ORDINE PSICOLOGI UMBRIA

la mente che cura

RIVISTA SEMESTRALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELL'UMBRIA

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 6 del 16/07/2015 N. 1, ottobre 2015

SOMMARIO

EDITORIALE ..... Pag. 2

01. LA MENTE CHE CURA: UNA INTRODUZIONE *di David Lazzari* ..... » 4

02. L'INDIVIDUO TRA BIOLOGIA E SOCIETÀ *di Francesco Bottaccioli* ..... » 10

03. L'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA NEL TRATTAMNTO DEI DISTURBI PSICHICI *di Franco Baldoni* ..... » 17

04. LA RELAZIONE CHE CURA: INTERVENTI PSICOLOGICI EFFICACI NEI CONTESTI SOCIALI *di Umberta Telfener* ..... » 21

05. INTERVENTI PSICOLOGICI EFFICACI NELLE MALATTIE SOMATICHE *di Piero Porcelli* ..... » 26

06. L'EFFETTO PLACEBO *di Fabrizio Benedetti* ..... » 31

07. OBESITÀ E DEPRESSIONE: LA RELAZIONE SUSSISTENTE *di Claudia Mazzeschi e Giulia Radi* ..... » 37

08. L'IDENTITÀ PROFESSIONALE DELLO PSICOLOGO E IL CODICE DEONTOLOGICO *di Mariano Pizzo* ..... » 44

09. FREUD AI TEMPI DELL'I-PHONE LA PRESENTAZIONE EFFICACE: ESSERE PSICOLOGI NEL TEMPO DEI SOCIAL *di Elena Arestia* ..... » 46

10. LA PALPEBRA BIANCA DELLO SCHERMO *di Mauro Benedetti* ..... » 49

11. LA CORNICE UMBRA PER UN FESTIVAL DELLA PSICOLOGIA ..... » 51

EDITORIALE

Benvenuti su queste pagine!

La Comunità professionale degli Psicologi umbri, attraverso il proprio Ordine, ha voluto dotarsi di questo strumento di comunicazione, informazione e confronto.

L'obiettivo è quello di veicolare contenuti e aspetti significativi delle scienze psicologiche e della professione, di approfondire e far meglio conoscere le attività delle Colleghe e dei Colleghi umbri, di aprire uno spazio di dialogo, in particolare con la società regionale, ma non solo.

Abbiamo davanti, come professionisti, la sfida di diffondere le potenzialità che il "buon uso" della Psicologia può avere nei diversi ambiti della vita umana. Lo Psicologo opera nei contesti individuali, interpersonali, sociali, istituzionali e, in particolare, sui comportamenti e le relazioni che in essi emergono, attraverso specifici modelli di analisi e di intervento (come recita un recente documento dell'Ordine Nazionale, in una sintesi che attesta la trasversalità di una professione, le specificità dei suoi diversi ambiti e le molteplici strategie di azione).

Il numero che presentiamo documenta, attraverso una serie di interventi di studiosi di sicuro spessore, come il "terreno psicologico" sia il luogo di incontro tra le dinamiche del mondo biologico e quelle relazionali, culturali, sociali e ambientali, per cui risente di tutto questo, ma non può essere ridotto a mera sommatoria di tali prospettive. È nella realtà psichica che tali aspetti plurimi e situati su diversi livelli, miscelandosi, acquistano significati ulteriori e particolari, generando una specifica dimensione di senso, una soggettività e complessità che connotano lo stare nel mondo dell'individuo, dai suoi vissuti ai comportamenti, dai sentimenti alla qualità delle relazioni che intrattiene.

È su questa "trama", estesa dai singoli alle famiglie, ai gruppi e ai contesti, che agisce la Psicologia, chiamata a comprendere, ascoltare, decodificare e dare voce, prima ancora che ad agire e contribuire a modificare.

Questi aspetti, così essenziali nella vita umana nel costruire benessere e salute, nel reperire risorse atte a fronteggiare avversità e sofferenza, non possono essere trattati con astratte generalizzazioni o banalizzazioni; occorre invece essere consapevoli che le scienze psicologiche consentono la costruzione di nuove e più adeguate forme mediante cui la società può migliorarsi e meglio confrontarsi con questa dimensione.

Si tratta di un tema generale ma anche di una questione regionale. Non è questa la sede per analizzare storicamente quel "gap" che la professione ha avuto negli anni in terra umbra e che solo in tempi recenti si sta faticosamente cominciando a superare. Noi comunque non vogliamo guardare indietro ma avanti, possiamo e dobbiamo fare la nostra parte, che consiste nell'abbandonare ogni tentazione di autoreferenzialità, di chiusura o di subordinazione culturale, per rafforzare le vie dell'apertura, del confronto, della collaborazione a tutti i livelli e in tutti gli ambiti. Solo così potrà essere valorizzato e meglio utilizzato quel patrimonio di professionalità e di competenze che esiste e che in questi anni è notevolmente cresciuto.

Esempio emblematico e concreto di questo discor-

so è lo “Psicologia Umbria Festival”, che si svolge in diverse città dell’Umbria dall’8 al 10 ottobre e prosegue con l’iniziativa “Studi Aperti” dal 12 al 16 ottobre; di entrambe le manifestazioni è possibile consultare il programma in questo numero e avere notizie in merito.

Abbiamo voluto aggiungere questa iniziativa a quelle già presenti in Umbria, terra ricca di arte e idee, con l’auspicio che anche il nostro Festival divenga importante e conosciuto come gli altri.

Siamo lieti di annunciare, insieme al primo numero di questa rivista, la nascita dello “Psicologia Umbria Festival”, iniziative entrambe audaci che si aprono verso prospettive future molto impegnative, ma che sono la testimonianza di una comunità viva, capace di collaborare in occasioni e contesti diversi.

La rivista avrà cadenza semestrale e sarà pubblicata nel sito dell’Ordine.

Buona lettura e buon Festival!

Il Presidente e il Consiglio
dell’Ordine degli Psicologi dell'Umbria

01.

LA MENTE CHE CURA: UNA INTRODUZIONE

David Lazzari
Presidente Ordine Psicologi Umbria, Presidente Società Italiana di Psico-neuro-endocrino-immunologia,
Resp. UO Psicologia Az. Ospedaliera Terni, Coord. GdL "Evidenze ed Esiti" Ordine nazionale Psicologi

Nike di Samotracia, da *www.pinterest.com*

Il 25° anniversario della istituzione dell'Ordine degli Psicologi, che al di là del valore sotto l'aspetto ordinistico, costituisce il pieno riconoscimento giuridico della professione e delle sue competenze, è stata l'occasione per approfondire lo "stato dell'arte" delle acquisizioni scientifiche sul ruolo della dimensione psicologica nei contesti della salute e nei contesti sociali.

Ne emerge un quadro che può essere così sintetizzato:

a. Sono disponibili oggi **evidenze robuste sul ruolo della dimensione psicologica nella salute.** Tutti gli aspetti e processi (organici, comportamentali, relazionali) risentono in vario grado dei fattori soggettivi, che giocano un ruolo importante negli equilibri di vita e quindi nella dinamica benessere-malessere e salute-malattia, nella gestione della salute e della malattia, nelle cure.
b. Questo quadro ha una importante **ricaduta sulla Psicologia, che va considerata una risorsa per il benessere e la salute ed utilizzata correttamente** – a partire da un buon uso delle competenze e delle professionalità psicologiche – in tutti quei contesti e ambiti ove si agisce e si può agire per salvaguardare e promuovere la vita umana e questi suoi aspetti essenziali.
c. Tutto ciò richiede una **modalità diversa delle istituzioni e della società di guardare alla Psicologia e di utilizzare gli psicologi**, così come una **nuova consapevolezza e assunzione di responsabilità da parte della professione e delle sue articolazioni**, al fine di assumere ruoli più aderenti e coerenti con le nuove evidenze scientifiche e con le conseguenti necessità operative.

Il costo del disagio e dei disturbi psichici

Recentemente l'ISTAT ci ha offerto un panorama della salute degli italiani (Cnel, Istat, 2014) che evidenzia come, a fronte di un miglioramento dello stato fisico nel periodo 2005-2012, vi sia un netto peggioramento dello stato psicologico. Inoltre, mentre la salute fisica viene compromessa soprattutto nell'ultima parte della vita, i problemi psichici si presentano nell'intero arco di vita, soprattutto in momenti cruciali per gli sviluppi futuri.

Questo dato contribuisce a spiegare un fatto (che

può apparire controintuitivo), ovvero che considerando singolarmente le diverse aree di patologia (cardiovascolari, oncologiche, metaboliche, respiratorie, gastrointestinali, ecc.) i disturbi ad espressione psichica e comportamentale rappresentano la voce più consistente rispetto ai costi che comportano per gli interessati e la società (WHO, 2008).

Questo notevole "peso" (il cosiddetto "burden of disease") è certamente in buona parte dovuto al diverso "trattamento" riservato a questi disturbi: ovvero di essere *poco e male riconosciuti e trattati*. Le stime ci dicono che i disturbi ansiosi e depressivi (a livello clinico) sono trattati nel 25% dei casi nell'età adulta e nel 24% nell'età 5-16 anni (Green et al., 2005; McManus et al., 2009; Layard, Clark, 2014). E quando vengono presi in considerazione la risposta è in gran parte di tipo farmacologico, come dimostrano i dati dell'AIFA sul notevole incremento di prescrizioni e consumo di benzodiazepine e antidepressivi in Italia negli ultimi dieci anni (AIFA, 2014).

Fig. 1 – Costo-benefici di alcuni trattamenti psicologici

	TRATTAMENTO	NNT	LIVELLI DI MIGLIORAMENTO PER QUALI
DISTURBI PSICHICI			
Depressione	Psicoterapia vs. Placebo	2	9.937
Dist. Ansia sociale	Psicoterapia vs. Trattamento usuale	2	13.717
Depressione post-partum	Psicoterapia vs. Tratt. usuale	5	6.429
Dist. Ossessivo Comp.	Psicoterapia vs. Tratt. usuale	3	30.000
MALATTIE FISICHE			
Diabete	Metformina vs. Insulina	14	8.573
Asma	Beta-antagonisti+Steroidi vs. Steroidi	73	18.574
COPD	Ditto	17	59.583
Cardiovascolari	Statine vs. Placebo	95	20.000
Epilessia	Topirimato vs. Placebo	3	1.285
Artrite	Inibitori Cox-2 vs. Placebo	5	42.866

S.Pilling , NICE UK, 2012

EURO RISPARMIATI PER OGNI EURO SPESO	
Interventi precoci nei Disturbi della condotta	9,1
Depressione post-partum	0.80
Persone con UMS (sintomi medici funzionali)	2,03
Disturbi depressivi in contesti lavorativi	5.85
Alcolismo	13,66
Prevenzione Disturbi della Condotta	97,39
Prevenzione del Bullismo in ambito scolastico	16,69
Prevenzione della salute nei contesti lavorativi	11,27

(Lazzari 2013, modificato da Knapp et al. 2011)

Inoltre oggi abbiamo chiare prove che lo stress psicologico prolungato altera progressivamente la fisiologia e lo stile di vita, costituendo per via biologica e comportamentale il *mainstream* che favorisce tutte quelle "patologie non trasmissibili" (cardiovascolari, metaboliche, gastrointestinali, tumorali, respiratorie, degenerative, ecc.) che rappresentano l'80% delle cause di morte e oltre il 70% dei costi sanitari (vedi a tale proposito l'articolo di F. Bottaccioli in questo numero).

Lo stress e i disturbi psichici sono anche in esito alla malattia fisica. Questo intreccio aiuta a comprendere l'elevata co-morbidità tra disturbi fisici e psichici: oltre il 30% delle persone con patologie fisiche ha anche un disturbo psicologico (WHO, 2008). Quanto incidono i fattori psicologici nella malattia fisica lo si può vedere da studi di economia sanitaria che mostrano un aumento consistente dei costi sanitari per anno (dal 35 al 75% a seconda delle patologie) quando il paziente ha, oltre alla patologia fisica, anche problemi di ansia o depressione (Melek, Norris, 2008).

Ci sono studi epidemiologici che hanno arruolato ampie popolazioni, con osservazioni durate molti anni, che mostrano come il disagio psicologico – a parità di condizioni socioeconomiche, di stile di vita e di salute – si colleghi a un aumento della mortalità pari a due volte e mezzo (Russ et al., 2012), di converso chi ha un buon benessere psicologico ha una longevità maggiore del 30% rispetto agli altri (Steptoe et al., 2014).

Efficacia e vantaggi economici degli interventi psicologi

L'efficacia in generale degli interventi psicologici e della psicoterapia è oggetto ormai di moltissimi studi, che ne dimostrano l'effetto clinico ma anche fisio-logico, ovvero le modi-fiche sui circuiti e sulle strutture cerebrali, così come sul funzionamento corporeo (per un approfondimento si veda l'articolo di Franco Baldoni in questo numero). In questa sede vogliamo brevemente puntualizzare che la ricognizione effettuata dall'APA include 148 ricerche (*trial* randomizzati controllati) e dimostra effetti significativi e duraturi per un'ampia gamma di patologie, equiparabili o superiori a quelli dei farmaci e con effetti collaterali minori, con una **riduzione delle spese sanitarie del 17% a fronte di un aumento del 12,3% nei pazienti non trattati psicologicamente.**

Il parametro utilizzato per valutare l'efficacia degli interventi sanitari è *l'effect size* (ES): da 0.5 in su l'effetto va da moderato ad ampio ed elevato. Secondo le *review* più recenti si va dallo 0.5 (disturbo bipolare) sino ad un 1.2, con una prevalenza intorno allo 0.8 (effetto significativamente ampio) (Lazzari, 2014; Hunsley et al., 2013). È significativo confrontare questi livelli di efficacia con quelli mostrati dagli antidepressivi: la meta-analisi di Moncrieff et al. (2004) ci mostra che quando il trattamento farmacologico viene confrontato con un placebo "attivo" (sempre sostanza non attiva ma che "mima" gli stessi effetti collaterali del farmaco impedendo ai soggetti di capire cosa stanno assumendo) la differenza tra farmaco e placebo praticamente si azzera (0.17). Anche il lavoro di Turner et al. (2008) su ben 74 ricerche e considerando tutti i tipi di antidepressivi mostra un effetto generale molto modesto (0.31).

Accanto agli studi di efficacia si è cominciato da alcuni anni a effettuare anche valutazioni di impatto economico[1]. Tali valutazioni possono riguardare il rapporto tra costi e benefici a breve termine o a lungo termine, tenendo conto di relazioni più dirette (ad es. costo dell'intervento e risparmi sanitari: *cost-benefict*) o più ampie (ad es. vantaggi in termini di qualità della vita, disabilità, mortalità: *cost-effectiveness*). Nella Fig. 1 riportiamo il rapporto tra danaro speso e danaro risparmiato per una serie di interventi psicologici, che dimostrano come – in quasi la totalità dei casi – risulti vera l'affermazione secondo cui gli interventi psicologici non costano nulla, perché si ripagano da soli e spesso fanno addirittura risparmiare. Nella stessa figura viene riportata una tabella che indica alcuni parametri relativi a trattamenti psicoterapici per disturbi psichici (depressione, ansia sociale, depressione post-partum e disturbo ossessivo-compulsivo) e anche, per fare un raffronto, alcuni trattamenti farmacologici per malattie fisiche (diabete, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD), malattie cardiovascolari, epilessia, artrite). Gli indicatori considerati sono il "Numero di persone da trattare" (NND) e il QALYs (*Quality Adjusted Life Year*): il primo si riferisce al numero di persone da trattare con un certo trattamento per avere un successo; il secondo si riferisce al livello costi-efficacia come misurato dal costo per Qaly. Quest'ultimo è composto da due fattori: la severità della condizione di salute e il costo per ogni caso trattato: il costo per ogni anno con migliore qualità di vita (Qaly) rappresenta così la misura del costo-efficacia del trattamento, più è bassa la cifra e più il trattamento sarà vantaggioso. In genere un trattamento è considerato vantaggioso se ha un Qaly inferiore a 35.000 euro. Come si vede i trattamenti psicoterapici mostrano una performance economica piuttosto significativa, sia in assoluto, sia se paragonati a molti trattamenti di uso frequente per patologie somatiche.

Effetti degli interventi psicologici nelle patologie fisiche

In questi ultimi anni si sono accumulate ricerche interessanti sui vantaggi della integrazione di interventi psicologici nel contesto delle cure mediche per patologie fisiche. Anche se non si può approfondire il tema in questa sede (rimandiamo per una trattazione più esaustiva all'articolo di P. Porcelli) è utile riportare alcuni dati:

- Nel diabete la più recente revisione Cochrane[2] su 19 *trial* clinici (Baumeister et al., 2012; 2014) mostra effetto su controllo glicemico, efficacia comparabile tra psicoterapia e farmaci per depressione, con superiorità psicoterapia a medio e lungo termine (-42 e 31%).
- Nelle malattie cardiovascolari la revisione Cochrane su 24 ricerche (Whalley et al., 2011) mostra una riduzione media della depressione del 21%,

[1] Per una descrizione più dettagliata si rimanda alla terza parte del libro "Efficacia e prospettiva economica" a cura di D. Lazzari (2013).

[2] La Cochrane Collaboration è una iniziativa internazionale no profit nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla efficacia e alla sicurezza degli interventi sanitari.

dell'ansia del 25% e della mortalità del 20%.

- Nel cancro abbiamo uno studio su donne operate al seno dove l'intervento psicologico ha aumentato la sopravvivenza del 40% a 13 anni (Andersen et al., 2008); uno studio che mostra una modificazione delle attività immunitarie e geniche (espressione leucocitaria di 91 geni, sottoregolazione dei geni pro-infiammatori e metastatici, sovraregolazione dei geni rispondenti per interferone 1) (Antoni et al., 2012); una revisione Cochrane su 9 studi (Mustafa et al., 2013) mostra efficacia per depressione, ansia, dolore e sopravvivenza a un anno.
- In pazienti con patologie varie (ictus, cancro, sclerosi multipla, diabete, artrite reumatoide) una meta-analisi su 23 studi mo-stra un'efficacia notevole (d=1.00) per depressione rispetto a pazienti non trattati (Cuijpers et al., 2011)
- Nei disturbi funzionali una meta-analisi su 27 studi mostra efficacia a un anno soprattutto nella autogestione del disturbo e nella sintomatologia fisica (Kleinstauber et al., 2011).
- In generale (pazienti con patologie dermatologiche, neurologiche, cardiovascolari, respiratorie, genirourinarie, gastrintestinali, immunitarie e con dolore cronico) abbiamo miglioramenti su sintomi somatici (tra l'82 e il 91%), per le funzioni psicosociali (tra il 73 e il 92%) e per i sintomi psicologici (tra il 46 e il 76%) (Abbas et al., 2009).

Si tratta di dati significativi (anche se appare necessario accumulare maggiori evidenze e chiarire diversi aspetti in relazione alla complessità di queste ricerche), che non possono tradursi in una generica richiesta di offrire indiscriminatamente trattamenti psicologici o psicoterapici a tutti gli individui con patologie fisiche, quanto piuttosto di lavorare affinché i Sistemi Sanitari siano in grado di garantire un approccio più globale alla persona, integrando la valutazione e il trattamento di questi aspetti con le cure mediche e sanitarie in generale, dalle cure primarie sino a quelle ospedaliere.

Una professione poliedrica per il XXI secolo

Per concludere, qualche considerazione sulla professione e il suo ruolo per il benessere e la salute in relazione ai dati di letteratura sopra evidenziati. Se, come abbiamo visto, gli equilibri adattativi giocano un ruolo centrale e, in questo contesto, la dimensione psichica "media" tra organismo e contesto, tra biologia e società, la psicologia è chiamata a illuminare l'interazione e l'interdipendenza tra spinte/influssi biologici e del contesto, e si pone quindi come un "ponte" tra le scienze naturali e quelle umane, tra gli aspetti "immateriali" e materiali della vita.

Fig. 2 - Psicologia come «ponte»

La psicologia è chiamata a giocare un ruolo che aiuti a superare le dicotomie tra natura e cultura che la società ancora patisce (fig. 2). **Gli individui e la società nel suo complesso hanno una forte necessità di avere letture e interventi integrati e la psicologia (e quindi lo psicologo) possono svolgere un compito strategico e peculiare in**

questo. Lo psicologo è un professionista dell'integrazione: tra aspetti e ambiti diversi, tra individui, tra individuo e contesto, tra operatori, dentro i gruppi e le organizzazioni e tra di loro. Lo psicologo conosce (e sempre di più dovrà conoscerle) le esigenze e le implicazioni della sfera biologica e quelle del contesto (relazionale, culturale, ecc.) e sa farle dialogare.

Questo vuol dire che lo psicologo è un operatore sanitario a forte valenza sociale, in grado di porsi sul crinale delle esigenze sanitarie e degli aspetti sociali nei diversi contesti, di coniugare gli aspetti clinici con quelli relazionali e organizzativi. L'approccio psicologico punta a uno sviluppo delle risorse, al potenziamento delle capacità adattative del "sistema", a mettere in relazione aspetti e dimensioni diverse, a costruire reti (non dimentichiamo che la psicologia ha avuto un ruolo cruciale nella visione sistemica e nell'approccio alla complessità). Per questo in psicologia ogni cura diventa anche una promozione della salute e da sempre la valutazione psicologica punta a individuare e far leva sulle potenzialità, a far crescere la consapevolezza e l'autonomia (i concetti di "alleanza terapeutica" o di "*empowerment*" si sono sviluppati in ambito psicologico).

Si tratta di approcci e "ingredienti" essenziali per la società e per i sistemi sanitari, che hanno bisogno di aumentare la loro performance rispetto a tutti i fattori soggettivi, relazionali e comportamentali.

La vita dell'uomo di oggi, nei paesi occidentali in particolare, ha visto la riduzione di molti rischi e l'aumento di altri, molto spesso legati agli aspetti soggettivi e relazionali. L'epigenetica e gli studi sullo sviluppo ci mostrano come le esperienze – filtrate dalla nostra mente – condizionano nel bene e nel male gli equilibri futuri e la salute. Promuovere una soggettività valida, sviluppare risorse positive diventa sempre più chiaramente un investimento fondamentale per la società: la Psicologia e gli Psicologi sono chiamati a fare la loro parte.

Bibliografia

Abbass A.A., Hancock J.T., Henderson J., Kisely S. (2006), Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Article No. CD004687.

Abbass A., Kisely S., Kroenke K. (2009), Short-term psychodynamicpsychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials, *Psychotherapy and Psychosomatics,* 78, pp. 265-274.

Altieri S.C., Yang H., O'Brien H.J., Redwine H.M., Senturk D., Hensler J.G., Andrews A.M. (2014), Perinatal vs. Genetic Programming of Serotonin States Associated with Anxiety, *Neuropsychopharmacology*.

American Psychological Association (2012), Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness, www.apa.org.

Andersen B.L., Yang H.-C., Farrar W.B., Golden-Kreutz D.M., Emery C.F., Thornton L.M., Young D.C., Carson W.E. III, (2008), Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: A randomized clinical trial, *Cancer,* 113(12), pp. 3450-3458.

Antoni M.H, Lutgendorf S.K, Blomberg B., Carver C.S., Lechner S., Diaz A., Stagl J., Arevalo Jesusa M.G., Cole S.W. (2012), Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics *Biological psychiatry*, 71(4), pp. 366-72.

Baumeister H., Hutter N., Bengel J. (2012), Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12, Article No. CD008381.

Baumeister H., Hutter N., Bengel J. (2014), Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus: an abridged Cochrane review, *Diabetic Medicine*, 31(7), pp. 773-786.

