





Ronald J. Comer

PSICOLOGIA CLINICA

A cura di
Antonella Granieri, Francesco Rovetto





www.utetuniversita.it

Proprietà letteraria riservata

First published in the United States by WORTH PUBLISHERS, New York

© 2011 WORTH PUBLISHERS, All rights reserved.

Pubblicato per la prima volta negli Stati Uniti da WORTH PUBLISHERS, New York

© 2011 WORTH PUBLISHERS, tutti i diritti riservati.

© 2013 De Agostini Scuola SpA – Novara

1ª edizione: Gennaio 2013

Printed in Italy

Titolo originale: *Fundamentals of Abnormal Psychology*, VI edizione

Traduzione di Nicolina Pomilio, Paola Vitale

Tutti i diritti riservati. Nessuna parte del materiale protetto da questo copyright potrà essere riprodotta in alcuna forma senza l'autorizzazione scritta dell'Editore.

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni ad uso differente da quello personale potranno avvenire, per un numero di pagine non superiore al 15% del presente volume/fascicolo, solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano – e-mail: autorizzazioni@clearedi.org

Stampa: Grafiche Battaia – Zibido San Giacomo (Mi)

Ristampe:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Anno:	2013	2014	2015	2016	2017					

INDICE

GUIDA ALLA LETTURA	X	2.2 Il modello psicomodinamico	32
L'EDITORE RINGRAZIA	XII	2.2.1 Come veniva spiegato il funzionamento normale e anormale da Freud?	33
PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA	XIII	2.2.2 Premessa epistemologica	33
		2.2.3 Cenni sulle ipotesi teoriche psicoanalitiche	33
PREFAZIONE	3	2.2.4 I meccanismi di difesa	37
		2.2.5 Gli aspetti adattivi dell'lo	39
CAPITOLO 1		2.2.6 Fasi dello sviluppo genetico delle pulsioni	39
PROSPETTIVE		2.2.7 Contributi dell'innovazione freudiana	40
EPISTEMOLOGICHE IN		2.2.8 La teoria delle relazioni oggettuali	40
PSICOLOGIA CLINICA	9	2.2.9 I meccanismi di difesa principali secondo la teorizzazione della Klein della scuola della relazioni oggettuali	43
1.1 Ragioni e necessità di un punto di vista epistemologico	9	2.2.10 Cenni sulla psicoanalisi degli Indipendenti Britannici	43
1.2 Cenni storici ed epistemologici	10	2.3 Il modello comportamentista	45
1.3 Il dibattito epistemologico moderno e contemporaneo: dal Positivismo alla crisi dell'utopia scienista	13	2.3.1 Come spiegano il funzionamento anormale i comportamentisti?	45
1.4 Dai criteri di protocollarità all'istituzione dell'oggettività	14	2.3.2 Terapie comportamentali	46
1.5 Evoluzione della disciplina e prospettive teoriche attuali	17	2.3.3 Valutare il modello comportamentista	47
Riflessioni critiche	23	2.4 Il modello cognitivo	48
Parole chiave	23	2.4.1 Come spiegano il funzionamento patologico i teorici cognitivi?	48
Domande di riepilogo	23	2.4.2 Terapie cognitive	48
		2.4.3 Valutare il modello cognitivo	49
CAPITOLO 2		2.5 Il modello umanistico-esistenziale	50
MODELLI DI ANORMALITÀ	25	2.5.1 Teoria e terapia umanistica di Rogers	51
2.1 Il modello biologico	26	2.5.2 Teoria e terapia della Gestalt	52
2.1.1 Come spiegano il comportamento anormale i biologi teorici?	26	2.5.3 Visioni e interventi di tipo spirituale	52
2.1.2 Trattamenti biologici	29	2.5.4 Teorie e terapia esistenziali	53
2.1.3 Valutare il modello biologico, ovvero orientarsi nella relazione mente-cervello	31	2.5.5 Valutare il modello umanistico-esistenziale	53
2.1.4 Un campo di frontiera	32	2.6 Il modello socioculturale: prospettive sociofamiliari e multiculturali	54
		2.6.1 Come spiegano il funzionamento anormale i teorici sociofamiliari?	54

2.6.2	Trattamenti sociofamiliari	55	4.3.2	Prospettiva cognitiva	114
2.6.3	Come spiegano il funzionamento anormale i teorici multiculturali?	59	4.4 Disturbo ossessivo-compulsivo		116
2.6.4	Trattamenti multiculturali	60	4.4.1	Quali sono le caratteristiche delle ossessioni e delle compulsioni?	117
2.6.5	Valutare il modello socioculturale	61	4.4.2	La prospettiva psicodinamica	118
	Riflessioni critiche	61	4.4.3	Prospettiva comportamentale	121
	Parole chiave	62	4.4.4	Prospettiva cognitiva	122
	Domande di riepilogo	62	4.4.5	Prospettiva biologica	123
 			4.5 I cambiamenti proposti nel DSM-5		125
CAPITOLO 3			Riflessioni critiche		126
VALUTAZIONE CLINICA			Parole chiave		126
E DIAGNOSI			Domande di riepilogo		127
3.1	La valutazione clinica: come e perché una persona si comporta in modo anormale?	63	 		
3.1.1	Caratteristiche degli strumenti di valutazione	64	CAPITOLO 5		
3.1.2	Colloqui clinici	64	DISTURBI DA STRESS		
3.2	Test clinici	66	5.1	Stress e stimolo: la risposta «fight or flight»	130
3.2.1	Test proiettivi	66	5.2	Disturbi da stress psicologico: disturbo da stress acuto e post-traumatico	133
3.2.2	Inventari di personalità	71	5.2.1	Da cosa è provocato un disturbo da stress psicologico?	134
3.2.3	Inventari di reazione/Reattivi mentali	80	5.2.2	Perché si sviluppa un disturbo da stress psicologico?	138
3.2.4	Test psicofisiologici	80	5.2.3	Come viene trattato dal punto di vista clinico un disturbo da stress psicologico?	140
3.2.5	Metodiche neurologiche e test neuropsicologici	81	5.3	Il disturbo da stress fisico: disturbi psicofisiologici	144
3.2.6	Test di intelligenza	83	5.3.1	Disturbi psicofisiologici tradizionali	144
3.3	Diagnosi: la sindrome del soggetto corrisponde a un disturbo conosciuto?	83	5.3.2	Nuovi disturbi psicofisiologici	148
3.3.1	Sistemi di classificazione	83	5.3.3	Treatamenti psicologici per disturbi fisici	151
3.3.2	DSM-IV-TR	84	5.4	I cambiamenti proposti nel DSM-5	154
3.3.3	Il DSM-IV-TR è un sistema di classificazione efficace?	86	Riflessioni critiche		155
3.3.4	Diagnosi ed etichette possono essere dannose?	88	Parole chiave		155
	Riflessioni critiche	89	Domande di riepilogo		156
	Parole chiave	89	 		
	Domande di riepilogo	89	CAPITOLO 6		
 			DISTURBI SOMATOFORMI		
 			E DISSOCIATIVI		
CAPITOLO 4			6.1	Disturbi somatoformi	158
DISTURBI D'ANSIA			6.1.1	Quali sono i disturbi somatoformi di tipo isterico?	158
4.1	Disturbo d'ansia generalizzato	92	6.1.2	Quali sono i disturbi somatoformi da preoccupazione?	162
4.1.1	Prospettiva socioculturale: fattori sociali e multiculturali	93	6.1.3	Quali sono le cause dei disturbi somatoformi?	163
4.1.2	Prospettiva psicodinamica	94	6.1.4	Come vengono curati i disturbi somatoformi?	167
4.1.3	Prospettiva umanistica	95	 		
4.1.4	Prospettiva cognitiva	96	 		
4.1.5	Prospettiva biologica	100	 		
4.2	Fobie	103	 		
4.2.1	Fobie specifiche	103	 		
4.2.2	Fobie sociali	104	 		
4.2.3	Da cosa sono causate le fobie?	105	 		
4.2.4	Come vengono trattate le fobie?	107	 		
4.3	Disturbo di panico	111	 		
4.3.1	Prospettiva biologica	112	 		

6.2 Disturbi dissociativi	168	8.2.3 Uso di alcol e di altre droghe	225
6.2.1 Amnesia dissociativa	169	8.2.4 Disturbi mentali	225
6.2.2 Fuga dissociativa	172	8.2.5 Modellamento: il contagio del suicidio	226
6.2.3 Disturbo dissociativo dell'identità (Disturbo da personalità multipla)	173	8.2.6 Collaboratori e colleghi	228
6.2.4 Disturbo di depersonalizzazione	176	8.3 Quali sono le cause sottostanti al suicidio?	229
6.2.5 Come vengono spiegati dai teorici i disturbi dissociativi?	177	8.3.1 La visione psicodinamica	229
6.2.6 Come vengono curati i disturbi dissociativi?	181	8.3.2 La visione socioculturale di Durkheim	230
6.3 I cambiamenti proposti nel DSM-5	183	8.3.3 La visione biologica	231
Riflessioni critiche	184	8.4 Il suicidio è connesso all'età?	232
Parole chiave	184	8.4.1 Ragazzini	232
Domande di riepilogo	184	8.4.2 Adolescenti	233
		8.4.3 Anziani	235
		8.5 Cure e suicidio	237
		8.5.1 Quali cure sono utilizzate dopo i tentativi di suicidio?	237
		8.5.2 Cos'è la prevenzione del suicidio?	238
		8.5.3 I programmi di prevenzione del suicidio sono efficaci?	239
		Riflessioni critiche	240
		Parole chiave	241
		Domande di riepilogo	241
CAPITOLO 7			
DISTURBI DELL'UMORE	185		
7.1 Depressione Unipolare	186		
7.1.1 Quanto è diffusa la Depressione Unipolare?	186		
7.1.2 Quali sono i sintomi della Depressione?	186		
7.1.3 Diagnosi della Depressione Unipolare (Episodio Depressivo Maggiore)	188		
7.1.4 Stress e Depressione Unipolare	189		
7.1.5 Il modello biologico della Depressione Unipolare	189		
7.1.6 Modelli psicologici della Depressione Unipolare	196		
7.1.7 Il modello socioculturale della Depressione Unipolare	204		
7.2 Disturbi bipolari	209		
7.2.1 Quali sono i sintomi dello stato maniacale?	210		
7.2.2 Diagnosi dei disturbi bipolari	210		
7.2.3 Da cosa sono causati i disturbi bipolari?	211		
7.2.4 Quali sono i trattamenti per i Disturbi Bipolari?	212		
7.3 I cambiamenti proposti nel DSM-5	215		
Riflessioni critiche	216		
Parole chiave	216		
Domande di riepilogo	216		
CAPITOLO 8			
SUICIDIO	217		
8.1 Cos'è il suicidio?	218		
8.1.1 Come viene studiato il suicidio?	220		
8.1.2 Modelli e statistiche	222		
8.2 Cosa spinge al suicidio?	224		
8.2.1 Eventi e situazioni stressanti	224		
8.2.2 Cambiamenti di umore e di pensiero	225		
		9.1 Anoressia Nervosa (AN)	244
		9.1.1 Quadro clinico	244
		9.1.2 Problemi medici	246
		9.2 Bulimia Nervosa (BN)	246
		9.2.1 Abbuffate	248
		9.2.2 Comportamenti compensatori	248
		9.2.3 Bulimia nervosa e anoressia nervosa	249
		9.3 Quali sono le cause dei disturbi dell'alimentazione?	250
		9.3.1 Fattori psicodinamici	250
		9.3.2 Fattori cognitivi	252
		9.3.3 Disturbi dell'umore	253
		9.3.4 Fattori biologici	253
		9.3.5 Pressioni sociali	256
		9.3.6 Ambiente familiare	257
		9.3.7 Fattori multiculturali: differenze razziali ed etniche	257
		9.3.8 Fattori multiculturali: differenze di genere	259
		9.4 Come vengono trattati i disturbi dell'alimentazione?	260
		9.4.1 Trattamenti per l'anoressia nervosa	260
		9.4.2 Trattamenti per la bulimia nervosa	264
		9.4.3 Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED, Binge Eating Disorder)	266

9.5 I cambiamenti proposti nel DSM-5	267	11.3.1 Quali sono gli aspetti caratterizzanti della terapia sessuale?	315
Riflessioni critiche	268	11.3.2 Quali tecniche vengono applicate alle singole disfunzioni?	317
Parole chiave	268	11.3.3 Quali sono le tendenze attuali nella terapia sessuale?	319
Domande di riepilogo	268	11.4 Parafilie	320
CAPITOLO 10		11.4.1 Approccio psicodinamico	321
DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE	269	11.4.2 Feticismo	322
10.1 Sostanze depressive	271	11.4.3 Feticismo di travestimento	323
10.1.1 Alcol	272	11.4.4 Esibizionismo	324
10.1.2 Farmaci sedativo-ipnotici	275	11.4.5 Voyeurismo	324
10.1.3 Oppiacei	276	11.4.6 Frotteurismo	325
10.2 Stimolanti	278	11.4.7 Pedofilia	325
10.2.1 Cocaina	279	11.4.8 Masochismo sessuale	327
10.2.2 Amfetamine	281	11.4.9 Sadismo sessuale	328
10.3 Allucinogeni, cannabis e combinazioni di sostanze	282	11.4.10 Un invito alla cautela	329
10.3.1 Allucinogeni	284	11.5 Disturbo dell'identità di genere	330
10.3.2 Cannabis	285	11.5.1 Spiegazioni del disturbo dell'identità di genere	331
10.3.3 Combinazioni di sostanze	287	11.5.2 Trattamenti del disturbo dell'identità di genere	331
10.4 Da cosa sono provocati i disturbi correlati a sostanze?	288	11.6 I cambiamenti proposti nel DSM-5	334
10.4.1 Ipotesi socioculturali	288	Riflessioni critiche	335
10.4.2 Ipotesi psicodinamiche	289	Parole chiave	335
10.4.3 Ipotesi cognitivo-comportamentali	290	Domande di riepilogo	336
10.4.4 Ipotesi biologiche	290	CAPITOLO 12	
10.5 Come vengono trattati i disturbi correlati a sostanze?	292	SCHIZOFRENIA	337
10.5.1 Terapie psicodinamiche	292	12.1 Il quadro clinico della schizofrenia	338
10.5.2 Terapie comportamentali	292	12.1.1 Quali sono i sintomi della schizofrenia?	338
10.5.3 Terapie cognitivo-comportamentali	294	12.1.2 Qual è il decorso della schizofrenia?	342
10.5.4 Trattamenti biologici	294	12.1.3 La diagnosi della schizofrenia	342
10.5.5 Terapie socioculturali	296	12.2 Quali sono le spiegazioni teoriche della schizofrenia?	343
10.6 I cambiamenti proposti nel DSM-5	297	12.2.1 Ipotesi biologiche	343
Riflessioni critiche	298	12.2.2 Ipotesi psicologiche	349
Parole chiave	299	12.2.3 Ipotesi socioculturali	351
Domande di riepilogo	299	12.3 Quali sono i trattamenti per la schizofrenia e per altri gravi disturbi mentali?	353
CAPITOLO 11		12.3.1 La cura istituzionale nel passato	354
DISTURBI SESSUALI E DISTURBI DELLA IDENTITÀ DI GENERE	301	12.3.2 Miglioramenti nella terapia istituzionale	355
11.1 Approccio psicodinamico	301	12.3.3 Farmaci antipsicotici	357
11.2 Disfunzioni sessuali	303	12.3.4 Psicoterapia	359
11.2.1 Disturbi del desiderio sessuale	304	12.3.5 L'approccio di comunità	362
11.2.2 Disturbi dell'eccitazione sessuale	307	12.4 I cambiamenti proposti nel DSM-5	367
11.2.3 Disturbi dell'orgasmo	310	Riflessioni critiche	367
11.2.4 Disturbi da dolore sessuale	313	Parole chiave	368
11.3 Trattamenti delle disfunzioni sessuali	315	Domande di riepilogo	368

CAPITOLO 13			
DISTURBI DI PERSONALITÀ	369		
13.1 Disturbi di personalità «bizzarra»	370		
13.1.1 Disturbo paranoide di personalità	371		
13.1.2 Disturbo schizoide di personalità	373		
13.2 Disturbi di personalità «drammatica»	377		
13.2.1 Disturbo antisociale di personalità	377		
13.2.2 Disturbo borderline di personalità	382		
13.2.3 Disturbo istrionico di personalità	386		
13.2.4 Disturbo narcisistico di personalità	388		
13.3 Disturbi di personalità «ansiosa»	391		
13.3.1 Disturbo evitante di personalità	391		
13.3.2 Disturbo dipendente di personalità	393		
13.3.3 Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità	395		
13.4 Fattori multiculturali: il disinteresse della ricerca	397		
13.5 Esistono sistemi di classificazione migliori per i disturbi di personalità?	398		
13.5.1 Teoria dei disturbi di personalità e modello dei «big five»	399		
13.5.2 Approcci dimensionali alternativi	400		
13.6 I cambiamenti proposti nel DSM-5	400		
Riflessioni critiche	401		
Parole chiave	401		
Domande di riepilogo	402		
CAPITOLO 14			
DISTURBI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	403		
14.1 Infanzia e adolescenza	404		
14.2 Disturbi d'ansia infantile	404		
14.2.1 Disturbo d'ansia di separazione	405		
14.2.2 Trattamenti dei disturbi d'ansia infantile	406		
14.3 Disturbi dell'umore infantili	407		
14.3.1 Disturbo depressivo maggiore	407		
14.3.2 Disturbo bipolare	408		
14.4 Disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo di condotta	409		
14.4.1 Quali sono le cause del disturbo della condotta?	410		
14.4.2 Come viene trattato il disturbo della condotta?	411		
14.5 Disturbo da deficit di attenzione / iperattività	413		
14.5.1 Quali sono le cause dell'ADHD?	414		
14.5.2 Come viene trattato il disturbo da deficit di attenzione/iperattività?	415		
14.5.3 Fattori multiculturali e ADHD	416		
14.6 Disturbi dell'evacuazione	416		
14.6.1 Enuresi	418		
14.6.2 Encopresi	419		
14.7 Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia	419		
14.7.1 Disturbi pervasivi dello sviluppo	419		
14.7.2 Ritardo mentale	427		
14.8 I cambiamenti proposti nel DSM-5	435		
Riflessioni critiche	436		
Parole chiave	437		
Domande di riepilogo	437		
CAPITOLO 15			
DISTURBI DELL'INVECCHIAMENTO E COGNITIVI	439		
15.1 Età avanzata e stress	441		
15.2 Depressione in età avanzata	442		
15.3 Disturbo d'ansia in età avanzata	443		
15.4 Abuso di sostanze in età avanzata	443		
15.5 Disturbi psicotici in età avanzata	445		
15.6 Disturbi cognitivi	446		
15.6.1 Delirium	446		
15.6.2 Demenza	446		
15.7 Problemi riguardanti la salute mentale delle persone anziane	456		
15.7.1 Prospettiva psicodinamica	456		
15.8 I cambiamenti proposti nel DSM-5	458		
Riflessioni critiche	459		
Parole chiave	459		
Domande di riepilogo	459		
GLOSSARIO	461		
BIBLIOGRAFIA	473		
INDICE DEI NOMI	559		
INDICE ANALITICO	577		

GUIDA ALLA LETTURA

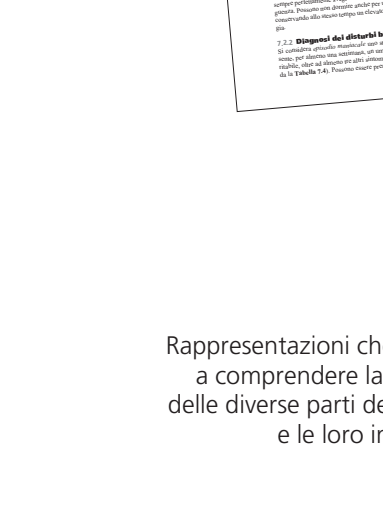


Presentazione di un caso clinico all'inizio di ogni capitolo per introdurre il tema in oggetto

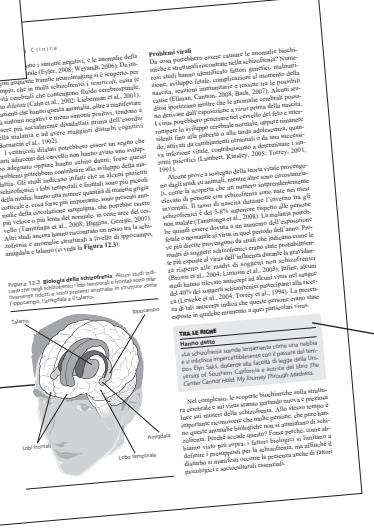


Ogni disturbo è descritto in sintesi attraverso il sistema di classificazione del DSM-IV-TR

Integrazioni alla Checklist con le novità che saranno introdotte dal DSM-5



Rappresentazioni che aiutano a comprendere la struttura delle diverse parti del cervello e le loro interazioni



Curiosità e citazioni famose attinenti agli argomenti trattati

L'Editore ringrazia

GIULIA BUODO, Università degli Studi di Padova
MARIO FULCHERI, Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti Pescara
GIANLUCA LO COCO, Università degli Studi di Palermo
ROSALBA RAFFAGNINO, Università degli Studi di Firenze
CLAUDIO SICA, Università degli Studi di Firenze

I loro preziosi consigli hanno contribuito alla realizzazione di questa edizione di *Psicologia Clinica*.

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

La curatela del volume *Psicologia Clinica* è il risultato dell'unione di due competenze specialistiche, la psichiatria e la psicologia clinica, mai disgiunte nella revisione dei contenuti da quella psicoterapeutica.

L'esperienza e la specificità propria della Psichiatria hanno consentito la convalida, l'adattamento e, in alcuni casi, l'approfondimento degli aspetti inerenti la classificazione e i correlati medici, organici e anche farmacologici dei diversi temi trattati.

L'esperienza e la specificità propria della Psicologia Clinica hanno garantito la presentazione della pluralità dei modelli, dei metodi e delle tecniche che la caratterizzano, senza dimenticare l'attività clinica, comune denominatore di tutti gli orientamenti, sia essa rivolta al singolo, ai gruppi o ai collettivi.

La Psicologia Clinica persegue una clinica essenzialmente psicologica che implica l'uso di metodiche finalizzate a modificare stati mentali, schemi di comportamento e sistemi di relazione con lo scopo di promuovere migliori condizioni funzionali e adattive per la persona. In tale prospettiva, le psicoterapie propriamente dette occupano una posizione centrale. Come si evincerà dal testo, sono numerosi gli ambiti di intervento della Psicologia Clinica, sia sul piano dei singoli individui sia su quello grupppale e/o istituzionale. Nella disamina delle molteplici situazioni problematiche, la psicopatologia si costituisce come una, ma non l'unica, indicazione per un intervento di tipo psicologico: possono essere diverse, infatti, le ragioni del disagio personale e sociale.

Il lavoro dei curatori, suddiviso in base alle specifiche competenze e interessi di ricerca di ognuno, si è prefissato di integrare e arricchire la tradizione manualistica americana con temi propri della tradizione europea, al fine di agevolare la lettura del testo da parte del pubblico italiano.

Rispetto alla struttura globale del volume originale sono stati riscritti integralmente il capitolo 1 e 15, e sono stati inseriti numerosi box di approfondimento con lo scopo di descrivere lo sviluppo storico dei costrutti e dei concetti e ridurre l'incidenza di alcuni temi collegati strettamente ai fenomeni sociali propri della realtà americana.

Un ulteriore livello di intervento ha riguardato lo stile linguistico e comunicativo dell'edizione americana che talvolta risultava, rispetto alla tradizione manualistica italiana, piuttosto colloquiale e che rischiava pertanto di semplificare oltremodo talune prospettive cliniche. Per contro sono state rispettate diverse caratteristiche formali del testo originale che possono favorire lo studio di questa disciplina, quali i già citati box di approfondimento e lo spazio «Tra le righe», dove i contenuti vengono presentati con uno stile orientato alla riflessione critica. Detto intento è ben esplicitato nella «Guida alla lettura» fornita dalla casa editrice stessa.

Sono state, inoltre, inserite vignette cliniche a titolo esemplificativo per gli studenti, sul modello di quelle presenti nell'originale americano. Dell'edizione originale è stata, infine, conservata anche la collocazione dell'intero corpus bibliografico a conclusione del volume.

Il testo italiano nel suo insieme si caratterizza per uniformità di stile e per la presenza di tutti gli argomenti indispensabili per l'insegnamento della Psicologia Clinica, i quali, seppur trattati da un punto di vista didattico, permettono allo studente che muove i suoi primi passi in tale area di formarsi una visione il più articolata possibile di una disciplina sfaccettata ed eterogenea.

L'intera revisione è stata supervisionata da entrambi i curatori, ognuno nel rispetto delle proprie specificità scientifiche.

Si ringraziano la dottoressa Serena Bosco che ha lavorato insieme alla professoressa Granieri nella riscrittura del capitolo 1 e la dottoressa Benedetta Vergani per la scrittura del box di approfondimento «L'inconscio tra psicoanalisi e neuroscienze»; la dottoressa Chiara Barbasio per la cospicua integrazione e revisione del capitolo 2; il professor Fabio Veglia e la dottoressa Maria Zaccagnino per la revisione e l'integrazione del paragrafo 2.4; la dottoressa Gabriella Gandino per la revisione e l'integrazione del paragrafo 2.6; il professor Franco Freilone e la dottoressa Barbara Fratianni per la revisione e l'integrazione dei paragrafi 3.2, 3.2.1 e 3.2.6 e per la scrittura dei box di approfondimento sul test di Ror-

XIV Prefazione all'edizione italiana

schach, sul test di WAIS-II e sul PDM; la dottoressa Claudia Ricco per la scrittura dei box di approfondimento del capitolo 3 sul disegno della figura umana, sul disegno della famiglia, sul disegno dell'albero e sul disegno della casa e per la revisione e l'integrazione del capitolo 16; il professor Saulo Sirigatti per la scrittura del paragrafo 3.2.2; il professor Giuliano Geminiani per la revisione e l'integrazione del paragrafo 3.2.5; la dottoressa Fanny Guglielmucci che ha lavorato insieme alla professoressa Granieri nella riscrittura del capitolo 15.

Si ringraziano le dottoresse Giulia Calarco, Chiara

Cont, Isabella Franzoi, Fanny Guglielmucci per la rilettura critica dei paragrafi relativi all'eziologia e al trattamento psicodinamico delle diverse patologie. Un ringraziamento va anche al dottor Andrea La Terra e a Luca Ronzitti, tirocinanti presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino, per il lavoro di revisione svolto con estrema cura. Il gruppo di lavoro, coordinato dalla dottoressa Chiara Barbasio, ha permesso di dare maggiore uniformità a un testo di grande respiro.

*Antonella Granieri
Francesco Rovetto*

PSICOLOGIA CLINICA



PREFAZIONE

La stesura delle varie edizioni di *Fundamentals of Abnormal Psychology* e di *Abnormal Psychology* mi ha tenuto impegnato per quasi trent'anni, pressoché metà della mia vita. L'ultima edizione di *Fundamentals of Abnormal Psychology* è la sesta di questo volume e la tredicesima se si considerano entrambi i testi. Mi sento profondamente gratificato dal fatto che molti studenti e professori abbiano accolto con interesse questi libri ed è stato un privilegio per me aver avuto la possibilità di contribuire alla formazione di coloro che – ben più di mezzo milione – lo hanno letto nel corso degli anni.

Il mio obiettivo, per ogni singola edizione, è stato di riuscire a presentare in maniera innovativa, interessante ed esaustiva la situazione che in ogni determinato momento caratterizzava la psicologia clinica, una disciplina in continuo mutamento, e di far sì che le tecniche pedagogiche e gli approfondimenti fossero sempre aggiornati. Questo tipo di approccio, ossia il considerare ogni edizione un «testo nuovo», è la ragione principale, almeno credo, dell'apprezzamento ininterrotto di cui hanno goduto questi libri, e la nuova edizione segue lo stesso principio.

Infatti, anche quest'ultima edizione di *Fundamentals of Abnormal Psychology* è stata aggiornata e i cambiamenti sono perfino maggiori rispetto alle edizioni precedenti per svariati motivi:

- l'ambito della psicologia clinica negli ultimi anni ha registrato un enorme sviluppo;
- il settore della formazione può avvalersi di molti strumenti nuovi;
- le innovazioni di cui dispone l'editoria per la presentazione dei materiali sono stupefacenti;
- il mondo in cui viviamo è cambiato profondamente a causa dell'impatto sempre maggiore di Internet sulla nostra vita, della crescente influenza dei media, di eventi economici e politici quasi impensabili e del mutamento dell'ordine mondiale.

Cambiamenti di questo tipo devono necessariamente essere inclusi in un libro sulla situazione attuale del fun-

zionamento umano e, nel prenderli in considerazione, ho cercato di far sì che fornissero uno stimolo alla riflessione.

Concludo esprimendo la speranza che anche questa nuova edizione di *Fundamentals of Abnormal Psychology* possa risultare interessante per coloro che lo leggeranno, introdurli allo studio di questa disciplina e parlare a loro e al loro tempo. Nel libro, ho sempre cercato di far emergere la mia passione per questo settore, ma il risultato è anche frutto delle segnalazioni disinteressate di coloro che hanno collaborato a questa impresa: gli studenti e i professori che hanno utilizzato questo libro nel corso degli anni. Mi soffermerò sulle caratteristiche di questa edizione e, se talvolta queste descrizioni risultassero troppo elogiative oppure interessate, me ne scuso, in genere riesco a evitarlo.

SESTA EDIZIONE: CAMBIAMENTI E NOVITÀ

Nel corso degli ultimi anni vi sono stati grandi mutamenti nell'ambito della psicologia clinica, nella formazione, nel settore editoriale e nel mondo in generale. Tenendo in considerazione tali mutamenti, la nuova edizione presenta non solo degli aggiornamenti rispetto alla precedente, ma anche degli elementi nuovi.

Maggiore spazio agli aspetti multiculturali

Lo studio dei fattori culturali (etnici, razziali, di genere...) ha assunto, giustamente, nel XXI secolo una prospettiva più ampia, la *prospettiva multiculturale*, un approccio al comportamento anormale teorico e terapeutico che viene ora applicato a tutte le forme psicopatologiche e alla loro cura. Nell'edizione attuale sono stati introdotti vari elementi che si basano su questo tipo di approccio.

In ogni capitolo sono presenti ampie sezioni sulla Prospettiva multiculturale che esaminano l'impatto dell'appartenenza culturale sulla diagnosi, lo sviluppo e la cura dei modelli anormali di comportamento analizza-

ti. Il Capitolo 2 *Modelli di anormalità* per esempio, include le sezioni sulle terapie culturalmente sensibili e sulle terapie sensibili al genere; il Capitolo 5 *Disturbi da stress*, esamina il legame tra la razza, la cultura e il disturbo post-traumatico da stress, e nel Capitolo 7, *Disturbi dell'umore*, si analizzano i rapporti tra il genere, la cultura e la depressione.

In tutto il libro sono inoltre presenti box di approfondimento culturale, che pongono anch'essi l'accento sugli aspetti multiculturali. Tra i temi affrontati, citiamo: *Diritto di priorità sui farmaci antidepressivi?* (Capitolo 7), *I disturbi dell'alimentazione nel mondo* (Capitolo 9) e *Prime rivendicazioni sui farmaci antipsicotici atipici?* (Capitolo 12).

Teorie e terapie cognitive e cognitivo-comportamentali: la «nuova ondata»

I terapeuti cognitivi e cognitivo-comportamentali, a iniziare dagli anni Sessanta, si sono occupati di pazienti con atteggiamenti e processi di pensiero maladattivi che contribuivano alla loro disfunzione psicologica. A questo approccio si è aggiunta, negli anni più recenti, la «nuova ondata» delle teorie e terapie cognitive e cognitivo-comportamentali che aiuta i pazienti ad «accettare» e a oggettivare i pensieri maladattivi che resistono al cambiamento. Questa edizione di *Fundamentals of Abnormal Psychology* analizza in modo esauriente questa «nuova ondata», ad esempio la Terapia cognitiva basata sulla consapevolezza (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) e la Terapia di accettazione e di impegno nell'azione (*Acceptance and Commitment Therapy*), illustrandone i presupposti, le tecniche e le ricerche in vari capitoli del libro.

Maggiore spazio alle neuroscienze

Le tecniche di scanning cerebrale, le strategie di mappatura genetica e altri approcci basati sulle neuroscienze sono stati caratterizzati agli inizi di questo secolo da una crescita e da un impatto continuo. Grazie a questi progressi, anche le teorie e le cure biologiche del comportamento anormale hanno fatto passi avanti inauditi negli ultimi anni. L'edizione corrente rende conto di questi progressi e, oltre alla visione biochimica del comportamento clinico, già affrontata nelle edizioni precedenti, presenta:

- un'ampia analisi dei fondamenti genetici del comportamento clinico;
- spiegazioni approfondite su strutture e funzioni cerebrali alla base del comportamento anormale. Si spiega, per esempio, come *reti neurali* diverse contribuiscano al disturbo di panico, al disturbo ossessivo-compulsivo, alla depressione e ad altre forme di psicopatologia;
- numerosi disegni attuali ed estremamente chiari che

arricchiscono ogni capitolo per aiutare i lettori a comprendere meglio la struttura delle diverse parti del cervello e le loro interazioni;

- le analisi di come i fattori genetici, la chimica cerebrale e le strutture cerebrali *interagiscano* con i fattori psicosociali nel determinare un comportamento anormale.

I media

I diversi strumenti di comunicazione utilizzabili nella nostra società rappresentano una risorsa straordinaria, e nel XXI secolo il loro potere è perfino aumentato con l'esplosione dell'uso di Internet, uno strumento che consente a chiunque di comunicare con persone sconosciute attraverso i blog, i social network e altri strumenti simili. Lo straordinario impatto dei media sui nostri comportamenti, pensieri e conoscenze, mi ha indotto ad aggiungere, nei box di approfondimento, articoli di giornalisti che affrontano in pubblicazioni di diverso tipo temi riguardanti la psicologia clinica o racconti di persone affette da disturbi psicologici che riferiscono le proprie esperienze.

Maggiore spazio a disturbi e temi chiave

Tenendo in considerazione il crescente interesse di questo settore (e della società) per certi problemi e terapie psicologiche, è stata aggiunta o approfondita sostanzialmente la trattazione di una serie di temi tra i quali ricordiamo la tortura, il terrorismo e la psicopatologia, l'uso della metamfetamina, il transessualismo, il disturbo bipolare nei bambini, le ferite autoinflitte, la terapia dialettico-comportamentale, i farmaci antidepressivi e il rischio di suicidio, la musica e i tentativi di suicidio, la chirurgia cerebrale, ad esempio la stimolazione del nervo vago, la stimolazione magnetica transcranica e la stimolazione cerebrale profonda, e il rapporto tra metarimuginio e disturbo d'ansia generalizzato.

Maggiore spazio a prevenzione e promozione della salute mentale

In linea con il crescente accento della clinica su prevenzione, psicologia positiva e benessere psicologico, nel libro è stata dedicata una maggiore attenzione a questi importanti approcci.

Mutamenti apportati al capitolo sui disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza

Dei cambiamenti fondamentali sono stati apportati al Capitolo 14, *Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*, per rispecchiare gli orientamenti attuali della clinica. I disturbi dell'infanzia da cui risultano affetti anche gli adulti, soprattutto i disturbi d'ansia e dell'umore, sono ora approfonditi in questo capitolo (invece di essere affrontati in varie parti del libro), insieme ai disturbi più strettamente connessi alla giovane età, come il disturbo

della condotta, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività e l'enuresi.

Un'attenzione particolare alla realtà attuale

La realtà attuale, stranamente, è un fattore spesso trascurato nei manuali, non solo in quelli di psicologia! Il mondo in cui viviamo è caratterizzato da mutamenti incessanti, ma soprattutto nell'ultimo decennio la trasformazione è stata di ampia portata. Perciò, se un manuale vuole rivolgersi ai lettori di oggi, e in particolare agli studenti universitari, i suoi elementi (temi, esempi, casi e immagini) devono riferirsi al mondo in cui viviamo. Questa convinzione mi ha indotto a includere nel libro analisi importanti su temi di riflessione «attuali» come Facebook, Myspace, Youtube, ansia ambientale, uso del cellulare, transessualismo, cultura pop, musica emo, dipendenza da Internet e *club drugs*. Il risultato è un libro più esaustivo sulla psicologia clinica — del presente e del passato — importante per tutti.

Aggiornamenti approfonditi

In questa edizione presento teorie, ricerche ed eventi recenti; segnalo ad esempio riferimenti bibliografici relativi agli anni tra il 2007 e il 2010.

GLI ELEMENTI DI FORZA CONSERVATI

I temi, i materiali e le tecniche rivelatisi efficaci e apprezzati dai lettori sono presenti anche in questa edizione.

Non troppo lungo, ma con contenuti di rilievo

Il testo *Fundamentals of Abnormal Psychology*, anche se non è molto corposo, affronta in maniera approfondita un tema di ricerca complesso; inoltre amplia e stimola la capacità di ragionare degli studenti, non li induce in errore e non sottovaluta la loro capacità di comprendere.

Ampiezza ed equilibrio

Nel libro sono trattati e approfonditi innumerevoli teorie, studi, disturbi e cure di questa disciplina. Tutti i modelli più importanti (psicologico, biologico e socioculturale) sono affrontati in maniera obiettiva, equilibrata e aggiornata senza che sia data una maggiore importanza a nessuno di essi.

Integrazione dei modelli

Le analisi presentate nel testo aiutano gli studenti a capire meglio le analogie tra i vari modelli e le loro differenze.

Empatia

La psicologia clinica studia le persone, e molto spesso le persone con grandi problemi, perciò ho sempre cercato di far emergere attraverso la scrittura la mia empatia e di trasmettere la capacità di empatia agli studenti.

Materiale cospicuo sui casi clinici

I casi clinici presentati, numerosi e culturalmente diversi, hanno consentito di affrontare problemi teorici e pratici. Più del 25% del materiale clinico di questa edizione è nuovo oppure è stato notevolmente rivisto.

Temi di particolare interesse

Una particolare attenzione viene dedicata a temi importanti che hanno una speciale rilevanza per gli studenti universitari, ad esempio i disturbi dell'alimentazione, l'impatto della *managed care* (rete di cure integrate), la pubblicità dei farmaci diretta al cittadino, l'aumento del consumo di Ritalin, le cure basate sulla realtà virtuale e il diritto di suicidarsi.

DSM Checklist

L'analisi di ciascun disturbo viene associata a una lista di controllo particolareggiata basata sui principi del DSM-IV-TR utilizzati nella diagnosi del disturbo.

Glossario ai margini delle pagine

Nel Glossario, posto in box specifici nelle pagine nelle quali appaiono i termini, vengono definite centinaia di parole chiave. Inoltre, un glossario completo è presente alla fine del testo.

Sviluppo del pensiero critico

Il libro fornisce gli strumenti per lo sviluppo di un pensiero critico sulla psicologia clinica. In particolare, alla fine di ogni capitolo, nella sezione *Riflessioni critiche*, vengono poste delle domande che aiutano gli studenti a ragionare su ciò che hanno letto e a mettere in pratica le loro conoscenze. Il 25% di queste domande sono state aggiunte a questa edizione.

Parole chiave e Domande di riepilogo alla fine di ogni capitolo

Queste sezioni, con il rinvio alle pagine alle quali si riferiscono per rendere immediato il reperimento, permettono agli studenti di ripassare e controllare quanto hanno appreso.

Flessibilità

Tutti i capitoli sono indipendenti dagli altri e per questa ragione possono essere affrontati e studiati in qualunque ordine l'insegnante ritenga utile.

RINGRAZIAMENTI

Esprimo la mia gratitudine a coloro che hanno contribuito alla stesura e alla realizzazione di questo libro. Un ringraziamento particolare a Marlene Comer per il suo eccezionale lavoro sul manoscritto e per il suo costante ottimismo. Inoltre, un sincero apprezzamento al grande impegno di coloro che hanno collaborato alle ricerche, tra i quali Dina Altshuler, Linda Chamberlin, Jon Comer, Greg Comer, Lindsay Downs, Jami Furr e Jamie Hambrick.

Sono particolarmente riconoscente agli eminenti professori e clinici che hanno rivisto il manoscritto di questa nuova edizione di *Fundamentals of Abnormal Psychology*, oltre a quello di *Abnormal Psychology* (Settima Edizione), e hanno dato il loro sapiente e acuto giudizio sulla sua chiarezza, accuratezza e completezza. Le loro conoscenze collettive hanno inciso profondamente sulla sesta edizione dei *Fundamentals*: Dave W. Alfano, Community College of Rhode Island; Jillian Bennett, University of Massachusetts Boston; Jeffrey A. Buchanan, Minnesota State University; Miriam Ehrenberg, John Jay College of Criminal Justice; Carlos A. Escoto, Eastern Connecticut State University; David M. Fresco, Kent State University; Alan J. Fridlund, University of California, Santa Barbara; Jinni A. Harrigan, California State University, Fullerton; Lynn M. Kemen, Hunter College; Audrey Kim, University of California, Santa Cruz; Barbara Lewis, University of West Florida; Regina Miranda, Hunter College; Linda M. Montgomery, University of Texas, Permian Basin; Crystal Park, University of Connecticut; Julie C. Piercy, Central Virginia Community College; Lloyd R. Pilkington, Midlands Technical College; Laura A. Rabin, Brooklyn College; Susan J. Simonian, College of Charleston; Joanne H. Stohs, California State University, Fullerton; Mitchell Sudolsky, University of Texas di Austin.

Ringrazio inoltre i professori e i clinici americani che hanno fornito validi consigli nel corso della stesura del testo: Jeffrey Cohn, University of Pittsburgh; Marie Dacey, Massachusetts College of Pharmacy and Health Sciences; Elizabeth Lindner, Madison Area Technical College; la professoressa Joni Mihura, University of Toledo, il professore David Mrad, Missouri State University; Salma Osmani, University of Leicester, UK; Deborah Podwika, Kankakee Community College; Irving Weiner, presidente della Society of Personality Assessment.

