oggetti o farmaci, posizionarsi sempre vicino ad una via d'uscita ...). Il risultato di tutto ciò è in realtà una cronicizzazione dell'ansia stessa.

### **Le cause dei Disturbi d'Ansia**

Non esiste una specifica e singola causa per lo sviluppo dei Disturbi d'Ansia anche se la ricerca scientifica suggerisce che entrino in gioco molteplici fattori quali:

- super-attività di alcune aree del cervello, coinvolte nelle emozioni e nel comportamento
- sbilanciamento ormonale della serotonina e della noradrenalina (cellule dette neurotrasmettitori, cioè messaggeri, importantissime nel nostro sistema nervoso e nella regolazione delle nostre funzioni emotive e adattive)
- fattori genetici ereditari (avere un parente con lo stesso disturbo)
- un tratto infantile di "inibizione comportamentale" derivante da modelli di comportamento genitoriale (ad esempio iperprotezione)
- esperienze infantili stressanti o traumatiche (abuso, bullismo ecc.)
- malattia cronica, accompagnata da dolore fisico
- fattori di stress socio-ambientali (instabilità finanziaria, trasferimento, cambio di lavoro, matrimonio, separazione, nascita di un figlio, malattie o lutti familiari ecc.)
- abuso di droga o di alcol

### **Come si diagnostica un Disturbo d'Ansia**

La diagnosi da parte dello psicologo psicoterapeuta e/o dello Psichiatra si basa in primis su un'accurata anamnesi per valutare se risulta necessario solo il trattamento di psicoterapia o se si deve abbinare a quest'ultimo anche l'uso di farmaci atti a sostenere il trattamento stesso. La psicoterapia in tal caso si focalizza da un lato sulla sintomatologia presentata dal paziente secondo criteri e linee guida adottate dalla comunità scientifica internazionale, sulla conoscenza della sua intensità e persistenza, sulla presenza di disagio e/o disfunzione clinicamente significativi, sull'esclusione di altre condizioni mediche e fisiche e sulla storia del paziente passata e presente così da creare un trattamento ad hoc per affrontare le difficoltà riscontrate. È importante evidenziare che è sempre fondamentale partire dall'anamnesi accurata e dall'ascolto attivo dei vissuti del paziente così da intervenire per trasformare concretamente il suo disagio e migliorare la qualità di vita. Possono essere utilizzati anche test Psicodiagnostici utili a conoscere in modo ancor più approfondito i tratti di personalità ed i vissuti dei pazienti.

### **Come si trattano i Disturbi d'Ansia**

I Disturbi d'Ansia necessitano di un trattamento specifico da parte di un professionista esperto, che può consistere in percorsi di Psicoterapia di vario orientamento a seconda della natura del disturbo (**clicca qui per ulteriori informazioni "Differenza tra Psicologo, Psichiatra e Psicoterapeuta: orientamenti e linee guida"**) associata alla Psicoeducazione sull'ansia, a tecniche di rilassamento (rilassamento muscolare, gestione della respirazione), psico-yoga, ipnosi, *mindfulness*, ecc.

Nei casi in cui sia necessaria, la farmacoterapia è efficace soprattutto se utilizzata in combinazione con una qualsiasi delle tecniche citate. Diversamente, viene modulato dal farmaco il funzionamento neurochimico nel sistema nervoso ma non si va a trattare, conoscere o trasformare la vera radice dei sintomi. È inoltre importante chiedere aiuto all'insorgenza dei sintomi, poiché ciò evita il cronicizzarsi del disturbo con l'instaurarsi dei circoli viziosi precedentemente descritti. La maggior parte dei pazienti ottiene benefici e/o una risoluzione dei sintomi dai trattamenti seppur ciò che si differenzia sono i tempi impiegati nei trattamenti che dipendono da molteplici fattori.

È importante sottolineare come non sempre i disturbi si presentano in modo chiaro. Capita spesso che possono avere sintomi misti o presentarsi in modo mascherato dietro a particolari ansie o fissazioni o paure. Questo potrebbe essere sottovalutato fino a quando il paziente sente l'impossibilità di gestire le proprie emozioni o sino a quando, a causa di un evento traumatico o impattante, si può sentire un'esplosione di malessere quasi improvviso. La psicoterapia e l'analisi dei sintomi, delle cause sia evidenti che profonde, hanno il compito di sostenere e trasformare tutto ciò con la giusta cura ed i giusti tempi!

## **I DISTURBI DELL'UMORE**

I disturbi dell'umore sono disturbi emotivi e consistono in periodi prolungati di eccessiva tristezza, gioia eccessiva o entrambe. Possono verificarsi negli adulti, negli adolescenti o nei bambini.

I disturbi dell'umore sono classificati come

- Disturbi bipolari
- Disturbi depressivi

Un disturbo dell'umore viene diagnosticato quando la tristezza o l'euforia sono eccessivamente intense e persistenti, si accompagnano ad altri sintomi di disturbo dell'umore e riducono in modo significativo la capacità di funzionamento della persona in più ambiti (lavorativo, sociale, interpersonale). I disturbi depressivi sono caratterizzati da umore depresso, quelli bipolari sono caratterizzati da varie combinazioni di depressione e mania (euforia intensa). Anche qui è bene evidenziare come possono esserci situazioni in cui non è così evidente questa sintomatologia oppure si maschera.

### **○ I DISTURBI DEPRESSIVI**

Spesso il termine "depressione" viene utilizzato in modo improprio per descrivere uno stato d'animo caratterizzato da tristezza temporanea ed occasionale. Il Disturbo Depressivo è invece una condizione più grave e persistente nel tempo, con sintomi e manifestazioni che vanno al di là delle comuni oscillazioni del tono dell'umore. La Depressione è uno dei disturbi mentali più diffusi e invalidanti in Italia e nel mondo, che secondo le stime dell'OMS è destinato a diventare nei prossimi anni la seconda causa di invalidità per malattia dopo le malattie cardiovascolari, con un costo sociale elevatissimo. Oltre alle problematiche psichiatriche, infatti, la Depressione è associata ad un aumentato rischio di sviluppare diabete mellito, disturbi cardiaci, ictus, ipertensione, obesità,

cancro, disturbi cognitivi, morbo di Alzheimer ed altre patologie che possono avere una radice psico-corporea.

In genere la depressione si sviluppa in età adolescenziale o adulta, ma può comparire anche nell'infanzia; è più frequente nel sesso femminile e gli episodi tendono a ripresentarsi nel tempo. Ci sono sintomatologie depressive che non per forza si presentano in modo così grave o che, come accade spesso, si possono nascondere dietro comportamenti dati da vite frenetiche, assenza di momenti di pausa o riposo, sintomi psicosomatici, ecc.

Ci sono inoltre persone che vivono una vita apparentemente tranquilla, in cui lavorano, hanno relazioni amicali e familiari e/o hobby, eppure hanno momenti in cui esplodono emozioni cariche di tristezza, senso di inutilità o negatività.

### **I sintomi della Depressione**

La Depressione rientra nei disturbi dell'umore: il tono dell'umore è una funzione psichica importante generalmente flessibile e pertanto funzionale all'adattamento dell'individuo, flettendo verso l'alto o verso il basso in base ad eventi e situazioni positive o negative che vengono vissute.

Chi presenta i sintomi della Depressione mostra invece la mancanza di tale flessibilità e la tendenza a frequenti e intensi stati psicologici di:

- tristezza, vuoto ed angoscia
- insoddisfazione e disperazione
- irritabilità
- anedonia (mancanza di piacere ed interesse per le attività precedentemente apprezzate) e apatia
- autosvalutazione, bassa autostima e senso di colpa
- isolamento sociale e solitudine
- fatica e perdita di energia
- agitazione o rallentamento psico-motorio
- scarsa cura di sé
- pensieri autolesionistici, pensieri ricorrenti di morte e di ideazione suicidaria.

Tali aspetti psicologici sono accompagnati da modificazioni fisiologiche quali alterazioni del sonno (insonnia o ipersonnia), dell'appetito (disfagia o iperfagia), del peso (aumento o diminuzione) e del desiderio sessuale e sintomi cognitivi quali la difficoltà nel prendere decisioni e nel risolvere i problemi, difficoltà di concentrazione e memoria, ruminazione mentale, pensiero catastrofico e pensiero pessimista.

A livello comportamentale chi soffre di depressione mostra un'espressività facciale limitata, eloquio monocolore, ha difficoltà a concentrarsi sul lavoro, non prova piacere per le attività prima apprezzate, spesso trascura il proprio aspetto e la propria igiene, fatica ad alzarsi dal letto la mattina, si isola rispetto alle persone e ha difficoltà nelle relazioni sociali.

Il termine "depressione" è abbastanza generico, poiché in realtà esistono diverse forme di depressione che differiscono tra loro per durata, intensità ed eziologia. Oggi ci sono molte

depressioni “invisibili” e cioè che si mascherano dietro altri sintomi o mal funzionamenti nella vita dei pazienti da non essere subito riconosciute. È di fondamentale importanza quindi l’informazione e la sensibilizzazione su questo.

Tuttavia, tra i Disturbi depressivi più frequenti e riconoscibili troviamo il Disturbo Depressivo Maggiore, la Distimia, il Disturbo Disforico Premestruale e la Depressione Post Partum (vai ad approfondimento altre aree).

### - **Il Disturbo Depressivo Maggiore**

Il disturbo depressivo maggiore caratterizza maggiormente il sesso femminile, con un rapporto di circa 2:1 rispetto al sesso maschile e colpisce circa il 6% della popolazione mondiale. Si stima inoltre che una persona su sei sviluppi almeno un episodio di depressione maggiore nell’arco della sua vita. L’età media di insorgenza del disturbo è 25 anni, per poi riaumentare come incidenza nella terza età. Il disturbo depressivo maggiore si caratterizza con un importante calo del tono dell’umore, uno stato di profonda tristezza e disperazione che non si modifica in presenza di eventi positivi, cambiamenti nel contenuto del pensiero e alterazioni della cognizione come rimuginazioni continue fino ad arrivare alla presenza di ideazioni deliranti, pensieri negativi su di sé e sugli altri, aspettative catastrofiche sul proprio futuro, alterazioni dell’appetito e del sonno, ideazioni o agiti suicidari. Inoltre, si assiste ad un progressivo abbandono di tutte le attività che dapprima suscitavano piacere o interesse e delle relazioni sociali, che amplifica ancora di più le sensazioni di solitudine e di inutilità. Può diventare un vero circolo vizioso che via via può cronicizzarsi e/o rendere sempre più insicuri e fragili.

Per poter fare diagnosi di Depressione Maggiore secondo il DSM V deve presentarsi almeno un episodio depressivo della durata minima di due settimane e sono necessari almeno 5 dei seguenti sintomi:

- Umore depresso (es. sentirsi triste, vuoto, senza speranza).
- Perdita di interesse e piacere nel fare qualsiasi cosa.
- Significativa perdita di peso o aumento di peso.
- Agitazione psicomotoria o rallentamento psicomotorio.
- Stanchezza cronica e perdita delle energie.
- Sentimenti di indegnità o sensi di colpa eccessivi o inappropriati.
- Maggior difficoltà nel pensare e restare concentrati, oppure patologica indecisione.
- Ricorrenti pensieri di morte, ricorrenti ideazioni suicidarie oppure tentativi di suicidio.

Almeno uno dei sintomi sopra elencati deve essere umore depresso o perdita di interesse nel fare qualsiasi cosa.

### - **La Distimia**

La Distimia o Disturbo Depressivo Persistente (DSM V) è un disturbo dell’umore che rientra

all'interno dei Disturbi Depressivi. Spesso esordisce nell'età adolescenziale e maggiormente nel sesso femminile, con una prevalenza tra il 2,5% e il 6% nell'arco di vita. La caratteristica principale della Distimia è una deflessione persistente del tono dell'umore, cioè l'umore è depresso per la maggior parte del giorno, per la maggior parte dei giorni, per un periodo di tempo prolungato (almeno due anni). La minore intensità e pervasività dei sintomi rispetto alla Depressione Maggiore rende spesso difficile la diagnosi di Distimia e porta ad una sottostima dei tassi di prevalenza e ad un minore intervento specialistico. I criteri del DSM V per la diagnosi di Disturbo Depressivo Persistente prevedono la presenza di umore depresso per almeno due anni (nei bambini e adolescenti è sufficiente un anno) e di almeno due tra i seguenti sintomi:

- Scarso o aumentato appetito
- Insonnia o ipersonnia
- Scarsa energia o eccessiva faticabilità
- Scarsa autostima e auto-svalutazione
- Scarsa concentrazione o difficoltà a prendere decisioni
- Disperazione

La distimia, in quanto disturbo persistente nel tempo, richiede un trattamento a lungo termine da parte di figure specializzate. Generalmente è consigliata l'interazione tra un trattamento farmacologico e uno psicoterapeutico, modulando la cura nel tempo rispetto ai sintomi e alle caratteristiche specifiche individuali.

### **Le cause della Depressione**

Le cause della Depressione sono molteplici e diverse da individuo a individuo ma secondo la letteratura sono 3 i fattori principali alla base:

- Fattori biologici: secondo alcuni studi nei soggetti depressi vi è una disfunzione della regolazione di alcuni neurotrasmettitori quali la serotonina, la dopamina e la norepinefrina.
- Fattori genetici: ereditarietà e alterazioni nel funzionamento di alcuni geni (interazione tra fattori genetici predisponenti ed eventi di vita avversi)
- Fattori psico-sociali: esperienze familiari e personali (aver avuto un genitore depresso, comportamenti appresi, eventi di vita avversi nell'infanzia o nell'adolescenza, traumi, abusi, esperienze importanti di perdita o lutto). Ci sono situazioni depressive che alcune persone si trascinano dietro da un'intera esistenza facendo molte cose per nasconderle o ignorarle e che necessitano di un lavoro prezioso di analisi perché siano riconosciute e superate.

Da non dimenticare anche l'influenza diretta o indiretta che hanno alcune malattie e condizioni fisiche, come le variazioni dei livelli ormonali dovute a ciclo mestruale, gravidanza, post partum e menopausa, alterazioni delle funzionalità tiroidea, oppure patologie che provocano dolore cronico

o invalidità.

## Come si diagnostica la Depressione

Un Disturbo Depressivo, a seconda del tipo specifico, per essere diagnosticato come tale deve rispondere ad una serie di requisiti diagnostici standard quali durata e intensità e si basa sull'identificazione dei sintomi, che devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in più di un'area personale.

Per identificarne la tipologia e stabilirne la gravità occorre una valutazione psichiatrica e/o psicologica, una accurata anamnesi e la compilazione di questionari standardizzati (ad esempio Scala di Hamilton per la depressione-Hamilton *Depression Rating Scale* e l'inventario della depressione di Beck- Beck *Depression Inventory*).

## Come si tratta la Depressione

La Depressione, come abbiamo visto, è una vera e propria condizione psicopatologica che richiede un trattamento adeguato e personalizzato. E' importante individuare al più presto uno psichiatra e uno psicoterapeuta che possano lavorare in sinergia per trattare la persona depressa, in quanto vi è spesso il ricorso sia alla terapia farmacologica (antidepressivi triciclici- TCA, inibitori delle monoamino ossidasi- IMAO, inibitori selettivi del re-uptake della serotonina- SSRI, inibitori selettivi del re-uptake della noradrenalina e della serotonina -NSRI) per trattare i sintomi che alla psicoterapia per trattare le cause scatenanti e i fattori di vulnerabilità psicologica che portano spesso ad una cronicizzazione del disturbo. La richiesta di aiuto è spesso difficoltosa proprio per la natura stessa dei sintomi. Non è facile stare accanto ad una persona depressa ed in questi casi è fondamentale far sentire la persona accolta ed accettata senza giudizio, fornire aiuto pratico anche nella gestione delle visite e della terapia farmacologica, cercare di aiutare il soggetto depresso ad uscire dalla situazione di isolamento sociale in cui si trova e non sottovalutare il rischio di suicidio.

Quando la Depressione non è trattata si può col tempo arrivare ad un aggravamento e nei casi più gravi il rischio è rappresentato proprio da tentativi di suicidio e suicidio, ad oggi una emergenza medica e psicologica in aumento anche nei più giovani (fino al 15% dei soggetti che soffrono di disturbo depressivo maggiore grave muore per suicidio- APA, 2001).

### ○ I DISTURBI BIPOLARI

I disturbi bipolari sono caratterizzati da **episodi di mania e depressione, che si alternano**, nonostante molti pazienti abbiano una predominanza dell'una o dell'altra. Di solito esordiscono **nell'adolescenza o verso i 20-30 anni** e la prevalenza nel corso della vita è di circa il **2%**.

I disturbi bipolari sono classificati come:

- **Disturbo bipolare di tipo I:** definito dalla presenza di almeno un episodio maniaco a pieno titolo (ossia, che provoca una marcata compromissione della funzione sociale o occupazionale o che comprende deliri) e di solito episodi depressivi. L'incidenza è simile negli

uomini e nelle donne.

- **Disturbo bipolare di tipo II:** definito dalla presenza di episodi di depressione maggiore con almeno un episodio ipomaniacale, ma non veri e propri episodi maniacali. L'incidenza è leggermente più elevata nelle donne.
- **Disturbo bipolare indotto da sostanze/farmaci:** definito dalla presenza di un disturbo dell'umore compatibile con la mania, che si sviluppa durante o subito dopo un'esposizione, un'intossicazione o lo svezzamento da una sostanza (p. es., cocaina, corticosteroidi) in grado di produrre tali sintomi.
- **Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuti a un'altra condizione medica:** definito dalla presenza di un disturbo dell'umore compatibile con la mania causata da una condizione farmacologica (p. es., sindrome di Cushing, trauma cranico) e non si verifica esclusivamente durante un episodio di delirium.
- **Disturbo bipolare non altrimenti specificato:** disturbi con caratteristiche bipolari evidenti che non soddisfano i criteri specifici per uno degli altri disturbi bipolari
- Nel **disturbo ciclotimico**, i pazienti hanno prolungati (> 2-anni) periodi che comprendono sia episodi ipomaniacali che depressivi; tuttavia, questi episodi non soddisfano i criteri specifici per un disturbo depressivo maggiore o un disturbo bipolare.

### **Le cause dei Disturbi Bipolari**

L'eziologia esatta del disturbo bipolare è sconosciuta; sappiamo che l'ereditarietà svolge un ruolo importante ed esistono evidenze di disregolazione dei neurotrasmettitori serotonina, noradrenalina e dopamina. Anche fattori psicosociali come gli eventi di vita stressanti o traumatici sono spesso associati all'esordio dei sintomi e alle successive esacerbazioni, anche se non è possibile stabilire una linearità di causa-effetto.

### **La diagnosi dei Disturbi Bipolari**

La diagnosi si basa:

- sui criteri del DSM-V
- sul dosaggio dei livelli di tiroxina (T4) e dei livelli di ormone stimolante la tiroide (TSH) per verificare l'assenza di ipertiroidismo
- sull'esclusione di abuso di droghe stimolanti mediante analisi del sangue o delle urine
- su esami di routine di laboratorio (p. es., emocromo completo, pannello metabolico di base) per escludere altre condizioni mediche generali
- sul colloquio clinico e l'utilizzo di questionari (come il *Mood Disorder Questionnaire*)

La diagnosi differenziale va fatta rispetto al Disturbo Schizoaffettivo e alcuni Disturbi d'Ansia (fobia sociale, attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo).

## **Come si manifestano i Disturbi Bipolari**

Il disturbo bipolare comincia generalmente con una fase acuta dei sintomi di depressione o di mania, seguita da una ripetizione di remissioni e recidive. Le remissioni sono spesso complete; le recidive sono episodi distinti di sintomi più intensi che sono maniacali, depressivi, ipomaniacali, o una miscela di caratteristiche depressive e maniacali. Gli episodi durano da alcune settimane a 3-6 mesi ed in genere gli episodi depressivi sono più duraturi.

I “cicli”, cioè il tempo tra l'inizio di un episodio e l'inizio del successivo, variano riguardo alla durata da paziente a paziente. Alcuni pazienti hanno episodi frequenti, altri solo pochi nel corso della vita, mentre altri ancora hanno forme a “cicli rapidi” (solitamente definite come almeno 4 o più di 4 episodi all'anno). Solo una minoranza alterna mania e depressione a ogni ciclo, mentre nella maggior parte dei casi, l'una o l'altra predomina. L'incidenza del suicidio nell'arco della vita dei pazienti con disturbo bipolare è stimata come almeno 20-30 volte superiore a quella della popolazione generale.

### **Mania**

Un episodio maniacale è definito come almeno una settimana di umore persistentemente elevato, euforico o irritabile e di un'aumentata attività finalizzata ad un obiettivo o da un notevole aumento di energia più almeno tre sintomi addizionali:

- Autostima ipertrofica o grandiosità
- Ridotto bisogno di sonno
- Maggiore loquacità del solito
- Fuga delle idee o accelerazione del pensiero
- Distraibilità
- Aumento dell'attività finalizzata a un obiettivo o agitazione psicomotoria
- Coinvolgimento eccessivo in attività ad alto potenziale di conseguenze negative (p. es., spese eccessive, investimenti in imprese fallimentari)

I pazienti maniacali possono essere coinvolti in modo eccessivo e impulsivo in attività piacevoli ma ad alto rischio, come il gioco d'azzardo, gli sport pericolosi ed estremi, l'attività sessuale promiscua, spese folli, senza consapevolezza dei possibili danni e conseguenze, diventando un pericolo potenziale per sé stessi e per gli altri. I pazienti in fase maniacale possono apparire esuberanti e appariscenti anche nel vestiario e presentano una parlantina rapida e inarrestabile; sono facilmente distraibili e discontinui nelle loro attività.

La mancanza di consapevolezza e l'impulsività portano spesso a un comportamento e possono verificarsi contrasti interpersonali che fanno sentire il paziente maniacale trattato ingiustamente o perseguitato. La psicosi maniacale è una manifestazione ancora più estrema, con sintomi psicotici che possono essere difficili da distinguere dalla schizofrenia. I pazienti possono avere estremi deliri di grandezza o persecutori (a volte con allucinazioni) e il livello di attività aumenta notevolmente,

così come l'irritabilità.

### **Ipomania**

Un episodio ipomaniacale è una forma meno estrema di mania, che include un episodio distinto di durata di almeno quattro giorni con comportamento che è nettamente differente da quello abituale e prevede almeno tre dei sintomi addizionali sopraelencati nella mania. Per alcuni pazienti i periodi ipomaniacali hanno carattere adattivo, perché danno grande energia, creatività, fiducia e un funzionamento sociale superiore al normale e non notevolmente compromesso. Tuttavia, in alcuni pazienti, l'ipomania si manifesta con distraibilità, irritabilità e umore labile.

### **Depressione**

Un episodio depressivo maggiore ha caratteristiche tipiche **di depressione maggiore**. Caratteristiche psicotiche sono più comuni nella depressione bipolare che nella depressione unipolare.

### **Caratteristiche miste**

Un episodio di mania o ipomania è designato come avente caratteristiche miste se sono presenti per la maggior parte dei giorni almeno tre sintomi depressivi. Questa condizione è spesso difficile da diagnosticare e può mimetizzarsi in uno stato ciclico continuo; la prognosi è peggiore e il rischio di suicidio molto elevato.

### **Il trattamento dei Disturbi Bipolari**

I Disturbi Bipolari possono essere trattati con un approccio multimodale che prevede:

- Terapia farmacologica con stabilizzatori dell'umore (p. es., litio, alcuni anticonvulsivanti, antipsicotici di seconda generazione;
- Psicoterapia individuale ma dipende dal paziente poiché a volte è necessaria terapia familiare, di coppia o entrambe le terapie associate in base all'età, alla storia ed alla situazione precisa di vita che il paziente vive e riporta, alla gravità della situazione;
- Psicoterapia di gruppo, spesso raccomandata per i pazienti e i loro partner per far acquisire conoscenze sul disturbo bipolare, sulle sue conseguenze sociali e sul ruolo centrale degli stabilizzatori nella cura. Tale trattamento affianca la psicoterapia del paziente ed aiuta nell'incontro con l'Altro da Sé per rispecchiarsi, condividere ed ascoltare i reciproci vissuti e bisogni sostenuti da terapeuti esperti.

Altri trattamenti includono:

- La terapia elettroconvulsivante, la fototerapia per i disturbi bipolari di tipo 1 o di tipo 2 stagionale (con depressione in autunno-inverno e ipomania in primavera-estate) e la stimolazione magnetica transcranica

Il trattamento del disturbo bipolare solitamente consiste in tre fasi:

1. Acuta: per stabilizzare e controllare le manifestazioni iniziali, a volte gravi
2. Continuazione: per raggiungere la remissione completa
3. Mantenimento o prevenzione: per mantenere i pazienti in remissione

Sebbene la maggior parte dei pazienti possa essere trattata ambulatorialmente, mania o depressione grave richiedono spesso la gestione ospedaliera.

## **SALUTE MENTALE E LAVORO**

Per la maggior parte delle persone il lavoro rappresenta una sfera fondamentale della propria esistenza, su cui si investe a livello personale, relazionale, economico e psicologico e che influenza il benessere individuale in vari modi.

Possono presentarsi diversi problemi e condizioni psicologiche sul lavoro, che sono accomunate dall'insorgenza di stress che ha ripercussioni sulla salute e fisica e mentale dell'individuo.

L'indagine OSH Pulse condotta dall'EU-OSHA nel 2022 mostra che il 27% dei lavoratori sperimenta stress, ansia o depressione causati o aggravati dal lavoro.

### **I sintomi dei Problemi legati al lavoro**

Più nello specifico i sintomi legati ai problemi sul lavoro possono includere:

- ansia e attacchi di panico
- depressione e distimia
- diminuzione del livello di autostima
- insonnia
- disturbi psicosomatici (cefalee e disturbi gastrici in primis)
- difficoltà relazionali e fobia sociale
- abuso di sostanze
- Disturbo Post Traumatico da Stress
- suicidio
- problemi di salute fisica come malattie cardiovascolari, disturbi respiratori e disturbi muscoloscheletrici.

### **Le tipologie di problemi legati al lavoro**

- **Workaholism:** Il termine workaholism (dipendenza dal lavoro) è stato introdotto da Oates nel 1971 unendo la parola "work" e la parola "alcoholism" per descrivere la dipendenza dall'attività lavorativa. Si tratta di una forma di dipendenza comportamentale dal lavoro legata a caratteristiche di personalità ossessivo-compulsive e, spesso, ad esperienze di apprendimento vicario (influenza di figure familiari o all'interno di contesti lavorativi).

Nel *workaholism* sussistono i criteri tipici di altre forme di dipendenza:

-Salienza: il lavoro domina il pensiero e i comportamenti della persona anche al di fuori dei luoghi e tempi di lavoro.

-Trasformazione degli stati dell'umore legati al lavoro, che possono variare dall'eccitazione, all'irritabilità, alla tristezza, alla tranquillità.

-Tolleranza: il dipendente da lavoro si sente costretto ad aumentare progressivamente e gradualmente la quantità di tempo passato a svolgere attività lavorative.

-Astinenza dal lavoro con conseguenze negative a livello fisico e psicologico (irritabilità, cambi di umore)

-Conflitti: emerge gradualmente una difficoltà nelle relazioni interpersonali, che spesso cominciano a criticare la difficoltà a "staccare" dal lavoro.

-Ricaduta dopo un periodo di maggiore gestione della dipendenza.

- **Mobbing:** l'OMS e l'ufficio internazionale del lavoro (ILO) definiscono il mobbing come comportamenti ripetuti e offensivi (di stampo vendicativo o malizioso) finalizzati all'umiliazione e a porre in uno stato di inferiorità/minorità un singolo individuo lavoratore o un gruppo di lavoratori. Tali atti sono perseguibili legalmente.

Attualmente la stima del fenomeno è del 4% in Italia e viene colpito maggiormente il sesso femminile.

Chi subisce *mobbing* è soggetto ad angherie, vessazioni, insulti, umiliazioni, pressioni psicologiche, aggressioni verbali e fisiche, demansionamento, inducendo così la vittima non gradita all'auto-allontanamento spontaneo dal posto di lavoro e ad un processo di auto-colpevolizzazione.

Sembra che il *mobbing* sia fortemente legato al Disturbo Post Traumatico da Stress e preveda sintomi quali evitamento di luoghi e situazioni e ripetizione dell'evento attraverso incubi o *flashback*. Altre conseguenze psicologiche prevalenti nel *mobbing* sono depressione, somatizzazioni e disturbi d'ansia.

- **Burnout:** la Sindrome da *Burnout* è una colpisce i lavoratori che, nel contesto di una situazione professionale percepita come logorante e stressante, non riescono a fronteggiare attraverso strategie cognitive e comportamentali la sensazione di esaurimento psico-fisico.

Questa forma di esaurimento è determinata da una condizione di stress cronico nella quale viene percepito uno squilibrio tra richieste professionali e risorse disponibili.

Il burnout è un fenomeno occupazionale, cioè, legato soltanto al contesto lavorativo e non esteso ad altri ambiti della propria vita, con insorgenza graduale e soggetto a cronicizzazione.

Tra le conseguenze principali:

-stati di insoddisfazione e demoralizzazione

- distacco mentale dal proprio lavoro

- demotivazione e mancanza di iniziativa

-insonnia, cefalea, nausea, tachicardia

- depauperamento delle risorse fisiche e mentali

-difficoltà di concentrazione

- senso di colpa e fallimento
- stati depressivi

Vi sono alcuni fattori di personalità predisponenti per sviluppare una Sindrome da *burnout*, quali la tendenza a porsi obiettivi irrealistici, una personalità autoritaria o introversa, il concetto di sé come indispensabile, motivazione ed aspettative professionali elevate. Tra i fattori sociali e ambientali ricordiamo un carico eccessivo di lavoro rispetto alla capacità dell'individuo, aumento delle responsabilità, mancanza di autonomia da parte del lavoratore in merito allo svolgimento della sua attività, mancanza di riconoscimenti, relazioni difficili con i colleghi, compiti e obiettivi poco chiari, percezione di assenza di equità e correttezza nell'ambiente lavorativo, *mobbing*, professioni ad alto rischio.

### **I fattori di rischio psico-sociale**

Quasi il 45 % dei lavoratori dichiara di dover affrontare fattori di rischio che possono influire negativamente sulla loro salute mentale, i cosiddetti rischi psicosociali.

I rischi psicosociali derivano da una cattiva progettazione, organizzazione e gestione del lavoro, nonché da un contesto sociale inadeguato e possono avere esiti psicologici, fisici e sociali negativi. Alcuni esempi di condizioni di lavoro che comportano rischi psicosociali sono:

- orari e carichi di lavoro eccessivi;
- richieste contrastanti e mancanza di definizione dei ruoli;
- mancanza di coinvolgimento nel prendere decisioni che riguardano il lavoratore;
- cambiamento organizzativo mal gestito;
- precarietà del lavoro;
- comunicazione inefficace;
- mancanza di supporto da parte della direzione o dei colleghi;
- molestie psicologiche e sessuali.

Quando le richieste complessive del lavoro risultano eccessive rispetto alla capacità individuale di gestirle il lavoratore sperimenta stress. Quando, invece, è presente un buon ambiente psicosociale, anche in caso di lavori impegnativi e altamente richiedenti, migliora le prestazioni e lo sviluppo personale, nonché il benessere mentale e fisico dei lavoratori.

È chiaro come per le aziende si sviluppino effetti negativi ed importanti costi in presenza di difficoltà psicologiche del lavoratore, come scarse prestazioni, aumento dell'assenteismo, un *turnover* più elevato, un aumento dei tassi di incidenti ed infortuni.

Ai fattori di rischio psicosociale vanno aggiunte quelle professioni che possono esporre a eventi traumatici o pericolosi come i soccorritori, gli operatori sanitari e umanitari che rischiano di danneggiare la salute mentale dei lavoratori.

### **Prevenzione e trattamento dei Problemi legati al lavoro**

Con il giusto approccio, i rischi psicosociali possono essere prevenuti o gestiti con successo, indipendentemente dalle dimensioni o dal tipo di azienda.

La gestione dei rischi psicosociali legati al lavoro non è solo un obbligo morale e un buon investimento per i datori di lavoro, è un imperativo giuridico stabilito nella direttiva quadro 89/391/CEE, sostenuto dagli accordi quadro delle parti sociali sullo stress e le molestie legate al lavoro e violenza sul lavoro.

Le Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla promozione della salute mentale al lavoro presentano una struttura costituita da tre obiettivi progressivi, pensati proprio per creare un ambiente di lavoro che consenta a ciascuno di esprimersi al meglio (*enabling environment*):

-La prevenzione dei rischi psicosociali.

-La promozione della salute e il potenziamento delle risorse individuali e collettive per raggiungere uno stato di benessere duraturo.

-L'inclusione e il supporto delle minoranze che sono oggetto di discriminazione.

Molte aziende ormai si avvalgono di psicologi del lavoro, cioè professionisti che applicano le teorie e le pratiche psicologiche nei contesti lavorativi, concentrandosi sulle dinamiche psicologiche che si verificano all'interno delle organizzazioni e sulle relazioni tra individui e ambiente di lavoro.

Gli interventi di uno psicologo del lavoro, a seconda del settore in cui opera e delle problematiche presenti, possono essere rivolti al singolo dipendente o ad un'intera *team* laddove si interviene all'interno del contesto aziendale. Il sostegno al singolo si basa su attività di consulenza e orientamento al fine di migliorare le performance, il senso di soddisfazione e quindi la produttività complessiva.

Il sostegno alla collettività riguarda principalmente due aree di attività: la risoluzione dei conflitti dovuti a stress, dinamiche interpersonali e incapacità comunicative, al fine di migliorare le relazioni e il dialogo, e la gestione del cambiamento che può causare nei dipendenti ansia e stress.

Anche nel caso di problemi psicologici legati al lavoro un percorso di psicoterapia può essere fondamentale e deve essere ovviamente personalizzato a seconda della tipologia di disturbo e di sintomi presentati. In psicoterapia si potrà lavorare ad esempio sul grado di consapevolezza del problema, sulle vulnerabilità individuali che portano all'insorgenza e al mantenimento dei sintomi, sulla gestione dello stress e del cambiamento, sulle dinamiche relazionali e sulle capacità comunicative.

Possono essere utili anche i **gruppi di auto mutuo aiuto** ed inoltre interventi nell'ambiente lavorativo mirati a far emergere e trasformare dinamiche e situazioni stressanti.

## **I TRAUMI PSICOLOGICI E I DISTURBI CORRELATI A FATTORI TRAUMATICI E STRESSANTI**

### **Cos'è un Trauma?**

La parola “*trauma*” deriva dal greco ed ha il significato di “*ferita*”, danneggiamento, lesione. Un trauma in Psicologia è, dunque, **una lesione psicologica profonda, un evento shockante che irrompe nell’esistenza dell’individuo con un effetto soverchiante e negativo.**

Esistono diverse forme di esperienze potenzialmente traumatiche a cui può andare incontro una persona nel corso della vita.

Si possono distinguere:

- I “**piccoli traumi**” o “**t**”, con i quali si intende esperienze lesive ma caratterizzate da una percezione di pericolo non particolarmente intensa (ad esempio aver subito un’umiliazione, aver sperimentato uno stile genitoriale autoritario).
- I **traumi di grande entità** o “**T**”, cioè tutti quegli eventi che minacciano l’integrità fisica propria o delle persone care (essere stati vittime di disastri naturali, abusi, incidenti ecc).

## **Le conseguenze di un Trauma**

Le reazioni ai diversi eventi “t” o “T” sono molteplici e vanno dal pieno recupero allo sviluppo di veri e propri disturbi che hanno un forte impatto negativo sulla persona traumatizzata.

Subito dopo aver vissuto un evento traumatico il nostro organismo e il nostro cervello vanno incontro ad una serie di reazioni di stress fisiologiche, che nel 70-80% dei casi hanno una risoluzione spontanea. Questo accade per la presenza di un innato meccanismo di elaborazione delle informazioni che rende assimilabile l’evento e collocabile in modo adattivo all’interno della capacità individuale di narrazione dell’evento stesso.

In alcuni casi però questo non avviene e la persona porta i segni del trauma e dell’angoscia a livello psico-emotivo per lungo tempo e con una grave compromissione personale.

I sintomi presenti possono essere:

- Immagini, Pensieri e ricordi intrusivi involontari ed improvvisi, che compaiono soprattutto in momenti di rilassamento, per es. prima di dormire e si accompagnano di un senso di disagio.
- Problemi di sonno (sonno leggero, incubi, sogni ricorrenti dell’evento traumatico)
- Associazione involontaria con altri stimoli che provocano ansia o malessere
- Difficoltà di concentrazione
- Senso di nausea, stanchezza.
- Disperazione

- Senso di colpa, ad esempio se si è sopravvissuti ad un incidente o catastrofe naturale quando un'altra persona è morta o ferita gravemente e tendenza a colpevolizzarsi per non avere fatto a sufficienza per salvarla.

-Vulnerabilità ed apprensione rispetto alla ripetizione dell'evento traumatico.

Alcuni quadri sintomatologici possono arrivare a delinearsi come un Disturbo da Stress Post-Traumatico, oppure possono presentarsi sintomi dissociativi di depersonalizzazione (sentirsi distaccati dai propri processi mentali come se si fosse un osservatore esterno al proprio corpo) e derealizzazione (persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante).

Le conseguenze di un trauma sono riscontrabili non solo a livello emotivo ma anche fisico: la ricerca scientifica ha dimostrato che le persone che hanno vissuto traumi importanti nel corso della vita portano i segni anche a livello neuro-biologico (ad esempio un volume ridotto sia dell'ippocampo che dell'amigdala), sottolineando la stretta connessione tra mente e corpo.

## **I “Disturbi correlati a Trauma e Stress”**

L'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) ha incluso un nuovo capitolo chiamato “Disturbi correlati a trauma e stress”.

I disturbi correlati a fattori traumatici e stressanti si sviluppano a seguito di un evento traumatico, vissuto in prima persona o a cui si è assistito, e comportano la comparsa di sintomi emotivi e comportamentali clinicamente significativi.

Pur differendo tra loro per gravità e durata dei sintomi, presentano molte caratteristiche comuni, tra cui depressione, irritabilità, ansia, dissociazione, amnesie, disturbi del sonno.

Si possono distinguere in particolare:

- **Il Disturbo Acuto da Stress (ASD)**
- **Il Disturbo Post-traumatico da stress (PTSD)**
- **Il Disturbo dell'Adattamento**

- **Il Disturbo Acuto da Stress (ASD)**

In ambito psicologico il disturbo acuto da stress (ASD, *Acute Stress Disorder*) è una sindrome clinica di breve durata che può manifestarsi a seguito di eventi estremi, come traumi, catastrofi, incidenti o episodi di violenza. Non solo le vittime dirette, ma anche i soccorritori coinvolti in situazioni critiche possono, in alcuni casi, sviluppare sintomi associati a questa condizione.

A differenza del disturbo da stress post-traumatico (PTSD), che rappresenta una possibile evoluzione a medio-lungo termine, l'ASD tende a manifestarsi rapidamente, spesso **entro 48 ore dall'evento traumatico**. La durata del disturbo, secondo la classificazione del DSM, varia **da tre giorni fino a un massimo di un mese**. **Se i sintomi persistono oltre questo periodo, la diagnosi passa al PTSD.**

Il disturbo acuto da stress (ASD) presenta una varietà di sintomi che possono essere suddivisi in cinque categorie principali, secondo il DSM-5:

#### 1. Sintomi intrusivi:

- Ricordi ricorrenti, involontari e angoscianti dell'evento traumatico.
- Incubi legati all'evento.
- Flashback, in cui la persona rivive l'evento traumatico come se stesse accadendo di nuovo.
- Intensa sofferenza psicologica o reazioni fisiologiche quando si è esposti a stimoli che ricordano l'evento.

#### 2. **Umore negativo:** persistente incapacità di provare emozioni positive, come gioia o soddisfazione.

#### 3. Sintomi dissociativi:

- Sensazione di distacco dalla realtà, come se il tempo rallentasse o ci si sentisse confusi.
- Difficoltà a ricordare dettagli importanti dell'evento traumatico.

#### 4. Sintomi di evitamento:

- Tentativi di evitare pensieri, ricordi o emozioni legati all'evento.
- Evitamento di luoghi, persone o situazioni che potrebbero ricordare l'evento.

## 5. Sintomi di iperattivazione:

- Disturbi del sonno.
- Irritabilità o scoppi d'ira.
- Ipervigilanza (essere costantemente in allerta).
- Difficoltà di concentrazione.
- Risposte di allarme esagerate.

Questi sintomi possono variare in intensità e combinazione da persona a persona, ma devono causare un disagio significativo o compromettere il funzionamento quotidiano per essere diagnosticati come ASD.

## Il trattamento dell'ASD

La sicurezza e la cura di sé svolgono un ruolo cruciale nel processo di recupero dal disturbo acuto da stress (ASD).