Cnel - Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Istat - Istituto Nazionale di Statistica (2014), *BES 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

Cuijpers P., Geraedts A.S., van Oppen P., Andersson G., Markowitz J.C., van Straten A. (2011), Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis, *Am J Psychiatry*, 168(6), pp. 581-92.

Driessen E., Cuijpers P., de Maat S.C., Abbass A.A., de Jonghe F., Dekker J.J. (2010), The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis, *Clin Psychol Rev.*, 30(1), pp. 25-36.

Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. (2005), *Mental Health of Children and Young People in Great*

Britain 2004, Palgrave, London.

Hunsley J., Elliott K., Therrien Z. (2013), *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments*, Canadian Psychological Association.

Jarrett R.B., Minhajuddin A., Gershenfeld H., Friedman E.S., Thase M.E. (2013), Preventing depressive relapse and recurrence in higher-risk cognitive therapy responders: a randomized trial of continuation phase cognitive therapy, fluoxetine, or matched pill placebo, *JAMA Psychiatry*, 70(11), pp. 1152-60.

Keller A. et al. (2012), Does the perception that stress affects health matter? The association with stress and mortality, *Health Psychology*, 31(5).

Layard L., Clark D.M. (2014), *Thrive. The Power of Evidence-Based Psychological Therapies*, Allen Lane, London.

Lazzari D. (a cura di) (2011), *Psicologia Sanitaria e Malattie Croniche: interventi evidence-based e disease management*, Pacini Medica, Pisa.

Lazzari D. (a cura di) (2013), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, Tecniche Nuove.

Lazzari D. (2014), I marker della psiche e quelli della vita, *PNEI Review*, 2, pp. 54-61.

McManus S., Meltzer H., Brugha T., Bebbington P., Jenkins R. (2009), *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey*, National Centre for Social Research, London.

Melek S., Norris D. (2008), *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders*, Millima, Seattle.

Moncrieff J., Wessely S., Hardy R. (2004), *Active placebos versus antidepressants for depression*, The Cochrane Collaboration, Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Mustafa M., Carson-Stevens A., Gillespie D., Edwards AGK (2013), Psychological interventions for women with metastatic breast cancer, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6, Art. No. CD004253.

Olfson M., King M., Schoenbaum M. (2015), Benzodiazepine Use in the United States, *JAMA Psychiatry*.

Pilling S. (2012), Cost-effectiveness of some treatments for mental and physical illnesses, in *The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, How Mental Illness loses out in the NHS*, The London School of Economics and Political Science, UK.

Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., Starr J.M., Kivimäki M., Batty G. D. et al. (2012) Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies, *BMJ*, 345: e4933.

Shedler J. (2010), The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *Am Psychol.*, 65(2), pp. 98-109.

Turner E.H., Matthews A.M., Linardatos E., Tell R.A., Rosenthal R. (2008), Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy, *New England Journal of Medicine*, 358, pp. 252-260.

Whalley B., Rees K., Davies P., Bennett P., Ebrahim S., Liu Z., West R., Moxham T., Thompson D.R., Taylor R.S. (2011), Psychological interventions for coronary heart disease, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. No. CD002902.

World Health Organisation (2008), *The Global Burden of Disease: 2004 update.*

02.

L'INDIVIDUO TRA BIOLOGIA E SOCIETÀ

Francesco Bottaccioli
Fondatore e Presidente onorario SIPNEI,
Direzione Master in "*Psiconeuroendocrinoimmunologia e Scienza della cura integrata*", Università dell'Aquila

Inizio ponendo una domanda apparentemente banale: cos'è l'individuo?
La parola stessa[1] dice che è un'unità distinta e indivisibile, che si caratterizza per essere il prodotto di un determinato patrimonio genetico e, per questo, peculiare, capace cioè di conferire quella variabilità su cui opera la selezione naturale.
In realtà l'individuo, dal punto di vista biologico, sembra molto più composito.
Intanto, sappiamo che, accanto al patrimonio genetico prodotto dalla unione dei gameti maschile e femminile, abbiamo un altro genoma che è il DNA dei mitocondri, che sono gli unici organelli cellulari, oltre al nucleo, che contengono un loro DNA, molto particolare perché è organizzato in forma circolare come è quello dei batteri. Questo DNA speciale non è fornito da entrambi i genitori ma solo dalla madre. E i mitocondri, la cui origine evolutiva ricorderò tra poco, non sono strutture secondarie, sono le centrali di produzione dell'energia cellulare.
In secondo luogo, noi esseri umani, al pari delle piante, degli invertebrati e degli altri vertebrati, viviamo in simbiosi con una quantità notevole di microbi che, nel nostro organismo, colonizzano la mucosa intestinale, quella respiratoria, l'apparato riproduttivo femminile, la cute. Per noi, come per tutti gli altri esseri viventi, la simbiosi con i microbi è vitale: senza di loro non avremmo un sistema

Amazzone ferita, *da https://www.google.com/culturalinstitute/asset-viewer/statue-of-a-wounded-amazon/JAGSbGOVuDi_4Q?hl=it&projectId=art-project*

[1] Dal latino *in-dividuus (dividere)* non diviso, che è l'equivalente del greco *átomos*, non tagliabile *(témno)*.

immunitario maturo, mentre un loro squilibrio, anche da adulti, produce un alterazione della stessa immunità.
Le estese popolazioni microbiche simbiontiche, collettivamente definite microbiota (o microbioma), hanno effetti significativi sul metabolismo dei lipidi, dei tossici, dei farmaci. Producono vitamine e fattori neuroattivi, capaci cioè di comunicare non solo con il sistema nervoso intestinale, il cosiddetto "secondo cervello", ma anche con il sistema nervoso centrale. Del resto, la comunicazione cervello-intestino è ormai un fatto assodato dalla ricerca scientifica (Bottaccioli, Carosella, 2015; Udit, Gautron, 2013), che sta trasferendo nella clinica queste nuove acquisizioni.
Ma il fatto più rilevante è che i microbi che abitano in noi forniscono larga parte delle inserzioni di materiale genetico estraneo che troviamo nel nostro DNA. I cosiddetti trasposoni costituiscono il 50% del nostro DNA e la loro origine è in parte di origine esogena (virale) e in buona misura deriva dal trasferimento di materiale genetico dai microbi simbionti al nostro genoma. Queste porzioni di DNA hanno la caratteristica di essere "ballerine" e cioè di traslocare di posto nella sequenza del DNA (i famosi "geni saltatori" della biologia premio Nobel Barbara McClintock) e sono anche sede elettiva di marcatura epigenetica.
Di fronte a questo quadro, tre stimati studiosi, Scott F. Gilbert, Jan Sapp e Alfred I. Tauber (2013), biologi dello sviluppo i primi due e filosofo della scienza l'ultimo, propongono di definire gli individui "olonti" e cioè un'aggregazione di cellule derivanti dallo zigote e dai microbi. Le prove che portano in questo lavoro dimostrano che la simbiosi è effettivamente estesa a tutto il mondo vivente e che, per rimanere a noi, agli esseri umani, le interrelazioni tra i microbi e le nostre cellule sono così estese, diffuse, s'instaurano così precocemente (durante il parto e subito dopo) e perdurano tutta la vita, modificandosi in base all'alimentazione, allo stress, ai farmaci assunti, che è impossibile prescinderne nella valutazione dell'individuo.
Questi studiosi, portando alle estreme conseguenze la loro analisi, concludono con quella che appare una provocazione forte: "non siamo individui, siamo tutti licheni", cioè organismi composti dall'unione di più organismi che, nel caso del lichene, sono un alga e un fungo.
Ma forse invece che liquidare l'individuo, occorrerebbe liquidarne la vecchia concezione che, in biologia, è il prodotto sicuro e granitico dello sviluppo dello zigote e del suo genoma nucleare e che, in socio-economia, è l'ineffabile costruttore dell'ordinamento sociale, la pietra angolare del mercato e di tutte le libertà moderne.
Ripensare la complessa composizione dell'individuo umano significa quindi vedere il mondo vivente che è in noi: quello biologico, quello fisico, quello sociale. Significa rintracciare lo scambio biologico continuo che realizziamo con le altre specie viventi e con il mondo fisico, la sovradeterminazione culturale e comportamentale e quindi biologica che il contesto sociale produce sulla singola vita umana.

Il ruolo della coscienza

Uno dei più celebri neurobiologi contemporanei, Gerald Edelman, premio Nobel per la medicina, recentemente scomparso, che ha dedicato gli ultimi 40 anni allo studio dei meccanismi di produzione della coscienza scrivendo lavori scientifici e libri di grande impatto internazionale, ha più volte manifestato il suo dissenso radicale verso l'approccio allo studio delle relazioni mente-cervello, che il grande psicologo e filosofo americano William James ha proposto alla fine dell'Ottocento.
Per James la coscienza emerge nel corso dell'evoluzione proprio per governare un sistema nervoso divenuto troppo complesso per regolarsi da sé. Quindi la coscienza retroagisce "sulle correnti nervose", anche se, ammette, al momento non sappiamo come. Più di un secolo dopo, Edelman (2004) senza mezzi termini dichiara che, pur essendo un ammiratore di James e condividendo sempre le sue visioni sulla coscienza, il suo

punto di vista sulle relazioni tra coscienza e cervello è opposto a quello dello psicologo. Quindi, secondo Edelman, la dimensione psichica non retroagisce sulle condizioni cerebrali da cui emerge.
Ma già quando Edelman scriveva queste cose, c'erano neurobiologi che affermavano esattamente il contrario: Francisco Varela e Joseph LeDoux. Sia per Varela (1985) che per LeDoux (2003, p. 444) la questione è chiara: la psiche retroagisce sul cervello, anche se, ammettono, le prove empiriche sul finire del secolo scorso non erano proprio abbondanti.
Antonio Damasio, l'altro grande protagonista della ricerca e del dibattito neurobiologico contemporaneo, dopo aver dedicato diversi libri allo studio delle relazioni cervello-emozioni-cognizione, quindi allo studio delle relazioni che vanno dal basso all'alto (buttom-up) in coerenza con la sua lettura di Baruch Spinoza sulla centralità del corpo che è l'"oggetto costituente la mente" (Damasio 2003, p. 254), dedica alcune battute finali del suo ultimo libro all'"interattività di biologia e cultura", al fatto che "gli sviluppi culturali possono portare profonde modificazioni del genoma umano" (Damasio, 2012, p. 366).
Anche se è davvero pochino, in un volume di quasi 400 pagine largamente dedicato ancora una volta alla sua ossessione spinoziana, al "cervello che ha in mente il corpo", resta il fatto che mi pare un segno dei tempi.
Le prove che invocavano Varela e LeDoux oggi cominciano ad esserci. Prove che combinano le tecniche di neuroimaging e quelle di epigenetica.

Come la dimensione psichica e sociale cambia il cervello

L'epigenetica (Bottaccioli, 2014). Negli ultimi mesi sono stati pubblicati numerosi lavori sperimentali e reviews che indagano la segnatura epigenetica cerebrale indotta da condizioni sociali avverse.
Uno studio (Bock et al., 2014) ha dimostrato che separare un cucciolo dalla propria madre induce, nel giro di poche decine di minuti, una segnatura epigenetica che può diventare stabile, un'orma nel cervello dell'animale, se la separazione persiste o viene ripetuta nel tempo.
Per il cucciolo di animale la separazione dalla propria madre è un trauma, evento che gli umani sperimentano sia in analoghe condizioni sia come risultato di minaccia alla propria integrità e incolumità (guerre, catastrofi naturali, aggressioni). Le conseguenze di un trauma possono essere anche di lungo periodo e far sentire i propri effetti sui figli o addirittura i nipoti, che possono mostrare i segni psichici della condizione vissuta dai genitori o dai nonni.
La spiegazione psicologica classica di questo fenomeno è di tipo comportamentale: i figli sono affetti da disturbi emozionali perché uno dei due o entrambi in genitori hanno sviluppato un disturbo da stress conseguente al trauma (PTSD in sigla). Il che è una mezza verità, perché ci possono essere delle conseguenze, sui figli, di un trauma subito ben prima del concepimento, senza che i genitori siano affetti da PTSD. Un recente studio (Bader et al., 2014) realizzato da psichiatri della Scuola di Medicina del celebre Mount Sinai Hospital a Manhattan, su donne ebree che avevano vissuto il trauma dell'internamento nei campi di concentramento nazisti, dimostra che sono riscontrabili segni chiari sul sistema dello stress dei figli, anche in assenza, nella madre, di un Disturbo Post-Traumatico da Stress.
I figli dell'olocausto, concepiti dopo il crollo del nazismo, mostravano, rispetto ai controlli, una scarsa produzione di cortisolo sotto stress: una disregolazione che, al pari di un'eccessiva produzione dell'ormone, può dare origine a vari disturbi sia di tipo psichiatrico che internistico. Quali possono essere i meccanismi di questo fenomeno? Con tutta probabilità di tipo epigenetico, che possono estendere i loro effetti anche alle generazioni future, ai nipoti delle donne dell'olocausto. In una recente review, un gruppo internazionale denominato Network in Epigenetic Epidemiology (Pembrey et al., 2014) documenta che sono possibili segnature epigenetiche in utero che

lasciano impronte nelle cellule sessuali dei figli, i quali, una volta diventati genitori, possono trasmettere la segnatura epigenetica ai loro figli.
Trasmissione epigenetica che si sospetta avvenga non solo per via materna ma anche paterna: anche lo spermatozoo, infatti, pur essendo, a differenza dell'ovocita, una cellula altamente rinnovabile e soggetta a cancellazione della segnatura epigenetica, è ricco delle orme della vita del suo proprietario, come si legge in una recente review (Soubry, 2015).
La segnatura epigenetica del trauma e più in generale di condizioni avverse può intervenire nell'infanzia come nella vita adulta, anche se, ovviamente, la fase in cui il cervello è in sviluppo è maggiormente "marcabile". Il gruppo di Michael Meaney, della McGill University a Montreal, da tempo documenta, nell'animale e nell'umano, che le condizioni avverse nell'infanzia segnano epigeneticamente l'ipotalamo, che è il motore dell'asse dello stress. Adesso, un altro pezzo della ricerca completa il quadro. Steven W. Cole, immunologo e oncologo del Campus di Los Angeles, su *Plos Genetics* documenta che in particolare due classi di cellule immunitarie, le dendritiche e i monociti, sotto l'influsso delle avversità sociali, strutturano una risposta stabile di tipo infiammatorio, che può rimanere silente nel tempo e poi riattivarsi sotto stress. La combinazione di segnatura epigenetica cerebrale disfunzionale e di segnatura epigenetica immunitaria infiammatoria può spiegare meglio l'origine di molte malattie psichiatriche (depressione e psicosi) dello sviluppo (autismo) e neurodegenerative (Alzheimer). Ma soprattutto può fornirci chiavi di prevenzione e terapia, partendo dal presupposto che la segnatura epigenetica è reversibile e che l'epigenoma è fortemente influenzabile dal contesto sociale.

Il cervello dei minori abbandonati e quello dei minori affidati

Un gruppo di ricerca dell'Ospedale dei bambini di Boston della Harvard Medical School ha documentato, su *JAMA Pediatrics* (Bick et al., 2015), le alterazioni che si producono nei circuiti cerebrali di bambini vissuti negli orfanotrofi di Bucarest. Lo studio, iniziato nel 2001, fa parte di un progetto, denominato *Bucharest Early Intervention Project*, che coinvolge i 6 orfanotrofi della capitale romena, tre Università statunitensi con capofila Harvard, tre Fondazioni, con capofila Mac Arthur Foundation di Chicago, il cui obiettivo è esaminare gli effetti della istituzionalizzazione infantile sullo sviluppo del cervello e del comportamento e, al tempo stesso, verificare se l'affidamento familiare abbia la capacità di recuperare i danni cerebrali.
Le caratteristiche dello studio sono davvero uniche: 136 bambini attorno ai due anni di età, che stavano in orfanotrofio dalla nascita o comunque da pochi mesi dopo la nascita, sono stati divisi in modo casuale (random) in due gruppi, uno inviato in affidamento e l'altro che è rimasto in orfanotrofio. Una scelta che all'istante lascia perplessi, ma occorre sapere che, prima di questo progetto, a Bucarest non c'era un programma di adozioni, che quindi inizia con l'attività del gruppo statunitense, che copre le spese di affidamento e l'addestramento di assistenti sociali che avranno il compito di fornire un costante supporto alle famiglie affidatarie. Infine, lo studio ha previsto un gruppo di controllo formato da bambini di Bucarest della stessa età che vivono in famiglia. Tutti i bambini sono stati osservati per circa 8 anni ad intervalli regolari, monitorando il loro sviluppo intellettivo e comportamentale fino quindi a un'età compresa tra i 9 e gli 11 anni. Infine, un campione per ognuno dei tre gruppi è stato selezionato per essere sottoposto a una minuziosa ed estesa indagine cerebrale realizzata con la tecnica della Diffusione del tensore. Questa tecnica, in sigla DTI (immagini di diffusione del tensore), consente di visualizzare i fasci di fibre di materia bianca che connettono le aree cerebrali tra di loro. I bambini in orfanotrofio hanno mostrato alterazioni nella microstruttura della materia bianca in una serie di circuiti e segnatamente: la parte centrale (cosiddetto body) del corpo calloso, il cingolo, la corona radiata, il fornice, la capsula esterna, l'area retro-lenticolare della capsula interna e il lemnisco mediale. Le

immagini cerebrali di tutti questi circuiti cerebrali dei bambini istituzionalizzati, con l'unica eccezione dell'area retro-lenticolare della capsula interna, mostrano deficit di collegamento, che spiegano anche i disturbi comportamentali, cognitivi e nella gestione delle emozioni che, con maggiore frequenza, sono presenti in questi bambini abbandonati. Intrigante è l'eccezione dell'area retro-lenticolare della capsula interna che, invece d'indebolirsi, si mostra ispessita e quindi più funzionale. Quest'area fa parte del sistema visivo ed è l'area sensoriale studiata assieme al lemnisco mediale, che è una via nervosa che trasporta la sensibilità dal corpo al cervello, che invece è deficitaria come tutti gli altri circuiti. Verrebbe da pensare che negli orfani istituzionalizzati ci sia una maggiore acutezza visiva, come necessità di stare sempre in allerta, e una scarsa sensibilità tattile, un ottundimento dei sensi dalla mancanza di carezze e più in generale da scarso contatto umano.

I bambini in affidamento invece mostrano immagini cerebrali del tutto simili ai bambini che vivono in famiglia, anche se alcune alterazioni nella materia bianca sono ancora visibili nel corpo calloso e nella corona radiata.

Questo studio è di grande importanza non perché sia il primo. Da ultimo, un lavoro del gruppo di RJ Davidson dell'Università del Wisconsin-Madison (Hanson et al 2015) documenta, in bambini abbandonati o sottoposti ad abusi fisici o a miseria economica, alterazioni strutturali su aree di materia grigia fondamentali come l'amigdala e l'ippocampo.

L' importanza dello studio di Harvard sta nel fatto che è un disegno randomizzato controllato, di tipo prospettico con all'interno la dimostrazione che l'affidamento familiare non è solo un obbligo etico verso questi "innocenti" (da cui prese il nome il famoso orfanotrofio di Firenze), ma è anche un intervento sanitario efficace che, anche nel nostro Paese, che pur ha abolito a partire dal 2006 gli orfanotrofi, sarebbe il caso di estendere senza indugi. Sono circa 15.000 i minorenni affidati a case famiglia, che certamente non sono orfanotrofi ma che ovviamente non sono neanche una famiglia, con un costo economico stimato di oltre 40.000 euro l'anno a bambino. Questi soldi potrebbero essere spesi meglio.

Le modificazioni cerebrali nell'adulto

Abbiamo visto che un comportamento materno o una condizione stressante possono segnare epigeneticamente aree cerebrali fondamentali come l'ipotalamo, l'ippocampo, l'amigdala, le cortecce prefrontali, con conseguenze tendenzialmente stabili nel corso dello sviluppo e, addirittura, in alcuni casi, anche trasmissibili per via transgenerazionale.

Il cervello è quindi l'interfaccia flessibile verso l'ambiente, le sue cure, minacce, risorse e opportunità. La via molecolare che gli eventi esterni e interni seguono per modulare il cervello è di tipo epigenetico.

Il cervello è quindi il grande adattatore all'interno della rete dell'organismo.

Abbiamo prove che praticare regolarmente un'attività che impegna il cervello - musica, golf, scacchi, oppure un esame scolastico particolarmente impegnativo o una professione culturalmente impegnativa – modifica aree cerebrali, cambia il volume totale della materia grigia, ristruttura circuiti cerebrali, in una parola induce plasticità cerebrale.

Abbiamo prove che lo stesso accade nel cervello di persone dedite alla meditazione (Carosella, Bottaccioli, 2012; Tang et al., 2015).

Abbiamo infine prove che vivere una condizione sociale di esclusione e di povertà lascia segni nel cervello. Al riguardo, un recente studio realizzato in aree disagiate di Glasgow in Scozia, mostra che lo svantaggio sociale è associato a una riduzione della superficie delle cortecce parietali e dell'area di Wernicke, fondamentali, rispettivamente, per le attività esecutive e linguistiche (Krishnadas, 2013). Altre ricerche hanno associato anche svantaggio sociale, architettura della materia bianca e infiammazione sistemica (Gianaros, 2013). E qui il cerchio va a chiudersi.

La dimensione psichica e il cervello sono davvero nel corpo, che non è solo comunicatore di sensazioni e bisogni da cui emergono emozioni e sentimenti, secondo la prospettiva di Damasio. Il corpo ha i suoi grandi sistemi di regolazione fisiologica, tra cui in primis il sistema immunitario che è condizionato da e condiziona l'attività psichica e nervosa.
Arrivati a questo punto, posso riassumere i punti fondamentali della nuova visione delle relazioni mente-corpo, fondata sulla rivoluzione scientifica in corso.