In precedenza avevo ricevuto consigli preziosi sia da professori universitari sia da clinici che avevano rivisto alcune parti delle prime cinque edizioni dei *Fundamentals of Abnormal Psychology*. Le loro conoscenze hanno certamente inciso anche sulla sesta edizione ed esprimo la mia gratitudine per il loro contributo a: Kent G. Bailey, Virginia Commonwealth University;

Sonja Barcus, Rochester College; Marna S. Barnett, Indiana University of Pennsylvania; Otto A. Berliner, Alfred State College; Allan Berman, University of Rhode Island; Douglas Bernstein, University of Toronto, Mississauga; Greg Bolich, Cleveland Community College; Barbara Brown, Georgia Perimeter College; Jeffrey A. Buchanan, Minnesota State University, Mankato; Gregory M. Buchanan, Beloit College; Laura Burlingame-Lee Colorado State University; Loretta Butehorn, Boston College; Glenn M. Callaghan, San José State University; E. Allen Campbell, University of St. Francis; Julie Carboni, San Jose College e National University; David N. Carpenter, Southwest Texas University; Sarah Cirese, College of Marin; June Madsen Clausen, University of San Francisco; Victor B. Cline, University of Utah; E. M. Coles, Simon Fraser University; Michael Connor, California State University, Long Beach; Frederick L. Coolidge, University of Colorado, Colorado Springs; Timothy K. Daugherty, Winthrop University; Mary Dozier, University of Delaware; S. Wayne Duncan, University of Washington, Seattle; Morris N. Eagle, York University; Anne Fisher, University of Southern Florida; William F. Flack Jr., Bucknell University; John Forsyth, State University of New York, Albany; Alan Fridlund, University of California, Santa Barbara; Stan Friedman, Southwest Texas State University; Dale Fryxell, Chaminade University; Lawrence L. Galant, Gaston College; Karla Gingerich, Colorado State University; Nicholas Greco, College of Lake County; Jane Halonen, James Madison University; James Hansell, University of Michigan; Neth Hansjoerg, Rensselaer Polytechnic Institute; Morton G. Harmatz, University of Massachusetts; Anthony Hermann, Kalamazoo College; Paul Hewitt, University of British Columbia; David A. Hoffman, University of California, Santa Cruz; Danae Hudson, Missouri State University; William G. Iacono, University of Minnesota; Guadalupe Vasquez King, Milwaukee Area Technical College; Bernard Kleinman, University of Missouri, Kansas City; Futoshi Kobayashi, Northern State University; Alan G. Krasnoff, University of Missouri, St. Louis; Robert D. Langston, University of Texas, Austin; Kimberlyn Leary, University of Michigan; Harvey R. Lerner, Kaiser-Permanente Medical Group; L. F. Lowenstein, Southern England Psychological Services; Arnold D. LeUnes, Texas A&M University; Michael P. Levin, Kenyon College; Mary Margaret Livingston, Louisiana Technical University; Karsten Look, Columbus State Community College; Joseph LoPiccolo, University of Missouri, Columbia; Jerald J. Marshall, University of Central Florida; Janet R. Matthews, Loyola University; Robert J. McCaffrey, State University of New York, Albany; F. Dudley McGlynn, Auburn University; Lily D. McNair, University of Georgia; Mary W. Meagher, Texas A&M University; Dorothy Mercer, Eastern Kentucky University; Joni L.

Mihura, University of Toledo; Robin Mogul, Queens University; Karen Mottarella, University of Central Florida; Karla Klein Murdock, University of Massachusetts, Boston; Sandy Naumann, Delaware Technical & Community College; Paul Neunuebel, Sam Houston State University; Ryan Newell, Oklahoma Christian University; Katherine M. Nicolai, Rockhurst University; Fabian Novello, Purdue University; Mary Ann M. Pagaduan, American Osteopathic Association; Daniel Paulson, Carthage College; Paul A. Payne, University of Cincinnati; David V. Perkins, Ball State University; Harold A. Pincus, *Presidente del gruppo di lavoro* del DSM-IV, University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic; Chris Piotrowski, University of West Florida; Norman Poppel, Middlesex County College; David E. Powley, University of Mobile; Max W. Rardin, University of Wyoming, Laramie; Lynn P. Rehm, University of Houston; Leslie A. Rescorla, Bryn Mawr College; R. W. Rieber, John Jay College, CUNY; George Esther Rothblum, University of Vermont; Vic Ryan, University of Colorado, Boulder; Randall Salekin, Florida International University; A. A. Sappington, University of Alabama, Birmingham; Martha Sauter, McLennon Community College; Laura Scaletta, Niagara County Community College; George W. Shardlow, City College of San Francisco; Roberta S. Sherman, Bloomington Center for Counseling and Human Development; Wendy E. Shields, University of Montana; Sandra T. Sigmon, University of Maine, Orono; Janet A. Simons, Central Iowa Psychological Services; Jay R. Skidmore, Utah State University; Rachel Sligar, James Madison University; Robert Sommer, University of California, Davis; Jason S. Spiegelman, Community College of Baltimore County; John M. Spores, Purdue University, South Central; Amit Steinberg, Tel Aviv University; B. D. Stillion, Clayton College and State University; John Suler, Rider University; Thomas A. Tutko, San José State University; Norris D. Vestre, Arizona State University; Lance L. Weinmann, Canyon College; Doug Wessel, Black Hills State University; Laura Westen, Emory University; Brook Whisenhunt, Missouri State University; Joseph L. White, University of California, Irvine; Amy C. Willis, Veterans Administration Medical Center, Washington, D.C.; James M. Wood, University of Texas, El Paso; Lisa Wood, University of Puget Sound; David Yells, Utah Valley State College e Carlos Zalaquett, University of South Florida.

Il mio ringraziamento non poteva non essere rivolto al gruppo di professionisti della Worth Publishers and W. H. Freeman and Company con i quali ho lavorato a stretto contatto per la realizzazione di questa edizione. Si

tratta di persone davvero straordinarie, di grande talento, che si impegnano per raggiungere sempre il miglior risultato possibile e per creare degli strumenti utili alla formazione dei lettori, che lavorano nel *rispetto* dei principi etici della professione, e che sono tutte ugualmente meravigliose. Non posso che definirli co-autori e in qualche misura sono stati perfino dei co-insegnanti in questa impresa, perciò devo a loro molto. Cito Kevin Feyen, responsabile acquisizioni editoriali; Tracey Kuehn, *condirettore* editoriale; Paul Lacy, progetto grafico; Mimi Melek, *senior development editor di Abnormal Psychology* (Settima edizione); Jane O'Neill, *responsabile del progetto editoriale*; Barbara Reingold direttore artistico; Sarah Segal, responsabile della produzione; Ted Szczepanski, photo editor e Catherine Woods, senior publisher.

Elizabeth Widdicombe, presidente di Worth and Freeman, ha continuato a dirigere il gruppo in modo eccellente, ha creato un ambiente propizio alla realizzazione dei miei libri, ed è rimasta sempre una buona amica. Gli altri professionisti della Worth and Freeman ai quali esprimo la mia gratitudine sono Todd Elder, responsabile commerciale; Michele Kornegay, redattore; Katherine Evancie, corretrice di bozze; Ellen Brennan e Kirsten Kite, autrici dell'indice; Adam Frese, segretario di redazione.

Non posso dimenticare gli eccezionali professionisti di Worth and Freeman che hanno incessantemente lavorato con grande passione, competenza e buonsenso per far sì che i miei libri suscitassero l'interesse dei professori di vari paesi del mondo: Kate Nurre, direttrice del marketing; Amy Shefferd, responsabile del marketing; Tom Scotty, presidente delle vendite e della gestione, oltre ai validi addetti alle vendite. Ringrazio molto tutti loro.

Una nota finale. Con il passare degli anni, divento sempre più consapevole di quanto io sia stato fortunato. Nonostante sembri un'affermazione scontata, voglio dire con chiarezza che a 62 anni riesco maggiormente a rendermi conto rispetto a quando ero più giovane del privilegio di cui godo per avere la possibilità di lavorare ogni giorno con studenti interessanti e stimolanti in una fase della loro vita importante, di grande crescita. È altrettanto grande, e quasi inesprimibile, la mia gioia di poter contare su molti amici eccezionali e avere una famiglia straordinaria, in particolare Jon e Jami, Greg ed Emily, e la mia fantastica moglie, Marlene.

Ron Comer
Princeton University
Dicembre 2009



PROSPETTIVE EPISTEMOLOGICHE IN PSICOLOGIA CLINICA

1.1 RAGIONI E NECESSITÀ DI UN PUNTO DI VISTA EPISTEMOLOGICO

Se pensiamo al principale destinatario di questo libro, l'interrogativo di base è cosa è importante che abbia nella mente uno studente di psicologia che si accosta alla sua prima formazione, in termini di strumenti concettuali essenziali che gli consentano di orientarsi in un panorama così complesso e diversificato come risulta attualmente quello della psicologia. Ci riferiamo a strumenti che gli permettano l'acquisizione di contenuti utili anche alle sue future scelte professionali che inevitabilmente investiranno campi di applicazione ad ampio spettro. E soprattutto che consentano una strutturazione graduale ma profonda delle conoscenze teoriche con la precisa finalità di scegliere, nel corso degli studi, il proprio soggettivo vertice di osservazione e teorico-clinico. Solo in questo modo, in qualità di psicologo, potrà posizionarsi all'interno di un panorama variegato facendo riferimento a un modello teorico ben preciso e con un linguaggio condiviso da un proprio gruppo di riferimento.

La società attuale è, infatti, sempre più propensa a richiedere alla figura dello psicologo prestazioni molto diversificate: quesiti che provengono da diversi contesti professionali e organizzativi e in particolare dai servizi clinici, medico-psicologici, sociali, educativo-scolastici e dagli enti locali. Questo rende attuale l'esigenza di una sempre più accurata messa a fuoco dell'identità della professione di psicologo anche a fronte di una diffusa delegittimazione di questa figura. Con le parole di Evandro Agazzi, filosofo della scienza le cui teorie hanno contribuito ad ampliare il campo semantico del concetto di scientificità:

Di fronte a una massa di opinioni più o meno confuse, che finiscono con l'idealizzare lo psicologo quasi come un taumaturgo o un mago, e a un'altra massa di opinioni non meno eterogenee, che tendono invece a deprezzarlo come un medico fallito o come un abile

venditore di luoghi comuni e di trite banalità camuffate sotto una terminologia e un rituale ermeneutico, torna ad apparire necessario, almeno a un livello «culturale», un lavoro di precisazione delle autentiche caratteristiche di una scientificità e di una specificità della psicologia (Agazzi, 1976, p. 4-5).

La posizione scientifica di Agazzi è quanto mai attuale e ci riporta alla necessità di una formazione che abbia solide basi teoriche proprio per la definizione di una professionalità con un'identità chiara, non in balia di correnti delegittimatorie del senso comune né di tendenze riduzionistiche.

Osservazione: è una pratica comune utilizzata per conoscere la realtà che ci circonda, è il tentativo di acquisire conoscenze, in maniera più o meno precisa, più o meno sistematica. La persona che osserva assume un ruolo di notevole importanza: l'osservatore è in qualche modo la persona che «seleziona» i dati dell'osservazione.

Le conoscenze e le competenze di base del sapere psicologico devono inoltre svilupparsi in modo integrato per i diversi ambiti disciplinari. Per questo uno degli strumenti teorici essenziali è una mappa che permetta uno sguardo dall'alto sui contenuti, per acquisire un quadro completo delle varie discipline con i rispettivi approcci e metodi di analisi di quell'oggetto così complesso e affascinante che è la mente umana.

Se teniamo presente il modello in cui lo psicoanalista Antonio Imbasciati differenzia diversi livelli epistemologici della conoscenza scientifica (**osservazione**, descrizione, interpretazione, spiegazione), la mente dell'osservatore costituisce un vero e proprio strumento in particolare per il primo di questi livelli: essa deve essere accuratamente formata attraverso l'apprendimento di concetti, teorie, modelli, ma anche mediante una competenza personale, una sorta di *quid* specifico e individuale che fa sì che le conoscenze acquisite non siano le stesse in tutti gli operatori.

La preparazione scientifica non è un semplice travaso di concetti, nozioni, idee, teorie, ecc., in un recipiente chiamato mente, ma una strutturazione di un funzionamento mentale specifico, che si compie differenzialmente a seconda di quale struttura precede, riceve ed elabora l'incontro con la formazione scientifica e di come avviene tale incontro (Imbasciati, 2007, p. 65).

Sulla base di queste due esigenze peculiari delle discipline psicologiche – preparazione scientifica e competenza personale – la cornice teorica entro la quale si snoda il percorso di questo capitolo è stata pensata nel rispetto di una doppia matrice: una prospettiva epistemologica e una visione costruttivista. Significativi per il nostro discorso risultano in particolare due assunti dell'approccio costruttivista: il principio che considera il sapere come qualcosa che non può essere ricevuto in modo passivo dal soggetto, ma che risulta prodotto dalla relazione fra un soggetto attivo e la realtà. L'individuo costruisce una propria mappa di significati personali, presupposto fondamentale per orientarsi tanto nell'acquisizione teorica quanto nella scelta di un percorso soggettivo basata sulla costruzione del proprio ruolo e sull'esperienza. Il focus sul concetto di significato non può prescindere da quello di etica e di responsabilità, aspetti essenziali per chi sceglie una professione di cura centrata sulla relazione interindividuale.

L'altro principio dell'**approccio costruttivista** utile per la nostra analisi è quello che tiene conto della cornice temporale dal presente al passato e al futuro, per lavorare sulle connessioni di eventi e sui significati nel fluire del tempo.

L'**approccio epistemologico** è quello che in modo più completo e profondo permette la formazione di una mappa di significati: completo perché affronta nel suo snodarsi le tappe storiche ed evolutive della formazione della psicologia come disciplina scientifica; profondo perché permette di indagare aspetti troppo spesso impliciti ma essenziali quali la definizione di oggetto scientifico, obiettivo, metodo, linguaggio, oggettività, intersoggettività. Concetti che andremo a esplorare nel corso di questo capitolo e che costituiranno una sorta di filo rosso che mette in connessione aree semantiche e disciplinari apparentemente distanti.

Sintesi

L'attuale panorama delle discipline psicologiche è così sfaccettato che è necessaria, per chi si accinge allo studio di questa materia, l'acquisizione graduale e profonda di un punto di vista soggettivo. Questo anche nella prospettiva di assumere un preciso modello teorico con linguaggio, obiettivi e metodi condivisi da un proprio gruppo di riferimento. Il capitolo si sviluppa a partire da due matrici teoriche: una prospettiva epistemologica e una costruttivista.

1.2 CENNI STORICI ED EPISTEMOLOGICI

L'intento di questo paragrafo è quello di illustrare a grandi linee il dibattito epistemologico che ha accompagnato le principali trasformazioni concettuali che la psicologia ha attraversato nel corso della sua storia. Un *ex-cursus* epistemologico è imprescindibile da un iter storico in cui l'analisi delle radici dà senso all'*hic et nunc*, alla specificità del particolare ambito teorico che si sta studiando, in quanto la sua ricchezza è in larga parte costituita dall'esperienza storica della comunità scientifica che l'ha concepito.

Il paragrafo non ha obiettivi esaustivi, poiché l'intento è piuttosto quello di fornire degli stimoli rispetto alle svolte teoriche fondamentali, a quei salti di paradigma che permettono un orientamento nel percorso intrapreso perché profondamente intrecciati anche ad aspetti metodologici e operativi. Ogni singolo input, e questo è l'intento degli autori, può comunque essere approfondito a livello personale e secondo l'interesse soggettivo.

La radice della parola «psicologia» deriva dai due termini greci ψυχή (*psychè*) e λόγος (*logos*), in senso etimologico scienza dell'anima, significato che già alla radice rimanda a qualcosa di effimero, un'entità non materiale che si contrappone al corpo, sostanza al contrario fisica e concreta. Psicologia dunque come scienza indefinita, vaga e immateriale tanto da essere considerata spesso una non-scienza: un'ambiguità che può essere collegata a un determinato clima culturale e all'incertezza inerente all'oggetto stesso di questa disciplina. In questo senso le conoscenze psicologiche sono state, fin dalle origini della civiltà, un elemento fondamentale degli assetti religiosi, sociali, politici e culturali e hanno trovato una loro prima sistematizzazione nell'alveo della filosofia occidentale.

È proprio da queste origini così strettamente intrecciate con aree semantiche e culturali diverse che derivano gli attributi d'indefinitezza e i confini imprecisi della disciplina: caratteristiche che, a fasi alterne, hanno accompagnato il suo sviluppo lasciando tutt'oggi echi spesso difficili da confutare.

Dalla definizione del termine psicologia, coniato pare da Filippo Melatone (1497-1560), alla definizione del campo d'indagine e degli oggetti specifici passerà ancora molto tempo perché la nuova area concettuale e terminologica rimase a lungo confusa:

Probabilmente la scelta di questo nuovo vocabolario e in particolare della parola psiche in luogo di anima, è avvenuto non casualmente, come un tentativo di liberare l'area concettuale e terminologica di una nuova cultura e una nuova disciplina nascente, da tutte le ipoteche aprioristiche di tipo metafisico, implicite

nell'area semantica della parola anima, nei suoi vari impieghi, dal discorso del senso comune a quello religioso e filosofico (Imbasciati, 1986, p. 2).

La psicologia intratterrà con la filosofia numerose linee di continuità, soprattutto in relazione agli oggetti d'indagine e talvolta anche ai metodi: pensiamo all'osservazione empirica (introspettiva e comportamentale), alla classificazione, alla suddivisione della mente in funzioni e processi psichici, tuttora attuali.

Approccio costruttivista: approccio teorico fondato sulla comprensione della struttura e della dinamica del sistema di significati soggettivi dell'altro. Nell'ambito della matrice epistemologica costruttivista, viene messa in discussione la possibilità di una conoscenza «oggettiva», in quanto sapere totale che rappresenti in modo fedele un ordine esterno indipendente dall'osservatore; la stessa osservazione diretta dei fenomeni non è più considerata fonte privilegiata di conoscenza obiettiva.

Approccio epistemologico: l'epistemologia è quell'attività speculativa che tende a scoprire e indicare i criteri per distinguere le proposizioni scientifiche da quelle non scientifiche; l'epistemologia mira all'esplicitazione consapevole e sistematica del metodo e delle condizioni di validità delle asserzioni scientifiche.

Dualismo cartesiano: secondo Cartesio la realtà è divisa in due sostanze, *res cogitans* e *res extensa*. Con *res cogitans* si intende la realtà psichica a cui Cartesio attribuisce le seguenti qualità: inestensione, libertà e consapevolezza. La *res extensa* rappresenta invece la realtà fisica, che è estesa, limitata e inconsapevole.

Frenologia: dottrina dell'Ottocento e da tempo abbandonata secondo la quale vi sarebbe una correlazione tra caratteristiche psichiche e forma del cranio.

Con Cartesio (1596-1650) e il suo dualismo, si costituisce uno dei pilastri fondamentali della nascente disciplina, in quanto preconditione per la nascita della psicologia scientifica: la suddivisione in *res cogitans* (cosa pensante) e *res extensa* (cosa che ha estensione e quindi soggetta alle leggi della fisica) delinea un modello di uomo costituito da due parti distinte, il corpo e l'anima, intesi come due sostanze ontologiche separate da studiare con metodi e strumenti diversi. Il **dualismo cartesiano** s'intreccia a livello di contenuto, e nello stesso tempo dà forma, a quella doppia matrice originaria, filosofica e scientifica, che sta alla base della nascita della psicologia e che la condurrà su un percorso storico, teorico e metodologico che si snoda su due binari differenziati e spesso inconciliabili: una scientificità di tipo naturalistico e una di tipo storico-ermeneutico.

Questa distinzione, che incarna l'atavica oscillazione

tra metodo induttivo e deduttivo dovuta alle radici filosofiche proprie della psicologia, sarà largamente accettata e condurrà nell'800 alla separazione della disciplina dalla filosofia e alla sua costituzione come scienza naturale.

L'irriducibile scissione teorica tra scienze della natura e discipline umanistiche si riflette in quella metodologica: il metodo deterministico ed esplicativo, usato per spiegare le leggi della natura, e quello definito comprensivo e descritto come un atteggiamento intuitivo dell'individualità singola.

Bisognerà attendere il XVIII secolo per avere la definizione di un'area semantica della disciplina che maggiormente si avvicina a quella attuale: fondamentale è il pensiero del filosofo Christian Wolff (1728-1732), in particolare la sua distinzione tra una psicologia riferita esplicitamente alla concretezza dell'esperienza e una concepita invece come un tentativo di chiarire l'essenza stessa dell'anima razionale.

Con la naturalizzazione cartesiana dell'uomo biologico una serie di processi psicologici (come ad esempio l'attività motoria o quella percettiva) può diventare oggetto di studio naturalistico: fondamentali sono le ricerche di anatomia e fisiologia cerebrale di Franz Joseph Gall (1758-1828) che lo conducono alla formulazione di una dottrina fisiognomica, l'organologia, ripresa dal suo allievo Johann Gaspar Spurzheim (1776-1832) e ribattezzata **frenologia**. Con lo studio della fisiologia cerebrale s'intende indagare la dimensione psicologica secondo l'ipotesi che le facoltà mentali siano variamente localizzate nella corteccia cerebrale, dando luogo a un ingrossamento delle corrispondenti parti encefaliche: dalla forma della scatola cranica sarebbe possibile risalire ai tratti del carattere attraverso una mappatura del cranio in ventisei regioni alle quali corrisponderebbero altrettante dimensioni della personalità.

Nell'alveo della cultura illuministica viene così a delinearsi la psicologia sperimentale il cui riconoscimento accademico risale al 1897, anno in cui Wilhelm Wundt (1832-1892), considerato il padre fondatore della disciplina, istituisce a Lipsia il primo laboratorio di psicologia associato a una cattedra di filosofia. Sin dal 1867, presso l'Università di Heidelberg, Wundt inaugura un corso di Psicologia fisiologica e il 1881 vede la nascita della prima rivista ufficiale.

L'oggetto della psicologia è per Wundt l'esperienza diretta e immediata e il metodo precipuo per rilevarla l'introspezione attraverso cui l'individuo sarà in grado di rivelare cosa avviene nel momento esatto in cui esperisce la realtà. Metodo che condurrà a non pochi problemi di oggettività scientifica poiché porta con sé una domanda fondamentale, ineludibile e insolubile: come possiamo sapere quale sia il reale contenuto di coscienza corrispondente al resoconto verbale di un soggetto? Nonostante queste non indifferenti aporie metodologiche si

può affermare che con Wundt la psicologia si stacca dalla filosofia speculativa per aprirsi alla metodologia delle scienze naturali, acquisendo propri criteri metodologici di sperimentazione e di quantificazione.

Dalla matrice concettuale wundtiana prendono vita indirizzi fra loro contrapposti, quali il **Funzionalismo** (inaugurato da William James e John Dewey) che interpreta i fenomeni psichici non come strutture ma come funzioni attraverso cui l'organismo si adatta all'ambiente, e l'**Introspezionismo** che legittima e tramanda ai posteri il principale contributo wundtiano: il metodo per analizzare i processi psichici superiori attraverso una rigorosa codificazione, un'accurata identificazione e uno stretto controllo delle variabili psichiche. Nel laboratorio di Lipsia dette variabili sono circoscritte ai processi sensoriali semplici, ma in seguito si estenderanno a quelli complessi.

Il Positivismo eredita dall'Illuminismo il progetto di uno studio scientifico dell'essere umano, in particolare quegli aspetti dello spirito e della psiche, sino all'Ottocento appannaggio della gnoseologia e dell'etica.

Nel 1859, con la pubblicazione de *L'origine della specie* di Charles Darwin (1809-1882) assistiamo a un vero e proprio salto di paradigma: in quest'opera, infatti, si afferma che l'attuale forma degli esseri viventi non è più l'espressione di strutture immutabili, come invece sosteneva la biologia, ma il risultato di successive fortunate variazioni dei caratteri della specie, progressivamente selezionati dall'ambiente. Lo sviluppo intellettuale e morale dell'uomo, e quindi le stesse attività psichiche, possono da questo momento essere spiegati con la teoria evuzionistica, nei termini di una selezione di quei caratteri più funzionali all'ambiente, trasmessi ereditariamente, a discapito di quelli meno adatti alla sopravvivenza, destinati invece a scomparire.

La matrice darwiniana è alla base delle teorie di un'altra figura fondamentale della storia della psicologia, Wiliam James (1842-1910), che conduce la disciplina alla sua prima disidentificazione dalla ricerca sperimentale per costituirsi come sapere applicato. Fondatore del primo laboratorio negli Stati Uniti, egli dà una svolta determinante alla formazione identitaria della nuova psicologia riprendendo l'originario filone filosofico e arricchendolo con gli influssi del contemporaneo Pragmatismo americano. L'opera in due volumi *I principi di psicologia* (1890) costituisce un punto di svolta imprescindibile poiché introduce nell'area semantica della psicologia del tempo, ancora piuttosto fisiologica e naturalistica, il concetto ben più profondo e complesso di coscienza: secondo James l'errore di Wundt è stato quello di considerare i fenomeni psichici disarticolandoli in una serie di elementi discontinui connessi ai meccanismi fisiologici, senza coglierne gli aspetti dinamici. La realtà psichica deve invece essere colta nel suo fluire in termini appunto di flusso di coscienza (*stream of consciu-*

ness) descrivibile nella sua immediatezza – liberandosi da sovrastrutture metafisiche, idealistiche o positivistiche – e da analizzare nelle sue relazioni con un organismo concreto e immerso in un ambiente reale. Secondo il Funzionalismo i pensieri sono funzioni attive dell'adattamento dell'uomo al suo ambiente specifico: esse sono rilevabili anche con l'uso di test psicologici e la loro evoluzione ha un carattere biologico. Con la sua Teoria periferica delle emozioni inoltre James considera l'esperienza mentale come una totalità comprendente, oltre ai pensieri articolati, anche quelli indeterminati e le immagini indistinte, aprendo così la strada alla nascita dell'inconscio e della psicologia individuale che caratterizzeranno gli studi sulla personalità e le indagini della psicologia clinica.

Funzionalismo: è un indirizzo di ricerca che interpreta i fenomeni psichici non come elementi disgiunti fra loro ma come funzioni mediante le quali l'organismo si adatta all'ambiente sociale e fisico.

Introspezionismo: metodo che utilizza un certo tipo di indagine, nella quale si chiede al soggetto di riferire verbalmente circa gli eventi (contenuti e/o processi) che si sono svolti nella sua mente durante l'esecuzione di un dato compito.

Condizionamento: processo che si verifica con l'associazione di uno stimolo incondizionato (naturale) a uno condizionato (artificiale) in un organismo; lo stimolo condizionato induce naturalmente una risposta della cui prossimità lo stimolo incondizionato (arbitrario) si avvale. La scoperta empirica del condizionamento è attribuita al fisiologo russo Ivan Pavlov che, studiando il fenomeno della secrezione psichica nelle reazioni dei cani alla presentazione di cibo, vi si imbatté casualmente. Egli notò che gli animali salivavano appena entrava nella stanza, associando la sua presenza (stimolo condizionato) al cibo (stimolo incondizionato, poiché naturalmente il cibo provoca salivazione). L'esperimento fu verificato da Pavlov utilizzando come stimolo condizionato il suono di un campanello.

La ricerca di ciò che sta oltre la razionalità è stata una costante sin dalle origini della filosofia ma sarà soprattutto negli anni a cavallo tra il Settecento e l'Ottocento, quindi tra l'Illuminismo e il Romanticismo, che verrà maggiormente approfondita e andrà a intrecciarsi con la psicologia attraverso il concetto d'inconscio. L'alveo culturale profondamente fertile dove questo concetto s'innesta e trova il suo sviluppo è rappresentato dal movimento letterario dello *Sturm und Drang*: filosofi e scrittori, in reazione ai rigidi schemi dell'Illuminismo, iniziano ora a occuparsi dell'irrazionale, dell'occulto e dell'esplorazione delle profondità nascoste della psiche umana. Lo studio della mente e del comportamento inizia, proprio in questo periodo, a far parte di un impianto teorico e clinico dal quale fino a poco tempo prima era

stato escluso. Un primo ambito d'indagine fu appunto l'inconscio, esplorato in termini di dinamiche intrapsichiche e in accordo con i canoni di scientificità del tempo. Gli aspetti inconsci della mente umana erano già stati argomento d'interesse dei mistici delle tradizioni più antiche, dei filosofi panteistici e della natura, e di letterati e filosofi quali F. Schelling, A. Schopenhauer e G. Leibniz. È solo con Freud, tuttavia, che queste caratteristiche della mente umana, già note da tempo, vengono studiate ed espresse con un metodo e un linguaggio attinenti alle esigenze di scientificità del tempo. In questo senso, lo scopo di Freud fu sempre quello di fare della Psicoanalisi una disciplina scientifica improntata sul modello bio-medico imperante.

Sintesi

In questo paragrafo si delineano le principali trasformazioni storiche e concettuali assunte dalla Psicologia nel suo emanciparsi dalla filosofia, fino alle soglie del Novecento.

1.3 IL DIBATTITO EPISTEMOLOGICO MODERNO E CONTEMPORANEO: DAL POSITIVISMO ALLA CRISI DELL'UTOPIA SCIENTISTA

L'inizio del Novecento è caratterizzato da nuove esigenze teoriche rispetto alla ricerca di una psicologia maggiormente oggettiva che si emancipi dai concetti fondanti le teorie ottocentesche, in primo luogo quelli di mente e coscienza. Lo scenario di questi anni si delinea come una lotta tra movimenti antagonisti alle prese con l'ardua definizione dei rispettivi oggetti di studio e metodologie.

L'esigenza di una maggior oggettività scientifica trova una sua parziale risposta negli esperimenti e relative teorie del fisiologo russo I. Pavlov (1849-1936), che nel 1904 ottiene il premio Nobel per la medicina. Il rilievo che egli ricopre nella storia della psicologia è dovuto alla sua scoperta del **condizionamento** fondata su ricerche condotte su soggetti animali e poi ampliata al comportamento umano: il metodo appare dotato di quella scientificità di cui è sempre stato carente l'approccio introspettivo. Il condizionamento costituisce uno dei cardini dello studio sperimentale dell'apprendimento, nonostante lo stesso Pavlov nutra profonde perplessità nei confronti di un progetto di una psicologia scientifica indipendente.

Negli stessi anni negli Stati Uniti iniziano a delinearsi gli antecedenti teorici del Comportamentismo il cui principale precursore è E. L. Thorndike (1874-1949) che studia presso l'Harvard University con James e inventa ingegnose apparecchiature per lo studio sperimentale del comportamento animale, e successivamente umano, che verranno poi adottate dai comportamentisti.

Con l'articolo del 1913 *Psychology as the Behaviorist Views It*, J. Watson (1878-1958) sancisce la nascita ufficiale del Comportamentismo, movimento che avrà massima diffusione nella psicologia americana tra gli anni Trenta e Sessanta. In esso sono delineati in modo coerente e sistematico i principi della nuova teoria volta al miglioramento delle condizioni della sperimentazione in laboratorio e al rigore della quantificazione delle variabili:

- L'unico oggetto dell'indagine psicologica deve essere il comportamento degli individui.
- Esso è osservabile e misurabile con metodi obiettivi.
- La metodologia di rilevazione deve permettere la ripetizione degli esperimenti.
- L'interpretazione dei dati deve essere fatta secondo lo schema fisso di stimolo/risposta (S-R).
- Il pensiero, definito linguaggio subvocale, è considerato una forma di comportamento ridicibile a movimenti impercettibili dell'apparato vocale.

È evidente dalla precedente sintesi come l'area di studio della teoria comportamentista escluda la dimensione della coscienza dando voce solo al comportamento manifesto inteso come tutto ciò che cade sotto il dominio dell'osservazione. La mente diventa una «scatola nera» (*black box*) non indagabile perché non osservabile con criteri oggettivi. La psicologia si riduce così a diventare una branca sperimentale delle scienze naturali attirandosi nel tempo numerose e aspre critiche, in particolare dagli esponenti della *Gestalt*, scuola psicologica che si pone agli antipodi del Comportamentismo. Nella visione della *Gestalt* l'oggetto d'indagine non è più il comportamento manifesto ma i processi interiori, indagabili mediante i criteri di soggettività cosciente. Secondo i gestaltisti l'eccessiva quantificazione limita la ricerca qualitativa della specificità del dato psichico. Pur nascendo nel contesto della reazione antimeccanicistica che ha luogo in Europa tra gli anni Venti e Trenta, la *Gestalt* istituisce comunque un corpus teorico e metodologico rigorosamente deterministico, poiché i dati immediati dell'esperienza cosciente sono sottoposti a verifica sperimentale.

La differenziazione teorica e metodologica, che si riscontra nel percorso evolutivo della psicologia e nel suo definirsi come scientifica, si consolida nel tempo in rigidi paradigmi che strutturano un sempre più consolidato ideale di scientificità nel quale questa disciplina ha avuto notevoli difficoltà a inserirsi. Con questi presupposti nella prima metà del secolo scorso il dibattito epistemologico elabora una serie di soluzioni antinomiche che dividono gli psicologi tra oggettivisti e soggettivisti e, sebbene il panorama attuale si sia arricchito e sia meno manicheo, non si è ancora giunti a soluzioni definitive.

La seconda metà del Novecento vede la crisi dello

scientismo, inteso come concezione che attribuisce alla scienza un valore assoluto, considerandola come l'unica forma autentica di conoscenza umana, quindi lo strumento più adeguato per risolvere tutti i problemi dell'uomo. Il principale problema teorico diventa il non riconoscere che la portata della scienza è solo parziale rispetto alla complessità del campo d'indagine di cui si vuole occupare e di cui è necessario mantenere aperta l'ottica di pienezza di senso e di complessità.

La stessa idea d'immagine scientifica è quanto mai problematica, poiché le varie scienze ci offrono tante visioni parziali del mondo, ritagliate in funzione dei loro particolari criteri e metodi d'indagine: come può dunque questa pluralità dar luogo a una sola immagine scientifica unitaria e globale dentro la quale l'uomo possa riconoscersi e situarsi? Nel corso del Novecento prendono sempre maggior spazio all'interno della filosofia della scienza interpretazioni anti-realiste che ne rilevano il carattere fallibile, la dipendenza dai contesti sociali e culturali, fino a negare le sue caratteristiche di conoscenza oggettiva e rigorosa.

Falsificabilità: per Popper le ipotesi scientifiche sono controllabili dall'esperienza, nel senso che è possibile elaborare test per controllarne la falsità. In altri termini l'unico elemento che raccomanda un'ipotesi scientifica è la sua resistenza ai vari tentativi di falsificarla. È questo che dà carattere empirico alle teorie scientifiche e non l'assunzione della validità di procedimenti induttivi che cerchino di giustificare il passaggio da esempi particolari a una legge generale.

Protocollo: nella filosofia neopositivista costituisce la registrazione di un dato dell'esperienza immediata in un'enunciazione elementare, quest'ultima detta proposizione protocollare.

Oggetto scientifico: secondo la recente epistemologia è un'entità astratta poiché prodotto delle manipolazioni strumentali, fascio di relazioni che si sceglie di indagare dopo aver stabilito i criteri di protocollarietà; l'oggetto è dunque un costrutto, un'entità teorica direttamente sperimentabile attraverso una rete di nessi logici, esplicita e ispezionabile, che consenta in qualunque momento e a chiunque di coglierne in modo oggettivo l'articolazione e la consequenzialità.

Una delle principali teorie, al cui interno prendono corpo le critiche allo scientismo positivista, è rappresentata dall'Epistemologia della **Falsificabilità** di K. Popper (1902-1994), secondo cui una teoria scientifica si contraddistingue per la possibilità di essere controllata e quindi falsificata empiricamente. La falsificabilità come atteggiamento metodologico è collegata al riconoscimento del fatto che la conoscenza scientifica è sempre contestuale e quindi parziale; è necessario dunque distinguere attentamente i differenti approcci adottati nelle diverse branche e discipline della scienza.

Prende sempre più corpo in questi anni la necessità di elaborare una prospettiva olistica nel valutare l'attività scientifica e i suoi stessi elementi costitutivi, difendendo l'idea di un egualitarismo epistemologico che rivendica la piena legittimità di qualsiasi strategia d'indagine: secondo la prospettiva olistica l'organismo biologico e psichico deve essere studiato in quanto totalità organizzata, e non in quanto somma di parti discrete.

Negli ultimi trenta-quarant'anni la psicologia vive un periodo di svolta radicale, una sorta di ulteriore salto di paradigma necessario per allargare l'area semantica del concetto di scientificità e per riformulare la sua specificità e autenticità. Inserendosi nel gap creatosi tra la crisi delle certezze ottocentesche e la fecondità degli apporti del dibattito attuale, la psicologia sta via via precisando in modo sempre più accurato la propria identità tra tentativi d'idealizzazione e svalutazione.

Sintesi

La prima metà del Novecento è caratterizzata dalla necessità per la Psicologia, per definire in modo più netto la sua identità, di emanciparsi dall'originaria commistione con la Filosofia orientando linguaggi, obiettivi e metodi verso una maggior oggettività. L'ottimismo scientifico degli esperimenti di I. Pavlov entra però in crisi e, dopo le due guerre mondiali, assistiamo al crollo dell'oggettività pura approdando, con Karl Popper, al riconoscimento della complessità di oggetti e contenuti della scienza.

1.4 DAI CRITERI DI PROTOCOLLARITÀ ALL'ISTITUZIONE DELL'OGGETTIVITÀ

L'intento di questo paragrafo è di delineare quali possono essere, al di là delle differenze teoriche e metodologiche, le peculiarità dell'oggetto di studio della psicologia. Il percorso si snoda partendo da due interrogativi di base:

- Cos'è scienza?
- Qual è l'oggetto della psicologia?

La psicologia attualmente è costituita da un corpus di differenti prospettive con metodi tra loro molto diversi. Non costituisce dunque un'unica disciplina, ma un insieme di scienze molteplici la cui scientificità è affidata alla struttura e coerenza dello specifico metodo. Da questo deriva un'aura affascinante legata a una materia così cangiante e poliedrica, d'altra parte tuttavia sono evidenziabili una serie di importanti limiti: aspettative magiche, fraintendimenti, riconoscimento di alcune scienze psicologiche e rifiuto di altre. A fronte di questa frammentarietà e apparente incoerenza, potremmo doman-

darci se sia legittimo riconoscerla come una scienza in grado di produrre conoscenze oggettive e confrontabili con quelle delle scienze della natura. Il semplice riconoscimento del pluralismo epistemologico non basta, poiché occorre ridefinire prima i criteri generali della scientificità e, quindi, dello specifico metodo scientifico utilizzato. Occorre dunque sviluppare una nuova epistemologia che legittimi la pluralità di modelli e di tipi di scientificità adeguati alle esigenze delle diverse prospettive teoriche, metodologiche e di ricerca.

Oggi ciò sembra possibile, a partire da tre esigenze fondamentali per ogni disciplina:

- La coerenza logico-programmatica, ossia la capacità di adeguare le osservazioni e le verifiche alla realtà.
- La capacità di spiegare e anticipare, ossia di formulare previsioni attendibili.
- La capacità di auto-riorganizzazione, ossia di adeguarsi continuamente alle crescenti necessità delle proprie ricerche.

Queste diverse ma basilari esigenze concorrono al costituirsi di una struttura generale della scientificità, che consente a ogni disciplina di elaborare una rigorosa coerenza intrinseca, appropriata alla sua identità e sempre adeguabile a compiti nuovi.

La costituzione di questa struttura si articola intorno a due elementi essenziali: l'oggetto e il metodo. Secondo l'ideale positivista, solo il concreto, il materiale può costituire oggetto di scienza: tutto ciò che non si vede e non si tocca non rientrerebbe nell'ambito della scientificità.

Nell'orientamento epistemologico contemporaneo l'oggetto scientifico è invece interpretato come un modello utile per conoscere la cosa, tanto che la scienza non è più concepita come una rappresentazione speculare della realtà, ma come un discorso su di essa, un'interpretazione dei suoi oggetti e leggi. La possibilità del linguaggio di mediare e tradurre la realtà in termini simbolici permette la costruzione di discorsi e paradigmi teorici, per cui la scienza può essere definita come un sistema di proposizioni linguistiche che intendono spiegare un certo ambito della realtà. Ma cosa differenzia una proposizione scientifica da tutte le altre proposizioni del linguaggio comune? Per spiegare questo concetto prenderemo in considerazione il pensiero di Evandro Agazzi, autore che ha dedicato molte delle sue riflessioni a questi fenomeni: egli utilizza una locuzione tecnica, elaborata dal Neopositivismo, i criteri di protocollarietà. Nel contesto scientifico è definito **protocollo** una proposizione semplice, non ulteriormente riducibile, che registra i dati elementari e immediati della percezione. Gli enunciati protocollari non hanno bisogno di verifica, perché la loro verità è garantita dallo stesso protocollo che le fa corrispondere al dato empirico. I criteri di pro-

tocollarietà saranno dunque quei principi in base ai quali ogni scienza determina la verità o la falsità delle sue proposizioni. Da qui la definizione di Agazzi di che cosa può costituire oggetto di una scienza:

Non si può dire, nella scienza: prima decidiamo di cosa occuparci e poi studiamo come occuparcene, perché, come si è visto, l'oggetto scientifico nasce proprio non come presupposto, ma come risultato della scelta dei criteri di protocollarietà, i quali sono proprio di natura metodologica. Anzi, rifacendo per l'ennesima volta la distinzione fra cose e oggetti, potremmo dire che l'oggetto scientifico nasce quando una cosa viene investigata secondo certi metodi e che una cosa è un fascio di oggetti potenzialmente infiniti, proprio perché è indagabile mediante sistemi di metodi potenzialmente infinito e ciascuno di tali sistemi di metodi dà luogo a una scienza diversa che si occupa di quella «cosa» (Agazzi, 1976, pp. 15-16).

Alla luce di questa definizione dunque, la psicologia deve essere considerata come un insieme di discipline «autenticamente diverse per oggetti» stabiliti, questi ultimi, in base a una scelta precisa e consapevole dei metodi d'indagine. Da ciò si può dedurre che uno degli assunti fondamentali che ciascuna disciplina deve fare proprio per essere legittimata come scientifica è l'esplicitazione di precisi criteri di protocollarietà impiegati per ritagliare il proprio oggetto di studio.