Alcuni aspetti fondamentali per il recupero includono:

- Creare un ambiente sicuro: proteggersi da ulteriori esposizioni a situazioni traumatiche è essenziale per favorire la guarigione.
- Attenzione alla salute fisica: alimentazione equilibrata, idratazione e attività fisica leggera possono avere un impatto positivo sull'umore e sulla gestione dello stress.
- Sonno adeguato: un riposo sufficiente è indispensabile per la rigenerazione mentale e fisica. Tecniche di rilassamento e una routine serale tranquilla possono aiutare a migliorare la qualità del sonno.
- Supporto sociale: condividere le proprie emozioni con amici, familiari o professionisti può alleviare il carico psicologico.
- Tecniche di gestione dello stress: pratiche come mindfulness, meditazione o yoga possono aiutare a mantenere un equilibrio emotivo.

In definitiva, il recupero dall'ASD è un processo che richiede tempo, pazienza e attenzione ai propri bisogni individuali.

- Per quanto riguarda il trattamento psicologico, la **terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma** è considerato il trattamento di prima linea del disturbo da stress acuto. La terapia si concentra sull'elaborazione del trauma, sulla gestione dei sintomi e sulla prevenzione del PTSD.

Tecniche come l'**esposizione graduale e la ristrutturazione cognitiva** aiutano a ridurre l'ansia e i ricordi intrusivi.

- **Il Disturbo Post-Traumatico da stress (PTSD)**

Il PTSD è una condizione psicologica che può svilupparsi **dopo l'esposizione a eventi traumatici** (come guerre, violenze, abusi, disastri naturali o incidenti), **caratterizzata dal rivivere continuamente l'evento traumatico**, negli aspetti emotivi, sensoriali e cognitivi negativi.

La sua definizione e studio si sono intensificati negli Stati Uniti, inizialmente per comprendere gli effetti devastanti della guerra del Vietnam sui veterani. Da allora, il PTSD è stato riconosciuto in numerose situazioni traumatiche, non solo legate ai conflitti armati, ma anche in contesti di violenza domestica, abusi, disastri naturali e catastrofi sociali.

Il PTSD può colpire persone di **tutte le età**; sembra che **le donne abbiano il doppio delle probabilità** di soffrire di disturbo da stress post-traumatico e che il problema duri più a lungo nel genere femminile.

Il disturbo può affliggere non solo coloro che subiscono direttamente il trauma, ma anche i familiari, **i testimoni** oculari e i soccorritori. Anche una continua esposizione a episodi di violenza o degrado può aumentare il rischio di sviluppare questa condizione.

### **Come si manifesta il Disturbo Post Traumatico da Stress?**

Per lo sviluppo di un PTSD (DSM-5) è necessario che:

-La persona sia stata **esposta a un trauma**, quale la morte reale o una minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale (criterio a) facendo **un'esperienza diretta o indiretta** dell'evento traumatico oppure venendo a conoscenza di un evento traumatico violento o accidentale accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto.

- Che i **sintomi intrusivi** correlati all'evento traumatico insorgano dopo l'evento traumatico (criterio b): **ricordi, sogni, flashback** che possono portare alla completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante. Può esserci intensa o prolungata sofferenza psicologica e reattività fisiologica in risposta a stimoli che simboleggiano o assomigliano al trauma.

-Che dopo l'evento traumatico ci sia un **evitamento persistente degli stimoli associati all'evento** stesso (criterio c), siano essi fattori interni come ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi all'evento traumatico, che fattori esterni quali persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni.

-Che ci siano **alterazioni negative di pensieri ed emozioni** associate all'evento traumatico (criterio d). La persona può non ricordare qualche aspetto importante, sviluppare persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative su sé stessi, gli altri, o sul mondo. Possono manifestarsi pensieri distorti e persistenti relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento traumatico che portano a dare la colpa a sé stessi oppure agli altri. Si possono inoltre sperimentare sentimenti di **paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna, una marcata riduzione di interesse** o partecipazione alle attività

quotidiane, **sentimenti di distacco o di estraneità** verso gli altri o incapacità di provare emozioni positive.

-Che ci siano marcate **alterazioni dell'arousal e della reattività** associati all'evento traumatico (criterio e), come comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia, aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti, comportamento spericolato autodistruttivo, ipervigilanza ed esagerate risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà relative al sonno.

-Che la durata delle alterazioni descritte è **superiore ad 1 mese** (criterio f).

-Che il disturbo causi disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (criterio G).

-Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza come, ad esempio, farmaci o alcol o a un'altra condizione medica (criterio H).

Alcuni fattori, in particolare, influenzano lo sviluppo e il decorso del disturbo post-traumatico da stress: elementi come la **gravità del trauma**, il **livello di esposizione**, la **storia personale e familiare** dell'individuo, così come **le misure adottate** nel periodo immediatamente successivo, giocano un ruolo cruciale nella capacità di recupero.

Per alcuni, il trattamento e il tempo aiutano a risolvere i sintomi, mentre per altri, purtroppo, l'impatto può essere duraturo e debilitante, come accade per coloro che hanno vissuto episodi continuativi di violenza, torture o maltrattamenti. Questo mette in evidenza quanto sia importante un intervento mirato e tempestivo, oltre che una rete di supporto che favorisca il benessere fisico e psicologico.

## **PTSD e alterazioni cerebrali**

Il PTSD non solo influenza il benessere emotivo e psicologico, ma ha anche un impatto significativo sul **funzionamento neurologico**.

L'amigdala e l'ippocampo sono strutture centrali coinvolte nella risposta allo stress. Diversi studi dimostrano che l'**amigdala**, che regola le reazioni alla paura, **diventa iperattiva** nei malati di PTSD, causando una produzione prolungata di oppiacei naturali: questo porta a una disconnessione emotiva e difficoltà nella regolazione delle emozioni.

**L'alterazione dei neurotrasmettitori** che colpisce l'ippocampo compromette la memoria e l'apprendimento, generando flashback dolorosi.

Inoltre, **il flusso sanguigno cerebrale** mostra anomalie, e i tessuti cerebrali possono subire cambiamenti strutturali, evidenziando l'aspetto fisico del disturbo.

Questi risultati sottolineano l'importanza di interventi mirati per affrontare non solo i sintomi psicologici, ma anche i cambiamenti neurologici che accompagnano il PTSD.

## **Il trattamento del Trauma e del PTSD**

Attualmente, tra le terapie d'elezione *evidence based* per il trattamento del trauma troviamo il protocollo di Esposizione Prolungata (*Prolonged Exposure Therapy – PE*), l'EMDR e la Terapia Cognitivo Comportamentale.

In particolare:

- **L'Esposizione Prolungata** consente l'abituazione all'ansia e il cambiamento delle credenze associate al trauma. Al paziente viene chiesto di raccontare più volte, in maniera dettagliata, l'evento traumatico, fino a quando la risposta emotiva diminuisce e di affrontare, gradualmente, situazioni sicure ma che comunque generano paura associata ai ricordi traumatici.
- **L'EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è una tecnica psicoterapeutica utile per il trattamento di disturbi causati da eventi stressanti o traumatici come il disturbo da stress post-traumatico. Vengono sfruttati i movimenti oculari alternati o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per ristabilire l'equilibrio eccitatorio/inibitorio.
- La **Terapia Cognitivo Comportamentale** centrata sul trauma aiuta i pazienti a identificare e modificare i pattern distorti di pensiero riguardanti se stessi, l'evento traumatico e il mondo, insegnando, inoltre, a gestire l'ansia e le emozioni negative, allo scopo di ridurre i sintomi persistenti di *iper-arousal* che presentano i sopravvissuti.
- Come tecniche di stabilizzazione vengono inoltre utilizzati il **Biofeedback HRV** (Variabilità della Frequenza Cardiaca), la **mindfulness**, il rilassamento muscolare progressivo e il training autogeno.

- **Il Disturbo dell'Adattamento**

Il Disturbo dell'Adattamento è **una risposta emotiva o comportamentale a eventi stressanti identificabili, che superano la capacità dell'individuo di affrontarli**. Questa condizione può manifestarsi con sintomi come ansia, tristezza, irritabilità o problemi di funzionamento sociale, lavorativo o accademico.

Il disturbo è associato a cambiamenti significativi, come:

- Perdita di una persona cara (un familiare, un amico o un animale domestico)
- Problemi di salute (diagnosi di una grave malattia o lesione)
- Difficoltà relazionali (separazione, divorzio, crisi coniugali)
- Transizioni di vita (trasferimento, inizio di un nuovo lavoro, pensionamento)
- Difficoltà finanziarie (perdita del lavoro, debiti o altri fattori di stress finanziario).

I disturbi dell'adattamento possano manifestarsi in forme diverse, influenzando la sfera emotiva, comportamentale o fisica:

1. **Disturbo dell'adattamento con umore depresso:** si manifesta con tristezza, disperazione, pianto e perdita di piacere nelle attività quotidiane.
2. **Disturbo dell'adattamento con ansia:** si manifesta con ansia, preoccupazione, difficoltà di concentrazione e, nei bambini, ansia da separazione.
3. **Disturbo dell'adattamento con ansia mista e umore depresso:** vi è la presenza contemporanea di ansia e sintomi depressivi.
4. **Disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta:** presenta comportamenti ribelli, sconsiderati, impulsivi o distruttivi.
5. **Disturbo dell'adattamento con disturbo misto delle emozioni e della condotta:** vi è una combinazione di ansia, depressione e problemi comportamentali.
6. **Disturbo dell'adattamento non specificato:** presenta sintomi fisici come mal di testa, dolori muscolari, problemi di stomaco, palpitazioni cardiache o insonnia.

Mentre il Disturbo dell'Adattamento di solito si risolve entro sei mesi dalla rimozione della fonte di stress, in alcuni casi può diventare cronico. Quando ciò accade, le difficoltà legate all'adattamento persistono nel tempo e possono portare a complicazioni significative: tra queste, lo sviluppo di Depressione Maggiore o Disturbo d'Ansia Generalizzato

**Il Disturbo dell'Adattamento Cronico** evidenzia l'importanza di un intervento tempestivo.

### **Fattori di rischio per un Disturbo dell'Adattamento**

Vi sono alcuni fattori di rischio che aumentano la vulnerabilità a questa condizione:

- Appartenere al genere femminile.
- La predisposizione di un individuo a reagire in modo più intenso allo stress, che può influire sulla capacità di adattarsi a eventi avversi (temperamento e personalità).
- Eventi traumatici o stressanti vissuti in passato.
- Una familiarità con problemi di salute mentale può predisporre gli individui ad avere difficoltà nell'affrontare il trauma.

- La presenza di condizioni preesistenti, come depressione, ansia o PTSD, può rendere l'individuo più suscettibile allo sviluppo di un disturbo dell'adattamento.

## **Il trattamento del Disturbo dell'Adattamento**

La **Psicoterapia** è la prima linea di trattamento. A seconda dell'approccio si concentrerà sull'identificazione e sul cambiamento di modelli di pensiero e comportamenti negativi, sull'aiutare l'individuo a migliorare le capacità comunicative e relazionali, sul supporto nella costruzione di nuove strategie per fronteggiare lo stress.

Anche la terapia di gruppo può offrire supporto sociale e favorire la condivisione di esperienze con altri individui che affrontano situazioni simili.

**La farmacoterapia** può aiutare a gestire alcuni sintomi specifici come ansia o depressione.

Anche la **cura di sé** è fondamentale, ad esempio attraverso l'attività fisica e una routine quotidiana equilibrata per migliorare il benessere generale.

## **I DISTURBI DELLA PERSONALITA'**

### **Cosa si intende per Personalità**

Per comprendere i Disturbi di Personalità è necessario capire innanzitutto cosa si intende per "personalità": la struttura di base della personalità corrisponde all'insieme di un numero limitato e costante di meccanismi psichici messi in atto da ogni individuo e al modo in cui questi entrano in interazione gli uni con gli altri, secondo schemi specifici. Da un lato la struttura di personalità rimane stabile, fissata definitivamente, dall'altro ogni struttura di base rimane invisibile e si manifesta attraverso il carattere e i sintomi.

Il carattere è il tipo di funzionamento relazionale e visibile di ogni struttura di base, nel quadro di un buon adattamento alla realtà interna ed esterna del soggetto; i sintomi sono invece il riflesso relazionale visibile della struttura di base, nel momento in cui questa non funzionerebbe più in modo adattivo in rapporto alla realtà interna ed esterna del soggetto.

### **I Disturbi di Personalità**

La probabilità di sviluppare un Disturbo di Personalità è determinata dall'interazione fra la predisposizione individuale innata e le pressioni ambientali, determinando una varietà molto ampia di situazioni personali. Più precoce è lo squilibrio tra forza delle pressioni esterne e forza della struttura di base, più grave è il disturbo psichico a cui si va incontro.

I disturbi di personalità compaiono, in sintesi, quando i tratti di base diventano rigidi e disadattivi, tanto da compromettere il funzionamento lavorativo e/o interpersonale e provocare un disagio significativo per sé e per gli altri (nel caso di comportamenti socialmente disadattivi).

L'insorgenza dei Disturbi di Personalità è più frequente a partire dalla tarda età adolescenziale o all'inizio dell'età adulta ma anche durante l'infanzia possono emergere le prime manifestazioni, a seconda del tipo di disturbo.

Circa il 9% della popolazione generale e fino alla metà dei pazienti psichiatrici in reparti e ambulatori ospedalieri presenta un disturbo di personalità. In alcuni disturbi c'è una prevalenza femminile, come nel Disturbo Borderline, mentre in altri una prevalenza maschile, come il Disturbo Antisociale.

### **Tipi di disturbi di personalità**

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) elenca 10 tipi di disturbi di personalità, sebbene la maggior parte dei pazienti soddisfi i criteri per più di un disturbo, e li raggruppa in 3 *clusters*:

Il cluster A è caratterizzato dall'apparire strano o eccentrico e comprende i seguenti disturbi di personalità:

- **Paranoide**: diffidenza e sospettosità
- **Schizoide**: disinteresse negli altri
- **Schizotipico**: idee e comportamento eccentrici

Il cluster B è caratterizzato da comportamenti drammatici, emotivi, o stravaganti e comprende i seguenti disturbi di personalità:

- **Antisociale**: irresponsabilità sociale, disprezzo per gli altri, inganno e manipolazione degli altri per guadagno personale
- **Borderline**: vacuità interiore, relazioni instabili e disregolazione emotiva
- **Istrionico**: ricerca di attenzioni ed emotività eccessiva
- **Narcisistico**: grandiosità di sé, necessità di adulazione, mancanza di empatia

Il cluster C è caratterizzato da comportamenti ansiosi o paurosi e comprende i seguenti disturbi di personalità:

- **Evitante**: evitamento del contatto interpersonale
- **Dipendente**: arrendevolezza e necessità di essere accudito
- **Ossessivo-compulsivo**: perfezionismo, rigidità ed ostinazione

### **I sintomi dei Disturbi di Personalità**

A seconda del tipo di Disturbo la sintomatologia sarà ovviamente diversa. In generale chi presenta un Disturbo della personalità affronta problemi che hanno un impatto sulla propria vita e sulle relazioni:

-legati all'identità (immagine di sé instabile, incoerenza dei valori e dei comportamenti)

- alla cognizione (percezione e interpretazione distorta di sé, degli altri e degli eventi)
- al funzionamento interpersonale e sociale (difficoltà a sviluppare e mantenere legami affettivi stabili, isolamento sociale, mancanza di empatia)
- ai confini (difficoltà nel riconoscere i confini tra sé e gli altri)
- all'assunzione del ruolo genitoriale (incoerenza, distacco, iperemotività, abuso ...)
- alla mancanza di consapevolezza del Disturbo e dell'impatto dei comportamenti sulle relazioni personali
- all'emotività (labile o molto accentuata)
- al controllo degli impulsi (imprudenza, esplosioni di rabbia ...)

### **Diagnosi dei Disturbi di Personalità**

I disturbi di personalità sono spesso sotto-diagnosticati, poiché chi ne è affetto non ne è consapevole, ma spesso chiede aiuto per altri tipi di disturbi più frequenti quali depressione o ansia.

La diagnosi da parte di uno psichiatra e/o uno psicoterapeuta si deve basare su una valutazione degli aspetti cognitivi, affettivi, relazionali, comportamentali utilizzando criteri diagnostici specifici, test psicodiagnostici ed una accurata anamnesi. I sintomi presentati devono causare un disagio significativo o la compromissione del funzionamento in aree sociali, occupazionali e in altre aree importanti per un periodo maggiore ad un anno.

Devono essere escluse altre possibili cause dei sintomi (come disturbi in comorbilità, abuso di sostanze ecc).

### **Il trattamento dei Disturbi di Personalità**

Trattamento d'elezione per i Disturbi di Personalità è la Psicoterapia, sia individuale che di gruppo, e la condizione necessaria è la motivazione a cambiare da parte del paziente.

La Psicoterapia ha l'obiettivo principale di ridurre il disagio percepito, aiutando il paziente a sviluppare una maggiore comprensione del suo disturbo e della sua natura e a ridurre i comportamenti disadattivi e socialmente sgraditi per evitare conseguenze lavorative e sociali.

Il trattamento farmacologico è richiesto in genere per trattare sintomi specifici.

I disturbi che spesso coesistono con i disturbi di personalità (p. es., disturbo depressivo, ansia, disturbi correlati a sostanze, disturbi da sintomi somatici e disturbi alimentari) possono rendere il trattamento più impegnativo e meno efficace.

## **APPROCCI TERAPEUTICI, TIPI DI PSICOTERAPIA, STRUMENTI E TECNICHE**

- **Le aree di specializzazione in Psicologia:**

Le specializzazioni in psicologia sono molteplici e ciascuna si concentra su un'area specifica del comportamento umano e della salute mentale.

Tra le principali specializzazioni:

1. **Psicologia clinica:** si occupa della diagnosi e del trattamento dei disturbi di adattamento, di comportamento, degli stati e le condizioni di malessere e di sofferenza psicologica ed emotiva.
2. **Psicologia dello sviluppo:** studia i cambiamenti psicologici ed evolutivi che avvengono durante tutto l'arco della vita, dall'infanzia alla vecchiaia.
3. **Psicologia del lavoro e delle organizzazioni:** si concentra sul comportamento umano nei contesti lavorativi e organizzativi, migliorando il benessere e la produttività dei dipendenti.
4. **Psicologia scolastica:** lo psicologo scolastico svolge una consulenza di sistema, rivolta agli studenti, agli insegnanti e ai genitori per promuovere il benessere e il successo scolastico.
5. **Psicologia forense:** applica i principi psicologici al sistema legale, aiutando nella valutazione delle capacità mentali e nella consulenza legale.
6. **Psicologia dello sport:** aiuta gli atleti a migliorare le loro prestazioni e a gestire lo stress e la pressione delle competizioni.
7. **Psicologia della salute:** Si occupa della promozione della salute e della prevenzione delle malattie attraverso interventi psicologici.

- **Come si svolge un percorso di sostegno psicologico (cosa fa lo psicologo)?**

Un percorso di sostegno psicologico è particolarmente utile per affrontare momenti di transizione, stress o difficoltà emotive. Questo intervento si articola generalmente in diverse fasi, adattate alle esigenze specifiche della persona:

1. **Valutazione iniziale:** durante i primi incontri, lo psicologo raccoglie informazioni sulla situazione del paziente, le sue difficoltà, i suoi obiettivi e le sue risorse personali. Questo aiuta a definire un piano di intervento personalizzato.
2. **Definizione degli obiettivi:** insieme al paziente, lo psicologo stabilisce obiettivi chiari e realistici, come migliorare la gestione dello stress, affrontare un momento di crisi o sviluppare strategie per il benessere emotivo.
3. **Interventi mirati:** le sedute successive si concentrano su tecniche e strategie per affrontare le difficoltà. Questo può includere esercizi di rilassamento, tecniche cognitive per ristrutturare pensieri negativi, o semplicemente uno spazio sicuro per esplorare emozioni e preoccupazioni.
4. **Monitoraggio e adattamento:** lo psicologo valuta regolarmente i progressi e, se necessario, adatta il percorso per rispondere meglio alle esigenze del paziente.
5. **Conclusione e follow-up:** Una volta raggiunti gli obiettivi, il percorso si conclude, ma possono essere previsti incontri di follow-up per consolidare i risultati.

- **I diversi orientamenti di terapia**

La Psicoterapia nasce alla fine dell'800 per aiutare le persone in difficoltà psichiche e nel corso del 900 si divide nella pluralità di orientamenti che oggi la caratterizzano.

Possiamo dire che in psicoterapia possedere certe qualità umane, come l'empatia, e la maturità personale dello psicoterapeuta spesso precede l'orientamento e gli strumenti che il professionista utilizza nella sua pratica clinica. Chi si rivolge ad uno psicoterapeuta difficilmente fa una scelta in base ai diversi metodi clinici, rispetto ai quali non è facile orientarsi per chi non è del settore; generalmente si sceglie in base alla difficoltà che si vogliono affrontare, a chi è ritenuto più competente o ispira più fiducia e, molto spesso, in base al passaparola di qualcuno di fiducia.

Al di là dell'orientamento, quindi, l'esperienza del terapeuta, le sue doti empatiche, la motivazione al cambiamento del paziente e la fiducia nello psicoterapeuta sono elementi indispensabili per una buona alleanza e risposta terapeutica. Inoltre, per ogni psicoterapeuta è fondamentale aver fatto un proprio percorso di terapia, aver lavorato profondamente sulle proprie esperienze di vita ed inoltre la continua formazione e riflessione su di sé e sul suo operato. In generale, comunque, uno psicoterapeuta può appartenere a diversi "*orientamenti*" terapeutici, tra cui:

- **Terapia psicodinamica:** l'orientamento psicodinamico è un'evoluzione della psicanalisi, che riconosce l'esistenza di un funzionamento mentale "inconscio", ossia non consapevole. È un approccio terapeutico che esplora i conflitti inconsci e le esperienze passate, basandosi sull'idea che questi influenzino i comportamenti e le emozioni attuali. Quindi, una parte fondamentale del lavoro psicoterapeutico sarà orientato a recuperare questi vissuti emozionali, riportandoli alla coscienza, in modo che possano cessare di condizionare la vita del paziente. La terapia psicodinamica è un lavoro intenso e di profondo cambiamento e può avere una durata piuttosto lunga, anche se ciò dipende molto dal caso specifico e soprattutto dagli obiettivi che il paziente concorda col terapeuta.
- **Terapia sistemico-relazionale:** è orientata alla comprensione e alla modificazione delle modalità comportamentali e comunicative disfunzionali che mantengono in vita un determinato problema e/o sintomo. Chi segue un approccio relazionale e sistemico si focalizza sulla componente relazionale del disagio psichico e si confronta con l'ambiente relazionale dove il paziente ha manifestato sofferenza, tentando inutilmente di comunicare con i suoi sintomi, interessandosi del funzionamento complessivo del sistema interpersonale. Il suo particolare approfondimento sulle dinamiche relazionali e comunicative rende questo approccio particolarmente idoneo per problematiche in cui vi è un importante coinvolgimento familiare (anoressia, bulimia, psicosi) e di coppia (conflitti e disturbi della sfera sessuale), intervenendo sulle dinamiche disadattive esistenti.
- **Terapia della Gestalt:** è un approccio terapeutico che si concentra sull'esperienza presente e sulla consapevolezza del qui e ora. Questo tipo di terapia è basato sull'idea che le persone

possano raggiungere una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie emozioni attraverso l'esplorazione delle loro esperienze attuali; perciò, incoraggia i pazienti a prendere coscienza dei propri sentimenti, pensieri e comportamenti nel momento presente. Tra i benefici della terapia gestaltica vi è anche il miglioramento delle relazioni interpersonali, la riduzione dello stress e dell'ansia, l'autorealizzazione personale e un aumento della fiducia in sé stessi.

- **Terapia Analitica:** in questo approccio si utilizza il termine terapia junghiana e si fa riferimento ad una terapia che si fonda sui principi della psicologia analitica, la quale trae origine dal pensiero e dalle opere del medico ed analista Carl Gustav Jung. Il lavoro terapeutico si basa sull'analisi del profondo e viene considerata l'intera dinamica psichica, passata, attuale e, anche, futura, nel senso delle intenzioni e delle tensioni verso la propria "destinazione", il proprio progetto di vita, che tende allo sviluppo dell'Io ed alla sua confluenza nel più vasto Sé.
- **Terapia integrata Gestalt-Analitica:** è l'unione tra i due approcci sopra descritti dove non solo sono al centro il momento presente e la storia antica del paziente ma centrale è anche il corpo, sul quale esperienze passate, traumatiche e no, lasciano segni profondi e visibili sotto forma di posture, tensioni, contratture, dolori. Il corpo comunica e con esso anche processi di immaginazione e creatività. Lavorare passando anche attraverso questi aspetti corporei e psichici contribuisce al raggiungimento di una maggiore consapevolezza di sé ed alla trasformazione della propria esistenza.
- **Psicoanalisi:** è un approccio che nasce da S. Freud e nel tempo ha dato origine a molte altre psicoterapie che via via hanno trasformato l'approccio iniziale. In questo approccio il lavoro può risultare lungo e basato soprattutto sull'ascolto e sulla riflessione; in particolare, si dà voce e forma ai processi inconsci che influenzano il pensiero, i comportamenti e le emozioni.
- **Terapia cognitivo-comportamentale (TCC o CBT):** è un approccio terapeutico basato sull'idea che i pensieri, le emozioni e i comportamenti siano interconnessi e che cambiando i pensieri negativi e disfunzionali si possano influenzare positivamente le emozioni e i comportamenti e sviluppare nuove strategie per affrontare i momenti difficili o stressanti. La CBT è un approccio strutturato e orientato agli obiettivi, che permette di monitorare i progressi e adattare il trattamento alle esigenze dei pazienti. Viene utilizzata per trattare una vasta gamma di problemi, tra cui ansia, depressione, disturbi alimentari, disturbi ossessivo-compulsivi e problemi di coppia.
- La **terapia centrata sulla persona:** si basa sull'idea che ogni individuo possieda un potenziale innato per la crescita e il cambiamento. Gli psicoterapeuti che utilizzano questo approccio lavorano per creare un ambiente terapeutico empatico e non giudicante, in cui i pazienti possono esplorare liberamente i loro sentimenti e sviluppare una maggiore consapevolezza di sé. La terapia centrata sulla persona si concentra sull'ascolto attivo e sull'empatia, permettendo ai pazienti di trovare le proprie soluzioni ai problemi e di sviluppare una maggiore fiducia in se stessi e nelle proprie capacità.
- **Analisi transazionale (AT):** è un approccio che si concentra sull'analisi delle interazioni sociali (le "transazioni") e degli scambi comunicativi tra persone, identificando dinamiche funzionali o disfunzionali, e sulla comprensione degli stati dell'Io. Secondo l'AT la personalità è suddivisa in tre stati principali: Genitore, che include regole, valori e comportamenti

interiorizzati dalle figure di riferimento; Adulto, che rappresenta la parte razionale e oggettiva che elabora informazioni basandosi sulla realtà; Bambino, che comprende emozioni, creatività e comportamenti appresi nell'infanzia. L'AT è un approccio collaborativo, in cui terapeuta e paziente stabiliscono obiettivi chiari e condivisi.

- **Terapia Breve Strategica (TBS):** è un approccio innovativo che si concentra sul "qui e ora" per risolvere rapidamente problemi psicologici. La TBS non si sofferma sulle cause remote del problema, ma agisce direttamente sul comportamento attuale del paziente, mira a ottenere soluzioni efficaci in tempi brevi, affrontando direttamente i sintomi e le dinamiche disfunzionali e richiede che il paziente partecipi attivamente al processo terapeutico, con un forte impegno personale. Tra le tecniche utilizzate vi sono, ad esempio, la Prescrizione del sintomo, in cui il paziente è invitato a continuare intenzionalmente un comportamento problematico per modificarne l'impatto emotivo e mentale.
- **Terapia integrata:** combina diversi approcci terapeutici per adattarsi alle esigenze individuali del paziente, al fine di costruire un metodo di Psicoterapia capace di abbracciare le esigenze della persona in modo più flessibile e completo.

Ovviamente, questi elencati sono solo alcuni degli approcci terapeutici ad oggi conosciuti. Importante è la relazione che ciascun paziente costruisce con il proprio terapeuta, la sensazione di fiducia ed alleanza terapeutica che sono fondamentali in questo percorso e la formazione passata e continua del terapeuta stesso!

- **La Psicoterapia Individuale**

Sigmund Freud, alla fine del XIX secolo, ha introdotto la psicoanalisi, concentrandosi sull'inconscio e sui conflitti interni: questo ha segnato l'inizio della psicoterapia moderna. La psicoanalisi si basava sull'idea che il comportamento umano e le emozioni fossero influenzati da processi mentali inconsci. Freud ha introdotto il concetto di "*inconscio*" come un "serbatoio" di pensieri, ricordi e desideri repressi che, pur non essendo accessibili alla coscienza, influenzano profondamente la vita psichica. Attraverso la tecnica dell'associazione libera il paziente veniva invitato a esprimere liberamente pensieri e emozioni per esplorare l'inconscio.

Dopo Freud, sono emerse diverse scuole di psicoterapia ed ognuna ha portato nuove tecniche e modalità di intervento.

La Psicoterapia individuale è un'esperienza trasformativa che ha lo scopo di favorire quei processi di autoguarigione che sono propri dell'essere umano e che si sono momentaneamente arrestati, facendo emergere una situazione di malessere personale e/o relazionale.

La terapia individuale risulta particolarmente indicata per coloro che si trovano nella fase del ciclo di vita del giovane adulto in fase di svincolo dalla propria famiglia d'origine o per individui adulti che vogliono affrontare una qualche difficoltà legata alla propria esistenza.

Protagonista della terapia è l'individuo, la sua storia, la visione del mondo che porta e il suo sistema emozionale. Nell'approccio individuale il terapeuta si confronta direttamente con il paziente, con il quale crea una relazione significativa e attiva un canale comunicativo privilegiato. I terapeuti individuali curano la relazione con il paziente e cercano di portare a livello della coscienza le componenti attive inconsce della sua organizzazione psicologica. Il sistema terapeutico viene costruito e mantenuto sulla base di un'alleanza terapeutica: si tratta di una relazione di fiducia e di consenso, autentica ed empatica che sostiene il processo di cambiamento individuale. Il terapeuta dovrà rappresentare per il paziente uno "specchio integro", capace di accogliere e rimandare una visione di sé non frammentata, e una "base sicura", che la persona spesso non ha sperimentato in precedenza e dalla quale ha necessità di ripartire.

Il paziente trova in un luogo (la stanza di terapia) e in una persona (il terapeuta) la possibilità di esprimere i propri sentimenti e le proprie emozioni, sentendo che queste verranno accolte, ascoltate e non giudicate.

In questo contesto si lavora sul materiale che emerge all'interno della relazione stessa e diventa rilevante la comunicazione e l'apertura del paziente nella situazione terapeutica, il contenuto del colloquio ma anche la comunicazione non verbale, la reazione alle mosse del terapeuta e così via.

L'obiettivo della psicoterapia individuale è quello di ampliare il bagaglio di risorse e di possibilità del paziente, il suo repertorio di risposte e le modalità di rapporto interpersonale, a partire dalla relazione con il terapeuta, e raggiungere un cambiamento che si concretizza in uno stato di maggiore benessere personale. Questo non è necessariamente inteso come risoluzione totale e definitiva dei problemi portati in terapia, ma come acquisizione e/o attivazione di risorse e strumenti utili ad affrontare problematiche passate, presenti e future.

In definitiva, la psicoterapia in assetto individuale va considerata come una sorta di allenamento per il paziente all'interno di una relazione autentica, in cui si prova l'esperienza di essere accettati e compresi, una sorta di "prova generale" per le sue abilità sociali e per la vita. All'interno della relazione col terapeuta il paziente apprende che l'intimità non è pericolosa, coltivando il desiderio di vivere altri rapporti simili al di fuori della stanza di terapia, correggendo anche le relazioni attuali e applicandovi quanto ha imparato.

- **Tempi, modi e durata della Psicoterapia Individuale**

La Psicoterapia in assetto individuale si caratterizza per la presenza in stanza di terapia di due sole persone, il terapeuta e il paziente, che ha fatto spesso direttamente richiesta di terapia. Terapeuta e paziente, in genere, siedono una di fronte all'altro.

La Psicoterapia individuale di solito prevede colloqui a **cadenza settimanale** della durata di circa **45-55 minuti**, in un giorno e orario stabiliti e coerenti. I colloqui avvengono all'interno di un **“setting clinico”**, che è rappresentato non solo dal luogo fisico (la stanza di terapia) o virtuale (nel caso di terapie che si svolgono online), ma anche dai tempi, dall'onorario e dalle regole che vanno esplicitate e concordate tra il terapeuta e l'individuo all'inizio del percorso.

Durante la prima seduta di terapia individuale, l'obiettivo principale è creare un ambiente di fiducia e iniziare a comprendere la situazione del paziente e la sua domanda di aiuto.

Ecco cosa generalmente accade:

1. **Accoglienza e presentazione:** il terapeuta si presenta e spiega il funzionamento della terapia, anche attraverso il Contratto e Consenso informato. Questo documento garantisce che le informazioni condivise rimangano private e che il paziente sia consapevole delle modalità del percorso, dei tempi, dell'onorario della terapia e delle informazioni sulla tutela della privacy.
2. **Esplorazione della richiesta:** il terapeuta invita il paziente a raccontare cosa lo ha spinto a cercare supporto. Questa fase serve a comprendere le difficoltà, le aspettative e gli obiettivi del paziente.
3. **Raccolta di informazioni:** il terapeuta potrebbe porre domande sulla storia personale, familiare, lavorativa, sulle relazioni significative e sullo stato di salute generale per costruire un quadro completo della situazione.
4. **Creazione di un piano iniziale:** alla fine della seduta, il terapeuta condivide le sue prime impressioni e propone un possibile percorso terapeutico, adattato alle esigenze del paziente. solitamente è necessario effettuare un iniziale numero di incontri per stabilire insieme gli obiettivi terapeutici, un'approssimazione della durata del percorso così come ciò che ci si aspetta di raggiungere a breve, medio e lungo termine.

Durante tutti gli incontri il terapeuta si impegna a creare un ambiente non giudicante, in cui il paziente si senta libero di esprimersi. Nonostante ciò che è stato evidenziato sopra, non è possibile stabilire sempre a priori la durata di una psicoterapia individuale, poiché essa dipenderà dalla situazione clinica, dalla presenza di situazioni specifiche e temporanee o di disturbi più radicati, dall'evoluzione della relazione terapeutica, dagli obiettivi prefissati, dai cambiamenti messi in atto dal paziente e da altre variabili quali anche l'orientamento del terapeuta. A volte, durante il percorso di psicoterapia emergono ricordi o traumi o vissuti nuovi anche per il paziente o accadono situazioni nuove ed improvvise che possono allungare i tempi del percorso di psicoterapia. Importante è che il paziente senta sempre la libertà di scelta e la fiducia ed alleanza tali da condividere col terapeuta emozioni e bisogni step dopo step. Alcuni percorsi a breve termine possono durare da 8 a 20 sedute, mentre nei casi di disturbi più radicati o per un lavoro approfondito la terapia può durare anche anni.

- **Alcuni strumenti e tecniche di psicoterapia individuale**

In psicoterapia, vengono utilizzati diversi strumenti e tecniche per aiutare le persone a superare problemi emotivi, comportamentali e relazionali.

- **Colloqui clinici:** sono fondamentali per la valutazione e la comprensione dei problemi del paziente. Durante i colloqui, il terapeuta esplora i pensieri, le emozioni e i comportamenti del paziente per identificare le aree di intervento, le risorse e le fragilità.
- **Test psicologici e psicodiagnostici:** sono strumenti standardizzati utilizzati per valutare vari aspetti del funzionamento mentale e comportamentale del paziente e per fare diagnosi di psicopatologia. Possono includere questionari, scale di valutazione e test proiettivi, test basati sul disegno.

Tra i questionari e le scale di valutazione più utilizzate:

- **Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)**, utilizzato per valutare la personalità e identificare disturbi psicologici.
- **Big Five Questionnaire (BFQ)**, misura i cinque principali tratti della personalità.
- **Beck Depression Inventory (BDI)**, valuta la gravità della depressione.
- **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**, misura l'ansia come stato temporaneo e come tratto stabile.
- **Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)**, analizza sintomi psicologici e disturbi psichiatrici.

Tra i test proiettivi:

- **Test di Rorschach:** basato sull'interpretazione di macchie d'inchiostro per esplorare la personalità e i conflitti interiori.
- **Test di Appercezione Tematica (TAT)**, richiede di raccontare storie basate su immagini ambigue per analizzare motivazioni e dinamiche emotive.
- **Test del Disegno della Figura Umana**, valuta aspetti della personalità attraverso il disegno di una figura umana.
- **Test dell'Albero**, analizza il disegno di un albero per esplorare aspetti emotivi e psicologici.
- **Test della Famiglia**, studia le relazioni familiari attraverso il disegno.

Tra i test basati sul disegno:

- **Test della Casa**, in cui il disegno di una casa viene interpretato per comprendere il senso di sicurezza e appartenenza.
- **Test del Sole e della Pioggia**, utilizzato per esplorare emozioni e stati d'animo.
- **Test del Paesaggio**, analizza il disegno di un paesaggio per valutare la percezione del mondo esterno e le emozioni.
- **Tecniche di rilassamento:** ad esempio la **respirazione profonda e la meditazione**, sono utilizzate per aiutare i pazienti a gestire lo stress e l'ansia.

- **Tecniche cognitive:** ad esempio la **ristrutturazione cognitiva**, sono utilizzate per aiutare i pazienti a identificare e modificare i pensieri negativi e disfunzionali.
- **Tecniche comportamentali:** ad esempio l'**esposizione graduale** e il **rinforzo positivo**, sono utilizzate per modificare i comportamenti disfunzionali e promuovere comportamenti più adattivi.
- **Tecniche di consapevolezza:** ad esempio la **mindfulness**, sono utilizzate per aiutare i pazienti a sviluppare una maggiore consapevolezza del momento presente e delle proprie emozioni.
- **EMDR:** la tecnica EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è un approccio terapeutico innovativo che punta a ridurre la sofferenza delle persone colpite da eventi traumatici o stressanti. Questa metodologia si basa sulla stimolazione bilaterale dell'attività cerebrale attraverso movimenti oculari o altre forme di stimolazione destra/sinistra, con l'obiettivo di ridurre la carica emotiva negativa dei ricordi legati al trauma o all'evento stressante.
- **Utilizzo dei sogni:** l'utilizzo dei sogni in psicoterapia varia a seconda dell'approccio terapeutico adottato, ma in generale i sogni sono considerati una finestra importante per esplorare l'inconscio, le emozioni e i conflitti interiori. Ad esempio, in Psicoanalisi attraverso l'interpretazione dei sogni, il terapeuta esplora i desideri repressi e i conflitti interiori del paziente, distinguendo tra contenuto manifesto (ciò che appare nel sogno) e contenuto latente (il significato nascosto). Approcci come la Gestalt, invece, considerano i sogni come un'espressione dell'esperienza presente e il paziente è incoraggiato a rivivere il sogno e a esplorarne i significati attraverso tecniche esperienziali.
- **Diario emotivo:** è uno strumento prezioso in psicoterapia, utilizzato per favorire l'esplorazione e la comprensione delle emozioni, per ridurre l'intensità di sentimenti negativi come rabbia o tristezza o per rielaborare eventi traumatici o stressanti. Il diario emotivo consiste nel registrare regolarmente pensieri, emozioni ed esperienze personali in un proprio "diario", che diventa uno spazio sicuro dove il paziente può esprimere liberamente ciò che prova, senza timore di giudizio. Può essere guidato dal terapeuta o utilizzato autonomamente: ad esempio, il terapeuta può proporre esercizi mirati come descrivere un'emozione dominante o scrivere una lettera a sé stessi.
- **Uso dei disegni liberi:** è un metodo efficace per favorire l'espressione emotiva e la comunicazione, soprattutto con bambini e adolescenti. I disegni liberi permettono ai pazienti di esprimere emozioni e pensieri difficili da verbalizzare ed attraverso forme, colori, simboli e dettagli il terapeuta può accedere a contenuti profondi, può avere informazioni preziose sulla personalità, sullo sviluppo cognitivo e sulle dinamiche emotive del paziente. Essendo un approccio non invasivo ed un'attività creativa e spontanea viene usato specialmente con i bambini e gli adolescenti, che spesso trovano più facile esprimersi attraverso il disegno piuttosto che con le parole. Attraverso il disegno, il terapeuta può aiutare il bambino o l'adolescente a elaborare traumi, paure o conflitti interiori in modo creativo e non diretto.

## **“Io e le mie Relazioni”**

### **DIFFICOLTA' NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI**

#### **La base relazionale**

La sfera relazionale rappresenta una delle aree di funzionamento più importanti dell'esistenza individuale. Già Aristotele definì l'uomo un “animale sociale”, in quanto la natura stessa dell'uomo è relazionale. L'uomo è un animale sociale perché ha la capacità e il bisogno di creare e mantenere relazioni con gli altri individui della stessa specie e questa caratteristica gli permette di vivere in comunità, collaborare e comunicare con gli altri membri del suo gruppo.