Una visione più ampia e profonda

C'è una relazione indubitabile tra cervello psiche e mente[2]. Tradizionalmente, la difficoltà ad accettare questa relazione è legata all'idea che l'emergenza di uno stato mentale, giudicato immateriale, non possa provenire da un substrato biologico, materiale per antonomasia.
Questa difficoltà si fonda sulla logica occidentale antica, ma negli ultimi cinquanta anni è diventato chiaro che modificazioni che intervengono in un livello possono far emergere realtà, le cui caratteristiche non sono contenute nel livello da cui sono emerse. È il principio della complessità.
Le relazioni mente corpo non sono più relazioni tra sostanze diverse (dualismo), ma non sono nemmeno la fine di ogni relazione: la psiche non è un epifenomeno dell'attività nervosa. La Psiche emerge come imponente multisistema dall'attività delle reti neurali, ma ha una sua vita, i suoi codici, la sua relativa autonomia e retroagisce sulla biologia condizionandola nel bene e nel male.
I meccanismi con cui l'attività psichica emerge si fondano su circuiti nervosi, che, pur avendo dei nodi fondamentali, che potremmo chiamare *hub* secondo la terminologia della *systems biology*, normalmente coinvolgono gruppi di neuroni anche molto distanti tra loro e collocati in aree diverse (corticali e sottocorticali). Neuroni che vengono reclutati nel circuito entrando in risonanza e cioè "scaricando" (attivandosi) alle medesime frequenze elettriche. Di fronte a un evento, questa modalità consente di produrre un circuito che, per esempio, coinvolge aree corticali (esecutive prefrontali), aree emozionali sottocorticali (amigdala), aree limbiche legate alla memoria (ippocampo) e allo stress (ipotalamo). È un superamento della mente modulare che però non annulla la specificità funzionale delle diverse aree cerebrali.
Le vie tramite cui il livello psichico influenza gli altri livelli sono raggruppate nel sistema nervoso centrale e periferico e in particolare nel sistema dello stress, con le sue correlazioni neuroendocrine, nervose e immunitarie.
Le modalità con cui opera il livello psichico sono, con tutta probabilità, centrate sulle immagini.
Come ha proposto Gregory Bateson (1984), l'immagine è forse il modo più economico, che ha il cervello dei mammiferi, per far passare rapidamente informazioni tramite varie interfaccia cerebrali.
Nell'immagine c'è una informazione sintetica capace di attivare vari circuiti, ma in modo particolare i circuiti che collegano il sistema limbico (amigdala, ippocampo e ipotalamo) con le aree corticali elaborative ed esecutive.
Le immagini, che attivano modelli interpretativi e di comportamento, sono strettamente personali, hanno i nostri colori, il nostro odore, il nostro calore, come dice William James. Vengono costruite dando il nostro segno al vasto materiale proveniente dal contesto storico evolutivo, sociale e interpersonale.
Il livello psichico è influenzato non solo dal sistema nervoso centrale, ma anche dagli altri sistemi, che reagiscono a stimoli ambientali e a comportamenti individuali. La psiche può essere influenzata dall'alimentazione, dall'attività fisica, dall'attività del sistema immunitario.
La psiche non è riducibile alla mente intesa come

[2] Ho trattato ampiamente questo aspetto delle relazioni psiche cervello, anche nella sua dimensione di storia delle idee, in Bottaccioli, 2005, pp. 145-172.

attività cosciente. Nelle sue dimensioni inconscia, emozionale e cosciente, è il frutto dell'evoluzione che si realizza tramite un contesto umano, che è sociale, culturale e storicamente determinato, che interagisce con contesti naturali più ampi. In questo senso, come ha giustamente notato il neuropsicologo russo Alexander Lurija, non è possibile ridurre l'evoluzione della psiche umana all'evoluzione del cervello. Occorre invece inquadrare il formidabile contributo che la psiche umana, tramite la trasmissione culturale intergenerazionale, ha fornito all'evoluzione del cervello e dell'organismo umano nel suo insieme.

Bibliografia

Bader H.N., Bierer L.M., Lehrner A., Makotkine I., Daskalakis N.P., Yehuda R. (2014), Maternal Age at Holocaust Exposure and Maternal PTSD Independently Influence Urinary Cortisol Levels in Adult Offspring, *Front Endocrinol* (Lausanne), 5, 103, pubblicato online 4 luglio 2014.

Bateson G. (1984), Mente e natura, Adelphi, Milano.

Bick J., Zhu T., Stamoulis C., Fox N.A., Zeanah C., Nelson C.A. (2015), Effect of Early Institutionalization and Foster Care on Long-term White Matter Development: A Randomized Clinical Trial, *Jama Pediatr.*, 169, 3, pp. 211-219.

Bock J., Rether K., Gröger N., Xie L., Braun K. (2014), Perinatal programming of emotional brain circuits: an integrative view from systems to molecules, *Front Neurosci*, 8, 11, pubblicato online 5 febbraio 2014.

Bottaccioli F. (2005), *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, RED, Milano.

Bottaccioli F. (2014), *Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia. Le due facce della rivoluzione in corso nelle scienze della vita*, Edra, Milano.

Bottaccioli F., Carosella A. (2015), *La saggezza del secondo cervello*, Tecniche Nuove, Milano.

Carosella A., Bottaccioli F. (2012), *Meditazione, psiche e cervello*, Tecniche Nuove, Milano.

Cole S.W. (2014), Human social genomics, *PLos Genet*, 10, 8, pubblicato online 28 agosto 2014.

Damasio A. (2003), *Alla ricerca di Spinoza*, Adelphi, Milano.

Damasio A. (2013), *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*, Adelphi, Milano.

Edelman G. (2004), *Più grande del cielo. Lo straordinario dono fenomenico della coscienza*, Einaudi, Torino.

Gianaros P.J., Marsland A.L., Sheu L.K., Erickson K.I., Verstynen T.D. (2013), Inflammatory pathways link socioeconomic inequalities to white mater architecture, *Cerebral Cortex*, 23, pp. 2058-2071.

Gilbert S.F., Sapp J., Tauber A.I. (2013), A symbiotic view of life: we have never been individuals, *The Quarterly Review of Biology*, 87, pp. 325-341.

Hanson J.L., Nacewicz B.M., Sutterer M.J., Cayo A.A., Schaefer S.M., Rudolph K.D., Shirtcliff E.A., Pollak S.D.,Davidson R.J. (2015), Behavioral problems after early life stress: contributions of the hippocampus and amygdala, *Biol Psychiatry*, 77, 4, pp. 314-323, pubblicato online 23 maggio 2014.

Krishnadas R., McLean J., Batty D.G., Burns H., Deans K.A., Ford I., McConnachie A., McLean J.S., Millar K., Sattar N., Shiels P.G., Velupillai Y.N., Packard C.J., Cavanagh J. (2013), Socioeconomic deprivation and cortical morphology: psychological, social and biological determinants of ill health study, *Psychosomatic Medicine*, 75, pp. 616-623.

LeDoux J. (2003), *Il sé sinaptico*, Cortina, Milano.

Pembrey M., Saffery R., Bygren L.O. (2014), Human transgenerational responses to early-life experience: potential impact on development, health and biomedical research, *J Med Genet.*, 51, 9 pp. 563-572, pubblicato online 25 luglio 2014.

Soubry A. (2015), Epigenetic inheritance and evolution: A paternal perspective on dietary influences, *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, 118, pp. 79-85.

Tang Y.Y., Hőlzel B.K., Posner M.I. (2015), The neuroscience of mindfulness meditation, *Nature Reviews Neuroscience*, 16, pp. 213-225.

Udit S., Gautron L. (2013), Molecular anatomy of the gut-brain axis revealed with transgenic technologies: implications in metabolic research, *Front Neurosci.*, 7, 134, pubblicato online 31 luglio 2014.

Varela F. (1985), Complessità del cervello e autonomia del vivente, in G. Bocchi, M. Ceruti (a cura di), *La sfida della complessità,* Feltrinelli, Milano.

03.

L'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI

Franco Baldoni
MD, PhD, *Professore Associato in Psicologia Clinica, Docente di Metodologia Clinica*
Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna

Le psicoterapie sono realmente efficaci? Esistono differenze di efficacia tra le diverse forme di psicoterapia e nei diversi disturbi psichici? Cosa rende efficace una psicoterapia? Quale influenza ha il terapeuta sull'esito di una psicoterapia?

Nel tentativo di rispondere a queste domande bisogna considerare che una valutazione corretta dell'efficacia di una psicoterapia implica una regolare attività di *follow-up* e la conduzione di studi empirici randomizzati e controllati (*Randomized Controlled Trials,* RCT) che confermino l'efficacia del trattamento secondo una prospettiva *evidence-based*. In questa prospettiva è necessario svolgere ricerche sull'*efficacy* (per dimostrare sperimentalmente che un trattamento agisce su un disturbo specifico escludendo l'influenza di altri fattori), sull'*effectiveness* (per valutare l'*outcome* degli interventi psicoterapeutici così come vengono utilizzati nella realtà dei contesti clinici) e sull'*efficiency* (per valutare l'efficienza del trattamento in termini di costi-benefici e di applicabilità reale). I dati delle ricerche RCT vengono solitamente rielaborati in metanalisi che ne calcolano l'*Effect size* (la differenza in deviazioni standard tra gruppi sperimentali e di controllo) che fornisce una misura generale dell'ampiezza del fenomeno (un valore d di Cohen di 0. 2 corrisponde a un effetto limitato, 0. 5 moderato, 0. 8 ampio e 1. 0 eccellente).

Nonostante gli psicoanalisti abbiano per anni manifestato una certa riluttanza a sottoporre il proprio lavoro clinico a ricerche di validazione – anche per problemi di ordine metodologico legati alla complessità del trattamento – negli ultimi anni, sotto la spinta dei numerosi lavori pubblicati sull'efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali (*Cognitive-Behavioral Therapy*, CBT), sono stati organizzati numerosi studi randomizzati e controllati su ampi campioni di pazienti sottoposti a tecniche psicoterapeutiche differenti, a breve e a lungo termine, comprese quelle psicodinamiche.

I risultati della ricerca *evidence-based* sugli esiti della psicoterapia sono esposti in un documento ufficiale dell'*American Psychological Association*

La Giustizia, da https:// www.google.com/culturalinstitute/project/art-project?hl=it

(2012) dal titolo *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*, basato su 148 fonti riguardanti studi RCT, e possono essere così riassunti:

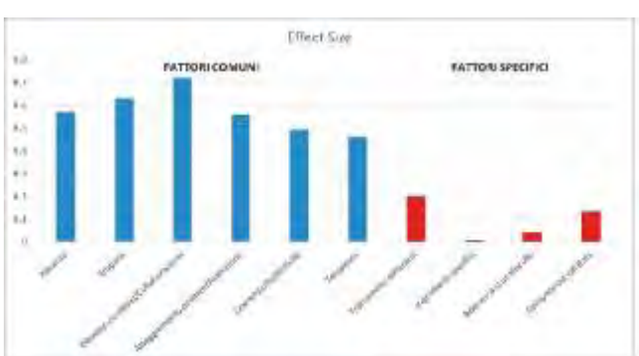
- gli effetti della psicoterapia sono ampiamente significativi;
- sono dimostrati per molti disturbi psichici con variazioni che sono influenzate: a) dal grado di severità, cronicità e complessità del disturbo, più che dalla particolare diagnosi; b) dalle caratteristiche del paziente, del clinico e da fattori di contesto (come il supporto sociale), piuttosto che dal tipo di trattamento;
- gli effetti benefici di una psicoterapia tendono a perdurare e ad aumentare nel tempo anche dopo la fine della cura;
- l'efficacia è tendenzialmente equiparabile o superiore a quella dei trattamenti psicofarmacologici, con costi ed effetti collaterali decisamente minori;
- le psicoterapie riducono la disabilità, la morbilità, i ricoveri in ospedale e la mortalità, aumentando le capacità lavorative. Questo comporta una netta riduzione delle spese sanitarie (del 20-30%, con una riduzione del 17% per i pazienti sottoposti a psicoterapia rispetto a un aumento del 12.3% per quelli non trattati psicologicamente, portando a un risparmio, nei disturbi cronici, di 10 dollari per ogni dollaro speso);
- è stato dimostrato un forte legame tra salute psicologica e fisica, confermando la validità dei programmi che considerano la psicoterapia all'interno dell'assistenza sanitaria di base.

Nello stesso documento si sottolinea che la psicoterapia è basata fondamentalmente su una valida "alleanza terapeutica", cioè un legame positivo tra clinico e paziente che implica un accordo sugli obiettivi e i compiti del trattamento.
L'efficacia della psicoterapia è stata dimostrata per una varietà di disturbi nel bambino, nell'adolescente, nell'adulto e nell'anziano: disturbi depressivi, disturbi d'ansia (disturbi da panico, disturbi d'ansia generalizzata), disturbo post traumatico da stress (PTSD), disturbi correlati all'abuso di alcool e altre dipendenze patologiche, disturbi di personalità (la maggior parte), disturbi infantili (depressione, ansia, ADHD, disturbo della condotta) (APA, 2012; Wampold, 2014).
Una metanalisi sugli esiti della psicoterapia svolta da Jonathan Shedler (2010) ha evidenziato che varie tecniche brevi, come i trattamenti cognitivo-comportamentali (*Effect size:* 0.62-1.0) e le psicoterapie dinamiche brevi (Effect size: 0.85-1.46) si rivelano adeguate per una riduzione rapida dei sintomi di diversi disturbi mentali (fobie, attacchi di panico, depressione, disturbi post-traumatici da stress, disturbi di personalità, dipendenze patologiche, disturbi di somatizzazione, sindromi mediche funzionali). I cambiamenti più profondi della personalità e il minor numero di ricadute, però, sono correlati alla durata della terapia (> 1 anno - 50 sedute) (*Effect size:* 0.78-1.8) piuttosto che dalla tecnica. I dati delle ricerche *evidence-based,* infatti, indicano che le diverse forme di psicoterapia, nel loro complesso, producono risultati ampiamente positivi (*Effect size* globale su 475 studi: 0.85) e superiori a quelli della farmacoterapia antidepressiva (*Effect size:* 0.17-0.31), ma che nessuna tecnica psicoterapeutica ha dimostrato una particolare superiorità rispetto alle altre (Shedler, 2010; APA, 2012; Wampold, 2014). Negli studi in cui emergono lievi differenze i risultati tendono a corrispondere alla preferenze e alla formazione teorica del ricercatore piuttosto che a reali effetti dovuti al trattamento.
Il fattore che sembra maggiormente correlato alla soddisfazione del paziente e al risultato finale di una psicoterapia sembra, inoltre, la qualità dell'Alleanza di Lavoro (*Working Alliance*, WA), o Alleanza Terapeutica (*Therapeutic Alliance*) (Safran, Muran, 2000; Ardito, Rabellino, 2011). Tale costrutto, derivato principalmente dalla clinica psicoanalitica, si riferisce agli aspetti della relazione psicoterapeutica non nevrotici o non legati al *transfert* e definito come una collaborazione tra paziente e terapeuta basata sulla realtà (Greenson, 1965). Bordin (1979) ne ha descritto tre

dimensioni: 1) l'accordo sugli obiettivi della terapia (*Goals*); 2) l'accordo sui compiti da affrontare (*Tasks*); 3) lo sviluppo di un legame tra paziente e terapeuta basato su reciproci sentimenti positivi (*Bond*). Quest'ultimo elemento è quello maggiormente valorizzato dai ricercatori per la sua similitudine con il concetto di relazione di attaccamento. La WA è forse l'aspetto più studiato del processo terapeutico ed è riconosciuta come un importante fattore aspecifico comune a molte forme di terapia (Shedler, 2010; Ardito, Rabellino, 2011; APA, 2012).

Altri fattori che risultano associati a una maggiore efficacia psicoterapeutica sono anch'essi riferibili alla qualità della relazione clinica e alle caratteristiche psicologiche del terapeuta, piuttosto che agli aspetti inerenti la tecnica (vedi Fig. 1): le capacità empatiche, la condivisione degli obiettivi con il paziente, assumere un atteggiamento positivo, risultare coerenti e autentici. Le diverse metanalisi della letteratura *evidence-based* (Wampold, 2014) hanno chiarito che sono questi gli elementi determinanti (il loro *Effect size* risulta decisamente elevato) mentre, al contrario, la tipologia di trattamento, l'aderenza a un protocollo manualizzato, o il risultare competenti riguardo una particolare tecnica sembrano svolgere un ruolo decisamente secondario.

Fig. 1 – Fattori che influenzano l'esito delle psicoterapie (Fonte: Wampold, 2014, modificato).



Secondo Bruce Wampold (2007; 2012; 2014), uno degli esperti più autorevoli in questo campo, i fattori comuni che influenzano l'efficacia delle psicoterapie sono relativi ad alcune caratteristiche umane (che costituiscono nel loro complesso la *componente umanistica* della psicoterapia), in particolare:

- la tendenza ad attribuire un significato al mondo (attraverso l'interpretazione, la spiegazione, l'attribuzione di un nesso causale, la mentalizzazione di Sé e degli altri, l'organizzazione dell'esperienza in forma di narrazione);
- la tendenza a influenzare e ad essere influenzati dagli altri (cioè a vivere in relazione con le altre persone, ad agire su di loro e ad essere soggetti a un'influenza sociale);
- la tendenza a cambiare nel corso del tempo attraverso:
  - una relazione significativa (in particolare i legami di attaccamento, come quello tra genitori e figli, tra i partner all'interno di un legame di coppia e tra psicoterapeuta e paziente);
  - la creazione di aspettative (che spiega la grande influenza in ambito terapeutico della suggestione, dell'effetto placebo e dei rituali);
  - acquisire una nuova capacità *(mastery)* (cioè sviluppare un senso di autoefficacia e di controllo nei confronti degli eventi, in particolare quelli interni legati a reazioni emotive come la paura, la rabbia, l'ansia e la depressione).

In anni più recenti il crescente interesse registrato nei confronti della teoria dell'attaccamento ha favorito l'utilizzo di questo costrutto come chiave di interpretazione e misura della relazione terapeutica (Dazzi, Zavattini, 2011; Baldoni, 2013). I dati delle ricerche sono concordi nell'indicare la sicurezza del clinico come il maggior predittore di una buona alleanza terapeutica, mentre l'attaccamento insicuro, particolarmente quello preoccupato, risulta correlato a maggiori difficoltà (Baldoni, Campailla, in via di pubblicazione). Svolge inoltre un ruolo importante il particolare *matching* (cioè la combinazione) tra il *pattern* di attaccamento del paziente e quello del terapeuta, che influenza la qualità della relazione, le aree esplorate, gli interventi utilizzati, il processo

terapeutico e il suo esito (Baldoni, 2008; 2010; 2013; Romano, Janzen, Fitzpatrick, 2009).

Per concludere, le ricerche condotte in una prospettiva *evidence-based* hanno dimostrato l'efficacia della psicoterapia in un'ampia gamma di patologie, ma ai fini del trattamento le caratteristiche del terapeuta e la qualità della relazione assumono un'importanza maggiore della tecnica terapeutica e della specificità della diagnosi.

Si può legittimamente supporre che i clinici con maggiori capacità empatiche e relazionali sviluppino con i propri pazienti un'alleanza di lavoro solida e duratura, e siano maggiormente in grado di condurre terapie a breve e lungo termine. Adattandosi alle esigenze personali dei pazienti risulterebbero quindi più efficaci al di là della loro preparazione teorica. Queste capacità sono in funzione della personalità e del *pattern* di attaccamento e dipendono da una buona qualità di formazione, in particolare dalla disponibilità del terapeuta a riflettere su di sé come paziente attraverso un'esperienza psicoterapeutica personale (Baldoni, 2010; 2013).

Bisogna considerare, infine, che gli studi sugli esiti dei trattamenti psicodinamici sono più recenti e più scarsi rispetto a quelli sulle terapie cognitivo-comportamentali e che molte ricerche hanno valutato esclusivamente l'efficacia di psicoterapie a breve termine. La realizzazione di una ricerca sui trattamenti a lungo termine risulta molto più impegnativa sul piano metodologico ed economico (costi elevati, autoselezione del campione, differenze di stile terapeutico, *drop out* dei soggetti, problemi con i gruppi di controllo). Per i pazienti affetti da problemi psicopatologici complessi, che manifestano difficoltà di regolazione delle emozioni, di mentalizzazione e di strutturazione del Sé (disturbi di personalità, disturbi da controllo degli impulsi, dipendenze patologiche, doppie diagnosi, gravi alterazioni del comportamento di malattia), solo una relazione di lunga durata con un terapeuta sensibile e preparato può garantire quell'esperienza mentalizzante che nel tempo può favorire la consapevolezza di Sé e lo sviluppo delle capacità psicologiche carenti.

Bibliografia

American Psychological Association (2012), *Recognition of psychotherapy effectiveness*, Documento scaricabile online, http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy. aspx.

Ardito R.B., Rabellino D. (2011), Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research, *Frontiers in Psychology,* 2, pp. 1-11.

Baldoni F. (2008), L'influenza dell'attaccamento sulla relazione clinica: collaborazione, collusione e fallimento riflessivo, *Maieutica,* 27-30, pp. 57-72.

Baldoni F. (2010), *La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica*, Il Mulino, Bologna.

Baldoni F. (2013), Psicoterapia e attaccamento. Il paradigma dell'attaccamento nella pratica clinica, in D. Lazzari (a cura di), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici,* Tecniche Nuove, Milano.

Baldoni F., Campailla F. (in press), *Attaccamento e relazione terapeutica. I risultati della ricerca empirica.*

Bordin E.S. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, pp. 252-260.

Dazzi N., Zavattini G.C. (2011), Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica, *Giornale Italiano di Psicologia,* 38, 4, pp. 729-756.

Greenson R.R. (1965), The working alliance and the transference neurosis, *Psychoanalitic Quarterly,* 34, pp. 155-179.

Romano V., Janzen J., Fitzpatrick M. (2009), Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions, *Psychotherapy Research,* 19, 6, pp. 666-676.

Shedler J. (2010), The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *American Psychologist,* 65, 2, pp. 98-109.

Safran J.D., Muran J.C. (2000), *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide.* Guilford Press, New York.

Wampold B.E. (2007), Psychotherapy: The humanistic (and affective) treatment, *American Psychologist,* 82, pp. 857-873.

Wampold B.E. (2012), Humanism as a Common Factor in Psychotherapy, *Psychotherapy*, 49, 4, pp. 445-449.

Wampold B.E. (2014, settembre), *What makes psychotherapy work? The humanistic elements!,* relazione presentata al X Congresso Nazionale SPR Italy Area Group. La ricerca in psicoterapia nell'era del DSM-5: back or forth?, Padova.

04.

LA RELAZIONE CHE CURA: INTERVENTI PSICOLOGICI EFFICACI NEI CONTESTI SOCIALI

Umberta Telfener
Psicologa della Salute, insegna alla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università La Sapienza di Roma

Mi definisco una operatrice sistemica e intendo in questo breve scritto, così come al Congresso, ragionare sulle operazioni necessarie e non sufficienti ad una buona prassi, seguendo la mia ottica. Noi sistemici stiamo molto attenti alla relazione tra il fare e le premesse epistemologiche che il fare impone e pensiamo che ogni operatore debba necessariamente prestare attenzione alle proprie lenti di decodifica dei contesti e al rapporto tra la lettura della situazione e la scelta dell'intervento pragmatico (sia esso un dialogo socratico, un fare ipotesi e chiedere di andare a falsificarle, sia esso un intervento attivo attraverso oggetti metaforici, la costruzione di una storia condivisa, sculture o altro). La competenza epistemologica necessaria a lavorare con i sistemi all'interno di contesti definiti presuppone: 1. il rispetto della complessità; 2. un'attenzione costante agli aspetti relazionali e ai giochi che intercorrono tra le persone e il contesto in cui si opera, noi inclusi; 3. la possibilità di assumere almeno un doppio posizionamento nei confronti di ciò che accade; 4. l'attenzione al rischio del rischio iatrogeno; 5. un atteggiamento di rispetto e responsabilità.

La competenza epistemologica

La competenza epistemologica (Fruggeri, 2015) è il livello a cui noi sistemici prestiamo maggiore attenzione ed implica alcune operazioni che intendo definire.

_____
Divinità a concilio, da http://www.sapere.it/enciclopedia/Gr%C3%A8cia%20%28civilt%C3%A0%20antica%29.html

Il rispetto della complessità

Si tratta di approfondire un atteggiamento complesso, imparando alcune operazioni cognitive ed emotive che non vengono "naturali" perché viviamo in una cultura che tende a semplificare e che è organizzata da processi a causalità stretta: soggetto, predicato, oggetto. Si tratta di esercitarsi a:

- generare descrizioni multiple e complementari;
- non stabilire una causalità e imparare a far convivere gli opposti;
- de-construire idee date;
- mostrarsi irriverenti e curiosi;
- cambiare posizionamenti e assumere posizioni molteplici;
- lasciarsi stupire;
- scegliere la condivisione delle informazioni e il lavoro di rete;
- ...