Come conseguenza di queste riflessioni si può così definire la struttura dell'**oggetto scientifico**: esso è un'entità astratta poiché prodotto delle manipolazioni strumentali, fascio di relazioni che si sceglie di indagare dopo aver stabilito i criteri di protocollarietà. L'oggetto è dunque un costruito, un'entità teorica direttamente sperimentabile attraverso una rete di nessi logici, esplicita e ispezionabile, che consenta in qualunque momento e a chiunque di coglierne in modo oggettivo l'articolazione e la consequenzialità.

Un altro concetto esaminato dalle teorie epistemologiche di Agazzi è quello di «oggettività scientifica»: essa nasce dal presupposto che si formi una comunità, un gruppo di riferimento i cui componenti si trovino a essere d'accordo nell'impiego di certi strumenti per verificarne la coerenza. L'oggettività è data dunque non dalla comunità scientifica in generale, ma dal particolare gruppo di riferimento cui appartiene quello specifico vertice osservativo e metodologico, cioè deve valere per tutti i soggetti che si occupano di quell'oggetto di studio. Chiunque accetta le condizioni di partenza del processo di oggettivazione deve poi condividere il discorso che da esse si sviluppa.

Il discorso teorico di Agazzi parte dal presupposto di non assumere nessun modello epistemologico precostituito perché, come afferma nelle conclusioni:

[...] l'attuale situazione della psicologia, da un punto di vista epistemologico, è quello di una ricerca d'identità e l'identità ben difficilmente si raggiunge riconoscendosi in un modello altrui. Saranno perciò gli psicologi, a partire da questo momento, che dovranno dire se nel quadro epistemologico generale proposto essi ritrovano alcuni elementi di chiarificazione, capaci di aiutare la loro riflessione critica sulla struttura conoscitiva della loro scienza e che, eventualmente, potranno cominciare a evidenziarli esplicitamente. [...] Si è visto come il tema centrale

dell'oggettività scientifica sia quello di garantirsi dei livelli d'intersoggettività su un fondamento essenzialmente operativo. Ciò mette subito a loro agio il comportamentista da un lato e il neuropsicologo dall'altro, che possono effettivamente esibire criteri di protocollarietà la cui operazionalità è di pacifica evidenza (Ibidem, p. 34).

Nel box **L'oggetto scientifico** proponiamo una sintesi dei principali assunti della recente epistemologia.

Approfondimento

L'OGGETTO SCIENTIFICO

- Non è reale ma discende da assunzioni di metodo che si originano dalla teoria e che specificano le procedure, le tecniche di osservazione e di analisi valide per quella teoria.
- Non ha una corrispondenza uno a uno con l'oggetto d'indagine.
- Non esiste un solo oggetto scientifico, ma più oggetti scientifici che descrivono alcuni aspetti, ma non altri, dell'oggetto reale.

Esistono quindi più oggetti scientifici anche nell'ambito di una stessa scienza e non sono direttamente comparabili, perché ognuno ritaglia aspetti diversi dello stesso oggetto reale.

Criteri di scientificità

Secondo questo punto di vista, quindi, la psicologia si costituisce come scienza perché ha propri oggetti specifici e un proprio linguaggio che deve possedere precise caratteristiche scientifiche, deve parlare in modo oggettivo dei fatti e contenere criteri che consentano agli interlocutori di decidere della verità o falsità delle affermazioni:

- 1° criterio di scientificità: la psicologia si occupa di oggetti specifici sui quali ha acquisito conoscenze e ha creato un linguaggio per parlarne;
- 2° criterio di scientificità: il linguaggio psicologico è condiviso da interlocutori in modo scambievolmente, condivisibile e intersoggettivo.

Criteri di protocollarietà

Secondo la definizione di Agazzi di criteri di protocollarietà:

Ogni scienza, invece, pronuncia sui suoi oggetti delle proposizioni che non si possono immediatamente controllare ricorrendo ai suoi criteri di protocollarietà. Un fatto simile, comunque, non disturba in linea di principio: l'importante è che le proposizioni affermate possano dar luogo, dopo una catena di deduzioni logiche eventualmente an-

che complessa, a proposizioni direttamente controllabili in base ai criteri di protocollarietà (Ibidem, p. 15).

Quali sono le principali caratteristiche dei criteri di protocollarietà?

- Essi devono avere un carattere empirico, cioè consistere in qualcosa di coincidente, o paragonabile, a osservazioni dirette;
- devono servire a rispondere a domande ben precise;
- devono essere codificati, dettagliatamente descritti, totalmente esplicitati;
- devono consistere in effettive operazioni eseguibili sulle cose.

Da questa impostazione teorica emergono due elementi fondamentali:

- La peculiarità dell'osservazione che è attivata usando metodologie adeguate alla specificità dell'oggetto psicologico; si delinea l'importanza di un'adeguata conoscenza della soggettività dell'osservatore in vista di un rilievo obiettivo;
- La centralità della teoria per la comprensione di quanto osservato, per l'osservazione medesima e i relativi strumenti: emerge che al di sotto di ogni osservazione o metodo o strumento vi è sempre la presenza, pregnante per la psicologia, di una teoria, più o meno generale, della mente e dell'individuo.

Teoria, metodo e osservazione s'influenzano dunque a vicenda, in una circolarità che è condizione di progresso scientifico, ma che al contempo espone al rischio di un'autoconvalida delle ipotesi: ciò accade soprattutto quando la teoria non è esplicitata.

Negli approcci e nei metodi sono spesso implicite teorie dell'individuo o della persona che occorre esplicitare per un'adeguata comprensione del rapporto tra osservazione, metodo e teoria.

Sintesi

Le attuali prospettive epistemologiche, dopo la crisi dello scientismo nella seconda metà del Novecento, affermano che l'oggetto scientifico non può essere uno solo e che non è reale in quanto discende da diverse assunzioni del metodo. Secondo precisi criteri di scientificità e di protocollarità la Psicologia si costituisce come scienza in quanto ha oggetti specifici, linguaggio e criteri propri, che consentono agli interlocutori di decidere della verità o falsità delle affermazioni.

1.5 EVOLUZIONE DELLA DISCIPLINA E PROSPETTIVE TEORICHE ATTUALI

Con questi presupposti teorici il fatto che la psicologia sia costituita da un corpus di differenti branche non rappresenta più un ostacolo, perché ogni singola disciplina ha una propria identità precisa con specifici obiettivi, oggetti, metodi, linguaggi e ciascuna isola privilegia alcune categorie di variabili nella spiegazione psicologica – fisiche, biologiche, mentali (consce e inconscie), sociali, storiche, culturali – sottintendendo diverse concezioni della personalità e del funzionamento mentale dell'individuo.

Criterio di scientificità: conoscenza di carattere generale su un determinato fenomeno attraverso il reperimento delle leggi causali e della loro verifica empirica.

Nonostante questo pluralismo dei programmi di ricerca e dei sistemi di pensiero, e quindi di cura, si può comunque riscontrare una tendenza comune nelle varie correnti che compongono la psicologia contemporanea: la mente dell'uomo, soggetto attivo che si evolve grazie ai continui scambi con l'esterno, è considerata come un insieme di funzioni organizzatrici in interazione con un ambiente concepito nella sua complessità, dinamicità e processualità.

Il modello teorico che meglio si adatta a questa visione è attualmente quello dei sistemi dinamici e complessi, che ha contribuito al superamento di un approccio meccanicistico e deterministico basato sul dualismo cartesiano: secondo questo paradigma, infatti, il comportamento di un tutto può essere compreso completamente solo studiando le proprietà delle sue parti.

Nel box **La teoria generale dei sistemi**, esamineremo storia, caratteristiche e applicazioni teoriche e metodologiche di questo recente paradigma.

L'approccio teorico dei sistemi complessi può essere utile a comprendere meglio l'evoluzione del corpus delle differenti discipline psicologiche perché la recente epistemologia considera come ineliminabile l'interazio-

ne sia tra i diversi settori disciplinari, sia tra le varie scienze, non necessariamente psicologiche. Il principio di mantenimento del sistema presuppone, infatti, una costante apertura di questo alle informazioni provenienti dall'ambiente esterno e una successiva integrazione nei diversi livelli della struttura preesistente.

Tale cambio di prospettiva è caratterizzato da vivaci e innovativi approcci teorici orientati a sondare nuovi modi d'esplorare e comprendere la realtà, di spiegare e predire i fenomeni che conducono a far emergere similarità strutturali (isomorfismi) tra campi disciplinari diversi.

Uno dei concetti della recente epistemologia più esplicativi in questo senso è quello di *consilience*: derivante dall'area della filosofia della scienza, formalizzato nel 1998 da E. Wilson, rappresenta il segnale di un'esigenza irrinunciabile della comunità scientifica contemporanea di mettere insieme in modo armonico, integrato e potenzialmente operativo i settori del sapere e le conoscenze che le varie discipline propongono relativamente ai medesimi ambiti di realtà.

Se teniamo presente tale principio metateorico, comprendiamo come lo studio della mente umana si possa declinare, ad esempio, sia attraverso le aree semantiche e concettuali proprie della Psicoanalisi, sia mediante le ricerche di tipo neuroscientifico: il prodotto di questa interazione, se ottenuto mediante un processo controllato, monitorato da precisi criteri di protocollarità delle rispettive discipline e salvaguardato da pericolose tendenze riduzionistiche, non potrà che essere proficuo e favorevole.

Un punto di riferimento nodale, da molti considerato il manifesto generale degli intendimenti e degli scopi di questa convergenza, è il lavoro di Erik Kandel (1999), pubblicato sull'*American Journal of Psychiatric*: «La biologia e il futuro della psicoanalisi». Una rilettura di «Un nuovo contesto intellettuale per la psichiatria» in cui l'autore afferma:

Non voglio affatto dire che la psicoanalisi debba ridursi alle neuroscienze: la psicoanalisi ha una dimensione molto più ampia delle neuroscienze. Prenderà dalle neuroscienze solo gli strumenti e i concetti che troverà utili. Vedo piuttosto un confluire fra loro della psicoanalisi, della psicologia cognitiva e delle neuroscienze in cui ogni disciplina influenzi il pensiero delle altre e insieme riescano a sviluppare una scienza più efficace del comportamento umano (Kandel, 1999, p. 75).

In quest'articolo Kandel espone i possibili ambiti di convergenza tra biologia e psicoanalisi, in modo che possano incontrarsi e cooperare su un terreno comune:

- la natura dei processi mentali inconsci;
- le esperienze precoci;

LA TEORIA GENERALE DEI SISTEMI

La teoria generale dei sistemi ha origine dal pensiero di matematici, fisici e ingegneri tra la fine degli anni Quaranta e gli inizi degli anni Cinquanta e viene successivamente elaborata da Ludwig von Bertalanffy per essere considerata come base comune di tutte le discipline scientifiche. Un aspetto che può essere profondamente utile all'attuale psicologia, soprattutto in riferimento all'area dell'interdisciplinarietà, è che la teoria sistemica costituisce un metodo comune applicato a invarianti concettuali, ad aree semantiche trasversali ai diversi settori disciplinari, creando fra essi analogie e differenze. Quest'approccio è indispensabile per fare emergere nuove proprietà e significati, mantenendo dinamico il percorso di ricerca della disciplina.

Secondo questo modello ogni organismo è descrivibile come un sistema aperto che interagisce con l'ambiente attraverso uno scambio di materia-energia e informazione; esso è in grado di autoregolarsi, controllando e regolando il proprio comportamento mediante meccanismi retroattivi funzionanti secondo un modello di causalità circolare.

Tale organizzazione aperta promuove un costante e reciproco adattamento tra le parti, contribuendo così a mantenere l'integrità organizzata di un organismo o la sua coerenza vitale. Inoltre se da un lato l'adattamento consolida l'equilibrio fra le parti, dall'altro dà spazio a elementi nuovi, emergenti e introdotti nell'organizzazione dal flusso stesso dello scambio. Esso diventa quindi, a un tempo, garante della continuità del sistema e del suo cambiamento. L'organismo vivente costituisce dunque un'organizzazione in grado di mantenere, attraverso variazioni continue, la propria regolazione interna e una direzione peculiare di sviluppo, il cui tratto caratteristico è dato dalla capacità d'integrare la dimensione statica di conservazione con quella dinamica di cambiamento.

La teoria dei sistemi è un metodo d'indagine della complessità organizzata, legato ai contributi provenienti da diverse discipline, quali la biologia, la teoria dell'informazione, la cibernetica e consente di superare una serie di assunti precipi di alcune correnti teoriche formatesi nel corso dell'evoluzione della psicologia, come la concezione atomistica dello studio dei fenomeni psichici, che ha caratterizzato la psicologia sperimentale di Wundt, il comportamentismo classico e le forme di dualismo di origine cartesiana (anima e corpo) e freudiana (conscio e inconscio).

Il connubio tra la teoria dei sistemi e quella della complessità ha dato vita alla teorizzazione dei sistemi dinamici complessi. Questo filone è stato applicato all'essere vivente, in generale, e più nello specifico all'uomo da noti studiosi come Humberto Maturana e Francisco Varela che elaborano l'idea dell'essere vivente come «macchina autopoietica» che produce continuamente se stessa. L'impostazione rimane in

questo senso «meccanicista» (quindi fondamentalmente deterministica), nel senso che rinuncia a una spiegazione di tipo teleologico dei sistemi viventi, i quali vengono ora spiegati in termini di relazioni e non in termini di finalità o di proprietà dei loro componenti. Ma l'aspetto più innovativo del loro approccio teorico è che i componenti di una macchina autopoietica non sono oggetti o elementi fisici statici o individuali, ma processi all'interno di una rete continua d'interazioni, come ad esempio le reti metaboliche della cellula.

1. Teoria dei sistemi e ricerca sullo sviluppo

Riprendendo l'innovativa area semantica dell'autorganizzazione, recentemente Louis Sander ha applicato la teoria dei sistemi complessi alla Psicoanalisi: con il suo modello sistemico, elaborato nell'ambito scientifico dell'*Infant Research*, propone di sostituire al concetto statico di struttura quello più dinamico di processo; l'autore sostiene che il pensiero psicoanalitico si è evoluto verso un modello organizzativo delle emozioni e che le ricerche multidisciplinari lo possono ampliare, soprattutto nel campo della ricerca sullo sviluppo infantile.

Un tema fondamentale del suo lavoro è la descrizione dell'autoregolazione, della regolazione interattiva e della loro interazione: come ogni sistema vivente i bambini sono in grado di autoregolarsi e autorganizzarsi, e questo processo modifica continuamente l'interazione con il *caregiver* ed è da questa modificata. L'acquisizione di questa competenza, in cui processi interni e interattivi si co-costruiscono in un sistema diadico, accresce la consapevolezza dell'esperienza interiore – in termini di stato generale, emozioni, affetti, aspettative – e questo sin dai primi minuti di vita, come evidenziano le ricerche di Andrew Meltzoff sull'imitazione neo-natale. Secondo questi recenti studi il bambino non è attivato dalla madre, ma da una primaria attività endogena, che deve coordinarsi con quella materna: mediante una delle funzioni base del cervello che è quella di scoprire e ordinare le informazioni derivate dalle percezioni sensoriali, il bambino ha una motivazione intrinseca, è automotivato a scoprire le regolarità e a generare aspettative.

Da questa concettualizzazione in termini di sistema diadico, la relazione madre-bambino, è stata studiata attraverso l'osservazione della relazione simultanea dei due *partners* nella regolazione del rapporto interpersonale, inaugurando un nuovo paradigma scientifico in cui, per la prima volta, anche il bambino è considerato interattivo. Le teorie delle relazioni oggettuali, o la concezione interpersonale di Harry Sullivan, che pure prendevano in considerazione la relazione, non prevedevano il concetto di co-costruzione della relazione insito invece nel sistema diadico bidirezionale.

- le correlazioni tra preconscious e inconscio e corteccia prefrontale;
- l'orientamento sessuale;
- la psicoterapia e le modificazioni strutturali del cervello (plasticità).

Uno degli apporti più significativi e più attuali da parte delle neuroscienze a questa questione è costituito dalle recenti scoperte, da parte dell'equipe italiana guidata da Giacomo Rizzolatti, dei neuroni-*mirror*: questa specifica popolazione neuronale si trova nella neocorteccia

del macaco e una serie di studi ha dimostrato che si troverebbe anche nel cervello umano.

Sistema: insieme di elementi coordinati tra loro in una unità funzionale.

Secondo l'ipotesi di Vittorio Gallese e coll. (2006) il meccanismo messo in atto dai neuroni-specchio costituirebbe una sorta di simulazione incarnata (*embodied simulation*), grazie alla quale l'uomo ha la possibilità di riconoscere in quello che vede qualcosa con cui può «risuonare» e di cui si appropria in modo esperienziale:

Approfondimento

I NEURONI MIRROR

All'inizio degli anni Novanta l'Istituto di Fisiologia dell'Università di Parma diretto da Giacomo Rizzolatti ha rilevato, attraverso una serie di ricerche, la presenza, nella corteccia premotoria dei macachi (F5), di una classe di neuroni che si attiva non solo quando la scimmia afferra o manipola un oggetto, ma anche quando osserva le stesse azioni eseguite da altri (G. Rizzolatti et al., 1996). È stato evidenziato che l'azione osservata dal macaco doveva consistere nell'interazione tra la mano dell'agente e un oggetto poiché la semplice osservazione visiva di un oggetto non evocava alcuna risposta neuronale.

In una prima serie di esperimenti (C. Umiltà et al., 2001) i neuroni specchio dell'area F5 sono stati studiati in due condizioni sperimentali diverse:

1. La scimmia poteva vedere l'azione nella sua interezza: una mano che afferra un oggetto.
2. La stessa azione era oscurata nella sua parte terminale, quella cioè in cui la mano dello sperimentatore interagiva con l'oggetto. La scimmia sapeva che l'oggetto bersaglio dell'azione era nascosto dietro uno schermo, ma non poteva materialmente vedere la mano che afferrava l'oggetto.

In questa seconda situazione sperimentale, nonostante l'impedimento visivo, più della metà dei neuroni registrati ha continuato a rispondere anche nella condizione oscurata.

Attraverso la simulazione dell'azione nel cervello del macaco che osservava, anche la parte non vista dell'azione ha potuto essere ricostruita e il suo scopo essere compreso implicitamente.

Da questi esperimenti emerge che l'osservazione di un'azione induce l'attivazione dello stesso circuito nervoso deputato a controllarne l'esecuzione e quindi l'automatica simulazione della stessa azione nel cervello dell'osservatore. Questo meccanismo dunque potrebbe essere alla base di una comprensione implicita delle azioni altrui. Studi successivi (E. Kohler et al., 2002; P. F. Ferrari et al., 2003) hanno dimostrato l'attivazione di neuroni specchio durante l'ascolto di un

suono prodotto da una determinata azione, o durante l'osservazione di movimenti della bocca ed espressioni facciali eseguite dallo sperimentatore di fronte alla scimmia (neuroni specchio *audio-visivi* e *comunicativi*).

Nonostante nell'uomo non siano mai state registrate attività di singoli neuroni appartenenti al **sistema mirror**, una serie di dati convergenti derivanti da esperimenti neurofisiologici, comportamentali e di *brain imaging*, può essere considerata una prova indiretta dell'esistenza di questo sistema anche nel cervello umano. In particolare recenti studi di risonanza magnetica funzionale (fMRI) condotti su soggetti adulti hanno dimostrato che i neuroni specchio sarebbero attivati, oltre che dall'osservazione di azioni eseguite con la mano, anche dall'osservazione di movimenti eseguiti da altri organi effettori come la bocca e il piede (G. Buccino et al., 2001). L'osservazione di azioni semplici eseguite con le dita (M. Iacoboni et al., 1999), ma anche l'apprendimento imitativo di complesse sequenze di atti motori (G. Buccino et al., 2004) implicherebbe l'attivazione di questo sistema neuronale.

Le recenti ricerche sono concordi nel considerare il sistema *mirror*, sia nell'ambito dello sviluppo infantile che delle neuroscienze, come il substrato neuronale dell'intersoggettività, intesa nella sua accezione più ampia come l'insieme complesso dei modi in cui due menti si relazionano, si sintonizzano, rompono e riparano la sintonizzazione. Se ipotizziamo l'esistenza del sistema *mirror* anche nel cervello umano, possiamo considerare la comprensione di azioni altrui e l'attribuzione d'intenzioni come due fenomeni collegati, sostenuti dallo stesso meccanismo funzionale, definito da V. Gallese simulazione incarnata:

In contrasto con quanto affermato dalla scienza cognitiva classica, la comprensione di un'azione e l'attribuzione d'intenzioni – almeno d'intenzioni semplici – non sembrano appartenere a domini cognitivi diversi, ma entrambi concernono meccanismi di simulazione incarnata sostenuti dall'attivazione di catene di neuroni specchio logicamente collegate (Ibidem, p. 553).

Il significato delle esperienze altrui è compreso non in virtù di una spiegazione ma grazie a una comprensione diretta, per così dire, dall'interno (Gallese, 2006, p. 543).

Nel box **I neuroni mirror** viene trattata la genesi di questa scoperta e le sue possibili applicazioni nell'ambito della ricerca.

Un altro contributo all'area d'interdisciplinarietà fra le teorie psicoanalitiche e le ricerche neuroscientifiche è costituito dal corpus teorico di Allan Schore, autore che recentemente si è occupato di indagare i correlati neurobiologici della sintonizzazione affettiva in atto tra madre e bambino durante la fase d'intersoggettività primaria.

L'attenzione di Schore è principalmente focalizzata sull'emisfero destro del cervello che, secondo gli studi recenti che indagano le specificità funzionali dei due emisferi, le loro asimmetrie e lateralizzazioni, è quello deputato all'elaborazione olistica e parallela, mentre quello sinistro è analitico e lavora con modalità sequenziali. L'emisfero destro è definito «cervello emotivo» e raggiunge la sua massima crescita durante i primi diciotto mesi di vita del bambino (è noto come la corteccia destra si sviluppi più precocemente di quella sinistra), assumendo un ruolo dominante nei primi tre anni. Allo stesso modo il cervello della madre, a causa delle modificazioni ormonali in atto durante la gravidanza e il puerperio, subendo una sorta di regressione, tende a usare in questa fase soprattutto la sua parte destra.

L'emisfero destro del bambino sarebbe così sintonizzato, dal punto di vista psicobiologico con l'*output* che deriva dall'emisfero destro della madre, determinando l'elaborazione delle informazioni emotive e nella comunicazione non verbale.

Holding: termine introdotto da Winnicott per definire la capacità della madre di fungere da contenitore delle angosce del bambino.

In sintonia con il concetto winnicottiano di **holding**, possiamo infatti evidenziare come molti primati e la maggior parte delle donne umane tendano a tenere in braccio i loro piccoli dalla parte sinistra del corpo: in questo modo l'immagine del bambino è collocata nell'emiretina visiva dell'emisfero destro.

Durante le interazioni faccia a faccia e nelle protoconversazioni caratteristiche dell'intersoggettività primaria, l'emisfero destro del bambino – dominante nel riconoscimento del volto materno e nell'elaborazione delle informazioni visivo-emozionali e prosodiche – si sincronizza con l'emisfero destro della madre, a sua volta deputato alle comunicazioni affettive non verbali e alla produzione di una gestualità improntata alla cura spontanea del piccolo. L'*output* del cervello della madre è così interiorizzato e utilizzato dal bambino come mo-

dello per attivare i propri circuiti cerebrali secondo schemi che andranno a stratificarsi nella sua memoria implicita, non dichiarativa. Questo tipo di memoria, teorizzata dagli autori dell'*Infant Research*, è specifico delle aree subcorticali (amigdala, regioni limbiche, nuclei della base, corteccia motoria e percettiva) e immagazzina le protoconversazioni in cui ancora non è presente il linguaggio; al «cosa» si sostituisce il «come» avviene una relazione, in termini di ritmo, intensità e forma, grazie alla memorizzazione delle rappresentazioni degli stati viscerali, somatici e delle sensazioni corporee e delle loro variazioni interne in base ai cambiamenti dell'ambiente.

Secondo questo modello evolutivo gerarchico il sistema limbico, organizzato in tre livelli (amigdala, cingolo anteriore, insula orbitofrontale), permette un tipo di elaborazione soggettiva degli stimoli emotivi provenienti dal mutevole ambiente esterno. Una regolazione affettiva funzionale e affettivamente significativa garantisce il passaggio dell'informazione a livelli sempre più complessi d'integrazione: inizialmente sperimentati come rappresentazioni corporee, in forma di sensazioni disorganizzanti, gli affetti vengono successivamente internalizzati nei sistemi superiori e percepiti come stati soggettivi condivisibili a livello relazionale e modulabili in termini di durata e intensità. L'elaborazione di tipo semantico avverrà, a questo punto, grazie alla trasmissione dell'informazione emotiva all'emisfero sinistro, mediante le interconnessioni del corpo calloso.

Tutte queste informazioni sensoriali, connotate affettivamente e integrate come stati soggettivi discreti, andranno a formare una mappa comprensiva e integrata dello stato del corpo che indurrà condizioni di consapevolezza più coerenti e complessi: un adeguato contenimento da parte del *caregiver* dei contenuti pre-simbolici caratterizzanti i vissuti emotivi del bambino, è fondamentale per il passaggio da forme di rappresentazione basate esclusivamente sul corpo a rappresentazioni generalizzate, proprie e dell'altro, presupposto fondamentale per la formazione del Sé. Durante la fase d'intersoggettività secondaria, infatti, che si sviluppa intorno ai sei mesi del bambino, questi contenuti sempre più organizzati e consapevoli andranno a formare la memoria di tipo esplicito, semantica e autobiografica o episodica, in concomitanza con la maturazione di specifiche aree cerebrali (ippocampo, corteccia orbito-frontale).

Un'insufficiente stimolazione dell'emisfero destro e un basso e disorganizzato livello di sintonizzazione affettiva, tutti fattori dovuti a un ambiente carente, inadeguato o traumatizzante, non permettono un funzionale processo di elaborazione dei contenuti emotivi impliciti nella relazione e non consentono la formazione della capacità di autoregolazione, in termini di modulazione d'intensità e durata degli affetti. Anche la mentalizzazione, intesa come capacità di rappresentare internamente

gli stati mentali propri e altrui, risulta compromessa dalla relazione con una figura di accudimento non adeguatamente sintonizzata con gli stati emotivi del bambino, negligente o disorganizzante:

Nei casi in cui il rispecchiamento emotivo del caregiver è deficitario o addirittura contraddittorio (come nei casi di diniego da parte dell'adulto del vissuto emotivo del bambino), si assiste a una marcata difficoltà a riconoscere e rappresentare dal punto di vista simbolico i vissuti affettivi che, pertanto, vengono percepiti come eventi angosciosi e altamente disorganizzanti. Questi bambini, a causa del disconoscimento

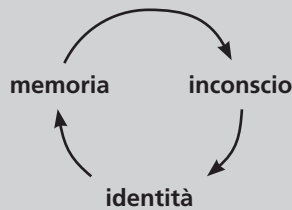
operato da parte del caregiver dei loro vissuti percettivi e affettivi, non riescono a raggiungere, dal punto di vista evolutivo, un'organizzazione psichica in grado di generare complesse rappresentazioni simboliche di sé e dell'altro (A. Granieri, 2011, p. 80).

Il box **L'inconscio tra psicoanalisi e neuroscienze** è dedicato, per concludere, all'esplorazione bifocale del concetto psicoanalitico d'inconscio: l'intrecciarsi fra psicoanalisi e neuroscienze nello studio di questo concetto apre prospettive ricche e fruttuose per l'evoluzione della clinica, in termini di ricerca e soprattutto d'intervento terapeutico.

Approfondimento

L'INCONSCIO TRA PSICOANALISI E NEUROSCIENZE

Fin dalle primissime fasi di vita, la funzione del ricordare e le caratteristiche dei sistemi di memoria contribuiscono alla strutturazione precoce dell'inconscio e, di conseguenza, dell'identità. Due discipline epistemologicamente e metodologicamente così distanti possono contribuire a una definizione più completa e articolata del concetto psicoanalitico d'inconscio, cercando di definire quale legame sussiste tra particolari sistemi di memoria e differenti sistemi inconsci.



1. LA MEMORIA

La memoria ha da sempre interessato psicologi e neuroscienziati, ma oggi essa è oggetto di particolare interesse per gli psicoanalisti in quanto funzione essenziale per l'identità dell'individuo e per l'organizzazione della sua coscienza e del suo inconscio.

Secondo i recenti studi neurofisiologici, la memoria è legata a modificazioni bioelettriche e strutturali del SNC: le sinapsi, a seguito di ripetute stimolazioni, subiscono modificazioni plastiche e strutturali permanenti; i fenomeni di apprendimento determinano modificazioni della sintesi proteica delle membrane sinaptiche.

Esistono diversi circuiti cerebrali implicati nell'organizzazione e nella stabilizzazione nel tempo della funzione mnestica:

- MBT (memoria a breve termine, studiata attraverso PET): nella corteccia prefrontale hanno sede i neuroni specifici che organizzano i campi di memoria in modo associativo.
- MLT (memoria a lungo termine studiata attraverso tecniche elettrofisiologiche): il lobo temporale e il sistema ippocampale presiedono alla MLT. In particolare l'ippo-

campo è l'organo della memoria esplicita, mentre l'amigdala è l'organo della memoria implicita ed emotiva.

Secondo le Teorie multi-processo la memoria si fonda sull'interazione di diversi sistemi interconnessi tra loro; ogni sistema ha caratteristiche e modalità di funzionamento specifiche: la memoria esplicita che si distingue in memoria episodica e semantica e quella implicita, a sua volta distinta in *priming*, memoria procedurale e memoria emotiva.

Esistono diverse ipotesi sulla modalità di funzionamento e interazione dei diversi sistemi di memoria:

- MODELLO IN SERIE (R. Atkinson, R. Shiffrin, 1971) secondo cui tutte le informazioni transitano dalla MBT verso la MLT. Deficit della MBT producono deficit della MLT. La profondità di un ricordo dipende dal numero d'iterazioni cui l'informazione è stata sottoposta nella MBT.
- MODELLO IN PARALLELO (G. Edelman 1987, 1989) secondo cui alcune informazioni possono essere immagazzinate direttamente nella MLT. Non sempre deficit della MBT producono deficit della MLT. La profondità di un ricordo dipende dalla qualità della ricategorizzazione delle informazioni in mappe neuronali sempre più complesse.

Le principali ipotesi psicoanalitiche sulla memoria oscillano tra il concetto di rimozione, in cui il ricordo è assente, e quello d'interiorizzazione in cui il ricordo è salvaguardato: il lavoro psicoanalitico aiuta il paziente a recuperare i contenuti rimossi attraverso il riconoscimento degli schemi e dei modelli interiorizzati.

2. L'INCONSCIO PRECOCE NON RIMOSSO

Inconscio e memoria sono due sistemi profondamente correlati. Le ricerche recenti, sia nel campo psicoanalitico sia in quello neuroscientifico si ripropongono di indagare in che

modo le caratteristiche formali dei sistemi di memoria si rispecchiano nella struttura dell'inconscio.

La scoperta del doppio sistema della memoria: esplicita o dichiarativa, cosciente, verbalizzabile e ricordabile, essenziale per la nostra identità e per la nostra autobiografia, e implicita, non cosciente, non verbalizzabile e non ricordabile, apre prospettive enormi alla teoria e clinica psicoanalitica (M. Mancia, 2006, p. 1019).

Secondo evidenze neurofisiologiche non tutti i sistemi di memoria giungono a maturazione contemporaneamente: la memoria esplicita, localizzata a livello dell'ippocampo, giunge a maturazione verso i due anni; la memoria implicita, localizzata a livello dell'amigdala, giunge a maturazione già nelle ultime settimane di gestazione.

Esistono esperienze che, per la loro precocità, non possono essere immagazzinate in forma esplicita sotto forma di memorie semantiche o episodiche; esse possono essere depositate nella memoria implicita i cui circuiti corticali sono maturi fin dalla nascita.

In particolare la implicita è la sola memoria che si sviluppa precocemente, è presente e attiva già nelle ultime settimane di gestazione ed è l'unica memoria di cui dispone il neonato nei suoi primi due anni di vita. La sua dimensione procedurale ed emotivo-affettiva permette al bambino di archiviare in essa le sue prime esperienze collegate alla voce e al linguaggio materno e all'ambiente in cui cresce. Inoltre lo stesso rapporto che la madre ha con il corpo del neonato, il suo parlargli, guardarlo e toccarlo, in sintesi la sua **rêverie** veicola affetti ed emozioni che saranno archiviati nella sua memoria implicita. Questa è la sola memoria dove potranno essere archiviate le esperienze traumatiche precoci (Ibidem, pp. 1019-1020).

Le recenti ipotesi psicoanalitiche hanno evidenziato la presenza di diversi tipi d'inconscio:

Rêverie: secondo Bion processo attraverso il quale la madre elabora e trasforma le proiezioni del suo bambino, tra le quali angoscia e terrore, e gliel restituisce bonificate dal pensiero e dall'affetto.

- L'inconscio rimosso: contiene elementi che sono stati oggetto di ricordo in forma esplicita e che, per la loro intollerabilità psichica, sono stati rimossi.
- L'inconscio precoce non rimosso: contiene elementi che non sono mai stati oggetto di ricordo in forma esplicita e che, quindi, non sono mai stati oggetto di rimozione.

L'inconscio precoce non rimosso è il luogo in cui si depositano le esperienze intersoggettive sensoriali e a forte contenuto emozionale più precoci della vita umana:

- gli stimoli uditivi provenienti dalla madre (battito cardiaco, respiro...);
- l'intonazione della voce materna e la struttura del suo linguaggio;
- il contatto con il corpo della madre;
- il sincronismo e la reciprocità nelle interazioni di accudimento;
- il rispecchiamento degli stati emotivi nel volto della madre.

Dal punto di vista formale questi sono ricordi di natura **preverbale** e presimbolica, ricordi carichi d'affetto che confluiscono nell'area semantica data dal concetto di sentimento, inteso come affetto che collega le pulsioni e le relazioni tra il Sé e l'oggetto e che fonda l'inconscio precoce non rimosso.

Le esperienze emozionali e affettive depositate in forma preverbale e pre-simbolica nell'inconscio non rimosso costituiscono la struttura di base di un nucleo precoce del Sé.

Secondo la teoria della funzione predittiva del cervello ogni individuo, a partire da stimoli attuali, produce in modo inconsapevole tendenze percettive sulla base di esperienze precedenti immagazzinate nei diversi sistemi di memoria; nel corso dello sviluppo produrrà reti rappresentative sempre più articolate che contengono informazioni su di Sé e sull'Altro derivanti dalle prime interazioni di accudimento e la forza e durevolezza di queste reti riflette la forza dei circuiti neuronali che si formano nel bambino piccolo e dipendente. Questo processo permette la creazione di modelli di relazione sulla base della natura e della qualità degli scambi e delle interazioni primarie. Per questo si può affermare che esistono tendenze incoercibili alla ripetizione del passato nel presente che si radicano in esperienze emozionali il cui ricordo e significato possono non essere disponibili alla coscienza per l'immatunità del cervello infantile all'epoca in cui si sono verificate.

Riflessioni critiche

1. In che modo e perché etica e responsabilità devono entrare a far parte del bagaglio esistenziale e culturale di un futuro psicologo? Pensando anche alla tua esperienza personale e al tuo percorso di studio, cosa significa acquisire quel *quid* specifico che fa sì che le conoscenze acquisite non siano le stesse in tutti gli operatori? E in che modo questo *quid* può essere significativo in una professione di cura interindividuale?
2. In cosa consiste il salto di paradigma determinato dal superamento del Comportamentismo? Cosa significa, nella storia della Psicologia, arrivare ad aprire la «scatola nera»?
3. Perché la teoria epistemologica di Evandro Agazzi risulta significativa per la definizione dell'identità delle discipline psicologiche? Prova a spiegare, in questa prospettiva, i concetti di «oggetto scientifico» e di «criteri di scientificità».
4. «La complessità è una parola problema e non una parola soluzione» (E. Morin). Prova a spiegare il senso di questa affermazione tenendo presente il box dedicato alla Teoria generale dei sistemi. In che modo la dicotomia problema/soluzione può inserirsi in un discorso psicologico?
5. «[...] Vedo piuttosto un confluire fra di loro della psicoanalisi, della psicologia cognitiva e delle neuroscienze in cui ogni disciplina influenzi il pensiero delle altre e insieme riescano a sviluppare una scienza più efficace del comportamento umano» (Kandel, 2007). In quali ambiti, secondo Kandel, Psicoanalisi e neuroscienze possono cooperare? Quali sono gli apporti più significativi dell'attuale prospettiva teorica basata sull'interdisciplinarietà?

Parole chiave

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ■ Approccio costruttivista , p. 11 | ■ Holding , p. 20 |
| ■ Approccio epistemologico , p. 11 | ■ Introspezionismo , p. 12 |
| ■ Condizionamento , p. 12 | ■ Oggetto scientifico , p. 14 |
| ■ Criteri di scientificità , p. 17 | ■ Osservazione , p. 9 |
| ■ Dualismo cartesiano , p. 11 | ■ Protocollo , p. 14 |
| ■ Falsificabilità , p. 14 | ■ Rêverie , p. 22 |
| ■ Frenologia , p. 11 | ■ Sistema , p. 19 |
| ■ Funzionalismo , p. 12 | |

Domande di riepilogo

1. Qual è la radice della parola «psicologia»? Descrivi, a partire dalla radice greca, il senso etimologico di questa parola.
2. Quali dovevano essere per Wundt oggetti e metodi della psicologia?
3. In che senso, secondo la Teoria generale dei sistemi, un organismo vivente può essere considerato un sistema complesso?
4. In quali ambiti, secondo Kandel, Psicoanalisi e neuroscienze possono cooperare?
5. Quale ruolo ricopre, secondo Schore, l'emisfero destro nella relazione madre-neonato?
6. Principali differenze fra Memoria a breve termine e Memoria a lungo termine.



MODELLI DI ANORMALITÀ

Philip, 25 anni, celibe, disoccupato, ex redattore di una grande casa editrice, [...] viene ricoverato dopo aver tentato di suicidarsi tagliandosi le vene di un polso con una lametta da barba. Ha raccontato [al terapeuta] di essere rimasto seduto per un po' sul pavimento del bagno a guardare il sangue che scorreva nella vasca, poi ha telefonato al padre, che era al lavoro, per chiedere aiuto. Il padre lo ha accompagnato al pronto soccorso per suturare il taglio, ma Philip non ha voluto essere ricoverato, perché non lo riteneva necessario e di ciò ha convinto anche i medici dell'ospedale. Il giorno successivo, quando suo padre gli consigliò di farsi aiutare, scaraventò la cena per terra e si precipitò, furioso, nella sua stanza. Dopo essersi calmato, permise al padre di accompagnarlo di nuovo all'ospedale.

La causa più immediata del suo tentativo di suicidio era stato l'aver incontrato la sua ex ragazza insieme al nuovo fidanzato. Philip ha raccontato di aver bevuto qualcosa assieme a loro, ma per tutto il tempo non era riuscito a smettere di pensare che «morivano dalla voglia di andare via per andare a letto insieme». Folle di gelosia, si era alzato dal tavolo ed era uscito dal ristorante. Poi aveva iniziato a pensare in che modo avrebbe potuto «farla pagare» alla ragazza.

Negli anni precedenti, Philip aveva spesso sofferto di crisi depressive di breve durata. Rimproverava a se stesso soprattutto la sua scarsa vita sociale e il fatto di non essere riuscito ad avere rapporti sessuali con una donna neppure una volta nella sua vita. Mentre ne parlava al suo terapeuta, alzò gli occhi da terra e con un sorrisetto sarcastico disse: «Ho 25 anni e sono vergine. Avanti, ora può ridere di me». Era uscito con diverse ragazze che definiva molto attraenti, ma che secondo Philip avevano perso interesse in lui. Indagando più a fondo emerse, tuttavia, che era lui a diventare molto critico nei loro confronti e a esigere che soddisfacessero sempre ogni suo bisogno, spesso sacrificando se stesse. Per questa ragione le donne finivano per considerare la relazione non appagante e lo lasciavano.

Nel corso degli ultimi due anni Philip era stato seguito per periodi brevi da tre psichiatri, uno dei quali gli aveva prescritto un farmaco; non ne ricordava il nome, ma aveva

accelerato una certa reazione insolita a causa della quale aveva dovuto restare una notte in ospedale. [...] A proposito del ricovero, disse che l'ospedale era «una topaia» e che il personale si era rifiutato di ascoltare quello che voleva dire o di soddisfare i suoi bisogni e che, in effetti, tutti i pazienti erano trattati «in modo sadico». Il medico che lo aveva visitato confermò che Philip era un paziente difficile che esigeva di essere trattato in modo speciale e si comportava in modo ostile nei confronti della maggior parte del personale durante il suo ricovero. Dopo uno scontro verbale con un assistente, decise di lasciare l'ospedale e fu dimesso senza il consenso dei medici.

Philip appartiene a una famiglia della classe media con due figli. Il padre ha 55 anni ed è dirigente di una compagnia assicurativa. Philip lo considera una persona debole e incapace, del tutto dominato dalla moglie, la madre autoritaria e crudele che Philip sostiene di odiare con «una forza contenibile a stento». Afferma che la madre aveva l'abitudine di chiamarlo «pervertito» e «femminuccia» nel periodo della crescita, e che una volta, durante un litigio, gli aveva sferrato «un calcio ai testicoli». Contemporaneamente, Philip definisce i suoi genitori ricchi, potenti ed egoisti; inoltre pensa che loro lo considerino pigro, irresponsabile e con problemi di comportamento. Quando i suoi genitori chiamarono il terapeuta per parlare del trattamento del figlio, spiegarono che i suoi problemi erano iniziati con l'arrivo del fratello Arnold, nato quando Philip aveva 10 anni. Dopo la nascita di Arnold, Philip era diventato un ragazzino «scontroso», che usava un linguaggio scurrile e non era facile da controllare. Philip ricorda quel periodo solo in modo vago e riferisce che sua madre una volta fu ricoverata perché depressa, ma che ora «non crede nella psichiatria».

Philip si era laureato con una votazione media. Dopo la laurea aveva lavorato presso tre diverse case editrici, ma in nessuna era rimasto per più di un anno e aveva sempre trovato qualche ragione per lasciare il lavoro. In genere, dopo essersi licenziato restava a casa a ozio per due o tre mesi, finché i suoi genitori non lo forzavano a trovare un nuovo lavoro. Raccontò una serie infinita di discussioni avute durante la sua vita con insegnanti, amici e datori di lavoro in cui si era sentito offeso o maltrattato [...], discus-

sioni frequenti che lo avevano amareggiato [...] e passava la maggior parte del tempo solo, «annoiato». Era incapace di affidarsi a una persona, non aveva solide convinzioni né provava fedeltà nei confronti di qualche gruppo.