La prima forma di relazione si instaura già nella fase prenatale, quando la mamma e il bambino stabiliscono una connessione unica psico-emotiva, ancor prima di conoscersi. Successivamente la relazione diadica primaria tra madre e bambino (e tra bambino e i suoi *care-givers* principali), insieme alla relazione genitoriale cui il bambino assiste e sperimenta, costituiranno la base ed il modello per costruire le successive relazioni future nella vita adulta.

Le relazioni interpersonali nel corso del ciclo di vita si dispiegano poi in molte forme: relazioni con i pari, relazioni amicali, relazioni di coppia, relazioni familiari, relazioni sociali e lavorative.

A seconda dell'età e della fase evolutiva dell'individuo un tipo di relazione diventa primaria: ad esempio a partire dalla prima infanzia il bambino sperimenta le prime relazioni con i pari, oltre che con gli adulti di riferimento, attraverso il contesto scolastico, che rappresenta la sua prima “palestra relazionale”. Successivamente, nell'età adolescenziale, la relazione con il gruppo dei pari assume sempre più importanza: in questo tipo di relazione il ragazzo vive esperienze di identificazione e di fusione, impara a tollerare sentimenti di discontinuità, costruisce nuovi modelli e valori e sperimenta il rapporto con l'altro sesso.

In età adulta la dimensione della coppia e della famiglia, insieme alla dimensione lavorativa e sociale più ampia, rappresentano le principali aree in cui sperimentarsi e in cui si instaurano dinamiche relazionali più complesse. Andando avanti nel percorso di vita sono fondamentali le relazioni familiari, amicali e sociali che sostengono le persone sino alla tarda età affinché ci sia un forte senso comunitario e si riduca il senso di solitudine e/o malattia.

#### **L'origine delle difficoltà relazionali**

In ogni tipo di relazione, che è per sua natura mutevole, l'individuo si mette in gioco utilizzando gli strumenti relazionali che man mano acquisisce con lo sviluppo: laddove però ci sia stato ad esempio un modello relazionale disfunzionale all'interno della famiglia. Si può così instaurare uno **schema relazionale disfunzionale** che si ripete ed in cui l'individuo rimane intrappolato, come un processo che si autoalimenta, ed impedisce alla persona di vivere in modo sereno molti tipi di relazione.

Ad esempio, abbiamo detto che attraverso le prime esperienze infantili con le figure significative ogni individuo si misura con differenti modalità relazionali che possono essere caratterizzate dall'amore, dalla protezione e dal supporto ma anche dal controllo, dal biasimo e dalla critica.

Queste modalità utilizzate dagli adulti di riferimento con il bambino costituiscono la base per le sue aspettative future nella relazione con gli altri, cioè si vengono a strutturare delle rappresentazioni di quello che ci si può aspettare da una relazione e, crescendo, la persona sarà portata a relazionarsi con gli altri sulla base di tali aspettative e modelli di comportamento.

Anche laddove, ad esempio, si sia verificato un evento traumatico nella vita di una persona oppure si instauri un disturbo dell'umore o di personalità la capacità relazionale dell'individuo può essere compromessa.

### **Tipi di difficoltà nelle relazioni interpersonali**

Vi sono alcuni segnali che possono fungere da campanello di allarme circa la presenza di problemi relazionali:

- Si prova disagio ad aprirsi emotivamente con l'altro, ad esempio in coppia o in una relazione di amicizia
- Si prova eccessiva paura del giudizio altrui o del confronto con gli altri, ad esempio a scuola o a lavoro
- Si creano spesso situazioni conflittuali con gli altri, accompagnate da reazioni di rabbia e aggressività
- Si riscontra difficoltà a costruire e mantenere nel tempo una relazione
- Si prova disagio nella dimensione dell'intimità e della vicinanza fisica
- Si sperimenta la sensazione di una chiusura progressiva nei confronti degli altri per un profondo senso di inadeguatezza
- Si prova un costante senso di colpa che conduce ad essere eccessivamente disponibili ed accondiscendenti con gli altri, mettendo sempre al primo posto il loro bisogno prima dei propri
- Si prova una diffidenza ingiustificata verso le relazioni o al contrario si tendono a idealizzare le relazioni con la conseguente delusione delle proprie aspettative irrealistiche.

### **Il trattamento delle Difficoltà Interpersonali**

Le relazioni sono per loro natura soggette al cambiamento ed è normale sperimentare delle difficoltà all'interno di uno o più contesti relazionali. Quando però tali difficoltà non sono momentanee e circoscritte ma diventano costanti, allora è necessario fermarsi e chiedere aiuto ad un professionista. L'intervento dello psicologo/psicoterapeuta (ad esempio sistemico-familiare) in questo caso è un

lavoro su sé stessi che può dirigersi in vari modi: ad esempio si andranno ad indagare le dinamiche relazionali familiari ed il tipo di accudimento che abbiamo ricevuto durante l'infanzia, quali strategie relazionali sono state utili in passato ma non lo sono più nella nostra vita attuale, quali sono i nostri punti di forza e debolezza nelle relazioni, se ci sono dei disturbi psicologici di base che influenzano la capacità relazionale ecc.

Lo scopo principale è rendere consapevole il paziente dei propri meccanismi, accogliere ed elaborare la sua storia familiare ed imparare a costruire delle modalità relazionali più efficaci per vivere meglio.

## CRISI E CONFLITTI DI COPPIA

### ○ La formazione della coppia

La formazione della coppia dà l'avvio al ciclo di vita della famiglia. La coppia è un sistema aperto, diverso dalla somma delle caratteristiche di ciascun individuo, in quanto non abbiamo la semplice unione di due individui, ma l'incontro di due storie.

La coppia, dunque, è costituita da tre parti: **Io, Tu e Noi**. Nello specifico abbiamo un partner con le sue aspettative e il suo modello di coppia e l'altro partner con le sue aspettative e il suo modello di coppia.

*“Il sistema coppia è un animale a quattro zampe. Le quattro zampe sono: lui, lei, il modello di coppia che ha lui e le sue aspettative, il modello e le aspettative di lei. L'organizzazione di questi quattro elementi costituisce una coppia. Come un aereo, che è fatto di una carlinga, un carrello di atterraggio, un motore, delle eliche, delle ali, etc.: nessuna di queste parti è in grado di volare, ma tutte insieme, organizzate in un certo modo hanno questa qualità. La coppia è diversa dalla somma delle caratteristiche dei singoli che la compongono. Riteniamo che una diade possa considerarsi coppia, a prescindere dal sesso e dallo stato giuridico, quando i due individui condividono i tre aspetti, i tre sottosistemi che caratterizzano la coppia: quello sessuale, quello emotivo, quello sociale.”*  
(Cancrini M.G., Harrison L., *Potere in amore*, 1986:23)

Il processo di formazione della coppia inizia nel momento in cui due persone si scelgono e si innamorano e si concretizza con la costituzione di **una specifica identità e di uno spazio psichico sopra-individuale**.

La **scelta del partner** è strettamente interconnessa con la storia personale e familiare di ciascun individuo, in quanto il partner viene di solito scelto per somiglianza (scelta complementare) o differenza (scelta per contrasto) con il genitore di sesso opposto.

L'**innamoramento** è il processo che consente la formazione della coppia ed è caratterizzato prevalentemente da meccanismi di idealizzazione totale di sé e dell'altro. La sessualità gioca un ruolo fondamentale perché permette alla coppia di accedere ad un alto livello di intimità e fusionalità.

Ci innamoriamo sempre, insomma, dell'immagine che l'altro ci rimanda di noi e dell'immagine che a lui rimandiamo. Da questo incrocio di immagini scaturisce quella che chiamiamo **relazione**.

I partner in questa fase sottoscrivono un **“primo contratto”**, che assomiglia ad un iceberg: la parte emersa e visibile è costituita da norme ed accordi espliciti e consapevoli; la parte sommersa e non

visibile è costituita da vincoli non consapevoli di natura affettivo-emotiva, per cui ciascun partner si aspetta che l'altro appaghi tutte le sue aspettative e bisogni e convalidi un'immagine di sé.

La parte sommersa del contratto si basa su una forte idealizzazione di sé stessi, dell'altro e della relazione e sull'illusione che il partner soddisferà tutti i propri bisogni e desideri e ci farà sentire al centro del mondo.

Proprio l'idealizzazione su cui è centrato il primo contratto può diventare un elemento critico nella coppia, nel momento in cui i normali elementi di delusione non riescono ad essere accettati ed elaborati.

Per la coppia sana sarà possibile un processo di rinegoziazione dell'accordo iniziale: si deve imparare ad accettare l'altro nella sua realtà, come un individuo con caratteristiche e bisogni propri (**secondo contratto funzionale**). Si passa dall'illusione alla **disillusione**.

La possibilità, per una coppia, di raggiungere la fase della disillusione si basa anche sulla qualità dei vissuti infantili di ciascun partner e sul modo in cui è avvenuto lo svincolo dalla propria famiglia d'origine.

#### ○ **Coppia e stili di attaccamento**

La relazione di coppia mette in gioco le dinamiche relazionali vissute nel **legame d'attaccamento** con le figure significative del passato.

La sicurezza o l'insicurezza dello stile di attaccamento che un individuo ha sperimentato dalle proprie esperienze infantili viene considerata come una sorta di "imprinting" che influenza profondamente le dinamiche di una coppia, poiché determina come ciascun partner si relaziona emotivamente, comunica bisogni e affronta le difficoltà nella relazione.

##### 1. **Attaccamento sicuro:**

- Chi ha uno stile di attaccamento sicuro tende a sentirsi a proprio agio con l'intimità e la vicinanza.
- È più probabile che comunichi in modo chiaro e costruttivo, gestisca i conflitti in modo efficace e sia capace di dare e ricevere supporto emotivo.

##### 2. **Attaccamento ansioso:**

- Una persona con questo stile tende a preoccuparsi di essere abbandonata o non amata.
- Può essere più dipendente dal partner, cercare costantemente rassicurazioni e sentirsi insicura anche in relazioni stabili.

##### 3. **Attaccamento evitante:**

- Questo stile è caratterizzato dalla difficoltà a creare connessioni emotive profonde, preferendo una maggiore indipendenza.
- Un partner evitante potrebbe sembrare distante, respingere l'intimità o evitare conflitti, creando talvolta frustrazione nel partner.

##### 4. **Attaccamento disorganizzato:**

- Chi ha questo stile vive una combinazione di ansia e evitamento, spesso legata a esperienze traumatiche.
- Può manifestare comportamenti contraddittori, alternando ricerca di vicinanza a un

rifiuto del legame, rendendo la relazione emotivamente complessa.

**Le coppie in cui i partner hanno stili di attaccamento compatibili (es. entrambi sicuri) tendono a essere più stabili e soddisfacenti.** Tuttavia, anche quando gli stili sono diversi, **è possibile lavorare su una maggiore consapevolezza e comunicazione** per migliorare la relazione.

#### ○ **La crisi di coppia**

La coppia, come abbiamo visto, richiede un dinamico e delicato lavoro di costruzione, mediazione e traduzione dei desideri e bisogni, delle storie personali e familiari, di norme e valori, in una continua ricerca dell'equilibrio. Nella possibilità o impossibilità di rinnovare il "primo contratto" possiamo individuare la differenza tra la coppia che ha risorse per superare la crisi e la coppia che non ne ha.

Le coppie che non riescono in questo processo **si cristallizzano ed irrigidiscono sulle premesse iniziali**: invece che tentare di rinegoziare il contratto iniziale e dare vita ad un secondo contratto più maturo tenteranno di modificare il partner, nel tentativo di fargli incarnare a tutti i costi il partner ideale a scapito di quello reale. Potranno esserci anche rivendicazioni rispetto ai "patti" non mantenuti. In questi casi si instaura un conflitto distruttivo o sintomi psichici di diversa entità e si costituisce un "**secondo contratto disfunzionale**".

Di fronte alla crisi la coppia che non riesce ad affrontare la disillusione in modo evolutivo può intraprendere percorsi differenti:

- **L'elusione della crisi**, cioè la coppia mette in atto modalità per evitare di riconoscere la delusione e fugge nell'idillio. La crisi di coppia è "invisibile", anche se le angosce sono profonde. L'evitamento del conflitto può lasciare questioni irrisolte e provocare sentimenti di risentimento e rabbia nella relazione.
- **L'ingresso nel circuito della delusione.** Ciò corrisponde all'instaurarsi del conflitto di coppia stabile di diversa gravità, spostato spesso su oggetti esterni (il lavoro, le vacanze, gli amici...), con la presenza o meno di sintomi quali emicranie, tachicardie, fobie.

#### ○ **I conflitti di coppia**

Per conflitto di coppia si intende un disaccordo o delle tensioni tra i partner, che possono condurre a interazioni disfunzionali ed escalation negative che impediscono a ciascun membro di assumere il punto di vista dell'altro e che generano intensi vissuti negativi. Affrontare apertamente il conflitto non migliora la situazione a prescindere, poiché la qualità della relazione di coppia dipende dalla modalità di gestione del conflitto e non dal conflitto in sé.

Possiamo distinguere due stili conflittuali:

- Nello **stile conflittuale costruttivo** c'è la presenza di ascolto, impegno, negoziazione. I coniugi sono in grado di giungere ad una riconciliazione emotiva che li rassicura e conferma la positività del loro legame, portando spesso ad un miglioramento della qualità della relazione di coppia.

- Nello **stile conflittuale distruttivo** si instaurano meccanismi disfunzionali basati ad esempio sulla coercizione, la manipolazione, il dominio, la violenza e l'attacco. Queste modalità sono associate ad un'amplificazione del conflitto, producendo un alto tasso di insoddisfazione coniugale.
- Vi è poi **l'evitamento del conflitto**, che può lasciare questioni irrisolte e provocare sentimenti di rabbia e risentimento, soprattutto se praticato ai suoi estremi.

### **La gestione dei conflitti di coppia**

Il conflitto fa parte anche di una relazione di coppia soddisfacente e "sana" ma, come abbiamo visto, molto dipende dal modo in cui i partner gestiscono il conflitto e dalle risorse che mettono in atto. Il conflitto di coppia può avere una funzione adattiva qualora favorisca il confronto tra i partner, la comunicazione e la ridefinizione di nuovi ruoli. Quando una coppia si crea non ci sono solamente "due semplici partners che si innamorano o scelgono" ma, al contrario, ci sono partners per un pezzo consapevoli e per gran parte inconsapevoli su sé stessi, sui reali bisogni alla base di quell'incontro, sull'idealizzazione reciproca e sulle aspettative di ciascuno. Spesso, dopo una prima fase iniziale, possono iniziare a farsi strada le prime tracce del processo di disillusione che via via può condurre alla crisi della coppia. Più la coppia è integra, stabile e matura tanto più si può riuscire a sentire tutto ciò ed a trasformare in modo sano e profondo questi vissuti. Chiedere aiuto può essere spesso non solo vitale e fondamentale ma anche un salvavita per la coppia e per tutto ciò che questa ha costruito nel suo ciclo di vita. Vi sono alcune abilità che aiutano la coppia nella gestione funzionale di un conflitto:

- Iniziare la comunicazione descrivendo un proprio sentimento invece che un tratto negativo dell'altra persona e sostituendo le recriminazioni con la personalizzazione. In questo modo, quando uno dei due spiega in prima persona come si sente davanti a una determinata situazione, il partner riuscirà a capire e a provare empatia. Ad esempio, "Sei un egoista quando fai questa cosa" si può sostituire con "Io mi sento triste quando fai questa cosa".
- Dare spazio alle proposte del partner quando si è alla ricerca di un compromesso e lasciarsi influenzare dall'altro.
- Essere in grado di disinnescare una lite quando si sta andando oltre.
- Mettere in atto strategie di auto rilassamento prima che la naturale risposta di attivazione fisiologica faccia scivolare la discussione verso il caos. Le coppie particolarmente abili decidono di interrompere la conversazione per riuscire a calmarsi.
- La capacità di elaborare un conflitto e riparare. I partner ritornano sull'accaduto, parlandone e cercando di comprenderlo, prestando ascolto ai sentimenti e ai punti di vista dell'altro e assumendosi le reciproche responsabilità.

### **Il trattamento dei conflitti di coppia**

Spesso, al momento della richiesta di terapia, i vincoli rigidi costitutivi del "primo contratto" sono del tutto o parzialmente inconsapevoli anche se di essi è presente il riflesso nella profonda delusione e nei sentimenti di incomprensione reciproca.

Attraverso un percorso di psicoterapia di coppia si ricercano le radici del disagio lavorando in modo non giudicante sulle esperienze emotivo-affettive di ognuno nella propria famiglia di origine, sulla storia della coppia a partire dal perché ci si è scelti come partner sino al momento di crisi che si sta vivendo e sul suo significato. Si cerca inoltre di favorire e migliorare la comunicazione e i partner vengono aiutati a trovare delle nuove narrazioni possibili e più utili per il loro benessere. Nel processo di ri-narrazione il terapeuta facilita l'uscita della coppia dalla rigidità emotiva e comunicativa (circuito della delusione), attraverso l'esperienza di una nuova lettura della realtà che può portare alla strutturazione di un nuovo contratto funzionale della coppia.

## **LA VIOLENZA NELLA COPPIA**

La violenza nella coppia è una forma di abuso relazionale che si manifesta quando uno dei partner esercita potere e controllo sull'altro, spesso attraverso comportamenti aggressivi, manipolatori o coercitivi. Non si tratta di un semplice conflitto, ma di una dinamica patologica che trasforma la relazione affettiva in un luogo di sopraffazione, paura e dipendenza.

In genere, la violenza si sviluppa all'interno di un legame che inizialmente può apparire normale o persino idealizzato. Col tempo, però, si instaura un ciclo di abuso in cui l'aggressore — spesso l'uomo — alterna momenti di tensione, esplosione violenta, pentimento e riavvicinamento. Questo schema, noto come "ciclo della violenza" (Walker, 1979), contribuisce a confondere la vittima, che può arrivare a giustificare l'aggressore, minimizzare l'accaduto o sentirsi responsabile.

La donna vittima, in questo contesto, può sviluppare una profonda dipendenza affettiva e psicologica. La sua autostima viene progressivamente erosa, la percezione di sé distorta, e il senso di realtà alterato. Spesso si attivano meccanismi di adattamento traumatico, come la dissociazione, la negazione, o la razionalizzazione del dolore. La violenza psicologica — fatta di umiliazioni, isolamento, controllo economico, minacce — può essere tanto devastante quanto quella fisica, se non di più, perché agisce in modo subdolo e continuativo.

L'aggressore, dal canto suo, può presentare tratti di personalità narcisistica, antisociale o borderline, ma non sempre è portatore di una diagnosi clinica. Spesso ha vissuto esperienze infantili di trascuratezza, violenza o modelli relazionali disfunzionali. La sua difficoltà a gestire la frustrazione, la gelosia e il senso di impotenza si traduce in comportamenti di dominio e svalutazione dell'altro.

Affrontare la violenza di coppia richiede un intervento multidimensionale. La psicoterapia individuale per la vittima è fondamentale per ricostruire la propria identità, elaborare il trauma e riappropriarsi del diritto alla sicurezza e alla libertà. I gruppi di sostegno, le reti territoriali e i centri antiviolenza offrono spazi protetti dove la donna può essere ascoltata, creduta e accompagnata nel percorso di uscita. Quando possibile, anche l'aggressore può essere coinvolto in percorsi terapeutici specifici, volti a decostruire le dinamiche di potere e a promuovere una maggiore consapevolezza emotiva e relazionale.

La violenza nella coppia non è mai giustificabile. È un fenomeno che riguarda la salute mentale, la giustizia sociale e la cultura delle relazioni. Superarla significa non solo interrompere l'abuso, ma trasformare il dolore in consapevolezza, la paura in forza, e la relazione in possibilità di cura.

## LA PSICOTERAPIA DI COPPIA

La psicoterapia di coppia ha origine nella seconda metà del XX secolo, sviluppandosi inizialmente in Inghilterra. È stata influenzata dalla tradizione clinica della "scuola britannica", che ha introdotto i principi delle relazioni oggettuali, un approccio che ha trasformato il paradigma clinico tradizionale.

Le basi teoriche della psicoterapia di coppia includono:

1. **Relazioni oggettuali:** questo approccio, sviluppato da autori come Melanie Klein e Donald Winnicott, si concentra sull'importanza delle relazioni primarie, come quella madre-bambino, e sul loro impatto sulle relazioni adulte.
2. **Psicoanalisi classica e moderna:** la teoria pulsionale di Freud ha influenzato le prime riflessioni, ma successivamente si è passati a una visione più relazionale, come quella proposta da Fairbairn, che vede l'essere umano alla ricerca di connessioni significative piuttosto che del semplice piacere.
3. **Terapia cognitivo-comportamentale:** negli anni '80, i principi della CBT sono stati adattati alle relazioni di coppia, portando a tecniche come *l'Acceptance and Commitment Therapy* e la Terapia Comportamentale Integrata di Coppia.

Questi approcci hanno contribuito a creare un quadro teorico ricco e diversificato, che continua a evolversi per rispondere alle esigenze delle coppie moderne.

Il terapeuta di coppia agisce come una figura imparziale, non giudicante, il cui obiettivo principale è quello di creare un ambiente in cui i partner possano riflettere sulle proprie dinamiche, esplorare le cause profonde dei conflitti e trovare insieme possibili soluzioni. L'approccio neutrale è essenziale per permettere ai membri della coppia di sentirsi al sicuro e ascoltati, senza il timore che ci sia un "favoritismo". Inoltre, questa neutralità consente al terapeuta di favorire un'apertura reciproca, aiutando i partner a vedere la relazione con una prospettiva più ampia e ad accogliere i bisogni e i punti di vista dell'altro.

La terapia di coppia è un percorso strutturato che inizia con **un'analisi delle motivazioni e delle aspettative** dei partner. In questa fase iniziale, il terapeuta raccoglie informazioni sulle cause che hanno portato la coppia a cercare aiuto, valutando i tentativi già effettuati per risolvere i conflitti e approfondendo la comprensione reciproca. Questo processo permette di definire un **quadro diagnostico** e di stabilire un **contratto terapeutico** chiaro e condiviso.

L'obiettivo del contratto è creare strategie relazionali efficaci che favoriscano un nuovo equilibrio nella coppia. Durante le sedute, il terapeuta guida i partner nell'esplorazione delle proprie

dinamiche attraverso un confronto aperto e rispettoso. Questo approccio triadico consente di analizzare il significato del disagio e di interrompere le dinamiche ripetitive e disfunzionali.

Passo dopo passo, la terapia supporta la coppia nel costruire modalità di relazione più sane e nel raggiungere una comprensione più profonda di sé e del rapporto. Attraverso questo processo, i partner possono decidere consapevolmente se continuare a vivere la loro relazione oppure intraprendere percorsi separati in maniera serena e rispettosa.

- **Crisi della coppia**

La relazione di coppia resta imprevedibile, poiché la sua identità poggia su quattro fondamenta: “lui, lei, il modello di coppia che ha lui e le sue aspettative, il modello di coppia che ha lei e le sue aspettative” (Cancrini, Harrison, 1986).

Questo intreccio porta ad un “gioco relazionale” che coinvolge l’area sessuale, emotiva e sociale: la coppia entra in crisi quando una di queste aree risulta carente. Le problematiche insorgono quando non si riesce ad integrare l’identità personale con l’essere coppia: con il tempo emergono esigenze personali con conseguenti contrasti, che assumono la forma di un braccio di ferro e portano ad una disconferma dell’immagine di sé, oppure sfociano in una *escalation simmetrica*, in cui aumenta l’aggressività e la distanza tra i partner.

La coppia, infatti, è una sintesi tra bisogni di appartenenza e bisogni individuali: nella relazione ognuno tende ad oscillare fra la dipendenza e l’autonomia.

In ogni coppia, inoltre, si struttura all’inizio un **primo contratto** e una fase iniziale basata sull’**illusione**, che nel tempo andrà incontro ad una rinegoziazione per dare vita ad un **secondo contratto**, che può configurarsi in modi differenti, fondando la sua riuscita sulla disillusione, cioè l’accettazione e integrazione delle parti buone e cattive dell’altro, fino alla formazione di un giudizio realistico sul partner.

In alcuni casi la crisi di coppia non appare, è invisibile e la coppia nega l’esistenza di una crisi, la elude: le angosce sono profonde ma è impossibile esprimerle ed elaborarle. In genere in questi casi le emozioni e le tensioni ruotano attorno al sintomo di uno dei due partner e sembrano riguardare solo questo, come se in assenza tutto sarebbe perfetto. In questo caso la psicoterapia di coppia dovrà incoraggiare l’esternazione delle emozioni e aiutare la coppia ad accedere alla propria crisi. Se questo non accade la coppia trova un **pseudoaccordo** o si instaura uno **stallo di coppia**.

In un secondo caso la coppia entra nel **circuito della delusione**, che induce una crisi dominata dal tentativo di ripristinare gli elementi illusori del primo contratto. Se questo non accade si alimenta la delusione e se ne stabilizza il circuito o si crea un **secondo contratto disfunzionale**.

Se invece si produce la **disillusione**, segue un progressivo processo evolutivo di accettazione della realtà propria e dell'altro e la coppia può riuscire a superare la crisi creando un secondo contratto funzionale.

Nella terapia di coppia, quindi, si punta alla ricostruzione positiva dell'immagine di sé dei due partner, alla ricerca di un giusto equilibrio tra tendenza all'unione e processo di individuazione e si aiuta la coppia nel passaggio dall'illusione alla disillusione.

- **Separazione della coppia**

Un aspetto spesso trascurato della psicoterapia di coppia è il supporto nel processo di separazione. La terapia non deve essere vista esclusivamente come un tentativo di "salvare" la relazione, ma piuttosto come uno spazio sicuro per affrontare le decisioni difficili in modo consapevole e rispettoso.

La separazione è un momento complesso e doloroso nella vita di una coppia, ma la terapia di coppia può offrire un aiuto concreto e nuove prospettive. Questo percorso consente di affrontare la rottura in maniera consapevole, analizzando le dinamiche che hanno portato alla crisi, esplorando i sentimenti di entrambi i partner e individuando modalità rispettose per separarsi.

La terapia aiuta a gestire il dolore emotivo, ad elaborare le esperienze vissute e a costruire una base solida per un nuovo capitolo di vita. Rinascere come individui dopo la fine di una relazione amorosa diventa possibile grazie al supporto terapeutico, che offre un percorso mirato per comprendere le cause della separazione, elaborare il dolore e riconoscere le proprie emozioni. Questo lavoro aiuta a guarire le ferite, a trarre insegnamenti preziosi e a costruire relazioni future più sane e appaganti.

La "terapia di coppia per lasciarsi" può rappresentare un'opportunità per elaborare il dolore della separazione, affrontare le emozioni complesse e stabilire una comunicazione aperta. Questo è particolarmente importante se ci sono figli coinvolti o altre dinamiche che richiedono cooperazione futura.

Il terapeuta guida i partner nell'esplorazione delle cause della separazione e offre strumenti per concludere il rapporto in modo equilibrato, riducendo risentimenti e conflitti futuri e aiutando entrambi a trovare una chiusura sana e a costruire nuove basi per il futuro. Attraverso il confronto guidato dal terapeuta, i partner possono trovare un terreno comune, anche se il legame si interrompe, favorendo una comunicazione empatica e la reciproca comprensione.

- **Riparazione della coppia**

La riparazione diventa un obiettivo della psicoterapia di coppia quando i partner desiderano superare conflitti, incomprensioni o ferite emotive per ristabilire una connessione più profonda e

soddisfacente e risolvere le difficoltà relazionali. Questo processo è particolarmente utile in situazioni di crisi, come tradimenti, difficoltà di comunicazione o momenti di distacco emotivo.

Essa avviene attraverso:

1. **Identificazione delle problematiche:** il terapeuta aiuta la coppia a esplorare le dinamiche che hanno portato alla crisi, analizzando i comportamenti, le emozioni e le aspettative di ciascun partner.
2. **Creazione di uno spazio sicuro:** durante le sedute, il terapeuta favorisce un ambiente neutrale e non giudicante, dove entrambi i partner possono esprimersi liberamente e sentirsi ascoltati.
3. **Ristrutturazione della comunicazione:** vengono introdotte tecniche per migliorare il dialogo, ridurre i conflitti e favorire una comprensione reciproca.
4. **Riconnessione emotiva:** attraverso esercizi mirati, i partner lavorano per ricostruire la fiducia e rafforzare il legame emotivo.
5. **Lavoro sull'attaccamento:** la terapia si focalizza sul miglioramento dell'attaccamento e del legame tra i partner.
6. **Sviluppo di nuove strategie relazionali:** il terapeuta guida la coppia nell'acquisizione di strumenti per affrontare le sfide future in modo più efficace e collaborativo, per affrontare conflitti, incomprensioni e difficoltà nella comunicazione, aiutando i partner a costruire una nuova storia relazionale basata su equilibrio e serenità.

- **Tempi, modi e durata della Psicoterapia di Coppia**

La Psicoterapia di coppia si caratterizza per la presenza in stanza di terapia del terapeuta e della coppia. Terapeuta e membri della coppia, in genere, siedono una di fronte agli altri.

La Psicoterapia di coppia di solito prevede colloqui a cadenza quindicinale, ma anche settimanale a seconda dei casi. Le sedute sono fissate in un giorno e orario che rimangono perlopiù stabili, hanno una durata compresa tra 60 minuti e 90 minuti e avvengono all'interno di un "setting clinico", che è rappresentato non solo dal luogo fisico (la stanza di terapia) o virtuale (nel caso di terapie che si svolgono online), ma anche dai tempi, dall'onorario e dalle regole che vanno esplicitate e concordate tra il terapeuta e la coppia, all'inizio del percorso, attraverso la presentazione del Contratto e Consenso Informato. Questo documento garantisce che le informazioni condivise rimangano private e che i pazienti siano consapevoli delle modalità del percorso, dei tempi, dell'onorario della terapia e delle informazioni sulla tutela della privacy.

La durata totale del percorso di psicoterapia di coppia dipende dalla complessità delle dinamiche. Alcuni percorsi possono concludersi in 8-10 sedute, mentre altri possono richiedere più tempo, specialmente se i problemi sono radicati.

Una seduta di psicoterapia di coppia si sviluppa in diverse fasi, adattandosi alle esigenze specifiche della coppia.

1. **Introduzione e accoglienza:** il terapeuta crea un ambiente sicuro e accogliente, dove entrambi i partner possono esprimersi liberamente. Si inizia con una breve introduzione per stabilire il contesto e gli obiettivi della terapia.
2. **Esplorazione dei problemi:** la coppia viene guidata nell'esplorazione delle difficoltà che sta affrontando, come conflitti, incomprensioni o insoddisfazioni. Il terapeuta ascolta attivamente e pone domande per comprendere meglio le dinamiche relazionali.
3. **Creazione di uno spazio di ascolto:** il terapeuta facilita il dialogo tra i partner, incoraggiandoli a condividere emozioni, bisogni e aspettative. Questo aiuta a migliorare la comunicazione e a ridurre le tensioni.
4. **Interventi terapeutici:** a seconda delle problematiche, il terapeuta utilizza tecniche specifiche per aiutare la coppia a ristrutturare emozioni, risolvere conflitti e sviluppare nuove modalità di interazione.
5. **Conclusione e riflessione:** le sedute si concludono con una sintesi dei progressi fatti e con la definizione di eventuali compiti o obiettivi per il futuro.

- **Alcuni strumenti e tecniche di psicoterapia di coppia**

Un metodo di lavoro con la coppia è quello di procedere per alcune iniziali sedute in assetto di **separazione funzionale**: una o più sedute centrate su un singolo membro della coppia come se si fosse in terapia individuale, ma alla presenza del partner, a cui si chiederà di rimanere in una condizione di ascolto attivo e partecipato, seguendo con attenzione quello che racconta il partner mentre parla col terapeuta. In questa fase si indaga con ciascun partner, uno alla volta, sui temi e i miti della propria famiglia d'origine, sulla sua posizione all'interno del triangolo genitoriale, sui diversi passaggi del suo ciclo vitale e della sua famiglia prima della coppia/matrimonio.

Si crea quindi una **mappa relazionale** con le posizioni nel contesto trigerazionale e gli stili relazionali delle famiglie d'origine e in seguito una mappa diadica interattiva, identificando le sequenze disfunzionali con i meccanismi difensivi e le emozioni primarie in gioco e segnalando gli obiettivi terapeutici di ciascuno. Tale modo di procedere favorisce la differenziazione dalla famiglia d'origine dei due partner e la realizzazione degli obiettivi esistenziali dei pazienti, con una ricaduta positiva nel ripristinare la dimensione solidale all'interno della coppia.

Il terapeuta lavorerà anche sulla **struttura** e la **funzione** della coppia: la struttura si basa sull'affetto e sull'accettazione dell'altro per quello che egli è come persona (si ricerca *il bene dell'altro*), la funzione è invece lo stare nella relazione con l'altro per quello che l'altro determina in me (si ricerca *il bene dall'altro*). Se la funzione che assolve il partner non è più necessaria o non ha più motivo di esistere, la struttura della coppia dovrà essere abbastanza forte affinché la coppia regga. Nella relazione.

Il terapeuta, costantemente fuori dal ruolo di giudice o arbitro verso cui la coppia lo spinge, dovrà saper usare meno sé stesso rispetto alla terapia individuale e utilizzare più strumenti per far lavorare la coppia intorno alla propria relazione. Un esempio sono le **consegne** e **prescrizioni** da realizzare in stanza di terapia o fuori dalla stanza nel tempo che separa dal successivo incontro.

Un modello particolare che viene utilizzato in terapia sistemica nel lavoro con le coppie è il **modello integrato dei contratti**, un approccio terapeutico che si concentra sulle dinamiche relazionali della coppia, integrando aspetti intrapsichici e interpersonali per favorire la crescita individuale e la maturazione del rapporto. Il processo terapeutico, in quest'ottica, mira all'individuazione e allo sviluppo delle risorse personali, per favorire la costruzione di un **nuovo contratto funzionale** di coppia, che non escluda tra le possibilità quella di una reale separazione.

In ogni coppia, inoltre, si struttura all'inizio un **primo contratto** e una fase iniziale basata sull'**illusione**, che nel tempo andrà incontro ad una rinegoziazione per dare vita ad un **secondo contratto**, che può configurarsi in modi differenti, fondando la sua riuscita sulla **disillusione**, cioè l'accettazione e integrazione delle parti buone e cattive dell'altro, fino alla formazione di un giudizio realistico sul partner.

In alcuni casi la crisi di coppia non appare, è invisibile e la coppia nega l'esistenza di una crisi, la elude: le angosce sono profonde ma è impossibile esprimerle ed elaborarle. In genere in questi casi le emozioni e le tensioni ruotano attorno al sintomo di uno dei due partner e sembrano riguardare solo questo, come se in assenza tutto sarebbe perfetto. In questo caso la psicoterapia di coppia dovrà incoraggiare l'esternazione delle emozioni e aiutare la coppia ad accedere alla propria crisi. Se questo non accade la coppia trova uno pseudoaccordo o si instaura uno **stallo di coppia**.

In un secondo caso la coppia entra nel **circuito della delusione**, che induce una crisi dominata dal tentativo di ripristinare gli elementi illusori del primo contratto. Se questo non accade si alimenta la delusione e se ne stabilizza il circuito o si crea un **secondo contratto disfunzionale**.

Se invece si produce la **disillusione**, segue un progressivo processo evolutivo di accettazione della realtà propria e dell'altro e la coppia può riuscire a superare la crisi creando un secondo contratto funzionale.

Il processo terapeutico si articola in 6 fasi:

1. Indebolire la rigida coerenza narrativa (caratteristica del *circuito della delusione*), che la soluzione del proprio problema dipenda dal cambiamento dei comportamenti dell'altro.
2. Sviluppare con i partner singolarmente una rinarrazione della storia personale, restituendo ad ognuno una *trama evolutiva*.
3. Costruire con ognuno dei partner un ponte tra passato e presente in grado di contenere la trama individuale con il primo *contratto di coppia*, quello che la coppia stabilisce all'inizio della relazione.

4. Connettere la trama individuale con il circuito della delusione e il *secondo contratto disfunzionale*.
5. Esplorare con la coppia la funzione difensiva del secondo contratto disfunzionale, al cui interno tutte le soluzioni tentate sono condizionate dall'angoscia di essere troppo fusi o troppo lontani dal partner.
6. Definire una rinarrazione individuale e di coppia che contenga nuovi significati, attivi risorse e porti alla ristrutturazione di un *nuovo contratto funzionale*.

## TERAPIA SESSUOLOGICA DI COPPIA

L'interesse clinico nel campo della sessualità, negli ultimi anni, si è concentrato più sulla dimensione della soddisfazione che su quella tradizionale della prestazione, considerando come fondamentali gli aspetti qualitativi del vissuto personale e di coppia.

Fino alla fine degli anni '60, le difficoltà sessuali venivano prevalentemente affrontate all'interno della cornice psicoanalitica, per la quale i sintomi sessuali erano causati da conflitti intrapsichici inconsci ed irrisolti risalenti all'infanzia (ad esempio un attaccamento problematico alle figure genitoriali). La terapia dei disturbi sessuali era perciò focalizzata non sul trattamento del sintomo, ma sullo "svelamento" e la risoluzione matura di tali conflitti.

Masters e Johnson nel 1970 proposero il primo trattamento "breve" per le disfunzioni sessuali, segnando di fatto la nascita della terapia sessuale e rivoluzionando il campo della sessuologia clinica. Il trattamento era intensivo, limitato nel tempo e focalizzato sul sintomo e prevedeva la prescrizione di mansioni comportamentali per la coppia e un training di comunicazione per la coppia allo scopo di ridurre l'ansia da prestazione e migliorare la propria risposta sessuale.

Helen Kaplan introdusse, invece, nella seconda metà degli anni '70, il primo approccio integrato ai problemi sessuali. La sua versione di terapia sessuale nasceva da una combinazione di diversi approcci psicoterapeutici (psicodinamico, CBT e sistemico-relazionale) e l'utilizzo ad hoc della farmacoterapia. La prospettiva sistemica spostò il focus della terapia sessuale dall'individuo alla relazione, concentrandosi sulle dinamiche della coppia e interpretando i sintomi sessuali come difficoltà principalmente relazionali. approccio integrato ai problemi sessuali.

Ad oggi viene utilizzato come riferimento per la terapia psico-sessuale il Modello Bio-Psico-Sociale, secondo il quale l'origine e le conseguenze di tutte le disfunzioni sessuali comportano una qualche combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali e il trattamento dovrà tener conto di tutte le variabili coinvolte. Per l'efficacia della terapia è indispensabile l'essere centrati sul paziente, cioè, disegnare un trattamento adeguato e personalizzato sulle necessità dell'individuo.

La terapia sessuale integrata predilige il lavoro con la coppia, dimostrando che, rispetto ad un trattamento psicologico basato solo sulla risoluzione del sintomo, un trattamento che consideri anche gli aspetti relazionali ha più possibilità di rivelarsi efficace anche a lungo termine. Tuttavia, le terapie sessuali integrate possono essere portate avanti con successo anche con un paziente

singolo, lavorando sul suo stile relazionale, o quando il partner di una coppia non è disponibile al trattamento.

Secondo l'approccio integrato sin dalla diagnosi è necessaria la presenza del medico e dello psico-sessuologo, entrambi con training specialistico in sessuologia clinica, per valutare sia gli aspetti somatici che quelli psichici nella genesi dei disturbi sessuali. Inoltre, sulla base dell'assunto che è necessario individuare il tipo di intervento che più si adatta alle esigenze del singolo individuo, la terapia psico-sessuale integrata si avvale di diversi strumenti clinici: consulenza, psicoterapia di diverso orientamento (cognitivo comportamentale, sistemico relazionale, psicodinamica), mansioni, tecniche di rilassamento, farmacologia.

- **Tempi, modi e durata della terapia sessuologica di coppia**

La terapia psicosessuale di coppia si caratterizza per la presenza in stanza di terapia del terapeuta e della coppia. Terapeuta e membri della coppia, in genere, siedono uno di fronte agli altri.

La terapia sessuologica di coppia di solito prevede colloqui a cadenza quindicinale, ma anche settimanale a seconda dei casi. Le sedute sono fissate in un giorno e orario che rimangono perlopiù stabili, hanno una durata compresa tra 60 minuti e 90 minuti e avvengono all'interno di un "setting clinico", che è rappresentato non solo dal luogo fisico (la stanza di terapia) o virtuale (nel caso di terapie che si svolgono online), ma anche dai tempi, dall'onorario e dalle regole che vanno esplicitate e concordate tra il terapeuta e la coppia, all'inizio del percorso, attraverso la presentazione del Contratto e Consenso Informato. Questo documento garantisce che le informazioni condivise rimangano private e che i pazienti siano consapevoli delle modalità del percorso, dei tempi, dell'onorario della terapia e delle informazioni sulla tutela della privacy.

La durata totale del percorso con la coppia dipende dalla complessità delle dinamiche. Alcuni percorsi possono concludersi in 8-10 sedute, mentre altri possono richiedere più tempo, specialmente se i problemi sono radicati, se vi sono sintomi e a seconda degli obiettivi terapeutici.