Attenzione agli aspetti relazionali

Gli interventi che mettiamo in atto non sono procedure oggettive ma emergono dalla danza che danziamo con la struttura in cui siamo inseriti e con i nostri clienti. Gli interventi clinici emergono, quindi, da una realtà condivisa, all'interno di un contesto collaborativo, dialogico e co-responsabile. L'unità di osservazione non sono le famiglie come gruppi uniti da una storia e neppure gli individui o le reti ma i processi relazionali e mentali che sono trasversali alle unità sociali. Se partiamo dal presupposto che gli operatori della salute sono costruttori/organizzatori di contesti, immaginiamo il nostro operato come la capacità di far emergere un contesto: scegliere un sistema da uno sfondo, co-creare un sistema evolutivo con cui lavoreremo, un contesto di significati che abbia senso almeno temporaneo; leggere un contesto: connettere tra loro le informazioni, permettere loro di circolare, fare ipotesi, costruire relazioni che ci includano e che diano vita al contesto stesso; organizzare un contesto: coordinare, strategizzare, organizzare interventi multipli a molteplici livelli; tollerare la tensione dinamica di non sapere e di non tutto controllare. Possiamo altresì immaginare che ogni operazione che mettiamo in atto abbia dimensioni sociali, contestuali, relazionali e strategiche che sono emotive, intuitive e razionali allo stesso tempo.

Un posizionamento multiplo

Ci dobbiamo spendere in molti modi, non basta leggere in modo diverso quello che ci viene portato. Ogni operatore deve affinare sia le sue competenze tecniche che quelle relazionali, dovrebbe assumere più posizioni di fronte alla realtà clinica e costantemente riflettere sulle proprie azioni e sulle griglie di decodifica che utilizza. Le operazioni che mettiamo in atto sono le stesse se lavoriamo con una scuola o un equipe nel territorio, se facciamo una consulenza ad un paziente in ospedale oppure una psicoterapia (Telfener, 2011).

Gli interventi sociali di consulenza sono interventi di primo livello sui contesti, in rete: si tratta di un intervento aspecifico in cui il committente può essere diverso dall'utente. Un intervento dipendente dal contesto, usualmente di rete, è definito come consulenza, con la committenza e gli utenti che usualmente sono diversi. La vera sfida di un operatore sistemico è rimanere a questo livello. Gli interventi di psicoterapia sono specialistici, di secondo livello: ci troviamo di fronte ad una domanda specifica, esplicita e necessaria, la motivazione al cambiamento va rintracciata e rinnovata, il contratto è dichiarato e chiaro. Tale intervento è mirato alla cura in cui la motivazione al cambiamento va necessariamente esplicitata; il percorso è determinato dal modello e sussiste usualmente la possibilità di scelta da parte dell'utente del modello e della persona con cui lavorare; il committente e l'utente sono la stessa persona ed entra in gioco l'inviante.

Così ogni operatore deve chiarire a sé e al proprio cliente il livello a cui lavora nel qui e ora, in quanto ciascuno di noi ha la possibilità di operare su almeno due fronti: il dominio delle azioni, l'assunzione di responsabilità rispetto al proprio mandato sociale, per cui l'operatore si trova a

decidere su alcune azioni da compiersi in tempi prestabiliti (allontanare un genitore abusante, cercare una casa famiglia, valutare una violenza, indagare un possibile incesto, coinvolgere certe persone, rimandarne a casa altre, …); il dominio delle spiegazioni, l'occasione di lavorare sulle narrazioni e sui collegamenti che le persone offrono circa le loro azioni e di costruire insieme una narrazione condivisa che sia processuale ed evolutiva e che inglobi sia gli aspetti negativi che le potenzialità della situazione stessa. Importante diventa che ogni operatore separi questi due momenti, non li confonda e li contestualizzi per i suoi utenti, specificando a quale livello sta operando in base alle necessità della situazione.
Abbiamo così l'esigenza di scegliere come posizionarci rispetto al nostro interlocutore, al contesto, alla rete di colleghi che collaborano/intervengono sulla stessa situazione e al tipo di intervento che intendiamo mettere in atto.

L'attenzione al rischio iatrogeno

E' dalla danza di tutte le parti interagenti che emerge qualsiasi risultato, anche quelli che non desideriamo e che dobbiamo tenere ben presenti. L'oggetto di osservazione consiste nell'atto stesso di osservare l'oggetto. Se i sistemi – a qualsiasi livello – sono in costante divenire, diventa importante per noi non bloccarli nella loro naturale evoluzione. E' vitale che si rispetti il loro sviluppo, intervenendo a cambiare le loro usuali modalità di cambiamento e accompagnandoli nel processo. Diventa importante che il professionista della salute sia consapevole della possibilità di bloccare questo processo evolutivo e tenga in considerazione il rischio costante e inevitabile di entrare in risonanza col sistema. Questo avviene soprattutto nelle occasioni in cui il professionista non si accorge di non sapere, di colludere con il contesto, quelle circostanze in cui non si accorge di essere cieco, di diventare dottor omeostata e di partecipare a creare la cronicità, entrando in una sintonia omeostatica con le premesse del contesto allargato (Telfener, 2011). Diventa fondamentale il rispetto delle capacità di auto-regolazione degli organismi e dei sistemi. Sarà l'incontro tra le teorie dell'operatore e le premesse dei partecipanti che definiranno le caratteristiche del dialogo. Tale incontro non sfuggirà al rischio di essere involutivo, di confermare lo status quo e di produrre cronicità. Viene così messo l'accento sull'importanza delle emergenze che derivano dalla danza relazionale collettiva, con il rischio che l'adesione implicita a una logica di sanità-malattia risulti quasi sempre iatrogena (Boscolo et al., 1987).

Rispetto e responsabilità

Facciamo un lavoro di estrema responsabilità, difficile e molto delicato, per questo due sono le qualità precipue nel lavorare nei diversi contesti con le persone in crisi: il rispetto e la responsabilità, due concetti che rimandano uno all'altro. La responsabilità dell'operatore non implica assumersi la responsabilità di conoscere in un modo prevedibile ciò che sta accadendo e neppure di agire secondo protocolli d'azione predefiniti, sempre uguali; la responsabilità del clinico implica assumersi la responsabilità del proprio atteggiamento, delle scelte che si compiono, del percorso che si propone in un costante divenire. Impone una responsabilità riflessiva, la capacità di riflettere sul processo in atto, che ci include. Implica la coresponsabilità con gli altri coinvolti (altri operatori oltre agli utenti e alle figure significative del sistema osservante) al fine di danzare insieme e di vibrare come un diapason. Ci sono infatti delle responsabilità operative specifiche:

- Posizionarsi nel contesto;
- Fare l'analisi della domanda e una sua ridefinizione;
- Considerare le risorse;
- Mettere in atto operazioni di secondo ordine;
- Cercare gli isomorfismi tra le situazioni e i contesti;
- Strategizzare al fine di non rimanere impigliati nelle trame narrative;
- Tenere sempre a mente la possibilità di esiti indesiderati e la possibilità delle collusioni.

Una situazione esemplificativa

Sono stata chiamata dal Servizio formazione di un Ospedale italiano a seguito della domanda da parte di due unità operative di poter lavorare sulle proprie dinamiche interne. Ho pertanto iniziato ogni contatto facendo un'analisi della domanda al Servizio formazione nella persona della Responsabile: cosa si aspettavano da me e dalla mia collega[1], in che tempi, quali risorse ci mettevano a disposizione, quali erano le loro aspettative, quali i vincoli, che idee avevano della situazione organizzativa e relazionale all'interno dei due Servizi, come avremmo visto che si era prodotta una perturbazione. Abbiamo poi costruito le domande da fare agli operatori dei due Servizi rispetto alle eccellenze e alle criticità dei due sistemi e insieme alle psicologhe della formazione abbiamo letto le risposte ottenute per via cartacea. Abbiamo poi creato un format da sottoporre, abbiamo stipulato un contratto e stabilito le date e le procedure secondo le quali avremmo agito. Abbiamo organizzato tre giornate di formazione attiva e condivisa; alle prime due avrebbero partecipato parte delle due equipe - in modo da non tenere scoperto il Servizio - la terza giornata sarebbe stata organizzata in alcune ore per ciascun reparto. A tutte e tre le giornate avrebbero partecipato i due primari.

In aula abbiamo ricominciato con l'analisi della domanda ai partecipanti rispetto alle loro difficoltà e alle dinamiche usualmente messe in atto e insieme abbiamo fatto un piano delle aspettative e dei vincoli cui sottostare. Siamo poi intervenuti con giochi e discussioni collettive per riflettere con loro su possibili andamenti alternativi e sulle possibili cause che davano origine alle difficoltà relazionali e operative. In base a quanto esemplificato fin ora:

1. Abbiamo accettato la complessità del contesto, abbiamo scelto di non semplificarla ma alternativamente di imparare, insieme ai partecipanti al corso, ad apprezzarla. Abbiamo tentato di mostrare la complementarietà tra le figure professionali anziché la separazione tra loro, il valore aggiunto dell'interdisciplinarietà, la circolarità delle informazioni, l'importanza della condivisione e dei processi…

2. Abbiamo indagato i giochi relazionali che avvenivano tra il personale, con il primario e con le altre Strutture e gli altri Servizi, giochi inevitabili, adattativi e iatrogeni, organizzati dal contesto e dalle singole persone che al contesto partecipano; giochi che inevitabilmente implicavano anche noi e la domanda che ci era stata fatta.

3. Abbiamo assunto una posizione multipla, da una parte stando dentro al contesto e relazionandoci con i partecipanti, contemporaneamente seguendo e modificando la struttura del corso rispetto a come l'avevamo pianificata per creare una perturbazione e per amplificare la riflessione.

4. Costantemente abbiamo monitorato il processo al fine di non cadere nelle trappole sia di "sposare" la visione catastrofica del gruppo sia di avere aspettative salvifiche. Ciascuna di noi due conduttrici ha fatto a turno nell'entrare e coinvolgersi oppure stare fuori e analizzare ciò che stava accadendo, al fine di non creare un processo autoreferenziale e pertanto inutile.

5. Ci siamo assunte la responsabilità di ciò che accadeva in aula e abbiamo tentato di allertare i partecipanti alla loro responsabilità nel lavoro quotidiano. Abbiamo tentato di stabilire regole di rispetto reciproco, sottolineando come quello che accade nel contesto di lavoro e con i pazienti non è altro che una ripetizione di ciò che sta accadendo ad un livello più generale (effetto frattale) e come la scelta del posizionamento (Campbell et al., 1987) determini il rispetto reciproco.

Conclusioni

Nel mio breve intervento ho esemplificato le operazioni necessarie e non sufficienti ad una buona pratica da parte di un operatore consapevole: le competenze da mettere in campo e cui prestare attenzione. Ho poi sostenuto che le competenze sono soprattutto relazionali e impli-

[1] La dottoressa Lara Villani è stata una utile interlocutrice in questo lavoro molto complesso.

cano l'analisi della domanda come strumento precipuo. Ciascun operatore dovrebbe mostrare competenze contestuali (quali sono i processi sociali e interpersonali implicati), atteggiamenti relazionali e competenze tecniche, lavorando costantemente sui feedback ricevuti. Ogni intervento nel sociale, esattamente come ogni processo terapeutico, è un progetto che ci vede implicati in prima persona in una pratica riflessiva organizzata dal rispetto.

Bibliografia

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P. (1987), *Clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano,* Bollati Boringhieri, Torino.

Campbell D., Groenbaek M. (2006), *Taking Position in the Organization,* Karnac, London.

Fruggeri L. (2014, ottobre), *Intervento di Laura Fruggeri,* relazione presentata al convegno Gianfranco Cecchin, dieci anni dopo, Milano.

Telfener U. (2011), *Apprendere i contesti, strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro,* Cortina, Milano.

Telfener U. (2014), *Ricorsività in psicoterapia, riflessioni sulla pratica clinica,* Bollati Boringhieri, Torino.

05.

INTERVENTI PSICOLOGICI EFFICACI NELLE MALATTIE SOMATICHE

Piero Porcelli
UO Psicologia Clinica, IRCCS De Bellis, Castellana Grotte (BA)

Lacoonte, da www.lastampa.it

In un'ottica biopsicosociale contemporanea, le malattie sono da considerare multi-determinate e i *pesi relativi* di ordine biomedico e psicosociale variano da individuo a individuo (Lazzari, 2013). Per questo motivo, la psicoterapia mira a scopi altamente individualizzati in relazione sia al paziente che alla malattia. Il rapporto fra psicoterapia e malattia va, quindi, considerato non come una corrispondenza lineare punto a punto ma all'interno di un diagramma ispirato a una filosofia del tipo *one size does not fit all* (figura 1). Sull'asse "malattia" vanno inquadrati *i pesi relativi* biologici e psicologici di una patologia. Le malattie non sono divisibili nettamente in organiche *versus* psicologiche. Vi possono essere sintomi di somatizzazione (con un importante peso relativo psicologico) in un paziente oncologico (patologia esplicitamente organica) e, viceversa, sintomi ritenuti di somatizzazione in un paziente con colon irritabile (patologia generalmente ritenuta "di natura psicosomatica") che sono causati, invece, da processi biologici post-infettivi e micro-infiammatori della mucosa intestinale (con un importante peso relativo biologico) (Porcelli, 2012). Sull'asse "paziente", l'atteggiamento di quest'ultimo può essere più o

Tabella 1[1]

Patologia	Sintomi somatici	Sintomi psicologici	Status funzionale
Sindrome da fatica cronica	+	-	+
Sindrome dell'intestino irritabile	+	±	
Dolore addominale	+	+	-
Dolore lombare	±	-	±
Dolore toracico	+	+	±
Cefalea	+		
Sindrome temporo-mandibolare	±	±	-
Acufeni	±	±	-
Sindrome della bocca urente	+		
Fibromialgia	±	±	+
Sindromi somatiche	±		-
Ipocondria	+		+

[1] Risultati della meta-analisi di psicoterapie brevi in disturbi di somatizzazione (modificato da Kroenke, Swindle, 2000).
Nota: + trattamento efficace; ± trattamento probabilmente efficace; - trattamento non efficace; cella vuota = dato assente.

meno spostato verso l'attribuzione causale di tipo psicologico, ossia il paziente è "psicologicamente orientato" (*psychological mindedness*), o al contrario verso l'attribuzione causale di tipo biologico (convinzione di malattia). Valutare l'efficacia di una psicoterapia significa pertanto, sul piano clinico, capire anzitutto quanto un intervento psicologico sia appropriato per il peso relativo dei fattori psicologici di una patologia data e sia adeguato per il tipo di orientamento personale del paziente (Porcelli, 2009; 2014).

Le malattie somatiche, com'è noto, pesano in modo rilevante sui costi socio-sanitari. Uno studio tedesco su circa 300 pazienti afferenti alla medicina di base ha stimato che i pazienti con un elevato tasso di somatizzazione determinano un costo medio totale, in 6 mesi, di 8743 euro (Konnopka et al., 2013). È sorprendente, però, che: a) i costi indiretti (riduzione della produttività lavorativa, pre-pensionamento, assenteismo) sono di 7645 euro, ossia 7 volte maggiori rispetto ai costi diretti (visite mediche, farmaci, ricoveri ospedalieri) pari a 1098 euro; b) la spesa per pazienti con somatizzazione grave è circa il doppio rispetto a quella per pazienti con somatizzazione moderata; c) passando dai sintomi di somatizzazione moderati a quelli gravi, i costi diretti aumentano del 57%, mentre i costi indiretti aumentano addirittura del 100%. Sulla stessa lunghezza d'onda, uno studio inglese ha valutato i costi dell'ansia di malattia (ossia quell'insieme di preoccupazioni e timori ansiosi associati generalmente al fatto di essere malati e che può avere un'escalation clinica fino all'ipocondria) in pazienti con patologie cardiache, endocrinologiche, gastrointestinali e pneumologiche dopo aver randomizzato in trattati con psicoterapia e sottoposti a regime terapeutico standard (Tyrer et al., 2014). I pazienti trattati hanno evidenziato un netto e significativo miglioramento del benessere psicologico anche sul lungo periodo di 2 anni, senza comportare spese aggiuntive rispetto a quelli della terapia medica standard.

Nella figura 2 sono riportati i valori percentuali di miglioramento ricavati da due review effettuate su patologie mediche varie (dermatologiche, neurologiche, cardiovascolari, respiratorie, gastrointestinali, genitourinarie, immunologiche, dolore cronico) con CBT (Kroenke et al, 2000) e psicoterapia dinamica breve (*short-term psychodynamic psychotherapy*, STPP) (Abbas et al., 2009). Entrambi ottengono risultati superiori sui sintomi fisici (91% e 82%) e sulle funzioni adattive (92% e 73%) rispetto ai sintomi psicologici (78% e 46%) e, significativamente, per quanto riguarda i sintomi fisici, anche rispetto al trattamento con antidepressivi (69% in 93 studi revisionati da O'Malley et al., 1999). Come evidenziato in questi lavori, la psicoterapia in medicina rappresenta non solo un valore aggiunto, clinicamente significativo, come ausilio alla terapia medica standard ma un valore incrementale poiché consente di raggiungere risultati non ottenibili senza l'intervento psicologico.

Tabella 2[2]

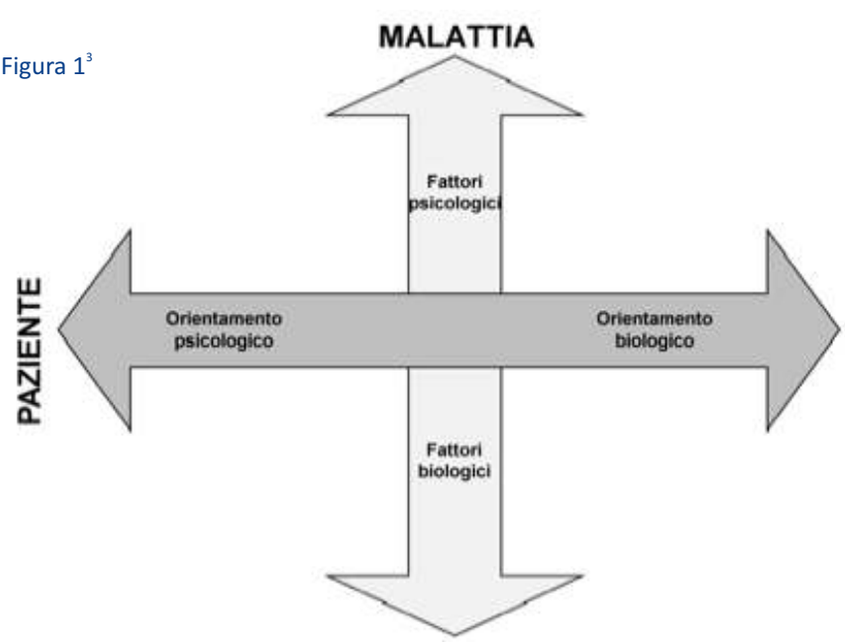
	Confronto fra gruppi		Confronto fra soggetti	
	Post-trattamento	Follow-up	Post-trattamento	Follow-up
Sintomi fisici	0.35	0.40	0.70	0.80
Depressione	0.27	0.16	0.65	0.40
Psicopatologia	0.37	0.06	0.59	0.63
Funzioni psicosociali	0.11	0.20	0.38	0.42
Uso di strutture sanitarie	0.14	0.33	0.36	0.44

[2] Sintesi degli esiti della CBT in 31 RCT su varie sindromi somatiche (valori di *effect size*) (modificato da Kleinstäuber et al., 2011).

Intendendo l'efficacia come dimostrazione controllata di miglioramento statisticamente e clinicamente significativo di una data condizione clinica a seguito di uno o più studi controllati di tipo RCT (*efficacy*), i risultati sono un po' più controversi e complessi. Per esempio, Kroenke e Swindle (2000) avevano selezionato 31 RCT di CBT su sindromi specifiche (fatica cronica, IBS, dolore cronico, fibromialgia, sindrome temporo-mandibolare, cefalea, sindrome della bocca urente, acufeni) e su una più generale sindrome di somatizzazione o ipocondria, differenziando gli effetti di efficacia su sintomi somatici, psicologici e di status funzionale (tabella 1). Anche nella review di Abbas e coll. (2009) sulla STPP, i valori di *standardized mean difference* (SMD) sono di livello decisamente elevato sia a fine trattamento che a lungo termine (follow-up molto variabile da 1 a 60 mesi) su sintomi psicopatologici generali (0.69 e 0.70), depressione (0.97 e 2.26), ansia (0.74 e 2.28) e sintomi somatici (0.59 e 0.49). Come si può notare, nella maggior parte delle patologie gli effetti maggiori sono stati ottenuti soprattutto per la sintomatologia somatica (complessivamente l'82% degli effetti generali) e non per quella psicologica (46%, ossia circa la metà degli effetti generali). E' un dato a prima vista paradossale (la psicoterapia è più efficace per i sintomi fisici che per quelli psichici per i quali è stata, invece, primariamente progettata) che però è stato confermato da altre review. Ad esempio Allen et al (2002) hanno effettuato una review della letteratura del periodo 1966-2001 di tutti i RCT di qualsiasi psicoterapia (non solo CBT) sulle sindromi di somatizzazione (*medically unexplained syndromes*, MUS) ed hanno trovato un miglioramento significativo dei sintomi fisici nel 67% dei trial e dei sintomi psicologici solo nel 47%. Una recente meta-analisi ha valutato gli outcome complessi di 27 RCT di psicoterapia breve in pazienti con MUS con un follow-up medio di 12 mesi (Kleinstäuber et al., 2011) (tabella 2). Come si vede, i valori di *effect sizes* per i sintomi fisici sono molto maggiori nei confronti *between-groups* fra pazienti trattati e pazienti di controllo, sia dopo il trattamento che al follow-up, rispetto agli altri outcome. Inoltre i valori di *effect sizes* sono nettamente maggiori nei confronti *within-group,* ossia all'interno dei gruppi trattati fra baseline e post-trattamento o follow-up rispetto ai confronti *between-groups,* il che indica chiaramente che la psicoterapia è più efficace nel migliorare il *coping* adattivo dei pazienti (confronto *within-group* nel pre-post trattamento) che nel "curare" la malattia (confronto *between-groups* fra trattati e non-trattati).

I risultati sono sostanzialmente simili anche nelle patologie organiche. Per esempio una recente meta-analisi ha valutato l'effetto degli interventi psicologici e degli antidepressivi serotoninergici sulla depressione in pazienti diabetici (Baumeister et al., 2014). I

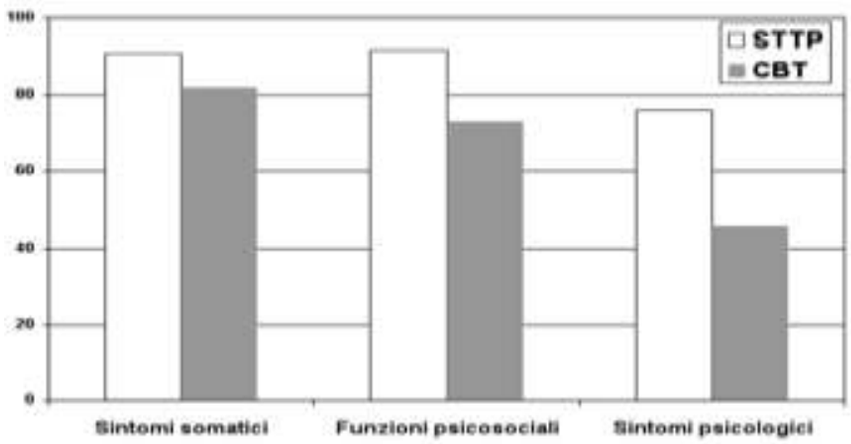
Figura 1[3]



[3] Multifattorialità delle malattie e orientamento del paziente.

trattamenti psicologici hanno evidenziato effetti positivi significativi di riduzione dei sintomi depressivi sul breve (SMD = -1.47) e medio periodo (SMD = -0.42) e di remissione degli episodi depressivi sia sul breve (OR = 2.88) che sul medio periodo (OR = 2.49), con tuttavia una forte variabilità sul controllo glicemico (range di SMD da -0.97 a 0.47). Gli SSRI hanno evidenziato effetti del tutto sovrapponibili a quelli della psicoterapia sia sul miglioramento dei sintomi (SMD = -0.39) che sulla remissione di depressione (OR = 2.52). Considerando che vi è stato un debole effetto positivo degli SSRI sul controllo glicemico, sebbene confrontato solo con placebo (SMD = -0.38), gli autori della meta-analisi concludono che gli interventi psicologici, al pari di quelli psicofarmacologici, hanno efficacia significativa sull'*outcome* depressivo nei pazienti diabetici.