Il paziente era un giovane dal fisico molto magro, con la barba e gli occhiali, la pelle chiara; non sopportava a lungo il contatto visivo con il terapeuta e aveva nei suoi confronti un'espressione amara e ostile. Sebbene si lamentasse della depressione, negava altri sintomi della sindrome depressiva. Sembrava assorbito dalla sua rabbia contro i genitori e dava l'impressione di essere particolarmente interessato a trasmettere un'immagine spregevole di sé (Spitzer et al., 1983, pp. 59-61).

Philip risulta, in tutta evidenza, una persona turbata e molto sofferente: ma come è giunto a vivere questa condizione? Come spiegare e come intervenire sui suoi molti problemi?

Per rispondere a queste domande, dobbiamo innanzitutto esaminare l'ampia serie di disturbi che intendiamo comprendere: la depressione e la rabbia di Philip, i suoi fallimenti sociali, la sua mancanza di lavoro, la sfiducia delle persone che lo circondano e i problemi all'interno della famiglia. In seguito, dovremmo riflettere sulle possibili cause: interne ed esterne, biologiche e interpersonali, passate e presenti.

Quando leggiamo un caso clinico come quello di Philip, pur non essendone consapevoli, usiamo dei quadri teorici. Ognuno di noi, nel corso della propria vita, ha sviluppato una prospettiva che ci aiuta a comprendere le cose che gli altri dicono e fanno. Nella scienza, le prospettive utilizzate per spiegare gli eventi sono conosciute come **modelli** o **paradigmi** (vedi capitolo 1). Ogni modello illustra in modo dettagliato le concezioni teoriche di base dello scienziato, struttura l'ambito e l'oggetto dello studio e stabilisce le linee guida per la ricerca (Kuhn, 1962). Esso influenza non solo ciò che i ricercatori osservano, ma anche le domande che si pongono, le informazioni che cercano e il modo in cui le interpretano (Sharf, 2008). Per

comprendere in che modo un clinico spiega o tratta una serie specifica di sintomi, ad esempio quelli di Philip, dobbiamo conoscere il suo modello di funzionamento psicologico normale e patologico.

Nel corso degli anni, al fine di comprendere e trattare il funzionamento psicopatologico, si sono sviluppati svariati modelli teorici e tecnici.

Questa diversità teorica e tecnica deriva in gran parte dai mutamenti sociali, culturali e tecnici avvenuti durante gli ultimi cinquant'anni, così come anche dai progressi nella ricerca psicologica in campo clinico.

Prendendo in considerazione sinteticamente i modelli che tratteremo, a un estremo dello spettro troviamo il *modello biologico* che considera i processi fisici come l'elemento determinante del comportamento umano. Al centro si collocano quattro modelli che si focalizzano sugli aspetti più psicologici e individuali del funzionamento mentale: il *modello psicomotivo* che approfondisce i processi e i conflitti interni inconsci degli individui; il *modello comportamentista* che pone l'accento sul comportamento e i modi in cui esso viene appreso; il *modello cognitivo* che si concentra sul pensiero sottostante al comportamento e il *modello umanistico-esistenziale* che sottolinea il ruolo dei valori e delle scelte. All'estremità opposta dello spettro, vi è il *modello socioculturale* che considera le forze sociali e culturali come gli elementi fondamentali del funzionamento umano. Questo modello include la *prospettiva sociofamiliare* che si concentra sulle interazioni familiari e sociali dell'individuo e la *prospettiva multiculturale* che pone l'accento sulla cultura dell'individuo e su idee, valori e storia condivisi di quella cultura.

In ragione della diversità dei concetti e delle idee, i modelli appena elencati entrano spesso in opposizione. Occorre d'altro canto sottolineare che nessuno dei modelli citati è in sé esaustivo: ognuno di essi infatti pone l'accento soprattutto su alcune dimensioni del funzionamento psichico e non è in grado di comprendere e spiegare tutti gli aspetti delle condotte psicopatologiche dell'essere umano.

2.1 IL MODELLO BIOLOGICO

Philip è un essere biologico. I suoi pensieri e le sue sensazioni sono il risultato di processi biochimici e bioelettrici che hanno luogo nel suo cervello e nel suo corpo. I teorici del *modello biologico* ritengono che una comprensione globale dei pensieri, delle emozioni e del comportamento di Philip dovrebbe perciò includere una comprensione delle loro basi biologiche. Non sorprende, perciò, che i trattamenti più efficaci per i problemi di Philip sarebbero, secondo questo modello, biologici.

2.1.1 Come spiegano il comportamento anormale i biologi teorici?

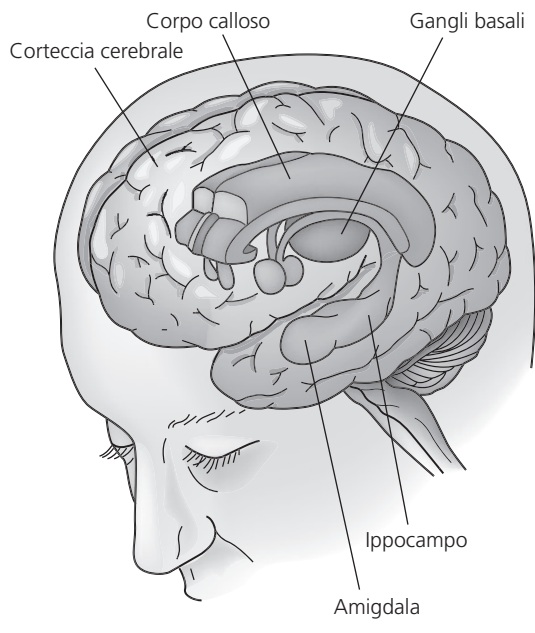
I biologi teorici, adottando una prospettiva di matrice medica, considerano il comportamento psicopatologico come una malattia causata da parti dell'organismo mal-funzionanti. Di conseguenza, attribuiscono all'anatomia e alla chimica cerebrale la causa di un certo comportamento (Garrett, 2009; Lambert, Kinsley, 2005).

Modello: l'insieme di concezioni teoriche che aiutano gli scienziati a spiegare e a interpretare le osservazioni. È chiamato anche *paradigma*.

Anatomia del cervello e comportamento anormale

Il cervello è costituito di circa 100 miliardi di cellule nervose, i **neuroni**, e da migliaia di miliardi di cellule di supporto, le *glia* (da una parola greca che significa «colla»). All'interno del cervello, ampi gruppi di neuroni formano delle aree separate o *regioni cerebrali*. Nella parte superiore del cervello, ad esempio, vi sono una serie di aree definite nell'insieme *cervello*, che include la *corteccia*, il *corpo calloso*, i *gangli basali*, l'*ippocampo* e l'*amigdala* (si veda la **Figura 2.1**). I neuroni presenti in ognuna di queste regioni cerebrali controllano funzioni importanti. La corteccia è lo strato più esterno del cervello, il corpo calloso connette i due emisferi cerebrali, i gangli basali svolgono un ruolo essenziale nell'organizzare e produrre il movimento, l'ippocampo aiuta a controllare le emozioni e la memoria, e l'amigdala ha un ruolo fondamentale nella memoria emotiva. I ricercatori clinici hanno scoperto i legami esistenti tra alcuni disturbi psicologici e i problemi in certe aree del cervello. Uno di questi disturbi è la *malattia di Huntington*, caratterizzata da reazioni emotive violente, perdita di memoria, pensieri di suicidio, movimenti involontari del corpo e idee assurde. Questa malattia viene ricondotta a danni neurologici dei gangli basali.

Figura 2.1 Alcuni disturbi psicologici possono essere causati dal funzionamento anormale dei neuroni del cervello in cui si distinguono regioni quali i gangli basali, l'ippocampo, l'amigdala, il corpo calloso e la corteccia cerebrale.



Chimica del cervello e comportamento anormale

I biologi ricercatori hanno inoltre scoperto che i disturbi cerebrali possono essere connessi ai problemi nella trasmissione dei messaggi da neurone a neurone. L'informazione si propaga nel cervello da un neurone a un altro o a molti altri sotto forma di impulsi elettrici. Un impulso viene prima captato dai *dendriti* di un neurone, prolungamenti simili ad antenne posizionati all'estremità di un neurone; da qui viene trasmesso all'*assone* del neurone, una fibra lunga che si protende dal corpo del neurone. E, infine, viene trasmesso attraverso la *terminazione nervosa* nell'estremità dell'assone ai dendriti di altri neuroni (si veda la **Figura 2.2**).

Neurone: l'unità cellulare che costituisce il tessuto nervoso, il quale concorre alla formazione, insieme al tessuto della nevroglia e al tessuto vascolare, del sistema nervoso. Grazie alle sue peculiari proprietà fisiologiche e chimiche è in grado di ricevere, integrare e trasmettere impulsi nervosi, nonché di produrre sostanze denominate neurosecreti.

Sinapsi: è il punto di contatto tra la terminazione nervosa di un neurone e il dendrite di un altro.

Neurotrasmettitore: è la sostanza chimica rilasciata da un neurone nello spazio sinaptico e captata dai recettori sui dendriti dei neuroni prossimi.

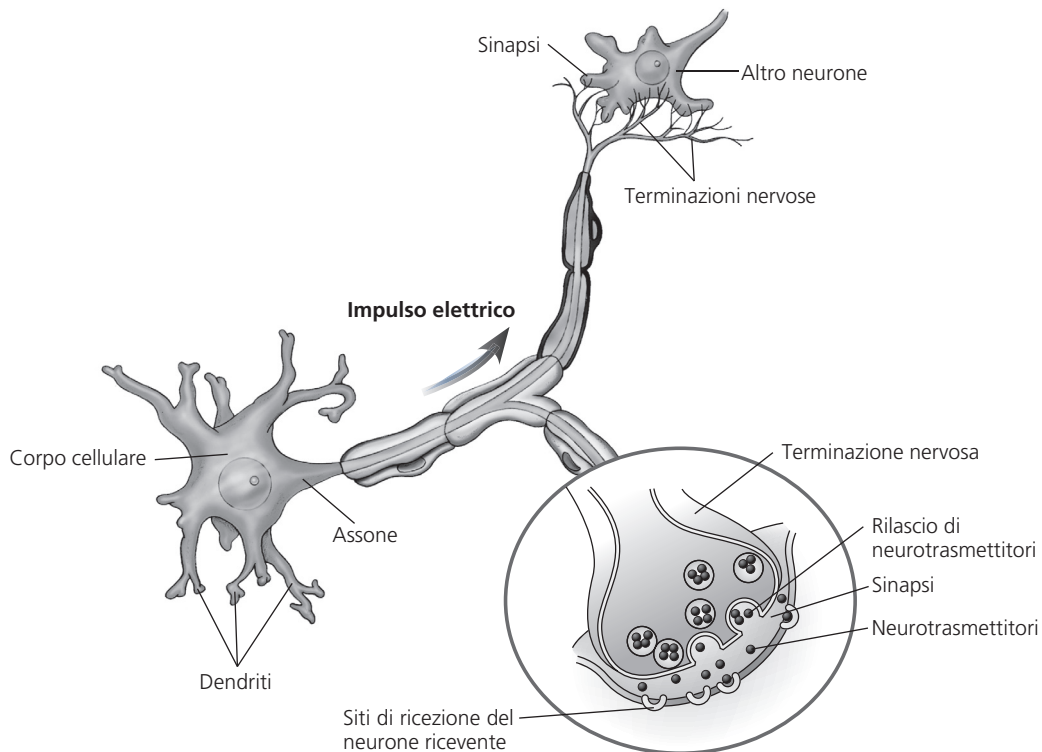
Ma in che modo i messaggi giungono dalla terminazione nervosa di un neurone ai dendriti di un altro? Poiché i neuroni non si toccano l'uno con l'altro e un piccolo spazio, la **sinapsi**, separa un neurone da quello prossimo, il messaggio deve in qualche modo attraversare questo spazio. Quando un impulso elettrico raggiunge l'estremità di un neurone, l'estremità del nervo viene stimolata a rilasciare una sostanza chimica, un **neurotrasmettitore**, che si diffonde nello spazio sinaptico fino ai *recettori* sui dendriti dei neuroni contigui. Dopo essere stati captati dai recettori del neurone ricevente, alcuni neurotrasmettitori ordinano ai neuroni riceventi di dare il «via» ossia inviano il segnale di trasmettere l'impulso elettrico. Altri neurotrasmettitori veicolano un messaggio inibitorio: essi cioè ordinano ai neuroni riceventi di fermarsi, dicono «alt». Ovviamente, i neurotrasmettitori svolgono un ruolo chiave nella propagazione delle informazioni nel cervello.

TRA LE RIGHE

I gemelli

Gli studi sui gemelli suggeriscono che alcuni aspetti del comportamento e della personalità sono influenzati da fattori genetici. Molti gemelli identici hanno gli stessi gusti, si comportano nello stesso modo e fanno scelte di vita simili. Alcuni sviluppano perfino comportamenti psicopatologici simili.

Figura 2.2 Trasmissione dell'informazione di un neurone. Un messaggio sotto forma di un impulso elettrico viene trasmesso dall'assone del neurone trasmettitore alla sua terminazione nervosa, in cui sono rilasciati i neurotrasmettitori che veicolano il messaggio attraverso lo spazio sinaptico fino ai dendriti del neurone ricevente.



Gli studiosi hanno identificato decine di neurotrasmettitori nel cervello e hanno riscontrato che ogni neurone ne utilizza solo alcuni tipi. Le ricerche dimostrano che l'attività anomala di certi neurotrasmettitori può causare disturbi mentali particolari (Sarter et al., 2007). La depressione, ad esempio, è stata collegata a un'insufficiente attività di due neurotrasmettitori: la *serotonina* e la *norepinefrina*. Un'attività insufficiente della serotonina potrebbe essere letta come in parte responsabile dello stato di depressione e rabbia di Philip.

Oltre a studiare i neuroni e i neurotrasmettitori, i ricercatori hanno scoperto che i disturbi mentali sono talvolta connessi a un'attività chimica anomala del *sistema endocrino*. Le ghiandole endocrine, poste in varie parti del corpo, insieme ai neuroni contribuiscono a controllare le funzioni fisiche come la crescita, la riproduzione, l'attività sessuale, il battito cardiaco, la temperatura corporea, l'energia e la risposta allo stress. Le ghiandole rilasciano nel flusso sanguigno delle sostanze chimiche, gli **ormoni**, che regolano l'attività degli organi. Nei periodi di stress, ad esempio, le *ghiandole surrenali*, poste all'apice dei reni, secernono un ormone, il

cortisolo. Anomalie nella secrezione di questa sostanza chimica sono state connesse all'ansia e ai disturbi dell'umore.

Ormoni: è un messaggero chimico che trasmette segnali da una cellula (o un gruppo di cellule) a un'altra cellula (o altro gruppo di cellule). Tale sostanza è prodotta da un organismo con il compito di modularne il metabolismo e/o l'attività di tessuti e organi dell'organismo stesso.

Cause delle anomalie biologiche

Perché le strutture cerebrali o le attività biochimiche di certe persone non rientrano nella norma?

Negli ultimi anni si è concentrata l'attenzione su tre fattori: la *genetica*, l'*evoluzione* e le *infezioni virali*.

Genetica e comportamento anormale. Le anomalie nell'anatomia e nella chimica cerebrale sono talvolta dovute all'eredità genetica. Ogni cellula del cervello e del corpo contiene 23 coppie di *cromosomi* e ogni cromosoma di una coppia è ereditata da uno dei genitori. Ogni

cromosoma contiene innumerevoli **geni**, dei segmenti che controllano le caratteristiche e i tratti che un individuo eredita. Nel complesso, ogni cellula contiene tra 30.000 e 40.000 geni (Andreasen, 2005, 2001). Gli scienziati sanno ormai da anni che i geni contribuiscono a determinare alcune caratteristiche fisiche come il colore dei capelli, l'altezza e la vista, possono predisporre alle malattie cardiache, al cancro o al diabete e, forse, anche al possesso di doti spiccate per l'arte e la musica. Gli studi suggeriscono che i fattori ereditari svolgono un ruolo anche nei disturbi dell'umore, nella schizofrenia e in altri disturbi mentali.

Gene: è l'unità ereditaria fondamentale degli organismi viventi. Concretamente, essa corrisponde a una sequenza di acidi nucleici (DNA o, più raramente, di RNA) composta da regioni trascritte e regioni regolatorie. La somma delle sequenze geniche codificanti (ovvero gli esoni, anche se esistono esoni non codificanti), insieme a quelle non codificanti (introni), è detta genoma.

Il modo in cui i diversi geni possono contribuire ai disturbi mentali è diventato più evidente negli ultimi anni grazie anche al completamento del *Progetto genoma umano* nel 2000. In questa impresa colossale gli scienziati si sono serviti degli strumenti della biologia molecolare per *mappare* o *sequenziare* tutti i geni del corpo umano in modo dettagliatissimo. Possedendo questa informazione, i ricercatori sperano alla fine di riuscire a prevenire o a modificare i geni che contribuiscono a causare disturbi medici o psicologici (Holmans et al., 2007).

Evoluzione e comportamento anormale. I geni che contribuiscono ai disturbi mentali sono generalmente intesi come un caso sfortunato, alla stregua di errori dovuti all'eredità genetica. Il gene responsabile potrebbe essere una *forma mutata*, ossia una forma anomala del gene originario creatasi per caso. Oppure, il gene problematico potrebbe essere ereditato da un individuo dopo essere inizialmente entrato nella linea familiare come una forma mutata. Secondo alcuni teorici, tuttavia, molti geni che contribuiscono al funzionamento anormale sono invece il risultato di fenomeni *evolutivi* normali (Fábrega, 2007, 2006, 2002).

In genere, i teorici dell'evoluzione sostengono che le reazioni umane e i geni che ne sono responsabili sono sopravvissuti nel corso del tempo poiché hanno aiutato gli individui nella lotta per l'adattamento. I nostri antenati che erano in grado di correre velocemente, ad esempio, o che erano particolarmente abili nel trovare rifugi e nascondigli avevano maggiori probabilità di sfuggire ai nemici e di riprodursi. Così, i geni che hanno favorito le azioni del camminare, correre o risolvere problemi in

modo efficace, sono quelli che più facilmente sono stati trasmessi di generazione in generazione fino a oggi.

In modo analogo, affermano i teorici dell'evoluzione, la capacità di provare paura era, e in molti modi è ancora, adattiva. La paura metteva in guardia i nostri antenati nei confronti di pericoli, minacce e calamità in modo che potessero evitare o sfuggire ai problemi potenziali. Gli individui particolarmente sensibili ai pericoli, in cui la reazione alla paura era più pronta, avevano una maggiore probabilità di sopravvivere alle catastrofi, alle battaglie e ai pericoli in genere, e di riprodursi trasmettendo così i propri geni della paura. Naturalmente, nella realtà attuale, le pressioni sono più numerose, meno evidenti e più complesse di quelle passate, e condannano molti individui con questi geni a un'ondata di paura e allarme pressoché senza fine. In altre parole, i geni che aiutarono i loro progenitori a sopravvivere e a riprodursi potrebbero ora rendere alcuni individui particolarmente predisposti a reagire alla paura, a soffrire di disturbi di ansia o di problemi psicologici connessi.

Nell'ambito clinico, la prospettiva evolutiva è controversa ed è stata respinta da molti teorici. Imprecisa e talvolta impossibile da verificare, questa spiegazione richiede un atto di fede che molti scienziati considerano inaccettabile.

Infezioni virali e comportamento anormale. Un'altra possibile causa di anomalie nella struttura cerebrale o di una disfunzione biochimica sono le *infezioni virali*. La ricerca suggerisce ad esempio, come vedremo nel Capitolo 12, che la *schizofrenia*, un disturbo caratterizzato da visioni, allucinazioni o altri tipi di visioni distorte della realtà, potrebbe essere connessa all'esposizione a certi virus nell'infanzia o prima della nascita (Meyer et al., 2008; Shirts et al., 2007).

Grazie ad alcuni studi si è scoperto che durante la gravidanza le madri di individui schizofrenici avevano avuto l'influenza o erano entrate in contatto con virus di tipo influenzale. Queste e altre prove circostanziali suggeriscono che un virus potenzialmente pericoloso potrebbe penetrare nel cervello del feto e rimanere dormiente fino all'adolescenza o alla prima età adulta dell'individuo. In quella fase il virus può produrre i sintomi della schizofrenia. Nel corso dell'ultimo decennio i ricercatori hanno talvolta collegato le infezioni virali all'ansia e ai disturbi dell'umore come anche ai disturbi psicotici (Dale et al., 2004).

2.1.2 Trattamenti biologici

I medici di orientamento biologico, nel tentativo di comprendere il comportamento patologico, cercano alcuni indizi specifici. Nella famiglia del malato esistono dei precedenti di quel disturbo e vi è perciò una predisposizione genetica? (Nell'anamnesi di Philip viene detto che la madre era stata ricoverata una volta per depressione).

Il comportamento è causato da eventi che potrebbero aver avuto un effetto fisiologico? (Philip stava sorvegliando una bibita quando ha avuto un'esplosione di gelosia furiosa al ristorante).

I clinici, dopo aver identificato le cause fisiche della disfunzione, saranno in grado di scegliere un percorso terapeutico. I tre tipi principali di trattamento biologico attualmente più utilizzati oggi sono: la 1) *terapia farmacologica*; 2) la *terapia elettroconvulsiva* e 3) la *psicochirurgia*. La terapia farmacologica è di gran lunga il più comune di questi approcci.

Negli anni Cinquanta gli studiosi hanno scoperto molti **farmaci psicotropi** efficaci, sostanze che agiscono principalmente sulle emozioni e sui processi di pensiero. I farmaci hanno cambiato in modo rilevante il modo di considerare molti disturbi mentali e oggi sono utilizzati ampiamente sia da soli sia associati ad altre forme di cura. Tuttavia, la rivoluzione dei farmaci psicotropi è stata anche all'origine di notevoli problemi. Molte persone ritengono, ad esempio, che di questi farmaci si faccia un uso eccessivo. Inoltre, se occorre riconoscere che i farmaci sono efficaci in molti casi, essi tuttavia non sono sempre validi per tutti (si veda la **Figura 2.3**).

Farmaci psicotropi: medicinali che agiscono principalmente sul cervello e riducono molti sintomi delle disfunzioni cerebrali. Si dice sostanza psicotropa: 1) una sostanza chimica farmacologicamente attiva; 2) una sostanza dotata di azione psicotropa, ovvero capace di alterare l'attività mentale; 2) una sostanza in grado di indurre, in diverso grado, fenomeni di tolleranza, assuefazione e dipendenza attiva.

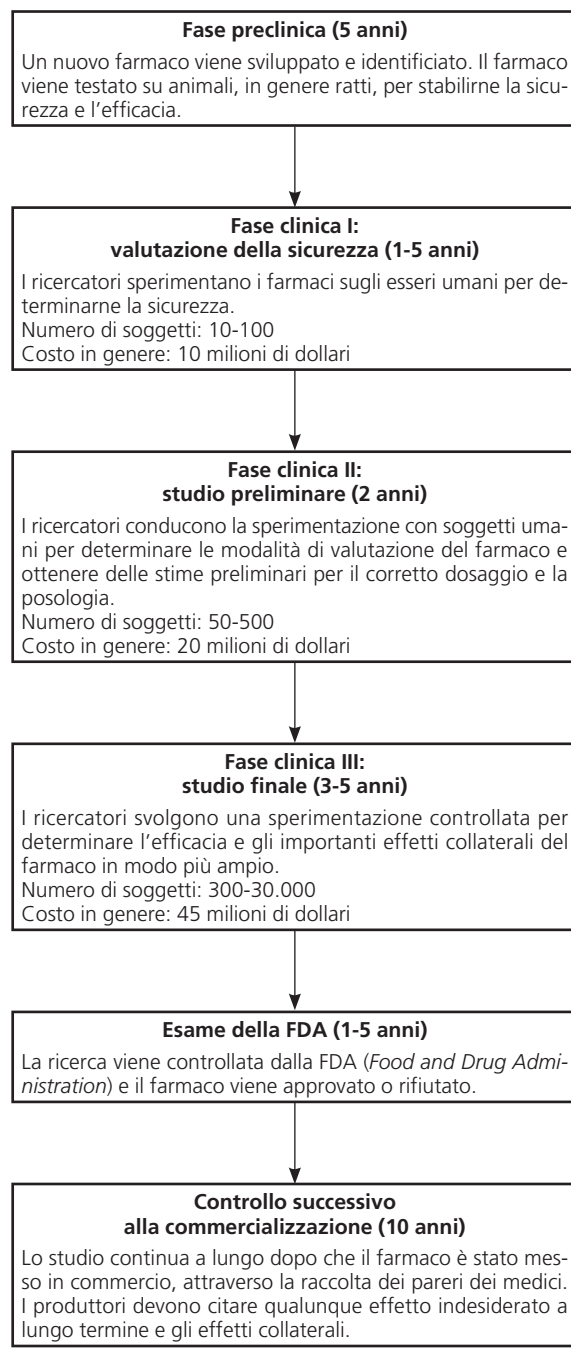
I farmaci psicotropi utilizzati nelle terapie appartengono a quattro gruppi principali: farmaci ansiolitici, farmaci antidepressivi, farmaci contro il disturbo bipolare e farmaci antipsicotici.

I farmaci *ansiolitici* aiutano a ridurre la tensione e l'ansia. Gli *antidepressivi* aiutano a migliorare l'umore delle persone depresse. I *farmaci contro il disturbo bipolare*, definiti anche *stabilizzatori dell'umore*, aiutano a rendere più stabile l'umore delle persone con un disturbo bipolare, una condizione caratterizzata da frequenti cambiamenti di umore, da fasi maniacali a fasi depressive. I *farmaci antipsicotici* aiutano a ridurre la confusione, le allucinazioni dei *disturbi psicotici*, disturbi (ad esempio la schizofrenia) caratterizzati da una perdita di contatto con la realtà.

Una seconda forma di trattamento biologico, usata soprattutto con i pazienti depressi è la **terapia elettroconvulsiva (TEC)** che consiste nell'applicare alla fronte del paziente due elettrodi che provocano il breve passaggio di una scarica elettrica da 65 a 140 volt nel cervello. La corrente provoca convulsioni che durano alcuni minuti. Dopo le sessioni di TEC, da sette a nove, effettuate

Figura 2.3 Iter precedente alla commercializzazione di un nuovo farmaco.

Negli Stati Uniti occorrono circa 14 anni e decine di milioni di dollari prima che un'azienda farmaceutica possa mettere in commercio un farmaco di recente scoperta. Prima della commercializzazione, l'azienda deve scrupolosamente seguire le tappe stabilite dalla legge (adattamento da Lemonick, Goldsteing, 2002; Zivin, 2000)



a distanza di due o tre giorni, molti pazienti si sentono notevolmente meno depressi. Il trattamento viene praticato ogni anno a decine di migliaia di persone depresse, soprattutto a quelle la cui malattia non risponde ad altre cure (Eschweiler et al., 2007; Pagnin et al., 2004).

Una terza forma di trattamento biologico è la **psicocirurgia** o **neurochirurgia**, ossia la chirurgia cerebrale per i disturbi mentali. Tale tecnica sembra avere una storia molto antica e risalire direttamente alla trefinazione, la pratica preistorica che consisteva nel praticare un foro nel cranio di una persona dal comportamento strano. Le pratiche moderne derivano da una tecnica risalente alla fine degli anni Trenta, sviluppata ad opera di un neuropsichiatra portoghese, Antonio de Egas Moniz. In quella tecnica, conosciuta come *lobotomia*, un chirurgo recideva i collegamenti tra i lobi frontali e le aree inferiori del cervello. I procedimenti attuali della psicocirurgia sono molto più sofisticati della lobotomia praticata nel passato. Nonostante ciò, sono considerati sperimentali e sono usati solo quando alcuni gravi disturbi perdurano da anni senza rispondere ad alcuna altra forma di cura (Sachdev, Chen, 2009).

Terapia elettroconvulsiva (TEC): tipo di trattamento biologico usato soprattutto con pazienti depressi in cui vengono provocate delle convulsioni quando una scarica elettrica passa attraverso gli elettrodi posti sulla fronte del paziente.

Psicocirurgia: chirurgia cerebrale per disturbi mentali, detta anche *neurochirurgia*.

2.1.3 Valutare il modello biologico, ovvero orientarsi nella relazione mente-cervello

Il modello biologico gode oggi di una notevole considerazione. La ricerca biologica produce costantemente nuove informazioni preziose e i trattamenti biologici spesso arrecano grande sollievo nei casi in cui altri approcci si sono rivelati inefficaci. Questo modello presenta, al contempo, dei limiti. Tra i suoi sostenitori, alcuni sembrano aspettarsi che il comportamento umano possa essere interamente spiegato in termini biologici e trattato esclusivamente con metodi biologici. Questa visione può limitare, anziché migliorare, la nostra comprensione del funzionamento psicopatologico, poiché la nostra vita mentale è il risultato di un'interazione di fattori biologici e ambientali, ed è importante comprendere questa interazione più che concentrarsi in modo esclusivo sulle variabili biologiche.

Un altro limite consiste nel fatto che molti trattamenti biologici odierni comportano significativi effetti collaterali. Alcuni farmaci antipsicotici, ad esempio, possono produrre problemi nel movimento come grave tremolio, strane contrazioni muscolari del viso e del corpo ed

estrema irrequietezza; ovviamente si tratta di problemi che devono essere affrontati e valutati confrontandoli con i vantaggi forniti dai farmaci.

La domanda di fondo è quindi: l'eziologia della malattia mentale è da rintracciarsi nella mente o nel cervello? Il trattamento della malattia mentale dovrebbe essere somatico o psicologico/psicoterapico? Il problema maggiore nel dibattito tra queste correnti di pensiero contrapposte è rintracciabile in questi stessi interrogativi. Non è una questione di «aut-aut» bensì di «vel-vel». Come ci ricorda John Nemiah nel 1961:

Per una comprensione funzionale dell'essere umano, talvolta è il linguaggio della psicologia e talvolta quella della fisiologica e della biochimica ad essere più appropriato; e, quando siamo fortunati, possiamo occasionalmente intravedere le complesse interazioni tra questi due modi del discorso (Nemiah, 1961, p. 9).

I modelli strettamente biologisti e quelli rigidamente psicologisti sono entrambi colpevoli di riduzionismo limitante. Uno scienziato che, a questo proposito, ha fatto scoperte fondamentali in questo ambito è Eric Kandel. Con le sue parole: «Quello che concepiamo come la nostra mente è un'espressione del funzionamento del nostro cervello» (Kandel, 1979, p. 1037). In una serie di esperimenti effettuati sulla lumaca marina *Aplysia*, Kandel (1979, 1983) ha dimostrato come le esperienze con l'ambiente alterino l'efficacia funzionale dei contatti sinaptici modulando il flusso di calcio nelle terminazioni presinaptiche (Gabbard, 1994). Conseguentemente, i disturbi di natura psicologica si riflettono necessariamente in cambiamenti delle funzioni neuronali e sinaptiche. I fattori ambientali, così come quelli genetici e costituzionali, insieme con gli agenti infettivi o tossici, moduleranno la mente a livello del suo funzionamento cerebrale.

TRA LE RIGHE

Eric Richard Kandel

Eric Richard Kandel (Vienna, 7 novembre 1929) è un neurologo, psichiatra e neuroscienziato austriaco. Professore di biofisica e biochimica presso la Columbia University dal 1974, è uno dei maggiori neuroscienziati del secolo appena trascorso. È il primo psichiatra americano ad aver vinto il Premio Nobel per la medicina (nel 2000), conseguito per le sue ricerche sulle basi fisiologiche della conservazione della memoria nei neuroni, premio che condivide con i colleghi Arvid Carlsson e Paul Greengard. Kandel lavora alla Columbia University dal 1974.

Kandel nel 1979 dedusse considerazioni assai rilevanti sulle fondamenta biologiche dei trattamenti psicologici del disturbo mentale. Dal momento che l'espe-

rienza modifica il funzionamento cerebrale attraverso l'alterazione delle forze sinaptiche e la regolazione dell'espressione genetica, allora, dice Kandel:

è solo fintantoché le nostre parole portano dei cambiamenti nei cervelli di ognuno che l'intervento psicoterapico porta a un cambiamento nelle menti dei pazienti. In questa prospettiva, l'approccio biologico e quello psicologico sono legati tra di loro (1979, p. 1037).

Benché ormai oggi sia condiviso dai più l'idea dell'impossibilità di separare mente e cervello, è importante riconoscere che i due domini parlano linguaggi differenti. Il linguaggio della mente e quello del cervello sono legati a diversi modelli concettuali e anche a diversi livelli di astrazione. Lo psichiatra Gabbard si esprime così a questo proposito:

Il linguaggio della psicologia – nei suoi vari orientamenti – è il linguaggio della mente per eccellenza, ma non dovremmo permettere che la finalità semantica del comunicare oscuri la fondamentale origine di quel linguaggio nel cervello (Gabbard, 1994, p. 15).

E ancora:

Gran parte della polarizzazione tra la prospettiva biologica e quella psicologica nasce dalla scarsa comprensione della complessa relazione tra i fattori psicologici e neurobiologici nell'eziologia e nella patogenesi dei disturbi psicopatologici [...]. Si condivide ormai l'idea che i processi biochimici siano meccanismi di mediazione fisiologica piuttosto che agenti causali. I cambiamenti neurochimici e neuroanatomici del cervello possono essere correlati con un nesso causale alle influenze psicologiche dell'ambiente (psichico) e al significato attribuito a queste influenze [...] Come corollario di questo punto di vista gli interventi di tipo psicologico possono tradursi in un'alterazione permanente del funzionamento cerebrale (Gabbard, 1994, p. 16).

2.1.4 Un campo di frontiera

Negli ultimi anni si sta affermando soprattutto nel campo della ricerca una nuova disciplina di integrazione chiamata «Psico-neuro-immunologia».

Il termine Psiconeuroimmunologia è stato coniato nel 1975 da Robert Ader, direttore della divisione di medicina psicosociale e comportamentale dell'Università di Rochester a New York, per indicare un ambito disciplinare che studia i rapporti fra gli stati mentali e la fisiologia umana con particolare riferimento alla risposta immunitaria. Nel corso degli anni la psico-neuro-immunologia (PNI) si è evoluta e attualmente viene così definita:

«Disciplina scientifica che studia i rapporti di reciproca influenza fra sistema nervoso, sistema immunitario e sistema endocrino, nelle loro implicazioni fisiologiche e patologiche» definendosi come Psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI). L'implicazione fondamentale riguarda l'unitarietà dell'organismo umano, la sua unità psicobiologica non più postulata sulla base di convinzioni filosofiche o empirismi terapeutici, ma frutto della scoperta che comparti così diversi dell'organismo umano funzionano per mezzo delle stesse sostanze. Lo sviluppo delle moderne tecniche di indagine ha permesso di scoprire quelle molecole che, definite *neuropeptidi*, vengono prodotte dai tre principali sistemi del nostro organismo (nervoso, endocrino e immunitario). Grazie ad esse, questi tre grandi sistemi comunicano, al pari di veri e propri *network*, tra loro non in modo gerarchico ma, in realtà, in maniera bidirezionale e diffusa, formando così un vero e proprio *network* globale.

A oggi, le sempre crescenti scoperte su un altro fondamentale sistema per l'organismo umano, il sistema connettivo, impongono l'espansione dalla psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI) alla psico-neuro-endocrino-connettivo-immunologia (PNECI).

Sintesi

Il modello biologico

I teorici di orientamento biologico analizzano i processi biologici del funzionamento umano per spiegare il comportamento patologico ponendo l'accento sulle disfunzioni anatomiche o biochimiche del cervello e del corpo. Tali anomalie possono essere il risultato dell'eredità genetica, dell'evoluzione o di infezioni virali. I terapeuti di orientamento biologico usano metodi fisici e chimici per aiutare le persone ad affrontare i loro problemi psicologici. I metodi principali sono la terapia farmacologica, la terapia elettroconvulsiva e, in modo limitato, la psicotomia.

2.2

IL MODELLO PSICODINAMICO

Il *modello psicomodinamico* è il più antico e il più noto dei modelli psicologici moderni. I teorici di orientamento psicomodinamico ritengono che il comportamento di un individuo, normale o patologico, sia determinato in ampia misura da dimensioni psicologiche inconscie. Queste sono descritte come *dinamiche*, ossia interagenti l'una con l'altra, e da tale interazione avrebbero origine il comportamento, i pensieri e le emozioni. I conflitti tra queste dimensioni produrrebbero i sintomi psicopatologici (Luborsky et al., 2008).

I teorici psicomodinamici considererebbero Philip come un individuo vittima di conflitti e cercherebbero di analizzare le sue esperienze passate poiché, nella loro

visione, i conflitti psicologici sono connessi alle relazioni vissute e alle esperienze traumatiche che hanno avuto luogo nell'infanzia. Le teorie psicodinamiche si fondano su idee di tipo *deterministico*: nessun sintomo o comportamento è «accidentale» e tutti i comportamenti sono derivati da esperienze passate; perciò l'odio di Philip per la madre, il ricordo di lei come crudele e oppressiva, l'arrendevolezza del padre e la nascita del fratello, quando Philip aveva 10 anni, costituiscono dei fattori fondamentali per comprendere i suoi problemi attuali.

2.2.1 Come veniva spiegato il funzionamento normale e anormale da Freud?

Il modello psicodinamico fu formulato per la prima volta dal neurologo viennese Sigmund Freud (1856-1939) all'inizio del XX secolo. Dopo gli studi sull'ipnosi, Freud sviluppò il modello *psicoanalitico* per spiegare il funzionamento psicologico normale e anormale e creò un metodo di cura corrispondente, un approccio fondato sull'uso della parola chiamato anch'esso psicoanalisi.

TRA LE RIGHE

Piccole curiosità su Freud

Il costo di una seduta psicanalitica di Freud era di 20 dollari, che corrisponderebbero oggi a 160 dollari.

Per circa quarant'anni Freud curò i pazienti per 10 ore al giorno e per cinque o sei giorni alla settimana.

Quando Sigmund era piccolo, i genitori, per la sua intelligenza precoce, gli concedevano spesso dei privilegi rispetto ai fratelli, ad esempio, gli avevano dato una stanza personale, in cui poteva studiare da solo senza essere disturbato (Gay, 2006, 1999; Jacobs, 2003; Asimov, 1997; Schwartz, 1993).

2.2.2 Premessa epistemologica

La psicoanalisi non è una teoria intesa in senso proprio, tanto meno oggi la teoria elaborata da Freud, bensì un *metodo* che ha fondato una scienza, che si è sviluppata e che pertanto in un secolo è ormai evoluta e cambiata. La psicoanalisi di oggi non è più solamente quella di Freud.

L'evoluzione delle ipotesi e del metodo psicoanalitico non sminuiscono affatto i meriti del maestro viennese: se una scienza si sviluppa e cambia, è merito del suo fondatore, che ha gettato le basi di un metodo idoneo a far progredire la ricerca (Imbasciati, 2008, p. 52).

Nel 1922 Freud definisce così la psicoanalisi:

La psicoanalisi è 1) un procedimento per l'indagine dei processi psichici cui altrimenti sarebbe pressoché

impossibile accedere; 2) un metodo terapeutico basato su tale indagine per il trattamento dei disturbi nevrotici; 3) una serie di conoscenze psicologiche acquisite per questa via, che gradualmente si armonizzano e convergono in una nuova disciplina (Freud, 1922, p. 439).

La psicoanalisi quindi include tre dimensioni distinte seppur intersecate fra di loro: un metodo di osservazione, una terapia e un corpo di teorie di riferimento sul comportamento umano e sulla struttura della personalità.

Per concludere, tutte le teorie, in ogni scienza, cambiano e si evolvono se quella scienza ha le potenzialità per progredire: sono dunque definibili come ipotesi teoriche, necessarie per connettere i fatti osservati e per affinare il metodo e quindi permettere altre scoperte. In ogni scienza, se questa progredisce nel tempo, le teorie cambiano, e il metodo si affina (Imbasciati, 2008).

2.2.3 Cenni sulle ipotesi teoriche psicoanalitiche

In questa sezione intendiamo fornire in sintesi alcuni dei concetti di riferimento della scoperta e del metodo freudiano. Molti di essi hanno subito, come già ricordato, una complessa evoluzione nel corso del tempo e dello sviluppo della psicoanalisi.

I modelli principali della teoria classica freudiana si distinguono in 1) teoria topica e 2) teoria strutturale tripartita.

Il primo modello concepisce i sintomi come il risultato di ricordi rimossi di eventi e di idee. Freud ipotizzò che l'intervento psicoterapeutico potesse eliminare la **rimozione**, portando alla rievocazione dei ricordi. Di conseguenza, una dettagliata e precisa descrizione verbale dell'idea o dell'evento patogeno se ricordato e accompagnato da un intenso affetto avrebbe portato, secondo il maestro viennese, alla scomparsa del sintomo. Questo metodo *catartico*, conosciuto anche come *abreazione*, consiste nel far divenire conscio il ricordo patogeno inconscio.

Rimozione: è tra i principali concetti della psicoanalisi. In senso generale si può dire che la rimozione è un'operazione psichica che respinge (rimuove) nell'inconscio una rappresentazione legata a una pulsione.

Principio di costanza: l'apparato psichico tende a mantenere al livello più basso possibile l'eccitazione.

In questa fase, Freud pensa che l'apparato mentale sistemi e regoli l'energia psichica che può essere «quiescente» (in accordo con il **principio di costanza** di Fechner) oppure tendere alla «scarica». Il sentimento o l'emozione sono identificati con l'eccitazione energetica. Un risveglio di eccitazione emozionale associato a un'idea può essere affrontato in modi differenti. I pro-

cessi psichici «normali» prevedono l'azione motoria e l'espressione cosciente di tali emozioni. Tuttavia, se la quantità di energia psichica e le idee associate sono considerate una minaccia potenzialmente distruttiva per l'Io (in questa prima fase, l'Io era più o meno sinonimo di coscienza o di «sé cosciente»), allora possono essere affrontate con un meccanismo di difesa che serve per proteggere la coscienza per mezzo della produzione di una forma di dissociazione tra emozioni e idee, ovvero la *rimozione* (vedi anche la **Tabella 2.1**). Questo, secondo Freud, conduceva alla formazione del sintomo psicopatologico. Se la rimozione funziona, nella coscienza non rimane traccia dell'idea o del sentimento angoscioso ma una certa quantità di eccitazione emozionale rimane censurata o soffocata al di fuori della coscienza.