- **Alcuni strumenti e tecniche di terapia sessuologica di coppia**

Durante la terapia, lo psico-sessuologo utilizza una serie di tecniche e strumenti specifici per esplorare le cause delle difficoltà sessuali, migliorare la comunicazione, alleviare le ansie sessuali, migliorare il funzionamento e favorire la soddisfazione sessuale.

Tra le tecniche ed esercizi di terapia sessuale comunemente usati:

1. **Concentrazione sensoriale:** un esercizio che aiuta i partner a riscoprire il piacere del contatto fisico senza pressioni legate alla performance sessuale. Si focalizza sull'esperienza sensoriale e sull'intimità e non sulla prestazione, contribuendo a ridurre l'ansia e aumentare l'intimità.
2. **Tecniche cognitivo-comportamentali:** mirano a identificare e modificare pensieri negativi o disfunzionali legati alla sessualità, come ansie da prestazione o insicurezze. Le tecniche includono la ristrutturazione cognitiva, gli esperimenti comportamentali o gli esercizi di esposizione.
3. **Tecniche di comunicazione sessuale:** aiutano i partner a esprimere i propri desideri, bisogni e preoccupazioni in modo aperto e rispettoso. Possono prevedere scenari di gioco di ruolo, conversazioni strutturate o compiti a casa.
4. **Esercizi di rilassamento:** utilizzati per ridurre l'ansia provocata da alcune situazioni e favorire un approccio più sereno alla sessualità..
5. **Psicoeducazione:** fornisce informazioni sulla sessualità, sul ciclo di risposta sessuale, sulle variazioni del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo aiutando i partner a comprendere meglio il proprio corpo e quello dell'altro.
6. Esercizi di **immagine corporea:** mirano a migliorare l'immagine del corpo e aumentare la fiducia sessuale. Ciò potrebbe includere esercizi speculari e ristrutturazione cognitiva delle convinzioni corporee negative.
7. **Pratiche di consapevolezza:** ad esempio meditazione o tocco consapevole, che servono ad aumentare la consapevolezza del corpo, migliorare l'intimità e ridurre l'ansia.
8. Esercizi per la **gestione delle disfunzioni sessuali:** ciò potrebbe comportare esercizi comportamentali specifici (ad esempio, la tecnica «*start-stop*» per l'eiaculazione precoce), l'uso di ausili o farmaci.
9. **Tecniche di desensibilizzazione:** utilizzate per problemi come il vaginismo o la disfunzione erettile. Si tratta di esercizi guidati dal terapeuta per ridurre gradualmente la paura e aumentare il comfort con le attività sessuali.

## I CONFLITTI FAMILIARI

### Cos'è la Famiglia?

La famiglia, secondo le definizioni classiche, è una forma sociale primaria di rapporto tra sessi e tra generazioni, l'unione durevole e socialmente approvata di due partner che ha come obiettivo intrinseco la generazione dei figli. La famiglia svolge delle funzioni essenziali come il soddisfacimento dei bisogni di intimità e supporto degli adulti e l'allevamento dei figli.

La famiglia è un sistema organizzato di relazioni con una struttura e una gerarchia interna, che interagisce con il contesto nel quale è inserita.

Nella famiglia da una parte abbiamo i coniugi e dall'altra la relazione filiale. La relazione coniugale, nella nostra cultura, è vista soprattutto nei suoi aspetti affettivi e di intimità; la relazione filiale implica la differenza di generazione, con la responsabilità della generazione che precede su quella che segue.

Inoltre, il campo relazionale della famiglia è sempre tri-generazionale, cioè comprende almeno tre generazioni: esiste, infatti, una grande influenza delle famiglie di origine sui figli e sulle famiglie che essi costituiscono.

### **L'interazione familiare**

Ogni famiglia mette in atto dinamiche relazionali specifiche che si basano su alcune dimensioni fondamentali:

- coesione
- flessibilità
- accordo-disaccordo
- processi di risoluzione dei problemi
- negoziazione
- comunicazione
- definizione dei confini.

Si individuano così varie tipologie familiari e stili di interazione che possono essere funzionali o disfunzionali.

In particolare, è durante le transizioni, cioè i passaggi cruciali della vita familiare nel suo ciclo di vita, che emerge la struttura relazionale della famiglia con i suoi aspetti di forza (resilienza familiare) o debolezza, che permettono o meno di affrontare in maniera produttiva le crisi.

Le transizioni avvengono sempre per crisi, vale a dire momenti cruciali di separazione, scelta, evoluzione (passaggio dall'illusione alla disillusione all'interno della coppia, nascita dei figli, crescita dei figli e loro distacco ecc.)

### **Le difficoltà relazionali familiari**

Come abbiamo visto ci sono alcuni momenti particolarmente critici che impegnano la famiglia e possono portare a conflitti familiari e difficoltà relazionali.

La transizione alla genitorialità, ad esempio, è il cambiamento per eccellenza che impegna a più livelli tutti i componenti della famiglia, fino alle famiglie di origine.

- Alcune coppie, definite "compensatorie" si distanziano radicalmente dalle famiglie di origine, non riconoscendo nulla di positivo in esse: ne deriva una eccessiva attenzione e cura nei confronti del figlio, che può sfociare in iperprotezione.
- Si può verificare anche, all'opposto, che la coppia non salvando alcun aspetto della propria storia familiare si trovi poi con poche risorse per riuscire a prendersi cura in maniera adeguata del figlio ("coppia trascurante").
- La coppia può anche non riuscire a distinguersi dalle famiglie di origine e ciò porta a delegare ai genitori la cura dei figli. Nei casi più drammatici, dove la coppia non riesce a svolgere nessuna funzione di filtro rispetto all'invadenza della storia familiare, si verifica la ripetizione automatica di stili genitoriali inadeguati appresi dai propri genitori e trasmessi ai propri figli

(“coppia delegante”). Sono le situazioni ben note dei cicli di violenza o trascuratezza intergenerazionale che si presentano nelle famiglie problematiche.

- Infine, vi sono casi in cui c'è un incrocio tra iperprotettività e scarsa distinzione dalla famiglia di origine. I genitori si impegnano molto a dare il meglio ai figli, in un contesto di crescita il più possibile privo di preoccupazioni e frustrazioni, che rischia però di diventare controllante.

Un altro momento critico e delicato per la famiglia è il distacco dei figli. Nella società attuale assistiamo ad un ingresso sempre più precoce nell'adolescenza (10-12 anni), ad un prolungamento di questa fino ai 20 anni ed oltre e ad una fase di “post-adolescenza” o del “giovane adulto” che si può protrarre fino ai 35 anni.

Ne consegue che ci sia una prolungata convivenza del figlio con i genitori e l'uscita della famiglia di origine viene posticipato nel tempo.

La transizione all'età adulta diventa così, oggi, un'impresa evolutiva che riguarda genitori e figli, il cui obiettivo consiste nel far raggiungere al giovane adulto la piena responsabilità adulta e il suo svincolo. Essa si traduce nella realizzazione di un progetto di vita che prevede una realizzazione professionale e/o l'impegno in una relazione affettiva stabile.

In questo processo la famiglia di origine esercita la sua influenza anche a distanza, attraverso un positivo sostegno psicologico oppure attraverso processi di “intimidazione intergenerazionale”, attraverso i quali, ad esempio, separarsi corrisponde alla rottura di un “patto” non scritto (“C'è sempre tempo per allontanarsi”).

Più i membri della famiglia hanno confini chiari, interesse per l'altro, non intromissione, vicinanza ma non fusione ed impegno reciproco, tanto più la famiglia nel suo complesso riuscirà ad accettare i cambiamenti provocati dall'evento critico di questa fase.

Se i genitori si rappresentano positivamente la separazione dai propri figli il messaggio che mandano loro avrà effetti positivi sulle rappresentazioni che i figli si fanno di loro stessi. Il dolore del distacco non deve essere negato, ma accompagnato dalla convinzione di poter superare il vuoto inevitabile che esso comporta.

Se i genitori non riescono ad accogliere la crescita e il distacco dei figli essi stessi sentiranno di non avere le risorse sufficienti per farlo, svilupperanno dipendenza e scarsa autostima e potranno nascere conflitti genitori-figli basati su rabbia repressa e recriminazioni.

Oltre ad avere origine dai momenti critici del ciclo di vita della famiglia, i conflitti familiari possono svilupparsi a partire da dinamiche relazionali pregresse e cristallizzate.

Ad esempio, uno dei campi in cui si generano spesso conflitti è la **relazione tra fratelli**. Il rapporto tra fratelli è un legame profondo, ma anche caratterizzato da ambivalenza, a partire dal momento in cui il nuovo arrivato entra a far parte della famiglia e possono scaturire gelosie e rivalità.

Con la crescita la rivalità può trasformarsi positivamente in collaborazione, complicità e affetto, ma possono instaurarsi anche delle dinamiche di relazione disfunzionali, fino ai casi più estremi di indifferenza e rottura della relazione.

Generalmente più la relazione tra fratelli è stata positiva nell'infanzia più è improbabile che si generino conflitti in età adulta; perciò, il rapporto conflittuale tra fratelli va compreso all'interno della più ampia cornice delle dinamiche familiari.

Il modo di gestire il rapporto con i figli da parte dei genitori è determinante per la creazione di una relazione fraterna positiva o conflittuale.

Ad esempio, uno dei motivi di conflitto o distanza emotiva tra fratelli da adulti è rappresentato dalla percezione di aver ricevuto un trattamento non equo da parte dei genitori nelle fasi dell'infanzia o dell'adolescenza o di aver percepito la preferenza per uno dei figli, anche se espressa dai genitori in modo inconsapevole. I fratelli si trovano così a lottare per ricevere l'attenzione e l'amore dei genitori. Allo stesso modo è importante anche la qualità della relazione di coppia tra i genitori che, ad esempio, in caso di relazione conflittuale possono agire inconsciamente quella che viene chiamata dalla psicologia sistemica **"triangolazione"**: i genitori cercano più o meno consapevolmente l'alleanza di un figlio contro il partner, e così fratelli e sorelle possono trovarsi a schierarsi uno con un genitore, uno con l'altro, perdendo la possibilità di essere complici.

Ovviamente, vista la complessità della famiglia come sistema di relazioni, i conflitti familiari sono di diversa natura.

## **Il trattamento dei conflitti familiari**

La famiglia che si trova bloccata in dinamiche di relazione non funzionali può trovare un valido aiuto nella psicoterapia familiare.

La Psicoterapia sistemico-familiare non si concentra su un solo individuo ma sulla famiglia come sistema di relazioni. Questa può articolarsi anche in terapia per "sotto-sistemi", per cui in alcune fasi potranno essere convocati dal terapeuta familiare solo i coniugi o solo i figli per lavorare sulle relazioni specifiche.

La terapia familiare mira a favorire l'interazione tra i membri della famiglia, a far emergere coalizioni o alleanze implicite, ad esplorare e cambiare i modelli di comunicazione e comportamento disfunzionali che possono influenzare il benessere del singolo individuo e di tutto il sistema.

- **La Psicoterapia Familiare**

La psicoterapia familiare considera la famiglia come un sistema interconnesso, in cui i problemi individuali sono spesso il riflesso di dinamiche relazionali. Questo ha portato con sé una rivoluzione nel valutare il malessere psichico: invece di guardare all'individuo come "malato", si prese in considerazione l'intero sistema interattivo che si muoveva intorno al membro della famiglia che presentava il "sintomo". Il sintomo divenne così espressione della disfunzionalità all'interno dell'intero sistema familiare e cominciò ad essere considerato come una risposta che, separata dal contesto che l'aveva suscitata, appariva inspiegabile.

La psicoterapia familiare nasce negli Stati Uniti negli anni '50, in un periodo di cambiamenti sociali e culturali significativi. La sua origine è legata alla necessità di superare i limiti della psicoanalisi e del comportamentismo, che si concentravano principalmente sull'individuo e il suo sviluppo si deve all'influenza della Teoria Generale dei Sistemi di Ludwig von Bertalanffy e della cibernetica, che hanno introdotto il concetto di causalità circolare e di interazione tra le parti di un sistema.

Tra i pionieri della psicoterapia familiare troviamo:

- **Jay Haley:** uno dei principali pionieri della psicoterapia familiare e della terapia strategica, appartenente al gruppo originario di Palo Alto, che includeva figure come Gregory Bateson. È noto per aver integrato i principi della cibernetica e della teoria dei sistemi nella psicoterapia,
- **Gregory Bateson:** ha applicato la cibernetica allo studio delle relazioni familiari, introducendo il concetto di "doppio legame".
- **Murray Bowen:** ha sviluppato la teoria dei sistemi familiari, concentrandosi sulle dinamiche intergenerazionali.
- **Salvador Minuchin:** fondatore della terapia strutturale, che analizza le regole e i confini all'interno della famiglia.

Il sistema da osservare per eccellenza divenne la famiglia, considerata un sistema vivente aperto sia all'esterno che all'interno, il sistema relazionale primario nel processo di individuazione, crescita e cambiamento dell'individuo.

La psicoterapia familiare si basa su alcuni principi chiave:

- La **Totalità**, per cui il comportamento di ogni individuo all'interno della famiglia è in rapporto con il comportamento di tutti gli altri membri e un cambiamento in una parte del sistema causa un cambiamento in tutte le parti e in tutto il sistema.
- La **Non sommatività**, per cui le caratteristiche di un sistema non sono date dalla semplice somma delle parti e l'analisi di una famiglia non è la somma delle analisi dei suoi singoli membri.
- La **causalità circolare**, secondo cui all'interno delle transazioni familiari ogni azione è a sua volta una reazione.
- L'**Equifinalità**, per cui le condizioni iniziali di un sistema non determinando rigidamente il suo stato finale.
- La **Retroazione o feedback**, secondo cui i sistemi tendono a conservare il proprio equilibrio, che viene continuamente turbato dagli scambi con l'esterno. Il sistema manterrà il proprio equilibrio utilizzando meccanismi di feedback. Nel caso di feedback negativo ci sarà la tendenza a riportare il sistema alla condizione precedente; nel caso di feedback positivo il sistema andrà alla ricerca di un nuovo equilibrio.
- L'**Omeostasi**, secondo la quale il sistema familiare utilizza meccanismi stabilizzatori nel tentativo di evitare cambiamenti percepiti come destabilizzanti l'equilibrio.

Al contrario della Psicoterapia individuale, quando il terapeuta lavora con la famiglia si interessa al funzionamento di questo sistema interpersonale senza stabilire una relazione particolarmente significativa con il paziente. Il terapeuta diventa un “interprete” e un “regista”, si focalizza sulle relazioni tra i componenti della famiglia, ricolloca le difficoltà di chi sta male nel qui ed ora di queste relazioni e le riconnette con i personaggi più significativi della sua vita affettiva e relazionale.

In psicoterapia familiare l’attenzione viene riportata sui fattori che regolano il funzionamento familiare e sui processi che determinano o aggravano le difficoltà che si manifestano in chiave psicopatologica. A tali comportamenti patologici, in questa ottica, di solito corrisponde un blocco comunicativo tra i componenti della famiglia con conseguente rigidità del sistema familiare. Tale processo blocca la crescita della famiglia, la sua potenzialità e quella dei suoi membri e ne limita la libertà. Il lavoro di psicoterapia con la famiglia permette proprio di far ripartire il ciclo evolutivo che si è bloccato e crea disagio in tutti i membri del sistema.

La psicoterapia familiare risulta opportuna quando il paziente sintomatico è adulto, ma mostra un funzionamento gravemente compromesso (come nel caso delle psicosi) oppure è un bambino o un adolescente le cui difficoltà di vario genere si supponga derivino dalle dinamiche familiari e dalla qualità del clima relazionale in casa.

### **o Tempi, modi e durata della Psicoterapia Familiare**

La Psicoterapia familiare si caratterizza per la presenza in stanza di terapia del terapeuta e della famiglia nucleare al completo. Terapeuti e membri della famiglia, in genere, siedono una di fronte all’altro; i familiari possono decidere di sedersi come preferiscono gli uni rispetto agli altri, su sedie, divani o poltroncine.

La Psicoterapia familiare di solito prevede colloqui a **cadenza quindicinale ma anche settimanale** e la frequenza viene concordata in base alla complessità delle problematiche e alla disponibilità della famiglia. Le sedute sono fissate in un giorno e orario che rimangono perlopiù stabili, hanno una durata compresa **tra 60 minuti e 90 minuti** e avvengono all’interno di un “setting clinico”, che è rappresentato non solo dal luogo fisico (la stanza di terapia) o virtuale (nel caso di terapie che si svolgono online), ma anche dai tempi, dall’onorario e dalle regole che vanno esplicitate e concordate tra il terapeuta e la famiglia all’inizio del percorso, attraverso la presentazione del Contratto e Consenso Informato. Questo documento garantisce che le informazioni condivise rimangano private e che i pazienti siano consapevoli delle modalità del percorso, dei tempi, dell’onorario della terapia e delle informazioni sulla tutela della privacy, specialmente in presenza di figli minorenni.

Spesso la terapia familiare prevede una co-conduzione, cioè la presenza di **due co-terapeuti** che lavorano insieme con la famiglia.

In prima seduta il terapeuta si presenta, accoglie i membri della famiglia e spiega il funzionamento della terapia, esplicitando che la convocazione sarà, frequentemente, di tutti i membri della famiglia, ma potrà essere anche di singoli sottosistemi (coniugale, figlio e padre, figlio e madre, fratelli ecc) o individuale, a seconda dei casi, degli obiettivi che si vogliono perseguire e delle esigenze terapeutiche che emergeranno man mano.

Ad esempio, se la richiesta di terapia fa riferimento ad un adolescente risulterà opportuno alternare sedute alla presenza di tutta la famiglia e sedute individuali, per assecondare sia il bisogno dell'adolescente di essere ancora parte integrante della famiglia, sia il bisogno di sentirsi "adulto" e di avere una propria privacy. Nel caso di una terapia con un bambino che manifesti un sintomo sarà necessario vedere tutta la famiglia e lavorare sul sintomo con la collaborazione di tutti.

In ogni seduta il terapeuta favorirà il coinvolgimento attivo e la partecipazione di tutti i membri della famiglia, farà sì che essi interagiscano e dialoghino tra loro, attivando emozioni, stimolando comunicazioni e innescando dinamiche che gli permettano di avere una "fotografia" di come quella specifica famiglia funziona nel qui ed ora. Per poter lavorare sul cambiamento il terapeuta deve condividere con la famiglia una visione del mondo e una rappresentazione del problema.

Non è possibile stabilire a priori la durata di una psicoterapia familiare: possono esserci casi di terapie a breve termine per problematiche specifiche e circoscritte (dalle 8 alle 12 sedute circa), oppure a medio-lungo termine per difficoltà più complesse o radicate (la terapia può estendersi a diversi mesi o anni), anche in base ai progressi e agli obiettivi raggiunti.

- **Alcuni strumenti e tecniche di Psicoterapia Familiare**

Le azioni del terapeuta familiare, seppur regolate dagli obiettivi terapeutici, sono il prodotto della sua relazione con la famiglia-cliente.

Sin dall'inizio il terapeuta della famiglia deve assumere in certo qual modo una posizione di *leadership*, entrando nel sistema della famiglia e aiutandoli a cambiare una situazione che mantiene o produce stress, disagio o dolore.

- Uno degli strumenti che può utilizzare il terapeuta familiare in una fase iniziale è il **genogramma**, uno strumento grafico che esplora la storia familiare, aiutando i membri della famiglia a comprendere come le dinamiche intergenerazionali influenzino il comportamento individuale e le relazioni attuali. Questo strumento (ideato da Murray Bowen negli anni '70) serve a rappresentare le relazioni, i legami e gli eventi significativi all'interno di una famiglia, spesso attraverso due o tre generazioni, attraverso una sorta di "albero genealogico" arricchito da informazioni emotive e relazionali, come conflitti, separazioni, malattie o eventi significativi. Ciò permette di esplorare come le dinamiche familiari si ripetono o si evolvono attraverso le generazioni e aiuta il terapeuta a identificare schemi disfunzionali e a formulare ipotesi sul disagio psicologico o relazionale.

- Un altro strumento utilizzato nella terapia familiare sono le **sculture**, una tecnica introdotta da Virginia Satir negli anni '70, utilizzata per rappresentare visivamente e spazialmente le dinamiche relazionali all'interno di una famiglia, per evidenziare conflitti, distanze emotive o legami forti. Questa metodologia permette ai membri della famiglia di "mettere in scena" le loro percezioni delle relazioni, posizionando fisicamente gli altri membri nello spazio, come se fossero sculture viventi. Un membro della famiglia, chiamato "scultore", posiziona gli altri membri in base alla propria percezione delle dinamiche familiari, determinando posture, distanze e direzioni dello sguardo. Ogni partecipante riflette sulle emozioni e sensazioni provate nella posizione assegnata, favorendo una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali. Il terapeuta guida il processo, ponendo domande per approfondire i vissuti e facilitare il dialogo tra i membri della famiglia.
- Per poter svolgere il suo ruolo di risanatore della famiglia, il terapeuta familiare deve inizialmente associarsi con essa: ciò significa far sapere alla famiglia che il terapeuta la capisce e lavora con essa e per essa, che sotto la protezione del terapeuta la famiglia può avere la sicurezza di esplorare delle alternative e cambiare. L'**associazione** è la colla che tiene insieme il sistema terapeutico.
- Per quanto riguarda le tecniche, nella **posizione ravvicinata** il terapeuta può solidarizzare con i membri della famiglia, coalizzandosi persino con alcuni di essi contro altri. Lo strumento più utile è la **conferma**: confermandone i lati positivi, il terapeuta diventa per i membri della famiglia una fonte di autostima. Oppure, la conferma viene messa in atto descrivendo una caratteristica palesemente negativa di un membro e assolvendolo dalla responsabilità di quel comportamento. In queste tecniche il membro della famiglia avverte che si riconosce la sua zona di difficoltà senza sentirsi colpevolizzato o giudicato per essa. Dopo essere entrato in questa posizione ravvicinata, il terapeuta deve sapervisi sganciare.
- Nella **posizione mediana** il terapeuta si associa come ascoltatore attivo e neutrale, aiutando le persone a raccontare la loro storia. E' una particolare modalità di associazione che si chiama **assecondare**. Osservando il suo stesso modo di assecondare il terapeuta può raccogliere informazioni utili sul funzionamento della famiglia: con chi è protettivo? A chi parla di più?
- Nella **posizione distaccata** l'atteggiamento del terapeuta è quello dell'esperto, si comporta da **regista** della famiglia. Il terapeuta percepisce gli schemi costanti del sistema familiare e ne crea delle "sceneggiature", agevolando i movimenti e i cambiamenti. Il terapeuta scuote le fondamenta della famiglia creando delle crisi, per indirizzare il sistema verso un'organizzazione più funzionale.

- In genere la famiglia ha individuato un membro su cui localizzare il problema, il “paziente designato” e si aspetta che il terapeuta concentri la sua attenzione su di lui e lavori per cambiarlo. Ma per il terapeuta della famiglia il paziente designato è soltanto portatore di un sintomo e la causa del problema risiede nella disfunzionalità delle transizioni che avvengono nella famiglia: il processo di cambiamento delle stesse comporterà la guarigione. Questa è la tecnica della **contestazione del sintomo**.
- Il terapeuta della famiglia, inoltre, contesta il modo in cui i membri concepiscono il proprio ruolo e le proprie funzioni, attraverso le tecniche della **definizione dei confini** e lo **sbilanciamento**. Se vi è un eccessivo coinvolgimento tra i membri della famiglia la loro libertà è limitata; se il coinvolgimento è troppo scarso i membri possono essere isolati e non avere sostegno. Il terapeuta lavora, quindi, per diminuire o aumentare la vicinanza tra i membri della famiglia e ciò può produrre cambiamenti nel modo di pensare e di agire che fino ad allora erano stati inibiti. Il terapeuta blocca le intromissioni, gli schieramenti e le coalizioni tra i membri della famiglia, il fatto di parlare per un altro o immaginare i pensieri dell'altro; questo può avvenire anche attraverso concrete **manovre spaziali**, facendo cambiare di posto per separare o unire alcuni membri della famiglia. Inoltre, il terapeuta può rafforzare i sottosistemi, come quello coniugale o dei fratelli, attraverso convocazioni in seduta mirate. Per ottenere lo sbilanciamento, invece, il terapeuta offre la propria solidarietà ad un membro (in genere quello più periferico), al fine di cambiarne la posizione gerarchica nel sistema familiare.
- Quando i membri della famiglia percepiscono sé stessi e si percepiscono a vicenda in modo diverso appaiono nuove possibilità. La **contestazione della realtà della famiglia** è un'altra tecnica, che comprende gli **interventi paradossali**. Questi interventi si basano sull'idea di affrontare un problema andando nella direzione opposta a quella che sembra più logica: ad esempio, si può chiedere al paziente di intensificare volontariamente un comportamento che vorrebbe eliminare, come un tic o una compulsione, per ridurne l'impatto e modificarne il significato. Un esempio comune è la "**prescrizione del sintomo**", in cui il terapeuta invita il paziente a mettere in atto il comportamento problematico in modo controllato e volontario. Oppure il terapeuta può ordinare a qualche familiare di invertire il suo atteggiamento o comportamento nella speranza che ciò provochi la risposta paradossale di un altro membro della famiglia.
- Nella **riconfigurazione**, il terapeuta convince la famiglia che la loro realtà può essere ampliata e modificata e adotta le tecniche della **recitazione**, della **messa a fuoco** e dell'**intensificazione**. Nella recitazione il terapeuta aiuta i membri della famiglia a interagire gli uni con gli altri in sua presenza. Nella messa a fuoco il terapeuta seleziona alcuni elementi importanti per il cambiamento terapeutico e organizza le transazioni della famiglia attorno a quel tema. Nell'intensificazione il terapeuta accresce l'impatto del suo messaggio, mette in rilievo la frequenza con la quale avvengono le transazioni disfunzionali e in che misura esse provocano disagio alla famiglia.

- Per la **ristrutturazione** della famiglia il terapeuta, coinvolgendo tutti nel processo terapeutico, punterà sulle sue risorse positive, dal momento che ogni famiglia contiene in sé risorse che il terapeuta deve saper utilizzare, le “istruzioni per l’uso”.

## “Io e il mio Corpo”

### PSICO-ONCOLOGIA

La psico-oncologia è una disciplina professionale ed una forma di integrazione disciplinare che unisce in sé, da un lato, l’oncologia e, dall’altro, la psicologia clinica e la psichiatria, come parte di un approccio globale al paziente e alla sua famiglia. In particolare, come riportato e condiviso dalle diverse società di psico-oncologia a livello internazionale, la disciplina psico-oncologica analizza due significative dimensioni legate al cancro:

- 1) l’impatto psicologico, comportamentale, sociale e spirituale della malattia sul paziente, la sua famiglia e l’équipe curante;
- 2) il ruolo dei fattori psicologici e comportamentali nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella cura dei tumori.

La psico-oncologia trova radici concettuali in una filosofia della cura che vede il paziente all’interno del più vasto contesto della famiglia, della comunità e della propria cultura e la cura come processo di adeguamento ai bisogni della persona malata e della sua famiglia, nelle diverse fasi della malattia. La specificità della psico-oncologia consiste nel suo rivolgersi a pazienti il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma è generato dalla situazione contingente della malattia e del trauma associato.

I modelli di riferimento appartengono a diversi approcci psicologici.

#### L’evoluzione della Psico-oncologia

La Psico-oncologia rappresenta, oggi, una realtà ormai consolidata nel panorama internazionale e diverse Linee Guida specifiche ne definiscono il ruolo essenziale nei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione.

In Europa, il documento conclusivo del Council of the European Union del 2008, precisa che “un approccio comprensivo, interdisciplinare e psicosociale deve essere implementato nella cura del cancro, nella riabilitazione e nel follow-up successivo ai trattamenti di tutti i pazienti affetti da cancro” e che “il trattamento e le cure del cancro sono multi-disciplinari e coinvolgono la cooperazione tra chirurgia oncologica, oncologia medica, radioterapia, chemioterapia nonché il supporto psicosociale e la riabilitazione”.

In Italia una svolta storica è stata l’aver previsto per la prima volta nel Piano Oncologico Nazionale l’importanza del supporto psicologico. Le innovazioni del recente Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 a cura del Ministero della Salute e del conseguente “Documento Tecnico di Indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anno 2011-2013” prevedono, infatti, in maniera definitiva e strutturata la necessità di supporto e cure psicologiche nelle diverse fasi della malattia, facendo esplicito riferimento alla psico-oncologia.

## Aspetti psicologici e psicopatologici della malattia oncologica

A prescindere dalla tipologia, il cancro rappresenta sempre per il paziente e per la sua famiglia una prova di vita che sconvolge varie dimensioni dell'esistenza dell'individuo: il rapporto con il proprio corpo, la sessualità, il significato dato alla sofferenza e alla morte, le relazioni familiari e sociali.

### Il modello delle cinque fasi della Kübler-Ross

Questo modello offre una chiave per comprendere le dinamiche psicologiche che spesso caratterizzano le persone a cui è stata diagnosticata una malattia grave. Va sottolineato che queste sono fasi, non stadi, il che significa che possono alternarsi, ripetersi nel tempo, manifestarsi in modo sovrapposto o seguire un ordine non lineare. Ogni individuo attraversa queste fasi in modo unico, poiché le emozioni non obbediscono a regole predeterminate.

**1. Negazione o rifiuto:** la diagnosi di una malattia grave genera spesso una reazione iniziale di incredulità: "Non può essere vero", "Dev'esserci stato un errore". Questa fase consente al paziente di difendersi temporaneamente dall'ansia e dallo shock, fornendo il tempo necessario per cominciare a elaborare la realtà. Sebbene inizialmente funzionale, se prolungata o eccessivamente rigida, la negazione può evolvere in un disagio psicologico patologico.

**2. Rabbia:** dopo la negazione emerge spesso una rabbia profonda, rivolta contro la malattia, i familiari, il personale medico o persino contro Dio: "Perché proprio a me?". Questa fase è caratterizzata da emozioni intense e spesso difficili da gestire. Può rappresentare sia una richiesta implicita di aiuto che un momento di chiusura e isolamento.

**3. Patteggiamento:** in questa fase, il paziente cerca di negoziare una forma di controllo sulla propria situazione: "Se seguo tutte le cure, potrò vivere fino a...?", "Se sopravvivo, prometto che...". Questo "contratto" mentale è spesso rivolto a figure religiose, familiari o a se stessi. Il patteggiamento riflette un desiderio di speranza e un tentativo di mantenere il controllo in un contesto che appare incerto.

**4. Depressione:** la consapevolezza della perdita, presente o imminente, dà luogo a due tipi di depressione:

Reattiva, legata alla presa di coscienza di quanto è stato perso, come autonomia, immagine corporea o relazioni sociali.

Preparatoria, che riflette una reazione anticipatoria alle perdite future e alla percezione dell'imminenza della morte. Questa fase può accompagnarsi a un senso di sconfitta, mentre il paziente inizia ad accettare che la ribellione non è più possibile.

**5. Accettazione:** raggiunto uno stato di elaborazione, il paziente arriva a una forma di serenità e accettazione della propria condizione. Sebbene possano ancora essere presenti momenti di rabbia o depressione, diventano meno intensi. In questa fase, il paziente tende a ritirarsi interiormente e a comunicare profondamente con i propri cari, dedicandosi a "sistemare" aspetti pratici e simbolici della propria vita. È il momento del saluto e della riflessione finale, ma l'accettazione non coincide necessariamente con le ultime fasi della vita, poiché emozioni come rabbia o negazione possono riaffiorare.

Le ripercussioni della patologia oncologica sulla sfera psichica del paziente e della famiglia possono essere profonde e molteplici. La letteratura psico-oncologica degli ultimi trent'anni riporta che il 25-30% delle persone colpite da cancro presenta un quadro di sofferenza psicologica, caratterizzata in particolare dalla presenza di ansia, depressione e da difficoltà di adattamento, con influenze negative su qualità di vita, sull'aderenza ai trattamenti medici e percezione degli effetti collaterali, sui tempi di degenza, recupero e riabilitazione.

Possiamo individuare diversi tipi di disturbi psicopatologici legati alla malattia oncologica:

**Disturbi dell'Adattamento:** la malattia richiede al paziente uno sforzo continuo e ripetuto di elaborazione e adattamento. L'adattamento psicologico è finalizzato a preservare la propria integrità psichica e fisica, ad affrontare le difficoltà e ad accettare le situazioni irreversibili.

Nelle varie fasi della malattia l'adattamento è favorito dalla ricerca attiva, da parte del paziente e della famiglia, del sostegno sociale (posizione di "combattimento"), mentre è sfavorito da un atteggiamento di *inermità* e difficoltà relazionali.

L'adattamento è anche modulato da caratteristiche di personalità e dalla capacità di esprimere le emozioni in modo funzionale.

I disturbi dell'adattamento rappresentano i quadri di sofferenza psicologica più frequentemente diagnosticata nei pazienti con cancro (20-25%). Con tale termine si intendono i disturbi in cui un evento stressante quale la diagnosi di cancro e i trattamenti ad essa legati rappresenta il fattore causale di insorgenza dei sintomi.

I sintomi possono essere: reazioni depressive, ansia, irritabilità, aggressività, labilità emotiva e comportamenti inadeguati. In genere, i disturbi dell'adattamento vengono efficacemente trattati con un adeguato sostegno psicologico.

**Disturbi d'ansia:** l'ansia nella malattia oncologica può manifestarsi con sintomi psicologici (paure, presagi e pessimismo) e/o con sintomi fisici (sudorazione, tachicardia, dispnea), che si rilevano nel 10-15 % dei casi.

Le fasi immediatamente successive alla diagnosi di malattia o di recidiva rappresentano momenti tipici in cui possono manifestarsi i sintomi ansiosi più acuti. Tali quadri sono caratterizzati da insonnia marcata, pensieri continui sulla malattia, immagini intrusive, similmente a quanto si verifica dopo un evento traumatico e, per questo, essi vengono anche assimilati alla Sindrome Post-traumatica da Stress.

Forme croniche dell'ansia nella patologia oncologica sono, invece, caratterizzate da sentimenti di tensione, problemi dell'addormentamento o di mantenimento del sonno, preoccupazione costante per la malattia e per il futuro, difficoltà nei rapporti interpersonali dovute al senso di vergogna, diversità e inadeguatezza.

Anche in questo caso è necessario un intervento mirato ed integrato.

**Disturbi Depressivi:** rappresentano il problema più significativo in psico-oncologia (prevalenza tra il 6% ed il 30%, a seconda della fase di malattia e del contesto psicosociale).

Se i sintomi depressivi sono presenti in maniera intensa e continua (al meno due settimane), si delinea un quadro depressivo maggiore, se la durata del disturbo si prolunga per un periodo di tempo più lungo e cronicizza siamo di fronte a quadri distimici.

Tra i sintomi dei disturbi depressivi troviamo astenia, perdita di piacere, demoralizzazione, disperazione, senso di colpa, impotenza ed inutilità, perdita di peso e dell'appetito, disturbi della sessualità, idee suicidarie.

La concomitante presenza di dolore dovuto alla patologia oncologica facilita lo sviluppo di quadri depressivi severi, aumentando anche il rischio suicidario. Le conseguenze della depressione nei pazienti con cancro comprendono effetti negativi sulla qualità della vita del paziente e della famiglia, minore aderenza al trattamento e difficoltà nella relazione medico-paziente. Nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi depressivi, è sempre necessario un intervento strutturato.

Disturbi psichiatrici su base organica: a seconda del tipo di tumore, dello stadio di malattia e dei trattamenti effettuati la prevalenza varia dal 5 al 40 %.

Le cause di tali disturbi possono essere ad esempio i tumori/metastasi cerebrali, le alterazioni del Sistema Nervoso Centrale, l'utilizzo di farmaci (oppioidi).

Tra i quadri più frequentemente osservabili, in particolare nelle fasi avanzate di malattia, vanno annoverati gli stati confusionali acuti o delirium. I sintomi sono: disturbi della memoria e dell'attenzione, disorientamento spazio-temporale, ipersonnia o insonnia notturna, agitazione psicomotoria, disturbi del comportamento, disturbi del pensiero (delirio) e della percezione (allucinazioni).

L'impatto del delirium sul paziente, sui familiari e sullo staff è caratterizzato da profonda angoscia.

Il trattamento in questi casi è sia farmacologico (antipsicotici) che psicologico.

Le ripercussioni psicologiche del cancro spesso non finiscono con la remissione della malattia o con la sua trasformazione in patologia cronica, tanto che si può parlare di "psicopatologia della remissione". Infatti, anche durante la fase di riabilitazione e reinserimento sociale possono emergere disagi psichici importanti ed è necessaria una costante attenzione alla situazione emotiva del paziente.

Ad esempio, la conclusione della relazione con il medico può lasciare il posto ad un sentimento di spaesamento, insicurezza, ansia, preoccupazioni somatiche eccessive.

### **La famiglia del paziente oncologico**

La malattia oncologica non può che essere considerata nella cornice più ampia familiare, pertanto gli interventi di natura psico-oncologica sono rivolti al paziente e alla famiglia.

Gli studi scientifici e l'esperienza clinica ci dicono che i caregiver (chi si prende cura e assiste il malato, sia fisicamente che emotivamente) sono esposti ad elevati livelli di stress, paragonabili a quelli del malato, in ragione del carico materiale ed emotivo dell'assistenza.

Affrontare la malattia è dunque impegnativo per chi ha un tumore quanto per chi gli sta accanto e l'impatto emotivo è tale che, sul piano psicologico, il cancro è considerato una vera e propria malattia familiare.

I care-giver spesso vivono una gamma di emozioni profonde e contrastanti, che possono includere:

Rabbia: "Perché è successo proprio a noi?" Il senso di ingiustizia e la frustrazione per una situazione fuori dal proprio controllo possono emergere con forza.

Senso di colpa: "E invece io sono sano..." Questo sentimento può derivare dal confronto tra la propria condizione e quella del paziente, alimentato dalla sensazione di non fare abbastanza o di non riuscire a migliorare la situazione.

Impotenza: "Non riesco a fare abbastanza." Il care-giver può percepire una profonda difficoltà a sostenere adeguatamente il proprio caro, specie quando la malattia avanza.

Solitudine: "La mia vita è cambiata." I ritmi quotidiani, il tempo libero e le relazioni sociali spesso vengono sacrificati, lasciando una sensazione di isolamento.

Paura: "Se tu morissi, come farei senza di te?" La paura della perdita e delle sue implicazioni pratiche ed emotive può diventare dominante.

Ansia: "Sono sempre teso e preoccupato." Essere costantemente vigili, preoccupati per l'evoluzione della malattia, genera uno stato di tensione permanente.

Depressione: "Niente è più come prima." La tristezza legata ai cambiamenti nella vita e all'inevitabilità della situazione può sfociare in depressione.

Inoltre, sono infatti evidenti in letteratura i riflessi psicologici o psicopatologici sulla famiglia del paziente oncologico durante il percorso di malattia e di cura e le trasformazioni degli affetti e dei rapporti familiari:

*tensione emotiva*

*sensazione di eccessivo carico emotivo*

*preoccupazione per il familiare ammalato*

*umore depresso e angoscia*

*reazioni post-traumatiche*

*disturbi dell'adattamento*

*difficoltà di comunicazione*

*isolamento sociale*

*disorganizzazione*

*invischiamento familiare*

I comportamenti adattivi (strategie di coping) dei familiari, sono influenzati da alcune variabili quali il supporto sociale disponibile, la resilienza, altri eventi stressanti concomitanti, cognizione e percezione della malattia (che sovrasta oppure che è gestibile).

Non sono soltanto, quindi, i pazienti oncologici a necessitare di un sostegno psicologico specialistico, ma anche i loro familiari e care-giver. Chiedere aiuto non rappresenta un segno di debolezza, bensì un atto fondamentale per preservare il proprio benessere mentale ed emotivo e poter aiutare al meglio il proprio caro.

Essere un care-giver comporta un impatto significativo su ogni aspetto della vita, ma con il giusto sostegno emotivo e pratico è possibile affrontare questo percorso con maggiore serenità e resilienza.

## **Il supporto psicologico alla malattia oncologica**

Il trattamento della persona colpita dal cancro deve avere come obiettivo principale quello di migliorare la qualità della vita e di limitare il rischio che la sofferenza psico-sociale o lo sviluppo di quadri psicopatologici condizionino la sua esistenza, presente e futura, e quella della sua famiglia. Ciò è possibile attraverso una presa in carico individualizzata del paziente, tramite l'informazione sui vari aspetti della patologia e la valutazione costante dei suoi bisogni, delle sue possibilità di scelta, della sua situazione familiare e sociale.

L'intervento psicologico nel contesto oncologico dipende da diversi fattori, come il tipo di tumore, lo stadio clinico, il piano terapeutico, le caratteristiche personali del paziente e le dinamiche familiari e professionali.

La Psico-oncologia, inoltre, deve essere in grado di trattare sia la dimensione individuale che quella collettiva (famiglia e gruppi). Gli interventi psicoterapeutici possono essere individuali, familiari o di gruppo e basati su tecniche specifiche dell'ambito psico-oncologico.