Figura 2[4]



Sul piano della prevenzione, gli interventi psicologici sono risultati molto positivi soprattutto in quelle patologie con peso relativo psicologico determinante poiché implicano la necessità di cambiamenti di modalità di *coping* e di stili di vita. Per esempio, uno studio svedese ha mostrato i risultati di uno studio longitudinale di lungo periodo (9 anni) di 362 pazienti dopo la dimissione ospedaliera, per gravi eventi coronarici, suddivisi in pazienti trattati con terapia medica standard ma sottoposti anche a terapia di gruppo (20 sedute di 2 ore ciascuna per 12 mesi) e controlli con terapia medica standard soltanto (Gulliksson et al., 2011). A fine osservazione dei 9 anni e dopo aver controllato i fattori di rischio (età, sesso, stato civile, istruzione, fumo, comorbilità, valori pressori, livelli di colesterolo e trigliceridi, sintomi depressivi, energia fisica), i pazienti trattati con psicoterapia hanno evidenziato: a) il 41% in meno di eventi cardiovascolari fatali o non-fatali; b) il 45% in meno di infarto acuto ricorrente; c) il 28% in meno di mortalità *all-cause.* Interpretando più concretamente i dati della ricerca svedese con il tasso di NnT (*needed to treat*), emerge che basta trattare psicologicamente un paziente su 9 per prevenire un evento cardiovascolare e uno su 10 per prevenire un infarto acuto.

Riassumendo:

- gli esiti degli interventi psicologici, in generale, e della psicoterapia, in particolare, vanno valutati tenendo conto della multifattorialità delle malattie in un'ottica biopsicosociale, dei *pesi relativi* medici e psicologici di ciascun disturbo e della necessità di individualizzare la psicoterapia su specifici bisogni e problemi del singolo paziente;
- gli interventi psicologici consentono un notevole risparmio dei costi socio-sanitari sia diretti che soprattutto indiretti a causa del peso (*burden*) che ogni malattia comporta, un elevato potere preventivo sulle recidive e anche sugli eventi fatali connessi alla malattia e soprattutto non comportano spese aggiuntive poiché quelle iniziali vengono ammortizzate nel tempo ("la psicoterapia si paga da sé", come si suol dire);
- la psicoterapia nelle patologie somatiche

[4] Confronto di successi terapeutici (%) in CBT (*cognitive-behavioral therapy*) e STPP (*short-term psychodynamic psychotherapy*) in medicina (modificato da Kroenke et al., 2000 e Abbas et al., 2009).

funzionali sembra avere un effetto differenziato, maggiore sui sintomi fisici e paradossalmente minore su quelli psicologici: è pertanto possibile che i sintomi fisici in questi casi siano veri e propri sostituti somatici di un disagio psicologico non espresso in termini affettivi;
- gli esiti su aspetti specifici delle varie malattie da parte degli interventi psicologici sono largamente sovrapponibili a quelli della psicofarmacologia, come dimostrato per esempio da comparazioni meta-analitiche nel diabete.

Bibliografia

Abbass A., Kisely S., Kroenke K. (2009), Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, pp. 265-274.

Allen L.A., Escobar J.I., Lehrer P.M., Gara M.A., Woolfolk R.L. (2002), Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature, *Psychosomatic Medicine*, 64, pp. 939-950.

Baumeister H., Hutter N., Bengel J. (2014), Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus: an abridged Cochrane review, *Diabetic Medicine*, 31, pp. 773-786.

Gulliksson M., Burell G., Vessby B., Lundin L., Toss H., Svärdsudd K. (2011), Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM), *Archives of Internal Medicine*, 171, pp. 134-140.

Konnopka A., Kaufmann C., König H.H., Heider D., Wild B., Szecsenyi J., Herzog W., Heinrich S., Schaefert R. (2013), Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms, *Journal of Psychosomatic Research*, 75, pp. 370-375.

Kleinstäuber M., Witthöft M., Hiller W. (2011), Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 146-160.

Kroenke K., Swindle R. (2000), Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes. A critical review of controlled clinical trials, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, pp. 205-215.

Lazzari D. (a cura di) (2013), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, Tecniche Nuove, Milano.

O'Malley P.G., Jackson J.L., Santoro J., Tomkins G., Balden E., Kroenke K. (1999), Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes, *Journal of Family Practice*, 48, pp. 980-990.

Porcelli P. (2009), *Medicina psicosomatica e psicologia clinica*, Raffaello Cortina, Milano.

Porcelli P. (2012), Sviluppi contemporanei della psicosomatica, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 46, pp. 359-388.

Porcelli P. (2014), Psicoterapia e medicina psicosomatica, in E. Zacchetti, G. Castelnuovo (a cura di), *Clinica psicologica in psicosomatica*, Franco Angeli, Milano.

Tyrer P., Cooper S., Salkovskis P., Tyrer H., Crawford M., Byford S., Dupont S., Finnis S., Green J., Mclaren E., Murphy D., Reid S., Smith G., Wang D., Warwick H., Petkova H., Barrett B. (2014), Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial, *Lancet*, 383, pp. 219-225.

06.

L'EFFETTO PLACEBO

Fabrizio Benedetti
Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino e Istituto Nazionale di Neuroscienze

Esculapio, da www.esculapio.pk

Introduzione

Nel linguaggio corrente il termine *placebo* viene usato per indicare una sostanza o, più in generale, un trattamento inerte prescritto in assenza di una reale terapia per compiacere il paziente. Nonostante il placebo non contenga di per sé un principio attivo, è possibile che egli percepisca un reale miglioramento della propria patologia (per esempio una riduzione della percezione del dolore). Questo è ciò che viene definito "effetto placebo". Il gruppo placebo, ovvero il gruppo di soggetti che ha ricevuto il trattamento placebo, è tradizionalmente utilizzato nei trial clinici per testare la superiorità del farmaco reale rispetto al trattamento placebo. Nell'ambito dei trial clinici, la domanda a cui si tende a rispondere è "Il farmaco attivo è migliore del placebo?", senza rispondere direttamente alla domanda "Come può una sostanza senza proprietà attive produrre un effetto positivo?". Prima di rispondere a quest'ultima domanda, è importante fare chiarezza sulla terminologia usata per definire l'effetto placebo, al fine di evitare confusioni ed incomprensioni.

I placebo, infatti, sono tradizionalmente considerati "pillole di zucchero" quando, in realtà, somministrare un placebo a un paziente significa simulare una reale terapia. Durante un trattamento medico, ad esempio durante la somministrazione di un antidolorifico, il paziente riceve il principio attivo del farmaco insieme a differenti stimoli. Questi stimoli rappresentano il contesto psicoso-

ciale della terapia, ovvero l'aspetto fisico del trattamento (come la forma ed il colore del farmaco), la ritualità del trattamento, l'informazione verbale fornita dall'equipe medica e le aspettative del paziente riguardo all'esito della terapia. Quando il trattamento reale è sostituito da un placebo, il principio attivo del farmaco non è più presente ma il contesto psicosociale rimane invariato. L'effetto placebo rappresenta, quindi, l'effetto del contesto psicosociale positivo che accompagna una terapia. Se un contesto positivo può produrre effetti positivi, un contesto negativo può produrre effetti negativi. In questo caso, viene utilizzato il termine *nocebo*. Un effetto nocebo nasce da un'aspettativa negativa, ovvero dalla credenza che una situazione possa condurre ad un esito negativo. Un esempio comune di effetto nocebo è rappresentato dalle possibili conseguenze negative in seguito alla lettura degli effetti collaterali presenti nel foglietto illustrativo (il cosiddetto bugiardino) di un medicinale.

Diversi lavori scientifici hanno studiato direttamente gli effetti placebo e nocebo attraverso specifici protocolli sperimentali, rispondendo a diverse domande: 1) quali sono i meccanismi psicologici che conducono ad un effetto placebo o nocebo; 2) quali sono le basi fisiologiche di questi fenomeni; 3) come possiamo usare questa conoscenza in campo clinico e quali sono le implicazioni etiche.

L'approccio psicologico

Diversi modelli psicologici sono stati proposti per descrivere gli effetti placebo e nocebo. Il primo modello descrive questi effetti come la conseguenza di un processo di apprendimento (come nel modello di condizionamento classico), mentre il secondo modello considera l'importanza di processi cognitivi di alto livello (modello dell'aspettativa).

Secondo il modello di condizionamento classico, dopo ripetute associazioni di uno stimolo neutro (il suono di un campanello) con uno stimolo sensoriale (il cibo all'interno della bocca) che produce di per sé una risposta (salivazione), la presentazione del solo stimolo neutro produrrà la risposta. È possibile indurre un effetto placebo utilizzando lo stesso principio di condizionamento. Ad esempio, è stato mostrato che specifici aspetti di un trattamento, come la forma e il colore di una compressa, possono indurre delle risposte placebo da condizionamento se precedentemente associati ad ingredienti attivi presenti nella compressa. Allo stesso modo, è possibile indurre una risposta nocebo da condizionamento associando uno stimolo neutro con un effetto collaterale.

Secondo il modello dell'aspettativa, gli effetti placebo e nocebo sono generati dalle aspettative e dalle credenze che il paziente sviluppa durante una terapia. Diversi fattori influenzano queste aspettative, come le interazioni verbali con i terapeuti e altri pazienti, le emozioni provate durante il trattamento e le precedenti esperienze di terapia. Per esempio, più convincenti sono le parole che si usano durante l'applicazione di una crema placebo che si suppone riduca il dolore, più alte saranno le aspettative di riduzione del dolore e, di conseguenza, più forte sarà l'analgesia da placebo in seguito all'applicazione della crema placebo. Inoltre, le emozioni collegate all'esito atteso possono indurre effetti placebo e nocebo. Se l'apprendimento ha un ruolo più importante quando una terapia mira a produrre un esito positivo, l'ansia sembra giocare un ruolo maggiore nel favorire esiti negativi. Per esempio, l'ansia anticipatoria dovuta ad un dolore imminente può trasformare uno stimolo tattile in uno stimolo dolorifico. Inoltre, le aspettative possono agire anche attraverso l'attivazione di meccanismi di ricompensa. Nel caso dell'effetto placebo, la ricompensa è rappresentata dall'aspettativa del miglioramento clinico per sé.

L'approccio biologico

Oltre all'approccio psicologico, la ricerca sugli effetti placebo e nocebo si è recentemente focalizzata sullo studio dei meccanismi biologici/fisiologici. I principali approcci sperimentali

utilizzati sono quello farmacologico, le neuroimmagini e la registrazione da singoli neuroni in pazienti svegli. In particolare lo studio del dolore e della malattia di Parkinson (PD) ha prodotto i migliori risultati.

Da un lato, diversi studi farmacologici sul dolore mostrano il coinvolgimento di differenti sistemi. Per esempio, dopo differenti esposizioni a farmaci oppioidi (come la morfina), è stato osservato come la somministrazione di un placebo attivi il rilascio di oppioidi endogeni che, di conseguenza, producono una riduzione del dolore. Questa analgesia da placebo può essere bloccata somministrando il naloxone, un antagonista degli oppioidi. Il coinvolgimento del sistema oppioide è stato investigato anche indirettamente grazie a due differenti farmaci, la proglumide e la pentagastrina. La proglumide blocca la colecistochinina (CCK), che ha un azione anti-oppioide. In questo modo, la proglumide potenzia l'analgesia da placebo mediata dagli oppioidi. Al contrario, la pentagastrina facilita la trasmissione della CCK, e dunque blocca l'analgesia da placebo mediata dagli oppioidi. Inoltre, è stato osservato come la proglumide blocchi l'iperalgesia da nocebo, dimostrando come l'effetto nocebo sia collegato all'attivazione del sistema CCK.

Un secondo sistema coinvolto nell'analgesia da placebo è il sistema dei cannabinoidi. In questo caso, è stato osservato che dopo la somministrazione di un farmaco non oppioide, come il ketorolac, la somministrazione di un placebo attivi i recettori cannabinoidi CB1, con conseguente effetto analgesico. Questo effetto non può essere bloccato dal naloxone, ma può essere bloccato dal rimonabant, un antagonista dei recettori CB1. Nel complesso, quindi, se un paziente ha ricevuto in precedenza un farmaco oppioide, la successiva analgesia da placebo verrà mediata dai recettori oppioidi, mentre una precedente esposizione a farmaci non oppioidi condurrà ad una analgesia da placebo mediata dai cannabinoidi.

Gli studi di neuroimmagine hanno esplorato le regioni cerebrali coinvolte nell'analgesia da placebo e nell'iperalgesia da nocebo. E' stato osservato come l'analgesia da placebo sia collegata ad una riduzione di attività nelle aree cerebrali coinvolte nella percezione dolorifica, facenti parte della cosiddetta "matrice del dolore", come il talamo, l'insula, la parte rostrale della corteccia cingolata anteriore (rACC), la corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC), la corteccia somatosensoriale primaria, il giro sopramarginale e il lobulo parietale inferiore sinistro. E' interessante notare come la ridotta attivazione in queste aree sia simile a quella osservata in seguito alla somministrazione di un vero farmaco analgesico. Al contrario, l'iperalgesia da nocebo sembra essere collegata ad un aumento dell'attività nelle stesse aree della matrice del dolore, come la corteccia cingolata anteriore bilaterale dorsale, l'opercolo parietale e frontale sinistro, la corteccia orbitofrontale e l'ippocampo.

La malattia di Parkinson ha fornito importanti conoscenze sui meccanismi fisiologici della risposta placebo. E' stato osservato come il rilascio di dopamina sia cruciale nei pazienti affetti da malattia di Parkinson. L'attivazione dopaminergica avviene nello striato, ovvero nella stessa regione coinvolta nella fisiopatologia della malattia di Parkinson. Inoltre, utilizzando le registrazioni da singoli neuroni, è stato osservato che l'attività neuronale cambia dopo la somministrazione di un placebo nella regione motoria del talamo e nel nucleo subtalamico.

Il placebo nel contesto della relazione medico-paziente

L'effetto placebo è strettamente legato alla relazione fra medico e paziente. Infatti, essendo un placebo rappresentato dal contesto psicosociale intorno al paziente, è naturale che l'elemento fondamentale di tale contesto sia rappresentato dal medico, e più in generale dal personale sanitario. La "relazione medico-paziente", chiamata anche "interazione paziente-terapeuta", è stata sempre affrontata nel corso dei secoli da prospettive differenti, incluse la psicologia, la sociologia, la

filosofia, la pratica medica, così come l'economia e la politica sanitaria. Non c'è bisogno di sottolineare che tutte queste prospettive hanno contribuito a dare importanti informazioni a medici, psicologi, filosofi e amministratori della sanità. Ciò che fondamentalmente è emerso nel corso degli anni non riguarda solo la conoscenza e l'acquisizione delle diverse abilità tecniche da parte degli operatori sanitari, ma anche la migliore comprensione, acquisizione e potenziamento delle capacità di interazione e comunicazione con il paziente. Sebbene questo possa sembrare abbastanza ovvio, una grande quantità di lavori sull'argomento ha dimostrato che una buona interazione fra medico e paziente è non solo auspicabile perché la gentilezza e la cordialità sono meglio della maleducazione, ma anche perché una interazione positiva può avere effetti benefici sulla salute e sulla risposta ad una terapia, mentre un'interazione negativa può portare al peggioramento della malattia.

Con i recenti progressi delle scienze biomediche, della fisiologia e delle neuroscienze, oggi siamo nella posizione di potere affrontare e discutere l'interazione medico-paziente da una prospettiva biologica. Nessun tentativo di questo tipo è stato fatto finora e il compito non è facile. Molte conoscenze biomediche, fisiologiche e neuroscientifiche e molte scoperte recenti devono essere messe all'interno del contesto clinico, della pratica medica di routine, delle teorie psicologiche e sociologiche, al fine di fornire evidenza scientifica che la relazione medico-paziente può davvero essere affrontata in termini neurobiologici.

In particolare, le neuroscienze sembrano essere l'approccio più appropriato per affrontare questa sfida. Infatti, è oggi possibile esplorare e studiare il cervello del paziente durante questa speciale interazione sociale. Ovviamente le neuroscienze rappresentano una disciplina vasta, costituita da differenti sottodiscipline, come le neuroscienze molecolari e cellulari, oppure le neuroscienze cognitive. Le neuroscienze sociali e cognitive possono analizzare l'interazione paziente-terapeuta in termini biologici poiché oggi conosciamo molto sui meccanismi cerebrali del comportamento sociale. Per esempio, oggi conosciamo alcuni dei meccanismi fisiologici e biochimici di funzioni complesse quali fiducia, speranza, empatia e compassione, che rappresentano elementi essenziali nel rapporto fra medico e paziente. Se da una parte il paziente deve avere fiducia e speranza, dall'altra il terapeuta deve essere empatico e umano.

Le recenti acquisizioni nell'ambito della fisiologia e delle neuroscienze devono essere anche considerate in un contesto evoluzionistico. La fisiologia e le neuroscienze studiano diversi sistemi biologici, ed ogni sistema biologico, sia esso semplice o complesso, è un prodotto dell'evoluzione che è emerso per un preciso scopo. Per esempio, i circuiti cerebrali implicati nella fiducia sono emersi nel corso dell'evoluzione al fine di rafforzare le interazioni sociali. La fiducia è un comportamento che favorisce i contatti sociali, e se un paziente che cerca sollievo non ha fiducia nei terapeuti e nelle terapie, l'interazione medico-paziente non ha alcun senso di esistere. Perciò, una corretta comprensione di come siano emersi i circuiti nervosi coinvolti nelle interazioni sociali è di fondamentale importanza, poiché ci permette di acquisire quelle informazioni necessarie per comprendere come funzioni complesse quali l'altruismo e le cure mediche siano emerse durante l'evoluzione.

Dunque la relazione medico-paziente può essere affrontata in termini evoluzionistici, fisiologici e neuroscientifici, alla luce delle recenti scoperte nell'ambito delle neuroscienze. Il concetto alla base consiste nel fatto che, da una prospettiva fisiologica e neurobiologica, l'interazione medico-paziente può essere suddivisa in almeno quattro fasi. La prima è la fase del "sentirsi male", che rappresenta un punto di partenza essenziale per il successivo repertorio comportamentale. Le neuroscienze hanno molto da dire su questa fase, poiché risultano coinvolti diversi sistemi sensoriali e diverse regioni cerebrali, e questi portano

all'esperienza globale e cosciente del "sentirsi male". Per esempio, la percezione di un sintomo come il dolore è modulata sia da sistemi ascendenti che da sistemi discendenti di controllo. La seconda fase è rappresentata da ciò che determina nel paziente il "cercare sollievo", un tipo di comportamento che serve per sopprimere disagio e sofferenza. Questa fase non è diversa da ciò che succede quando si cerca di sopprimere fame e sete, e a questo riguardo i meccanismi di ricompensa giocano qui un ruolo chiave. La terza fase è rappresentata da quando il paziente "incontra il terapeuta", un'interazione sociale unica e speciale in cui il medico rappresenta il mezzo che permetterà di eliminare disagio e sofferenza, quindi egli stesso rappresenta una potentissima ricompensa. Durante questa interazione, sono coinvolte molte funzioni complesse, come fiducia e speranza da una parte e empatia e compassione dall'altra. Le neuroscienze cominciano a comprendere queste funzioni e, inoltre, è possibile studiare non solo il cervello del paziente, ma anche quello del terapeuta, con il suo comportamento empatico e umano. Infine, nella quarta fase il paziente "riceve la terapia", che è l'atto finale, e sicuramente il più importante, nel rapporto paziente-terapeuta. In questa fase, il semplice rituale dell'atto terapeutico genera risposte positive di miglioramento dovute alle aspettative del paziente di beneficio (risposta placebo).

Queste quattro fasi, così come descritte sotto questa prospettiva neurobiologica, rappresentano nella loro globalità il contesto nel quale si inserisce l'effetto placebo. Questo è un sistema sociale-neuronale che è evoluto come meccanismo di difesa nel corso dell'evoluzione. Come le risposte immunitarie cellulari sono evolute per proteggere l'organismo da microinvasori esterni, e la reazione di lotta-fuga per affrontare un pericolo, così la relazione "guaritore-malato" si è evoluta per fornire supporto psicologico e sociale al debole, al sofferente, all'anziano, in modo da garantire la soppressione del disagio e della sofferenza al semplice contatto sociale, cioè l'incontro con il "guaritore". Un individuo con un cervello capace di bloccare il dolore quando viene rilevata la presenza di un aiuto medico ha un vantaggio evolutivo rispetto ad un cervello che non possiede tale capacità. Questo sistema è sempre presente, indipendentemente dall'efficacia di una terapia fornita dalla medicina moderna. Anche se la terapia è totalmente inefficace, le aspettative di beneficio del paziente (la risposta placebo) possono essere sufficienti a sopprimere la sofferenza e ad influenzare il decorso della malattia. La vera differenza fra sciamani e medici moderni consiste nel fatto che, mentre è probabile che le procedure dei primi siano del tutto inefficaci, le procedure terapeutiche dei secondi sono spesso efficaci ed agiscono mediante meccanismi specifici. Tuttavia, questo sistema sociale-neuronale è sempre al lavoro, come un sistema ancestrale pronto ad entrare in azione, che si tratti dello sciamano o del medico moderno.

Implicazioni etiche e cliniche

C'è un vantaggio ad affrontare l'effetto placebo e l'interazione paziente-terapeuta da una prospettiva fisiologica e neuroscientifica? Le ragioni di una risposta affermativa sono diverse. La prima è ovvia. E' inutile dire che le neuroscienze sono interessate a comprendere il funzionamento del cervello, e questo speciale rapporto sociale può rivelare alcuni complessi meccanismi di funzioni cerebrali superiori quali fiducia, speranza, empatia, compassione. La seconda ragione è che medici, psicologi e operatori sanitari possono meglio capire che tipo di cambiamenti possono indurre nel cervello dei loro pazienti. Con questa conoscenza fisiologica e neurobiologica nelle loro mani, coloro che operano in ambito sanitario possono "vedere" direttamente come le loro parole, i loro atteggiamenti e i loro comportamenti possono modulare e cambiare il cervello dei loro pazienti. Questa "visione diretta" del cervello del paziente può stimolare ulteriormente il comportamento empatico e umano degli operatori sanitari. La terza ragione è correlata alla seconda. Gli

studenti di medicina e psicologia, così come gli infermieri, possono beneficiare di un corso di insegnamento del tipo *Le Neuroscienze della Relazione Medico-Paziente* nella Facoltà di Medicina e Chirurgia e nei corsi di Psicologia. L'inclusione di questo tipo di insegnamento nell'educazione degli operatori sanitari condurrebbe ad una migliore coscienza della potente influenza che il comportamento del terapeuta ha sul comportamento del paziente e sulla sua capacità di reagire positivamente alla malattia. Comprendere i meccanismi neurobiologici dell'interazione medico-paziente può condurre ad una migliore pratica medica e professione clinica, così come ad una migliore comunicazione, interazione sociale e politica sanitaria. Perciò, un complesso argomento come questo, un tempo dominio della Psicologia e della Sociologia, può essere oggi affrontato dalla Fisiologia e dalle Neuroscienze.