In questo modello i processi psicopatologici sono considerati come particolari processi di adattamento a uno squilibrio nell'apparato mentale che risulta da un carico intenso di energia affettiva associata a certi ricordi. Pertanto, in questa prima fase teorica, i sintomi del disturbo nervoso erano considerati conseguenza di un affetto rimosso o soffocato che non poteva essere affrontato con i normali processi di scarica energetica. Ad esempio, il braccio paralizzato di un giovane poteva essere il risultato del desiderio rimosso di colpire il padre. Secondo questo modello, il giovane avrebbe potuto recuperare l'uso del braccio entrando in contatto con il suo desiderio inconscio, verbalizzandolo ed esprimendo la propria rabbia nei confronti del padre.

Questo primo modello suddivide l'apparato psichico in tre sistemi: *Conscio*, *Inconscio* e *Preconscio*.

Il *Conscio* è la coscienza comunemente intesa. Il *Preconscio* è l'insieme dei processi e dei contenuti attualmente non presenti alla coscienza ma che possono diventarli, anche senza l'intervento del soggetto. Entrambi questi sistemi sono governati da un punto di vista metapsicologico dal **processo secondario** e dal **principio di realtà**. L'*Inconscio* è il deposito delle rappresentazioni e dei contenuti rimossi che non hanno potuto accedere alla coscienza. I contenuti sono rappresentati dalle **pulsioni**, regolati dal **processo primario** (condensazione e spostamento) e dal principio di piacere. Inoltre, sono impediti nel loro tentativo di accedere alla forma cosciente dalla **censura**.

Senza entrare nel dettaglio è importante sottolineare infine che Freud in questa fase distinse tra le *psiconevrosi* (o *neuropsicosi*) e le *nevrosi attuali*. Le psiconevrosi assumono due forme principali, l'isteria e le nevrosi ossessive. Le nevrosi attuali invece sono distinte in nevrosi e nevrosi d'ansia. La differenza sostanziale tra le nevrosi attuali e le psiconevrosi consiste nel fatto che nelle prime i sintomi sono considerati come manifestazioni di fattori sessuali attuali *fisici* (ad esempio un accumulo di tensione provocato da astinenza o irritazione sessuale frustrata), piuttosto che psicologici.

Processo secondario: è un modo di funzionamento dell'apparato psichico che caratterizza il sistema Preconscio e Conscio; prevede un differimento della scarica psichica con differimento della gratificazione. L'energia è controllata e il suo fluire non è libero.

Principio di realtà: regola i processi secondari che sono modificazioni dei processi primari. Con le parole di Freud: «[con il processo secondario] non è più stato rappresentato quanto era piacevole ma ciò che è reale anche se doveva risultare spiacevole» (Freud, 1911, p. 454).

Pulsione: è un concetto limite tra lo psichico e il somatico ed è da intendersi come il rappresentante psichico degli stimoli che traggono origine dall'interno del corpo e pervengono alla psiche: una misura delle operazioni che sono richieste alla sfera psichica in forza della connessione con quella corporea (Freud, 1915). In altre parole, è l'eccitazione di tipo somatico che promuove i processi psichici, premendo sull'individuo e spingendolo a sviluppare quei comportamenti che permettono una scarica della tensione provocata dalla spinta pulsionale. Freud usò il termine «*Trieb*», che nel linguaggio corrente tedesco ha molteplici e generici significati, ipotizzando che le tendenze (*trieb*, appunto) riscontrate nel comportamento umano fossero originate da cariche di energia biologica di origine somatica. La pulsione avrebbe pertanto, in comune con gli istinti, un'origine biologica. Le pulsioni si svilupperebbero in maniera plastica, con un'economia idonea a dare soddisfazione e a scaricare la carica di energia somatica. Il concetto fu definito da Freud stesso come «psicobiologico».

Processo primario: è la caratteristica del sistema Inconscio ed è rappresentato dal libero fluire dell'energia psichica da una rappresentazione all'altra: ne consegue la tendenza all'immediata gratificazione. Di questo principio sono caratteristici il fenomeno della «condensazione» ovvero dell'unione di diverse rappresentazioni in una sola e dello «spostamento» ovvero del meccanismo in base al quale i sentimenti legati ad una rappresentazione psichica vengono spostati su un'altra emotivamente neutra per il soggetto.

Censura: è il meccanismo psichico che agisce per proteggere la coscienza affinché i desideri, minacciosi, non diventino consapevoli per il soggetto.

Il secondo modello freudiano, definito teoria strutturale tripartita, viene teorizzato nel 1923 nel volume *l'Io e l'Es* in cui Freud suddivide l'apparato psichico in tre istanze: l'*Io*, l'*Es* e il *Super-Io*. Nel modello strutturale che soppiantò la teoria topica, l'*Io* è considerato distinto dalle pulsioni istintuali. L'aspetto cosciente dell'*Io* è l'organo esecutivo della psiche, responsabile del prendere le decisioni e dell'integrazione dei dati percettivi. L'aspetto inconscio dell'*Io* attiva i meccanismi di difesa (vedi

Tabella 2.1), come la rimozione, necessari a contrastare le potenti pulsioni istintive che governano l'Es, precisamente la sessualità (libido) e l'aggressività.

L'Es è un'istanza intrapsichica totalmente inconscia tesa solamente allo scarico della tensione pulsionale. L'Es è controllato sia dagli aspetti inconscio dell'Io sia dalla terza istanza del modello strutturale, il Super-Io.

Il *Super-Io* è essenzialmente inconscio ma alcuni aspetti di esso accedono alla coscienza. Questa istanza

incorpora la coscienza morale e l'ideale dell'Io: la prima *proscrive* (ovvero detta che cosa la persona non deve fare in base all'interiorizzazione dei valori genitoriali e sociali), la seconda *prescrive* (ovvero detta cosa la persona deve fare o come deve essere). Il Super-Io tende ad essere più sensibile agli sforzi dell'Es ed è pertanto più immerso nell'inconscio di quanto non lo sia l'Io (Gabbard, 1994).

In questa teoria il mondo intrapsichico è concettualiz-

Tabella 2.1 I meccanismi di difesa.

DIFESE PRIMARIE	
<p><i>Il ritiro primitivo</i> Il ritiro psicologico in un diverso stato di coscienza è una risposta autoprotettiva che si osserva in persone che si sottraggono a stimolazioni esterne, sostituendo gli stimoli del proprio mondo interiore alle tensioni esercitate dal mondo esterno.</p>	<p><i>La proiezione</i> L'individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress attribuendo ad altri i propri sentimenti, impulsi o pensieri non riconosciuti e non riconoscibili, rinnegandoli inconsciamente. Si rimanda al paragrafo 2.2.8.</p>
<p><i>Il diniego</i> Attraverso questo meccanismo il soggetto affronta conflitti o fonti di stress rifiutando inconsciamente il riconoscimento dell'esperienza dolorosa. L'esempio più lampante dell'uso del diniego è la maniacalità. In uno stato maniacale, infatti, le persone possono denegare le proprie limitazioni fisiche, la necessità di dormire, le emergenze finanziarie, le debolezze personali e via dicendo.</p>	<p><i>L'introiezione</i> L'introiezione è il processo per cui si considera proveniente dall'interno qualcosa che è in realtà esterno. Nelle sue forme benigne equivale all'identificazione primitiva che il bambino fa con altre persone importanti del suo ambiente esterno. Nelle sue forme più problematiche, esso è un meccanismo assai distruttivo. L'esempio più noto di introiezione patologica implica quel processo che è stato definito come «identificazione con l'aggressore». Per una disanima più dettagliata si rimanda al testo di McWilliams (1994, p. 130).</p>
<p><i>Il controllo onnipotente</i> L'individuo risponde a conflitti o fonti di stress agendo come se detenesse un controllo superiore sulle altre persone o come se possedesse speciali poteri o capacità; attraverso il controllo onnipotente il soggetto fa esperienza delle situazioni e delle relazioni come frutto e risultato del suo illimitato potere.</p>	<p><i>L'identificazione proiettiva</i> L'individuo proietta su qualcuno esterno a lui un affetto o un impulso inaccettabile o troppo doloroso come se fosse realmente l'altro ad aver dato origine a tale affetto o impulso. Si rimanda al paragrafo 2.2.8.</p>
<p><i>L'idealizzazione</i> L'individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress attribuendo qualità esageratamente positive a se stesso o agli altri. Di solito questo meccanismo ha lo scopo di fornire una gratificazione al soggetto e, al contempo, funziona come protezione da sentimenti di impotenza e di poco valore che egli inconsciamente prova. L'idealizzazione dell'altro, parimenti, realizza una sorta di «travaso» di importanza sull'oggetto esterno preservando di esso un'immagine «depurata» dai sentimenti, dai pensieri e dagli impulsi negativi.</p>	<p><i>La scissione</i> L'individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress considerando se stesso o gli altri come completamente buoni o cattivi non riuscendo a mettere insieme né a integrare le specificità positive e negative di sé e degli altri. Si rimanda al paragrafo 2.2.8.</p>
<p><i>La svalutazione</i> L'individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress attribuendo caratteristiche esageratamente negative a se stesso o agli altri. Questo meccanismo ha spesso la funzione di difendere il soggetto dalla consapevolezza dei desideri o dalla delusione per desideri non appagati. La svalutazione di sé e dell'altro esprime inconsciamente un senso di vulnerabilità, vergogna e mancanza di valore che l'individuo sperimenta quando esprime i propri desideri e contatta i propri bisogni.</p>	<p><i>La dissociazione</i> L'individuo risponde a conflitti o fonti di stress attraverso un'alterazione temporanea delle funzioni integrative della coscienza o dell'identità. L'idea o l'affetto troppo dolorosi restano inconsci, ma al tempo stesso si esprimono attraverso un'alterazione dello stato di coscienza.</p>

DIFFESE SECONDARIE	
<p>La rimozione È quell'operazione psichica che respinge (rimuove) nell'inconscio una rappresentazione legata a una pulsione. Questo meccanismo protegge la persona dalla consapevolezza di ciò che sta provando o ha provato in passato: in altre parole, se da un lato la dimensione emotiva è chiaramente percepita e presente, l'aspetto cognitivo (il ricordo) rimane al di fuori della coscienza.</p>	<p>Il volgersi contro il sé Questo meccanismo indica lo spostamento di un affetto o di un atteggiamento negativo che un individuo fa da un oggetto esterno verso il Sé con la percezione inconscia che questo processo conferisca un maggiore controllo delle situazioni disturbanti per il Sé. L'uso sistematico di questa difesa si ritrova nelle personalità depressive.</p>
<p>La regressione È quel meccanismo di difesa attraverso il quale l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress ritornando temporaneamente a uno stadio evolutivo precedente.</p>	<p>Lo spostamento L'individuo risponde a conflitti o fonti di stress generalizzando o indirizzando su un oggetto, di solito avvertito come meno minaccioso, un sentimento o una condotta originariamente indirizzata a un altro oggetto.</p>
<p>L'isolamento L'individuo risponde a conflitti o fonti di stress mostrandosi incapace di sperimentare al tempo stesso le componenti cognitive e quelle affettive di un'esperienza in quanto l'affetto e l'emozione vengono esclusi dalla consapevolezza.</p>	<p>La formazione reattiva L'individuo risponde a conflitti o fonti di stress sostituendo i propri pensieri o sentimenti sentiti da lui come inaccettabili o troppo dolorosi con comportamenti o sentimenti diametralmente opposti. Sostituendo i sentimenti originari con i loro opposti, il soggetto riesce a evitare i sentimenti di colpa per lui intollerabili da contattare e di conseguenza da gestire.</p>
<p>L'intellettualizzazione L'individuo risponde a conflitti o fonti di stress attraverso un uso eccessivo e rigido del pensiero astratto per evitare sentimenti ed emozioni dolore e disturbanti.</p>	<p>Il capovolgimento Con le parole della Mc Williams (1994, p. 154) il capovolgimento consiste «[in quella modalità] utilizzata per fronteggiare sentimenti che rappresentano una minaccia psicologica per il Sé creando uno scenario nel quale la propria posizione psichica passa da soggetto a oggetto e viceversa. Ad esempio se si percepisce che il desiderio di ricevere attenzione da qualcun altro è vergognoso o pericoloso, è possibile soddisfare in modo vicario i propri bisogni di dipendenza occupandosi di un'altra persona e identificandosi inconsciamente con la sua gratificazione».</p>
<p>La razionalizzazione Il meccanismo della razionalizzazione entra in gioco quando non riusciamo a raggiungere qualcosa che vogliamo e retrospettivamente affermiamo che non era poi alla fine così appagante o desiderabile.</p>	<p>L'acting out L'individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress agendo senza riflettere né preoccuparsi delle possibili conseguenze delle sue azioni: è una forma di espressione del comportamento incontrollato e implica spesso un comportamento dannoso o etero/autodistruttivo.</p>
<p>La moralizzazione È un meccanismo di difesa affine alla razionalizzazione. Dice Mc Williams (1994, p. 146): «Quando una persona razionalizza, cerca inconsciamente delle basi cognitivamente accettabili per il comportamento che ha intrapreso; quando moralizza invece cerca, sempre inconsciamente, di pensare che sia doveroso e giusto moralmente seguire quella linea di condotta».</p>	<p>La sessualizzazione Attraverso il meccanismo della sessualizzazione l'individuo connota sessualmente le esperienze con l'intento inconscio di convertire il terrore o la sofferenza per lui non tollerabile in eccitazione.</p>
<p>La comportamentizzazione La funzione di questo meccanismo di difesa è permettere a due condizioni psichiche in conflitto all'interno di un individuo di esistere senza creare confusione, sensi di colpa, vergogna o angoscia sul piano consapevole.</p>	<p>La sublimazione L'individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress incanalando sentimenti o impulsi potenzialmente pericolosi o disadattati in comportamenti socialmente accettabili. Ad esempio impulsi ostili e aggressivi possono essere sublimati attraverso la pratica di sport violenti come, ad esempio, la boxe o il karate.</p>
<p>L'annullamento «L'annullamento è lo sviluppo naturale del controllo onnipotente», ovvero ne è una versione più evoluta. Si tratta dello sforzo inconscio di controbilanciare un affetto e un'emozione, solitamente la vergogna o il senso di colpa, attraverso un atteggiamento o un comportamento che magicamente lo cancelli (Mc Williams, 1994, p. 149).</p>	

zato come un mondo in conflitto tra le tre istanze. Il Super-io, l'Io e l'Es combattono tra loro così come la sessualità e l'aggressività tendono a esprimersi e scaricarsi. Il conflitto tra le varie istanze provoca angoscia che deriva dalla trasformazione in ansia della pulsione libidica che viene quindi rimossa. Il meccanismo della formazione del sintomo nevrotico può essere così compreso: il conflitto provoca angoscia, la quale porta a una difesa che a sua volta è un compromesso tra l'Es e l'Io. Un sintomo pertanto, nel modello della teoria strutturale, è una formazione di compromesso che contemporaneamente difende dal desiderio che emerge dall'Es e soddisfa al contempo lo stesso desiderio in forma mascherata. Gabbard (1994, p. 29) offre un esempio illuminante a tal riguardo:

Un impiegato affetto da disturbo ossessivo-compulsivo era terribilmente preoccupato di poter avere un'esplosione di collera con il proprio superiore. Pensava di poter riuscire a controllare la propria rabbia deglutendo cento volte consecutivamente. Questo sintomo lo difendeva contro l'erompere della rabbia dell'Es, ma conteneva anche una forma attenuata di soddisfacimento del desiderio aggressivo nei confronti del principale: il processo di contare e deglutire infatti gli impediva di svolgere il proprio lavoro e così sfidava il capo ed esprimeva la sua indipendenza.

2.2.4 I meccanismi di difesa

I meccanismi di difesa sono delle operazioni psichiche che vengono utilizzate dall'individuo per due ordini di ragioni (McWilliams, 1994, p. 118): 1) evitare o comunque gestire qualche sentimento intenso e minaccioso, di solito l'angoscia, talvolta un dolore non affrontabile e altre esperienze emotive disorganizzanti per la persona; 2) mantenere l'autostima.

Vengono suddivise convenzionalmente in due grosse categorie: i meccanismi di difesa primari e i meccanismi di difesa secondari. Le difese primarie operano in modo globale e indifferenziato in tutta la dimensione sensoriale della persona, fondendo dimensioni cognitive, affettive e comportamentali, mentre quelle più evolute operano trasformazioni specifiche del sentimento, della sensazione, del comportamento o di una loro combinazione (McWilliams, 1994, p. 119).

Per essere definita primitiva, la difesa mostra due qualità specifiche e distintive: un mancato raggiungimento del principio di realtà e la mancata percezione della separatezza e della costanza di coloro che sono esterni al Sé; al contrario le difese secondarie contemplano il riconoscimento del principio di realtà e la possibilità di contattare la separatezza tra sé e l'altro e il mantenimento della costanza d'oggetto.

Seguendo la traccia di Nancy Mc Williams nel suo

Approfondimento

L'INCONSCIO PRIMA DI FREUD E CON FREUD

Prima che Freud pubblicasse nel 1915 *L'inconscio* alcuni filosofi avevano fatto riferimento a componenti inconse della vita psichica:

- Leibniz: esistono percezioni insensibili che non hanno mai raggiunto il livello della consapevolezza perché troppo sottili, ma che agiscono sul soggetto attraverso reali mutamenti dell'anima.
- Schopenhauer: la volontà è, per definizione, largamente inconscia. Essa rappresenta l'essenza noumenica del mondo. L'intelletto è solo un suo pallido servitore e la coscienza un suo prodotto tardivo.
- Friedrich Nietzsche: l'inconscio è la parte essenziale dell'individuo. È un'area di pensieri, emozioni e istinti caratterizzati da incoerenza e disordine. Tutta la nostra vita psichica è guidata dall'inconscio.

In questo contesto teorico precedente a Freud, l'inconscio assume progressivamente il ruolo centrale che, nella tradi-

zione precedente, era stato attribuito alla coscienza: è il luogo dell'irrazionale, sfugge al controllo dell'uomo ma, al contempo, è l'elemento fondante della natura umana.

I poeti e i filosofi hanno scoperto l'inconscio prima di me. Quello che io ho scoperto è il metodo scientifico con il quale l'inconscio può essere studiato (Freud, in occasione del suo 70° compleanno).

L'esperienza clinica con pazienti che non ricordano gli elementi traumatici del loro passato pone l'esigenza di postulare l'esistenza di una dimensione inconscia della psiche. L'inconscio freudiano è, dunque, inizialmente il frutto di un'esperienza concreta e di una necessità logica e in un secondo momento nasce e si sviluppa attraverso ipotesi e definizioni successive.

La prima definizione d'inconscio formulata da Freud risale al 1913: esistono rappresentazioni inconse che non sono conoscibili in modo diretto ma solo attraverso i loro deriva-

ti. Tutti i contenuti mentali non immediatamente presenti alla coscienza possono essere definiti inconsci (anche quelli latenti o preconschi).

Le definizioni successive sono quelle della Prima Topica (*La metapsicologia*, 1915-1917) nella quale si teorizzano tre diversi sistemi psichici: conscio, preconschio, inconscio. L'inconscio è il luogo del rimosso, in esso trovano spazio i contenuti psichici inaccettabili alla coscienza e che, di conseguenza, sono oggetto di rimozione. Nell'inconscio il movimento delle cariche affettive è libero e regolato dal Principio di piacere.

Nella Seconda Topica (*L'Io e l'Es*, 1922) Freud parla di tre diverse istanze psichiche: Io, Es, Super-Io, ciascuna con funzioni e caratteristiche proprie e comprese in un modello detto «strutturale». L'Es rappresenta il polo pulsionale e impersonale dell'apparato psichico, contiene impulsi primitivi, forze prerazionali, combinazioni di desideri, paure e fantasie ed è totalmente inconscio. L'Es cerca solo la gratificazione immediata, operando secondo il principio di piacere; è preverbale e si esprime con immagini e simboli, utilizzando funzioni afferenti a quello che Freud definisce «processo primario», cioè la modalità cognitiva primitiva, che sopravvive nel linguaggio dei sogni, delle battute umoristiche e delle allucinazioni.

Il Super-Io, solo in piccola parte conscio, è l'istanza critica che si contrappone all'Io; rappresenta la coscienza morale, esercita funzione di censura e di autosservazione e propone modelli ideali. Funziona secondo il principio di realtà e comprende gli ideali imposti dal mondo esterno (tabù, proibizioni, principi, regole).

L'Io è l'istanza, prevalentemente conscia, che assolve la funzione di controllo e armonizzazione tra gli stimoli interni ed esterni, comportandosi «precisamente alla maniera del rimosso»; Freud definisce l'Io come un insieme di funzioni che consentono all'individuo di adattarsi alle esigenze della vita, trovando modalità accettabili all'interno della famiglia prima e della società poi per gestire gli impulsi dell'Es. L'Io agisce secondo il principio di realtà ed è la sede del processo secondario del pensiero, che funziona secondo modalità cognitive sequenziali, logiche, orientate secondo la realtà; è «servo di due padroni», l'Es e la realtà esterna, ed è in parte conscio e in parte inconscio.

I due aspetti centrali dell'inconscio secondo Freud sono:

- Rimozione: l'inconscio è il luogo del rimosso. I contenuti inconsci sono stati oggetto di rimozione primaria o secondaria.
- Pulsione: l'inconscio è il luogo delle pulsioni. L'affetto, nell'inconscio, non è legato ad alcuna rappresentazione. La pulsione precede l'oggetto.

Tra i successori di Freud che maggiormente contribuirono all'analisi del concetto d'inconscio, ricordiamo:

- Melanie Klein (1882-1960): l'inconscio è una dimensione dinamica nella quale preesistono oggetti indipendenti dagli apporti percettivi del mondo esterno. Lo sviluppo

avviene attraverso la progressiva elaborazione delle relazioni con questi primitivi e inconsci oggetti interni.

- Wilfred Bion (1897-1979): l'inconscio è una metabolizzazione di esperienze psichiche regolate, nella dinamica relazionale tra madre e bambino, dal modello contenitore-contenuto e il cui adeguato funzionamento è ciò che consente lo sviluppo della mente e del pensiero.
- Ronald Fairbairn (1889-1964): l'inconscio è un teatro privato dove vivono personaggi costruiti sulla base dell'interiorizzazione delle prime relazioni oggettuali. La libido non si definisce come ricerca del piacere, ma dell'oggetto.
- Donald Winnicott (1896-1971): la mente infantile si sviluppa secondo una dinamica di riconoscimento e scoperta dell'oggetto (madre) che è, contemporaneamente, frutto di una relazione reale e prodotto della creatività del soggetto.

Gli aspetti centrali degli approcci teorici di questi autori post-freudiani sono:

- Relazione: l'inconscio si sviluppa soggettivamente, ma all'interno di un contesto relazionale. La vita psichica si organizza attorno al rapporto con l'oggetto reale o fantastico.
- Dialettica inconscio-sé: l'inconscio trae alimento dalla vita affettiva e dalle prime esperienze relazionali, a partire dalle quali costruisce continuamente il senso di identità personale e la propria modalità di interazione col mondo esterno.

Gli approcci teorici successivi a Freud pongono l'accento non tanto sulla fase di sviluppo non interamente superata o sulle difese egoiche predominanti, quanto piuttosto su quelli che sono stati gli oggetti più importanti nel mondo del bambino, sul modo in cui sono stati percepiti, o su come tali oggetti e alcuni loro aspetti sono stati interiorizzati e infine su come le loro immagini e rappresentazioni interne agiscono nella vita inconscia dell'adulto. L'opera di Freud non è incompatibile con tali sviluppi teorici, anzi ne è arricchita: l'interesse dedicato da Freud agli oggetti infantili, nella loro realtà e nella percezione del bambino, traspare nel concetto di «romanzo familiare», nel riconoscimento di quanto possa essere diversa la fase edipica per il bambino a seconda della personalità dei genitori, e anche nella crescente attenzione prestata ai fattori relazionali nel trattamento.

A metà del ventesimo secolo, la teoria delle relazioni oggettuali è affiancata da nuovi sviluppi proposti da alcuni terapeuti statunitensi che si autodefiniscono psicanalisti interpersonali (Harry Sullivan, Erich Fromm, Karen Horney).

Essi pongono l'accento sulla natura interiorizzata delle relazioni oggettuali precoci, tendendo a dare meno importanza alla persistenza d'immagini inconscie degli oggetti primari e di loro aspetti.

Sul piano terapeutico, la relazione emotiva fra paziente e terapeuta è considerata il fattore curativo più vitale, posizione condivisa dai clinici contemporanei.

testo del 1994 «La diagnosi psicoanalitica», qui di seguito proponiamo un elenco di alcuni dei principali meccanismi di difesa (suddivisi in primari e secondari) con una loro breve definizione (si veda la **Tabella 2.1**).

2.2.5 Gli aspetti adattivi dell'Io

L'aspetto adattivo dell'Io per la psiche è fondamentale, ma non è limitato alle sue operazioni difensive. Un autore, noto esponente della psicologia dell'Io, Heinz Hartmann, ha posto l'attenzione sull'esistenza di una «sfera dell'Io libera da conflitti» (1939) che si sviluppa indipendentemente dai conflitti e dalle forze dell'Es. Dato un «probabile ambiente medio», certe funzioni dell'Io presenti alla nascita possono crescere senza essere ostacolate da alcun conflitto. Queste includono, tra le altre, il pensiero, l'apprendimento, la percezione, il controllo motorio, il linguaggio.

Attualmente si pensa che le funzioni adattive dell'Io includano: l'esame di realtà; il controllo degli impulsi; i processi di pensiero; il giudizio; il funzionamento sinte-tico-interpretativo; la padronanza delle competenze (Gabbard, 1994, p. 32).

2.2.6 Fasi dello sviluppo genetico delle pulsioni

Dal momento che, come abbiamo visto, le pulsioni sono un'entità al confine tra il somatico e lo psichico e hanno la loro fonte dell'organismo, lo sviluppo del corpo comporta di conseguenza uno sviluppo del funzionamento pulsionale. Questo sviluppo passa attraverso le cosiddette *fasi o stadi* che segnano l'evoluzione della libido. Per affrontare il discorso sulle fasi è importante definire il concetto di zona erogena. Con le parole di Freud «questa è una zona della pelle o della mucosa nella quale le stimolazioni di un certo tipo provocano una sensazione di piacere di qualità determinata» (Freud, 1905, p. 493).

Freud avanzò l'idea che a ogni fase dello sviluppo, dall'infanzia alla maturità, gli individui si trovino ad affrontare eventi nuovi che necessitano un adattamento di Es, Io e Super-Io. Se l'adattamento ha successo, conduce a una crescita personale; se invece fallisce, l'individuo può *fissarsi*, o rimanere fermo, a una fase iniziale dello sviluppo. In questo caso i vari sviluppi successivi possono essere bloccati e l'individuo potrà nel futuro presentare un funzionamento patologico. La descrizione delle fasi dello sviluppo delle pulsioni è descritta da Freud nei «Tre saggi sulla sessualità» del 1905. Qui di seguito le presentiamo brevemente:

1. *fase orale*: dura circa un anno, il primo della nascita. La zona erogena è la bocca, la gratificazione è data dalla suzione e dall'incorporazione;
2. *fase sadico- anale*: si estende dal secondo al terzo anno circa. Caratteristiche di questa fase sono l'ambivalenza e la bisessualità che si manifesta come opposi-

zione di due termini, passivo e attivo. La zona erogena privilegiata è l'ano, la gratificazione libidica si ha con la defezione che produce nel bambino una forma di eccitazione della mucosa intestinale;

TRA LE RIGHE

Il complesso di Edipo

La fase fallica è fondamentale per Freud poiché si sviluppa ciò che egli definisce Complesso Edipico che è una fase essenziale per lo sviluppo della personalità e per le deviazioni psicopatologiche che ne possono derivare. Il complesso Edipico conosce nella fase fallica il suo culmine e il suo tramonto all'inizio della fase di latenza. Senza voler essere esaustivi, in sintesi, l'essenza di questo complesso consiste nel fatto che il bambino desidera possedere la madre fisicamente e sostituirsi al padre che è il suo modello invidiato; il padre diventa così il suo rivale che egli desidera eliminare. I divieti a questo complesso sono espressi dalla minaccia di castrazione che introduce il bambino al periodo di latenza. La paura della castrazione fa tramontare il complesso edipico. Al contrario, nella bambina, l'evoluzione del complesso edipico è diversa perché l'oggetto amato continua a essere la madre ma nel momento in cui ella si accorge di non avere il pene imputa in fantasia alla madre la responsabilità di questa mancanza e si rivolge al padre come colui che la potrà risarcire. Per questo motivo, si può affermare che nella bambina la paura della castrazione – alla contrario di ciò che succede nel bambino – fa nascere il complesso edipico.

3. *fase fallica*: dura fino ai cinque anni circa. La zona erogena è il pene per il bambino e il clitoride per la femmina. Le tensioni vengono scaricate con la masturbazione. L'organo che si può riconoscere però è soltanto il pene; ciò implica, secondo Freud, il sorgere della paura della castrazione (per la femmina, invece, l'invidia del pene) e instaura la polarità fallico-castrato.
4. *periodo di latenza*: va dal quinto-sesto anno di vita fino alla pubertà e comprende l'arresto e la soppressione dell'attività sessuale da parte del bambino. È dovuto all'azione della rimozione ed è determinato dall'organizzazione sociale. In questo periodo nascono i sentimenti di tipo morale, estetico e del pudore. Esso è consolidato dall'azione del Super-Io e definisce l'opposizione psichica interna tra civilizzazione e libertà pulsionale.
5. *fase genitale*: è quella in cui si forma l'organizzazione pulsionale sotto il predominio della zona genitale. La gratificazione si raggiunge attraverso il coito. Comporta la riattivazione delle relazioni oggettuali della fasi precedenti (fra cui il complesso edipico). Tale situazione produce conflitto a causa delle inibizioni che si sono ormai instaurate nel periodo di latenza. Con la fase genitale la libido viene assoggettata alla riproduzione.

2.2.7 Contributi dell'innovazione freudiana

In estrema sintesi ci sembra importante riassumere in tre punti il valore e il senso dell'innovazione della teoria freudiana (Blandino, 1996).

La prima novità portata dal pensiero di Freud è data dall'aver mostrato che la parte inconscia della personalità è quella più importante, mentre la coscienza – un grande mito di tutta la filosofia idealista dell'Ottocento – non è altro che un epifenomeno dell'inconscio, un aspetto di assai minore rilevanza all'interno della struttura psichica.

La seconda novità fondamentale è che, secondo Freud, tutti gli aspetti del funzionamento della mente umana possono essere compresi scientificamente. Ciò era già stato intuito da filosofi, scienziati, letterati e artisti nel corso dei secoli; Freud ha sistematizzato questa conoscenza connotandola in senso empirico, elaborandola e fondandola in sede clinica. La psicoanalisi, nelle intenzioni del suo fondatore, è lo strumento che ci permette di conoscere e modificare la mente. In altre parole, egli ha messo a punto una vera e propria metodologia di indagine su ciò che l'uomo non conosce di se stesso e quindi, da questo punto di vista, come abbiamo già ricordato prima, la psicoanalisi è strumento di ricerca e intervento insieme.

Infine, la scoperta dell'inconscio ha una precisa valenza epistemologica, poiché Freud oltre a evidenziare i limiti umani ha messo in dubbio che la nostra stessa mente sia in gran parte inadeguata come strumento di conoscenza del mondo e di noi stessi.

2.2.8 La teoria delle relazioni oggettuali

Ci è parso utile per un percorso, seppur sintetico nel mondo psicoanalitico, una breve panoramica di alcuni dei principali sviluppi successivi a Freud.

Un passaggio teorico fondamentale all'interno della corpus teorico psicoanalitico lo dobbiamo allo sviluppo di una corrente di pensiero detta psicoanalisi delle relazioni oggettuali. Secondo la teoria delle pulsioni l'obiettivo primario del bambino è la scarica della pressione istintuale, sotto la spinta delle pulsioni in un'ottica che è squisitamente intrapsichica. Al contrario, la teoria delle relazioni oggettuali (nella persona della psicoanalista Melanie Klein (1882-1960) che viene unanimemente considerata la fondatrice di questa teoria) sostiene che le pulsioni emergono nel contesto di una relazione (la diade madre-bambino) e non possono mai essere separate da questa. Alcuni teorici, addirittura, hanno sostenuto che le pulsioni inneschino le reazioni principalmente per cercare la relazione con l'altro e non per la scarica delle pulsioni (vedi, ad esempio, lo psicoanalista Ronald Fairbairn; si veda il suo testo «Studi psicoanalitici sulla personalità» del 1952).

Con le parole di Gabbard:

La teoria delle relazioni oggettuali implica la trasformazione delle relazioni interpersonali in rappresentazioni interiorizzate di relazioni (Gabbard, 1994, p. 35).

I neonati, nel corso del loro sviluppo, non interiorizzano semplicemente una persona, piuttosto interiorizzando l'intera relazione con la persona. Il prototipo di questa relazione interiorizzata è l'esperienza dell'allattamento: questa può essere sia positiva (la madre attenta e sintonizzata, il neonato allattato e l'esperienza del piacere e della sazietà); viceversa, essa può anche essere negativa (il neonato frustrato, la madre disattenta o poco disponibile e un'esperienza emotiva di rabbia e terrore). Entrambe le esperienze vengono interiorizzate come due insiemi di relazioni oggettuali e consistono in una rappresentazione del Sé, in una rappresentazione dell'oggetto e in un affetto che li collega. Di conseguenza, la teoria delle relazioni oggettuali concepisce il conflitto in maniera differente dalla teoria freudiana della pulsioni. Esso viene inteso non tanto come una lotta tra un impulso e una difesa quanto piuttosto come lo scontro tra copie contrapposte di unità interne di relazioni oggettuali interiorizzate. In sintesi, diverse rappresentazioni del Sé, dell'oggetto e degli affetti a loro legati possono in qualunque momento essere tra loro in competizione per ottenere la posizione centrale all'interno del mondo intrapsichico delle relazioni oggettuali (Gabbard, 1994).

TRA LE RIGHE

Analisi di un bambino

La ricaduta di un pensiero clinico di questo tipo a livello di teoria della tecnica è ben osservabile nel testo di Melanie Klein (1961), *Analisi di un bambino*, pubblicata da Bollati Boringhieri nel 1971.

Elenchiamo qui di seguito alcuni dei concetti principali del pensiero kleiniano.

Fantasia

Melanie Klein afferma che: «Niente che sia esistito nell'inconscio arriva mai a perdere completamente la sua influenza sulla personalità e [...] otterremo una visione più completa del modo in cui la nostra mente, le nostre abitudini, le nostre opinioni si sono andate formando a partire dalle primissime fantasie ed emozioni infantili, fino ad arrivare alle manifestazioni adulte più complesse ed elaborate» (Klein, 1959, pp. 32-33). Le fantasie inconse, sottolinea uno psicoanalista kleiniano come Hinshelwood (1989), sottostanno a ogni processo mentale e accompagnano tutte le attività mentali. In altre parole, la fantasia è l'espressione mentale degli istinti ma anche delle attività di difesa che l'Io mette in campo per opporsi agli impulsi istintuali.

Approfondimento

ALCUNI CONCETTI DI TEORIA DELLA TECNICA FREUDIANA

Senza l'intento di essere esaustivi, presentiamo qui di seguito un breve glossario di alcuni dei principali concetti di teoria della tecnica freudiana.

La **libera associazione** è una tecnica psicoanalitica in cui il paziente descrive durante le sedute di analisi ogni pensiero, sentimento o immagine che si presenta alla sua mente, pur se gli appare irrilevante. La libera associazione consiste nella verbalizzazione dei pensieri, delle emozioni, dei ricordi che giungono alla mente liberamente, senza vergogna, né razionalizzazione, né intellettualizzazione. Ciò faciliterebbe l'emersione del rimosso, la rielaborazione e la presa di coscienza del conflitto.

La **neutralità** è un aspetto della teoria della tecnica psicoanalitica assai frainteso (Gabbard, 1994, p. 88). La neutralità non implica affatto un distacco emotivo. Viene definita come l'assunzione da parte del terapeuta di una posizione non giudicante di fronte al mondo intrapsichico del paziente ovvero equidistante dall'Io, dall'Es e dal Super-Io e, parimenti, dalle richieste della realtà esterna. Greenberg (1986) definisce la neutralità come una posizione equidistante tra un oggetto arcaico del passato del paziente e il nuovo oggetto attuale rappresentato dal clinico.

La **resistenza** riguarda quelle forze e quegli elementi che nel paziente si oppongono al processo terapeutico. La resistenza è sempre presente in ogni trattamento accompagnandolo durante tutto il suo decorso ed è principalmente un tentativo di evitare dolore e angoscia; essa è diretta contro il sentimento di essere piccolo, impotente, dipendente, escluso, distruttivo e così via. In sintesi, si può dire che la resistenza è diretta contro gli affetti. Di conseguenza nessun cambiamento è possibile senza un lavoro sulle resistenze. Esse si manifestano, per l'appunto, proprio durante il processo terapeutico e si esprimono nella difficoltà a sentirsi a proprio agio, di esprimersi senza difese e di fare libere associazioni. Rycroft (1968) definisce la resistenza come «l'opposizione che si incontra durante il trattamento psicoanalitico al processo di rendere consci i processi inconsci».

La **coazione a ripetere** è un concetto spesso richiamato per spiegare il fenomeno generale della resistenza al cambiamento psichico in terapia. La coazione a ripetere è quel fenomeno per cui un individuo continua a ripetere azioni penose e spiacevoli a proprio danno. Freud aveva osservato

tali fenomeni nelle nevrosi da trauma, nel transfert analitico, nei giochi infantili e in alcuni meccanismi biologici elementari.

Il **transfert** è il trasferimento verso l'analista di sentimenti provati nei confronti di figure importanti della vita del paziente, passata o presente. Con le parole di Freud (1901, p. 396): «la traslazione (transfert) è riedizione, copia degli impulsi, delle fantasie che devono essere risvegliati e resi consci durante il processo dell'analisi in cui però – e questo è il loro carattere peculiare – a una persona della storia precedente è sostituita la persona dell'analista».

Il **sogno** è definito da Freud la «via regia verso l'inconscio». Egli pensava che, poiché la repressione e gli altri meccanismi di difesa sono meno attivi durante il sonno, i sogni, se interpretati in modo corretto, possono rivelare istinti, bisogni e desideri profondi. Freud distinse il contenuto onirico in manifesto e latente. Il *contenuto manifesto* è il sogno ricordato in modo conscio, mentre il *contenuto latente* è il suo significato simbolico. I due aspetti essenziali del lavoro del sogno sono la formazione di un desiderio onirico modificato e la rappresentazione del soddisfacimento o della gratificazione di questo desiderio in modo tale che esso sia capace di divenire cosciente come una percezione cioè come un'allucinazione del soddisfacimento camuffato del desiderio onirico. Il lavoro del sogno è reso necessario dalla attività della censura che difende il sonno; la censura agisce per proteggere la coscienza perché i desideri che, in qualche modo potrebbero emergere durante il sogno, non diventino consapevoli. L'attività della censura durante il sonno è nota come censura del sogno e si esprime in vari modi, ad esempio attraverso il processo di simbolizzazione del lavoro del sogno. La simbolizzazione consiste in un camuffamento del desiderio istintuale ed è influenzata in modo potente dai processi primari. I simboli sono particolarmente utili nel corso della formazione del sogno a causa della loro ambiguità e della molteplicità dei loro possibili significati.

Il lavoro del clinico nell'interpretazione di un sogno consiste nella traduzione del contenuto manifesto (inteso come ciò che si presenta alla memoria del soggetto dopo il sonno e che ha una sua coerenza, seppur spesso scollegato tra le sue parti, confuso e apparentemente privo di significato) in contenuto latente.

Oggetto

Per oggetto si intende ciò verso cui è diretta l'azione o il desiderio della persona: l'oggetto è ciò che il soggetto ricerca, ciò di cui ha bisogno per ottenere la gratificazione istintuale.

C'è da precisare, però, che quando parliamo di oggetti dobbiamo sempre ricordarci che ci riferiamo a «cose

mentali», ovvero l'oggetto è una componente della rappresentazione mentale di un istinto.

Come abbiamo visto, nella fantasia inconscia c'è una rappresentazione della relazione tra il Sé e l'oggetto: tale relazione è all'interno della nostra mente. L'oggetto, nella teoria delle relazioni oggettuali, è fantasticato come fosse dotato di impulsi propri (buoni o cattivi). Ad

esempio, se il lattante piange perché sente la fame e la madre non è immediatamente disponibile, egli sentirà queste sensazioni e questo dolore come se fosse indotto da qualche oggetto interno vissuto come cattivo, che in realtà non esiste, ma è un fantasma inconscia che si sviluppa a partire da una sensazione corporea, dolorosa e persecutoria. L'oggetto cattivo viene esternalizzato e il soggetto vivrà una sensazione di persecutorietà. L'oggetto cattivo entra in conflitto con quello buono, che è il suo opposto, e si costituisce attraverso sensazioni corporee positive che fanno pensare che l'oggetto sia amoro- vole e abbia intenzioni benevole nei propri confronti. L'oggetto buono è un oggetto che rappresenta mentalmente la sensazione di un bisogno soddisfatto ed è il nucleo centrale dell'Io che è fondato sulla soddisfazione e sull'appagamento.

Per arrivare a costituire una mente stabile e sufficientemente fiduciosa nelle potenzialità del Sé e delle relazioni con gli altri è necessario aver potuto introiettare e conservare un oggetto buono nel corso del proprio sviluppo psichico. Quando l'introiezione non è stabile, si perde l'oggetto buono, o esso entra in conflitto con quello cattivo, la persona entra in uno stato di insicurezza e di angoscia che caratterizza la situazione schizoparanoide (vedi sotto).