La psicoterapia individuale è l'approccio più frequente. Qualunque sia il modello terapeutico prescelto, sono evidenti gli effetti benefici sulla qualità di vita del paziente oncologico e sul benessere percepito.

Nella dimensione individuale, il colloquio clinico è lo strumento specifico per la valutazione e per l'intervento e mira ad indagare diversi aspetti:

- la condizione psichica attuale;
- le risorse e la capacità di adattamento alla malattia;
- le resistenze e i meccanismi di difesa;
- la presenza di accettazione o diniego della malattia;
- l'impatto della diagnosi, della malattia e delle cure;
- la qualità delle relazioni familiari e sociali;
- la qualità di vita percepita.

All'interno del colloquio possono essere utilizzati strumenti come le interviste strutturate o semi strutturate ed i test, utili per approfondire i sintomi ed effettuare una diagnosi secondo criteri diagnostici standard.

Gli approcci psicologici che accompagnano il percorso oncologico possono essere riassunti in tre aree principali:

1. supporto,
2. sviluppo di strategie di coping
3. terapia psico-spirituale.

Questi interventi mirano a rispondere alle esigenze delle diverse fasi della malattia e a promuovere una comprensione più ampia dell'esperienza oncologica, che può evolversi da un focus sul sintomo alla ricerca di un senso più profondo.

1. Per molte persone, la malattia rappresenta una crisi iniziale incentrata sul corpo e sulle terapie, ma può anche trasformarsi in un'opportunità di crescita personale ed esistenziale. Inizialmente, il supporto psicologico si focalizza sull'ascolto attivo, sull'esplorazione delle emozioni e sulla narrazione della malattia, permettendo ai pazienti di esprimere ciò che spesso viene evitato o rimosso. Questa fase è cruciale per sviluppare consapevolezza e trovare risorse interiori per affrontare la situazione con speranza.

2. Le tecniche di coping diventano rilevanti quando si lavora sulla gestione dello stress associato alla malattia e alle terapie. Tra queste, ci sono pratiche mente/corpo come il rilassamento, la meditazione, la mindfulness e l'EMDR, ma anche la terapia narrativa, le terapie espressive, le terapie basate sulla scrittura che aiutano a ridurre l'ansia, migliorare la qualità della vita e ristabilire un equilibrio psicofisico. La letteratura, inoltre, ha dimostrato l'efficacia di tali tecniche sulla gestione del dolore e degli effetti collaterali delle terapie antitumorali (soprattutto nausea, vomito e modificazioni dell'immagine corporea). Questi interventi consentono al paziente di affrontare il periodo delle terapie in modo più funzionale, trasformando il focus esclusivo su sé stessi in un'apertura verso il mondo esterno.

3. Infine, le terapie psico-spirituali si concentrano sul significato della malattia all'interno del percorso esistenziale del paziente. Questi approcci, ancora in fase di sviluppo, rappresentano una frontiera innovativa nella psico-oncologia, con un'applicazione significativa nelle cure palliative. L'obiettivo finale è facilitare una crescita post-traumatica, in cui il paziente può ridefinire il proprio senso di sé e il proprio posto nel mondo, scoprendo nuovi significati di vita.

Infine, va considerato anche l'uso degli psicofarmaci in alcune situazioni cliniche particolari. I farmaci, ad esempio, sono indicati nel trattamento sintomatico a breve termine, in situazioni in cui l'ansia e/o l'insonnia rappresentano il sintomo principale, nei casi di depressione maggiore, in caso di delirium o sintomi psicotici, in caso di dolore oncologico.

Per quanto riguarda la psicoterapia di gruppo, in psico-oncologia i dati della letteratura hanno messo in evidenza l'utilità di tale approccio. La possibilità di identificazione e di sostegno reciproco nei gruppi di supporto o di auto-mutuo-aiuto, unitamente all'espressione delle emozioni, aumentano sensibilmente le capacità di adattamento dei pazienti e della famiglia.

In psico-oncologia grande importanza hanno gli interventi supportivi familiari (i "family meetings", le "family conferences" e le "family consultations"). Ad esempio, negli ultimi anni è stata sviluppata la "Medical Family Therapy" (MFT), che si rifà ad un modello sistemico bio-psico-sociale. Il terapeuta familiare lavora in collaborazione con il medico e altre figure professionali per:

- aiutare le famiglie ad affrontare la sfida rappresentata dalla malattia del familiare
- rinsaldare i legami affettivi,
- lenire l'angoscia del paziente e dei familiari di fronte alla prospettiva della sofferenza fisica, delle separazioni e delle difficoltà materiali cui si andrà incontro,
- reperire nuove risorse emotive per tutti i membri,
- sostenere i familiari nell'impegno emotivo e concreto quotidiano, aiutandoli a distribuire le proprie energie psichiche e fisiche verso il paziente senza venir meno ad altri compiti individuali,
- sostenere la famiglia nel mantenere costanti legami affettivi, evitando la scelta dell'isolamento sociale.

Inoltre, i servizi di Psiconcologia presenti negli ospedali offrono consulenza e supporto anche ai familiari dei pazienti. Le associazioni di volontariato in oncologia rappresentano un altro punto di riferimento a cui ci si può rivolgere per avere assistenza psicosociale sul territorio. Tra le iniziative a

sostegno del caregiver, a riprova dell'attenzione sempre maggiore nei confronti dei suoi bisogni, ci sono numerose pubblicazioni di opuscoli e materiale informativo con consigli pratici e aiuto emotivo.

### **Il Fine Vita e le Cure Palliative tra dolore e accompagnamento**

Le cure palliative rappresentano un approccio terapeutico e assistenziale centrato sulla cura totale della persona affetta da una malattia in rapida evoluzione e a prognosi infausta, quando i trattamenti specifici non offrono più una possibilità di guarigione. Il termine stesso "palliative", derivato dal latino pallium (mantello), sottolinea la funzione di protezione e "avvolgimento" che queste cure offrono al paziente e alla sua famiglia.

#### **Le cure palliative mirano a:**

Gestire i sintomi invalidanti, come il dolore cronico, l'affaticamento, i disturbi respiratori o neurologici, associati alle fasi terminali di malattie irreversibili.

Promuovere la qualità della vita, non solo del paziente ma anche del nucleo familiare, rispondendo alle necessità fisiche, emotive, psicologiche e spirituali che emergono durante la malattia.

Supportare la dignità della persona malata, considerando il morire come un processo naturale e accompagnandolo senza accelerarlo o posticiparlo.

Le cure palliative si basano su alcuni principi fondamentali:

L'attenzione viene rivolta prima alla persona, poi alla malattia.

Gli aspetti psicologici e spirituali sono integrati nel piano di cura, cercando di offrire un senso alla malattia.

La famiglia del paziente è coinvolta nel percorso di supporto, anche durante il lutto.

Il team di intervento opera in maniera multidisciplinare, includendo medici, infermieri, psicologi e assistenti spirituali.

Le cure palliative possono essere erogate in diversi luoghi:

**A casa:** le cure palliative domiciliari permettono al paziente di rimanere nel proprio ambiente familiare, quando le condizioni fisiche e psicologiche lo consentono e la famiglia è favorevole. In questi casi, il medico di famiglia o il reparto ospedaliero attivano il servizio, garantendo al paziente una qualità di vita il più possibile serena e dignitosa.

**In ospedale:** negli ospedali, le cure palliative sono spesso organizzate attraverso consulenze di medicina palliativa o programmi di formazione dedicati al personale sanitario per gestire le problematiche legate al fine vita. Sempre più ospedali aderiscono al progetto internazionale "Ospedale senza dolore", avviato per promuovere la palliazione come cultura e pratica fondamentale.

**In hospice:** gli hospice sono strutture dedicate esclusivamente ai pazienti con malattie terminali che necessitano di assistenza continua, intese come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora. Questi centri offrono il controllo dei sintomi difficili da gestire a domicilio, un supporto temporaneo per alleviare il carico assistenziale delle famiglie, un ambiente sereno, mirato a garantire dignità e rispetto durante le ultime fasi della vita.

Le cure palliative non si limitano al trattamento fisico, ma promuovono una visione olistica della cura. Attraverso interventi psicologici, spirituali e sociali, aiutano il paziente a trovare significato e conforto nell'esperienza della malattia. L'obiettivo finale è supportare sia il paziente sia la sua famiglia, trasformando una fase difficile in un percorso ricco di umanità e consapevolezza.

### **Aspetti psicologici ed emotivi del Fine Vita nel paziente oncologico**

Affrontare un cancro incurabile è un'esperienza estremamente complessa, che rappresenta un evento altamente stressante, capace di consumare le risorse fisiche e mentali del paziente e dei familiari. Il distress e la sofferenza che ne derivano sono fenomeni multidimensionali, che coinvolgono la totalità dell'individuo, comprendendo aspetti cognitivi, comportamentali, emotivi, sociali e spirituali.

Un aspetto cruciale per i pazienti oncologici in fase terminale è la qualità della vita. In questa prospettiva, è essenziale liberare il termine "curare" dall'esclusivo obiettivo del "guarire" e abbracciare il concetto più ampio e umano di "prendersi cura". Questo cambio di paradigma consente ai pazienti, privi di possibilità di guarigione, di beneficiare comunque di cure e supporto mirati al sollievo fisico, psicologico e spirituale.

L'ultimo stadio della malattia presenta sfide uniche e non comparabili con quelle delle fasi precedenti. Nelle fasi avanzate, è fondamentale per il paziente affrontare l'abbandono della speranza di guarigione, elemento invece essenziale durante i trattamenti attivi. Ciò richiede strategie di coping completamente diverse, orientate a un bisogno esistenziale e psicologico diametralmente opposto rispetto alle fasi precedenti.

Il dolore e le limitazioni fisiche rappresentano elementi centrali del distress psicologico e della riduzione della qualità di vita. Il dolore, spesso temuto e gravoso, è uno dei sintomi più comuni nei pazienti oncologici terminali, e la sua gestione richiede un approccio integrato. Sebbene i trattamenti biologici rimangano fondamentali, è cruciale considerare anche l'intervento psicosociale come parte di una gestione globale del dolore, nonostante sono ancora pochi gli interventi specifici sviluppati per questa popolazione.

Per il paziente terminale, un bisogno cruciale è dare un senso alla propria esperienza e riconciliarsi con l'interruzione improvvisa del proprio percorso di vita. Questo processo può includere:

L'esplorazione della generatività e il desiderio di lasciare un'eredità.

Il rafforzamento delle connessioni interpersonali.

La riflessione sul senso di controllo, sul concetto di dignità e sulla "buona morte".

L'integrazione di elementi spirituali per trovare pace interiore.

### **La famiglia di fronte al fine vita, tra dolore e risorse**

La malattia oncologica rappresenta una sfida per il paziente e per la famiglia sin dal momento della diagnosi fino a quando, purtroppo, la malattia a volte diventa incurabile e ci si avvia verso il "fine vita". Quest'ultima è una fase ancora più delicata, in cui la famiglia può attivare una serie di risorse a volte impensabili accanto al dolore e alla sofferenza che acquistano un significato ancora più profondo.

Una delle sfide più difficili per la famiglia, accanto al paziente terminale, è passare dalla speranza tipica della fase delle cure oncologiche, e quindi da una prospettiva in qualche modo rivolta al futuro

(seppur incerto anche a livello di quantità di tempo), all'accettazione della mancanza di speranza e quindi ad una prospettiva che si rivolge soltanto al qui ed ora.

Il qui ed ora diventa la dimensione in cui tutta la famiglia si muove nella fase del fine vita, che sia trascorso in ospedale, in hospice o a casa. Il tempo è come sospeso, sembra incredibilmente lento e allo stesso modo troppo veloce. Ogni giorno, ogni ora diventano un dono per tutti, specie se la previsione dei medici è di un tempo rimanente particolarmente breve, ma allo stesso tempo, a seconda delle condizioni psico-fisiche del paziente e del suo dolore percepito, può essere anche un peso a tratti insopportabile.

Se le condizioni del malato sono abbastanza buone, ogni giorno può essere l'occasione per godere appieno della presenza del proprio caro, per poter ottenere racconti del passato, realizzare piccoli gesti rituali insieme, come leggere, pregare o riflettere su ricordi significativi, e ciò può portare serenità e senso di unità: si tratta di piccoli attimi di quotidianità che sanno di vita, proprio perché affatto scontati.

Un'altra dimensione emotiva presente nel fine vita è quella dell'impotenza: veder soffrire il proprio caro senza poter fare nulla o vederlo, comunque, spegnersi pian piano è dura da accettare ed affrontare, dopo aver speso magari mesi nelle cure oncologiche e aver investito in esse speranza.

I familiari del paziente oncologico terminale che sta trascorrendo i suoi ultimi giorni a casa sono sottoposti ad un carico mentale e fisico molto importante in quanto, pur supportati dal personale sanitario, dovranno in qualche modo farsi carico di almeno qualche incombenza pratica o simil infermieristica o dovranno, in ogni caso, conciliare la cura del malato con la propria vita lavorativa e familiare. In questi momenti prevale il "fare" ed è difficile ritagliarsi un momento per lo "stare": si inserisce una sorta di "pilota automatico" che, da un lato, difensivamente permette di andare avanti in qualche modo e non soccombere, ma dall'altro nasconde in un angolo le emozioni. È molto importante in questa fase delicata che i caregiver/familiari riescano a ritagliarsi dei momenti per staccare e prendersi cura di sé stessi, per potersi prendere poi cura del malato, e che ricevano supporto dalla rete familiare allargata/amicale/sociale quando possibile. Il caregiver che trascura sé stesso può sviluppare insonnia, ansia, depressione e isolamento sociale.

Il supporto psicologico, in questo momento, è fondamentale e serve per creare uno spazio "altro", in cui poter depositare tutte le emozioni e il dolore che spesso i familiari tengono dentro, anche per non dare ulteriore peso al proprio caro malato.

Un altro aspetto particolare che a volte si riscontra nei pazienti terminali è un aspetto difensivo che li porta ad "illudersi" o comunque parlare al futuro ed immaginare fatti che razionalmente non potranno mai accadere. I parenti spesso si trovano spiazzati di fronte a questo e non sanno se "riportare" sulla terra il proprio caro o "lasciarlo fare". In altri casi il malato è estremamente arrabbiato oppure si chiude in un guscio difensivo. Tutto ciò può essere spiazzante perché non consente ai caregiver di connettersi emotivamente con il proprio caro e dare spazio al proprio dolore e li costringe ad indossare una "maschera" ogni giorno. Si tratta però di normali fasi di adattamento alla malattia terminale.

In tutti questi casi è consigliabile essere innanzitutto dei bravi ascoltatori, recependo ciò che il malato riferisce e manifesta e seguendo quello che emotivamente ci sta portando, perché è ciò che in quel momento riesce a fare e sopportare psicologicamente.

Potrà poi seguire una fase di “realtà” in cui sarà possibile esplorare insieme il dolore, sempre seguendo la scia del malato ed evitando la dimensione dell’angoscia.

Oltre agli aspetti di difficoltà, quindi, molto spesso i caregiver e i familiari dei malati terminali mettono in atto delle risorse incredibili, che gli consentono di stare accanto a chi li sta per lasciare nel migliore dei modi, con consapevolezza e dignità:

Innanzitutto, il legame emotivo con il proprio caro si intensifica. I familiari spesso concentrano le loro energie nel dimostrare affetto, empatia e sostegno, cercando di garantire un ambiente amorevole e sereno che aiuti il paziente a sentirsi protetto.

La famiglia, inoltre, sviluppa una grande resilienza (la capacità di adattamento alle difficoltà), accettando una situazione molto dolorosa pur continuando a garantire supporto. Questa forza interiore consente di affrontare le sfide quotidiane nonostante il carico emotivo.

Il prendersi cura del proprio caro è spesso visto come un atto di dedizione che dona significato a questo momento difficile. Il senso del dovere diventa una risorsa per trasformare il dolore in azioni concrete di aiuto.

I familiari infine, spesso, si affidano gli uni agli altri, rafforzando l'unione e condividendo il peso emotivo: questo aiuto reciproco offre sollievo e alimenta il senso di coesione.

### **Il lutto nelle famiglie dei pazienti oncologici**

Il lutto nei care-giver dei pazienti oncologici è un processo complesso e profondo, che può iniziare già prima della perdita effettiva del proprio caro, configurandosi come lutto anticipatorio.

Già durante la fase terminale, infatti, la famiglia inizia a vivere il lutto, cioè il dolore legato alla perdita imminente del proprio caro.

Questo vissuto, unito al dolore della perdita vera e propria successiva, richiede un’elaborazione che varia notevolmente da persona a persona.

In particolare, il lutto anticipatorio si manifesta con:

Senso di impotenza nel non poter fermare il decorso della malattia.

Ansia e tristezza legate all’idea della separazione e della fine della vita condivisa.

Senso di colpa per non fare abbastanza o per il desiderio di vedere la sofferenza del paziente terminare.

Dopo la perdita, la famiglia si confronta con il lutto effettivo, caratterizzato da emozioni intense, quali:

Dolore e vuoto emotivo, derivanti dall’assenza del proprio caro.

Senso di disorientamento, specialmente quando la routine quotidiana era totalmente dedicata alla cura del paziente.

Rabbia o senso di ingiustizia, specie se la malattia è stata particolarmente lunga o sofferta.

Questi sentimenti possono essere accompagnati da fenomeni psicosomatici, come disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione e calo energetico.

Il care-giver, inoltre, spesso sviluppa un’identità legata al ruolo di chi si prende cura, e con la perdita del paziente può nascere un senso di perdita di scopo o direzione. Inoltre, il lungo periodo di cura può aver portato al sacrificio delle proprie necessità personali, rendendo ancora più difficile affrontare il vuoto post-perdita.

Vi sono alcune strategie utili per affrontare il lutto:

Permettersi di sentire e accettare le proprie emozioni, senza reprimerle, è un passo fondamentale per poter affrontare ed elaborare il lutto.

È importante anche condividere il dolore con amici, familiari o gruppi di sostegno può alleviare il senso di isolamento.

Chiedere un aiuto professionale a figure specializzate nel lutto, che possono offrire strumenti per elaborare la perdita e ricostruire un nuovo equilibrio.

Prendersi cura di sé stessi, dedicarsi a attività che promuovono il benessere fisico e mentale, come la meditazione, l'attività fisica o hobby personali.

Creare nuovi significati ed integrare l'esperienza di cura nel proprio percorso di vita, ad esempio attraverso volontariato o supporto ad altri care-giver.

In alcuni casi, il lutto può complicarsi, trasformandosi in uno stato prolungato di sofferenza che impedisce il ritorno a una vita normale. Segnali di un lutto complicato includono:

Incapacità di accettare la perdita.

Senso persistente di colpa o inutilità.

Difficoltà a provare gioia o interesse per la vita.

In queste situazioni, è essenziale cercare il supporto di un professionista per evitare che il lutto diventi cronico.

Il lutto per un care-giver è quindi un percorso intenso, che richiede tempo, pazienza e risorse per essere elaborato.

## **ONCOSESSUOLOGIA**

La sessualità è una parte significativa della condizione umana dalla nascita fino a tutto il corso della vita. Molti eventi ed esperienze possono incidere sul modo in cui una persona vive sé stessa, la sua immagine corporea e la sua sessualità, tra le quali sicuramente ammalarsi di tumore.

Una diagnosi di tumore ha un impatto significativo sul benessere sessuale, a diversi livelli a seconda del tipo di patologia e delle terapie in corso.

Pensiamo alle alterazioni ormonali indotte dalle terapie oncologiche sia nella donna che nell'uomo (che provocano abbassamento degli estrogeni e degli androgeni e alterazioni del livello di cortisolo), così come all'ansia e la depressione che incidono negativamente sul benessere sessuale.

### **I cambiamenti della funzione sessuale nel paziente oncologico**

I cambiamenti nelle fasi del ciclo sessuale o le disfunzioni sessuali sono un effetto comune delle malattie oncologiche e sono determinati dall'intersecarsi di aspetti medici e psicologici. Nonostante ciò, l'aspetto sessuale è ancora oggi poco considerato a causa di vergogna ed imbarazzo nella relazione medico-paziente, aspetti culturali ed una scarsa informazione.

Nella fase diagnostica della malattia, in cui l'individuo concentra le sue risorse sulla possibilità di cura e di sopravvivenza, è comune notare un brusco calo del desiderio sessuale, che determina spesso la riduzione drastica, se non l'assenza totale, dei rapporti sessuali. L'individuo prova sentimenti di angoscia e di smarrimento che disinnescano il desiderio sessuale e la capacità di trarre soddisfazione dall'esperienza sessuale.

Anche la fase del trattamento e successiva al trattamento è una fase delicata, poiché ad esempio le rimozioni chirurgiche o gli effetti della radioterapia/chemioterapia su parti del corpo che sono

direttamente coinvolte nel funzionamento sessuale potrebbero portare il paziente a sentirsi meno desiderabile sessualmente, oppure possono causare un cambiamento nell'immagine corporea o nello stato ormonale che altera le fasi del funzionamento sessuale.

Un esempio è rappresentato dalle pazienti oncologiche che si sono sottoposte a rimozione chirurgica del seno: esse spesso sperimentano la sensazione di essere meno desiderabili sessualmente agli occhi del partner e tale percezione, a sua volta, può causare difficoltà nell'eccitamento e nel raggiungimento dell'orgasmo.

Un altro esempio che riguarda, invece, l'aspetto medico-somatico è quello della donna che ha effettuato trattamenti di radioterapia della pelvi: all'inizio del trattamento e per alcune settimane dopo la sua conclusione, la radioterapia può causare un'infiammazione che rende la vagina particolarmente sensibile. Nel lungo periodo l'irritazione lascia il posto ad una cicatrice, in seguito alla quale la vagina si restringe, diventa meno elastica e lubrificata, con conseguente dolore alla penetrazione. Di conseguenza, cambia il modo in cui la coppia vive il piacere sessuale.

Nell'uomo che invece, ad esempio, ha subito l'asportazione della prostata o di una porzione della vescica può presentarsi una disfunzione erettile ed eiaculazioni 'asciutte' (orgasmo senza emissione di liquido seminale). La paura per la perdita della propria attrattività può determinare in alcuni uomini conseguenze psicologiche come livelli elevati di ansia da prestazione, e l'ingresso in un circolo vizioso di paura e di inadeguatezza, tale da portare al fallimento o all'evitamento sessuale.

Parlando di difficoltà nella sfera sessuale in caso di patologia oncologica si deve tenere conto anche dei cambiamenti che la malattia determina nella relazione di coppia e di come il partner reagisce alla malattia. L'impatto di questi cambiamenti sul funzionamento sessuale individuale e di coppia sarà diverso a seconda di fattori pregressi, come il significato e l'importanza data alla dimensione sessuale prima della malattia, della fase di vita in cui ci si trova al momento della diagnosi, dell'organo colpito e degli effetti dei trattamenti utilizzati, ed in generale della qualità della relazione di coppia.

Alcune coppie, di fronte alla prova della malattia di uno dei due partner, possono scoprire una nuova forma di intimità, un nuovo modo di sentirsi desiderati sessualmente e di dare e ricevere piacere sessuale.

Altro elemento significativo è il grado di informazione sulle conseguenze dei trattamenti antitumorali sulla sfera sessuale che il paziente possiede. Più il paziente è informato, più si sente coinvolto nelle scelte terapeutiche e pronto ad affrontare gli effetti collaterali delle cure sul suo funzionamento sessuale e più è predisposto a chiedere supporto per la ripresa della sessualità.

Non bisogna, infine, sottovalutare che il funzionamento sessuale è strettamente collegato ai propri vissuti emotivi, per cui depressione o ansia, paura della malattia o del trattamento, non giocano a favore del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo.

Il trattamento onco-sessuologico

L'obiettivo della consulenza onco-sessuologica è innanzitutto quello di offrire al paziente la possibilità di ricevere informazioni e sostegno per la propria condizione specifica.

Ricevere informazioni adeguate sugli effetti collaterali dei trattamenti sul funzionamento sessuale permette di normalizzare i sintomi vissuti, scoprendo che sono comuni a molti pazienti affetti dalla

stessa malattia e che possono essere trattati e spesso risolti. La mancata comunicazione determina, invece, sentimenti di isolamento e di aumento della sofferenza.

La consulenza psico-sessuologica esplora tutte le tematiche legate alla malattia oncologica nel suo aspetto sessuale e relazionale. Lo psico-oncologo incoraggia la coppia a parlare più apertamente della sessualità e dei cambiamenti determinati dalla malattia, delle sensazioni e percezioni spiacevoli sperimentate (paura di essere rifiutati o di non essere più desiderabili ecc.). La coppia viene aiutata a comprendere i reciproci bisogni e desideri e trovare modi alternativi per dare e raggiungere il piacere sessuale.

In riferimento all'individuo, l'intervento psicologico è mirato, ad esempio, ad aiutare il paziente nell'adattamento ai cambiamenti fisici dovuti alla malattia e ai trattamenti che lo fanno sentire meno attraente e che modificano l'immagine di sé (come nel caso di una mastectomia).

Lo psico-oncologo lavora in team, secondo un approccio multidisciplinare: ad esempio, in caso di perdita totale del desiderio o perdita irreversibile del funzionamento riproduttivo, livelli elevati di depressione, i pazienti possono essere indirizzati ad una psicoterapia sessuologica di coppia; oppure in caso di persistenza di dolore alla penetrazione e secchezza vaginale la paziente è inviata al ginecologo.

## **I DISTURBI PSICOSOMATICI**

### **Cosa si intende per Psicosomatica?**

La medicina psicosomatica è la disciplina scientifica che ha come scopo l'indagine delle cause e degli effetti delle interconnessioni tra mente e corpo, in una visione multifattoriale e olistica.

E' una considerazione più ampia del concetto di malattia, in un'ottica di integrazione delle variabili biologiche, psicologiche e sociali clinicamente significative nel determinare l'espressione della patologia fisica (modello bio-psico-sociale, Engel- 1977).

L'interesse contemporaneo per la Psicosomatica è molto alto per svariati motivi, che vanno dalle politiche sanitarie mondiali determinate dall'aumento del tasso di prevalenza dei disturbi di somatizzazione, all'interesse crescente per i temi del corpo e della salute.

Un esempio importante del ruolo clinico e sociale dell'associazione tra aspetti psicologici e malattie mediche è il rapporto tra Depressione e disturbi cardiovascolari, due fra i disturbi più diffusi nel mondo occidentale. Le ragioni di questo stretto legame chiamano in causa meccanismi numerosi e complessi come i fattori biologici (ipertensione, colesterolo alto, ostruzione delle arterie, processi infiammatori, tossicità cardiaca degli antidepressivi), stile di vita (fumo, consumo di alcol, obesità) e comportamentali (scarsa aderenza al trattamento e scarsa attenzione per le proprie condizioni di salute). Negli ultimi anni si è affacciata anche l'ipotesi secondo cui il meccanismo che favorisce l'infiammazione nei disturbi cardiovascolari sia anche all'origine della Depressione Maggiore, sottolineando il rapporto tra mente, cervello e processi biochimici.

Uno degli indirizzi più promettenti della ricerca in psicosomatica negli ultimi trent'anni (grazie anche allo sviluppo e alla nascita di nuove tecniche e tecnologie bio-mediche) è la psiconeuroendocrinoimmunologia (P.N.E.I.), che ha l'obiettivo di chiarire le relazioni tra

funzionamento psicologico, secrezione di neurotrasmettitori a livello cerebrale, ormoni da parte del sistema endocrino e funzionamento del sistema immunitario.

Nonostante a livello teorico il fattore psicosomatico sia sempre più considerato, di fatto accade spesso che nella pratica clinica il concetto di “psico-somatico” risulti ancora ambiguo e prevalga un modello medico di cura: i medici tendono ad offrire diagnosi ed interventi di tipo esclusivamente medico, ipotizzando una causa organica di malattia anche per andare incontro all’esigenza del paziente di una spiegazione oggettiva e al suo rifiuto per il termine stesso “psicosomatico”, ritenuto offensivo. Inoltre, il medico, probabilmente, utilizza un approccio “classico” alla malattia per difendersi dal coinvolgimento emotivo presentato dal paziente in difficoltà.

### **La diagnosi psicosomatica**

Formulare una diagnosi psicosomatica per il clinico significa confrontarsi con la complessità di questa disciplina. Nessuna diagnosi in psicosomatica è pienamente soddisfacente perché riesce a spiegare solo una parte dei sintomi e richiede quindi una grande elasticità mentale da parte del clinico nel valutare il meccanismo di mediazione mente-corpo. Il rischio è di sopravvalutare o sottovalutare gli aspetti “psico” del problema clinico presentato dal paziente, oppure sottovalutare i fattori biologici non ancora noti o sufficientemente indagati.

La diagnosi psicosomatica ha molti aspetti di sovrapposizione con la diagnosi in area psico-sociale, ma dispone di molti meno strumenti valutativi attendibili e difficilmente può riferirsi a categorie come accade in medicina, del tipo “il paziente ha/non ha”.

Un paziente inviato in consultazione psicosomatica è generalmente una persona preoccupata per i suoi sintomi somatici o che prova un senso di malessere a causa dei suoi sintomi somatici. Difficilmente il paziente è in grado di stabilire una distinzione tra la percezione di malessere soggettiva e l’esperienza dei sintomi fisici. In genere il paziente viene dall’area medica specialistica e viene successivamente indirizzato all’area psicosomatica.

In definitiva, la diagnosi in psicosomatica non ha l’obiettivo di determinare se un certo dato è presente o meno (come accade nella concezione biomedica ristretta), ma *come* vengono codificate e interpretate soggettivamente le sensazioni corporee e quindi qual è il peso relativo dei fattori psicologici e biologici nel determinare la patologia e lo stato di malessere dell’individuo.

### **I tipi di Disturbi Psicosomatici**

La somatizzazione è il processo alla base del disturbo psicosomatico: con tale termine si intende il meccanismo che permette di trasformare i processi psichici in somatici, coinvolgendo il sistema endocrino ed immunitario.

I Disturbi Psicosomatici (o somatoformi) si devono intendere come malattie vere e proprie capaci di provocare danni a livello organico e, nelle quali le dinamiche psicologiche, emotive, familiari e sociali possono fungere da causa, mantenimento e/o esacerbazione.

Il meccanismo che sta alla base dei disturbi psicosomatici è la necessità delle emozioni, specialmente quando risultano troppo dolorose e insopportabili, di trovare uno sbocco immediato. Il disagio psicologico, quindi, si manifesta sul corpo in vari organi bersaglio, assumendo la forma di sintomi fisici.

I disturbi di tipo psicosomatico interessano in particolare:

- l'apparato gastrointestinale: gastrite, ulcera peptica, colite spastica psicosomatica, gastrite psicosomatica, intolleranze alimentari
- l'apparato cardiocircolatorio: aritmia, ipertensione essenziale, tachicardia, cardiopatia ischemica
- l'apparato respiratorio: sindrome iperventilatoria, asma bronchiale
- l'apparato urogenitale: enuresi, dolori mestruali, irregolarità mestruali, disfunzioni dell'erezione e/o dell'eiaculazione, anorgasmia
- il sistema cutaneo: l'acne, la psoriasi, l'orticaria, la dermatite psicosomatica, il prurito, la sudorazione profusa, la secchezza della cute e delle mucose
- il sistema muscoloscheletrico: la cefalea tensiva o mal di testa, la cefalea nucale, il torcicollo, i crampi muscolari, la stanchezza cronica, la fibromialgia, dolori al rachide, l'artrite.
- il sistema neurologico: alterazioni della coordinazione e/o dell'equilibrio, paralisi o ipostenie localizzate, difficoltà a deglutire, afonia, cecità, sordità, amnesie;
- Sintomi psicosomatici si trovano comunemente anche nelle varie forme di depressione e in quasi tutti i disturbi d'ansia.

Le manifestazioni organiche sono disagi reali e i sintomi possono portare ad un grado di sofferenza molto elevato in diverse aree del proprio funzionamento, come la vita affettiva, sociale, lavorativa e familiare.

I **disturbi di somatizzazione (o Somatoformi)**, invece, sono un gruppo di psicopatologie rinominate nell'ultima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5) "Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati".

Tali disturbi sono caratterizzati dallo sviluppo di specifiche reazioni cognitive, emozionali e comportamentali in risposta alla percezione di sintomi somatici disturbanti, non necessariamente di origine psichica.

Tra i Disturbi da sintomi somatici più comuni troviamo:

- ipocondria, in cui i sintomi somatici vengono interpretati dal soggetto come segni di una grave malattia, senza alcuna conferma medica;

- disturbo da dismorfismo corporeo, dove il paziente si focalizza su un difetto fisico, reale o immaginario, in modo talmente eccessivo da inficiare il normale svolgimento delle attività quotidiane, personali, sociali e relazionali;
- disturbo di somatizzazione, che si accompagna a sintomi e dolori (di tipo gastro-intestinale, pseudo-neurologico, sessuale, etc ...) non confermati da accertamenti ed esami medici;
- disturbo somatoforme indifferenziato, caratterizzato da sintomi come perdita di appetito, stanchezza cronica o problemi urinari;
- disturbo algico, che si presenta come un dolore cronico o recidivo in uno o più distretti corporei in assenza di diagnosi mediche confirmatorie;
- disturbo di conversione, in cui si rilevano sintomi o deficit nelle funzioni motorie volontarie o sensitive, in assenza di una condizione neurologica che ne giustifichi la presenza (come la cecità psicogena, i sintomi pseudo-epilettici, le paralisi psicogene e la difficoltà di deglutizione o bolo isterico).

I soggetti affetti da Disturbi Psicosomatici, tipicamente, non richiedono assistenza di tipo psicologico, ma medico, ma la risposta ai trattamenti sanitari è scarsa, nulla o temporanea, con forte sensibilità agli effetti collaterali. L'interpretazione di tali fenomeni, e le cause loro attribuite, è tipicamente allarmante, e il soggetto si convince di essere affetto (o di poter contrarre) una grave malattia.

In linea generale, la rassicurazione medica è inutile: la preoccupazione per lo stato di salute, nei casi gravi, diventa un elemento centrale nella definizione dell'identità.

L'età media di esordio dei Disturbi Psicosomatici varia a seconda del disturbo considerato. Possono presentarsi già dall'infanzia e spesso negli anziani sono sotto-diagnosticati, poiché una maggiore focalizzazione sulle proprie condizioni di salute è ritenuta normale.

Per stabilire "l'eccessività" dei sentimenti apprensivi può essere utile confrontare il comportamento della persona con quello tipicamente manifestato dagli individui di pari età nelle medesime condizioni fisiche e, ovviamente, valutare a sua interferenza nel funzionamento generale dell'individuo.

### **Il trattamento dei Disturbi Psicosomatici**

Ogni disturbo di natura psicosomatica richiede un trattamento individualizzato sulla base delle caratteristiche della persona e del quadro sintomatologico.

L'intervento immediato deve puntare ed eliminare i sintomi fisici per recuperare una maggiore efficienza nei vari settori di vita del paziente (sociale, lavorativo, relazionale ecc.), per cui è necessario consultare un medico specializzato nel tipo di disturbo presentato.

L'intervento psicologico è invece di aiuto per trattare gli aspetti inerenti alla sfera emozionale. Il lavoro iniziale è mirato a riportare in equilibrio l'attivazione psicofisiologica della persona in risposta agli eventi stressanti, ad esempio attraverso tecniche quali il training autogeno, il biofeedback e il rilassamento muscolare progressivo; successivamente lo scopo è accrescere il controllo sulle reazioni emotive e a ciò si accompagna anche un lavoro comportamentale e cognitivo. Il lavoro

comportamentale è mirato a modificare i comportamenti e le abitudini non salutari consolidate nel tempo e che incidono significativamente sulla patologia, mentre il lavoro cognitivo permette di ristrutturare il modo di interpretare gli eventi negativi e la percezione di poterli fronteggiare positivamente.

Proprio per la natura dei Disturbi Psicosomatici, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento, il terapeuta può incontrare difficoltà nel vincere le resistenze del paziente o nell'instaurare con lui un rapporto di fiducia: ciò è dato dal fatto che il paziente lamenta un disturbo fisico ma la diagnosi che gli viene restituita è anche e soprattutto psicologica. Inoltre, il disturbo comporta spesso dei vantaggi secondari, in quanto rappresenta una scorciatoia nell'affrontare emozioni dolorose e scomode, e contrastare tali vantaggi è un'altra sfida per il terapeuta.

L'obiettivo auspicato è una nuova consapevolezza, da parte del soggetto, delle proprie emozioni, delle proprie difese e del proprio disturbo, in modo da costruire un senso integrato di sé mente-corpo trovando soluzioni più adeguate per affrontare le emozioni.

- **MICROBIOTA INTESTINALE, PSICBIOTICI E SALUTE MENTALE**

Il **legame tra microbiota intestinale e salute mentale** è una delle aree più intriganti e promettenti della ricerca scientifica contemporanea.

Il **microbiota**, noto in passato come "flora batterica," è **un insieme di microrganismi** che vive nel corpo umano dalla nascita fino alla fine della vita. Questa popolazione comprende tra 500 e 1.000 specie diverse, formata principalmente da **batteri**, ma anche da **virus, funghi e protozoi**. Questi microbi risiedono sulla pelle, sulle mucose e nel tratto digestivo, **con particolare concentrazione nell'intestino**. La maggior parte di essi svolge funzioni benefiche per l'organismo, come la produzione di vitamine e enzimi, il supporto al sistema immunitario e la protezione dalle infezioni. Il microbiota varia da individuo a individuo ed è influenzato da fattori come genetica, tipo di parto, alimentazione, luogo di vita e abitudini personali.

Tra tutti, il **microbiota intestinale** è considerato **uno dei più rilevanti**. I batteri che compongono il Microbiota influenzano il cosiddetto **asse Intestino-Cervello**: esso rappresenta la comunicazione tra il sistema nervoso centrale (il cervello) e il sistema nervoso enterico (il sistema nervoso dell'intestino). Questi due sistemi sono collegati da una rete di segnali chimici, ormonali e nervosi che permettono loro di influenzarsi reciprocamente.

Allo stato attuale questo asse, vista la grandissima importanza dei ceppi batterici intestinali, viene definito anche "**Asse Microbioma-Intestino-Cervello**" dove la parola **Microbioma** si riferisce a **tutto il patrimonio genetico che deriva dai diversi ceppi batterici del Microbiota**.

Il tratto gastrointestinale è stato soprannominato negli ultimi anni "Secondo Cervello" o "**Cervello Enterico**." Questa definizione si deve al suo sistema nervoso autonomo, composto da ben 100 milioni di neuroni incorporati nelle sue pareti. **La cooperazione tra il cervello enterico e il microbiota rappresenta un incredibile esempio di co-evoluzione.**

- **La Psicobiotica**

Recenti studi, principalmente su roditori, hanno dimostrato che il microbiota intestinale influenza aspetti fondamentali come lo **sviluppo neuronale, la chimica cerebrale, le emozioni e persino il modo in cui rispondiamo allo stress o percepiamo il dolore**. È una connessione intrigante che sta dando slancio alla **psicobiotica**, una **disciplina che esplora proprio il legame tra salute mentale e salute intestinale**.

L'idea che alcuni ceppi batterici possano influenzare non solo la salute gastrointestinale ma anche quella mentale rappresenta una prospettiva rivoluzionaria. Diversi studi recenti (hanno evidenziato come il **microbiota intestinale sia coinvolto nei meccanismi biochimici cerebrali, suggerendo che la sua salute possa essere direttamente collegata a diversi disturbi psichiatrici e neurologici**:

**-Depressione e Ansia:** la disbiosi intestinale, o squilibrio nel microbiota, è stata osservata in individui con depressione e ansia. L'infiammazione causata da questo squilibrio può attivare percorsi immunologici che incidono negativamente sull'umore, aumentando il rischio di depressione. Inoltre, alti livelli di cortisolo, l'ormone dello stress, sono spesso correlati a disbiosi intestinale, suggerendo che il miglioramento della salute intestinale possa alleviare ansia e stress.

**-Autismo e Disturbi Neuropsichiatrici:** alterazioni del microbiota intestinale sono state riscontrate nei bambini con disturbi dello spettro autistico. La manipolazione del microbiota attraverso probiotici o diete mirate potrebbe migliorare alcuni sintomi comportamentali e cognitivi. Sebbene gli effetti siano ancora in fase di studio, i risultati finora offrono speranza per approcci innovativi.

**- Schizofrenia:** ricerche preliminari indicano che un microbiota disbiotico potrebbe contribuire allo sviluppo della schizofrenia. Il legame tra infiammazione cronica e microbiota alterato sembra giocare un ruolo chiave, con potenziali impatti sul comportamento e sulla percezione mentale.

L'assunzione di probiotici specifici, definiti **Psicobiotici** ossia sostanze che svolgono un'azione benefica a livello intestinale agendo però, tramite l'asse intestino-cervello, anche sul Sistema Nervoso Centrale, potrebbe quindi non solo migliorare queste condizioni psichiatriche, ma anche ottimizzare alcune funzioni cognitive, rafforzando il legame tra corpo e mente.