Le implicazioni cliniche possono anch'esse rivestire un'importanza fondamentale. Per esempio, le recenti scoperte mettono in luce l'importante ruolo dell'aspettativa e di come questa possa essere modulata dalla relazione medico-paziente. In assenza di aspettativa, come nel caso della somministrazione di un farmaco all'insaputa del paziente, l'efficacia terapeutica totale è diminuita, tale che è necessario aumentare la dose per ottenere lo stesso effetto. Di conseguenza, aumentare l'interazione medico-paziente e indurre aspettative positive significa ridurre le dosi farmacologiche. A questo proposito è interessante notare come una recente indagine ha identificato i differenti tipi di bisogni relazionali dei pazienti e ha evidenziato che determinati tipi di argomentazioni del medico sono in grado di soddisfare direttamente specifici bisogni dei pazienti. Oltre a fattori complessi, come la fiducia, la speranza, l'empatia, è interessante notare come una priorità dei pazienti riguardi le informazioni ricevute sul trattamento, per esempio l'efficacia, l'utilità, la durata, i rischi. Per rassicurare, o comunque rendere consapevole un paziente delle proprie condizioni e della validità delle terapie, i comportamenti relazionali di massima efficacia sono quelli improntati alla razionalità, capaci quindi di evidenziare i vantaggi e gli svantaggi della terapia. Perciò, da questa prospettiva, risulta evidente come l'assenza di comunicazione medico-paziente possa ridurre l'efficacia di una terapia, così come dimostrato farmacologicamente. Dunque, il potenziamento della relazione medico-paziente può avere importanti ricadute anche in ambito di farmacoeconomia.

Bibliografia

Benedetti F. (2014), *Placebo effects,* Oxford University Press, Oxford.

Benedetti F. (2010), *The patient's brain: the neuroscience behind the doctor-patient relationship,* Oxford University Press, Oxford.

Benedetti F. (2012), *L'effetto placebo: breve viaggio fra mente e corpo,* Carocci Editore, Roma.

07.

OBESITÀ E DEPRESSIONE: LA RELAZIONE SUSSISTENTE

Claudia Mazzeschi - Giulia Radi
Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università di Perugia

La prevalenza della problematica dell'obesità tra la popolazione, sia maschile che femminile, è in lento e progressivo aumento e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riporta la presenza di circa 400 milioni di persone obese nel mondo, stimandone un notevole aumento fino a 700 milioni entro la fine del corrente 2015. L'OMS ha formalmente riconosciuto la natura di "emergenza medica e sociale dell'obesità" (The Lancet, 2014), poiché quello che un tempo era un problema esclusivo dei paesi ad alto reddito, oggi è diffuso pressoché in tutto il mondo, in particolar modo nelle aree urbane (esclusa l'Africa subsahariana). L'obesità è un fattore di rischio per numerose patologie croniche, incrementando il rischio per patologie cardiovascolari, diabete di tipo 2, ipertensione, infarto, osteoartrite e cancro (Fontaine et al., 1997; Fontaine et al., 1999; Hrabosky et al., 2008; Allison et al., 2009) oltre che per patologie psichiche tra cui, rilevante, è la depressione.

La prevalenza della depressione, e il rischio conseguente di un abbassamento dello stato di salute, è elevata soprattutto nella popolazione obesa (Australian Bureau of Statistics, 2008) ed ancora di più nella popolazione obesa alla ricerca di un trattamento (Friedman et al., 1995; Friedman et al., 2008; Dixon et al., 2003).

Il più alto tasso di prevalenza di comorbilità tra depressione e obesità in un intervallo temporale considerato di 12 mesi, è stato riscontrato negli

_____
Euridice, da https://www.google.com/culturalinstitute/project/art-project?hl=it

individui alla ricerca della chirurgia bariatrica, con percentuali che oscillano tra il 19% ed il 66% (Werrij et al., 2006; Sarwer et al., 2010; Jones-Corneille et al., 2012).
L'elevata prevalenza della depressione nella popolazione obesa è preoccupante, dato il danno alla salute, il rischio per patologie croniche associato ad ognuna di queste patologie singolarmente, ed il rischio ancora maggiore associato ad esse in comorbilità (Mendlewicz, 1998). Una migliore comprensione dell'associazione della comorbilità tra depressione ed obesità è cruciale per poter prevenire ed intervenire su di esse con strategie efficaci.

Prospettive cliniche e di ricerca

Le prime ricerche si sono concentrate sull'identificazione di fattori di personalità e psicopatologici associati all'eziologia dell'obesità, ed hanno fallito nel dimostrare una relazione significativa tra queste variabili (Stunkard et al., 1990; Stunkard et al., 1992; Friedman et al., 1995). Le motivazioni sono state attribuite alle limitazioni metodologiche degli studi e ad una mancata considerazione della complessità e dell'eterogeneità di questa relazione.
Studi successivi hanno confermato l'associazione tra obesità e depressione: la relazione sembra essere bidirezionale. Alcuni studi longitudinali hanno mostrato come la depressione sia associata ad un conseguente aumento di peso ed al raggiungimento di una condizione di obesità (Pine et al., 1997; Pine et al., 2001; Goodman et al., 2002; Stice et al., 2005; Anderson et al., 2006; Murphy et al., 2009), mentre altri hanno riscontrato come l'obesità sia associata allo sviluppo della depressione (Roberts et al., 2003; Herva et al., 2006).
L'obesità porterebbe alla depressione attraverso una diminuzione dello stato di salute, le preoccupazioni per la propria apparenza, il danneggiamento funzionale, la riduzione della qualità della vita percepita, la mancata attività fisica, l'esperienza dello stigma, l'insoddisfazione per la propria immagine corporea ed i comportamenti di dieta (Markowitz et al., 2006). La depressione sembrerebbe invece condurre all'obesità sia in maniera diretta intervenendo sul funzionamento fisiologico, sia in maniera indiretta attraverso il funzionamento psicosociale, che implica elevata reattività allo stress, disfunzione immunologica, attivazione non fisiologica dell'asse ipotalamico-pituitario-adrenale, cognizioni negative, disregolazione alimentare ed una bassa aderenza al trattamento (Markowitz et al., 2006).
Rispetto alla relazione bidimensionale tra la problematica dell'obesità e la patologia depressiva, una ricerca di Luppino e colleghi (2010) ha riscontrato che persone obese riportano un rischio pari al 55% di sviluppare depressione nel corso del tempo, mentre le persone depresse riportano un rischio pari al 58% di diventare obese. L'associazione tra depressione ed obesità è più forte rispetto all'associazione tra depressione e sovrappeso. Inoltre, più di un terzo dei pazienti con obesità che ricercano un trattamento (*treatment-seeking*) efficace, in particolar modo le donne, risultano soffrire di depressione. È stata anche rilevata una forte associazione tra donne con alto BMI e frequenti pensieri di suicidio (Luppino et al., 2010). Il tasso di prevalenza della depressione varia però a seconda degli studi considerati.
Persone con obesità e/o con diabete mellito di tipo 2 ("Diabesità", secondo il neologismo coniato dall'OMS, che sottolinea l'associazione tra le due condizioni, che rientrano nei *Non communicable diseases*) presentano un rischio quasi duplice rispetto alla popolazione generale di comorbilità depressiva (De Ornelas et al., 2012). Una meta-analisi di 42 lavori ha dimostrato che l'11, 4% dei pazienti con obesità soddisfa anche i criteri diagnostici per la depressione maggiore, e che il 31% dei pazienti fa esperienza di sintomatologia depressiva (Fabricatore et al., 2011). Uno studio epidemiologico condotto al fine di determinare le caratteristiche cliniche e comportamentali del diabete tipo 2 associato a depressione, ha rilevato che il 12% dei 4193 partecipanti rispondeva ai

criteri del DSM IV per la depressione maggiore, la cui prevalenza nella popolazione generale risultava essere del 6% (de Wit et al., 2009).

Alcune ricerche hanno indagato più specificatamente le caratteristiche dei soggetti che presentavano obesità e depressione in comorbilità, andando a ricercare quali potessero essere le condizioni che intervengono all'interno della relazione tra queste due condizioni. Numerosi studi hanno sottolineato come l'essere donna possa aumentare il rischio di comorbilità tra le due patologie (Istvan et al., 1992; Carpenter et al., 2000; Wifley et al., 2000; Onyike et al., 2003; Heo et al., 2006; Scott et al., 2008; Chen et al., 2009; Desai et al., 2009; Beydoun et al., 2010; Keddie, 2011). Scarse entrate e problemi finanziari a livello familiare sono condizioni associate ad un aumento del rischio di comorbilità tra le due condizioni (Jorm et al., 2003; Ma et al., 2010). Il consumo di alcol risulta inoltre predire un umore depresso tra le donne Africane ed Americane in condizione di sovrappeso o obesità (Siegel et al., 2000). Jorm e colleghi (2003) hanno riscontrato come anche le limitazioni funzionali legate alla salute fisica possano aumentare il rischio di comorbilità. Queste limitazioni intervengono sulla relazione tra le due patologie, inibendo la possibilità di praticare attività fisica, aumentando la fatica percepita nelle attività di vita quotidiana ed aumentando quindi i sintomi depressivi in una popolazione obesa. Anche comportamenti alimentari disfunzionali, presenti e passati, risultano svolgere un importante ruolo nella relazione tra obesità e depressione, in modo particolare il *binge eating* risulta essere predittore di questa comorbilità (Konttinen et al., 2010).

Numerose ricerche hanno esplorato le variabili psicologiche associate alle condizioni di obesità e depressione, rilevando come l'autostima (Werrij et al., 2006), l'ostilità (Siegel et al., 2000) e gli schemi disadattavi (Anderson et al., 2006) intervengano nella relazione intercorrente tra le due patologie, in particolar modo se si considera una popolazione di pazienti con sovrappeso o obesità ed in cerca di trattamento. Nelle donne, la relazione tra obesità e sintomi depressivi risulta essere fortemente legata a rabbia, tristezza ed eccitazione (Musante et al., 1997). Al contrario, tra gli uomini sono state riscontrate associazioni significative tra le due patologie e bassi livelli di efficacia interpersonale, bassa capacità di risoluzione del conflitto e sentimenti di solitudine. È dunque possibile affermare che per quanto riguarda gli aspetti psicologici che intervengono in qualità di mediatori nella relazione tra obesità e depressione, la differenza di genere è cruciale. È importante sottolineare come vi siano differenze di genere anche nell'andamento del peso. In particolar modo Petroni e colleghi (2007) e Venditti e Colleghi (1996) hanno riscontrato come le forti variazioni di peso (lo *yo-yo*) siano caratteristiche della donna.

L'esperienza di stigma della persona sovrappeso o obesa rappresenta invece un elemento in comune a uomini e donne, che interviene nella relazione considerata aumentando i sintomi depressivi (Chen et al., 2007; Friedman et al., 2008). Anche le preoccupazioni per la propria immagine corporea, per il proprio peso e la propria "forma" risultano svolgere un importante ruolo mediatore nella relazione obesità-depressione (Friedman et al., 2002; Werrij et al., 2006; Mond et al., 2007; Atlanti set al., 2008; Gavin et al., 2010).

Obesità e depressione hanno in comune dunque non solo le complicazioni legate alla salute, quali disturbi cardiovascolari e diabete, ma vi sono prove empiriche di effetti sinergici negativi sulla qualità della vita e sulla risposta al trattamento laddove i due disturbi coesistono (Ladwig et al., 2010). La depressione infatti, oltre ad essere conseguenza di una condizione di obesità, può anche essere un fattore psicologico di rischio (Karlsen et al., 2013) che agisce come barriera al trattamento, creando *attrition* nella partecipazione ai programmi da parte del paziente. In particolare, mentre alcuni studi hanno evidenziato come la depressione possa fare *attrition* (Martin et al., 2009), fino ad escludere dai *trial clinici* pazienti con

certi livelli di sintomatologia depressiva, meno indagato risulta il ruolo della qualità della vita come variabile capace di predire l'adesione di tali pazienti al trattamento, molto più spesso invece usata come misura di *outcome.*

Gli interventi *lifestyle*

Considerando l'obesità molto più di un eccessivo aumento dell'indice di massa corporea, è necessario tenere presente la complessità di tale problematica per poter intervenire su di essa in maniera efficace (Fabricatore et al., 2011; Mazzeschi et al., 2013). In letteratura e nella pratica clinica, esistono ad oggi diversi programmi di trattamento: farmacologico, centrati sulla dieta (*counselling* nutrizionale), centrati sull'attività motoria ed interventi di chirurgia bariatrica (per le grandi obesità). Si tratta però di interventi tradizionali focalizzati su alcuni aspetti della problematica, in genere presi singolarmente, senza considerare la complessità della stessa. All'interno di questi trattamenti, indipendentemente dalla tipologia dell'intervento, gli indicatori di esito venivano identificati in una riduzione del BMI (calo ponderale) e di altri valori antropometrici (ad esempio, la circonferenza di vita) (Brown et al., 2009).

Tra i programmi più recenti, lo sviluppo di interventi *lifestyle* (stili di vita) sembra rispondere meglio alla necessità di affrontare la complessità della problematica (Ma et al., 2009; Blackburn et al., 2010; De Feo et al., 2011). Tali interventi hanno l'obiettivo di modificare lo stile di vita del soggetto, stile di vita che, nella sua complessità attuale e storica, ha portato all'insorgenza e contribuito al mantenimento dello stato di obesità.

Secondo Kirk e colleghi (2012) la caratteristica degli interventi *lifestyle* è focalizzarsi sull'attivazione delle risorse personali dei pazienti, rendendoli attivamente partecipi del cambiamento dei comportamenti collegati alla salute, sollecitando così le loro risorse psicologiche.

Secondo Dalle Grave e colleghi (2013), la "*core component*" degli interventi *lifestyle* è l'integrazione dell'intervento sulle abitudini alimentari con l'intervento sull'attività fisica e l'intervento sugli "aspetti psicologici". Riguardo gli aspetti psicologici, i programmi *lifestyle* presenti in letteratura variano dal colloquio motivazionale fino alla psicoterapia (Fabricatore, 2011; Olander et al., 2013). Considerare le tre componenti identificate da Dalla Grave significa essere maggiormente in linea con la complessità dei fattori in gioco nella diabesità, assumendo un approccio multidisciplinare, in cui diverse figure professionali (medico, nutrizionista, esperto dell'attività motoria, psicologo) sono coinvolte ad occuparsi, insieme ed in maniera integrata, delle differenti dimensioni del problema.

Fabricatore e colleghi nel 2011 sottolineano come programmi *lifestyle* incidono in maniera significativa (oltre che sulla riduzione del BMI) sui sintomi depressivi del paziente portando ad un'accettazione della problematica e ad una riduzione dello stigma associato all'obesità, incrementando l'auto-accettazione e la *self-efficacy,* ovvero la capacità dell'individuo di credere nelle proprie risorse. Il cambiamento in questi aspetti non risulta direttamente collegato alla riduzione del BMI, ma ad altri aspetti dell'intervento, tra i quali è possibile riscontrare il supporto sociale e la condivisione del problema con altre persone che si trovano nella stessa condizione.

In un recente lavoro di Pazzagli e colleghi (2012), si è evidenziato come il miglioramento percepito della salute generale sia legato alla riduzione del BMI, ma che questo effetto sia mediato dalla riduzione dei sintomi depressivi.

Come anche recentemente sostenuto da Russell e colleghi (2013), il supporto sociale e la relazionalità (a diversi livelli: dal punto di vista del gruppo e delle sue dinamiche, e dal punto di vista del lavoro svolto in gruppo) costituiscono *key facilitators* degli interventi *lifestyle,* in grado di influenzare il cambiamento a breve e a lungo termine. La possibilità di sfruttare il potere del supporto sociale del gruppo ha il fine di colmare il *gap* tra *l'efficacy* e l'*effectiveness,* ovvero di colmare la distanza tra la possibilità del paziente di credere

nelle proprie risorse e di poterle mettere effettivamente in pratica.

L'efficacia di interventi *lifestyle:* il modello C.U.R.I.A.Mo.

Un efficace esempio di intervento *lifestyle* è costituito dal Centro Universitario di Ricerca Interdipartimentale sull'Attività Motoria (C.U.R.I.A.Mo.) dell'Università degli Studi di Perugia. Il C.U.R.I.A.Mo. è un centro clinico e di ricerca che si occupa di pazienti con diabesità, coinvolgendo un'equipe multidisciplinare composta da professionisti endocrinologi, nutrizionisti, psicologi, pedagogisti ed esperti in attività motoria. Tutte queste figure professionali cooperano proponendo un intervento integrato mirato alla modificazione dello stile di vita dei pazienti, promuovendo l'aumento del benessere ed il miglioramento della qualità della vita degli stessi (De Feo et al., 2011). L'*équipe* lavora insieme al paziente (e non su di esso) all'interno di un percorso che prevede una valutazione iniziale (fase di *assessment* multi-disciplinare), una fase intensiva di intervento della durata di tre mesi e tre *follow-up* nel corso dell'anno successivo al termine del programma.

Nella fase di *assessment* viene effettuata la valutazione medico-endocrinologica, la valutazione psicologica, quella nutrizionale e la valutazione del medico dello sport. La fase dell'intervento comprende una fase intensiva costituita da un programma individualizzato di attività motoria *indoor* e da incontri di gruppo di sostegno al cambiamento. I gruppi sono centrati sulla motivazione al cambiamento sia sul versante della sua costruzione e sostegno (supporto al cambiamento) sia sul versante della decostruzione di quei possibili aspetti comportamentali che agiscono come resistenze (barriere) all'assunzione di nuovi e più sani stili di vita (Piana et al., 2013). In questo protocollo l'attività motoria non è prescritta ma inserita, insieme ad altre attività, in un più complesso programma di cambiamento nel quale il paziente, posto al centro, è visto nella sua interezza fisica e mentale e accompagnato verso l'autonomia, la consapevolezza e la promozione del senso di *self-efficacy*.

L'intervento *lifestyle* proposto dal C.U.R.I.A.Mo. ha dimostrato la sua efficacia nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti con obesità attraverso numerose evidenze di ricerca.

Un lavoro di Mazzeschi e collaboratori del 2012 ha indagato la relazione tra depressione, qualità della vita e l'intervento *lifestyle* nell'obesità. Lo studio ha messo in luce come i pazienti con umore depresso e bassi livelli di qualità della vita percepita aderissero in maniera scarsa alle sessioni, e come la partecipazione alle sessioni educative avesse un effetto sul miglioramento della qualità della vita e sull'attenuazione della sintomatologia depressiva, così come la partecipazione alle sessioni di esercizio fisico avesse un effetto benefico sulla percezione di salute generale e sulla diminuzione del BMI.

Un altro studio di Pazzagli e colleghi (2013) sottolinea come i cambiamenti relativi al peso, al benessere mentale e fisico ed alla sintomatologia depressiva al termine del programma C.U.R.I.A.Mo., siano tutti significativi. I risultati sottolineano inoltre un ruolo di mediazione della depressione sull'associazione tra la perdita di peso e una migliore percezione della salute generale.

Per avere successo, un intervento sullo stile di vita di pazienti con obesità deve tener conto inoltre del punto di vista dei pazienti stessi. Da un'analisi dei trascritti narrativo-autobiografici di pazienti partecipanti al programma del C.U.R.I.A.Mo., Piana e colleghi (2013) hanno rilevato un aumento del senso di *self-efficacy* ed una riduzione della dipendenza dal cibo e dalle persone; è inoltre diminuita gradualmente la paura del cambiamento grazie ai risultati positivi che venivano sperimentati.

Le evidenze raccolte dagli studi sopracitati, condotti su pazienti con sovrappeso/obesità partecipanti ai programmi *lifestyle* sottolineano come queste problematiche siano legate all'adozione di uno stile di vita non salutare e quindi, quanto sia

importante intervenire in maniera globale sul benessere dell'individuo, senza focalizzarsi solo ed esclusivamente sulla questione del peso e della salute fisica.

Sperimentando uno stile di vita "alternativo" con benefici sulla propria salute (fisica e psicologica) l'individuo sarà motivato a mantenere uno stile di vita salutare anche dopo la fine del trattamento. Gli interventi *lifestyle* sono pertanto, per definizione, anche psicologici, nella misura in cui, come sostenuto anche da Cuzzolaro (2015), ogni cambiamento contiene un cambiamento psicologico.

Bibliografia

Allison D.B., Newcomer J.W., Dunn A.L., Blumenthal J.A., Fabricatore A.N., Daumit G.L., Cope M.B., Riley W.T., Vreeland B., Hibbdeln J.R., Alpert J.E. (2009), Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report, *Am J Prev Med*, 36, pp. 341-350.

Anderson K., Rieger E., Caterson I. (2006), A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects, *J Psychosom Res*, 60, pp. 245-252.

Atlantis E., Ball K. (2008), Association between weight perception and psychological distress, *Int J Obes,* 32, pp. 315-723.

Australian Bureau of Statistics (2008), 2007 national survey of mental health and wellbeing, in Statistics ABo (ed.), *Summary of results,* ABS, Canberra.

Beydoun M.A., Wang Y. (2010), Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among young US adults, *J Affect Disord,* 123, pp. 52-63.

Carpenter K.M., Hasin D.S., Allison D.B., Faith M.S. (2000), Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study, *Am J Public Health*, 90, pp. 251-257.

Chen E.Y., Bocchieri-Ricciardi L.E., Munoz D., Fischer S., Katterman S., Reohrig M., Dymek-Valentine M., Alverdy J.C., Le Grange D. (2007), Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma, *Obes Surg,* 17, pp. 669-671.

Chen Y., Jiang Y., Mao Y. (2009), Association between obesity and depression in Canadians, *J Womens Health (Larchmt)*, 18, pp. 1687-1692.

Cuzzolaro M. (2015), Lifestyle interventions and counselling (Comprehensive Lifestyle Intervention), in A. Lenzi, S. Migliaccio, L.M. Donini (a cura di), *Multidisciplinary approach to obesity: from assessment to treatment*, Springer Editions.

De Feo P., Fatone C., Burani P., Piana N., Pazzagli C., Battistini D., Capezzali D., Pippi R., Chipi B., Mazzeschi C. (2011), An innovative model for changing the lifestyles of persons with obesity and/or type 2 diabetes mellitus, *J Endocrinol Invest*, 34, pp. 349-354.

Desai R.A., Manley M., Desai M.M., Potenza M.N. (2009), Gender differences in the association between body mass index and psychopathology, *CNS Spectr*, 14, pp. 372-383.

Dixon J.B., Dixon M.E., O'Brien P.E. (2003), Depression in association with severe obesity: changes with weight loss, *Arch Intern Med*, 163, pp. 2058-2065.

Fabricatore A., Wadden T.A., Higginbotham A.J., Faulconbridge L.F., Nguyen A.M., Heymsfield S.B., Faith M.S. (2011), Intentional weight loss and changes in symptoms of depression: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Obesity,* 35, pp. 1363-1376.

Fassino S., Leombruni P., Piero A., Abbate-Daga G., Rovera G. (2003), Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder, *J Psychosom Res*, 54, pp. 559-566.

Fontaine K.R. (1999), Predicting treatment seeking for overweight, *J Nerv Ment Dis.*, 187, pp. 248-250.

Fontaine K.R., Barofsky I., Cheskin L.J. (1999), Predictors of quality of life for obese person, *J Nerv Ment Dis.*, 185, pp. 120-122.