Posizione schizoparanoide

La posizione è una modalità di relazione oltre che una costellazione di angosce, difese e impulsi che il bambino sviluppa. Il principale testo in cui Melanie Klein definisce le caratteristiche della posizione schizoparanoide è il testo del 1946 «Note su alcuni meccanismi schizoidi».

Cercando di essere il più chiari e sintetici possibili, la Klein parte dall'idea che il neonato fantastichi l'assenza dell'oggetto (ad esempio: il seno che lo allatta tarda ad arrivare ed egli sperimenta sensazioni di pericolo, di angoscia e financo di morte) come il fatto che la madre lo stia offrendo a un rivale, ad esempio al padre, al fratello, e così via.

Tali sentimenti infantili sussistono però per tutta la vita, sono attivi in qualunque relazione di dipendenza emotiva e sono particolarmente evidenti nei momenti di crisi e di angoscia. L'angoscia che sperimenta il bambino non è solo quella di non essere soddisfatto e di essere lasciato solo, ma di essere lasciato solo con il terrore, ovvero con l'oggetto cattivo e persecutorio. Il timore è quello della morte e del dolore espresso nella fantasia del bambino, morte e dolore che possono distruggerci nell'assenza della persona buona (la madre dei primi anni di vita). Dice la Saltzberger-Wittenberg: «Il bambino [in questa posizione] non può distinguere tra esperienze interne ed esterne cosicché, qualunque siano le sue fantasie, ritiene che abbiano effetti sulla madre esterna nonché sulla rappresentazione di essa nella mente e nel corpo del bambino» (Saltzberger-Wittenberg, 1970, pp.

62-63). Nella posizione schizoparanoide predomina anche il meccanismo della scissione e della frammentazione, oltreché quello della proiezione.

Per concludere, il soddisfacimento degli impulsi libidici del bambino crea dunque oggetti interni buoni che diventano fonti di aiuto e piacere, mentre il non soddisfacimento dei desideri crea oggetti cattivi che diventano fonte di ostilità, paranoia e sofferenza. L'odio e la distruttività del bambino dominato dall'oggetto cattivo sono intesi, nella concezione kleiniana, come innati e la frustrazione è solamente il motore che li rende espliciti ed evidenti.

La sensazione della frustrazione nella posizione schizoparanoide è percepita dal bambino in modo assoluto: egli infatti non possiede il concetto del tempo o dell'esistenza di oggetti nel tempo. Ciò, dice la Saltzberger-Wittenberg, «conferisce all'esperienza una qualità di "adesso o mai più", "ora o per sempre"» (Saltzberger-Wittenberg, 1970, p. 63). In altre parole, il bambino vive una sensazione di fantasia onnipotente sia quando è abitato dall'oggetto buono sia quando lo è dall'oggetto cattivo e persecutorio. Una madre attenta e sintonizzata, ma non onnipotente, frustrerà necessariamente in parte le aspettative onnipotenti del neonato che metterà in atto meccanismi di scissione e di proiezione; in altre parole, il neonato non può tollerare il bisogno e l'angoscia di essere separato dall'oggetto «madre» e oscilla costantemente tra una posizione di integrazione (oggetto buono) e una di disintegrazione (oggetto cattivo). Il bambino non è ancora in grado di tenere dentro di sé la rappresentazione dell'oggetto buono quando questo è assente, e quindi non può tollerare l'assenza e la lontananza; egli non si può rendere conto che l'oggetto (mamma) è sempre lo stesso e non è buono, se presente, e cattivo quando assente, ma piuttosto è lui stesso che si sente appagato quando l'oggetto è presente o angosciato quando è assente. La possibilità di riconoscere l'oggetto separato da sé comporterà l'accesso alla posizione depressiva.

In estrema sintesi si può affermare che la posizione schizoparanoide è un meccanismo di sopravvivenza che il neonato adotta in quanto la sua mente, ancora fragile e debole, non può fare fronte in altro modo alle angosce primitive cui egli è esposto.

Posizione depressiva

Se nella posizione schizoparanoide le angosce sono centrate sulla paura per il Sé e per la propria sopravvivenza, le angosce depressive sono incentrate sulla preoccupazione per l'oggetto nella paura di averlo danneggiato. La posizione depressiva metterà in gioco dimensione psichiche fondamentali quali la colpa, il lutto e la riparazione.

La Klein descrive così la posizione depressiva:

Secondo la mia ipotesi nel 5-6 mese di vita il bambino incomincia a temere il danno che i suoi impulsi

distruttivi e la sua avidità possono causare ai suoi oggetti amati perché ancora non può fare distinzione tra i suoi desideri, i suoi impulsi e i loro effetti reali. Egli si sente colpevole e desidera ardentemente conservare quegli oggetti e riparare il danno causato [con la propria fantasia]. L'angoscia assume un carattere prevalentemente depressivo e ho notato che le emozioni che la accompagnano e le difese che insorgono contro di esse fanno parte dello sviluppo normale e costituiscono quella che ho denominato «posizione depressiva» (Klein, 1959, p. 21).

Per accedere alla posizione depressiva bisogna aver superato le emozioni di invidia, avidità e aver elaborato e trasformato i meccanismi di scissione e proiezione che dominavano la fase precedente.

Nella posizione depressiva il bambino si accorge che l'oggetto che veniva considerato buono nella presenza e cattivo nell'assenza in realtà è sempre lo stesso oggetto. Non è quindi l'oggetto ad essere buono o cattivo ma che è il bambino che prova sentimenti diversi di piacere o di frustrazione a seconda della presenza o dell'assenza dell'oggetto. Questo comporta che la strada è aperta per la possibilità di pensare la propria ambivalenza e quella dell'oggetto, ovvero che la madre è un oggetto intero. La paura di aver danneggiato con la propria invidia e distruttività tipica della fase schizoparanoide l'oggetto (madre), cioè colui che dà la sopravvivenza, fa sì che si sviluppi il senso di colpa, che permetterà al bambino di proteggere l'oggetto. Con le parole della Klein:

il senso di colpa dà origine al bisogno imperioso di riparare, di preservare o di ridare vita all'oggetto d'amore leso e questo rende più profondi i sentimenti d'amore e favorisce le relazioni oggettuali (Klein, 1959, p. 455).

In estrema sintesi, l'acquisizione della posizione depressiva che dà origine allo sviluppo di un'autentica e sana capacità relazionale è possibile solamente se il bambino si riappropria della propria distruttività (ovvero se viene modulata la necessità di scindere e di attaccare l'oggetto): in tal modo l'oggetto non è più fantasticato come persecutorio per il Sé. In altre parole, l'accesso alla posizione depressiva è la possibilità di accedere alla realtà, ai propri e altrui limiti, alla propria finitezza e alle emozioni di amore e gratitudine. Questo è il senso del lutto che ci consente di vivere la realtà e di poter apprendere da essa.

Gabbard (1994) sintetizza il valore profondo delle teorizzazioni della Klein, così come le abbiamo brevemente esposte, pur riconoscendone e criticandone l'eccessiva attenzione alla fantasia che minimizza l'influenza delle persone e dell'ambiente psichico reali. Rifacendosi allo psicoanalista Ogden, Gabbard (1994, p. 38) afferma:

La brillante concettualizzazione delle posizioni schizoparanoide e depressiva ha un valore clinico straordinario soprattutto se consideriamo queste due posizioni come due modalità di generare l'esperienza che sono attive per l'intero corso della vita e che creano una dialettica nella mente piuttosto che semplici fasi evolutive che devono essere attraversate e poi superate.

2.2.9 I meccanismi di difesa principali secondo la teorizzazione della Klein della scuola della relazioni oggettuali

Scissione

È il meccanismo psichico inconscio che separa attivamente gli uni dagli altri i sentimenti contraddittori, le rappresentazioni del Sé dell'altro. Questi vengono separati in buono e cattivi e collocati in settori della mente isolati e sicuri, liberi dalla contaminazione reciproca. La Klein aveva individuato questo meccanismo, come abbiamo già visto, quale meccanismo di elezione della sopravvivenza emotiva dei primi mesi di vita caratterizzata dalla posizione schizoparanoide.

Identificazione proiettiva

L'identificazione proiettiva è un meccanismo trifasico in cui gli aspetti propri vengono separati, disconosciuti e attribuiti all'altro. A questo proposito lo psicoanalista Sandler afferma che:

il soggetto [che utilizza l'identificazione proiettiva] può liberarsi di quanto non gli piace di se stesso e, controllando l'oggetto, può inconsciamente credere di controllare gli aspetti non desiderati e proiettati del Sé [che vengono attribuiti all'altro] (Sandler, 1987, p. 39).

Diniego

Il diniego è un misconoscimento diretto di dati sensoriali angosciosi e traumatici per il soggetto. Mentre la rimozione è utilizzata generalmente come difesa da impulsi o desideri interni, il diniego è una difesa dalla realtà del mondo esterno quando questa viene sentita come insopportabilmente disturbante.

2.2.10 Cenni sulla psicoanalisi degli Indipendenti Britannici

Nello sviluppo delle concezioni psicoanalitiche, uno spazio di rilievo viene assunto dal movimento degli Indipendenti Britannici. Questo fu un gruppo di psicoanalisti che, a seguito di un aspro dibattito tra le posizioni teoriche di Melanie Klein e di Anna Freud all'interno della società britannica di psicoanalisi negli anni Trenta e Quaranta, non prese posizione e dimostrò una forma di indipendenza di pensiero e di pratica clinica che poggiava le basi su alcuni assunti fondamentali.

A questo gruppo appartenevano analisti prestigiosi del calibro di Winnicott, Balint, Fairbairn, Heimann, Little, Guntrip.

Anche se ci sono differenze sostanziali nella teoria e nella pratica clinica di ciascuno di essi, vengono ciononostante raggruppati insieme sotto il nome di «Scuola Britannica» delle relazioni oggettuali poiché condivisero alcune importanti tematiche. Come ci ricorda con chiarezza Franco Borgogno nella prefazione al testo di Eric Rayner «Gli Indipendenti nella psicoanalisi britannica» (1995):

Il denominatore fondamentale di questi analisti è stato la massima importanza attribuita al ruolo degli oggetti reali nella nascita e nell'evoluzione della vita psichica e, coerentemente, all'osservazione e studio, nella relazione mentale tra paziente e analista.

In altre parole, sempre Borgogno, sottolinea che:

[gli Indipendenti britannici] non hanno per nulla abbandonato il classico metodo di analisi inaugurato da Freud e arricchito dalla Klein, basato – come si sa – sull'esplorazione della fantasia inconscia, ma l'hanno caratterizzato, o meglio, orientato in modo diverso, assegnando alla qualità degli oggetti e alle loro proposte interattive un peso sostanziale nella costituzione dell'inconscio, della realtà psichica e del pensiero. Le relazioni interpersonali nell'intrapsichico, quelle assimilate e anche non assimilate, sono quindi divenute progressivamente l'obiettivo peculiare della loro indagine, piuttosto che i contenuti storici dell'inconscio o i modi in cui il paziente creerebbe il mondo a partire innanzitutto dalla sua dotazione di impulsi inata (Borgogno, 1995, p. XV).

In estrema sintesi, diventa cruciale il concetto di «ambiente psichico» inteso non solo come

fattore correttivo e mitigante che modifica, le spinte pulsionali, fantasie precoci, angosce e difese, bensì come un fattore fondante che le crea, le induce, certamente le attiva oltre che genericamente influenzarle e modellarle. Ha in sostanza una gamma di funzioni che concorrono non solo a nutrire, sostenere, contenere e rispecchiare, trasformare la vita psichica, ma ad attivarla e disattivarla (Borgogno, 1995, p. XVI).

Nell'ottica degli Indipendenti, i genitori reali non offrono solo significati e modelli interazionali, che operano nell'evoluzione della personalità del bambino; piuttosto trasmettono complessi e sottostanti segnali affettivi in parte inconsci che favoriscono o meno specifici livelli di esperienza psicologica orientando e guidando il loro futuro essere nel mondo.

Ancora Borgogno:

il concetto di ambiente psichico quindi diventa un ambito che pone in prima linea il bisogno di relazione e di sicurezza, di intimità e di riconoscimento, di esplorazione e individuazione e che avvalorava al massimo la realizzazione della specificità affettiva e mentale di ogni individuo e non considera soltanto le spinte pulsionali e le fantasie inconscie (Borgogno, 1995, p. XVII).

Come ci ricorda Gabbard (1994), questi studiosi sono in gran parte concordi sulla necessità di elaborare una teoria del *deficit* oltre che di una teoria del conflitto per poter giungere a una nuova comprensione psicoanalitica completa dell'essere umano. Secondo questi autori, la genesi della psicopatologia non si origina principalmente dal conflitto generato dall'impossibilità di soddisfare adeguatamente le pulsioni, ma da una situazione di carenza o deficit (che lo precede e ne condiziona l'insorgenza) e quindi le origini cruciali della patologia sono ricercate nelle relazioni d'oggetto reali esterne. I traumi infantili sono considerati come conseguenza di diverse forme di perdita di intimità affettiva reale con i genitori. Non è *tout court* accantonata la teoria del conflitto, ma viene semmai posto l'accento sul fatto che l'essere umano è più conflittuale proprio in quelle aree di esperienza in cui ha accusato delle privazioni o dei deficit: se, ad esempio, entrare in relazione con altre persone significative nell'esperienza soggettiva di un individuo implica ed evoca subire rifiuto e sofferenza, qualsiasi risposta relazionale emotivamente intensa viene soffocata per aumentare il senso di sicurezza data dalla familiarità, benché in tal modo si accresca l'angoscia di vivere una situazione di isolamento psicologico penoso.

Il modello relazionale che propongono questi autori risposa sul presupposto che i modelli ripetitivi nell'ambito dell'esperienza umana non derivano tanto, come nel modello pulsionale, dalla ricerca di gratificazione di spinte o piacere interne, ma da una tendenza diffusa a conservare la continuità, i legami la familiarità con il mondo personale di ciascuno. Con le parole di Mitchell:

Esiste un desiderio potente di conservare un senso di sé duraturo associato ad altri individui con un posto preciso in termini di relazione legato a una matrice fatta da altre persone, in termini di transazioni reali e di presenze interne [...] non c'è «Sé» autentico in senso psicologico nell'isolamento, al di fuori di una matrice di relazione con gli altri (Mitchell, 1993, p. 32).

I disturbi delle relazioni precoci deformano gravemente le relazioni successive in modo pervasivo e rigido. Si può in conclusione affermare che la carenza evolu-

tiva che porta a varie forme di psicopatologia futura non è forse tanto da ricercare in quella di un'ideale gratificazione di pulsioni e desideri, ma piuttosto in quella di uno spazio per l'affermazione e il riconoscimento reciproco tra soggettività differenziate (la madre e il bambino nei primi anni di vita), di identificazione autentica dei bisogni e dei desideri più intimi dell'altro.

Sintesi

Il modello psicodinamico

I teorici di orientamento psicodinamico ritengono che il comportamento di un individuo, normale o anormale, derivi dall'interazione di forze psicologiche inconscie e che i conflitti psicologici abbiano origine nelle relazioni e nelle esperienze traumatiche vissute dal bambino nel rapporto con i genitori durante l'infanzia. Questo modello è stato sviluppato inizialmente da Freud, secondo il quale dall'interazione di tre forze dinamiche (Es, Io e Super-Io) derivano il pensiero, i sentimenti e il comportamento. Altre teorie psicodinamiche sono la teoria dell'Io e la teoria della relazione oggettiva in tutte le loro declinazioni e orientamenti moderni e contemporanei. I terapeuti psicodinamici pongono l'attenzione sull'indagine dei traumi precoci e dei conflitti interiori che ne derivano attraverso una serie di tecniche, ad esempio la libera associazione, l'interpretazione della resistenza, del transfert e dei sogni.

2.3

IL MODELLO COMPORAMENTISTA

I teorici comportamentisti, come i teorici psicodinamici, pensano che le nostre azioni siano determinate in ampia parte dalle nostre esperienze, ma il *modello comportamentista* si concentra sui *comportamenti*, ossia sulle risposte che un organismo dà al suo ambiente. I comportamenti possono essere esterni (andare a lavorare, ad esempio) o interni (provare una sensazione, pensare). Le spiegazioni e le cure dei teorici comportamentisti si fondano sui *principi dell'apprendimento*, i processi tramite i quali questi comportamenti cambiano in risposta all'ambiente.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Siamo modellati e rimodellati dalle persone che ci amano» François Mauriac.

Molti comportamenti appresi ci aiutano ad affrontare i cambiamenti quotidiani e a condurre una vita felice e attiva, ma è possibile apprendere anche dei comportamenti anormali. I comportamentisti, se dovessero spie-

gare i problemi di Philip, lo considererebbero forse un uomo che ha ricevuto un «addestramento» inadeguato: ha appreso cioè dei comportamenti che offendono gli altri e ripetutamente lo danneggiano.

Il modello comportamentista, a differenza del modello psicodinamico che affonda le sue radici nel lavoro clinico dei medici, ha avuto origine nei laboratori in cui gli psicologi conducevano esperimenti sul **condizionamento**, una forma di apprendimento elementare. Negli esperimenti, gli studiosi manipolavano gli *stimoli* e le *ricompense*, poi osservavano come le loro manipolazioni condizionavano le risposte dei partecipanti alla ricerca.

TRA LE RIGHE

Lo vedo e lo faccio

Alcune manifestazioni del comportamento anormale possono essere spiegate attraverso il modellamento. Uno studio molto noto di Albert Bandura e dei suoi collaboratori (1963) ha dimostrato che i bambini maltrattano un pupazzo se vedono che questo stesso comportamento è tenuto dagli adulti. Infatti, i bambini non esposti al modello degli adulti non maltrattano il pupazzo.

Nel corso degli anni Cinquanta, molti clinici erano delusi dal carattere vago e indefinito del modello psicodinamico; alcuni perciò iniziarono ad applicare i principi dell'apprendimento allo studio e al trattamento dei problemi psicologici e i loro sforzi diedero origine al modello comportamentista dell'anormalità.

Condizionamento: forma di apprendimento elementare.

Condizionamento operante: processo di apprendimento in cui un comportamento che produce effetti soddisfacenti ha maggiori probabilità di essere ripetuto.

Modellamento: processo di apprendimento in cui un individuo apprende le risposte osservando e imitando gli altri.

2.3.1 Come spiegano il funzionamento anormale i comportamentisti?

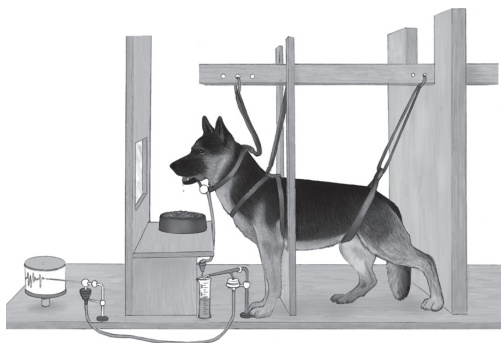
I teorici dell'apprendimento hanno identificato molte forme di condizionamento e ognuna di esse può produrre un comportamento anormale come anche un comportamento normale. Nel **condizionamento operante**, ad esempio, gli esseri umani e gli animali apprendono a comportarsi in certi modi poiché ricevono una *ricompensa*, ossia qualunque effetto soddisfacente, ogni volta che si comportano in un determinato modo. Nel **modellamento**, gli individui imparano le risposte semplicemente osservando altri individui e imitando i loro comportamenti.

In una terza forma di condizionamento, il **condizionamento classico**, l'apprendimento ha luogo attraverso l'*associazione temporale*. Quando due eventi si verificano più volte immediatamente l'uno dopo l'altro, si fondono nella mente di una persona che, in breve, risponde nello stesso modo a entrambi gli eventi. Se un evento produce una risposta caratterizzata dalla gioia, anche l'altra porterà la gioia; se un evento arreca una sensazione di sollievo, anche l'altra lo farà. Uno sguardo più attento a questa forma di condizionamento illustra come il modello comportamentista possa spiegare il funzionamento anormale.

Condizionamento classico: processo di apprendimento che ha luogo attraverso l'associazione temporale di due eventi che si verificano ripetutamente l'uno dopo l'altro e che, fondendosi nella mente di una persona, producono la stessa risposta.

Ivan Pavlov (1849-1936), famoso psicologo russo, dimostrò per la prima volta il condizionamento classico con esperimenti su animali. Egli pose una ciotola con cibo per animali davanti a un cane ed ebbe luogo la risposta naturale che tutti i cani hanno davanti al cibo: iniziano a salivare (si veda la **Figura 2.4**). Poi Pavlov fece un passo ulteriore: prima di presentare al cane la ciotola con il cibo, suonava un campanello. Dopo molte volte che il campanello veniva suonato prima di presentare la ciotola, Pavlov notò che il cane iniziava a salivare non appena sentiva il campanello: il cane aveva imparato a salivare in risposta al suono.

Figura 2.4 Lavorare per Pavlov. Nella macchina per l'esperimento di Pavlov, la saliva prodotta dal cane era raccolta in un tubo, e la quantità veniva registrata su un cilindro rotante. Lo sperimentatore osservava il cane attraverso una finestra con vetro unidirezionale.



Prima del condizionamento
SC: Suono Nessuna risposta
SI: Cibo RI: Salivazione

Dopo il condizionamento
SC: Suono RC: Salivazione
SI: Cibo RI: Salivazione

Nel vocabolario del condizionamento classico, in questo esperimento la carne viene definita *stimolo incondizionato* (SI) e scatena la *risposta incondizionata* (RI) della salivazione, ossia una risposta naturale che il cane possiede fin dalla nascita. Il suono del campanello è uno *stimolo condizionato* (SC), uno stimolo che precedentemente era neutro e che viene connesso alla carne nella mente del cane. In quanto tale, anch'esso produce la risposta della salivazione. Quando la risposta della salivazione viene prodotta dallo stimolo condizionato e non dallo stimolo incondizionato, viene chiamata *risposta condizionata* (RC).

Il condizionamento classico spiega molti comportamenti comuni. La gradevole sensazione che un ragazzo prova quando sente il profumo della sua ragazza, ad esempio, può rappresentare una risposta condizionata. Inizialmente, il profumo poteva forse avere un effetto emotivo trascurabile su di lui, ma poiché durante i vari incontri romantici sentiva sempre quella fragranza, essa ha finito per produrre come risposta una sensazione piacevole.

Attraverso il condizionamento classico possono essere acquisiti anche comportamenti anormali. Ad esempio, un ragazzino si spaventa sempre quando vede il massiccio pastore tedesco del vicino. Ogni volta che il ragazzino attraversa il cortile del vicino, il cane abbaia ferocemente, gli si lancia contro e viene fermato solo da una catena legata al portico. Visto il ripetersi di questa spiacevole situazione, i genitori del bambino non si stupiscono di scoprire che comincia ad avere paura dei cani, ma si meravigliano per un'altra grande paura manifestata dal bambino, la paura della sabbia. Non capiscono perché urla ogni volta che lo portano al mare e grida per la paura di sporcarsi di sabbia.

Da dove ha origine questa paura della sabbia? Dal condizionamento classico. Infatti, nel cortile dei vicini si trova un grande recipiente pieno di sabbia per i giochi del cane. Ogni volta che il cane abbaia e gli si scaglia contro, il bambino vede sempre anche la sabbiera. Dopo che questi due elementi appaiono contemporaneamente più volte, il bambino comincia ad avere paura della sabbia quanto ha paura del cane.

2.3.2 Terapie comportamentali

La terapia comportamentale tende a identificare i comportamenti che causano i problemi e poi cerca di sostituirli con altri più adeguati applicando i principi del condizionamento classico, del condizionamento operante o del modellamento (Wilson, 2008). Il terapeuta assume nei confronti del paziente il ruolo di colui che insegna più che di colui che guarisce.

I trattamenti del condizionamento classico, ad esempio, possono essere utilizzati per far cambiare le reazioni anormali a stimoli particolari. La **desensibilizzazione sistematica** è uno di questi metodi, applicato spesso nei casi di *fobia*, una paura specifica e irrazionale. In questo

percorso graduale, i pazienti apprendono a reagire in modo calmo invece di provare una paura intensa per gli oggetti o le situazioni che temono (Farmer, Chapman, 2008; Wolpe, 1997, 1995, 1990). Per prima cosa imparano tecniche di rilassamento nel corso di molte sedute; poi costruiscono una *gerarchia delle paure*, una lista di oggetti o situazioni temuti, iniziando con quelli meno temuti e terminando con quelli che generano maggiore paura. Questa è la lista compilata da un uomo che temeva le critiche, soprattutto quelle riguardanti il suo equilibrio psichico.

Desensibilizzazione sistematica: trattamento comportamentale in cui i pazienti con fobie imparano a reagire in modo calmo e non spaventandosi di fronte a oggetti o a situazioni che temono.

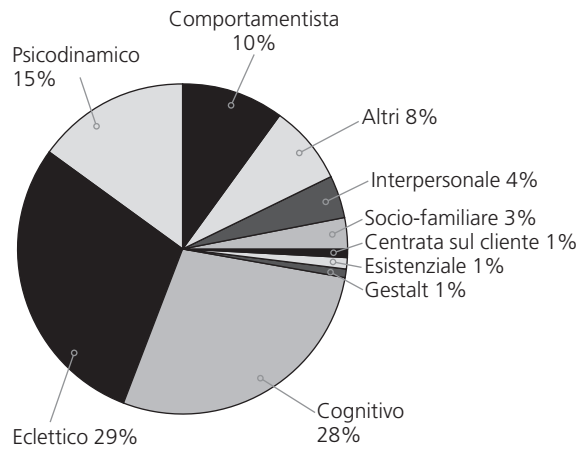
1. Un amico per strada: «Ciao, come va?»
 2. Un amico per strada: «Come ti senti in questo periodo?»
 3. La sorella: «Devi stare attento, altrimenti finirai in ospedale».
 4. Moglie: «Non dovresti bere birra quando prendi le medicine».
 5. Madre: «Cos'è successo? Non ti senti bene?»
 6. Moglie: «È tutta una tua impressione, è tutto nella tua testa».
 7. Addetto alla stazione di servizio: «Perché tremi?»
 8. Il vicino che gli chiede un rastrello: «Tutto bene con la gamba? Ti tremano le ginocchia».
 9. Collega di lavoro: «Com'è la tua pressione del sangue?»
 10. Addetto alla stazione di servizio: «Tremi un po', sei un po' strano o è successo qualcosa?»
- (Marquis, Morgan, 1968, p. 28).

Nella desensibilizzazione, i terapeuti chiedono poi ai pazienti di immaginare o di verificare effettivamente ogni elemento della lista quando sono in una situazione di rilassamento. Negli abbinamenti graduali degli elementi temuti e il rilassamento, i pazienti spostano gli elementi della lista fino a che riescono ad affrontare ciascun elemento senza provare paura. La ricerca ha mostrato, come vedremo nel Capitolo 4, che una desensibilizzazione sistematica e altre tecniche del condizionamento classico si rivelano efficaci nella terapia delle fobie (Buchanan, Houlihan, 2008).

2.3.3 Valutare il modello comportamentista

Il modello comportamentista ha assunto una notevole importanza nell'ambito clinico. Nel corso degli anni, sono state proposte svariate teorie comportamentali e sono state sviluppate molte tecniche di trattamento. Come è

Figura 2.5 Approcci clinici prevalenti negli Stati Uniti.



possibile vedere nella **Figura 2.5**, il 10% circa degli psicologi clinici negli Stati Uniti affermano oggi che il loro approccio è prevalentemente comportamentista (Prochaska, Norcross, 2007).

Forse il maggiore vantaggio del modello comportamentista è che può essere sperimentato in laboratorio, mentre non è possibile farlo in genere con le teorie psicodinamiche. I concetti di fondo dei comportamentisti (stimolo, risposta e ricompensa) possono essere osservati e misurati. Gli sperimentatori si sono, in effetti, serviti con successo dei concetti dell'apprendimento per produrre dei sintomi clinici nei partecipanti agli esperimenti di laboratorio, sulla base dell'ipotesi che i disturbi psicologici si sviluppino in modo del tutto identico. Inoltre, attraverso la ricerca si è scoperto che i trattamenti comportamentali possono aiutare le persone affette da paure particolari, da comportamenti compulsivi, deficit sociali, ritardo mentale e altri problemi (Wilson, 2008).

Al contempo, la ricerca ha rivelato anche i limiti del modello. I ricercatori di orientamento comportamentista hanno prodotto sintomi specifici nei partecipanti, ma è certo che quei sintomi siano acquisiti *abitualmente* in quel modo? Manca ancora una prova incontestabile sul fatto che la maggior parte delle persone con disturbi psicologici siano vittime di un condizionamento errato. Oltre al modello, hanno dei limiti anche le terapie comportamentali. I miglioramenti che si verificano nello studio del terapeuta non sempre vengono riscontrati anche nella vita reale e non necessariamente perdurano se la terapia viene interrotta.

Infine, alcuni critici ritengono che la visione comportamentista sia troppo semplicistica e che i suoi concetti non riescano a spiegare la complessità del comportamento. Nel 1977 Albert Bandura, eminente comporta-

mentista, sostenne che per sentirsi felici e comportarsi in modo adeguato occorre sviluppare un senso positivo di *autoefficacia*: ossia, le persone devono sapere di poter padroneggiare e attuare i comportamenti che occorrono, quando è necessario. Anche altri comportamentisti degli anni Sessanta e Settanta riconobbero che gli esseri umani assumono *comportamenti cognitivi*, come anticipare o interpretare: questi concetti fino ad allora erano stati ampiamente ignorati nella teoria e nella terapia comportamentale. Questi studiosi hanno sviluppato sia delle *spiegazioni cognitivo-comportamentali* che presero in maggiore considerazione i comportamenti cognitivi non evidenti (Meichenbaum, 1993; Goldiamond, 1965), sia delle *terapie cognitivo-comportamentali* per aiutare i pazienti a cambiare i comportamenti controproducenti e i modi di pensare disfunzionali. I teorici e i terapeuti cognitivo-comportamentali hanno stabilito un rapporto tra il modello comportamentista e il modello cognitivo, argomento che sarà affrontato nella sezione seguente.

Sintesi

Il modello comportamentista

I comportamentisti si concentrano sui comportamenti e sostengono che i comportamenti si sviluppano in accordo con i principi dell'apprendimento; ritengono inoltre che tutti i comportamenti, normali o disfunzionali, trovino spiegazione in tre tipi di condizionamento: il condizionamento classico, il condizionamento operante e il modellamento. L'obiettivo delle terapie comportamentali è identificare i comportamenti problematici del paziente e sostituirli con quelli più appropriati, usando tecniche fondate su uno o più principi di apprendimento. L'approccio basato sul condizionamento classico della desensibilizzazione sistematica, ad esempio, si è rivelato efficace nella cura delle fobie.

2.4 IL MODELLO COGNITIVO

Il modello cognitivo ha avuto origine nei primi anni Sessanta (Beck, 1967; Ellis, 1962); secondo tale modello una caratteristica tipica dell'uomo è quella di elaborare le informazioni costruendo delle rappresentazioni di sé, degli altri e del mondo. Tali rappresentazioni sono alla base dei processi cognitivi che comprendono interpretazioni, credenze, pensieri e comportamenti, a loro volta valutabili e modificabili. A partire dalle informazioni sensoriali ricevute e dai processi legati alla memoria autobiografica a lungo termine e al ragionamento di ordine superiore, l'individuo costruisce le proprie interpretazioni della realtà in forma di schemi cognitivi che influiranno sui suoi comportamenti rendendoli più o meno adattativi. Secondo questo approccio, il cambiamento sia emotivo sia comportamentale si originerebbe tramite il cambiamento

cognitivo: le persone affette da disturbi di tipo psicologico possono quindi affrontare, gestire e superare il disagio, le difficoltà e le problematiche sviluppando delle modalità di pensiero nuove, più funzionali e adattive.

2.4.1 Come spiegano il funzionamento patologico i teorici cognitivi?

Secondo gli esponenti del modello cognitivo *standard* la spiegazione di un funzionamento patologico è da rintracciarsi a livello cognitivo: credenze e pensieri distorti ed errati, infatti, costituiscono il prodotto di processi di elaborazione dell'informazione disfunzionali e irrazionali.

Nello studio della depressione, ad esempio, Beck e collaboratori (1979) hanno descritto i processi cognitivi che sostengono l'esperienza di sofferenza e dolore mentale ipotizzando alla base del disturbo l'esistenza di contenuti di pensiero, riguardanti sé, il mondo esterno e il futuro, deformati in senso pessimistico. Gli Autori hanno messo a punto una linea di intervento per questo disagio che poggia sulla correzione di questi e altri errori cognitivi. Questi ultimi, se non riconosciuti e adeguatamente modificati, possono progressivamente radicarsi e auto mantenersi creando l'esperienza di impotenza e dolore inevitabile, tipica della depressione (Beck, Weishaar, 2008; Beck, 2002, 1967).

2.4.2 Terapie cognitive

Il lavoro pionieristico di Aaron T. Beck (1967), che ha sviluppato la **terapia cognitivo-comportamentale standard (CBT)**, è stato notevolmente influenzato dalla terapia razionale-emotiva di Albert Ellis (1962). Quest'ultima, si focalizza esclusivamente sulle credenze patologiche e sulla loro confutazione con interventi diretti e psicopedagogici, considerando le emozioni, nella pratica clinica, come delle mere conseguenze della cognizione esplicita. La CBT proposta da Beck, invece, è meno direttiva e si focalizza sull'individuazione di modalità disfunzionali dei processi cognitivi che non permettono la confutazione spontanea delle credenze patologiche.

Terapia cognitiva: terapia sviluppata da Aaron Beck orientata a far acquisire al paziente una consapevolezza dei propri processi di pensiero erronei e a modificarli.

Tali Autori hanno quindi proposto un approccio alla psicopatologia basato sull'individuazione di credenze patologiche e pensieri automatici e sulla loro modificazione attraverso il riconoscimento e la confutazione su un piano logico e razionale. La terapia cognitivo-comportamentale utilizza inoltre tecniche comportamentali, incentrate sul riconoscimento di pensieri automatici legati a situazioni specifiche e sulla modifica di processi cognitivi disfunzionali e credenze irrazionali che si accom-

pagnano all'incremento del disagio emotivo, alimentando, in un circolo vizioso, convinzioni distorte e aspettative negative su di sé e sugli altri. Una delle conseguenze di tale meccanismo è proprio l'incapacità di regolare adeguatamente le emozioni e di monitorare i propri stati mentali, nonché di riflettere sugli stati mentali altrui.

È importante sottolineare che l'atteggiamento del terapeuta cognitivo non è tanto interpretativo delle credenze e delle rappresentazioni cognitive del paziente, quanto piuttosto cooperativo nell'incoraggiare un'esplorazione degli schemi prevalenti di significato e nel negoziare gli obiettivi della terapia. La creazione di una buona alleanza terapeutica è, infatti, fondamentale per concordare gli scopi dell'intervento e per assicurare il rispetto dei compiti stabiliti legati, ad esempio, all'esposizione graduale agli stimoli temuti, come avviene nel trattamento di fobie specifiche e disturbi di panico.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«La vita stessa resta sempre la terapia più efficace».
Karen Horney, *I nostri conflitti interni*, 1945.

2.4.3 Valutare il modello cognitivo

Il modello cognitivo ha trovato un vasto riscontro e negli ultimi decenni si è consolidato divenendo un forte paradigma concettuale sia per la ricerca sia per la terapia. Nel complesso, circa il 28% degli psicologi clinici negli Stati Uniti attuali definiscono cognitivo il loro approccio (Prochaska, Norcross, 2007).

Uno dei punti di forza di questo modello consiste nell'aver riportato al centro dell'attenzione i processi cognitivi quali mediatori delle risposte emotive e comportamentali dell'individuo e responsabili dell'adattamento o disadattamento all'ambiente.

Un ulteriore fattore che concorre alla sua validità è la ricerca empirica la quale, grazie a numerosi studi sperimentali volti a chiarire il ruolo dei meccanismi di distorsione cognitiva sottostanti i disturbi psicopatologici (Ingram et al., 2007), ha contribuito a mostrare l'efficacia di svariati protocolli di trattamento terapeutico. Infatti, i metodi e le tecniche della terapia cognitivo-comportamentale si sono dimostrati utili ed efficaci in una grande varietà di condizioni psicopatologiche (Beck, Weishaar, 2008), quali ad esempio i disturbi di personalità, l'abuso di sostanze, il disagio da dolore cronico, evidenziando la versatilità di questo tipo di procedure.

Tuttavia, il modello cognitivo standard ha riscontrato alcuni limiti che hanno costituito motivo di insoddisfazione tra i suoi esponenti. È stata rilevata la mancanza di unitarietà tra le teorie sul funzionamento mentale e sulla pratica clinica, nonché uno sbilanciamento nel focalizzare l'attenzione su razionalità e processi cognitivi esplici

e verbalizzabili, a discapito degli stati emotivi e dei meccanismi impliciti sostenuti dalle relazioni interpersonali.

A partire dagli anni Ottanta, infatti, il cognitivismo clinico ha conosciuto nuovi sviluppi che hanno contribuito a generare una *nuova ondata* di terapie cognitive attente in modo particolare al rapporto tra pensiero e dinamiche emozionali. Mentre la terapia cognitiva standard, in particolare la Rational-Emotive Therapy (RET, Ellis, Dryden, 2007), mirava a modificare le credenze patologiche intervenendo indirettamente sulle emozioni quali conseguenze della cognizione, la nuova ondata della terapia cognitiva si propone di concentrarsi in primo luogo sulle emozioni dolorose del paziente come processi mentali impliciti, sul loro ruolo e sulla loro influenza sui processi espliciti. A un modello di intervento direttivo e psicopedagogico se ne sostituisce uno più attento alle esperienze vissute e all'importanza del funzionamento interpersonale. Tra le nuove forme di terapia cognitivo-comportamentale è da menzionare la Dialectical-Behavior Therapy (DBT), introdotta da Marsha Linehan (1993) per il trattamento del disturbo borderline di personalità corroborata da numerosi e solidi studi di *out-come*.

L'attenzione alle esperienze vissute e all'importanza del funzionamento interpersonale è alla base degli studi teorici sui processi metacognitivi e sulle disfunzioni ad essi legati (Wells, 2000, 2008). In ambito clinico tali studi si sono rivelati utili nell'indagare i processi cognitivi di attribuzione di significato all'esperienza e alle relazioni interpersonali, cogliendo i meccanismi disfunzionali e patologici. In particolare, nel contesto italiano, la *terapia metacognitiva-interpersonale* (Dimaggio, Semerari, 2003), applicata al trattamento dei disturbi di personalità, si propone di potenziare le abilità metacognitive del paziente attraverso l'identificazione e la gestione dei processi mentali problematici e delle dinamiche relazionali disfunzionali.

Un ulteriore sviluppo del modello cognitivo ha preso piede a partire dall'incontro con la Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1988), ispirata alle scienze empiriche, agli studi etologici e alle teorie evoluzioniste. Tale apertura in psicoterapia cognitiva ha permesso di approfondire lo studio della storia di sviluppo e delle dinamiche interpersonali della persona, di focalizzare l'attenzione sui processi mentali impliciti alla base delle rappresentazioni cognitive e di riflettere dunque, su questa base, in modo più specifico sulla modulazione della relazione terapeutica.

In Italia i contributi di diversi autori hanno permesso di ampliare la cornice concettuale della terapia cognitivo-comportamentale in senso costruttivista ed evoluzionista. La prospettiva *post-razionalista* di Guidano (1987, 1991) ha messo in luce, tra i vari concetti, l'esistenza di organizzazioni della conoscenza individuale che si strutturano a partire dai primi scambi interpersonali con le

proprie figure di attaccamento. Il pensiero *cognitivo-evoluzionista* di Liotti (2001), seguendo le teorie di Gilbert (1989) e Lichtenberg (1989) si è focalizzato sulla complessità del rapporto tra cognizione ed emozione focalizzandosi sulla comprensione della struttura motivazionale interpersonale che guida gli scambi intersoggettivi dell'individuo lungo il suo sviluppo, nonché nel contesto terapeutico.

Inoltre, a partire dall'approccio bruneriano (Bruner, 1986, 1990), la prospettiva cognitivo-narrativa di Veglia (1999) ha contribuito ad arricchire gli studi sull'analisi clinica includendo l'approfondimento delle storie personali dei pazienti quale strumento per comprendere le modalità di costruzione e attribuzione di significato. In terapia l'analisi dei temi narrativi ricorrenti all'interno delle storie di vita può essere utile per la costruzione e il rimodellamento di senso di un Sé del paziente più ampio, ricco e coerente.

Autorealizzazione: concetto della psicologia umanistica che designa un processo tramite il quale l'individuo è portato a sviluppare le proprie potenzialità per raggiungere l'appagamento e la crescita personale.

Gli sviluppi futuri del modello cognitivo si delineeranno, dunque, nella direzione dei nuovi spunti di riflessione su intersoggettività, metacognizione, rapporti tra processi cognitivi ed emozionali, stili narrativi, declinati ognuno a livello teorico, clinico e di ricerca.

Sintesi

Il modello cognitivo

Il modello cognitivo standard ha riportato al centro dell'attenzione i processi cognitivi quali mediatori delle risposte emotive e comportamentali dell'individuo, e quali responsabili dell'adattamento o disadattamento all'ambiente. Le rappresentazioni di sé e della realtà però, a causa dei limiti del sistema cognitivo umano a differenti livelli e per molteplici cause, possono incorrere in distorsioni. Secondo tale concezione, sistematizzata principalmente nei lavori di Beck ed Ellis negli anni Sessanta, i disturbi psicopatologici derivano quindi da credenze disfunzionali ed erronee che la terapia ha il compito di mettere in luce e rendere più adeguate. A partire dagli anni Ottanta il cognitivismo clinico ha conosciuto nuovi sviluppi che hanno contribuito a generare una *nuova ondata* di terapie cognitive focalizzate maggiormente sul rapporto tra pensiero e dinamiche emozionali e sul funzionamento interpersonale. Grazie alle aperture *post-razionaliste* del modello cognitivo alla Teoria dell'Attaccamento di Bowlby e a una più approfondita riflessione sui processi metacognitivi e motivazionali dell'individuo, l'intervento clinico è divenuto meno direttivo e psicopedagogico e più attento alle esperienze vissute del paziente.