Gli psicobiotici possono, pertanto, rappresentare un'**innovativa strategia terapeutica, coadiuvante o alternativa ai trattamenti farmacologici convenzionali**.

Anche se molti studi sono stati condotti su modelli animali, la Psicobiotica è un campo i cui benefici potenziali sono davvero promettenti.

### ○ **In che modo il microbiota intestinale influenza il cervello?**

Gli studi di Psicobiotica puntano a capire in che modo il microbiota intestinale umano influenzi il cervello. Sono state avanzate alcune ipotesi, mettendo in evidenza alcuni meccanismi:

- 1. Il Nervo Vago:** il Nervo Vago sembra giocare un ruolo chiave in questa connessione bidirezionale tra intestino e cervello. Questo nervo, che collega l'encefalo al tratto gastrointestinale, è stato al centro di uno studio significativo del 2011 condotto dal gruppo del Dr. Ted Dinan. In questo studio su modelli animali, i ricercatori hanno scoperto che una dieta arricchita con alti dosaggi di probiotici, in particolare il *Lactobacillus rhamnosus*, portava a una riduzione dell'ansia e della depressione nei topi. Inoltre, questi animali dimostravano una migliore gestione dello stress, grazie alla maggiore espressione dei recettori GABA nel cervello, che sono fondamentali per il controllo delle risposte emozionali

e comportamentali. Curiosamente, nei ratti con Nervo Vago danneggiato, tali benefici non si manifestavano, evidenziando il ruolo cruciale di questa struttura nervosa. Questa scoperta apre scenari entusiasmanti per la ricerca sulla relazione tra microbiota intestinale e salute mentale.

2. **I neurotrasmettitori:** alcuni ceppi batterici, come *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, possono produrre neurotrasmettitori chiave come il **GABA**, noto per il suo ruolo nel ridurre l'ansia, e l'**acetilcolina**, fondamentale per la memoria e l'apprendimento. Inoltre, in animali con un microbiota sano, i livelli ematici di **serotonina**, un neurotrasmettitore associato all'umore e al comportamento, sono significativamente più alti rispetto a quelli con disbiosi intestinale indotta. Non solo: nei casi di completo danneggiamento del microbiota intestinale, si osservano concentrazioni ridotte di **noradrenalina** e serotonina nei tessuti cerebrali, evidenziando la **dipendenza della loro produzione da un ecosistema intestinale equilibrato**.
3. **Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA Axis):** diversi studi mettono in luce il profondo impatto del microbiota intestinale sul sistema ormonale e sulla **regolazione dello stress**. È particolarmente interessante osservare come la disbiosi intestinale possa alterare i livelli di **cortisolo**, un ormone dello stress cruciale, e **contribuire a disturbi dell'umore come ansia e depressione**. La normalizzazione di questi livelli attraverso trapianti fecali o probiotici (come *Lactobacillus helveticus* R0052 e *Bifidobacterium longum* R0175) rappresenta un importante passo avanti, riducendo il distress psicologico attraverso la riduzione dei livelli di cortisolo. Questi risultati suggeriscono potenziali approcci per prevenire o trattare patologie psichiatriche, in particolare quelle legate allo stress cronico, attraverso il microbiota.
4. **Regolazione della risposta infiammatoria: il ruolo delle citochine infiammatorie** nell'insorgenza di fenomeni patologici, come depressione, ansia e stress, è un tema cruciale che il microbiota intestinale sembra influenzare attivamente. La capacità dei probiotici di ridurre questi mediatori dell'infiammazione offre una prospettiva promettente per la gestione di disturbi correlati. Gli studi dimostrano che: i probiotici possono stimolare la produzione di cellule T regolatorie, fondamentali per limitare i fenomeni autoimmuni e infiammatori; promuovono la sintesi di Interleuchina 10 (IL-10), una citochina immunoregolatrice che non solo inibisce l'infiammazione ma è implicata nei meccanismi che potrebbero contribuire a fenomeni depressivi; la somministrazione di probiotici, come il *Lactobacillus GG*, ha dimostrato di aumentare la produzione di IL-10 anche in donne gravide, sottolineando il potenziale impatto su popolazioni specifiche.

Questi risultati evidenziano come il microbiota non sia solo un "attore" passivo della salute intestinale, ma giochi un ruolo attivo nella regolazione neurologica e su alcune condizioni mentali.

I DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare) possono essere definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare o comportamenti finalizzati al controllo del peso e delle forme corporee. Questi danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e sociale e non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

Il nucleo psicopatologico comune dei DCA è rappresentato da diverse **convinzioni disfunzionali** che causano o mantengono il disturbo:

- convinzioni distorte su cibo e alimentazione
- convinzioni distorte/preoccupazione eccessiva per il peso
- convinzioni distorte sulla propria immagine corporea
- comportamenti auto prescrittivi riguardo il cibo.

Tali idee interagiscono con altre caratteristiche individuali e di personalità, quali il **perfezionismo**, la **dimensione del controllo**, l'impulsività, una bassa autostima, le difficoltà relazionali e una scarsa tolleranza alle emozioni.

I DCA colpiscono soprattutto gli adolescenti di **sexso femminile**, con un'età di insorgenza che va dai 12 ai 25 anni ed un picco intorno ai 14 anni e ai 17 anni. Negli ultimi anni, però, si sono notati sempre più casi ad insorgenza tardiva, oltre i 30 anni.

Un Disturbo della Condotta Alimentare in età adulta può manifestarsi come il ritorno di sintomi già presentati in passato, espressione di sintomi di nuova insorgenza o come definizione di un disturbo che il paziente viveva già da molti anni, mai trattato prima come disturbo alimentare.

#### ○ **Tipi di DCA in età adulta**

I disturbi alimentari più comuni in età adulta (DSM 5) sono:

- **Anoressia**: preoccupazione per il peso corporeo e restrizione alimentare che ha come conseguenza un peso corporeo molto basso. Può includere altri comportamenti come il vomito dopo i pasti, l'uso di lassativi o pillole dietetiche e un esercizio intenso
- **Bulimia**: ripetuti episodi in cui si assume una grande quantità di cibo in un breve periodo di tempo, seguita da comportamenti messi in atto per compensare l'abbuffata, sensi di colpa e senso di perdita di controllo
- Disturbo da **Binge Eating (BED)**: episodi ripetuti di alimentazione incontrollata accompagnati da un senso di perdita di controllo o da vere e proprie amnesie dissociative
- **Disturbo da alimentazione selettiva (ARFID)**: una modalità di alimentazione in cui l'individuo non riesce a mantenere i propri bisogni nutritivi o energetici. Il cibo consumato può risultare poco per scarso appetito o per le caratteristiche del cibo selezionato

Negli ultimi anni, inoltre, sono stati individuati alcuni nuovi disturbi alimentari che non rientrano nella classificazione ufficiale:

- **Vigoressia:** caratterizzata da una forte dispercezione corporea, che è opposta a quella di chi soffre di anoressia. Il vigoressico (tipicamente di sesso maschile) ha l'idea di essere troppo debole e magro, di conseguenza fa diete iperproteiche e anabolizzanti e diventa dipendente dall'esercizio fisico.
- **Ortoressia:** si tratta di una ossessione per i cibi sani e "puri" (vegetali crudi, cibi macrobiotici, alimenti privi di pesticidi, conservanti ed altre sostanze artificiali, ecc.)
- **Pregressia:** dall'inglese "*pregnancy e anorexia*", è il disturbo alimentare che insorge nelle donne incinte che sono spaventate all'idea di aumentare di peso. Ciò comporta che durante la gravidanza queste donne si sottopongono ad allenamenti prolungati e diete ipocaloriche, correndo dei rischi per la salute personale e quella del feto.
- **Night Eating Syndrome:** è un disturbo alimentare non molto conosciuto, che porta a un consumo eccessivo di cibo nelle ore serali e notturne, accompagnato da notevoli difficoltà di addormentamento e insonnia. Il disturbo alimentare è spesso associato a depressione, disturbi fisici e disturbi del sonno.

### **I sintomi di un DCA in età adulta**

I sintomi in genere progrediscono nel tempo, in una *escalation* da cui è difficile uscire: si può passare dal rifiuto di un particolare alimento, al rifiuto del cibo in generale, al rifiuto del proprio aspetto fisico, ad una sempre maggiore distorsione nella percezione del proprio aspetto corporeo (dismorfismo corporeo).

Spesso i sintomi si accompagnano ad un'attività atletica intensa e compulsiva, al ricorso alla chirurgia plastica ed estetica, ad un iper-controllo sulla dieta da seguire, all'uso di lassativi.

Il cibo può essere usato come ricompensa o la sua assunzione può sottostare ad un rigido conteggio delle calorie, nell'illusoria convinzione che un fermo controllo sul corpo possa risolvere problemi di altra natura (affettiva, relazionale, lavorativa ecc.).

Si associa talvolta l'abuso di alcool, l'ansia e la depressione.

Abitudini alimentari gravemente disequilibrate possono portare conseguenze fisiche a lungo termine, quali problemi gastrointestinali, problemi di motilità, osteoporosi, squilibri ormonali e irregolarità mestruali con conseguenze sulla fertilità.

### **Il trattamento dei DCA in età adulta**

Come per le altre fasce di età, anche nell'età adulta i Disturbi del Comportamento Alimentare dovrebbero essere soggetti ad un'ampia e tempestiva attività di prevenzione e cura per interrompere i fattori di mantenimento ed evitare la cronicizzazione del disturbo, con ricadute su varie funzioni corporee.

Il trattamento dei pazienti adulti si basa su un lavoro integrato e multidisciplinare, che comprende terapie nutrizionali, interventi psichiatrici, psicoterapia, eventuali ricoveri in strutture ospedaliere o comunità.

In particolare, l'approccio psicoterapeutico è spesso familiare, poiché considera l'intero sistema famiglia come fattore predisponente e di mantenimento del disturbo.

La durata del percorso di guarigione da un DCA può variare da persona a persona e può dipendere da vari fattori come la gravità del disturbo, il tempo trascorso prima di cercare aiuto e l'adesione al trattamento.

## ***“Io e le mie Dipendenze”***

### **Cosa si intende per Dipendenza?**

Per dipendenza si intende un'alterazione del comportamento che da semplice o comune abitudine diventa un bisogno assoluto, attraverso mezzi o sostanze o comportamenti che sfociano in una condizione patologica, portando il soggetto alla perdita del controllo.

Le diverse forme di dipendenza conosciute si possono sviluppare sia nei confronti di determinate sostanze, sia nei confronti di determinati comportamenti o atteggiamenti. Independentemente dall'oggetto, la dipendenza si può presentare in due diverse forme:

1 La dipendenza fisica è caratterizzata da un vero e proprio bisogno fisico di assumere la sostanza o di adottare un determinato comportamento. In assenza della soddisfazione di tale bisogno il paziente va incontro alla sindrome d'astinenza.

2 La dipendenza psichica è caratterizzata da un incoercibile desiderio di provare nuovamente gli effetti piacevoli della sostanza o del comportamento da cui si è dipendenti.

Tra i meccanismi alla base dei fenomeni di dipendenza e tra i fattori di rischio vi sono fattori psicologici, neurobiologici e sociali.

- A livello psicologico hanno un peso le caratteristiche di personalità (scarsa autostima, personalità alla continua ricerca di sensazioni gratificanti- *sensation seeker*, esperienze di vita negative o traumatiche, stili di attaccamento).
- A livello neurobiologico è stato dimostrato il coinvolgimento di alcuni neurotrasmettitori implicati nella regolazione del tono dell'umore e nel meccanismo della gratificazione-ricompensa quali la dopamina, la serotonina e la noradrenalina.
- A livello sociale il contesto familiare e l'ambiente sociale, culturale ed economico in cui l'individuo cresce e vive possono agire in senso negativo.

## **La diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze (DUS)**

La dipendenza da sostanze è definita come il modello di comportamento compulsivo di ricerca e assunzione di una sostanza che si sostituisce a molte altre attività, anche laddove l'assunzione arrechi danno significativo all'individuo.

Tra le sostanze di abuso più comunemente utilizzate vi sono le droghe illegali (cannabis, cocaina, allucinogeni quali LSD, droghe dissociative quali MDMA e Ketamina, oppiacei come morfina ed eroina, Anfetamine e Metanfetamine), l'alcool, gli steroidi, il tabacco e l'uso improprio dei farmaci con prescrizione.

Generalmente il consumatore passa dalla sperimentazione all'uso occasionale per arrivare infine all'uso intenso e qualche volta ad un vero e proprio Disturbo da uso di sostanze.

Questa progressione è complessa e il processo dipende dall'interazione tra la sostanza, il consumatore e il contesto di riferimento.

La diagnosi di DUS si basa sull'individuazione di un modello patologico di comportamenti, in cui i pazienti continuano ad usare e ricercare una sostanza nonostante vivano notevoli problemi legati al suo utilizzo.

Il DSM 5- TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) ha apportato un cambiamento fondamentale rispetto alla versione precedente del Manuale: non separa più le diagnosi di "abuso" e "dipendenza da sostanze", ma le fonde in un unico Disturbo da uso di sostanze misurato su un continuum da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi divisi in 4 categorie. La soglia per la diagnosi di Disturbo da uso di sostanze viene stabilita a due o più criteri entro un periodo di 12 mesi.

Le 4 categorie individuate per i sintomi sono:

### 1. Controllo sull'uso ridotto:

- La persona assume la sostanza in quantità maggiori o per un tempo più lungo di quanto originariamente previsto
- La persona vorrebbe fermare o ridurre l'uso della sostanza
- La persona passa un tempo significativo a ottenere, utilizzare, o riprendersi dagli effetti della sostanza
- La persona ha un desiderio incontrollabile di utilizzare la sostanza (*craving*)

### 2. Compromissione sociale:

- La persona non rispetta i principali obblighi di ruolo sul posto di lavoro, a scuola, o a casa
- La persona continua ad utilizzare la sostanza, anche se provoca (o peggiora) problemi sociali o interpersonali

- La persona riduce o rinuncia a un'attività sociale, lavorativa o ricreativa significativa a causa dell'uso di sostanze

### 3. Uso rischioso:

- La persona utilizza la sostanza in situazioni fisicamente pericolose (p. es., mentre guida)
- La persona continua ad utilizzare la sostanza pur sapendo che si sta aggravando un problema medico o psicologico

### 4. Sintomi farmacologici:

- **Tolleranza:** il fenomeno per il quale, a causa di cambiamenti cerebrali, gli effetti dell'assunzione tendono a decrescere col tempo costringendo il consumatore ad aumentare progressivamente le dosi della sostanza per raggiungere lo stesso effetto desiderato
- **Astinenza:** la mancanza temporanea della sostanza o la sua sospensione genera malessere fisico (tipicamente ansia, irritabilità, nausea/ vomito, tremori e spossatezza)  
I sintomi di astinenza che si sviluppano in seguito a utilizzi medici appropriati (ad esempio oppioidi) non contano come criteri per la diagnosi di un disturbo da uso di sostanze.

Il grado di dipendenza, astinenza e tolleranza variano molto al variare della sostanza.

Per quanto riguarda l'indice di gravità, un disturbo da uso di sostanze lieve è suggerito dalla presenza di 2-3 sintomi, moderato da 4-5 sintomi e grave da 6 o più sintomi.

Il cambiamento della gravità nel corso del tempo è anche rilevabile dalle riduzioni o dagli aumenti nella frequenza e/o dose di sostanza usata, valutati tramite il resoconto diretto dall'individuo interessato, il resoconto di altri esperti, le osservazioni del clinico e test biologici.

## **Le Cause di un Disturbo da Uso di Sostanze**

Alla base dello sviluppo di un Disturbo da Sostanze possono esserci molteplici fattori, che devono essere considerati come fattori di rischio o predisponenti. Tali fattori, intrecciandosi tra loro, possono contribuire all'instaurarsi di una vera e propria dipendenza nel consumatore.

Le variabili predisponenti comprendono fattori psicologici e di sviluppo, fattori ambientali/sociali e la compresenza di altri disturbi.

- Fattori psicologici e di sviluppo:

- aver avuto una storia di dipendenze nella propria famiglia aumenta il rischio di sviluppare una dipendenza da sostanze, sia a causa di una probabile componente genetica sia per l'influenza ambientale e psicologica che si riceve
- certi tipi di organizzazione e di modelli comunicativi della famiglia nel tossicodipendente (mancato svincolo del giovane adulto, debolezza dei confini tra i sottosistemi della famiglia,

modello comunicativo caratterizzato da contraddittorietà dei messaggi e paradosso, violenza nello sviluppo di conflitti, rappresentazione di un “figlio buono” e un “figlio cattivo” ecc.)

- Utilizzo precoce di sostanze
- Comportamenti antisociali, alti livelli di impulsività, di assunzione di rischi e di ricerca di novità
- Fattori genetici ed epigenetici che influenzano la progressione della dipendenza
- Fattori ambientali/sociali: influenza del gruppo dei pari, specialmente per i più giovani, e condizioni di svantaggio socio-culturale.
- Compresenza di disturbi mentali:
  - una diagnosi di Depressione o Disturbo da Stress Post Traumatico comporta una maggiore probabilità di sviluppare una Dipendenza da Sostanze, utilizzata come modalità per gestire emozioni quali paura, vergogna, senso di colpa.
  - Essere un paziente con dolore cronico che assume farmaci (ad es. oppioidi) per avere sollievo può portare a sviluppare una dipendenza.

## **Il trattamento dei DUS**

Il trattamento di un Disturbo da Uso di Sostanze può essere complesso e la guarigione dalla dipendenza può essere un processo lungo, con frequenti ricadute. Gli interventi sono di diversa natura a seconda della tipologia di sostanza verso cui si è sviluppata la dipendenza e del grado.

Ad esempio, nel caso della Dipendenza da Droghe, oggi caratterizzata dal fenomeno dell'assunzione di più sostanze d'abuso classiche, l'assistenza alle persone tossicodipendenti è assicurata nel nostro Paese da un sistema integrato di servizi pubblici (SERD) e del Privato Sociale, del volontariato e dell'associazionismo. Gli interventi vanno dalla prevenzione e riduzione del rischio e del danno, alla diagnosi, al trattamento terapeutico-riabilitativo fino al reinserimento sociale.

Il trattamento di uno stato di tossicodipendenza può essere efficace ed è finalizzato a migliorare la salute e la qualità della vita della persona dipendente riducendo o cessando l'utilizzo della sostanza, favorendo il ritorno in società (lavoro, famiglia ecc) e la cessazione di comportamenti devianti spesso correlati (violenza, reati)

È molto importante che il trattamento venga avviato rapidamente e che nel tempo si modifichi sulla base dei cambiamenti e necessità del paziente. Data la natura multifattoriale della tossicodipendenza e considerato l'intervento di numerosi fattori che la determinano e la qualificano, considerata la sua ciclicità in termini di apparenti guarigioni e successive ricadute, è indispensabile che l'intervento si adatti alle condizioni del caso, che non abbia rigidità assolute. La maggior parte delle persone con gravi problemi di tossicodipendenza sono poli-assuntori e richiedono un trattamento per tutte le sostanze di cui abusano.

L'uso di farmaci (ad es. metadone, buprenorfina e naltrexone) è consigliato in determinati casi (come la dipendenza da oppiacei) specialmente se abbinato ad interventi di natura psicologica o se coesistono altri disturbi psicologici. In generale i migliori programmi di trattamento includono una combinazione di terapie e servizi (psico-sociale, farmacologica, residenziale).

I trattamenti psicoterapeutici sono ampiamente utilizzati per i disturbi da uso di sostanze ed includono terapie individuali, familiari e di gruppo, ciascuna con vari orientamenti (Cognitivo Comportamentale, Sistemico Familiare, Psicodinamica ecc.). La finalità principale è quella di individuare gli aspetti di vita, di personalità, di sviluppo del paziente che possono aver contribuito all'uso di droghe o al mantenimento della dipendenza, spostando e fissando sulla droga diversi tipi di conflitto individuale o interpersonale.

In generale in un intervento su una condizione di Tossicodipendenza possiamo individuare 4 stadi:

1. Fase acuta, ovvero risoluzione dell'astinenza – “disintossicazione”.
2. Stabilizzazione del paziente con terapia farmacologia e supporto psico-sociale.
3. Riabilitazione, ovvero fornire i mezzi per un complessivo cambiamento e un reinserimento sociale.
4. Fase della cura continua, ovvero mantenimento dei risultati raggiunti ed evitamento delle ricadute. Nel caso (frequente) di ricaduta riaccoglienza del paziente in un nuovo trattamento.

## **DIPENDENZA DA USO DI ALCOL (DUA)**

L'alcol è capace di indurre dipendenza (alcol-dipendenza) superiore rispetto alle sostanze o droghe illegali più conosciute.

La dipendenza alcolica è caratterizzata da un comportamento ossessivo di ricerca compulsiva di bevande alcoliche (tipica la necessità di bere al mattino, appena svegliati) e da assuefazione e tolleranza (per raggiungere un determinato effetto desiderato si è costretti a bere quantità sempre maggiori di bevande alcoliche). Come per qualunque dipendenza da sostanze, la brusca interruzione del consumo di alcol causa la sindrome da astinenza caratterizzata da spiacevoli sintomi fisici quali tachicardia, tremori, nausea e vomito, agitazione, allucinazioni.

Per quanto riguarda la diagnosi della Dipendenza da Uso di Alcol si rimanda ai criteri diagnostici generali per il **DUS** e al paragrafo sul trattamento.

Possiamo dire comunque che identificare correttamente i problemi e le patologie alcol-correlate e la dipendenza può essere difficoltoso. Spesso è difficile l'inquadramento precoce del DUA, poiché i pazienti giungono all'osservazione dei servizi per le dipendenze con patologia non riconosciuta da anni o in presenza di complicanze organiche collegate all'assunzione di bevande alcoliche.

Inoltre, i portatori di tali problemi generalmente non sono facili al dialogo, non ammettono di avere un problema con l'alcol, tendono a non riferire in modo corretto i dati anamnestici o non ne attribuiscono una relazione con l'alcol. Inoltre, i problemi alcol-correlati sono spesso negati o minimizzati non solo dal consumatore stesso, ma anche dalla famiglia e dagli amici.

Per questo motivo è importante raccogliere quanti più elementi diretti e indiretti da tutte le fonti a disposizione (soggetto, familiari, amici, colleghi di lavoro, medico di medicina generale, cartelle cliniche, storia di incidenti stradali, ritiro della patente, lesioni e percosse ai familiari, comportamenti aggressivi, ricoveri in Pronto Soccorso, licenziamenti ecc.)

In merito al DUA oramai vi è pieno consenso sulla sua natura bio-psico-sociale, caratterizzata dall'interazione tra fattori biologici, psicologici e ambientali che ne determinano anche la grande variabilità fenomenologica.

Tuttavia, all'interno di tale variabilità, possiamo individuare degli aspetti specifici nell'esperienza e nelle manifestazioni comportamentali delle persone con DUA:

- L'incontro iniziale del soggetto con la sostanza può avvenire in modo casuale o ricercato, e generare un'alterazione sensoriale, percettiva o dello stato di coscienza, producendo gratificazione, piacere, euforia e/o riducendo la percezione del dolore.  
Il significato e il valore che il soggetto attribuisce all'ottenimento di questi effetti, nonché il grado di consapevolezza con cui ciò avviene, favorisce o meno la reiterazione del comportamento in un circuito auto-rinforzantesi che gioca un ruolo fondamentale nell'instaurazione e nel mantenimento del DUA.
- Con il passare del tempo si manifestano i fenomeni dell'assuefazione e della tolleranza con i loro effetti spiacevoli e non di rado accade che gli stessi stati spiacevoli vengano gestiti proprio con il consumo di alcol, contribuendo al suo progressivo aggravamento e cronicizzazione, in cui periodi di remissione totale o parziale saranno alternati a periodi di ricaduta.

### **Le cause del Disturbo da Uso di Alcol**

Negli anni, una vasta mole di studi si è focalizzata sull'individuazione e la comprensione di aspetti comuni nell'esperienza o nel funzionamento dei soggetti con DUA.

In particolare, vi sono numerose evidenze circa la correlazione tra eventi stressanti (includere le esperienze traumatiche precoci e le situazioni di grave trascuratezza da parte dei caregiver), stili di attaccamento, Alessitimia, utilizzo di meccanismi dissociativi e l'instaurarsi di un DUA.

Grande importanza ha avuto anche la ricerca sull'impulsività, in quanto è stato evidenziato il ruolo dell'impulsività come mediatore tra evento stressante e abuso alcolico: in generale sappiamo che i soggetti con forte impulsività sono maggiormente esposti allo sviluppo di DUS/DUA, e come l'uso stesso di sostanze accentui la tendenza all'impulsività.

Anche il costrutto di compulsività è stato studiato, trovando alcuni meccanismi comuni tra Disturbo Ossessivo Compulsivo e Disturbo da Uso di Alcol, per cui le forme del DUA più resistenti al trattamento sono associate allo sviluppo dell'uso compulsivo di alcol, che a sua volta contribuisce all'alto tasso di recidiva, in un circuito di auto-rinforzo.

### **Conseguenze della Disturbo da Uso di Alcol**

L'alcol è la causa di numerose patologie e problematiche psico-fisiche correlate, anche quando il suo grado di consumo non è da considerarsi una vera e propria dipendenza (consumo rischioso o dannoso).

L'alcol è una sostanza cancerogena in grado di causare dipendenza: qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a numerose malattie prevenibili come malattie cardiovascolari, disfunzioni metaboliche, vari tipi di cancro, malattie epatiche, eventi traumatici acuti come incidenti stradali, domestici e sul lavoro, danni alle persone diverse dai bevitori, disturbi comportamentali ed eventi psicotici.

L'alcol è considerato, infatti, il quinto fattore di rischio globale per il carico di malattie e, nel 2016, il 5,5% di tutte le morti nei 30 paesi dell'Unione Europea è stato causato dall'alcol, per un totale di 291.100 persone decedute principalmente a causa di cancro (29% delle morti attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali, autolesionismo e violenza interpersonale (28%); la percentuale più alta di morti attribuibili all'alcol è stata registrata nei giovani adulti.

A livello psichico e psicologico la Dipendenza da Alcol può comportare disturbi quali insonnia, instabilità emotiva (depressione alternata a euforia), irritabilità, ansia, Disturbi di personalità, Amnesie, Allucinazioni, deficit cognitivi, psicosi, tentati suicidi, dipendenza da altre sostanze, disfunzioni sessuali.

L'impatto psicologico del consumo di alcol può essere devastante anche per le famiglie, con effetti di trasmissione intergenerazionale. Col tempo, infatti, i membri della famiglia possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, e i bambini hanno un elevato rischio di sviluppare problemi emotivi, oltre a una probabilità quattro volte maggiore di avere a loro volta problemi con l'alcol nella propria vita. È dimostrato anche che la maggior parte dei figli di alcolodipendenti ha subito qualche forma di abbandono o abuso in casa nel corso della vita.

Il consumo di alcol può avere anche pesanti ripercussioni interpersonali e sociali: deterioramento delle relazioni personali e lavorative, disoccupazione, problemi finanziari, rottura del legame di coppia e separazioni, gioco d'azzardo, atti criminali (come vandalismo e violenza) e conseguenti problemi giudiziari, rischio di senza fissa dimora.

I danni causati dall'alcol possono iniziare molto presto a causa dell'esposizione prenatale all'alcol. Il consumo di alcol durante la gravidanza è associato a numerosi esiti gestazionali negativi, tra cui nati morti, aborti spontanei, parto pretermine, ritardo della crescita intrauterina e basso peso alla nascita e una seria condizione nota come sindrome alcolica fetale (FAS), che causa danni cerebrali permanenti, anomalie congenite e deficit cognitivi comportamentali, emotivi e psicologici.

Successivamente, nella fase adolescenziale i ragazzi si trovano in una finestra di vulnerabilità che li predispone maggiormente allo sviluppo di dipendenze legate all'abuso di sostanze, tra cui l'alcol. Bere durante questo periodo sensibile può causare danni alle strutture cerebrali ancora in sviluppo, effetti neuro-tossici e problemi comportamentali, come abbandono scolastico, atti violenti o comportamenti sessuali a rischio.

L'abuso corrente di alcolici nei soggetti di età più avanzata è associato ad un impoverimento consistente del funzionamento cognitivo globale, dell'apprendimento, della memoria, dell'attenzione e delle funzioni motorie. Una storia duratura di dipendenza da alcol, in generale, comporta conseguenze negative durature e prestazioni insufficienti nel campo neuro-cognitivo.

### **Il trattamento della Dipendenza da Alcol**

Il trattamento di una Dipendenza da Alcol inizia da una corretta diagnosi, che va intesa come un processo di identificazione dei problemi e patologie correlate al consumo di bevande alcoliche tramite un'attenta anamnesi individuale e familiare, un'anamnesi alcolica (primo contatto con l'alcol, anni di consumo a rischio, abitudini di consumo, precedenti tentativi di disintossicazione, ricadute), la somministrazione di questionari e test ad hoc, una valutazione medica (sintomi neurologici, epatici e gastroenterologici ecc.) e l'esecuzione di esami biochimici e strumentali.

Così come la patologia si manifesta in aree diverse della vita di una persona, anche l'individuazione ed il trattamento devono avvenire in contesti diversi, rispettando le differenti esigenze e manifestazioni della patologia (SERD, Centri Alcolologici Regionali, Associazioni, Comunità terapeutiche, servizi privati dedicati ad infanzia, adolescenza e famiglia ecc.)

Il primo contatto avviene generalmente con la richiesta di interrompere l'assunzione dannosa di alcol. Si valuta in prima istanza la possibile comparsa di segni o sintomi di astinenza alcolica per poter iniziare un idoneo trattamento farmacologico, con lo scopo di prevenire complicanze anche gravi.

Durante le prime fasi del trattamento/disintossicazione, sulla base dell'evoluzione clinica, della risposta al trattamento precoce dell'astinenza alcolica e delle informazioni acquisite dal paziente, si programma un intervento integrato multidisciplinare, farmacologico e psico-sociale.

Questi ha come obiettivi principali il mantenimento dell'astensione dall'alcol e la prevenzione delle ricadute e in un secondo momento il miglioramento della qualità di vita, della sofferenza psicologica, della sintomatologia psichiatrica e dei livelli di stress.

In linea generale, i farmaci specifici utilizzati nel trattamento del DUA tendono a diminuire gli effetti rinforzanti dell'alcol, agendo sui neurotrasmettitori coinvolti nei circuiti della ricompensa (*reward*) in particolare la dopamina, gli oppioidi endogeni, la serotonina, il GABA ed il glutammato.

Per quanto riguarda, invece, le opzioni di trattamento psicologico del DUA basate sull'evidenza recenti metanalisi hanno dimostrato che tutti i trattamenti psicologici per il DUA sono equamente validi ed efficaci. Fondamentale risulta la volontà della persona ad intraprendere un percorso terapeutico.

Tra i fattori che talvolta rendono particolarmente difficile la presa in carico, l'aderenza al trattamento e la prognosi delle persone con DUA predisponendo maggiormente a ricadute, svolge un ruolo fondamentale l'alta percentuale di comorbidità. Il Disturbo da Uso di Alcol può presentarsi in associazione con i disturbi depressivi, il Disturbo Bipolare, con alcuni Disturbi di Personalità, il disturbo da stress post-traumatico, i disturbi d'ansia, la schizofrenia e altri disturbi psicotici, l'ADHD e i disturbi dell'alimentazione.

Gli approcci psico-sociali di cui è stata maggiormente studiata l'efficacia sono il colloquio motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale, i gruppi di auto-mutuo-aiuto, la terapia psicodinamica, la terapia familiare, la mindfulness, la psicoeducazione, il Behavioural Self-Control Training, il Social Skill Training, il Coping Skill Training.

In sintesi, il trattamento del DUA deve prevedere una specificità e una gestione complessa e multidisciplinare, tenendo conto della condizione biologica, psicologica e sociale del paziente, oltre che delle aspettative e delle risorse di cui esso è portatore.

## **DIPENDENZE COMPORAMENTALI: LE "NEW ADDICTION"**

Con il termine "*New Addiction*" ci riferiamo a nuove forme di dipendenza comportamentale, in cui rientrano la Dipendenza Affettiva, il Gioco d'Azzardo patologico, la Dipendenza dal Sesso, la Dipendenza da Nuove Tecnologie (link adolescenza), la Dipendenza dal lavoro (link).

Le *New Addiction* comprendono tutte quelle forme di dipendenza in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica, ma l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività lecita o socialmente accettata. Queste attività rappresentano parte integrante della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche fino a provocare gravissime conseguenze che si ripercuotono sull'intero funzionamento della vita della persona e sul contesto sociale di appartenenza.

Il fenomeno delle nuove dipendenze si lega ai cambiamenti sociali e culturali tipici della "post-modernità liquida" (Bauman), caratterizzata da un alone di precarietà, incertezze, un'assenza di punti di riferimento solidi, di prospettive future concrete e di legami stabili. Tutto questo da un lato può evocare un senso di libertà e assenza di vincoli, ma dall'altro può generare un profondo senso di confusione e disorientamento e vulnerabilità alla dipendenza.

Le *New Addiction* rappresentano un crescente desiderio di evasione dalla realtà e sono la conseguenza dell'incapacità crescente di tollerare la sofferenza psichica, che porta a ricercare nuove sensazioni piacevoli messe in atto con modalità sempre più compulsive.

A causa della massiccia e recente diffusione di tali forme di dipendenza il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5) ha introdotto una sezione specifica dedicata all'area dei "disturbi non correlati a sostanze", conferendo dignità diagnostica a queste patologie comportamentali.

### **La Dipendenza Affettiva**

La dipendenza affettiva o *love addiction* è sempre stata indagata e definita come disturbo autonomo e viene classificata attualmente come "*new addiction*".

Si tratta di un modello disadattivo di relazione che porta ad angoscia o deterioramento clinicamente significativi. Il gruppo di Reynaud (2010), partendo dalle analogie riscontrate con la dipendenza da sostanze, ha identificato i seguenti criteri:

- sindrome di astinenza per l'assenza della persona amata, caratterizzata da significativa sofferenza e bisogno compulsivo dell'altro
- considerevole quantità di tempo speso per la relazione (in realtà o nel pensiero)
- riduzione di importanti attività sociali, lavorative o di svago per il tempo impiegato nella relazione
- persistente desiderio o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare la propria relazione
- ricerca costante della relazione, nonostante le problematiche create dalla stessa
- difficoltà di attaccamento manifestate da ripetute relazioni affettive non durevoli nel tempo o caratterizzate da attaccamento insicuro

Tali criteri, se letti in una certa ottica, potrebbero risultare come caratteristiche naturali dell'amore romantico di coppia, in cui c'è sempre una componente di dipendenza, passione e forte senso di fusione ("*love passion*").

Ciò che fa la differenza, però, tra una sana dipendenza e una dipendenza patologica ("*love addiction*") è il carattere rigido e pervasivo degli schemi comportamentali, che diventano necessità assolute e cadono nel versante disfunzionale, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative.

L'evoluzione di una coppia prevede infatti la possibilità di superare la fase dell'innamoramento e della fusione, arrivando a percepirsi come due individui separati e di riconoscere l'importanza della coppia senza perdere di vista la propria individualità. Se la coppia diventa un vincolo che comporta la trasformazione del desiderio in bisogno ed il permanere in uno stato fusionale e indifferenziato possiamo parlare di dipendenza affettiva.

### **Come si manifesta la Dipendenza Affettiva**

A livello comportamentale ed emotivo la Dipendenza affettiva si manifesta con:

- Intensa euforia alla presenza del partner
- Craving: desiderio irrefrenabile per il partner
- Tolleranza: bisogno costante di aumentare il tempo trascorso con il partner
- Chiusura sociale e abbandono di interessi e attività individuali
- Comportamenti di estrema compiacenza, sacrificio e accudimento dovuti alla paura di essere abbandonati dal partner e nel tentativo di controllarlo
- Perdita di controllo sui propri comportamenti e pensieri
- Scarsa capacità di prendere decisioni autonome e senza rassicurazione
- Paura costante di essere abbandonati

- Difficoltà a lasciare il partner e tendenza a giustificarlo anche in caso di violenza
- Ricadute, ossia cercare nuovamente il partner nonostante sia stato infedele o violento
- Sintomi di astinenza alla fine della relazione (ansia, panico, insonnia, irritabilità, perdita dell'appetito o abbuffate)

Nella dipendenza affettiva possiamo individuare un circolo vizioso: la persona dipendente ha una paura costante dell'abbandono e tende a mettere in primo piano i bisogni dell'altro e ciò lascia spazio, spesso, a personalità egocentriche o anaffettive che con i loro comportamenti finiscono per confermare la paura di non essere degni d'amore nella persona con dipendenza affettiva.

La lettura in questi casi non è sull'altro del tipo "E' una persona egocentrica", ma "Non mi ama perché non sono degna di amore".

Ne consegue un senso di colpa per l'andamento negativo della relazione di coppia ed un aumento del sacrificio verso l'altro, nel tentativo di "rincorrere" la relazione. D'altronde nel dipendente affettivo l'interruzione della relazione è vista come estremamente problematica, poiché induce sintomi tipici dell'astinenza come ansia, senso di vuoto, depressione.

Si configurano, così, relazioni profondamente distruttive che generano sofferenza a vari livelli e che possono esitare in abuso e violenza di genere.

### **Le cause della Dipendenza Affettiva**

Dagli studi sembrano emergere dei fattori predisponenti la Dipendenza Affettiva, quali:

- fenomeni di dissociazione e disregolazione conseguenti ad un trauma infantile (abuso emotivo o negligenza emotiva)
- uno stile di attaccamento insicuro (attaccamento preoccupato o timoroso)
- difficoltà nella regolazione delle emozioni.

Vi sono poi alcuni Disturbi di Personalità che includono e predispongono a comportamenti di dipendenza affettiva, come il Disturbo Dipendente di Personalità, il Disturbo Borderline, il Disturbo Istrionico e il Disturbo Narcisistico nella forma *covert*.

### **Il trattamento della Dipendenza Affettiva**

Nel caso della Dipendenza Affettiva chiedere aiuto richiede un particolare atto di coraggio, poiché spesso corrisponde alla chiusura della relazione disfunzionale e comporta la gestione dell'astinenza.

Come per molti altri disturbi uno degli obiettivi principali del trattamento della Dipendenza Affettiva è risolvere lo stato di sofferenza attuale del paziente in termini di sintomi e comportamenti disfunzionali, a partire da una presa di coscienza del problema.

In lavoro in psicoterapia permetterà di affrontare i nuclei di sofferenza legati ad esperienze infantili di abuso emotivo o trascuratezza che spesso sono alla base di percepirsi come non degni d'amore e dover dipendere dall'altro per avere un valore. Inoltre, bisognerà aiutare il paziente a mettere nuovamente al centro i propri bisogni e desideri, compiere scelte autonome e definire i propri confini

personali, attraverso un lavoro di ristrutturazione delle credenze disfunzionali legate al proprio valore e delle aspettative irrealistiche nei confronti della relazione di coppia.

La finalità ultima è che il paziente possa creare delle relazioni affettive basate sulla reciprocità ed in cui sentirsi finalmente accettati ed amati per quello che si è e mantenere nel tempo questo livello di valore personale e a prescindere dalla presenza di una relazione, costruendo un Sé più solido.

## **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)**

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (anche detto Ludopatia) è una patologia in espansione, una forma di dipendenza comportamentale non essendo correlata all'uso di una sostanza.

Il gioco d'azzardo è stato riconosciuto ufficialmente, per la prima volta, come disturbo psichiatrico dall'American Psychiatric Association (APA) nel 1980, fino ad arrivare all'attuale definizione di "Disturbo da Gioco d'Azzardo" (APA - DSM V 2013).

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è a tutti gli effetti una dipendenza patologica, caratterizzata da un bisogno incontrollabile di giocare d'azzardo e un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco nonostante le conseguenze negative che possono derivarne a livello personale, relazionale, lavorativo ed economico.

In ambito clinico è dimostrata la comorbilità con altre patologie quali la depressione, l'ipomania, il disturbo bipolare, l'impulsività, l'abuso di sostanze (alcol, tabacco, sostanze psicoattive illegali), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, istrionico, borderline), il deficit dell'attenzione con iperattività, il disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia e altri disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa, etc).

La prevalenza del Disturbo da gioco d'azzardo varia dall'1 al 3% della popolazione nella fascia di età tra i 40 e i 64 anni, ma si inizia a giocare prima, tra i 18 e i 25 anni.

Recenti studi (ADM e ISS 2016-2019) dimostrano la diffusione del gioco d'azzardo anche nella popolazione di adolescenti (14-17 anni), in quanto si stima che il 29,2% abbia praticato gioco d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi antecedenti alla ricerca.

Il disturbo interessa prevalentemente uomini, persone non sposate e con redditi bassi e il decorso del disturbo di solito è lento.

## **La diagnosi del Disturbo da Gioco d'Azzardo**

Secondo l'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, il DSM-5 TR, il disturbo da gioco d'azzardo viene classificato come una dipendenza comportamentale, caratterizzata da una serie di criteri specifici, cruciali per differenziare un'occasionale attività di svago e gioco da una vera e propria dipendenza.