Friedman D.E., Ashmore J.A., Applegate K.L. (2008), Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral evidence, *Med J Aust.*, 6, pp. S69-S74.

Friedman D.E., Brownell K. (1995), Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation, *Psychol Bull.*, 117, pp. 3-20.

Friedman K.E., Reichmann S.K., Costanzo P.R., Musante G.J. (2002), Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress, *Obes Res.*, 10, pp. 33-41.

Gavin A.R., Simon G.E., Ludman E.J. (2010), The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction, *J Psychosom Res*, 69, pp. 573-581.

Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 (2014), *The Lancet,* 384 (9945), pp. 166-781.

Heo M., Pietrobelli A., Fontaine K., Sirey J., Faith M. (2006), Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race, *Int J Obes*, 30, pp. 513-519.

Hrabosky J.I., Thomas J.J. (2008), Elucidating the relationship between obesity and depression: recommendation for future research, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, pp. 28-34.

Istvan J., Zavela K., Weidner G. (1992), Body weight and psychological distress, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 16, pp. 999-1003.

Jones-Corneille L.R., Wadden T.A., Sarwer D.B., Faulconbrige L.F., Fabricatore A.N., Stack R.M., Cottrel F.A., Pulcini M.E., Webb V.L., Williams N.N. (2012), Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews, *Obes Surg,* 22, pp. 389-397.

Jorm A.F., Korten A.E., Christensen H., Jacomb P.A., Rodgers B., Parslow R.A. (2003), Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey, *Aust N Z J Public Health*, 27, pp. 434-440.

Keddie A.M. (2011), Associations between severe obesity and depression: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006, *Prev Chronic Dis,* 8, pp. A57.

Konttinen H., Silventoinen K., Sarlio-Lahteenkorva S., Mannisto S., Haukkala A. (2010), Emotional eating and physical activity selfefficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators, *Am J Clin Nutr*, 92, pp. 1031-1039.

Ma J., Xiao L. (2010), Obesity and depression in US women: results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey, *Obesity,* 18, pp. 347-353.

Mazzeschi C., Piana N., Capezzali D., Mommi A., Aiello C., Gatti M., Romani G., Buratta L., Battistini D., Nasini G., Reginato E., Urbani L., Pazzagli C., Ferri C., Ambrosio G., De Feo P. (2014), The impact of strenuous group physical activity on mood states., personal views, body composition, and markers of myocardial damage in overweight/obese adults: the "Step-by-Step Italy's Coast to Coast" trek., *BioMed Research International*.

Mazzeschi C. (2013, novembre), Il peso psicologico della diabesità, relazione presentata al Convegno del CONI, Roma.

Mendlewicz J. (1998), The broad spectrum of comorbid depression: implications for treatment, *Eur Psychiatry*, 13, pp. 1-8.

Mond J.M., Rodgers B., Hay P.J., Darby A., Owen C., Baune B.T., Kennedy R.L. (2007), Obesity and impairment in psychosocial functioning in women: the mediating role of eating disorder features, *Obesity,* 15, pp. 2769-2779.

Musante G.J., Costanzo P.R., Friedman K.E. (1997), The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population: a matter of gender specificity, *Int J Eat Disord*, 23, pp. 65-75.

Onyike C.U., Crum R.M., Lee H.B., Lyketsos C.G., Eaton W.W. (2003), Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, *Am J Epidemiol,* 158, pp. 1139-1147.

Pazzagli C., Mazzeschi C., Laghezza L., Reboldi G.P., De Feo P. (2013), Effects of a multidisciplinary lifestyle intervention for obesity on mental and physical components of quality of life: the mediatory role of depression, *Psychol Rep.,* 112, pp. 33-46.

Piana N., Battistini D., Urbani L., Romani G., Fatone C., Pazzagli C., Laghezza L., Mazzeschi C., De Feo P. (2013), Multidisciplinary lifestyle intervention in the obese: Its impact on patients' perception of the disease, food and physical exercise, *Nutr Metab Cardiovasc Dis.*, 23, pp. 337-343.

Sarwer D.B., Wadden T.A., Moore R.H., Eisenberg M.H., Raper S.E., Williams N.N. (2010), Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery, *Surg Obes Relat Dis,* 6, pp. 608-614.

Scott K.A., McGee M.A., Wells J.E., Browne M.A.O. (2008), Obesity and mental disorders in the adult general population, *J Psychosom Res*, 64, pp. 97-105.

Siegel J.M., Yancey A.K., McCarthy W.J. (2000), Overweight and depressive symptoms among African-American women, *Prev Med,* 31, pp. 232-240.

Stunkard A.B., Wadden T.A. (1992), Psychological aspects of severe obesity, *Am J Clin Nutr*, 55, pp. 5245-5325.

Stunkard A.J., Fernstrom M.H., Price A., Frank E., Kupfer D.J. (1990), Direction of weight change in recurrent depression. Consistency across episodes, *Arch Gen Psychiatry,* 47, pp. 857-860.

Werrij M.Q., Mulkens S., Hospers H.J., Jansen A. (2006), Overweight and obesity: the significance of a depressed mood, *Patient Educ Couns,* 62, pp. 126-131.

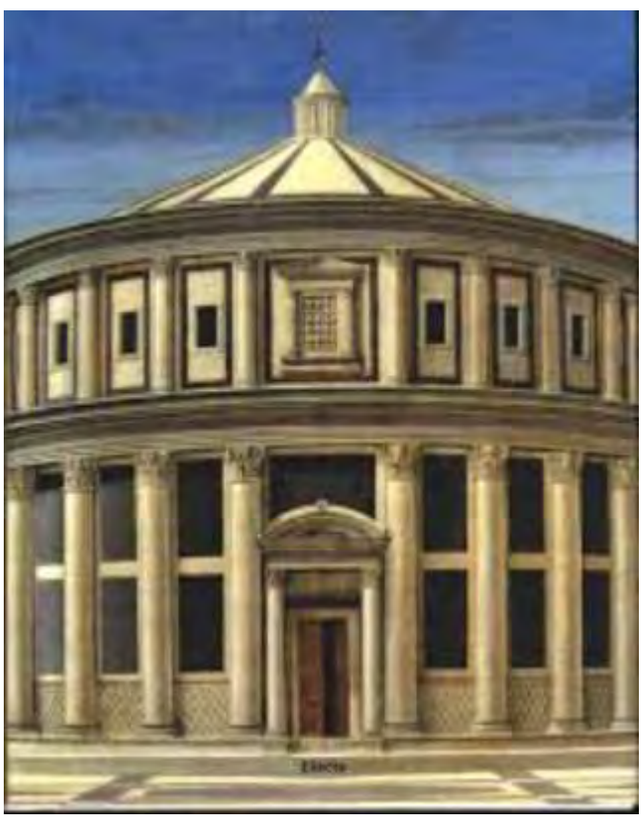
Wilfley D.E., Friedman M.A., Dounchis J.Z., Stein R.I., Welch R., Ball S.A. (2000), Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment, *J Consult Clin Psychol*, 68, pp. 641-649.

World Health Organization (2008), *The Global Burden of Disease: 2004 update.*

08.

L'IDENTITÀ PROFESSIONALE DELLO PSICOLOGO E IL CODICE DEONTOLOGICO

Mariano Pizzo
Psicologo-psicoterapeuta.
Coordinatore della Commissione Deontologica e della Colleganza dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria



La città ideale, da anobii.com

Cari colleghi, com'è noto, viviamo in una società in continua e rapida evoluzione, in cui influiscono profondamente la globalizzazione dei mercati e lo sviluppo tecnologico. All'interno di tale contesto si affermano stili di vita come il consumismo e l'individualismo, ed emergono nuovi bisogni che riguardano la salute dell'individuo e della comunità, in rapporto, per esempio, ai prodotti tecnologici, alla famiglia, alla scuola, all'identità di genere, alla salute mentale, ai servizi del benessere, all'apprendimento, al mondo del lavoro, alle organizzazioni, ecc.

Tale situazione ha creato un mercato del lavoro sempre più dinamico, mutevole ed esigente, in cui compaiono nuove figure professionali del benessere, come *counselor, coach,* mediatore familiare, che tendono a intercettare alcuni di questi nuovi bisogni. Tutto ciò invita noi psicologi a fare una rapida autocritica e a trovare le energie e le strategie necessarie per proporre sul mercato una figura professionale più forte, flessibile e competitiva, grazie anche a un'identità professionale più matura.

Il nostro Ordine professionale, in quest'ultimo periodo, sta svolgendo un ruolo di traino in questa direzione, attraverso una serie di iniziative che sono l'espressione della volontà di costruire un rapporto professionale più "adulto" all'interno della relazione con le altre parti sociali e politiche della nostra comunità (es. altre professioni, Governo, clienti, ecc.).

In particolare, la **Commissione Deontologica e della Colleganza** (già nel nome è ripreso il concetto di colleganza, cioè la parte del Codice Deontologico che fa riferimento al corretto rapporto fra colleghi), sta lavorando per migliorare il nostro rapporto, e fondarlo sempre più fortemente sul confronto, la stima e la fiducia reciproci, necessari per fare crescere quel senso di appartenenza e "del noi" ancora fragile.

Per raggiungere questo importante obiettivo bisogna incidere sulla nostra cultura professionale, intesa soprattutto come quell'insieme di valori, di modalità di relazione interna e esterna, di opinioni,

conoscenze e di modi di vedere la realtà, alla luce di un forte spirito di identificazione. Bisogna passare, quindi, da una cultura fragile, poco coesa, espressione di sottoculture (es. orientamenti psicologici, scuole di psicoterapia, campi di intervento, ecc.) a una cultura adattiva, con un'attenzione particolare ai nostri clienti, orientarci a sviluppare un forte senso etico, fondato su valori condivisi che influiscono sui nostri comportamenti e atteggiamenti, stabilendo degli standard riguardo a ciò che è considerato buono o cattivo nella condotta e nella presa di decisioni.

Lo strumento fondamentale che ci può consentire concretamente di raggiungere questo obiettivo è rappresentato dal nostro Codice Deontologico, considerato non solamente come l'insieme delle regole e delle sanzioni che disciplinano la nostra professione, ma soprattutto come la nostra "carta d'identità", lo strumento privilegiato che ci aiuta a crescere professionalmente e umanamente, espressione dei valori della nostra professione che tutti noi dovremmo incarnare nella nostra vita professionale e privata, come l'amore per se stessi e per gli altri, la solidarietà verso il prossimo, la giustizia, la dignità, lo spirito di collaborazione, di rispetto, di lealtà e di fiducia fra colleghi e verso i nostri clienti, e l'autonomia professionale.

In questa direzione sono state realizzate alcune iniziative da parte della Commissione, come la cerimonia di giuramento, l'incontro con gli studenti dell'Università di Perugia e il convegno ECM sulla deontologia.

Il nostro Ordine è stato il primo in Italia a istituire la cerimonia di giuramento, invitando i propri iscritti a leggere "L'impegno Solenne", una espressione rituale che fa riferimento al nostro Codice Deontologico e, in particolare, racchiude le quattro finalità che l'hanno ispirato: la tutela del cliente, la tutela del professionista nei confronti dei colleghi, la tutela del gruppo professionale e la responsabilità nei confronti della società. Esso rappresenta un passo in avanti verso una professione pienamente adulta, matura, in cui lo psicologo si impegna personalmente a condividere i nostri valori e rispettare la nostra deontologia. La prima cerimonia si è svolta a Perugia il 29 novembre 2014, presso la nuova sede dell'Ordine, alla presenza del Presidente Nazionale dell'Ordine Fulvio Giardina, oltre che, naturalmente, del nostro Presidente David Lazzari.

L'11 marzo del 2015, a Perugia, presso l'Università degli Studi, la Prof. ssa Claudia Mazzeschi ha invitato la Commissione a intrattenere gli studenti del Corso di Teorie e Tecniche in Psicodiagnosi sulla presentazione del nostro Codice Deontologico. In questa occasione si è avuta la possibilità di sensibilizzare i giovani studenti sull'origine e l'importanza fondamentale di questo strumento per la nostra crescita professionale, sulle sue finalità, gli imperativi, i valori, la sua composizione e il confronto con il meta codice di etica (Granada, luglio 2005) della Federazione Europea dell'Associazione di Psicologi.

Il 14 maggio 2015, presso la Sala Convegni del nostro Ordine, si è svolto il corso ECM dal titolo: "Il Codice Deontologico: carta d'identità dello psicologo e strumento utile per lo sviluppo della professione". Nostro ospite di riguardo è stata la dott.ssa Angela Maria Quaquero, Coordinatrice dell'Osservatorio Deontologico del CNOP e Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Sardegna, che ha approfondito il tema della privacy e del segreto d'ufficio nella nostra professione.

La strada per costruire un'identità professionale fondata su una cultura adattiva, **con particolare attenzione al cliente e al senso di appartenenza**, non è breve ed esistono anche degli ostacoli. Nel futuro bisognerà coinvolgere maggiormente gli organi preposti alla formazione (università, scuole di specializzazione, ecc.) e noi stessi, perché è nel nostro lavoro quotidiano la principale testimonianza e garanzia della nostra maturità professionale, fondata su una modalità di relazione con il cliente e su dei valori condivisi.

Bibliografia:

Calvi E., Gulotta G. (1999), *Il codice deontologico degli psicologi*, Giuffrè Editore, Milano.

Fabrizio Rizzi, a cura di (2010), *Inter – Nos*, Editrice Clinamen, Firenze.

09.

FREUD AI TEMPI DELL'I-PHONE "LA PRESENTAZIONE EFFICACE: ESSERE PSICOLOGI NEL TEMPO DEI SOCIAL"

Elena Arestia
Psicologa-psicoterapeuta

Ermes da goddessgift.net

Chissà se Freud, avendo un iPhone, avrebbe postato i suoi video su YouTube e chissà se Jung avrebbe risposto con un "mi piace".
L' uso sempre più frequente della rete, da parte dei cosiddetti "clienti", apre allo psicologo una nuova "piazza", inesistente ai tempi di Freud: quella del web e dell'uso professionale dei *social*.
Lo psicologo oggi, come molti altri professionisti, vive e subisce il cambiamento del mercato: occorre conoscere e acquisire nuove competenze per ampliare i confini dell'imprenditorialità e acquisire nuovi ambiti di lavoro.
Si tratta di veicolare una nuova immagine professionale: trasferire abilità, conoscenze ed esperienze all'esterno, senza perdere in termine di qualità e serietà.
Occorre conoscere i nuovi media, le loro regole, vantaggi e rischi del loro uso, per acquisire una competenza pratica, capace di coniugare la psicologia con lo *slang* e la rapidità dei *social.*
Occorre allo stesso tempo maturare una nuova consapevolezza, nell'importanza di acquisire una più profonda competenza nel processo di traduzione di contenuti e abilità, verso un mondo esterno che, continuamente, si evolve ed è sempre più bisognoso di professionalità con spessore e qualità.
Di questo e tanto altro si è parlato e fatta esperienza diretta in due corsi laboratoriali, tenutisi presso la sede dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria. Due corsi pensati per contribuire ad arricchire la formazione professionale ed offrire spunti di

riflessione circa nuove possibilità imprenditoriali. Conoscere il mercato odierno e i mezzi di accesso significa aprirsi a nuove forme di lavoro anche in tempi di crisi. Conoscere però spesso non significa saper usare con sapienza strumenti e mezzi moderni di comunicazione: il rischio è di compromettere l'immagine professionale con forte squalificazione sociale.

Il primo dei due corsi laboratoriali ha avuto come tema di approfondimento "Psicologi Social: scrivere, informare e condividere per farsi conoscere" ed è stato condotto dalla dott. ssa Federica Grandis, giornalista ed esperta in comunicazione e marketing.

Attraverso simulate e filmati gli psicologi sono stati condotti ad un uso consapevole della scrittura dal cartaceo al web: si sono scandagliati gli errori più frequenti che spesso si compiono, nel tentativo di promuovere se stessi e la propria professione.

Forse anche Freud, da buon scrittore, sapeva dell'importanza di una corretta conoscenza grammaticale della lingua ma, magari, poco si preoccupava di catturare l'attenzione dei clienti per fini di *business*. Il corso ha sapientemente illustrato il mondo del *writing marketing*, focalizzando l'attenzione sull'importanza nel saper strutturare testi promozionali, conoscendo tecniche e regole della comunicazione scritta. Sono stati forniti molti esempi di casi concreti di comunicazione efficace e inefficace, volgendo l'attenzione anche all'importante mondo della gestione dei rapporti con i media. Gli psicologi si sono calati per una mattinata in "addetti stampa", hanno "giocato" nel creare "il pezzo giusto" per lanciare la loro professione, si sono adoperati nel trovare i giusti agganci mediatici, facendo uso di un linguaggio snello ma rispettoso della qualifica professionale. Come a dire: per farsi conoscere scrivere correttamente un testo non basta, occorre sapere come arrivare al pubblico senza dimenticare la deontologia professionale.

Dalla stampa l'evoluzione al web: i corsisti si sono messi alla prova con le loro conoscenze di informatica e di lingua applicata al mondo del digitale. Nella seconda parte della mattinata infatti si è parlato di comunicazione, promozione e opportunità di business attraverso la rete. Interessanti e divertenti i video condivisi che hanno mostrato l'estrema rapidità di evoluzione nel mondo del digitale, invitando spesso i partecipanti a riflettere sull'importanza di aggiornarsi e saper usare i *social,* al di là delle mode, evitando sapientemente pericoli e rischi legati al loro utilizzo inconsapevole e superficiale.

La dott.ssa Grandis ha offerto interessanti spunti legati alla neuro psicologia, dimostrando concretamente come l'attenzione visiva di chi legge attraverso il web è molto diversa dall'attenzione di chi legge usando materiale cartaceo. Interessante rivedere a posteriori le pagine dei principali motori di ricerca e comprendere che alcune scelte operative (caratteri, colori, posizione del testo) apparentemente banali per i profani, in realtà nascondono accurate ricerche scientifiche convogliate nel mondo del marketing. Gli psicologi si sono quindi calati nella rete, approcciando con i principali *social*: dalla costruzione di una pagina professionale, all'uso di immagini e linguaggi pertinenti oltre che al digitale alla deontologia della professione.

L'altro corso laboratoriale è stato invece più calato al mondo del reale: il tema ha riguardato "la presentazione efficace: favorire il coinvolgimento dell'uditorio".

Corso tenuto in una giornata dal dott. Roberto Grandis, psicologo psicoterapeuta, psicologo del lavoro con esperienza di formazione in ambito aziendale e dal dott. Riccardo Liberati, regista teatrale, formatore in ambito aziendale, esperto in comunicazione.

L'obiettivo del corso è stato quello di offrire conoscenze e strumenti per migliorare le capacità comunicative, potersi esprimere efficacemente in una presentazione rafforzando la consapevolezza di sé e il coinvolgimento dell'uditorio.

In un progressivo percorso di attivazione e coinvolgimento personale i partecipanti hanno affrontato temi quali: il rapporto con l'uditorio e la costruzione della presentazione.

Gli psicologi si sono messi in gioco riflettendo sull'uso dello spazio, del ritmo, delle pause della parola e sul linguaggio del corpo. Gli esperti hanno sapientemente guidato i partecipanti in un tragitto di scoperta e analisi dei principali aspetti che favoriscono o, al contrario, ostacolano il rapporto con l'uditorio, mettendo a rischio l'obiettivo del comunicare.

Ampio spazio è stato dato al gioco tra partecipanti, al fine di riflettere su modalità personali di costruzione della comunicazione implicita ed esplicita. L'intento, al di là della pura auto-osservazione, è stato quello di conoscere e saper osservare l'implicito dell'altro per comprendere dai *feed-back*, non necessariamente verbali, come gestire e regolare le proprie presentazioni.

Il corso, oltre a prevedere una ricca parte laboratoriale e operativa, si è concentrato anche nel fornire conoscenze tecniche legate alla costruzione di una presentazione efficace.

Volendo veicolare una comunicazione in un contesto da uditorio, da dove partire? Come focalizzare l'attenzione su ciò che vogliamo dire? Basta essere motivati per rendere incisiva l'immagine del nostro lavoro? Gli esperti magistralmente e in modo divertente hanno condotto i partecipanti nella conoscenza di ciò che occorre sapere e saper fare per trasferire agli altri le nostre qualità migliori. Sapersi presentare e saper presentare il prodotto significa anche conoscere come costruire la comunicazione, dalle fasi iniziali al momento conclusivo, avendo parametri chiari per un inquadramento efficace dell'uditorio. Gli psicologi si sono allenati alle loro capacità di sintesi, cercando di cogliere i suggerimenti degli esperti e strutturare, in piccole simulate, momenti di presentazione di idee e servizi.

L'utilizzo degli spezzoni cinematografici è stato particolarmente apprezzato, mostrando in pieno l'importanza per i professionisti di acquisire abilità e capacità innovative per rendere incisiva l'immagine professionale e trasferire all'esterno competenza.

Sapersi distinguere nel mercato e saper ampliare i confini dell'imprenditorialità significa saper costruire canali comunicativi e relazionali efficaci.

Sicuramente Freud oggi avrebbe comprato l'iPhone e condiviso con il circolo psicoanalitico molti video di conferenze, avrebbe scritto articoli su Twitter e una pagina professionale su LinkedIn ma, sicuramente, ciò che avremmo più apprezzato sarebbero stati i suoi discorsi, costruiti per un uditorio attivo che va continuamente riconquistato, emozionato e via via educato ad argomenti e/o temi di alto spessore.

10.

LA PALPEBRA BIANCA DELLO SCHERMO[1]

Mauro Benedetti
Psicologo-psicoterapeuta con formazione psicoanalitica

Teatro Epidaurus, da kingsacademy.com

Un'acuta osservazione di Stricker ha attirato la nostra attenzione: "Ho paura dei ladri in un sogno. I ladri sono immaginari, ma la paura è reale". La nostra sensibilità ci dice che un affetto provato in un sogno non è da meno di uno provato con uguale intensità nella vita da svegli.
(S. Freud)

È triste rendersi conto che la vita somiglia al gioco degli scacchi, in cui a volte basta una mossa falsa per farci perdere la partita; e nella vita, non sempre possiamo contare su una rivincita.
(S. Freud)

Perché amiamo andare al cinema? Perché ci appassioniamo a storie inventate, spesso lontane dalla nostra vita quotidiana, stando seduti al buio e in silenzio guardando uno schermo? Perché chi si occupa di *psiche* mostra tanto interesse per il cinema? Interesse ampiamente ricambiato, sin dagli albori, dalla cosiddetta "settima arte"[2] e che negli ultimi decenni ha stimolato la nascita di festival, riviste, inserti culturali, ecc. dedicati a cinema e psicoanalisi.

A partire da tali quesiti, richiamando le considerazioni del padre della psicoanalisi riportate in esergo, Mauro Benedetti ha iniziato con una sua riflessione l'incontro "La proiezione dell'inconscio: Freud, Passioni segrete" che si è tenuto, lo scorso 27 giugno, presso la sede dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria.

L'evento è stato introdotto dalla vicepresidente Chiara Cottini e dal tesoriere Paola Angelucci ed ha costituito il primo passo della rassegna "Cinema e Psicologia"; rassegna che ha l'intento di arricchire la riflessione su tematiche psicologiche a partire da storie raccontate sul grande schermo. L'iniziativa, che si svilupperà nei mesi a seguire, è aperta al contributo dei colleghi interessati.