2.5

IL MODELLO UMANISTICO-ESISTENZIALE

Philip non può essere ridotto alla semplice somma dei conflitti psicologici, dei comportamenti appresi o dei modi di pensare. In quanto essere umano, ha anche la capacità di porsi dei problemi di ordine filosofico come la consapevolezza di sé, i valori importanti, il senso della vita e la libertà di scelta. Secondo i teorici di orientamento umanistico ed esistenziale, i problemi di Philip possono essere compresi solo alla luce di queste complesse problematiche. I teorici umanisti ed esistenziali sono spesso uniti in un approccio definito *modello umanistico-esistenziale*, in ragione dell'accento comune posto su queste dimensioni centrali dell'esistenza umana, anche se, al contempo, vi sono differenze importanti tra di loro.

I teorici *umanisti*, animati da una concezione più ottimista, ritengono che gli esseri umani nascano con una propensione naturale a essere cordiali, costruttivi e disposti a collaborare. Le persone, secondo questi teorici, sono portate ad **autorealizzarsi**, ossia a esprimere le proprie potenzialità per raggiungere l'appagamento e la crescita. Ma possono farlo solo se riconoscono con sincerità, accettandole, le loro debolezze come anche i loro punti di forza, e se stabiliscono valori personali soddisfacenti sui quali basare la propria vita. Gli umanisti suggeriscono inoltre che l'autorealizzazione conduce spontaneamente a un interesse per il benessere altrui e predispone a un comportamento amorevole, coraggioso, spontaneo e indipendente (Maslow, 1970).

I teorici *esistenziali* concordano con l'idea che gli esseri umani debbano avere una precisa consapevolezza di se stessi e vivere delle esistenze significative, definite da loro «autentiche», per avere un equilibrio psichico, ma non credono che le persone siano per natura inclini a vivere in modo positivo. Essi ritengono che dalla nascita godiamo di una libertà totale che ci consente sia di affrontare la nostra esistenza e dare significato alla nostra vita, sia di tirarci indietro di fronte alle nostre responsabilità. Quelli che scelgono di «sottrarsi» alle responsabilità e alle scelte, si considereranno impotenti e potrebbero perciò vivere un'esistenza vuota, non autentica e disfunzionale.

Le visioni umanistica ed esistenziale dell'anormalità risalgono agli anni Quaranta del XX secolo. In quel periodo Carl Rogers (1902-1987), ritenuto da molti il pioniere della prospettiva umanistica, sviluppò una *terapia centrata sul cliente*, un approccio basato sulla comprensione e sull'aiuto che contrastava in modo evidente con le tecniche psicodinamiche di quel periodo. Rogers propose inoltre una teoria della personalità che attribuiva un'importanza limitata agli istinti e ai conflitti irrazionali.

La visione esistenziale della personalità e dell'anor-

malità apparve in quello stesso periodo. Molti principi furono mutuati dai filosofi esistenzialisti europei del XIX secolo, i quali ritenevano che gli esseri umani si interrogano costantemente sul senso della propria esistenza e sul modo di conferire ad essa un significato attraverso le loro azioni (Mendelowitz, Schneider, 2008).

Le teorie umanistiche ed esistenziali e le loro implicazioni edificanti acquistarono grande popolarità negli anni Sessanta e Settanta, anni di notevole ricerca nell'interiorità e di rivolte sociali nella società occidentale. Rispetto ad allora hanno perso parte del favore, ma continuano a influenzare le idee e il lavoro di molti clinici.

TRA LE RIGHE

Realizzare il Sé

Secondo gli umanisti, le persone che si sentono realizzate mostrano interesse anche per il benessere degli altri.

2.5.1 Teoria e terapia umanistica di Rogers

Carl Rogers (2000, 1987, 1951) sosteneva che il percorso verso la disfunzione inizia nell'infanzia. Il bisogno fondamentale di ricevere una *considerazione positiva* dalle persone importanti della propria vita (soprattutto i propri genitori) è presente in tutti gli individui. Se si è oggetto di una *considerazione positiva incondizionata* (non giudicante) fin nelle prime fasi della vita, è probabile che l'individuo sviluppi una *considerazione positiva di sé incondizionata*, che riesca cioè a riconoscere il proprio valore come persona, anche se è consapevole di non essere perfetto. Quest'individuo ha delle buone probabilità di realizzare il proprio potenziale positivo.

Purtroppo, alcuni bambini sono indotti ripetutamente a considerarsi non degni di una considerazione positiva e acquisiscono, perciò, delle *condizioni di valore*, ossia dei criteri secondo i quali si è amati e accettati solo se ci si conforma a certe regole. Per conservare una considerazione positiva di sé, queste persone devono guardare a se stesse in modo estremamente selettivo, negando o distorcendo i pensieri e le azioni che non sono conformi alle loro condizioni di valore; per tale ragione acquisiscono una visione distorta di se stessi e delle loro esperienze. Non sanno cosa sentono davvero, di cosa hanno davvero bisogno o quali valori od obiettivi sarebbero significativi per loro; di conseguenza è inevitabile che sorgano dei problemi nel funzionamento della psiche.

Rogers avrebbe forse considerato Philip come un uomo che si è smarrito perché, invece di lottare per realizzare il proprio potenziale umano, passa da un lavoro all'altro e da una relazione all'altra. In ogni interazione, si autogiustifica cercando di interpretare i fatti in modo

da riuscire a convivervi e attribuisce in genere agli altri la colpa dei suoi problemi. Ciononostante, l'immagine negativa di sé gli si rivela di continuo. Rogers avrebbe probabilmente collegato questo problema al modo critico in cui Philip veniva trattato dalla madre durante l'infanzia.

Terapia centrata sul cliente: terapia umanistica sviluppata da Carl Rogers in cui i clinici cercano di aiutare i pazienti mostrando nei loro confronti accettazione, totale empatia e genuinità.

I clinici che applicano la **terapia centrata sul cliente** di Rogers tentano di creare un clima accogliente in cui i clienti si sentono capaci di guardare se stessi in modo sincero e di accettarsi (Raskin et al., 2008). Il terapeuta deve mostrare tre importanti caratteristiche nel corso della terapia: *considerazione positiva incondizionata* (accettazione piena e calorosa del cliente), *forte empatia* (ascolto competente e riformulazione) e *genuinità* (comunicazione sincera). Il dialogo del **Caso 2.1** mostra un terapeuta che fa ricorso a tutte queste caratteristiche per guidare il paziente verso una maggiore autoconsapevolezza.

CASO 2.1

Paziente: Sì, so che non mi dovrei preoccupare di questo, ma lo faccio lo stesso. Tutte queste cose, il denaro, le persone, i vestiti. Durante le lezioni mi sento come se tutti aspettassero solo l'occasione per criticarmi. [...] Quando conosco qualcuno, mi chiedo cosa pensi realmente di me. Poi, dopo, mi chiedo come devo comportarmi per essere all'altezza dell'opinione che ha di me.

Terapeuta: Quindi ha la sensazione di essere piuttosto sensibile alle opinioni che gli altri hanno di lei.

Paziente: Sì, ma sono cose che non dovrebbero preoccuparmi.

Terapeuta: Sa che queste cose non dovrebbero sconvolgerla, ma la preoccupano ugualmente.

Paziente: Ma solo alcune cose. La maggior parte delle cose mi preoccupano perché sono vere. Quelle che le ho detto, lo sono. Ma ci sono molte cose che non sono vere. [...] Sembra che in me le cose si accumulino, si accumulino... È come se le cose si stessero affollando e che stiano per esplodere.

Terapeuta: Sente che si tratta di una specie di oppressione, unita a una certa frustrazione e che le cose siano proprio incontrollabili.

Paziente: In qualche modo sì, ma alcune cose sembrano proprio illogiche. Temo di non essere molto chiaro su queste cose, ma la sensazione è proprio questa.

Terapeuta: Non si preoccupi. Lei dice solo quello che pensa.

(Snyder, 1947, pp. 2-24)

Un'atmosfera simile dovrebbe consentire ai pazienti di sentirsi accettati dai loro terapeuti, per essere in grado poi di guardare se stessi con onestà e accettazione. I clienti iniziano a riflettere su emozioni, pensieri e comportamenti per liberarsi da incertezze e dubbi che ostacolano l'autorealizzazione.

La terapia centrata sul cliente non ha trovato grandi conferme nella ricerca (Sharf, 2008). Soltanto alcuni studi hanno dimostrato che i partecipanti trattati con questa terapia stanno meglio rispetto ai partecipanti del gruppo di controllo; molti altri studi non sono riusciti al contrario a riscontrare un tale miglioramento. Ciononostante, la terapia di Rogers ha esercitato un'influenza positiva sulla pratica clinica (Raskin et al., 2008); infatti è stata una delle prime importanti alternative alla terapia psicodinamica e ha contribuito ad aprire l'ambito clinico a nuovi approcci. Rogers ha concorso inoltre a creare le condizioni perché gli *psicologi* esercitassero la psicoterapia, che in precedenza era stata considerata ambito esclusivo degli psichiatri. Il suo impegno nella ricerca clinica ha fatto sì che il trattamento fosse studiato in modo sistematico. Circa l'1% degli psicologi clinici attuali negli Stati Uniti, il 2% degli operatori sociali e il 4% degli esperti di counseling affermano di utilizzare l'approccio centrato sul cliente (Prochaska, Norcross, 2007).

2.5.2 Teoria e terapia della Gestalt

La **terapia della Gestalt**, un altro approccio di tipo umanistico, fu sviluppato negli anni Cinquanta da un clinico molto carismatico, Frederick (Fritz) Perls (1893-1970). I terapeuti della Gestalt, come i terapeuti centrati sul cliente, insegnano ai pazienti come sviluppare la considerazione e l'accettazione di sé (Yontef, Jacobs, 2008); ma, a differenza dei terapeuti centrati sul cliente, spesso cercano di realizzare questo fine facendo leva sulla sfida e perfino sulla frustrazione dei pazienti. Alcune delle tecniche preferite da Perls erano la frustrazione abile, i giochi di ruolo e regole ed esercizi svariati.

Terapia della Gestalt: terapia umanistica sviluppata da Fritz Perls in cui i clinici stimolano attivamente i clienti alla considerazione e all'accettazione di sé usando alcune tecniche (gioco di ruolo ed esercizi di auto-scoperta).

Nella tecnica della *frustrazione abile*, i terapeuti della Gestalt si rifiutano di rispondere alle aspettative o alle richieste dei loro clienti. Questo uso della frustrazione mira ad aiutare le persone a comprendere quanto spesso cerchino di manipolare gli altri per soddisfare i loro bisogni. Nella tecnica del *gioco di ruolo*, i terapeuti insegnano ai pazienti a recitare ruoli diversi, ad esempio a una persona si può dire di far finta di essere un'altra persona, un oggetto, un sé alternativo oppure una parte del corpo. Il gioco di ruolo può diventare coinvolgente poiché gli

individui sono incoraggiati a esprimere le emozioni in maniera totale. Molti danno sfogo alla rabbia, urlano, tirano calci o battono i pugni. Attraverso questa esperienza possono giungere a «fare propri» (accettare) quei sentimenti che in precedenza li avevano fatti sentire a disagio.

Perls ha sviluppato anche una serie di *regole* per aiutare i clienti a osservarsi più da vicino. In alcune versioni della terapia gestaltica, ad esempio, si può chiedere ai clienti di esprimersi in prima persona invece che alla terza persona. Devono perciò dire «Ho paura» invece di «La situazione fa paura». Un'altra regola spesso usata richiede ai pazienti di vivere «qui e ora». Perciò essi hanno i propri bisogni ora, nascondono i loro bisogni ora e devono rendersene conto ora.

L'1% circa degli psicologi clinici negli Stati Uniti e non solo si descrivono come terapeuti gestaltici (Prochaska, Norcross, 2007). Poiché essi ritengono che le esperienze soggettive e l'autoconsapevolezza non possano essere valutate in modo oggettivo, i sostenitori della terapia gestaltica non hanno svolto spesso studi controllati su questo approccio (Yontef, Jacobs, 2008; Strümpfel, 2006, 2004).

TRA LE RIGHE

Sconfiggere la malinconia al ritmo del blues

I terapeuti della Gestalt spesso insegnano ai pazienti a esprimere i sentimenti nella loro interezza colpendo dei cuscini, gridando, dando calci o battendo sugli oggetti. Come altre tecniche di questo tipo, la *terapia con il tamburo* incoraggia i pazienti a battere su un tamburo per aiutarla a liberarsi di ricordi traumatici, cambiare le proprie convinzioni erranee e sentirsi più liberi.

2.5.3 Visioni e interventi di tipo spirituale

Per la maggior parte del XX secolo, gli psicologi clinici hanno considerato la religione come un fattore negativo, o al massimo neutro, nella salute mentale (Blanch, 2007; Richards, Bergin, 2005, 2000). Agli inizi del secolo, Freud, ad esempio, sosteneva che il credo religioso faceva parte dei meccanismi di difesa «generati dal bisogno dell'uomo di rendere tollerabile la sua impotenza» (1961, p. 23). Tale visione negativa della religione sembra ora giunta alla fine. Negli ultimi dieci anni sono stati pubblicati molti articoli e libri che collegano i temi spirituali alla cura clinica, e i codici etici di psicologi, psichiatri e counselor sono giunti ad affermare che la religione è un tipo di diversità che i professionisti della salute mentale devono rispettare (Richards, Bergin, 2005, 2004). Gli studiosi hanno compreso che la spiritualità può, in effetti, costituire un beneficio psicologico per certi individui. Alcuni studi hanno esaminato soprattutto la salute mentale di quei credenti che considerano Dio

buono, caritatevole e giusto. È stato confermato più volte che questi individui si sentivano meno soli, meno pessimisti, depressi o ansiosi di coloro che non hanno un credo religioso o che considerano Dio come distante e indifferente (Loewenthal, 2007; Koening, 2002). I credenti sembrano affrontare meglio anche gravi fattori di stress, dalle malattie alla guerra e tra di loro i tentativi di suicidio sono meno frequenti. Inoltre, è meno probabile che facciano uso di droghe. In linea con queste scoperte, molti terapeuti adesso ritengono importante includere temi spirituali quando curano i pazienti credenti (Raab, 2007; Helmeke, Sori, 2006) e alcuni incoraggiano i pazienti a utilizzare le proprie risorse spirituali per affrontare meglio i fattori di stress attuali.

2.5.4 Teorie e terapia esistenziali

Gli esistenzialisti, come gli umanisti, ritengono che la disfunzione psicologica sia causata dall'autoillusione, ma gli esistenzialisti parlano di un tipo di autoillusione in cui le persone evitano le proprie responsabilità e non riescono ad accettare l'idea che spetta a loro dare un significato alla propria esistenza. Secondo gli esistenzialisti, molti individui, sopraffatti dalle pressioni della società attuale, delegano agli altri spiegazioni, guida e autorità, tralasciando così la loro personale libertà di scelta ed evitando di assumersi le proprie responsabilità e di prendere le proprie decisioni (Mendelowitz, Schneider, 2008). Per tale ragione queste persone vivono un'esistenza vuota, non autentica, e le loro emozioni prevalenti sono ansia, frustrazione, noia, alienazione e depressione.

Gli esistenzialisti vedrebbero in Philip un uomo che si sente sopraffatto dalle pressioni della società, considera i suoi genitori «ricchi, potenti ed egoisti» e giudica gli insegnanti, le conoscenze e i datori di lavoro oppressivi. È inoltre insoddisfatto delle sue scelte e non riesce a dare un significato alla propria vita e a trovare un percorso proprio. Rinunciare è diventata un'abitudine per lui: lascia i vari lavori, mette fine a ogni relazione sentimentale e schiva le situazioni difficili.

Terapia esistenziale: terapia che incoraggia i pazienti ad accettare le responsabilità della propria vita, ad attribuire ad essa un maggiore significato e a credere nei suoi valori.

Nella **terapia esistenziale**, le persone sono incoraggiate ad assumersi la responsabilità della propria vita e dei suoi problemi. I terapeuti cercano di aiutare i pazienti a diventare consapevoli della propria libertà in modo da poter scegliere un percorso differente e attribuire alla vita un maggiore significato (Schneider, 2008, 2003). Le tecniche particolari usate nella terapia esistenziale variano a seconda del clinico, ma la maggior parte dei terapeuti esistenziali attribuisce una grande importanza alle *relazioni* tra il terapeuta e il paziente e cerca di creare

CASO 2.2

Paziente: *Non so perché continuo a venire qui. Non faccio che ripetere sempre la stessa cosa, sempre la stessa. Non arrivo da nessuna parte.*

Dottore: *Anch'io mi sto stancando di sentire sempre la stessa cosa, sempre la stessa.*

Paziente: *Forse smetterò di venire.*

Dottore: *Spetta a lei decidere.*

Paziente: *Lei cosa pensa che dovrei fare?*

Dottore: *Cosa vuole fare?*

Paziente: *Vorrei stare meglio.*

Dottore: *Non ha torto.*

Paziente: *Se pensa che dovrei continuare, sì, lo farò.*

Dottore: *Vuole che sia io a dirle di continuare?*

Paziente: *Lei sa cos'è meglio per me; è lei il dottore.*

Dottore: *Mi comporto come un dottore?*

(Keen, 1970, p. 200)

un'atmosfera di sincerità, lavoro duro e apprendimento e crescita condivisi.

I terapeuti esistenziali non pensano che i metodi sperimentali possano verificare in modo adeguato l'efficacia dei loro trattamenti. La ricerca, secondo loro, sottrae umanità agli individui riducendoli a misurazioni ottenute con i test. Non sorprende, quindi, che solo un numero limitato di studi controllati sia stato dedicato all'efficacia di questo approccio (Schneider, 2008). Ciononostante, l'1% circa dei terapeuti attuali negli Stati Uniti utilizza un approccio prevalentemente esistenziale (Prochaska, Norcross, 2007).

2.5.5 Valutare il modello umanistico-esistenziale

Il modello umanistico-esistenziale suscita un notevole interesse anche tra coloro che non fanno parte dell'ambito clinico. I teorici umanisti ed esistenziali, prendendo in considerazione le sfide specifiche dell'esistenza umana, penetrano in un aspetto della vita psicologica che in genere viene trascurato dagli altri modelli (Cain, 2007; Wampold, 2007). Inoltre, i fattori che si considerano essenziali per un funzionamento efficace (autoaccettazione, valori personali, significato personale e scelta personale), mancano di certo in molte persone con disturbi psicologici.

Il tono ottimistico del modello umanistico-esistenziale costituisce un ulteriore elemento di richiamo. Tale ottimismo si concilia appieno, infatti, con gli obiettivi e i principi della psicologia positiva. I teorici che seguono i principi del modello umanistico-esistenziale offrono grandi speranze quando affermano che, nonostante le esperienze passate e presenti, possiamo fare le nostre scelte, decidere il nostro destino e realizzare molte cose. Un altro aspetto di richiamo di questo modello è l'importanza attribuita alla salute. A differenza dei clinici seguaci di altri modelli, i quali considerano gli individui

come pazienti con malattie psicologiche, gli umanisti e gli esistenzialisti li considerano semplicemente come persone che devono ancora esprimere il loro potenziale.

Al contempo, l'attenzione umanistico-esistenziale sui temi astratti della realizzazione dell'individuo genera un problema importante dal punto di vista scientifico: su questi argomenti è difficile svolgere delle ricerche. In effetti, con la rilevante eccezione di Rogers che cercò di analizzare i suoi metodi clinici con precisione, gli umanisti e gli esistenzialisti hanno tradizionalmente rifiutato l'uso della ricerca empirica. La posizione contraria alla ricerca sta ora iniziando a cambiare. Gli studiosi di orientamento umanistico ed esistenziale hanno condotto una serie di studi recenti con gruppi di controllo e analisi statistiche adeguati, e hanno scoperto che le loro terapie possono risultare di aiuto in molti casi (Schneider, 2008; Strümpfel, 2006). Questo recente interesse rivolto alla ricerca dovrebbe condurre ad approfondimenti importanti sui vantaggi di questo modello negli anni a venire.

Sintesi

Il modello umanistico esistenziale

Il modello umanistico esistenziale si concentra su temi specificamente umani come l'autoconsapevolezza, i valori, il significato e la scelta.

Gli umanisti ritengono che le persone siano portate ad autorealizzarsi e, se questo impulso viene ostacolato, può manifestarsi un comportamento anormale. Tra i terapeuti di orientamento umanistico, i terapeuti centrati sul cliente cercano di creare un clima accogliente in cui le persone possano considerare se stesse in maniera onesta e accettarsi, trovando così la strada per l'autorealizzazione. I terapeuti della Gestalt usano invece tecniche più attive per favorire lo sviluppo della consapevolezza e l'accettazione dei propri bisogni. Di recente, l'attenzione degli studiosi e dei clinici si è rivolta al ruolo della religione, considerata un fattore rilevante nella salute mentale e nella psicoterapia.

Secondo gli esistenzialisti, un comportamento anormale deriva dall'evitare le proprie responsabilità. I terapeuti esistenziali incoraggiano le persone ad accettare la responsabilità della propria vita, a riconoscere la libertà di scegliere un percorso diverso e a decidere di conferire alla propria vita un maggiore significato.

2.6

IL MODELLO SOCIOCULTURALE: PROSPETTIVE SOCIOFAMILIARI E MULTICULTURALI

Philip è anche un essere sociale e culturale: è circondato da persone e istituzioni, appartiene a una famiglia e a un gruppo culturale, intrattiene delle relazioni sociali e

ha dei valori culturali. Questi fattori operano costantemente su Philip, determinano regole e aspettative che lo guidano o esercitano pressioni su di lui e lo aiutano a modellare i suoi comportamenti, a elaborare pensieri ed emozioni.

Secondo il *modello socioculturale*, il comportamento anormale viene compreso meglio alla luce dei numerosi fattori che influenzano un individuo. Quali sono le norme della cultura e della società in cui vive? Quali ruoli svolge nell'ambiente sociale? A quale tipo di struttura familiare appartiene e in quale ambiente culturale è inserito? E in che modo lo considerano e reagiscono gli altri nei suoi confronti? Il modello socioculturale è costituito da due prospettive importanti: la prospettiva sociofamiliare e la prospettiva multiculturale.

2.6.1 Come spiegano il funzionamento anormale i teorici sociofamiliari?

I sostenitori della prospettiva sociofamiliare affermano che i teorici clinici si dovrebbero concentrare sui numerosi fattori che operano *direttamente* sull'esistenza dell'individuo, ossia le relazioni familiari, le interazioni sociali e gli eventi della comunità. Essi ritengono che tali forze aiutino a spiegare sia il comportamento anormale sia quello normale. In particolare, si concentrano sull'analisi di tre tipi di fattori: *etichette e ruoli sociali, reti sociali e struttura e comunicazione nella famiglia*.

Etichette e ruoli sociali: il problema del labelling e la profezia che si autoavvera

Il funzionamento anormale può essere influenzato in modo rilevante dalle etichette e dai ruoli assegnati agli individui con problemi psicologici (Link, Phelan, 2006; Link et al., 2004, 2001). Le persone che non rispettano le norme della società in cui vivono vengono definite devianti e, in molti casi, «malati di mente». La diagnosi, come in una sorta di *profezia che si autoavvera*, spinge l'individuo a identificarsi con la patologia, a mettere in atto comportamenti tali da rinforzare l'immagine malata di sé e ad accettare un ruolo sociale ai margini. L'etichetta diagnostica finisce perciò per apparire adeguata.

Un noto studio del ricercatore clinico David Rosenhan (1973) conferma questa posizione. Per lo studio, otto persone sane si presentarono in diversi ospedali psichiatrici lamentandosi di aver sentito delle voci che dicevano «vuoto», «cavo» e «tonfo». Soltanto sulla base di questa affermazione, ognuno dei soggetti veniva definito schizofrenico e sottoposto a ricovero. In effetti, gli «pseudopazienti», dopo l'emissione della diagnosi, non riuscirono a convincere gli altri che stavano bene. Il loro ricovero è durato da 7 a 52 giorni, anche se si sono comportati in modo normale dopo il ricovero. Inoltre, la diagnosi continuava a influenzare il modo in cui il personale li vedeva e si comportava con loro. Ad esempio, uno pseudopaziente che passeggiava nel corridoio per passa-

re il tempo, nella cartella clinica era descritto come «nervoso». Nel complesso, gli pseudopazienti giunsero a sentirsi impotenti, invisibili e annoiati.

Reti sociali e aiuto

Le reti sociali in cui operano le persone, comprese le loro relazioni sociali e professionali, interessano i teorici sociofamiliari. Qual è il loro livello di comunicazione con gli altri? Quale tipo di segnali inviano o ricevono dagli altri? Gli studiosi hanno spesso scoperto dei nessi tra le carenze nelle reti sociali e il funzionamento di una persona (Yen et al., 2007; Paykel, 2006, 2003). Hanno notato, ad esempio, che le persone che vivono isolate e non hanno aiuti sociali o relazioni affettive di alcun tipo sono più inclini alla depressione quando sono stressate e rimangono depresse più a lungo di coloro che possono contare sull'aiuto di un coniuge o di amici affettuosi.

Struttura familiare e comunicazione

Una delle reti sociali più importanti per un individuo è la famiglia. Secondo la **teoria dei sistemi familiari**, la famiglia è un sistema di parti interagenti, legate fra loro in modo coerente, in base a regole che sono specifiche di ciascuna famiglia (Goldenberg, Goldenberg, 2008). I teorici dei sistemi familiari ritengono che i *modelli strutturali e comunicativi* di alcune famiglie spingano concretamente ciascun membro a comportarsi in un modo che appare disfunzionale, ma che è utile a ridurre le tensioni interne e concorre a mantenere l'omeostasi familiare (Jackson, 1957).

Teoria dei sistemi familiari: teoria secondo la quale la famiglia è un sistema di parti interagenti, le cui interazioni seguono modelli costanti e regole non espresse.

Il concetto di omeostasi si riferisce alla tendenza delle famiglie di mantenere una configurazione stabile tra i propri membri. I meccanismi che mantengono l'omeostasi operano secondo regole che condizionano o «stabiliscono» l'ampiezza entro la quale il sistema può sopportare un cambiamento senza sbilanciarsi; se una regola viene trasgredita e il cambiamento è rilevante, allora si attiva il meccanismo omeostatico della famiglia, con il compito di riportare il sistema familiare all'equilibrio precedente. Alcune di queste regole familiari si tramandano da molte generazioni e possono avere la funzione di «copioni», di «miti familiari» (Ferreira, 1966).

Secondo questa teoria, un funzionamento individuale anormale può essere legato a un sistema familiare disfunzionale. Lo scambio di informazioni che unisce i membri di una famiglia, per essere compreso, suggerisce l'adozione di una *causalità circolare*: una parte del sistema crea modificazioni in un'altra parte, che a sua volta retroagisce sulla prima, e così via, all'infinito. In altre

parole, il gioco relazionale familiare non è mai tale per cui il comportamento di una persona possa dirsi causato, in modo lineare, dal comportamento di un'altra. Ciascuna descrizione infatti risente del punto di vista dal quale viene effettuata.

Allo stesso modo, la disfunzionalità di una famiglia può essere descritta da diversi punti di vista. Ad esempio, se guardo alla permeabilità/rigidità dei confini troverò alcune famiglie caratterizzate da una struttura *invischiata*: ogni membro si sente costantemente, fortemente coinvolto in attività, pensieri e sentimenti di tutti gli altri: i bambini appartenenti a famiglie di questo tipo potranno avere molte difficoltà nel diventare indipendenti nella propria vita (Minuchin, 1974; Santisteban et al., 2001). Altre famiglie mostrano invece uno *svincolo* caratterizzato da limiti molto rigidi tra i membri: i bambini cresciuti in queste famiglie possono avere dei problemi a inserirsi in un gruppo o nel dare o ricevere aiuto (Corey, 2008, 2004).

La rabbia e il comportamento personale impulsivo di Philip potrebbero essere visti come il risultato di una struttura familiare disturbata. Secondo i teorici dei sistemi familiari, i vari membri della famiglia (madre, padre, Philip e il fratello Arnold) hanno assunto un comportamento che sembrerebbe volto a conservare inalterato il comportamento di Philip. I teorici della famiglia potrebbero essere particolarmente interessati al conflitto tra la madre e il padre di Philip e allo squilibrio tra i ruoli parentali, e potrebbero perciò considerare il comportamento di Philip sia come una reazione sia come uno stimolo per il comportamento dei genitori. Con Philip che recita il ruolo di un bambino maleducato o del capro espiatorio, i suoi genitori potrebbero avere poco bisogno o poco tempo per mettere in discussione la propria relazione.

I terapeuti sistemici cercherebbero un'ipotetica spiegazione del comportamento di Philip nell'analisi delle interazioni familiari, ponendo attenzione alle relazioni almeno triadiche (che coinvolgono almeno tre membri della famiglia) e non dimenticando la trigenerazionalità (interessandosi ad almeno tre generazioni). Cercherebbero inoltre di far luce sulla natura delle relazioni di Philip e della sua famiglia nucleare con la famiglia allargata, e si chiederebbero quali sono i significati prevalenti secondo i quali Philip e la sua famiglia riescono a dare senso a loro stessi, agli altri significativi e al mondo.

2.6.2 Trattamenti sociofamiliari

La prospettiva sociofamiliare ha favorito il moltiplicarsi di approcci alla cura, come la *terapia di gruppo*, la *terapia familiare*, la *terapia di coppia*, e il *trattamento di comunità*. I terapeuti di qualunque orientamento possono praticare con i pazienti questi diversi tipi di terapia, applicando le tecniche e i principi dei loro modelli di riferimento.

Terapia di gruppo

Migliaia di terapeuti si specializzano nella **terapia di gruppo**, terapia in cui il terapeuta incontra un gruppo di pazienti affetti da problemi simili. Un'indagine sugli psicologi clinici ha rivelato che circa un terzo di essi dedica una parte della pratica alla terapia di gruppo (Norcross, Goldfried, 2005). In genere, nella terapia di gruppo, i membri si incontrano con un terapeuta e discutono i problemi di una o di più persone. Insieme si producono importanti approfondimenti, si costruiscono competenze sociali, si rafforza il sentimento di autostima e si condividono informazioni o pareri utili (P. D. Cox et al., 2003). Molti gruppi sono rivolti specificamente a certi tipi di problemi, ad esempio vi sono gruppi per alcolisti, disabili, divorziati, persone che hanno subito abusi sessuali o perdite affettive.

La ricerca suggerisce che la terapia di gruppo risulta d'aiuto per molti pazienti, tanto che spesso la sua efficacia è pari a quella della terapia individuale (Shaughnessy

et al., 2007; Kösters et al., 2006). La terapia di gruppo è stata utilizzata anche per fini formativi e non solo terapeutici, ad esempio «far crescere una coscienza» e sviluppare un'ispirazione spirituale.

Terapia di gruppo: tipo di terapia in cui un gruppo di persone con problemi simili incontra un terapeuta per affrontare quei problemi.

Gruppo di auto aiuto: gruppo costituito da persone con problemi simili che si aiutano e si sorreggono reciprocamente senza la guida diretta di un clinico. Chiamato anche *gruppo di aiuto reciproco*.

Una terapia simile alla terapia di gruppo è il **gruppo di auto-aiuto** (o di aiuto reciproco). In questo caso le persone con problemi simili (ad esempio, perdita di persone care, abuso di droghe, malattia, disoccupazione o divorzio) si incontrano per aiutarsi e sorreggersi reciprocamente senza la guida diretta di un clinico professioni-

Approfondimento**GRUPPI DI AUTO-AIUTO: IL TROPPO STROPPIA**

L'importanza dei gruppi di auto-aiuto è ampiamente riconosciuta nella nostra società, sia dai consumatori sia dai clinici (Isenberg et al., 2004). Infatti, una ricerca dei professionisti della salute mentale ha rivelato che quasi il 90% di tutti i terapeuti degli Stati Uniti spesso raccomanda questi gruppi ai loro pazienti come un aiuto alla terapia (Clifford et al., 1998).

Non stupisce che la quantità, la varietà e il richiamo di tali gruppi siano cresciuti rapidamente nel corso degli ultimi decenni; si stima che 25 milioni di persone solo negli Stati Uniti frequentino un gruppo di auto-aiuto nel corso della loro vita. Da questo numero risultano esclusi i milioni di partecipanti ai gruppi di discussione che cercano online conforto, informazione e supporto da parte di altre persone con gli stessi problemi. Il movimento dei gruppi di auto-aiuto e il suo impatto sulla nostra società sono ben evidenti nel seguente annuncio affisso in una chiesa del Colorado, contenente l'elenco degli incontri dei vari gruppi di aiuto, avvenuti luogo nella chiesa, fissati per la settimana successiva (Moskowitz, 2008, 2001).

Domenica

12:00 Cocainomani anonimi, piano nobile
17:30 Vittime dell'incesto, piano nobile
18:00 Al-anon, secondo piano
18:00 Alcolisti anonimi, seminterrato

Lunedì

17:30 Debitori anonimi, seminterrato

18:30 Codipendenti dei Dipendenti dal sesso anonimi, secondo piano
19:00 Figli adulti di alcolisti, secondo piano
20:00 Alcolisti anonimi, seminterrato
20:00 Al-anon, secondo piano
20:00 Alateen, seminterrato
20:00 Cocainomani anonimi, piano nobile

Martedì

20:00 Vittime dell'incesto anonimi, seminterrato

Mercoledì

17:30 Dipendenti dal sesso e dall'amore anonimi, seminterrato
19:30 Figli adulti di alcolisti, secondo piano
20:00 Cocainomani, piano nobile

Giovedì

19:00 Codipendenti dei Dipendenti dal sesso anonimi, secondo piano
19:00 Cocainomani anonime (solo donne), piano nobile

Venerdì

17:30 Dipendenti dal sesso e dall'amore anonimi, seminterrato
17:45 Adulti bulimici anonimi, secondo piano
19:30 Codipendenti anonimi, seminterrato
19:30 Figli adulti di alcolisti, secondo piano
20:00 Cocainomani anonimi, piano nobile

Sabato

10:00 Figli adulti di alcolisti, piano nobile
12:00 Autolesionisti anonimi, secondo piano

sta (Mueller et al., 2007). Secondo le stime, esistono attualmente tra i 500.000 e i 3 milioni di questi gruppi soltanto negli Stati Uniti, frequentati ogni anno dal 3 o 4% della popolazione.

Terapia familiare

La **terapia della famiglia** è nata negli anni Cinquanta, in America, come movimento pluricentrico, con diverse origini e diversi sviluppi, qualche volta connessi tra loro ma più spesso indipendenti. Una possibile definizione è la seguente: «terapia della famiglia è l'insieme di tutti i modelli di intervento che in qualche modo si pongono come obiettivo (sia pure seguendo teorie, prassi e tecniche diverse) la cura (nel duplice senso di «curare» e «prendersi cura») di famiglie piuttosto che di individui, lavorando sulle loro interazioni emotive e cognitive (Bertrando, Toffanetti, 2000, p. 3).

Terapia familiare: tipo di terapia in cui un terapeuta incontra tutti i membri di una famiglia e li aiuta a cambiare attraverso metodi terapeutici.

Ai suoi esordi, la terapia familiare era connotata dall'incontro tra l'équipe terapeutica e tutti i membri di una famiglia nucleare convivente. Il percorso terapeutico aveva lo scopo di identificare i comportamenti e le interazioni problematiche e di aiutare i componenti della fa-

miglia a cambiare il proprio comportamento, rendendolo più adattivo (Goldenberg, Goldenberg, 2008; Bowen 1960). La famiglia era considerata come l'unità che segue la terapia, a prescindere dalla presenza di eventuali diagnosi individuali. La presenza di tutti i membri nella stanza della terapia era indispensabile per dare al terapeuta la possibilità di cogliere dal vivo le interazioni comportamentali problematiche. Il riferimento teorico alla base di questa modalità operativa è il behaviourismo.

Negli anni Ottanta parte delle terapie sistemiche si apre ai contributi del costruttivismo e del costruzionismo sociale. La famiglia è intesa come composizione di individui, ciascuno dei quali occupa una posizione specifica all'interno del suo nucleo familiare e ha suoi scopi, credenze, emozioni, sentimenti, che sono diversi da quelli degli altri familiari. Il terapeuta può lavorare non solo con la famiglia nella sua interezza, ma anche con alcuni sottosistemi familiari: la coppia genitoriale, la fratria o il soggetto singolo. La terapia sistemica diventa così anche una terapia individuale e l'interesse si allarga dalla comunicazione, intesa anche come comportamento manifesto, alla conversazione, che non può prescindere dalla semantica (Castiglioni, Corradini, 2003; Ugazio, 1998).

Nel **Caso 2.3** riportiamo un'interazione tipica tra i membri di una famiglia e una terapeuta.

I terapeuti della famiglia possono seguire uno dei principali modelli teorici, ma sono sempre più numerosi

CASO 2.3

Tommy sedeva imperturbabile su una sedia e fissava la finestra. Aveva 14 anni ed era un po' piccolo per la sua età. [...] Sissy ne aveva undici. Era seduta sul divano tra la madre e il padre, sorridente. Di fronte a loro sedeva la dottoressa Fargo, la terapeuta familiare. La dottoressa disse: «Potreste essere un po' più precisi sui cambiamenti che avete notato in Tommy e quando si sono verificati?».

La madre rispose per prima. «Ecco, mi sembra che risalgano a due anni fa. Tommy ha iniziato a fare a botte a scuola. Quando gli parlavamo a casa, diceva che non era affar nostro. È diventato lunatico e disobbediente. Non faceva mai niente delle cose che gli dicevamo. Ha iniziato a essere cattivo con sua sorella e l'ha perfino picchiata».

«E riguardo alle scanzottate a scuola?» chiese la dottoressa.

Alla domanda rispose subito il padre. «Ginny era più preoccupata di me per quello che avveniva. Anch'io quando andavo a scuola facevo a botte spesso e penso che sia normale. [...] Ma rispettavvo molto i miei genitori, soprattutto mio padre. E quando non lo facevo, mi dava un ceffone».

«Ha mai dovuto picchiare Tommy?» Chiese la dottoressa con calma.

«Sì, un paio di volte, ma mi è sembrato che le cose non siano andate meglio.»

All'improvviso Tommy si fece attento, i suoi occhi si fissa-

rono sul padre. «Sì, me ne ha date un bel po', e non avevo fatto niente!».

«Ma Thomas, non è vero.» La madre aveva un'espressione di rimprovero sul viso. «Se ti fossi comportato un po' meglio, non te le avrebbe date. Dottoressa, non posso dire di essere favorevole alle botte, ma capisco che talvolta può essere irritante per Bob.»

«Non immagini quanto sia irritante per me, tesoro». Bob sembrava turbato. «Devi lavorare tutto il giorno in ufficio e poi, quando torni a casa, ritrovarti ad affrontare tutto questo. Certe volte non vorrei neppure tornare a casa.»

Ginny gli rivolse uno sguardo duro. «Pensi che le cose a casa siano facili tutto il giorno? Mi aspetterei da te un po' di aiuto. Tu pensi che tutto quello che devi fare è guadagnare dei soldi e che spetti a me fare tutto il resto. Bene, non intendo continuare a farlo più». [...]

La madre iniziò a piangere. «Non so più cosa fare. La situazione sembra disperata. Perché in questa famiglia le persone non riescono a essere più gentili? Non penso di chiedere molto, no?»

La dottoressa [...] lanciò una rapida occhiata a ogni membro della famiglia, sicura di incontrare lo sguardo di ognuno di loro. «Sembra che qui ci sia molto da fare. [...] Penso che dovremo comprendere una serie di cose per capire quello che sta accadendo» (Sheras, Worchel, 1979, pp. 108-110).

coloro che adottano i principi della *teoria dei sistemi familiari*. Oggi il 3% di tutti gli psicologi clinici, il 13% degli operatori sociali e l'1% degli psichiatri si definiscono principalmente *terapeuti dei sistemi familiari* (Prochaska, Norcross, 2007).

Le diverse terapie familiari si dimostrano spesso efficaci, sebbene la ricerca non abbia ancora chiarito quanto (Goldenberg, Goldenberg, 2008). Alcuni studi hanno scoperto che il 65% degli individui trattati con gli approcci familiari ha un miglioramento, mentre altri studi suggeriscono percentuali meno alte di successo. Nessun tipo di terapia familiare si è rivelato più efficace rispetto alle altre (Alexander et al., 2002).

TRA LE RIGHE

Cena familiare virtuale

Molti teorici dei sistemi sono preoccupati che con l'allontanamento geografico dei membri di una famiglia, le dinamiche familiari chiave si perdano. Per aiutare a mantenere le interazioni familiari importanti, due ricercatori hanno sviluppato «La cena familiare virtuale», uno strumento per la videoconferenza che permette ai membri di una famiglia di condividere i pasti e altre esperienze anche se vivono lontani.

Terapia di coppia

La coppia è un organismo complesso, un sistema diadico con livelli di funzionamento suoi propri, diversi da quelli degli individui che la compongono. Nella **terapia di coppia**, o terapia coniugale, il terapeuta lavora con due persone che intrattengono una relazione duratura e che si presentano in terapia sostenuti dalla stessa richiesta. Spesso tale richiesta è connessa al bisogno di entrambi i partners di definire più stabilmente l'identità di coppia (Monguzzi, 2010).

Terapia di coppia: tipo di terapia in cui il terapeuta lavora con due persone che intrattengono una relazione duratura. Viene definita anche *terapia coniugale*.

Cura della salute mentale di comunità: tipo di trattamento che pone l'accento sulla cura della comunità.

Nell'incontro con una coppia di pazienti che richiede una psicoterapia congiunta, ossia un intervento clinico rivolto alle problematiche della relazione, di fondamentale importanza appare la domanda circa le ragioni che spingono le due persone, tra le quali esiste un legame affettivo e una storia comune, a formulare una richiesta di aiuto in termini di coppia.

Spesso si tratta di moglie e marito, ma la coppia non deve essere costituita necessariamente da persone sposate e neppure conviventi. Come la terapia familiare, la terapia di coppia spesso si concentra sulla struttura e sui modelli di comunicazione messi in atto nelle relazioni

(Baucom et al., 2009, 2006, 2000). Si fa in genere ricorso a una terapia di coppia anche quando i problemi psicologici di un bambino sono riconducibili ai problemi della relazione tra i genitori.

Sebbene un certo livello di conflitto esista in qualunque relazione a lungo termine, nella nostra società molti sono gli adulti che vivono conflitti di coppia alquanto gravi. La percentuale di divorzi in Canada, Stati Uniti ed Europa è ora vicina al 50% dei matrimoni (Marshall, Brown, 2008). Per molte coppie conviventi non sposate sembra che le difficoltà siano le stesse (Harway, 2005).