Il giocatore deve soddisfare almeno 4 dei criteri sotto elencati:

A. Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata.

- B. È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
- C. Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
- D. È spesso preoccupato/a dal gioco d'azzardo (per es. ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo).
- E. Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es. indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a).
- F. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite).
- G. Mente per nascondere l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
- H. Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo
- I. Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo.

## **I sintomi del DGA**

I sintomi tipici della ludopatia possono differire da individuo a individuo, ma come abbiamo visto vi sono alcuni segnali comuni che indicano la presenza di questa forma di dipendenza:

- Compulsione al gioco: una irresistibile e incontrollabile voglia di giocare d'azzardo, che tende a crescere in frequenza e intensità nel tempo.
- Difficoltà a smettere di giocare nonostante le perdite economiche evidenti, con un aumento della quantità di denaro scommessa per cercare di recuperare le perdite o provare la stessa eccitazione.
- Pensieri costanti e preoccupazioni costanti sul gioco, con un'eccessiva riflessione sulle vittorie passate o le possibilità future.
- Problemi finanziari, difficoltà economiche gravi, con debiti accumulati e una tendenza a cercare ulteriori risorse per finanziare il gioco.
- Negligenza delle responsabilità: trascurare le responsabilità personali, familiari o lavorative a favore del gioco d'azzardo.
- Menzogne e inganni: mentire ai propri cari o nascondere il proprio comportamento di gioco per evitare di essere scoperti o minimizzare l'estensione del problema.

- Comportamenti a rischio: coinvolgimento in azioni rischiose o illegali per ottenere denaro da destinare al gioco, come furti o spaccio.

## **Le cause e i fattori di rischio del DGA**

Diverse cause e fattori agiscono insieme e favoriscono l'insorgenza del Disturbo da Gioco d'Azzardo. L'essere entrati in contatto con le sensazioni di adrenalina del gioco ed euforia della vincita è la causa principale di innesco e mantenimento del desiderio compulsivo (*craving*) e della dipendenza, in un ciclo in cui l'individuo è spinto a ricercare ripetutamente le sensazioni legate al gioco.

Alcuni studi recenti indicano la presenza di importanti fattori neurobiologici: l'alterazione del funzionamento di alcuni circuiti cerebrali legati alla gratificazione e alla ricompensa può rendere alcuni individui più suscettibili a tale forma di dipendenza comportamentale.

Quando si partecipa a un'attività gratificante come il gioco d'azzardo, i livelli di dopamina aumentano creando una forte spinta verso il comportamento. Con l'uso ripetuto, il cervello si adatta a questi livelli elevati di dopamina, portando a una desensibilizzazione dei recettori dopaminergici e un aumento dell'importanza attribuita al comportamento (saliienza incentivante).

Queste scoperte recenti hanno messo in luce come la dopamina sia più legata al desiderio che alla gratificazione: una persona può continuare a desiderare fortemente il gioco d'azzardo, anche se non dà più gratificazione e risulta persino dannoso.

Alla base del DGA vi sono poi fattori psicologici, quali l'impulsività o la difficoltà nel regolare le emozioni, e fattori socio-ambientali, come un ambiente sociale permissivo o incoraggiante nei confronti del gioco e la presenza in famiglia di altri giocatori.

## **Il trattamento del DGA**

L'accesso al trattamento mirato e personalizzato è essenziale per aumentare le probabilità di una remissione permanente e per prevenire ricadute future nella Dipendenza da gioco d'Azzardo, che è un disturbo complesso e ad alto rischio ricadute.

-La Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) è una cura mirata non invasiva e molto utile nella ludopatia, poiché agisce inviando impulsi magnetici alla corteccia cerebrale della persona, riducendo rapidamente il *craving*.

Esaminando le dimensioni chiave dell'esperienza di gioco, come il desiderio, la mancanza di controllo e l'instabilità emotiva, è possibile personalizzare la cura concentrandosi su specifici circuiti cerebrali.

-Negli ultimi anni il trattamento farmacologico con Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI), ha mostrato risultati promettenti nel ridurre l'impulso di giocare e le crisi emotive scatenate dal gioco compulsivo.

Tuttavia, è importante che il trattamento farmacologico sia parte di un trattamento integrato che includa anche il supporto psicologico e interventi comportamentali per massimizzare i benefici delle cure.

-Per quanto riguarda i trattamenti psicologici, la Terapia Cognitivo-Comportamentale è una delle terapie d'elezione, che ha l'obiettivo di esaminare i processi mentali dell'individuo che favoriscono

la dipendenza e sviluppare pensieri e comportamenti più sani in sostituzione di quelli dannosi, prevenendo le ricadute.

Altri approcci sono la Psicoterapia Dinamica e la Psicoterapia Familiare, per esplorare le dinamiche psicologiche e i fattori emotivi e relazionali che favoriscono la dipendenza.

Infine, un ruolo importante è anche quello dei Gruppi di supporto individuali e familiari dove i partecipanti possono condividere le loro esperienze e sostenersi a vicenda in un ambiente strutturato e sicuro, lavorando insieme per sviluppare nuove strategie e costruendo una rete sociale di supporto.

## **La Dipendenza dal Sesso**

La Dipendenza dal Sesso o Ipersessualità (in inglese *Sex Addiction*) fa parte delle nuove dipendenze comportamentali, in quanto non associata ad una sostanza ma ad una attività, appunto il sesso.

Il DSM 5 non la classifica come vero e proprio disturbo e c'è ancora oggi un dibattito in merito, ma l'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il Disturbo da Comportamento Sessuale Compulsivo come "caratterizzato da uno schema di fallimenti nel controllare impulsi sessuali intensi e ripetitivi, che sfociano in comportamenti sessuali ripetuti".

Il disturbo si manifesta in pensieri, fantasie ed impulsi sessuali ricorrenti e dal carattere invasivo, che sono associati ad una perdita di controllo sui comportamenti sessuali, non spiegati da sostanze assunte, condizioni mediche o episodi maniacali.

Ciò che distingue un elevato livello di libido da una dipendenza dal sesso è soprattutto l'aspetto quantitativo e la perdita di controllo degli impulsi: l'attività sessuale costituisce un problema ed una dipendenza quando viene espressa in modi e circostanze disfunzionali e non congrue all'esperienza di vita, in cui l'individuo si sente sopraffatto e prova disagio psico-fisico quando non può accedere all'attività sessuale.

Anche nell'ipersessualità, come per ogni altra dipendenza, il soggetto che ne è affetto vive delle fasi tipiche: il "craving", ovvero l'intenso desiderio della cosa di cui si è dipendenti (in questo caso il sesso), l'assuefazione e l'astinenza.

Il soggetto dipendente ha bisogno di aumentare i comportamenti sessuali o la loro intensità al fine di ottenere un appagamento e si genera, così, un meccanismo infinito che porta la dipendenza a radicarsi e l'individuo a perdere totalmente il controllo sulla propria capacità di scelta, sui propri pensieri e sui propri comportamenti, anche quando risultano potenzialmente dannosi.

## **Come si manifesta il Disturbo da Comportamento Sessuale Compulsivo?**

Generalmente, nell'ipersessualità l'attività sessuale si presenta come risposta a stati d'animo spiacevoli (es. umore depresso) o come strategia per ridurre lo stress e per affrontare emozioni dolorose. Ma tali comportamenti sessuali finiscono per causare essi stessi significativo disagio e stress, andando ad interferire con il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale e generando nuovamente emozioni spiacevoli quando l'effetto positivo svanisce.

Il dipendente dal sesso manifesterà, quindi, una serie di sintomi comportamentali, sessuali, cognitivi ed emotivi:

- Necessità di frequenti incontri sessuali con partner diversi
- masturbazione compulsiva
- frequente uso di pornografia.
- pensieri e fantasie ricorrenti e ossessive sul sesso
- senso di colpa, vergogna e vissuti di stigmatizzazione legati al proprio comportamento sessuale
- incremento di depressione, ansia, rabbia
- evitamento delle emozioni
- fallimento nei tentativi di interrompere o ridurre il comportamento sessuale eccessivo
- disfunzioni sessuali come eiaculazione precoce o ritardata
- rischio di contrarre malattie a trasmissione sessuale per l'esposizione a rapporti non protetti e alla prostituzione
- deterioramento dei rapporti affettivi e sociali
- problemi economici per le difficoltà in ambito relativo o per il consumo di denaro (prostituzione, servizi online)

### **Le cause della Dipendenza dal Sesso**

Alla base dello sviluppo dell'ipersessualità è possibile rintracciare alcuni fattori di rischio, che si traducono principalmente in dinamiche affettivo-relazionali e in alcuni disturbi concomitanti, che possono incidere sull'esordio del disturbo e sulla manifestazione sintomatologica del comportamento sessuale compulsivo.

Alcuni studi riportano negli individui dipendenti dal sesso:

- uno stile di attaccamento insicuro durante l'infanzia (la qualità del legame affettivo che ogni bambino sperimenta in relazione alle sue figure di attaccamento)
- essere stati vittime di abusi fisici, emotivi o sessuale con conseguenti vissuti traumatici
- uno stile educativo rigido e ipercontrollante
- una disfunzione del sistema dopaminergico che comporta uno scarso controllo degli impulsi e una tendenza a ricercare la gratificazione

- l'uso della dissociazione come meccanismo di difesa

Vi sono poi diversi disturbi mentali che possono presentarsi in comorbidità con l'ipersessualità, come altri disturbi di dipendenza comportamentale (soprattutto il gioco d'azzardo patologico), l'ansia e la depressione.

### **Il trattamento della Dipendenza dal Sesso**

Come per altre forme di dipendenza comportamentale, anche in questo caso si dimostrano efficaci trattamenti integrati e multidisciplinari che prevedono la terapia farmacologica di supporto alla psicoterapia individuale o di gruppo.

La psicoterapia individuale può aiutare il soggetto dipendente nell'elaborazione di traumi pregressi, nell'individuazione di fattori relazionali e cognitivi che sono alla base dei pensieri e dei comportamenti sessuali disfunzionali e per attivare nuove risorse per far fronte allo stress e alle emozioni spiacevoli, tornando a vivere una sessualità positiva.

Il gruppo può rivelarsi efficace proprio per alleviare i vissuti di stigmatizzazione e il senso di colpa connesso ai comportamenti sessuali eccessivi.

Possono essere utili anche tecniche di rilassamento ed esercizi di mindfulness, training autogeno e visualizzazione guidata.

## **1.2 SESSUOLOGIA INDIVIDUALE, DI COPPIA E TRATTAMENTO**

### ***“Io e la mia Sessualità”***

#### **Cos'è la Sessualità?**

Lo sviluppo sessuale è un processo continuo che inizia prima della nascita e continua per tutta la vita. I processi di sviluppo che organizzano una sessualità sana non sembrano essere sessuali di per sé: la qualità dell'attaccamento ai genitori e la capacità di chi si prende cura del bambino di identificare e soddisfare i suoi bisogni interagiscono con gli aspetti caratteriali per favorire il benessere e l'identità sessuale.

Gli esiti dello sviluppo nella prima infanzia gettano le basi su come la sessualità si svilupperà ed evolverà nell'adolescenza e nell'età adulta.

La sessualità è un aspetto fondamentale della vita e del benessere dell'individuo, che comprende sia l'ambito delle relazioni interpersonali, che quello dell'identità e del funzionamento sessuale.

La sessualità umana è caratterizzata principalmente dalla dimensione affettivo-emotiva, che è ormai riconosciuta anche a livello scientifico internazionale: nel 2006 l'OMS definisce la sessualità come “un aspetto centrale dell'essere umano lungo tutto l'arco della vita e comprende il sesso, le identità e i ruoli di genere, l'orientamento sessuale, l'eroticismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione. La

sessualità viene sperimentata ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, convinzioni, atteggiamenti, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni”.

## SESSUALITA' DI COPPIA

La sessualità all'interno della relazione di coppia rappresenta un fenomeno multidimensionale fondamentale, su cui si basa e che la alimenta, con valenze emotive, affettive, fisiche e psichiche. Il sesso rappresenta un tipo di linguaggio all'interno della coppia, attraverso il quale si veicolano messaggi e significati spesso taciuti a parole.

Nel rapporto sessuale è possibile distinguere tre dimensioni, strettamente collegate tra loro:

1. La **dimensione unitiva**: alla base delle disfunzioni sessuali, in molte coppie, vi è in realtà un disturbo relazionale oppure le difficoltà relazionali della coppia accentuano disfunzioni sessuali preesistenti. Ad esempio, nelle disfunzioni sessuali maschili l'ansia da prestazione, la paura di essere giudicato o respinto dalla partner rinforza il disturbo stesso, laddove invece la certezza di essere accolto e capito è molto di aiuto. Nella maggior parte dei casi, migliorando l'intimità affettiva, migliora anche l'intesa sessuale.
2. La **dimensione fecondativa**: in passato il rapporto sessuale era visto solo in questa dimensione, era giustificato, cioè, solo dal fatto che esso poteva generare una nuova vita. In realtà la fecondità del rapporto sessuale non si esaurisce nella fecondità fisica, ma va molto oltre: anche quando non è in grado di generare la vita, possiede sempre in sé la capacità di essere fecondo in un senso molto più ampio.
3. La **dimensione ludica**: il rapporto sessuale possiede in sé la capacità di generare un piacere che, pur partendo dal corpo, può andare molto al di là della semplice gratificazione fisica di un bisogno e invadere la persona anche nei suoi aspetti psicologici, intellettivi e spirituali (Si parla di aspetto ludico del rapporto sessuale per intendere che nel sesso ci si abbandona e ci si libera come quando si gioca. Allora il sesso può diventare un valido aiuto per l'unità della coppia e per riuscire ad affrontare e a superare meglio le sfide della relazione. L'aspetto del piacere ludico non è scontato, perché per potersi abbandonare veramente l'uno all'altro occorre una grande fiducia reciproca e non avere condizionamenti dovuti, ad esempio, ad una educazione rigida o da esperienze negative.

Spesso un rapporto sessuale gratificante rappresenta un punto d'arrivo nella vita di una coppia e a volte può succedere che questa gratificazione non venga mai raggiunta, anche a causa delle aspettative sociali riguardanti il sesso presenti nella nostra società.

## LE DISFUNZIONI SESSUALI

Le disfunzioni sessuali maschili (MSD, *Male Sexual Disorders*) e femminili (FSD, *Female Sexual Disorders*), possono esprimersi in un continuum che va dall'insoddisfazione (con potenziale integrità della risposta fisiologica, ma frustrazione emotivo-affettiva), alla disfunzione (con o senza modificazioni patologiche) alla patologia biologicamente determinata.

MSD e FSD possono causare un variabile grado di disagio e sofferenza (distress) personale e interpersonale e nell'uomo e nella donna, possono coesistere diversi tipi di disfunzioni sessuali (comorbidità sessuale, più frequente nelle donne). Una seconda importante comorbidità è quella tra condizioni mediche e disfunzioni sessuali: ad esempio, il diabete può avere ripercussioni sull'eccitazione, le malattie cardiovascolari sono associate alle disfunzioni erettile nell'uomo, le disfunzioni ormonali possono causare scarsa lubrificazione nella donna ecc.

### Le disfunzioni sessuali femminili

Secondo la fisiologia, lo schema tradizionale del ciclo di risposta sessuale comprende:

- Desiderio (libido), che può essere provocato da pensieri, immagini, odori o sensazioni tattili
- Eccitazione, in cui sono attivate le aree cerebrali coinvolte nell'ideazione, nella motivazione e nel desiderio, e che provoca una risposta genitale.
- Orgasmo, la fase di massimo eccitamento accompagnata da contrazioni involontarie dei muscoli pelvici
- Risoluzione, la fase post orgasmo caratterizzata da una sensazione di benessere e rilassamento.

La fisiologia della risposta sessuale della donna non è ancora completamente esplorata, ma sappiamo che coinvolge fattori ormonali (estrogeni in primis) e del sistema nervoso centrale.

Oltre a ciò, il ciclo della risposta sessuale di una donna è fortemente influenzato dalla sua salute mentale e dalla qualità della relazione con il proprio partner.

Un disturbo da disfunzione sessuale femminile viene diagnosticato quando i sintomi provocano disagio personale o interpersonale e sono presenti per almeno sei mesi.

Il DSM-5-TR distingue diversi tipi di disfunzione sessuale femminile, classificati in base ai sintomi.

Tra questi:

**Il Disturbo del dolore genito-pelvico (o Dispareunia).** La Dispareunia è il persistente e continuo dolore genitale nel corso di un rapporto sessuale o dopo di esso. Si tratta di un dolore pelvico profondo durante la penetrazione o dolore vulvovaginale superficiale causato da lieve tocco.

Può essere dovuta a cause organiche, ma possono essere presenti anche fattori di natura psicologica come uno stato d'ansia eccessivo. Nel trattamento sono indicate tecniche di desensibilizzazione sistematica e tecniche di rilassamento muscolare.

### Il Disturbo della penetrazione (Vaginismo)

Il Vaginismo è invece un restringimento di riflesso della muscolatura vaginale, senza alcuna causa fisica, ma semplicemente come conseguenza del timore e dell'ansia della penetrazione, rendendo la penetrazione difficile o impossibile. Il vaginismo spesso porta a una diminuzione del desiderio sessuale o evitamento dell'attività sessuale.

Il vaginismo viene concettualizzato come una risposta condizionata a un qualsiasi stimolo aversivo associato al coito o alla penetrazione vaginale. Il trattamento prevede anche qui una strategia di esposizione graduata in vivo, procedura da un training di rilassamento e poi focalizzato ai muscoli vaginali.

Il **disturbo femminile dell'interesse/eccitazione sessuale** è l'assenza o una diminuzione di almeno tre dei seguenti sintomi per più di 6 mesi:

- Interesse per l'attività sessuale
- Avvio dell'attività sessuale e reattività all'iniziazione di un partner
- Eccitazione o piacere durante quasi tutte le attività sessuali
- Fantasie o pensieri sessuali o erotici
- Sensazioni genitali o non genitali durante l'attività sessuale
- Interesse o eccitazione in risposta a stimoli sessuali o erotici interni o esterni (p. es., scritti, verbali, visivi)

Un'ipotesi eziopatogenetica, specificata da Kegel, ritiene che la riduzione del tono muscolare della vagina sarebbe all'origine della mancanza di sensibilità sessuale nella stessa area e quindi delle difficoltà di eccitamento. Kegel, pertanto propone degli esercizi mirati localizzati a tali muscoli. Problemi di eccitamento possono anche essere congruenti a fobie sessuali specifiche, a un rapporto vissuto con ansia o a conflitti di coppia.

Nel **disturbo orgasmico femminile**, detto anche **anorgasmia**, l'orgasmo è assente, marcatamente ridotto di intensità o marcatamente ritardato in risposta alla stimolazione, malgrado l'alto livello di eccitazione soggettiva. Può essere primario nel caso in cui la donna non abbia mai raggiunto un orgasmo da sola o col partner con qualunque tecnica di stimolazione, e secondario quando una donna, prima orgasmica tramite un qualche tipo di stimolazione, sia divenuta poi anorgasmica. All'origine di una situazione di anorgasmia vi è **l'effetto inibitorio dell'ansia durante il rapporto**, che può essere dovuta inizialmente alla novità, a paure sessuali, a un rapporto non adeguato col partner, al timore di perdere il controllo.

I disturbi orgasmici acquisiti sono spesso legati ad altri disturbi, come i disturbi psicologici e comportamentali, o a cambiamenti anatomici (p. es., a causa di cancro o chirurgia).

Per il trattamento si possono proporre dei programmi misti di tecniche di esposizione graduata in vivo, per abbassare l'ansia, e un training di abilità sessuali effettuato con la tecnica dello shaping o modellaggio, in cui ci si avvicina alla meta per passi gradualmente.

La maggior parte delle donne presenta più di un disturbo in concomitanza: per esempio, il disturbo della penetrazione porta spesso al disturbo dell'interesse/eccitazione sessuale.

## Le cause psicologiche delle Disfunzioni Sessuali femminili

Oltre alle cause fisiche, alla base delle Disfunzioni sessuali troviamo ovviamente fattori psicologici primari, come ad esempio:

- i disturbi dell'umore (depressione, ansia) poiché sono strettamente correlati al calo dell'interesse e dell'eccitazione ed alla difficoltà nel raggiungere l'orgasmo. Una bassa autostima, insieme alla paura di essere vulnerabili, di essere rifiutate e perdere il controllo possono contribuire all'insorgenza e al mantenimento della disfunzione sessuale.

- Anche esperienze precedenti negative possono influenzare la sessualità femminile (ad esempio gli abusi sessuali/emotivi e i traumi sessuali), poiché spesso comportano bassa autostima, vergogna e senso di colpa e forte inibizione che rende difficile l'espressione sessuale.

- Alla base delle disfunzioni sessuali femminili possono esserci anche cause specifiche del contesto di vita attuale: infertilità, menopausa precoce, rimozione chirurgica di seno o utero ecc. possono determinare una alterata immagine sessuale di sé.

- È importante considerare anche il contesto relazionale (mancanza di fiducia nel partner, clima conflittuale, attrazione ridotta verso il partner) e il contesto culturale (inibizione dovuta a pregiudizi religiosi o morali).

- Anche i fattori di stress esterni (ad esempio preoccupazioni circa il lavoro o la famiglia) possono interferire con l'eccitazione.

## Le Disfunzioni Sessuali maschili

Le componenti della sessualità maschile sono quattro:

- Libido: è la componente cosciente della funzione sessuale ed è influenzata dai livelli di testosterone, dall'alimentazione, dallo stato di salute mentale e fisica e dai farmaci
- Erezione: è una risposta neurovascolare a determinati stimoli psicologici e/o tattili, influenzata da numerosi fattori.
- Eiaculazione: è controllata dal sistema nervoso simpatico e consiste nell'espulsione del liquido seminale.
- Orgasmo: è la sensazione piacevole che ha luogo in genere contemporaneamente con l'eiaculazione.

La disfunzione sessuale è un problema in una di queste quattro componenti che interferisce con l'interesse o la capacità di intraprendere un rapporto sessuale e che è spesso influenzata da farmaci, fattori fisici e psicologici.

Possiamo distinguere diversi tipi di disfunzione sessuale maschile:

- **Disturbo del desiderio sessuale**: comporta una difficoltà di investimento nella sessualità a seguito della riduzione o assenza di desiderio e spinta sessuale, di fantasie e/o pensieri sessuali sino alla perdita di risposta ai vari stimoli erotici.

- **Disturbo maschile dell'erezione o disfunzione erettile:** è l'incapacità di ottenere o mantenere un'erezione soddisfacente per portare a termine un rapporto sessuale. Colpisce fino al 22% degli uomini tra i 40 e i 70 anni. È primaria se l'uomo non è mai stato in grado di raggiungere o mantenere l'erezione, secondaria se viene acquisita nel corso della vita. Nella maggior parte dei casi la disfunzione erettile è un fenomeno multidimensionale, a cui concorrono fattori psicologici, biologici e sociali. È correlata a patologie vascolari, neurologiche, ormonali o all'utilizzo di alcuni farmaci.

Le difficoltà di erezione psicogene vengono attribuite alla presenza di **ansia** al momento del rapporto, per una varietà di motivi: preoccupazioni circa la propria prestazione sessuale, desiderio di fare bella figura con la partner, scarsa consuetudine, preoccupazione a proposito delle dimensioni del proprio pene, atteggiamenti negativi verso il sesso e il piacere. Il trattamento si può basare su procedure di decondizionamento con tecniche di gestione dell'ansia e un'esposizione graduata in vivo, oppure su interventi di ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali del paziente o sulla psicoterapia sessuologica di coppia. Un altro aspetto importante è la riscoperta della stimolazione tattile e dei tipi di contatto più piacevoli per ciascuno dei partner.

- **Disfunzione eiaculatoria:** si ha quando il volume spermatico è ridotto o assente. Può derivare dall'eiaculazione retrograda, che è frequente nei diabetici o come complicanza di alcuni tipi di chirurgia.
- **Eiaculazione precoce:** incapacità di controllare l'eiaculazione, che avviene prima che il rapporto sia concluso o comunque prima di quanto si desidera, in seguito a stimolazione sessuale anche minima. Di solito è dovuta a inesperienza sessuale, ansia e altri fattori psicologici piuttosto che a una patologia organica.

Può essere trattata con successo con anestetici topici che ritardano l'eiaculazione, terapia sessuale, antidepressivi. La Kaplan propone la tecnica dello "*stop-start*" che si basa sull'ipotesi che gli eiaculatori precoci siano tali come conseguenza della loro incapacità di percepire il proprio livello di attivazione sessuale, non riuscendo quindi a controllare adeguatamente l'eiaculazione.

- **Il Disturbo dell'Orgasmo Maschile** o Eiaculazione ritardata: consiste nel ritardo o assenza, persistenti o ricorrenti, dell'eiaculazione e dell'orgasmo, in un uomo con normale fase di eccitamento nel corso del rapporto sessuale. Nonostante il desiderio di eiaculare, l'uomo non è in grado di farlo. Questa condizione, detta anche eiaculazione ritardata, non si manifesta esclusivamente nel corso di altri disturbi mentali, come la depressione. La sua eziologia precisa è ancora sconosciuta e ci sono diverse opinioni discordanti: alcuni dicono che derivi da ansie e fobie di vario genere durante il rapporto.

### **Le cause psicologiche delle Disfunzioni Sessuali maschili**

Oltre ai già citati fattori fisici, specialmente nel caso della disfunzione erettile primaria troviamo alla base dell'insorgenza del disturbo fattori psicologici. Molti uomini con disfunzione erettile secondaria, invece, sviluppano problemi psicologici reattivi che complicano il problema.

Le cause psicologiche di disfunzione erettile primaria includono senso di colpa, paura dell'intimità, depressione o ansia. Nella disfunzione erettile secondaria, le cause possono essere legate ad ansia da prestazione, stress o depressione.

L'ansia può infatti interferire con l'eccitazione sessuale e di conseguenza inibire il raggiungimento e il mantenimento dell'erezione. Allo stesso tempo la disfunzione erettile può generare ansia da prestazione e contribuire all'aggravamento della depressione, in un circolo vizioso da cui è difficile uscire da soli.

La disfunzione erettile psicogena può essere situazionale, collegata a un particolare luogo, momento o partner. Si deve sospettare un'origine psicologica nei giovani uomini sani con insorgenza improvvisa di disfunzione erettile e risoluzione spontanea, specialmente se associata a specifici fatti emotivi o se la disfunzione si verifica soltanto in determinate situazioni.

Può anche accadere che una disfunzione sessuale maschile sia generata o rafforzata dalla compresenza di una disfunzione sessuale femminile (ad esempio impossibilità di penetrazione, depressione ecc.).

### **Il trattamento delle disfunzioni sessuali**

Il trattamento varia a seconda della patologia, della gravità e delle cause.

Spesso, nel caso delle disfunzioni femminili, è necessario più di un trattamento a causa della sovrapposizione tra i disturbi. Il trattamento in questo caso può richiedere un *team* multidisciplinare, che comprende ginecologo, psicoterapeuta sessuologo e fisioterapista esperto nel pavimento pelvico.

In *team* si potranno trattare ad esempio i disturbi dell'umore, ripercorrere la storia del proprio sviluppo affettivo e sessuale, valutare l'utilizzo di farmaci o lubrificanti, orientare la paziente alla propria conoscenza anatomica, insegnare esercizi utili (esercizi di Kegel) per migliorare l'elasticità vaginale e così via a seconda del disturbo e della situazione specifica.

Anche per quanto riguarda il trattamento delle disfunzioni sessuali maschili, ad esempio la Disfunzione Erettile, si prevede un approccio integrato che può comprendere la valutazione di eventuali disfunzioni organiche, modifiche dello stile di vita, interventi psicosessuali individuali e di coppia, procedure di decondizionamento con tecniche di gestione dell'ansia e un'esposizione graduata in vivo, oppure su interventi di ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali del paziente

In particolare, infine, per quanto riguarda la psicoterapia sessuologica di coppia essa avrà lo scopo di far recuperare l'intimità tra i partner, affidare alla coppia "compiti" da svolgere al di fuori della seduta di coppia, rendere manifesti i meccanismi comunicativi che sono sottostanti al disturbo sessuale, modificare idee distorte sulla sessualità.

- **SESSUALITA' E DINAMICHE DI COPPIA**
  - **Il sintomo sessuale nella relazione di coppia**

I disturbi sessuali devono essere trattati secondo un'ottica psicosomatica e multicausale, cioè secondo un modello che tenga conto degli aspetti biologici, psicologici, cognitivi e relazionali di un individuo.

Per esempio, è possibile che problematiche su base organica e su base psicologica agiscano in sinergia determinando un circolo vizioso: il deficit organico, spesso, determina una reazione psicologica di ansia e di insicurezza che rinforza il disturbo sessuale stesso e lo automantiene, anche qualora la componente organica sia stata superata.

**I disturbi sessuali che una coppia può sviluppare hanno sempre un significato relazionale: il sintomo sessuale si può considerare un "adattamento creativo", una sorta di messaggio in codice che i due partner di una coppia si scambiano per comunicarsi qualcosa in modo indiretto.**

Il sintomo sessuale è sempre legato alla relazione e alla situazione specifica che la coppia vive in quel momento ed ha lo scopo di **coprire dinamiche di coppia disfunzionali** (distanza emotiva, conflitti irrisolti, comunicazione non efficace, lotte di potere ecc) che vengono agite attraverso il sesso. In questo senso il sintomo permette di mantenere comunque la coppia in **uno stato di equilibrio omeostatico**, seppur precario e non evolutivo.

Ad esempio, una disfunzione erettile (incapacità di mantenere l'erezione) o un vaginismo (dolore durante i rapporti) potrebbero rappresentare una reazione di evitamento di tipo ansioso verso il sesso e il coinvolgimento emotivo nella relazione di coppia, oppure segnalare la presenza di conflitti irrisolti (molto spesso inconsci). Se, ad esempio, tali sintomi si presentano nel momento in cui si decide di cercare un figlio, assumono un significato più specifico.

Alcuni autori (Balduino Verde) sostengono che vi sono diversi significati nel sintomo sessuale psicogeno a seconda del periodo di insorgenza:

- **Un sintomo sessuale che si presenta nella fase delle prime esperienze sessuali** può molto spesso essere determinato da paure e ansia da prestazione. Ad esempio, nel ragazzo ciò può provocare eiaculazione precoce e difficoltà di erezione. Secondo diversi autori il primo rapporto sessuale non è finalizzato alla "ricerca del piacere", ma servirebbe a confermare la propria identità in un momento particolarmente critico quale quello adolescenziale.

- **Il sintomo sessuale che compare all'interno di una nuova relazione dopo un periodo senza problematiche sessuali con altri partner** rappresenterebbe, invece, un meccanismo difensivo rispetto alla paura della dipendenza e del lasciarsi andare col nuovo partner. Tali meccanismi difensivi se non riconosciuti dall'individuo possono avere serie ripercussioni proprio sul piano sessuale. Dal punto di vista psicologico si può ritenere che il soggetto non sia in grado di affrontare il rischio legato ad una relazione dalla quale potrebbe derivare dolore.

- **Il sintomo sessuale che compare all'interno di una relazione consolidata dopo un periodo di rapporti soddisfacenti** può rappresentare la rottura di un equilibrio della coppia che può essere causato da vari fattori. Un sintomo sessuale che compare proprio quando la relazione si sta consolidando rappresenta il timore di un aumento dell'investimento sul rapporto che va di pari passo con il consolidamento del legame.

I sintomi sessuali diventano, quindi, un ottimo strumento per il clinico per riuscire a individuare che cosa non sta funzionando all'interno della coppia.

Per una coppia è molto complesso capire cosa sta succedendo e va aiutata da una figura esperta, lo psico-sessuologo, ad attribuire un significato a quel sintomo e capire quali sono le cause e le possibili soluzioni da mettere in atto per ritrovare l'intesa sessuale e di coppia.

- **Il significato del tradimento nella coppia**

**Il tradimento è un evento comune e traumatico che va a compromettere l'equilibrio della coppia,** minandola in uno dei presupposti di base della coppia stessa che è la fiducia nel proprio partner e nel progetto di vita insieme.

Il termine tradire deriva dal latino *tradere*, che significa dare, passare qualcosa a qualcuno, in generale inteso in senso militare come passaggio da un ordine all'altro o passaggio di un bene da un proprietario all'altro, oppure viene inteso col significato di trasmettere, tramandare un racconto, un insegnamento: infatti, nella coppia il tradimento rappresenta un passaggio ad una nuova fase, una nuova situazione relazionale e veicola un "messaggio" al partner.

**Il tradimento rappresenta un modo disfunzionale di comunicare un disagio o un conflitto non esplicitato all'interno della coppia (un'intimità trascurata, problemi di comunicazione, diversità di obiettivi ecc) ed è quindi un mezzo che permette di non "lasciare/"cambiare/perdere" l'altro, ma di restare con l'altro e cercare di salvare la relazione.**

Il partner che tradisce ha spesso tenuto dentro di sé i motivi di insoddisfazione e sofferenza emotiva rispetto alla relazione, nella speranza di preservare la coppia. Inoltre, col tempo può insorgere un forte stato di ansia dovuto alla difficoltà di tenere in piedi due diverse relazioni e, in seguito all'eventuale scoperta del tradimento, possono insorgere senso di colpa verso il partner (più o meno espresso o riconosciuto) o al contrario un senso di liberazione.

Il partner tradito, invece, una volta scoperto il tradimento sviluppa una molteplicità di sentimenti diversi:

- un forte senso di insicurezza,
- un calo dell'autostima
- pensieri ricorrenti sull'evento, che richiamano un disturbo post traumatico da stress.
- vissuti di angoscia, misti a rabbia
- richiesta insistente di informazioni e dettagli su come si sono svolti i fatti (pur avendo perso la fiducia nell'altro)
- ricerca di conferme che ciò non accadrà più
- preoccupazione di non poter più riacquistare la fiducia nel partner

Vi sono alcuni fattori che possono contribuire al tradimento in coppia, anche se molto dipende dalla storia della coppia, dalla capacità di problem solving e dalla fase del ciclo di vita che sta affrontando.

- l'evitamento dei conflitti nella convinzione che possano danneggiare il rapporto. A lungo andare questa modalità può creare rabbia e frustrazione taciuta e il bisogno di ricercare al di fuori della coppia la soddisfazione delle proprie necessità di relazione e comunicazione.
- La mancanza di condivisione emotiva, di affettività e complicità nella coppia che porta a ricercare una maggiore leggerezza al di fuori della coppia
- L'assenza di spazi esclusivi per la coppia
- Una scarsa soddisfazione sessuale
- L'assenza di confini chiari e definiti rispetto alle influenze esterne
- Momenti particolarmente critici della vita di coppia (ad esempio diventare genitori, un lutto, la perdita del lavoro, una crisi economica ecc).

Un passo importante può essere la rivelazione del tradimento: essa può essere spontanea e improvvisa da parte di chi ha tradito, oppure il partner tradito può scoprirlo in modo fortuito o a seguito di un periodo di sospetti e di preparazione psicologica all'evento. La comunicazione di coppia diventa molto complessa in questa fase.

**La rivelazione improvvisa è spesso accompagnata da una frantumazione della percezione del sé,** tanto che alcuni autori parlano di *Post Infidelity Stress Disorder*, che condivide con il Disturbo Post Traumatico da Stress alcuni sintomi:

- rivivere continuamente il trauma attraverso pensieri intrusivi e ricordi ossessivi
- difficoltà di concentrazione
- disturbi del sonno con incubi
- uno stato di apatia e di isolamento
- depressione

Quando si verifica un tradimento e la coppia manifesta la volontà di provare a recuperare il rapporto è auspicabile rivolgersi ad un professionista della salute mentale, per affrontare il momento critico con il necessario supporto.

Attraverso la psicoterapia di coppia:

- possono emergere tematiche e conflitti rimasti sopiti per lungo tempo, che il tradimento ha portato alla luce
- si fissano nuove regole e punti fermi in merito al rapporto e alle modalità di comunicazione esplicita dei bisogni reciproci
- si può ristabilire una comunicazione autentica e costruttiva
- si può riflettere sui limiti della coppia e sul senso di responsabilità individuale
- si può elaborare il perdono del tradimento
- si può dare un nuovo significato alla coppia, trasformando la crisi in un'occasione evolutiva per ricostruire la relazione su nuove fondamenta
- si può decidere di separarsi in modo sano, quando la frattura è giudicata irreparabile

Il lavoro terapeutico può essere anche individuale, laddove il partner che ha subito il tradimento senta la necessità di lavorare sulla rabbia, sul dolore e su tutti i vissuti derivanti dal momento di crisi, concedendosi il giusto tempo di cura.

- **Sessualità e infertilità**

Quando i progressi della medicina riproduttiva hanno svelato l'eziopatogenesi della gran parte dei problemi di infertilità, si è passati a considerare le conseguenze psicosessuali dell'incapacità di generare per entrambi i partners.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera l'infertilità una patologia e la definisce come **l'assenza di concepimento dopo 12/24 mesi di regolari rapporti sessuali mirati non protetti**.

L'infertilità in Italia riguarda circa il 15% delle coppie e il 10-12% nel mondo e dipende da una molteplicità di fattori (**vedi Area Infertilità**).

**La scoperta dell'infertilità può avere importanti ripercussioni in tutte le aree del funzionamento dell'individuo e in tutti gli aspetti della coppia, compreso quello sessuale. Allo stesso tempo disfunzioni e problematiche sessuali possono rappresentare la causa dell'infertilità e dell'impossibilità di concepire.**

Si stima che il 10% dei disturbi psicosessuali come il vaginismo, i disturbi dell'erezione e dell'eiaculazione, siano la causa principale dell'impossibilità a concepire e siano preesistenti rispetto alla diagnosi di infertilità. L'altra faccia della medaglia è che l'infertilità stessa può alimentare ed aggravare disfunzioni sessuali preesistenti, o essere causa di nuovi disturbi come la riduzione del desiderio o la disfunzione erettile.

La funzione sessuale, infatti, è particolarmente sensibile alla crisi conseguente l'infertilità. Alcune disfunzioni possono avere carattere temporaneo, dovute ad esempio a fasi di diagnosi e trattamenti, altre invece possono diventare croniche e avere importanti ripercussioni sul benessere sessuale della coppia e richiedono un trattamento specializzato.

**Spesso il fine procreativo, nella coppia che cerca un figlio da mesi o anni, influenza fortemente la sessualità.** Ciò che prima era leggero e piacevole diventa pesante ed un "dovere". La coppia si concentra sui tempi e modi giusti, sulla fase ovulatoria del ciclo e sulla "giusta" frequenza dei rapporti sessuali, invece che sulla dimensione del coinvolgimento emotivo, sull'aspetto ludico e sull'abbandonarsi al piacere fine a sé stesso, a discapito del desiderio sessuale e della spontaneità. In particolar modo la donna privilegia l'attività sessuale nei periodi fertili e questa subordinazione alla procreazione può portare a richieste pressanti verso il partner, che si sente stressato e sotto pressione. **Nell'uomo può prevalere in questa situazione l'ansia da prestazione, che può tramutarsi in disfunzione erettile o aneiaculazione,** con conseguenti vissuti di rabbia, colpevolizzazione e conflittualità all'interno della coppia.

**Nella donna può comparire invece, ad esempio, vaginismo con l'impossibilità del rapporto penetrativo** e talvolta si arriva all'astensione assoluta dai rapporti, che ricordano dolorosamente quel figlio desiderati che non arriva.

I problemi possono derivare anche dalla pressione di “rapporti programmati”, quando la coppia si è già rivolta al ginecologo, o dalla sensazione di sentirsi derubati della propria intimità **in un rapporto “a tre” col medico** (“*sex for doctors*”, avere rapporti sessuali in modo che il medico possa valutarne i risultati).

In una fase ancora successiva, quando la coppia che non riesce a concepire naturalmente decide di intraprendere un percorso di Procreazione Medico Assistita, emergono altri fattori di stress e dinamiche che hanno un impatto negativo sulla sessualità.

Se da un lato la procreazione assistita offre speranze, dall’altro alimenta paure e ansie e rappresenta una prova molto dura per la coppia

**La medicalizzazione, che in termini pratici si traduce nella prima fase diagnostica in continui controlli ed esami anche invasivi porta inevitabilmente ad un’attenzione ossessiva nei confronti del proprio corpo nella donna** e ciò può allontanare i partner dal punto di vista sessuale. La donna può sentirsi invasa dalle punture e dai trattamenti, può accusare gonfiore, tensione addominale e altri sintomi a seguito della stimolazione che non favoriscono la sua disponibilità sessuale e abbassano la sua autostima. L’uomo, da parte sua, può sentirsi altrettanto inibito vedendo le conseguenze fisiche sulla compagna e anche lui, in alcuni casi viene sottoposto ad esami invasivi o riceve diagnosi che svalorizzano il suo Io, in quanto “non fecondante”. L’uomo può quindi disinvestire dalla sessualità coniugale e modificare i suoi atteggiamenti verso la partner. Ad esempio, Dopo una diagnosi di azoospermia, il 63% dei pazienti sperimenta un periodo di impotenza, mentre l’87% delle donne prova rabbia verso il partner con idee di riserva ed abbandono nei suoi confronti accompagnate da forti sensi di colpa. E’ interessante notare come, qualora la partner non sviluppi delle reazioni avverse, il disturbo dell’erezione non si verifichi.