Il film "Freud, Passioni Segrete", proposto e presentato da Mauro Benedetti, ha dato il via alla rassegna. Il film, con la regia di John Huston, uscì negli USA nel 1962 con il titolo "Freud", rapidamente trasformato, per essere più allettante, in "Freud, passioni segrete". La prima sceneggiatura

[1] "E' sufficiente che la palpebra bianca dello schermo rifletta la luce che le è propria per far saltare l'intero universo" - Luis Buñuel.
[2] Già nel 1925 fu chiesto a Freud di partecipare come consulente scientifico alla sceneggiatura di un film ("I misteri dell'anima", Wilhelm Pabst, Germania, 1926).

è stata scritta da Jean-Paul Sartre, ed uno dei film più corretti nel rappresentare il lavoro di psicoterapeuta. La versione originale, curata personalmente dal regista, durava 165 minuti. La casa produttrice, la Universal, ridusse il film a 140 minuti, mentre la versione italiana e quella per il mercato europeo dura solo 120 minuti.

Purtroppo il film non ebbe molto successo, nonostante la struttura narrativa molto coinvolgente. O forse proprio per tale motivo: cinquant'anni fa non era facile parlare di temi delicati come la sessualità infantile, l'inconscio, la patologia mentale, ecc. – temi che ancor oggi destano turbamento e subiscono una rimozione collettiva. Pertanto questa opera cinematografica sembra essere rimasta in una zona d'ombra che l'ha resa poco conosciuta sia agli psicologi che ai cinefili.

Nel film si narra, in modo chiaro e corretto, della nascita della psicoanalisi, mettendo in evidenza il passaggio dall'ipnosi alla tecnica psicoanalitica e la scoperta dei desideri e dei conflitti inconsci. Nonostante il tema affrontato, la pellicola non è ascrivibile tra i *docu-film* ma piuttosto si può definire un *detective-story* in cui Freud, attraverso la parola e il pensiero, 'agisce' come un detective che porta avanti un'inchiesta sull'omicidio (simbolico) del padre, fino a giungere a svelare la verità: il complesso di Edipo.

Il dibattito al termine della proiezione, partecipato e ricco di interessanti contributi, ha concluso l'incontro.

11.

LA CORNICE UMBRA PER UN FESTIVAL DELLA PSICOLOGIA

Psicologia umbria FESTIVAL

Festival è una parola la cui etimologia rimanda al concetto di festa, di manifestazione popolare, di arte, cultura, folklore. Infatti "Psicologia Umbra Festival" si pone come obiettivo quello di esplorare la cultura delle scienze psicologiche per cogliere le prospettive che da queste si aprono nei diversi contesti dell'esistenza. Come la Psicologia può essere utile all'uomo di oggi e alla Comunità in cui vive e opera.

La prima edizione si svolge dal 7 al 10 ottobre in diverse città della regione, che verranno animate da un variegato programma con conferenze, proiezioni cinematografiche, proposte esperienziali ed eventi artistici, tenuti insieme da un tema di fondo che per quest'anno è "L'Io e il Noi". Queste due dimensioni, centrali nell'identità umana, necessitano di essere costantemente ridefinite e riattualizzate poiché, solo se in un rapporto dialogico e dinamico, permettono una crescita integrata e un equilibrio esistenziale. Nell'approfondire questi argomenti si vuol consentire l'accesso al grande pubblico, pur non rinunciando ad un sostanziale rigore scientifico. Il programma seguirà un percorso articolato su tre filoni principali, il primo riguarderà conferenze tenute da illustri relatori, il secondo riguarderà la proiezione di film, mentre l'ultimo riguarderà performance, ove arte e psicologia trovano un loro intreccio.

Il Festival prende avvio la sera del 7 ottobre con un'anteprima che si svolgerà a Orvieto, dove Maurizio Gasseau animerà una performance interattiva con il pubblico su "Il maschile e il femminile", con l'aiuto dell'autore e conduttore tv Guido Barlozzetti. L'apertura è affidata a Massimo Ammaniti che affronterà proprio il tema centrale del rapporto tra l'Io ed il Noi, il nuovo campo dell'intersoggettività (Perugia, 8 ottobre ore 17:30).

Il settore del Festival che si occupa di grandi aree tematiche si articola in una serie di appuntamenti: il tema dei giovani e della famiglia con Anna Oliverio Ferraris (Perugia, 9 ottobre ore 9:00), il rapporto tra cervello e mente con Alberto Oliverio (Foligno, 9 ottobre ore 16:00), quale psicologia per l'uomo di oggi con Umberto Galimberti (Terni, 9 ottobre ore 17:30), le tematiche della coppia e dell'amore con Umberta Telfener (Perugia, 9 ottobre ore 21:00), le nuove frontiere dell'interazione tra geni ed esperienze con Francesco Bottaccioli (Perugia, 10 ottobre ore 17:00), le tematiche dell'autismo con Maurizio Arduino (Foligno, 10 ottobre ore 17:00), il valore terapeutico del rapporto tra mente e cellule con Fabrizio Benedetti (Gubbio, 10 ottobre ore 17:00) e, infine, il

concetto di libertà e responsabilità alla luce delle neuroscienze con Gilberto Corbellini (Assisi, 10 ottobre ore 18:00). Quest'ultimo evento sarà accompagnato da un commento sonoro di Michele Mirabassi.

Sabato 10 alle ore 9:00 un momento di approfondimento e confronto a carattere più tecnico-scientifico (Terni, Sala Conferenze Azienda Ospedaliera), sul tema della dimensione psicologica nelle cure: come mente e comportamento possono aiutare la salute o favorire la malattia e come possono contribuire alla guarigione. Il tema sarà sviluppato da studiosi e ricercatori da diverse prospettive (psicologiche e biomediche) e verranno presentati i dati di una ricerca italiana su stress e cancro, nonché quelli sul fenomeno dell'obesità, in occasione della giornata nazionale "Obesity Day".

Ma la cultura non è solo scienza, è anche arte; e come l'arte aiuta a capire l'essere umano e la sua psiche. Dunque l'esperienza artistica non poteva mancare sullo sfondo degli scenari umbri che di arte e storia vivono e si alimentano.

Il percorso del Festival si snoda, perciò, anche attraverso momenti nei quali arte e psicologia si intrecciano.

Intanto la sezione "Psicologia e Cinema", che approfondirà e svilupperà i temi di due film: "Freud, passioni segrete" e "Will hunting, genio ribelle" in collaborazione con Claudia Mazzeschi e Mauro Benedetti (Perugia, 8 e 9 ottobre ore 9:30; Spoleto, 10 ottobre ore 9:00).

Inoltre la sezione spettacolo. Un dialogo tra musica e letture in "Risonanze psicologiche" con Marco Scolastra e Rita Reschiotto (Perugia, 8 ottobre ore 21:00). Una serata di danza e teatro (Terni, 10 ottobre ore 21:00) con il Gruppo Danza ADD Umbria ASD a cura di Luisa Contessa, "Rio Abajo Rio" E1 by Movart e Tania Giardina. A seguire una pièce teatrale che riguarda il dialogo tra Freud ed Einstein sul tema della violenza ("Warum Grieg?"), con Massimo Capuano e Chiara Meloni, da una idea di M. Benedetti.

In conclusione: 16 eventi nell'arco di quattro giornate in sette diverse località dell'Umbria, questi i numeri di Psicologia Umbria Festival.

A questo si aggiungono le decine di studi psicologici che dal 12 al 16 ottobre offriranno consulenze gratuite ai cittadini (Studi Aperti, per info: www.ordinepsicologiumbria.it).

Vi aspettiamo!

Il Presidente e il Consiglio
dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria

Psicologia Umbria Festival

L'IO E IL NOI

Mercoledi 7 ottobre

ore 17:30 ORVIETO - Sala del Governatore Palazzo dei Sette
Maurizio Gasseau con Guido Barlozzetti
"Il Maschile e il femminile"

Giovedì 8 ottobre

ore 09:30 PERUGIA - Università degli Studi Aula Magna, P.zza Ermini ***Cinema e Psicologia :"Freud, le passioni segrete"***

ore 17:30 PERUGIA - Sala dei Notari
Massimo Ammaniti ***"Dall'Io al senso del Noi"***

ore 21:00 PERUGIA - Sala dei Notari
Spettacolo ***"Risonanze psicologiche"***
con M. Scolastra e R. Reschiotto

Venerdì 9 ottobre

ore 09:00 PERUGIA - Centro Congressi Capitini
A. Oliverio Ferraris ***"Relazioni per crescere"***

ore 10:30 PERUGIA - Centro Congressi Capitini
Cinema e Psicologia : "Genio Ribelle"

ore 17:00 FOLIGNO - Sala Rossa Palazzo Trinci
Alberto Oliverio ***"Mente e cervello: come dialoga la strana coppia"***

ore 17:30 TERNI - BCT Biblioteca Comunale Terni
Umberto Galimberti con Riccardo Bettiga
"Una psicologia per l'uomo d'oggi, alla ricerca del senso"

ore 21:00 PERUGIA - Biblioteca Comunale San Matteo degli Armeni - A colloquio con Umberta Telfener su ***"Psiche e Amore: la manutenzione della coppia oggi"***

Psicologia Umbria Festival

L'IO E IL NOI

Sabato 10 ottobre

ore 09:00 TERNI - Sala Conferenze Azienda Ospedaliera
Convegno
"La dimensione psicologica nelle cure"
Fabrizio Benedetti, Francesca Cirulli,
Giuseppe Fatati, Fulvio Giardina, Patrizia Pugliese

ore 09:00 SPOLETO - Sala Frau
Cinema e Psicologia: "Freud, passioni segrete"

ore 17:00 PERUGIA - Biblioteca Comunale San Matteo
degli Armeni - Francesco Bottaccioli
"Psiche, comportamenti e geni:
un nuovo scenario"

ore 17:00 FOLIGNO - Sala del Comune "Fittaioli"
Maurizio Arduino ***"Il bambino che parlava con la luce: autismo e dintorni"***

ore 17:00 GUBBIO - "Sala Refettorio" Biblioteca Sperelliana
Fabrizio Benedetti ***"Viaggio tra mente e corpo: come le parole possono influenzare la biologia"***

ore 18:00 ASSISI - Sala della Conciliazione
A colloquio con Gilberto Corbellini su
"Libertà e responsabilità tra cervello e mente"
Commento sonoro di Michele Mirabassi

ore 21:00 TERNI - Auditorium di Palazzo Primavera
Spettacolo di percorsi artistici tra danza e teatro
"L'Io e il Noi"

LUNEDÌ 12 - VENERDÌ 16 OTTOBRE

Studi Aperti ***Gli Psicologi e Psicoterapeuti umbri aprono i loro studi per colloqui e consulenze gratuite***
Elenco degli studi: **www.ordinepsicologiumbria.it**

INFO: PSICOLOGIA UMBRIA FESTIVAL
INFO@ORDINEPSICOLOGIUMBRIA.IT

Con il Patrocinio

Regione Umbria

Psicologia umbria FESTIVAL

2015: L'IO E IL NOI

Perugia – Terni – Assisi – Foligno – Gubbio – Orvieto – Spoleto

7-16 ottobre 2015

Mercoledi 7 ottobre

ore 17.30 ORVIETO - Sala del Governatore Palazzo dei Sette
Maurizio Gasseau con Guido Barlozzetti
"Il Maschile e il femminile"

Giovedì 8 ottobre

ore 09.30 PERUGIA - Università degli Studi Aula Magna, P.zza Ermini ***Cinema e Psicologia :"Freud, le passioni segrete"***

ore 17.30 PERUGIA - Sala dei Notari
Massimo Ammaniti ***"Dall'Io al senso del Noi"***

ore 21.00 PERUGIA - Sala dei Notari
Spettacolo ***"Risonanze psicologiche"***
con M. Scolastra e R. Reschiotto

Venerdì 9 ottobre

ore 09.00 PERUGIA - Centro Congressi Capitini
A. Oliverio Ferraris ***"Relazioni per crescere"***

ore 10.30 PERUGIA - Centro Congressi Capitini
Cinema e Psicologia : "Genio Ribelle"

ore 17.00 FOLIGNO - Sala Rossa Palazzo Trinci
Alberto Oliverio ***"Mente e cervello: come dialoga la strana coppia"***

ore 17.30 TERNI - BCT Biblioteca Comunale Terni
Umberto Galimberti con Riccardo Bettiga
"Una psicologia per l'uomo d'oggi, alla ricerca del senso"

ore 21.00 PERUGIA - Biblioteca Comunale San Matteo degli Armeni - A colloquio con Umberta Telfener su ***"Psiche e Amore: la manutenzione della coppia oggi"***

Sabato 10 ottobre

ore 09.00 TERNI - Sala Conferenze Azienda Ospedaliera
Convegno
"La dimensione psicologica nelle cure"
Fabrizio Benedetti, Francesca Cirulli,
Giuseppe Fatati, Fulvio Giardina, Patrizia Pugliese

ore 09.00 SPOLETO - Sala Frau
Cinema e Psicologia: "Freud, passioni segrete"

ore 17.00 PERUGIA - Biblioteca Comunale San Matteo degli Armeni - Francesco Bottaccioli
"Psiche, comportamenti e geni: un nuovo scenario"

ore 17.00 FOLIGNO - Sala del Comune "Fittaioli"
Maurizio Arduino ***"Il bambino che parlava con la luce: autismo e dintorni"***

ore 17.00 GUBBIO - "Sala Refettorio" Biblioteca Sperelliana
Fabrizio Benedetti ***"Viaggio tra mente e corpo: come le parole possono influenzare la biologia"***

ore 18.00 ASSISI - Sala della Conciliazione
A colloquio con Gilberto Corbellini su
"Libertà e responsabilità tra cervello e mente"
Commento sonoro di Michele Mirabassi

ore 21.00 TERNI - Auditorium di Palazzo Primavera
Spettacolo di percorsi artistici tra danza e teatro
"L'Io e il Noi"

Lunedì 12 - Venerdì 16 ottobre

Studi Aperti ***Gli Psicologi e Psicoterapeuti umbri aprono i loro studi per colloqui e consulenze gratuite***
Elenco degli studi: **www.ordinepsicologiumbria.it**

Info: Psicologia Umbria Festival
info@ordinepsicologiumbria.it

Patrocini e Collaborazioni

Massimo Ammanniti

Professore Onorario alla "Sapienza" Università di Roma, Psicoanalista SPI, autore di numerosi saggi, ha pubblicato di recente "Noi perché due sono meglio di uno" (Editore il Mulino 2015), "La nascita dell'intersoggettività" (coautore Vittorio Gallese) Cortina Editore 2014, "La famiglia adolescente"

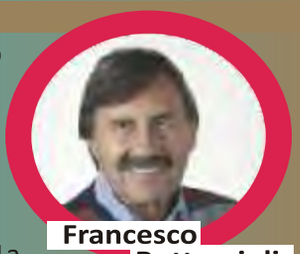
La terza, di prossima uscita.

Maurizio Arduino

Responsabile del Centro Autismo e Sindrome di Asperger presso l'ospedale di Mondovì (Cuneo). E' stato componente del Tavolo Nazionale per l'Autismo presso il Ministero della salute e coordina il programma regionale per l'autismo del Piemonte. Docente presso lo IUS-TO Rebaudengo Università Pontificia Salesiana di Torino. E' condirettore della Rivista Autismo e disturbi dello sviluppo, (Ed. Erickson).

Fabrizio Benedetti

Dirige l'ICTH Hypoxia Center di Plateau Rosà (Switzerland), è Professore Ordinario all'Università di Torino e insegna all'Ist. Nazionale di Neuroscienze, Senior Advisor & Consultant alla Harvard University, Cambridge (USA). Riferimento internazionale negli studi sull'effetto placebo ha pubblicato più di recente "Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente" (Fioriti 2012) e "Effetto placebo: breve viaggio tra mente e corpo" (Carocci 2012).



Francesco Bottaccioli

Fondatore e presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, disciplina che insegna nella formazione universitaria post-laurea, tra cui il Master in "PNEI e scienza della cura integrata" Università dell' Aquila. Ha pubblicato numerosi libri, di cui alcuni tradotti all'estero. Gli ultimi pubblicati sono: "Epigenetica e PNEI" (Edra 2014), "La saggezza del secondo cervello" II ed. (Tecniche Nuove).

Gilberto Corbellini

Professore ordinario di storia della medicina e bioetica alla Sapienza Università di Roma, dove dirige il Museo di storia della medicina. Collabora con il supplemento domenicale del Sole24Ore e ha recentemente pubblicato "Tutta colpa del cervello. Introduzione alla neuroetica (con Elisabetta Sirgiovanni, Milano, 2013); "Storia e teorie della salute e delle malattie" (Roma, 2014) e "Imperfezioni umane" (con Luca Pani, Soveria Mannelli, 2015).

Anna Olivierio Ferraris

Docente all'Università "La Sapienza" di Roma. E' autrice di saggi, articoli scientifici e testi scolatici in cui affronta i temi dello sviluppo normale e patologico, dell'educazione, della famiglia, della scuola, della comunicazione e del rapporto con i media. E' stata membro della Consulta Qualità della Rai e del Comitato Nazionale per la Bioetica. Dirige la rivista bimestrale degli psicologi italiani "Psicologia contemporanea". Autrice di moltissime pubblicazioni, tra le quali "Conta su di me. Relazioni per crescere". (Giunti 2013).

Umberto Galimberti

È stato professore ordinario all'Università di Venezia. E' collaborare fisso de La Repubblica. Autore di numerose pubblicazioni tradotte in varie lingue, tra le quali ricordiamo: "Il corpo" (1983), "Psiche e techne". "L'uomo nell'età della tecnica" (1999), "Le cose dell'amore" (2004), "I miti del nostro tempo" (2009), "Cristianesimo", "La religione dal cielo vuoto" (2012), "Dizionario di psicologia" (Utet, 1992 e Garzanti 1999). È in corso di ripubblicazione nell'Universale Economica Feltrinelli l'intera sua opera.

Maurizio Gasseau

Docente all'Università della Valle d'Aosta, Visiting professor all'Università di Innsbruck – Austria, è cofondatore della teoria dello psicodramma junghiano. Ha promosso l'Associazione Mediterranea di Psicodramma, di cui è presidente, con l'obiettivo di studiare le rappresentazioni inconsce delle culture del mediterraneo ed elaborare i conflitti interculturali. Autore di oltre ottanta pubblicazioni, tra le quali Il sogno. "Dalla psicologia analitica allo psicodramma junghiano" in collaborazione con R. Bernardini.

Alberto Oliverio

Ha lavorato in diversi centri di ricerca tra cui il Karolinska Institutet di Stoccolma, l'Università di California e il Jackson Laboratory nel Maine. Ha diretto l'Istituto di Psicobiologia e Psicofarmacologia del CNR ed è professore emerito nell'Università di Roma "La Sapienza". Tra le sue ultime pubblicazioni: "Geografia della mente" (Raffaello Cortina 2008), "La vita nascosta del cervello" (Giunti 2009), "Cervello" (Bollati-Boringhieri 2012), "Immaginazione e memoria" (Mondadori Università, 2013), con Anna Oliverio Ferraris Più forti delle avversità, (Bollati Boringhieri 2014).

Umberta Telfener

Insegna alla Scuola di Specializzazione in psicologia della salute dell'Università La Sapienza di Roma. Tiene un blog sulle forme dell'amore su "Io donna" il quotidiano online del Corriere della Sera. Ha pubblicato di recente "Le forme dell'addio. Effetti collaterali dell'amore" (Castelvecchi 2014) e "La manutenzione dell'amore" (Castelvecchi 2015).

Pubblicazione a carattere scientifico e informativo dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria

Anno 1 - n. 1, ottobre 2015

Autorizzazione del Tribunale di Perugia
n. 6 del 16/07/2015

Consiglio dell'Ordine
David Lazzari - Presidente
Chiara Cottini - Vice Presidente
Marina Brinchi - Segretario
Paola Angelucci - Tesoriere
Elena Arestia - Consigliere
Graziana Bambini - Consigliere
Simone Casucci - Consigliere
Franco Cocchi - Consigliere
Michele Margheriti - Consigliere
Antonella Micheletti - Consigliere
Mariano Pizzo - Consigliere

Direttore responsabile
Roberta Deciantis

Coordinamento Editoriale
Rosella De Leonibus

Redazione
Michele Bianchi
Daniele Diotallevi
Mara Eleuteri
Marta Franci
Maria Lo Bianco

Segreteria
Raffaela Antonietti

Per l'invio di contributi e per le norme redazionali rivolgersi alla Redazione via e-mail all'indirizzo lamentechecura@ordinepsicologiumbria.it

Recapiti Ordine degli Psicologi dell'Umbria
Via Alessandro Manzoni 82
06135 Perugia
075 5058048
info@ordinepsicologiumbria.it

Stampa
Tipolitografia Morphema

MORPHEMA EDITRICE

La casa editrice garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne la rettifica o la cancellazione previa comunicazione alla medesima. Le informazioni custodite dalla casa editrice verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati nuove proposte (L. 675/96).

la mente che cura

Organigramma Ordine

Presidente
David Lazzari

Vicepresidente
Chiara Cottini

Segretario
Marina Brinchi

Tesoriere
Paola Angelucci

Consiglieri
Elena Arestia
Graziana Bambini
Simone Casucci
Franco Cocchi
Michele Margheriti
Antonella Micheletti
Mariano Pizzo

Consulta dei giovani psicologi
Roberto Ausilio
Valentina Bellini
Michele Bianchi
Federica Bicchielli
Beatrice Billeri
Silvia Bonci
Chiara Brunetti
Pietro Bussotti
Lucia Cecci
Valeria Di Loreto
Daniele Diotallevi
Mara Eleuteri
Marta Franci
Michela Francioli
Lucia Gambacorta
Silvia Leonardelli
Maria Lo Bianco
Anna Maria Manili
Elisa Marceddu
Sara Meloni
Silvia Menichini
Ilaria Milletti
Cecilia Monacelli
Martina Pigliautile
Andrea Settimi

Commissioni
Deontologia e sviluppo della Colleganza
Coordinatore Mariano Pizzo
Tutela della Professione, Pubblicità, Patrocini e accertamenti linguistici
Coordinatrice Graziana Bambini
Promozione della Professione
Coordinatrice Elena Arestia
Comunicazione
Coordinatore Michele Margheriti

Gruppi di lavoro attivi
Sanità
Coordinatrice Antonella Micheletti
Lavoro ed organizzazioni
Coordinatore Simone Casucci
Psicologia dell'Emergenza
Coordinatore Mariano Pizzo
Psicologia Giuridica
Coordinatore David Lazzari
Psicologia Scolastica
Coordinatrice Elena Arestia
Promozione della Salute e benessere
Coordinatrice Chiara Cottini
Disagio Psicosociale
Coordinatrice Antonella Micheletti
Professionalità ed ambiti di intervento del Neuropsicologo in Umbria
Coordinatore Michele Margheriti

ΓΝΩΘΙΣΑΥΤΟΝ

IMPEGNO SOLENNE DELLO PSICOLOGO

Mi impegno al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani ed in particolare considero mio dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità.

In ogni ambito professionale opererò per migliorare la capacità delle persone di comprendere
se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace.

Sono consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, potrò intervenire significativamente nella vita degli altri, pertanto presterò particolare attenzione al fine
di evitare l'uso non appropriato della mia influenza.

Nell'esercizio della professione rispetterò la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle mie prestazioni; ne rispetterò opinioni e credenze, astenendomi dall'imporre il mio sistema di valori; non opererò discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale,
stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità.

Mi impegno a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali opererò;
a salvaguardare la mia autonomia professionale; a tutelare la professione, anche
da situazioni di esercizio abusivo; ad uniformare la mia condotta professionale
ai principi del decoro e della dignità; a tenere con i Colleghi rapporti ispirati
al principio del rispetto reciproco, della lealtà e della colleganza.