Inoltre, lo stress, la stanchezza e la difficoltà nel conciliare il percorso di PMA con la vita quotidiana hanno spesso effetti negativi sul desiderio sessuale.

A volte la PMA si associa all’idea di una sessualità non più finalizzata alla procreazione, alla quale si era abituati, e quindi in qualche modo “non giusta”.

In alcuni casi, però, le coppie riscoprono durante la PMA una sessualità libera, non più scandita e programmata a fini procreativi: la responsabilità viene “delegata alla Scienza” e ciò può contribuire a migliorare l’intimità e a far ritrovare una buona intesa sessuale in coppia.

In altri casi uno dei due o entrambi i partner presentano disfunzioni sessuali preesistenti non trattate che non consentono un concepimento naturale a causa, ad esempio, dell’impossibilità di portare a termine un rapporto per un disturbo dell’erezione o dell’impossibilità di penetrazione a causa di un vaginismo.

Il compito del ginecologo in presenza di disfunzioni sessuali è escludere cause organiche, psichiche (paure, ansia, timore di fallimenti), iatrogene (farmacologiche), endocrine (iperprolattinemia) ed indagare la funzione sessuale per vaginismo, dispareunia, anorgasmia, disfunzione erettile ecc. In questi casi il lavoro in squadra con uno psicosessuologo è fondamentale per una presa in carico a 360 gradi del singolo paziente e della coppia, sia qualora sperimenti infertilità a causa della presenza di disfunzioni sessuali, sia qualora viva delle difficoltà sessuali a seguito di una diagnosi di infertilità.

L'impatto della diagnosi di infertilità e dei trattamenti volti alla sua risoluzione merita la giusta attenzione e cura da parte dei clinici.

**Il counseling psico-sessuologico e la terapia psico-sessuologica** in entrambi i componenti della coppia hanno l'obiettivo di prevenire le conseguenze psico-sessuali dell'infertilità o di affrontare le disfunzioni sessuali per un ripristino della possibilità procreativa della coppia.

Non sempre è così facile introdurre il tema sessualità nel trattamento della coppia infertile, in quanto può essere percepito come intrusivo o non pertinente, soprattutto in quelle coppie che presentano una disfunzione sessuale o che non ne sentono affatto la necessità perché focalizzate sull'obiettivo di avere un bambino.

**L'anamnesi sessuologica nel caso di infertilità** integra elementi medici, uro-ginecologici e uro-andrologici, endocrini, psicologici, ecc. e richiede un certo tempo e una discreta esperienza, come indicato dalle Linee Guida, ed andrebbe condotta con entrambi i componenti della coppia, separatamente ed insieme.

Nel trattamento della coppia infertile è opportuno stimolare l'espressione delle emozioni e dei sentimenti relativi ad eventuali difficoltà sul versante sessuale e dare informazioni sul fatto che i sintomi sessuali possono accompagnarsi spesso alla diagnosi e all'iter dell'infertilità.

Inoltre, è importante identificare il grado di distress percepito a causa del problema sessuale, la causa scatenante, il tempo trascorso dall'esordio, i fattori allevianti o aggravanti, fare una valutazione degli aspetti psicologici legati alla crisi di infertilità che possono indurre sintomi sessuali, e ridurre ad una sessualità che ritrovi la sua dimensione ricreativa e affettiva.

### **La terapia Psico-sessuale**

L'interesse clinico nel campo della sessualità, negli ultimi anni, si è concentrato più sulla dimensione della soddisfazione che su quella tradizionale della prestazione, considerando come fondamentali gli **aspetti qualitativi** del vissuto personale e di coppia.

Fino alla fine degli anni '60, le difficoltà sessuali venivano prevalentemente affrontate all'interno della cornice psicoanalitica, per la quale i sintomi sessuali erano causati da conflitti intrapsichici inconsci ed irrisolti risalenti all'infanzia (ad esempio un attaccamento problematico alle figure genitoriali). La terapia dei disturbi sessuali era perciò focalizzata non sul trattamento del sintomo, ma sullo "svelamento" e la risoluzione matura di tali conflitti.

**Masters e Johnson** nel 1970 proposero il primo trattamento "breve" per le disfunzioni sessuali, segnando di fatto la nascita della terapia sessuale e rivoluzionando il campo della sessuologia clinica. Il trattamento era intensivo, limitato nel tempo e focalizzato sul sintomo e prevedeva la prescrizione di mansioni comportamentali per la coppia e un training di comunicazione per la coppia allo scopo di ridurre l'ansia da prestazione e migliorare la propria risposta sessuale.

Helen **Kaplan** introdusse, invece, nella seconda metà degli anni '70, il primo approccio integrato ai problemi sessuali. La sua versione di terapia sessuale nasceva da una combinazione di diversi approcci psicoterapeutici (psicodinamico, CBT e sistemico-relazionale) e l'utilizzo ad hoc della farmacoterapia. La prospettiva sistemica spostò il focus della terapia sessuale dall'individuo alla

relazione, concentrandosi sulle dinamiche della coppia e interpretando i sintomi sessuali come difficoltà principalmente relazionali. approccio integrato ai problemi sessuali.

Ad oggi viene utilizzato come riferimento per la terapia psico-sessuale il **Modello Bio-Psico-Sociale**, secondo il quale l'origine e le conseguenze di tutte le disfunzioni sessuali comportano una qualche combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali e il trattamento dovrà tener conto di tutte le variabili coinvolte. Per l'efficacia della terapia è indispensabile l'essere centrati sul paziente, cioè, disegnare un trattamento adeguato e personalizzato sulle necessità dell'individuo.

La terapia sessuale integrata predilige il lavoro con la coppia, dimostrando che, rispetto ad un trattamento psicologico basato solo sulla risoluzione del sintomo, un trattamento che consideri anche gli aspetti relazionali ha più possibilità di rivelarsi efficace anche a lungo termine. Tuttavia, le terapie sessuali integrate possono essere portate avanti con successo anche con un paziente singolo, lavorando sul suo stile relazionale, o quando il partner di una coppia non è disponibile al trattamento.

Secondo l'approccio integrato sin dalla diagnosi è necessaria la compresenza del medico e dello psico-sessuologo, entrambi con **training specialistico in sessuologia clinica, per valutare sia gli aspetti somatici che quelli psichici nella genesi dei disturbi sessuali**. Inoltre, sulla base dell'assunto che è necessario individuare il tipo di intervento che più si adatta alle esigenze del singolo individuo, la terapia psico-sessuale integrata si avvale di diversi strumenti clinici: consulenza, psicoterapia di diverso orientamento (cognitivo comportamentale, sistemico relazionale, psicodinamica), mansioni, tecniche di rilassamento, farmacologia.

- **SESSUALITA' E IDENTITA' SESSUALE**

- **Come si sviluppa l'identità sessuale? (vedi Area Adolescenza)**

- **LGBTQIAPN+: cosa significa?**

La multidimensionalità ed eterogeneità della sessualità umana è al centro delle riflessioni scientifiche e sociali del 21 esimo secolo, in virtù degli enormi cambiamenti culturali globali: ciò si riflette anche in una maggiore sensibilizzazione sul tema e nel tentativo di coniare espressioni e termini sempre più inclusivi, che possano inglobare tutti (o quasi) gli orientamenti sessuali e le identità di genere esistenti.

LGBT o LGBTQIAPN+ sono acronimi diventati di uso comune soltanto a partire dagli anni 2000 circa e si possono considerare il superamento di espressioni che, dal 1960 in avanti, si limitavano a rappresentare solo uomini e donne omosessuali, come "movimento gay". Tali acronimi oggi rappresentano la grande varietà di orientamenti sessuali e identità di genere che si discostano dal più comune orientamento eterosessuale e dall'identità di genere "cisgender."

La stessa sigla LGBT appare attualmente, in parte, superata. Infatti, grazie ad un ricco filone culturale nato dopo il 1990, che può essere definito "*gender studies*", ha assunto rilevanza l'elemento "queer":

per questo l'acronimo LGBT si è arricchito con altre lettere, ed è sempre più spesso usato nella forma LGBTQIAPN+, per indicare tutte le espressioni sessuali.

In generale, queste identità o «label» sono utili per definire in una sola parola la propria preferenza sessuale o identità di genere.

**L'orientamento sessuale e l'identità di genere non sono però così rigidi come spesso si presume, ma possono modificarsi nel corso della vita e in qualunque momento della propria esistenza si può diventare consapevoli. Non esiste, inoltre, una sola omosessualità, come non esiste una sola eterosessualità.** Allo stesso modo esistono tante forme individuali, sia sane sia patologiche, di vivere o esprimere la sessualità.

“Il fatto che la sessualità implichi una compenetrazione di corpi e di bisogni”, scrive Stephen Mitchell (1988), “rende le sue infinite variazioni strumenti ideali per rappresentare i desideri, i conflitti e le trattative nelle relazioni con gli altri. Il sesso è un potente organizzatore dell'esperienza”

Ricordiamo che per **eterosessuale** si intende una persona che è attratta affettivamente o eroticamente dal sesso opposto (ad esempio una persona di sesso biologico maschile che è attratta da persone di sesso biologico femminile).

Per **cisgender** si intende invece una persona che sviluppa un'identità di genere corrispondente al sesso biologico (ad esempio una persona che nasce con sesso biologico femminile e sente di avere un'identità di genere femminile).

#### **Le lettere dell'acronimo LGBTQIAPN+ stanno per:**

**L** = Lesbiche

**G** = Gay.

I termini **lesbica** e **gay** possono essere raggruppati anche sotto l'iperonimo di **omosessuali**. Esso definisce persone attratte affettivamente e/o sessualmente da persone del loro stesso sesso (Lesbica si riferisce alle donne, mentre gay generalmente agli uomini, anche se il termine inglese «gay» può essere utilizzato sia per donne omosessuali che per uomini omosessuali).

**B**= bisessuali. Persone che si sentono affettivamente e/o sessualmente attratte da entrambi i sessi o da più sessi

**T=Transgender e Transessuali.** Una persona si definisce **transgender** quando percepisce una discrepanza tra sesso biologico assegnato alla nascita e identità di genere. Alcune di queste persone decidono di intraprendere un percorso di transizione per passare da un sesso all'altro (*F to M- Female to Male o M to F- Male to Female*), sottoponendosi a terapie ormonali e interventi chirurgici invasivi ed in questo caso possono essere chiamate **transessuali**.

**Q= Queer/Questioning.** E' un termine ombrello che sta ad indicare le persone che non vogliono (ancora) appartenere a un determinato *label* o si stanno ancora interrogando possono definirsi **queer**. È un termine di valenza prevalentemente politica che esprime il desiderio di non aderire a modelli binari e conformisti.

La lettera "Q" nell'acronimo LGBTQIAPN++ sta ad indicare, talvolta, anche il **questioning** insieme al termine Queer. Col termine *questioning* si intende il processo di esplorazione del proprio orientamento sessuale e/o identità di genere. E' la fase in cui una persona può sentirsi incerta o in esplorazione, non avendo ancora trovato una definizione che si sente di adottare pienamente.

**Genderqueer** è, invece, un termine, coniato negli anni '90 può essere utilizzato in maniera collettiva per tutte le persone identità che non si riconoscono in un unico genere o non riconoscono in generale il concetto stesso di identità di genere. Tale etichetta viene oggi sostituita dall'espressione **non-binary**.

**I= Intersessuali.** Le persone intersessuali nascono con caratteristiche sessuali non chiaramente identificabili, ossia possiedono caratteristiche sia femminili che maschili.

**A=Asessuali.** Le persone asessuali non si sentono affettivamente e/o sessualmente attratte da nessun sesso.

**P= Pansessuali.** Si parla di pansessualità se l'attrazione affettiva e/o sessuale non dipende dal sesso altrui e sostanzialmente si può sviluppare un interesse per tutti i sessi.

**N= Non binary/non binario:** le persone che non rientrano nel sistema binario in cui esiste soltanto il «femminile» e il «maschile» si identificano come non binarie.

**+=** per inglobare **tutte le altre identità di genere e orientamenti** sessuali quali ad esempio *non-binary*, *gender fluid* o pansessuali.

**Gender fluid** è un termine che indica persone che si sentono appartenenti all'uno o all'altro sesso in modo "fluid", non statico, lungo un continuum di possibilità.

Oltre ad essere un acronimo, LGBTQIAPN+ rappresenta anche **una comunità ed un movimento** tra i più significativi del secolo scorso. Per comunità LGBTQIAPN+ (detta anche comunità *rainbow/arcobaleno*) si intende quell'insieme di persone che si pongono da contrappeso (e subiscono forme di discriminazione) rispetto ad uno stesso impianto normativo (patriarcale, binarista, cissessista, eteronormativo-eterosessista ecc.) e che si uniscono in nome di obiettivi comuni. La definizione di comunità è importante per queste persone per sentirsi rappresentate e per celebrare il proprio orgoglio.

La comunità LGBTQIAPN+ ha una propria ricorrenza annuale per la celebrazione del percorso storico di affermazione dei propri diritti civili ed umani. Ha un proprio vessillo, ovvero la bandiera arcobaleno, ideata da Gilbert Baker a San Francisco nel 1978, che è stata modificata più volte nel corso degli anni. L'attivismo politico della comunità LGBTQIAPN++ ha la sua manifestazione più evidente con la parata del Pride, dove le persone della comunità e gli **straight ally** (gli alleati eterosessuali) scendono in strada per rivendicare ad alta voce i propri diritti e per festeggiare con divertimento ed orgoglio.

- **Discriminazione e psicopatologia nella Comunità LGBTQIAPN+**

Nonostante i tentativi di inclusione ed apertura, la nostra società appare ancora per molti aspetti prevalentemente eterosessista ed eteronormativa, mentalità che favorisce il pregiudizio e la discriminazione.

L'**eterosessismo** si basa sull'assunzione implicita e aprioristica secondo cui tutte le persone con cui si viene in contatto siano eterosessuali, mentre l'**eteronormatività** consiste in una forma di pregiudizio che porta a ritenere l'eterosessualità come unica possibile variante normale dell'orientamento sessuale.

L'Agenzia per i Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (FRA) evidenzia come le persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+ continuino a subire violenze omolesbobitransfobiche motivate da odio e da discriminazione. Il sondaggio della FRA sottolinea la tendenza inversamente proporzionale dell'aumento delle persone che esprimono liberamente il proprio orientamento sessuale, la propria identità sessuale e l'espressione di genere rispetto all'aumento di discriminazioni.

Ancora oggi, il 53% delle persone omosessuali dichiara di evitare di tenere la mano del proprio partner in pubblico, il 51% dichiarato di aver subito molestie e il 10% di aver subito almeno un atto di violenza nei cinque anni precedenti. Inoltre il 18% dichiara di aver subito pratiche di conversione con lo scopo di cambiare l'orientamento sessuale e/o l'identità di genere.

I dati raccolti dalla Gay Help line relativi al 2023 rilevano che gli episodi di discriminazione e odio sono saliti del 34% e sono perpetrati principalmente da conoscenti della vittima.

Anche l'indagine condotta dall'Agenzia per i Diritti Fondamentali dell'Unione Europea ha rilevato che il 60% degli intervistati ritiene che siano aumentati gli episodi di omolesbobitransfobia ma anche l'intolleranza e i pregiudizi nei confronti delle comunità LGBTQIA+.

I fattori di discriminazione a cui sono sottoposti gli individui LGBTQIA+, come evidenziato da numerosi studi, rappresentano elementi di rischio per lo sviluppo di psicopatologie e problemi di salute psico-fisica, in modo maggiore rispetto alla popolazione eterosessuale.

In particolare, vi è un rischio maggiore di sviluppare:

- disturbi dell'umore
- sintomatologia ansiosa
- abuso di sostanze e alcol
- diabete di tipo II,
- disturbi cardiovascolari
- infezioni sessualmente trasmissibili
- isolamento sociale
- disturbi dell'alimentazione
- comportamenti suicidari

I disturbi che emergono non sono direttamente legati all'identificazione con un orientamento non eterosessuale, ma derivano dalle esperienze di discriminazione e stigmatizzazione.

In particolare, il maggior pericolo sembra presentarsi per i giovani, i cosiddetti **Sexual Minority Youth**, che non possiedono ancora sufficienti capacità di fronteggiamento e problem solving. Infatti, i vissuti di colpa, vergogna o paura associati a esperienze di bullismo, discriminazione e isolamento vengono spesso fronteggiati con strategie di coping disfunzionali, quali utilizzo di sostanze, condotte alimentari non salutari o abbandono scolastico.

- **L'omotransfobia**

L'**omotransfobia** è l'avversione irrazionale o ideologica nei confronti dell'omosessualità e di altre diversità sessuali come la bisessualità e la transessualità, che si può manifestare nella forma di sentimenti, pensieri, pregiudizi, comportamenti, che possono diventare veri e propri abusi e crimini contro la persona: bullismo, discriminazione sul posto di lavoro, violenza fisica e verbale, ostracismo sociale.

Questo comportamento dannoso ha gravi conseguenze sul benessere psicologico e fisico delle persone LGBTQ+, contribuendo ad alti tassi di depressione, ansia, suicidio e disuguaglianza sociale. L'omofobia viene equiparata dall'Unione Europea al razzismo, alla xenofobia, all'antisemitismo e al sessismo e, nei maggior parte dei paesi occidentali, esistono leggi per contrastarla.

Secondo il Progetto Omofobia.org nato nel 2013 per iniziativa di Arcigay, in Italia sono circa 150 ogni anno le persone, soprattutto ragazzi al di sotto dei 30 anni, che hanno denunciato di essere state vittime di omofobia e a queste vanno aggiunte tutte quelle persone che, per vissuti come paura o vergogna, non sono riuscite a denunciare.

Dai dati si evidenzia che:

- la somma delle vittime di aggressione fisica (singola o plurime) e di omicidio raggiunge il 50%, superando la media degli ultimi dieci anni. Il tasso di violenza è quindi in crescita.
- Si mantiene stabile la percentuale di suicidi e di tentati suicidi.
- Sono molti di più gli uomini cisgender a denunciare episodi di omofobia
- la quota di donne trans è elevatissima

E' importante sottolineare la presenza di due forme diverse di omofobia: quella sociale e quella interiorizzata:

- **L'omofobia sociale** comprende quell'insieme di pareri, opinioni, pregiudizi, credenze, valori, atteggiamenti e comportamenti discriminatori perpetrati dalla società che creano nelle persone eterosessuali sentimenti negativi verso le persone omosessuali, quali paura, disagio, ansia, avversione, rabbia o disgusto.
- **L'omofobia interiorizzata** consiste nel cedere e nel rafforzare, da parte di persone omosessuali, a pregiudizi, etichette negative e atteggiamenti discriminatori verso l'omosessualità. Questa interiorizzazione del pregiudizio è per lo più inconsapevole e può portare a vivere con difficoltà il proprio orientamento sessuale, a contrastarlo, a negarlo o addirittura a nutrire sentimenti negativi di paura, avversione, rabbia e disgusto nei confronti degli omosessuali.

In questo senso, non solo atti di discriminazione esplicita possono avere conseguenze gravi per il benessere della persona LGBTQIA+, ma anche tutti quei commenti negativi e battute generalizzate sull'omosessualità che vengono espressi nei contesti più ordinari.

La popolazione LGBTQIA+ è maggiormente soggetta anche allo sviluppo di veri traumi psicologici, riconducibili a tre tipologie:

- Trauma correlato all'omofobia (*Homophobia-related trauma*)
- Trauma correlato alla non conformità o atipicità di genere (*Gender- non conformity o gender atypicality trauma*)
- Trauma correlato alle esperienze infantili avverse (*Adverse-Childhood Experiences-ACEs*)
- **Trauma correlato all'omofobia** può avere origini diverse: può derivare da esperienze dirette di bullismo o violenza omofobica o dai condizionamenti omofobi provenienti dalla società, che spingono l'individuo a tenere nascosto il proprio orientamento sessuale, oppure dalla scoperta di avere un orientamento diverso da quello eterosessuale, accompagnata da vissuti di omofobia interiorizzata. L'interiorizzazione dello stigma fa sì che le persone LGBTQIA+ provino, a livello più o meno consapevole, sentimenti come ansia, disgusto, sensi di colpa, vergogna, avversione, paura e disagio nei confronti del proprio orientamento sessuale, che viene rifiutati e vissuto come traumatico.
- **Trauma correlato alla non conformità o atipicità di genere.** La non conformità di genere indica il grado in cui gli atteggiamenti, le convinzioni, l'aspetto fisico, il comportamento e gli interessi di un individuo si discostano dalle norme convenzionali relative ai concetti di mascolinità e femminilità. Bambini o adolescenti che assumono atteggiamenti o modi di vestirsi o comportarsi diversi da quello che la società si aspetterebbe possono essere soggetti a derisione, bullismo, violenza e abusi.
- **Trauma correlato alle esperienze infantili avverse.** Le persone LGBTQIA+ sono più esposte al rischio di essere vittime di esperienze negative nell'infanzia e di sviluppare sintomi post-traumatici che hanno conseguenze anche in età adulta. Le esperienze avverse comprendono:
  - Abuso fisico, sessuale ed emotivo;
  - Violenza domestica assistita;
  - Esposizione a contesti familiari disfunzionali (patologia mentale, abuso di sostanze, separazioni, reclusione di uno dei familiari)

La promozione dell'inclusione e della diversità di genere è fondamentale per contrastare l'omotransfobia. Ciò significa creare a livello collettivo spazi sicuri e accoglienti per le persone LGBTQ+ in tutti gli ambiti di vita, come luoghi di lavoro, istituzioni educative, servizi sanitari e comunità. Questo può essere realizzato attraverso politiche anti-discriminazione nei luoghi di lavoro e nella scuola, programmi educativi, campagne di sensibilizzazione sull'importanza del rispetto e della ricchezza delle diversità, e azioni concrete per garantire l'uguaglianza di

opportunità per tutte le persone, indipendentemente dal loro orientamento sessuale o identità di genere.

○ **Il “*Minority stress model*”**

Diversi fattori culturali e sociali contribuiscono a far sì che la comunità LGBTQIA+ subisca gli effetti di quello che è stato definito **minority stress** o stress delle minoranze, ovvero l’insieme delle conseguenze psicologiche e fisiologiche che si trova ad affrontare qualsiasi minoranza si scontri con condizioni sociali avverse, legate a vissuti di rifiuto ed esperienze di pregiudizio, discriminazione e vittimizzazione.

Il **Minority stress model** (Meyer, 2003; Frost, Lehavot, & Meyer, 2013) o **Teoria dello stress delle minoranze**, ha avuto un’influenza determinante nel guidare la ricerca sulla salute e il benessere delle minoranze sessuali e di genere, nel campo della psicologia e nelle scienze sociali e sanitarie correlate.

Meyer ha elaborato per primo, a partire dal concetto di **stress delle minoranze**, una teoria esplicativa volta a comprendere i fattori sociali, psicologici e strutturali che spiegano le disuguaglianze di salute mentale che le minoranze sessuali devono affrontare.

Il fondamento della “teoria dello stress delle minoranze” risiede nell’ipotesi che le disparità nella salute delle minoranze sessuali siano prodotte dall’eccessiva esposizione allo stress sociale, causato dal loro status sociale stigmatizzato (rispetto alle popolazioni eterosessuali). La teoria è stata man mano ampliata per includere le minoranze di genere, descrivendo in particolare il ruolo della non affermazione di genere come fattore di stress per le persone transgender e non binarie.

Lo stress delle minoranze si distingue dallo stress generale, ovvero lo stress che tutte le persone possono sperimentare, per la sua **origine nel pregiudizio e nello stigma**. Pertanto, un fattore di stress, come la perdita del lavoro, potrebbe essere un fattore di stress generale o uno stress di minoranza a seconda che sia stato motivato, ad esempio, dalla crisi economica, o dal pregiudizio contro la persona.

Meyer ha descritto sia i fattori di stress distali che quelli prossimali:

- Gli *stressors* distali sono quelli che hanno origine da persone o istituzioni che hanno un impatto sulla persona LGBT. Questi includono politiche e leggi discriminatorie, eventi di vita importanti e acuti (ad esempio perdere il lavoro, essere vittime di violenza), i fattori di stress cronici (ad esempio, vivere in povertà) ed esperienze minori/quotidiane di discriminazione o microaggressioni (ad esempio, essere trattati ingiustamente o con mancanza di rispetto), o persino non eventi, esperienze positive attese o eventi che sono stati ostacolati a causa di stigma e pregiudizio.
- Gli *stressors* prossimali derivano, invece, da un processo di socializzazione in cui le persone

appartenenti a minoranze sessuali e di genere imparano a rifiutare se stesse per essere LGBT (**stigma interiorizzato**), sviluppano aspettative di essere rifiutate a causa dello stigma sociale prevalente (**aspettative di rifiuto**) e/o nascondono la loro identità LGBT come un modo per proteggersi (**occultamento dell'identità**). L'occultamento, in particolare, se può essere protettivo in alcuni ambienti, d'altra parte limita anche l'accesso al supporto sociale e all'affermazione personale.

Complessivamente tali fattori di stress rappresentano un carico per le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere e le espongono ad un rischio maggiore di esiti negativi per la salute psichica rispetto alle persone eterosessuali cisgender.

Vi sono anche fattori protettivi contro i fattori di stress minoritario, come meccanismi di adattamento a livello individuale e di gruppo, di supporto sociale e resilienza che possono ridurre l'impatto negativo.

Dalla sua pubblicazione sono state apportate diverse importanti estensioni alla teoria dello stress delle minoranze. In particolare, la teoria è stata ampliata alle persone non binarie sono stati considerati i processi psicologici per spiegare come lo stigma "si insinui sotto la pelle". È stato evidenziato che lo stress correlato allo stigma porta ad un aumento della disregolazione delle emozioni e dei problemi sociali/interpersonali che aumentano il rischio di psicopatologia. Ad esempio, la ruminazione sembra avere un impatto sullo sviluppo dei disturbi depressivi.

Un'altra interessante estensione della teoria dello stress delle minoranze è rappresentata dall'applicazione del modello allo studio delle **coppie**. Ad esempio, LeBlanc e Frost hanno dimostrato che lo stress minoritario a livello di coppia, a causa di un meccanismo di "contagio" dello stress tra partner in coppie dello stesso sesso, era associato a maggiori conseguenze negative sulla salute mentale rispetto allo stress a livello individuale.

- **Il sostegno alle persone LGBTQIAPN+**

E' essenziale fornire risorse e supporto alle persone LGBTQ+ che sono vittime di discriminazione o violenza a causa della loro identità di genere o orientamento sessuale e ciò richiede un impegno collettivo da parte della società nel suo insieme ed una pluralità di interventi.

Per quanto riguarda l'aspetto della salute mentale appare fondamentale che ognuno possa pensare di potersi rivolgere liberamente a professionisti che sappiano progettare interventi mirati e costruiti sulla persona, in cui viene praticata l'accoglienza e l'ascolto empatico e privo di pregiudizi delle esperienze individuali.

**Oltre a ciò, anche i professionisti della salute mentale possono avere, consapevolmente o inconsapevolmente, pregiudizi negativi nei confronti degli individui omosessuali e pregiudizi positivi nei confronti di quelli eterosessuali**, risentendo dell'influenza degli stereotipi di una società eterocentrica. Questo però, ovviamente, può inficiare l'efficacia degli interventi terapeutici ed è

quindi un aspetto che deve essere tenuto a mente da ogni professionista. Ad esempio, nelle domande tipiche di un primo colloquio clinico **dare per scontata l'eterosessualità** ("è sposato/a? Ha una/un fidanzata/o?") **può compromettere sin da subito lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica.**

In particolare, come evidenziano alcuni autori (Brown, 1996; McHenry, Johnson, 1993; Messing, Schoenberg, Stephens, 1984; Peterson, 1996), **il terapeuta soggetto a bias antiomosessuali rischia di:**

- fornire un intervento di qualità inferiore;
- minimizzare o esacerbare la rilevanza dell'orientamento sessuale;
- cambiare argomento quando ci si avvicina a tematiche LGBTQIA+;
- svalutare i vissuti e le esperienze dell'utente;
- ostacolarlo nel fare nuove esperienze (ad esempio, esprimendo giudizi negativi sulla sua vita sessuale);
- "rassicurarlo" rispetto al fatto che non è omosessuale, in quanto non rientra in alcuni "criteri" (definiti arbitrariamente);
- credere o suggerire che l'omosessualità sia una fase che l'utente sta attraversando;
- rinforzare la sua eventuale omofobia interiorizzata;
- incorrere in errori di tecnica e scelte inappropriate;
- perseguire, più o meno consapevolmente, l'obiettivo di modificare l'orientamento sessuale

Nel 2007 l'American Psychological Association ha istituito la *Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* a cui è stato assegnato il compito di prendere in esame la letteratura riguardante i tentativi di modificare l'orientamento sessuale (*Sexual Orientation Change Efforts*, SOCE) per comprenderne gli effetti e produrre delle linee guida per aiutare psicologi e psicoterapeuti ad attuare interventi adeguati nella pratica clinica con le persone LGBTQIA+, attraverso verso il cosiddetto approccio affermativo.

L'odierno **approccio "affermativo"** indica la necessità di un ascolto libero dal pregiudizio da adottare con tutti gli utenti, mantenendo un atteggiamento positivo verso l'ipotesi omosessuale a prescindere dal contenuto dello scambio terapeutico. *"La terapia affermativa si caratterizza dunque per la sua capacità di "vedere" l'individuo nella sua affettività e sessualità, affermando nella relazione la possibilità del cliente di esistere con i propri desideri, siano essi etero e/o omosessuali. Non si tratta mai di prescrivere un orientamento, ma sempre di affermare il valore e la liceità di qualunque scoperta possa fare l'individuo sulla propria struttura d'amore".* (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012, p. 208).

John Pachankis e Marvin Goldfried (2004), in un'ottica cognitivo-comportamentale, hanno individuato quattro caratteristiche specifiche degli interventi affermativi:

1. incoraggiare il paziente a stabilire una rete di relazioni costituita da altre persone

lesbiche e gay;

2. aiutare il paziente a diventare consapevole degli effetti dello stigma;
3. supportare il paziente nell'elaborazione dei vissuti di vergogna e di colpa spesso legati a pensieri, affetti e comportamenti connessi all'omosessualità;
4. consentire l'espressione della rabbia derivante dal vissuto di oppressione e favorirne l'elaborazione.

Inoltre, I modelli affermativi possono essere delineati rispetto a cinque fattori specifici fondamentali:

1. **Accettazione e sostegno:** è necessario utilizzare un ascolto rispettoso e non giudicante, che aiuti il paziente a ridurre il disagio causato dal *minority stress*. Inoltre, è importante che il clinico non colluda con l'eventuale richiesta del paziente di modificare l'orientamento sessuale, ma che ascolti questo desiderio riconducendolo a dinamiche psicologiche complesse che risentono dello stigma sociale, che consideri il contesto in cui il paziente è inserito e che lo aiuti ad esplorare tale bisogno.

2. **Assessment.** La valutazione psicologica deve essere complessiva, considerando le interazioni e interconnessioni tra tutte le dimensioni del funzionamento generale della persona.

3. **Modalità attive di coping:** il clinico deve promuovere tali modalità attraverso interventi che favoriscono l'elaborazione cognitiva dei vissuti emotivi, per far fronte ai fattori di stress.

4. **Supporto sociale.** Considerando che il *minority stress* può comportare emarginazione e autoisolamento, un obiettivo fondamentale del clinico è quello di incrementare la capacità del paziente di avvalersi del supporto sociale (ad esempio suggerendo di frequentare le comunità LGBTQIA+ dove fare esperienza di modelli positivi in cui rispecchiarsi ed agevolare l'integrazione identitaria).

5. **Esplorazione e sviluppo dell'identità:** l'obiettivo dell'intervento clinico è di esplorare e integrare le dinamiche identitarie e le dimensioni di genere, andando oltre alla dicotomia maschile/femminile, senza per forza sceglierne una.

Diventa quindi estremamente importante promuovere la formazione e l'aggiornamento dei clinici sui modelli multidimensionali dell'orientamento sessuale e dell'identità sessuale, sull'influenza che l'eteronormatività e gli specifici fattori culturali possono esercitare sullo sviluppo dell'identità, sulle implicazioni dello stigma a livello individuale, di coppia e familiare, sui conflitti identitari, sulle dinamiche in ambito lavorativo e scolastico, sulle relazioni di coppia non tradizionali, sull'impatto della religione.

Tra gli interventi possibili, oltre alla Psicoterapia individuale anche la **Psicoeducazione sulla sessualità** può essere proposta efficacemente nella fase iniziale dell'intervento psicoterapeutico, prevenendo la condivisione di informazioni su basi scientifiche e spiegazioni sui costrutti di identità sessuale, orientamento sessuale e identità di genere, sulla costruzione di pensieri e credenze che alimentano l'omofobia interiorizzata.

L'intervento si potrà poi focalizzare su vari aspetti, come il **sostegno al coming out in famiglia** (vedi Adolescenza) e alle reazioni avverse al *coming out* (sostegno rivolto sia alla persona LGBTQIA+ che alla sua famiglia), **sull'elaborazione dei traumi** attraverso protocolli di comprovata efficacia quali Esposizione Prolungata o EMDR, sull'accompagnamento verso una maggiore consapevolezza di sé e accettazione di sé. È importante trattare anche i vari sintomi e comportamenti derivanti dalle condizioni di stress e discriminazione (depressione, ansia, abuso di sostanze ecc).

Le persone LGBTQIA+ possono essere indirizzate anche ai vari gruppi, associazioni, *help line* e comunità di supporto a livello nazionale.

A livello sociale, ad esempio, si possono prevedere nei luoghi di lavoro la creazione di programmi di *mentoring* per le persone LGBTQ+ e l'adozione di misure concrete per garantire un trattamento equo e rispettoso sul posto di lavoro.

Anche la scuola ha un ruolo nell'affrontare l'omotransfobia e promuovere l'inclusione e la diversità, ad esempio attraverso l'integrazione di contenuti educativi sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere nei programmi scolastici, la formazione degli insegnanti su come affrontare il bullismo in classe e l'informazione ai genitori e agli studenti sulle questioni LGBTQ+. Per quanto riguarda i contesti educativi, è dimostrato che l'adozione di opportuni interventi nelle scuole abbia un impatto positivo sui giovani, favorendone il benessere e riducendo le conseguenze del *minority stress*, inclusi i tentativi di suicidio.

Oltre alle diverse forme di psicoterapia descritte nei diversi disturbi evidenziati in questa Area n. 1 per scaricare l'intero pdf dell'area Psicoterapie, approcci e trattamento clicca qui: .....

Per scaricare il Vademecum "Psicologia e Sessualità" in PDF dell'intera Area n. 1 clicca qui: .....

#### **BIBLIOGRAFIA, FILMOGRAFIA E LETTURE CONSIGLIATE AREA 1 "PSICOLOGIA E SESSUOLOGIA"**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC,

Gordovez FJA, McMahon FJ: The genetics of bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 25(3):544-559, 2020. doi: 10.1038/s41380-019-0634-7

Berry, M.D., Berry, P.D. (2013). Contemporary Treatment of Sexual Dysfunction: Reexamining the Biopsychosocial Model. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 2013

McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E., Balon R., Fisher AD, Laumann E., Lee SW, Lewis R., Seagraves RT. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016 Feb

Graziottin A., Sessualità e fisiopatologia sessuale in: Zanoio L. Barcellona E. Zacché G. (a cura di), *Ginecologia e Ostetricia con tavole di F. H. Netter, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 165-196*

Vancheri M., *Manuale di terapia sessuale. Guida pratica e completa per il trattamento delle disfunzioni sessuali del singolo e della coppia*, Giunti, 2024

World Health Organization (WHO), World Association for Sexual Health (WAS), *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health*, 2002

Kernberg O., *“Relazioni d’amore Normalità e patologia”*, Cortina Editore Milano, 1996

Simonelli C., D’Urso G., D’Angiò G., *Manuale di psicologia dello sviluppo psicoaffettivo e sessuale*, Erickson, 2024

Baldaro Verde J., *Lo Spazio Dell’illusione- Viaggio Intorno Alla Coppia*, Raffaello Cortina Editore, 1990

Dettore D., *Trattato di psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, Giunti, 2018

Carotenuto A., *Amare tradire*, Bompiani, 2017

Andolfi M., Petrelli P., *La crisi della coppia- Una prospettiva sistemico-relazionale*, Raffaello Cortina, 1999

Fincham, F. D., & May, R. W., *Infidelity in romantic relationships*. *Current Opinion in Psychology*, 2017, 13, 70-74.

Mark, K. P., Janssen, E., & Milhausen, R. R., *Infidelity in heterosexual couples: demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex*. *Archives of Sexual Behavior*, 2011, 40(5), 971-982.

Allen, E. S., Atkins, D. C., Baucom, D. H., Snyder, D. K., Gordon, K. C., & Glass, S. P. *Intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in engaging in and responding to extramarital involvement*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2005, 12, 101–130.

Rossella E. Nappi, Patrizia Vaccaro, Alessia Fignon, Manuela Piccinino, Maria Luisa Masanti, Franco Polatti, *Il Counselling Psico-sessuale nella coppia infertile*, Riv. It. Ost. Gin. - Vol. 3

Moller A., Fallstrom L.: *Psychological consequences of infertility. A longitudinal study*. *J. Psychosom. Obst. Gynecol.* 27-45, 1991

American Psychological Association. (2015). *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people*. *American Psychologist*, 70, 832–864.

Graglia M., *Psicoterapia e omosessualità*, Carocci Faber, Milano, 2018

Lingiardi V., Nardelli N., *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali*, Raffaello Cortina, Milano 2014

<http://www.osservatoriolgbt.eu/index.php/glossario>

Hammack P. L., Wignall L., *Sexual and gender diversity in the twenty-first century*, *Current Opinion in Psychology*, Volume 52, August 2023

*Frequently asked questions on sexual and gender diversity, health and human rights - an introduction to key concepts*, Second edition, WHO

Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. . *Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States*. *American journal of public health*, 2010

M. De Stradis M., Caporusso B., *LGBTQIA+- Rapporto sullo stato dei diritti in Italia*, 2025

Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., Terada, S., & Kuroda, S., *Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder*. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2010

Frost D., M., IH. Meyer I. H., *Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance*, *Current Opinion in Psychology*, Volume 51, June 2023.

I.H. Meyer, Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations Psychol Bull, 129 (2003).

J.E. Pachankis, C.P. Mahon, S.D. Jackson, B.K. Fetzner, R. Bränström, Sexual orientation concealment and mental health: a conceptual and meta-analytic review, Psychol Bull, 146, 2020.

Montano A., Rubbino R., Manuale di psicoterapia per la popolazione LGBTQIA+. Aspetti socio-culturali, modelli teorici e protocolli di intervento, Erickson, 2021

M.G.F. Worthen, Queer identities in the 21st century: reclamation and stigma, Curr Opin Psychol, 2023)

Balsam, K. F., & Mohr, J. J. Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. Journal of Counseling Psychology, 2007, 54(3), 306–319.

Lorraine E Lothwell, Naomi Libby, Stewart L Adelson, Mental Health Care for LGBT Youths, Focus (Am Psychiatr Publ), 2020 Jul;18(3):268-276.

Bravo JA et al. Ingestion of Lactobacillus strain regulates emotional behavior and central GABA receptor expression in a mouse via the vagus nerve. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011 Sep 20; 108(38): 16050–16055.

Cryan JF and Dinan TG. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. Nat Rev Neurosci. 2012 Oct;13(10):701-12.

Francesca De Santa, Georgios Strimpakos, Nicole Marchetti, Giorgio Gargari, Alessio Torcinaro, Stefania Arioli, Diego Mora, Carla Petrella & Stefano Farioli-Vecchioli, "Effect of a multi strain probiotic mixture consumption on anxiety and depression symptoms induced in adult mice by postnatal maternal separation", Microbiome (IF 16,8), 2024

Limonero J. T., Lacasta Reverte M. A., Gómez-Romero M. J., Gil-Moncayo F. (2018), The role of Emotions in Palliative Care.

Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, et al. Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. Focus 2007

Walker, L. E., The Battered Woman, 1979

Grassi, M., Berivi, M, La violenza di coppia. LIRPA International Journal, 2018

Ufficio federale svizzero per l'uguaglianza: Dinamiche della violenza e strategie di intervento

**VADEMECUM E-BOOK INFORMATIVO DI QUEST'AREA: LINK AL VADEMECUM DA SCARICARE IN PDF**

**CLICCA QUI PER CONTATTARE I NOSTRI PSICOTERAPEUTI, PSICO-SESSUOLOGHI O PSICHIATRI CON I QUALI POTRAI ORGANIZZARE COMODAMENTE UNA PRIMA CONSULENZA ONLINE O NELLA SEDE A TE PIÙ VICINA**