La terapia di coppia, come la terapia familiare e la terapia di gruppo, può seguire i principi di uno qualunque degli orientamenti terapeutici più importanti. La *terapia comportamentale della coppia*, ad esempio, utilizza molte tecniche della prospettiva comportamentista (Shadish, Baldwin, 2005; Gurman, 2003). I terapeuti aiutano i coniugi a riconoscere e a modificare i comportamenti problematici insegnando generalmente delle competenze specifiche di soluzione dei problemi e di comunicazione. Una versione socioculturale più ampia, chiamata *terapia integrativa di coppia*, aiuta inoltre i partner ad accettare i comportamenti che non è possibile cambiare e a credere, ciononostante, nella relazione (Christensen et al., 2006). Ai partner si chiede di considerare questi comportamenti come dovuti all'esistenza di differenze fondamentali tra loro.

Le coppie che si sottopongono a questa terapia sembrano mostrare un miglioramento più marcato nella relazione rispetto alle coppie con problemi simili che non cercano aiuto (Fraser, Solovey, 2007), ma nessuna forma di terapia di coppia può essere considerata superiore rispetto a un'altra (Snyder et al., 2006; Harway 2005). Sebbene due terzi delle coppie trattate vivano un miglioramento nella vita di coppia alla fine della terapia, meno della metà delle persone trattate vive una relazione «prima di tensioni» o «felice». Inoltre, in un terzo delle coppie curate con successo si è assistito a un ripresentarsi dei problemi entro due anni dalla fine della terapia.

Il trattamento di comunità

I programmi per la **cura della salute mentale di comunità** permettono ai pazienti, soprattutto a quelli con difficoltà psicologiche gravi, di rimanere nel proprio ambiente sociofamiliare nel periodo del trattamento. Nel 1963, il presidente John Kennedy invocava un «nuovo approccio coraggioso» alla cura dei disturbi mentali, un approccio rivolto alla comunità che avrebbe aiutato la maggior parte delle persone con problemi psicologici a ricevere dei servizi da agenzie vicine più che da strutture o istituzioni lontane. Subito dopo il Congresso approvò la «Legge sulla salute mentale di comunità», promuovendo il movimento per la salute mentale di comunità negli Stati Uniti. Una serie di altri paesi hanno incoraggiato la nascita di movimenti simili.

Un principio fondamentale del trattamento di comunità è la *prevenzione*. In questo caso sono i clinici stessi a recarsi dai pazienti, anziché aspettare che siano i malati a chiedere di essere curati. Dagli studi si deduce che questi sforzi sono stati spesso coronati da successo (Hage et al., 2007). Gli operatori di comunità attuano tre tipi di prevenzione che definiscono *primaria*, *secondaria* e *terziaria*.

La *prevenzione primaria* riguarda gli sforzi per migliorare i comportamenti e le politiche della comunità con il fine di prevenire i disturbi psicologici nel complesso. Gli operatori di comunità possono, ad esempio, consultarsi con una commissione scolastica locale oppure condurre dei workshop pubblici sulla riduzione dello stress (Bloom, 2008).

La *prevenzione secondaria* consiste nell'identificare e trattare i disturbi psicologici nelle fasi iniziali, prima che diventino seri. Gli operatori di comunità possono collaborare con insegnanti, sacerdoti o poliziotti per aiutarli a riconoscere i primi segni della disfunzione psicologica e a insegnare loro in che modo aiutare le persone a trovare una cura (Ervin et al., 2007).

Il fine della *prevenzione terziaria* è fornire una cura efficace non appena si rende necessaria in modo che disturbi moderati o gravi non diventino problemi cronici. Oggi le agenzie di comunità negli Stati Uniti offrono la cura terziaria in modo efficace a milioni di persone con problemi psicologici modesti; ma, come abbiamo già detto nel Capitolo 1, spesso non riescono a fornire i servizi necessari a centinaia di migliaia di persone affette da disturbi gravi. Una delle ragioni di questo fallimento è la mancanza di finanziamenti, un tema che sarà affrontato nei prossimi capitoli (Weisman, 2004).

TRA LE RIGHE

Prevenzione secondaria in azione

I professionisti della salute mentale di comunità talvolta collaborano con la polizia e con altri funzionari pubblici, insegnando loro come affrontare i bisogni psicologici delle persone sottoposte a uno stress elevato.

2.6.3 Come spiegano il funzionamento anormale i teorici multiculturali?

Con *cultura* si intende l'insieme di valori, atteggiamenti, convinzioni, storia e comportamenti condivisi da un gruppo di persone e trasmessi da una generazione a un'altra (Matsumoto, 2007, 2001).

In una **prospettiva multiculturale**, o culturalmente diversa (Jackson, 2006), gli psicologi cercano di comprendere in che modo la cultura, la razza, l'etnia, il genere e fattori simili influenzino il comportamento e il pensiero, e in che modo le persone di culture, razze e generi diversi siano psicologicamente diverse (Alegría et al.,

2009, 2007, 2004). La visione multiculturale odierna è diversa dalle prospettive culturali del passato, meno illuminate; infatti l'appartenenza a una minoranza razziale, etnica e di altro tipo non implica in nessun modo il fatto che si sia considerati inferiori o culturalmente svantaggiati in rapporto alla maggioranza della popolazione (Sue, Sue, 2003). Al contrario, secondo questo modello il comportamento di un individuo, normale o anormale, viene compreso meglio se esaminato alla luce di quel particolare contesto culturale dell'individuo: dai valori di quella cultura alle pressioni esterne particolari affrontate dai membri della cultura.

Negli Stati Uniti i gruppi sui quali si è concentrata l'attenzione degli studiosi multiculturali sono non soltanto i gruppi minoritari etnici e razziali (afroamericani, ispanoamericani, nativi americani e asiatico-americani), ma anche di altro tipo (persone economicamente disagiate, omosessuali e donne, sebbene le donne non costituiscano tecnicamente un gruppo minoritario). Ognuno di questi gruppi è soggetto a particolari pressioni nella società americana che possono contribuire alla sensazione di stress e, talvolta, al funzionamento anormale. I ricercatori hanno scoperto che, ad esempio, l'anormalità psicologica, soprattutto di tipo grave, è molto più comune tra le persone a basso reddito rispetto alle persone più benestanti (Byrne et al., 2004; Draine et al., 2002). Forse i problemi connessi alla povertà spiegano questa relazione. Naturalmente questi vari gruppi in parte si sovrappongono, poiché, ad esempio, anche molti membri dei gruppi minoritari vivono in povertà. Il tasso più elevato di criminalità, di disoccupazione, sovraffollamento abitativo o di senzatetto, l'accesso insufficiente alle cure mediche e le opportunità di formazione limitate vissute in genere dai poveri possono creare uno stress maggiore in molti membri di questi gruppi minoritari.

Gli studiosi multiculturali hanno inoltre rilevato che il pregiudizio e la discriminazione affrontati da molti gruppi minoritari possono contribuire a certe forme di funzionamento anormale (Carter, 2007; Nelson, 2006). Ad esempio, nella società occidentale la percentuale di donne affette da ansia e disturbi depressivi è almeno doppia rispetto a quella maschile (McSweeney, 2004). Analogamente, tra gli afroamericani è insolitamente molto alta la percentuale di disturbi d'ansia (Blazer et al., 1991). Gli ispanoamericani hanno in genere una maggiore vulnerabilità ai disturbi connessi allo stress post-traumatico rispetto a persone appartenenti ad altri gruppi etnici (Koch, Haring, 2008). E i nativi americani mostrano delle percentuali eccezionalmente alte di alcolismo e suicidio (Beals et al., 2005). Sebbene molti fattori possano combinarsi per produrre queste differenze, un pregiudizio razziale e sessuale e i problemi che pone, possono contribuire a modelli anormali di tensione, infelicità, bassa autostima e fuga (Carter, 2007; Nelson, 2006).

Prospettiva multicultural: visione secondo la quale ogni cultura possiede un insieme di valori e di convinzioni, ma subisce anche pressioni esterne particolari che aiutano a spiegare il comportamento dei suoi membri. Chiamata anche *prospettiva culturalmente diversa*.

Terapie culturalmente sensibili: approcci che cercano di analizzare i problemi specifici affrontati dai membri dei gruppi minoritari.

Terapie sensibili al genere: approcci che affrontano le problematiche specifiche dell'essere donna nella società occidentale. Chiamate anche *terapie femministe*.

2.6.4 Trattamenti multiculturali

Da studi condotti in diverse parti del mondo si è scoperto che i membri di gruppi minoritari etnici e razziali tendono a mostrare un miglioramento meno evidente nei trattamenti clinici (Comas-Diaz, 2006), si rivolgono meno di frequente ai servizi di salute mentale e interrompono la terapia prima degli appartenenti ai gruppi maggioritari (Ward, 2007; Comas-Diaz, 2006; Wang et al., 2006).

L'efficacia di una terapia rivolta a pazienti appartenenti a gruppi minoritari, come suggeriscono alcuni studi, può essere migliorata facendo leva su due aspetti: (1) maggiore sensibilità ai temi culturali, (2) inclusione di principi morali e modelli culturali nella cura, soprattutto nelle terapie destinate ai bambini e agli adolescenti (Ca-

stro, Holm-Denoma, Buckner, 2007; Lee, Sue, 2001). Spinti da queste scoperte, alcuni clinici hanno sviluppato delle **terapie culturalmente sensibili**, approcci che cercano di analizzare i problemi specifici affrontati dai membri dei gruppi culturali minoritari (Carten, 2006; Mio et al., 2006). Le terapie che affrontano le difficoltà specifiche dell'essere donna nella società occidentale, chiamate **terapie sensibili al genere** o femministe, seguono gli stessi principi.

Gli approcci culturalmente sensibili includono in genere gli elementi seguenti:

- Preparazione culturale particolare dei terapeuti nei loro programmi di formazione universitaria
- Conoscenza da parte del terapeuta dei valori culturali del paziente
- Conoscenza del terapeuta di stress, pregiudizi e stereotipi ai quali i pazienti dei gruppi minoritari sono esposti
- Conoscenza del terapeuta delle difficoltà affrontate dai figli degli immigrati
- Aiuto ai pazienti affinché riconoscano l'impatto della propria cultura e della cultura dominante sulle visioni di sé e sui comportamenti
- Aiuto ai pazienti affinché identifichino ed esprimano la rabbia e il dolore repressi
- Aiuto ai pazienti affinché raggiungano un equilibrio biculturale ritenuto per loro adeguato
- Aiuto ai pazienti affinché accrescano la loro autosti-

Tabella 2.2 Confronto dei modelli.

	Biologico	Psicodinamico	Comportamentista	Cognitivo	Umanistico	Esistenziale	Sociofamiliare	Multiculturale
Causa della disfunzione	Malfunzionamento biologico	Conflitti inconsci	Apprendimento maladattativo	Pensiero maladattativo	Auto-illusione	Evitamento della responsabilità	Stress sociale o familiare	Pressioni esterne o conflitti culturali
Supporto alla ricerca	Forte	Modesto	Forte	Forte	Debole	Debole	Moderato	Moderato
Designazione della persona trattata	Paziente	Paziente	Cliente	Cliente	Paziente o cliente	Paziente o cliente	Cliente	Cliente
Ruolo del terapeuta	Medico	Interprete	Insegnante	Persuasore	Osservatore	Collaboratore	Facilitatore sociale/familiare	Sostenitore /insegnante culturale
Tecnica primaria del terapeuta	Intervento biologico	Libera associazione e interpretazione	Condizionamento	Ragionamento	Riflessione	Sociale di tipo vario	Intervento sensibile alla famiglia	Intervento culturale
Obiettivo della terapia	Intervento biologico	Mutamento psicologico ampio	Comportamenti funzionali	Pensiero adattativo	Auto-realizzazione	Vita autentica	Sistema familiare o sociale efficace	Consapevolezza e benessere culturale

ma, acquisiscano cioè un senso del valore personale che è stato spesso intaccato da un'infinità di messaggi negativi

2.6.5 Valutare il modello socioculturale

Le prospettive sociofamiliare e multiculturale hanno dato un notevole contributo alla comprensione e alla cura del funzionamento anormale. Oggi, la maggior parte dei clinici prende in considerazione gli aspetti familiari, culturali, sociali e della comunità, fattori che fino a 35 anni fa venivano trascurati. Oggi inoltre si è più consapevoli dell'impatto dei ruoli clinici e sociali. Infine, le modalità di cura offerte dal modello socioculturale talvolta conseguono buoni risultati laddove gli approcci tradizionali hanno fallito.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Aiuto! Sono prigioniero dell'ereditarietà e dell'ambiente» Dennis Allen.

Al contempo, il modello socioculturale pone alcuni problemi. Per prima cosa, le scoperte della ricerca socioculturale sono difficili da interpretare. Infatti, la ricerca può rivelare una relazione tra certi fattori familiari o culturali e un particolare disturbo, ma non riesce a stabilire se ne siano davvero la *causa*. Gli studi mostrano un rapporto tra conflitti familiari e schizofrenia, ad esempio, ma questa scoperta non significa necessariamente che una disfunzione familiare causi la schizofrenia. È ugualmente possibile che il funzionamento familiare sia alterato da conflitti e tensioni creati da un comportamento psicotico di un membro della famiglia.

Un altro limite del modello socioculturale è la sua incapacità di prevedere l'anormalità in individui specifici. Se, ad esempio, alcune condizioni sociali come il pre-

giudizio e la discriminazione sono le cause principali dell'ansia e della depressione, perché solo alcune delle persone che li subiscono soffrono di disturbi psicologici? Vi sono ancora altri fattori essenziali per l'insorgere dei disordini?

Dati questi limiti, la maggior parte dei clinici considera le spiegazioni sociofamiliari e multiculturali come operanti congiuntamente con le spiegazioni biologiche o psicologiche, e concordano sul fatto che i fattori familiari, sociali e culturali possano creare un clima favorevole allo sviluppo di certi disturbi. Essi ritengono, tuttavia, che anche le condizioni biologiche o psicologiche, o entrambe, debbano essere presenti per lo sviluppo dei disturbi.

Sintesi

Il modello socioculturale

Il modello socioculturale si rivolge all'esterno, alle forze sociali e culturali che influenzano i membri di una società. Una delle prospettive di questo modello, la prospettiva sociofamiliare, individua tre tipi di fattori nelle sue spiegazioni del funzionamento anormale: etichette e ruoli sociali, reti sociali e di aiuto, e sistema familiare. I clinici che utilizzano l'approccio sociofamiliare possono praticare una terapia di gruppo, familiare o di coppia o un trattamento di comunità.

La prospettiva multiculturale, un'altra prospettiva del modello socioculturale, afferma che il comportamento di un individuo, normale o anormale, viene compreso meglio se esaminato alla luce del suo contesto culturale specifico, di cui fanno parte i valori di quella cultura e le pressioni speciali esterne subite dai membri che ne fanno parte. Gli operatori di questa prospettiva possono utilizzare le terapie culturalmente sensibili, approcci che cercano di analizzare i problemi particolari che i membri dei gruppi culturali minoritari si trovano ad affrontare.

Riflessioni critiche

1. Il tema della salute mentale presuppone l'esistenza di un modello di sanità e di patologia e ha estese implicazioni di tipo sociale e culturale. Come sono cambiate nel tempo le modalità con cui la società e la cultura di riferimento hanno affrontato questi temi?
2. Il valore dell'innovazione della teoria freudiana e la sua influenza si è estesa oltre l'ambito prettamente clinico. In che modo la sua teoria e quella dei suoi successori ha influenzato la letteratura, il cinema, la pedagogia, la filosofia e la formazione?
3. Il dibattito fra i fautori del modello biologista da un lato e quelli che abbracciano, invece, una visione della salute mentale più specificamente psicologica è aperto a tutt'oggi e ha grandi implicazioni e ricadute sui tipi di politiche sanitarie e di intervento clinico nei servizi che un paese mette in campo.
4. «Di regola, ciò che non si vede disturba la mente degli uomini assai più profondamente di ciò che essi vedono» (Giulio Cesare).
5. «Non c'è alcun periodo dello sviluppo nel quale l'essere umano viva al di fuori del regno dei rapporti interpersonali» (Harry Stack Sullivan). Quali implicazioni per l'evoluzione della mente e per la sua patologia? Quali per la cura e la prognosi?

Parole chiave

- Autorealizzazione, p. 50
- Censura, p. 34
- Condizionamento classico, p. 46
- Condizionamento operante, p. 45
- Condizionamento, p. 45
- Cura della salute mentale di comunità, p. 58
- Desensibilizzazione sistematica, p. 47
- Farmaci psicotropi, p. 30
- Gene, p. 29
- Gruppo di auto-aiuto, p. 56
- Modellamento, p. 45
- Modello, p. 26
- Neurone, p. 27
- Neurotrasmettitore, p. 27
- Ormone, p. 28
- Principio di costanza, p. 33
- Principio di realtà, p. 34
- Processo primario, p. 34
- Processo secondario, p. 34
- Prospettiva multiculturalale, p. 60
- Psicochirurgia, p. 31
- Pulsione, p. 34
- Rimozione, p. 33
- Sinapsi, p. 27
- Teoria dei sistemi familiari, p. 55
- Terapia centrata sul cliente, p. 51
- Terapia cognitiva, p. 48
- Terapia della Gestalt, p. 52
- Terapia di coppia, p. 58
- Terapia di gruppo, p. 56
- Terapia elettroconvulsiva (TEC), p. 31
- Terapia esistenziale, p. 53
- Terapia familiare, p. 57
- Terapie culturalmente sensibili, p. 60
- Terapie sensibili al genere, p. 60

Domande di riepilogo

1. Quali sono le regioni principali del cervello e come vengono trasmessi i messaggi a livello cerebrale? Descrivete i trattamenti biologici per i disturbi psicologici.
2. Quali sono i principi chiave e in cosa si differenziano in modo sostanziale il modello psicodinamico, comportamentista, cognitivo e umanistico-esistenziale?
3. Su quali forme di condizionamento si fondano i comportamentisti nelle loro spiegazioni e nei trattamenti dei comportamenti anormali?
4. Quali tipi di disfunzione cognitiva possono causare un comportamento anormale?
5. In che modo le etichette sociali le reti sociali i fattori familiari e culturali sono connessi con il funzionamento psicologico?

VALUTAZIONE CLINICA E DIAGNOSI

Angela aveva 22 anni, viveva con sua madre e lavorava come segretaria in una grande compagnia di assicurazioni. Aveva già attraversato alcuni periodi di «malinconia», ma in questo momento era particolarmente abbattuta. Era gravemente depressa e aveva frequenti crisi di pianto, che negli ultimi due mesi erano state particolarmente forti. Angela trovava difficoltà nel concentrarsi sul suo lavoro, faceva fatica ad addormentarsi la notte e aveva scarso appetito. [...] La depressione era iniziata due mesi prima, dopo che si era lasciata con il fidanzato Jerry (Leon, 1984, p. 109).

La sensazione di profondo scoraggiamento ha portato Angela a fissare un appuntamento con un terapeuta presso un centro locale di counseling psicologico. Per prima cosa, lo specialista ha raccolto il maggior numero di informazioni possibile su Angela e il suo disturbo. Chi è questa persona, che tipo di vita conduce, quali sono esattamente i suoi sintomi? Le risposte possono aiutare a

stabilire le cause e il probabile andamento della sua disfunzione attuale, nonché a suggerire quale tipo di strategie potrebbero aiutarla. Il trattamento potrebbe quindi essere adeguato precisamente alle necessità di Angela e al suo particolare modello di funzionamento anomalo. Nei Capitoli 1 e 2 abbiamo visto in che modo i ricercatori nell'ambito della psicologia clinica sviluppano una comprensione generale del funzionamento anormale. Gli specialisti clinici applicano queste informazioni generali al loro lavoro, ma il loro obiettivo principale, quando si trovano di fronte a un nuovo paziente, è raccogliere su questi **informazioni idiografiche** o individuali (Bornstein, 2007). Per aiutare le persone a superare i loro problemi, i clinici devono comprenderle appieno e assieme alle loro particolari difficoltà. Allo scopo di raccogliere queste informazioni, i clinici utilizzano le procedure di *valutazione* e *diagnosi*. Solo dopo sono in grado di proporre un *trattamento*.

3.1 LA VALUTAZIONE CLINICA: COME E PERCHÉ UNA PERSONA SI COMPORTE IN MODO ANORMALE?

Con **valutazione** s'intende la semplice raccolta di informazioni pertinenti, nel tentativo di raggiungere una conclusione. Questo avviene in qualsiasi ambito della vita. Tutti noi facciamo delle valutazioni, ogni volta che decidiamo quali biscotti comprare o a quale partito politico dare il voto. I funzionari addetti all'ammissione alle università americane, che hanno il compito di selezionare gli studenti «migliori» tra i tanti che hanno presentato domanda, si fondano su risultati accademici, referenze, punteggi nei vari test superati, colloqui e numerosi moduli compilati per potere prendere una decisione (Sackett et al., 2008). I datori di lavoro che hanno la necessità di individuare i collaboratori migliori tra diversi candidati raccolgono informazioni attraverso curricu-

lum, colloqui, referenze e probabilmente dall'osservazione della persona all'opera.

Comprensione idiografica: comprensione del comportamento di un individuo.

Valutazione: processo di raccolta e interpretazione di informazioni di rilievo su un paziente o un soggetto partecipante a una ricerca.

La *valutazione clinica* è indispensabile per determinare come e perché una persona presenta un comportamento anormale e come si può intervenire per aiutarla. Ha inoltre lo scopo di consentire al clinico di valutare i progressi dei pazienti dopo un certo periodo di trattamento e di decidere se modificare la terapia. Le centinaia di tecniche e di strumenti per la valutazione clinica che sono stati messi a punto nel tempo possono essere suddivise in tre categorie: *colloqui clinici*, *test* e *osservazioni*. Per dimostrarsi utili, questi strumenti devono esse-

re *standardizzati* e possedere una chiara *affidabilità* e *validità*.

3.1.1 Caratteristiche degli strumenti di valutazione

Tutti i clinici devono seguire le stesse procedure nell'utilizzare una particolare tecnica di valutazione. **Standardizzare** una tecnica significa stabilire dei passi comuni da seguire quando viene applicata. Analogamente, i clinici devono standardizzare il modo in cui essi interpretano i risultati di uno strumento di valutazione, allo scopo di riuscire a comprendere cosa significhi un particolare punteggio. Ad esempio possono standardizzare i risultati di un test somministrandolo a un gruppo di partecipanti a una ricerca, e questi risultati costituiranno in seguito uno standard comune, o norma, rispetto alla quale diventa possibile misurare successivamente altri punteggi individuali. Il gruppo iniziale che viene sottoposto al test deve essere rappresentativo della popolazione in generale per la quale è pensato il test medesimo. Ad esempio, se un test sull'aggressività inteso per un pubblico ampio venisse standardizzato su un gruppo di *marine*, la «norma» risultante potrebbe rivelarsi elevata in modo fuorviante.

Con **affidabilità** si intende la *coerenza* delle misure di valutazione. Uno strumento di valutazione valido darà sempre gli stessi risultati nella stessa situazione (Weiner, Greene, 2008). Uno strumento di valutazione ha una elevata *affidabilità test-retest*, ossia è un tipo test che dà gli stessi risultati ogni volta che viene somministrato alle stesse persone. Se dalle risposte in un particolare test emerge che una donna è in generale una forte consumatrice di alcol, si deve ottenere lo stesso risultato somministrando il test a distanza di una settimana. Per misurare l'affidabilità test-retest, i partecipanti vengono sottoposti al test in due momenti diversi e i punteggi confrontati. Maggiore è la correlazione (cfr. Capitolo 1), più elevata è l'affidabilità del test.

Uno strumento di valutazione mostra un elevato grado di *affidabilità interrater* (detta anche *interjudge*), un altro tipo di affidabilità, ossia la concordanza tra più valutatori sul punteggio e l'interpretazione del test. Dai test del tipo vero/falso e a scelta multipla emergono punteggi coerenti, indipendentemente dal valutatore, mentre altri tipi di test richiedono un giudizio da parte del valutatore. Prendiamo ad esempio un test che richieda di copiare un disegno, il quale poi viene valutato da un giudice dal punto di vista della precisione: valutatori diversi possono giudicare lo stesso disegno in maniera diversa.

Per finire, uno strumento di valutazione deve essere dotato di **validità**: esso deve misurare *accuratamente* ciò che dovrebbe misurare (Weiner, Greene, 2008). Supponiamo che una bilancia legga 1,2 kg ogni volta che vi si pesa 1 kg di zucchero: anche se la bilancia è affidabile, in quanto i risultati sono coerenti, essi non sono né validi né accurati.

Standardizzazione: processo nel quale viene somministrato un test a un ampio campione di persone; i risultati servono poi da standard o norma rispetto alla quale misurare il punteggio individuale di altre persone.

Affidabilità: misura della coerenza dei risultati di un test o di una ricerca.

Validità: accuratezza di un test o dei risultati di uno studio, ossia la misura in cui quel test o studio effettivamente verifica o dimostra ciò che afferma.

Un dato strumento di valutazione può sembrare valido semplicemente perché appare ragionevole e sensato. Questo tipo di validità, detto *validità di facciata*, non significa di per sé che lo strumento sia affidabile. Un test sulla depressione, ad esempio, potrebbe comprendere domande sulla frequenza del pianto. Poiché sembra normale che i depressi piangano, queste domande hanno una validità di facciata. Tuttavia risulta anche che molte persone piangono per ragioni del tutto diverse dalla depressione, mentre altre persone estremamente depresse non piangono affatto. Pertanto, un dato strumento di valutazione non va utilizzato se manca di un'elevata *validità predittiva* o di *validità concorrente* (Sackett et al., 2008).

Con *validità predittiva* s'intende la capacità di un test di prevedere caratteristiche o comportamenti futuri. Supponiamo che sia stato messo a punto un test per identificare i bambini in età scolare che diverranno fumatori nell'adolescenza. Il test raccoglie informazioni sui genitori dei bambini (caratteristiche personali, abitudine al fumo e atteggiamento nei confronti del fumo) e su questa base identifica i bambini a rischio. Per stabilire la validità predittiva del test, i ricercatori potrebbero somministrarlo a un gruppo di alunni di scuola elementare, attendere che siano adolescenti e studenti di scuola superiore, e quindi verificare per vedere quali bambini sono effettivamente diventati fumatori.

La *validità concorrente* esprime la correlazione tra i risultati del test in esame e i risultati derivanti da altre tecniche di valutazione. I punteggi dei partecipanti a un nuovo test ideato per misurare il grado di ansia, ad esempio, dovrebbero essere fortemente correlati ai punteggi ottenuti in altri test sull'ansia o al loro comportamento nel corso del colloquio clinico.

3.1.2 Colloqui clinici

Quasi tutti sappiamo per istinto che il modo migliore per conoscere le persone è in un incontro individuale. In queste situazioni possiamo vedere come reagiscono a quello che facciamo e diciamo, le osserviamo e ascoltiamo le loro risposte, e in generale ci facciamo un'idea di come esse siano. Un *colloquio clinico* è esattamente un incontro di questo tipo (Sommers-Flanagan, Sommers-Flanagan, 2007, 2003). Se, durante un colloquio clinico,

un uomo descrive ad esempio la propria tristezza per la recente perdita della madre con espressione allegra, il clinico può sospettare che in effetti nell'uomo ci siano emozioni in conflitto riguardo a questo evento.

Condurre il colloquio

Spesso il colloquio è il primo contatto fra paziente e clinico. I clinici ne fanno uso per raccogliere informazioni dettagliate sui problemi e sulle emozioni di quella persona, sul suo stile di vita, i rapporti personali e altri elementi della sua storia. Possono anche porre domande su cosa si aspetta il paziente dalla terapia e sulle motivazioni che l'hanno spinto a chiederla. Il clinico che ha lavorato con Angela (**Caso 3.1**) ha iniziato con un colloquio individuale.

TRA LE RIGHE

Individuare la depressione

I medici di famiglia individuano meno di un terzo di tutti i casi di depressione clinica riscontrati tra i loro pazienti. La maggior parte dei casi non identificati sono comunque casi lievi (Coyne, Calarco, 1995).

Oltre a raccogliere dati fondamentali sulla storia passata della persona, chi conduce un colloquio clinico at-

tribuisce particolare attenzione agli argomenti considerati più importanti (Wright, Truax, 2008). Gli intervistatori psicodinamici cercano di sapere quali siano i bisogni della persona che hanno di fronte, cosa ricorda delle esperienze passate e come siano i suoi rapporti con gli altri. Gli intervistatori di orientamento comportamentale mirano a ottenere informazioni sugli stimoli che determinano certe reazioni e sulle loro conseguenze. Gli intervistatori cognitivi cercano di scoprire le convinzioni e le interpretazioni che influenzano la persona. I clinici umanisti fanno domande sull'autovalutazione del paziente, sull'idea che il soggetto ha di sé e sui suoi valori. Gli psicologi biologici cercano di individuare sintomi di disfunzioni biochimiche o cerebrali. Gli psicologi socio-culturali, infine, pongono domande riguardo all'ambiente familiare, sociale e culturale del soggetto.

I colloqui possono essere inoltre non strutturati o strutturati (O'Brien, Tabaczynski, 2007; Rabinowitz et al., 2007). In un *colloquio non strutturato* il clinico pone domande aperte, magari un semplice «Perché non mi dice qualcosa di lei?» L'assenza di struttura consente all'intervistatore di seguire degli indizi e di addentrarsi in temi significativi che non potevano essere previsti prima del colloquio.

In un *colloquio strutturato* vengono poste domande già preparate. Talora si utilizza un *modello di colloquio*

CASO 3.1

Al primo colloquio Angela si è presentata ben vestita. Era graziosa, ma aveva gli occhi gonfi e cerchiati di scuro. Ha risposto alle domande e alle altre informazioni riguardo alla sua storia personale parlando lentamente e in tono monotono, in modo alquanto distaccato. Sedeva rigida sulla sua sedia. [...]

La paziente ha affermato che il periodo immediatamente precedente alla fine della relazione con il fidanzato era stato di estrema agitazione emotiva. Non era sicura di volere veramente sposare Jerry e lui aveva iniziato a pretendere da lei una decisione, in un senso o nell'altro. La madre di Angela non stimava particolarmente Jerry e si comportava in modo freddo e distante quando lui veniva a trovare la figlia. Angela si sentiva in trappola e incerta sulla decisione da prendere riguardo al suo futuro. Dopo diverse discussioni con Jerry riguardo al matrimonio, lui le disse di avere capito che lei non si sarebbe mai decisa e che quindi la loro storia sarebbe finita lì.

Angela ha affermato di avere avuto un'infanzia molto infelice. Suo padre non c'era quasi mai e quando era a casa litigava costantemente con sua madre. [...]

Angela ricorda di essersi sentita molto in colpa quando il padre se ne andò di casa. [...] Ha detto di sentirsi in qualche modo responsabile del fatto che suo padre avesse lasciato la famiglia e che questa idea le tornava in mente ogni volta che pensava a lui. [...]

Angela descrive sua madre come una donna «votata alla sofferenza», che diceva sempre di essersi sacrificata per la felicità delle figlie e di aver ricevuto in cambio solo dolore e infelicità. [...] Quando Angela e [sua sorella] iniziarono a uscire con i ragazzi, la madre prese a fare commenti sgradevoli sui ragazzi stessi e sugli uomini in generale. [...]

Angela ha detto di essere sempre stata tendenzialmente depressa. Al liceo, se prendeva un voto più basso di quanto si attendeva, la sua reazione iniziale era di collera, seguita da depressione. Iniziò a pensare di non essere abbastanza intelligente per prendere buoni voti e si incolpava di non studiare abbastanza. Angela si faceva prendere dallo sconforto anche se aveva una discussione con sua madre o se aveva la sensazione di essere sfruttata al lavoro. [...]

L'intensità e la durata del [cambiamento di umore] provate dopo la rottura con Jerry furono molto più accentuate. Non era certa di sapere perché fosse tanto depressa, ma cominciò a sentire la pesantezza dello sforzo per uscire e andare al lavoro. Divenne difficile per lei parlare con gli altri. Angela aveva difficoltà di concentrazione e iniziò a dimenticare le cose da fare. [...]

Preferiva restare a letto anziché trovarsi in compagnia di altre persone e piangeva spesso quando era da sola (Leon, 1984, pp. 110-115).

pubblicato, ossia una serie di domande standard valide per tutti i tipi di colloquio. Molti colloqui strutturati comprendono un **esame dello stato mentale**, una serie di domande e osservazioni che valutano in modo sistematico la consapevolezza del paziente, l'orientamento rispetto a tempo e spazio, la soglia di attenzione, la memoria, il giudizio e il discernimento, il contenuto e i processi di pensiero, l'umore e l'aspetto esteriore (Palmer et al., 2007). Un modello strutturato consente all'esaminatore di inserire lo stesso tipo di temi importanti in tutti i suoi colloqui, nonché di confrontare le risposte di individui diversi.

TRA LE RIGHE

Colloquio rivelatore

Nella Seconda guerra mondiale le reclute americane venivano sottoposte a un rapido colloquio e a qualche test per stabilire se erano adatte al servizio militare. Quando al famoso (e spiritoso) pianista Oscar Levant fu chiesto se si ritenesse capace di uccidere, si dice che dopo una breve pausa di riflessione avesse risposto: «Non ne sono sicuro se si tratta di estranei, ma nel caso di amici e parenti, decisamente sì» (Bahrck, 1996).

Sebbene i colloqui clinici siano per lo più costituiti sia da parti non strutturate che strutturate, sono molti i professionisti che prediligono un tipo rispetto all'altro. I colloqui non strutturati in genere sono preferiti dagli psicologi comportamentali e cognitivi, per i quali è necessario identificare comportamenti, atteggiamenti o processi cognitivi che possono essere alla base di un comportamento anormale (Hersen, 2004).

Esame dello stato mentale: batteria di domande e di osservazioni all'interno di un colloquio tese a rivelare il grado e la natura del funzionamento anormale di una persona.

Test: sistema di raccolta di informazioni su alcuni aspetti del funzionamento psicologico di una persona, dalle quali è possibile inferire altre informazioni riguardo a essa.

Test proiettivo: test costituito da materiale ambiguo, soggetto all'interpretazione e alla risposta della persona.

Quali sono i limiti del colloquio clinico?

I colloqui spesso forniscono informazioni importanti sulle persone, ma presentano anche dei limiti (Hersen, Thomas, 2007). Uno dei problemi è che a volte mancano di validità o di accuratezza. Le persone possono pilotare intenzionalmente le risposte in modo da presentarsi sotto una luce positiva o per evitare di affrontare argomenti imbarazzanti, o ancora possono non essere in grado di rispondere con precisione durante il colloquio. Chi so-

ffre di depressione, ad esempio, ha una visione pessimistica di sé stesso e può dire di essere un pessimo lavoratore o un genitore inadeguato, quando non è affatto così.

Anche gli esaminatori possono compiere errori di giudizio che alterano le informazioni raccolte. Può capitare che tendano a basarsi troppo sulla prima impressione e a dare troppo peso alle informazioni negative su un dato soggetto (Wu, Shi, 2005). I pregiudizi dell'intervistatore riguardo a sesso, razza, età e aspetto possono influenzare a loro volta le sue interpretazioni di ciò che dice il soggetto (Ungar et al., 2006).

I colloqui, in particolare quelli non strutturati, possono mancare inoltre di affidabilità (Wood et al., 2002). Le persone rispondono in modo diverso a intervistatori diversi; ad esempio forniscono meno informazioni a una persona algida rispetto a un esaminatore cordiale e capace di empatia (Quas et al., 2007). Anche in questo caso, razza, sesso, età e aspetto dell'intervistatore possono influenzare le risposte del soggetto (Springman et al., 2006).

Poiché intervistatori diversi possono ottenere risposte diverse e trarre conclusioni diverse, anche ponendo le stesse domande alla stessa persona, alcuni ricercatori ritengono che il colloquio non sia uno strumento valido di valutazione clinica. Come vedremo, tuttavia, anche gli altri due tipi di metodica di valutazione clinica presentano dei limiti notevoli.

3.2 TEST CLINICI

I **test** sono strumenti per la raccolta di informazioni su alcuni aspetti del funzionamento psicologico di una persona, dai quali è possibile desumere informazioni più generali su quella persona (Gregory, 2004). Da un punto di vista superficiale può sembrare facile mettere a punto un test efficace. Riviste e siti web presentano ogni mese nuovi test intesi a farci conoscere meglio la nostra personalità oltre che le relazioni, la vita sessuale, la reazione allo stress o la capacità di riuscita nella vita. Essi possono sembrare convincenti, ma mancano per lo più di affidabilità, validità e standardizzazione, ossia non danno informazioni coerenti e precise e neppure svelano come ci collochiamo rispetto agli altri.

3.2.1 Test proiettivi

I **test proiettivi** richiedono al soggetto di interpretare stimoli vaghi, come delle macchie d'inchiostro, delle figure ambigue o di seguire istruzioni aperte come «Disegna una persona». In teoria, di fronte a indizi e istruzioni così generici, si tende a «proiettare» alcuni aspetti della propria personalità nel compito. I test proiettivi sono utilizzati soprattutto dagli psicologi psicodinamici per valutare le pulsioni e i conflitti inconsci che ritengono es-

sere alla base di un funzionamento anormale (Tuber et al., 2008; Hojnoski et al., 2006). I test proiettivi più diffusi sono il *test di Rorschach*, il *Test di appercezione tematica*, i *test di completamento delle frasi* e i test basati sui *disegni*.

Test di Rorschach

Nel 1911 Hermann Rorschach, psichiatra svizzero, condusse una serie di esperimenti usando delle macchie di inchiostro nella sua attività clinica. Produsse migliaia di macchie lasciando cadere gocce d'inchiostro su fogli di carta e poi ripiegandoli in due per creare immagini simmetriche, ma del tutto casuali, come quella illustrata nella **Figura 3.1**. Rorschach verificò che tutti vedevano immagini nelle macchie e che tali immagini sembravano corrispondere in maniera significativa alla condizione psicologica dell'osservatore. Le persone con diagnosi di schizofrenia, ad esempio, tendevano a vedere immagini diverse da quelle descritte da chi era affetto da depressione.

TRA LE RIGHE

Incredibile ma vero

Per una strana coincidenza, i compagni di scuola di Hermann Rorschach gli avevano dato il soprannome Klex, una storpiatura del termine tedesco *Klecks*, ossia «macchia d'inchiostro» (Schwartz, 1993).

Rorschach selezionò in particolare dieci immagini che pubblicò nel 1921, corredandole di istruzioni per l'uso nella valutazione clinica. Questa serie di dieci tavole fu chiamata *Test psicodinamico delle macchie di Rorschach*. L'autore morì a distanza di otto mesi, a soli 37 anni, ma il suo lavoro fu ripreso da altri e le sue tavo-

le si affermarono tra i test proiettivi più ampiamente usati nel XX secolo.

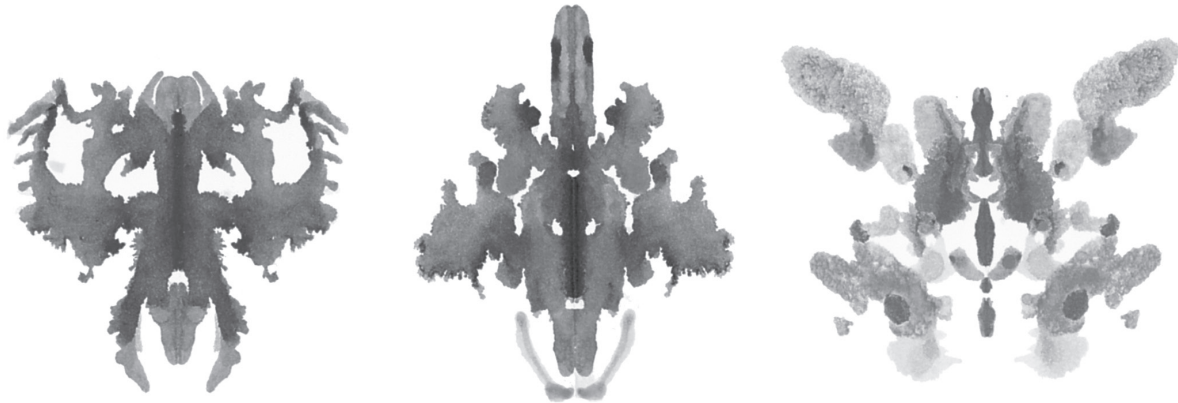
Gli psicologi somministrano il «Rorschach», come viene comunemente chiamato, presentando una tavola alla volta e chiedendo ai soggetti cosa vedono, a cosa assomigliano le macchie d'inchiostro o cosa viene loro in mente guardandole. Negli anni immediatamente successivi alla sua diffusione, gli esaminatori che somministravano il test prestavano particolare attenzione ai temi e alle immagini riportati alla mente dalle macchie (Weiner, Greene, 2008). Oggi si osserva anche il tipo di reazione: l'immagine viene vista come un unicum o nei dettagli specifici? Il soggetto si concentra sulle macchie nere o sugli spazi bianchi tra di esse?

Test di appercezione tematica

Il Test di appercezione tematica (TAT) è un test proiettivo figurativo (Tuber et al., 2008; Morgan, Murray, 1935). Ai soggetti sottoposti al test vengono mostrate 30 tavole costituite da disegni e fotografie (più una bianca) e viene loro chiesto di elaborare un racconto drammatico su ciascuna tavola. Essi devono raccontare cosa sta accadendo nell'immagine, cosa ha condotto a quella situazione, ciò che provano e pensano i personaggi e quale sarà l'epilogo.

I clinici che utilizzano il TAT ritengono che ci si identifichi sempre con uno dei personaggi di ciascuna tavola. Si ritiene altresì che i racconti elaborati riflettano circostanze, bisogni ed emozioni propri degli individui. Ad esempio, in questo racconto una paziente sembra rivelare i propri sentimenti riguardo all'immagine TAT illustrata nella **Figura 3.2**, una delle poche che possono essere pubblicate nei libri di testo.

Figura 3.1 Macchie di inchiostro simili a quelle usate nel test di Rorschach. Cosa vedete?



RORSCHACH

Le dieci tavole hanno un ordine di presentazione preciso e precostituito; sono disposte rispetto a un asse centrale, con un aspetto simmetrico.

Alcune sono più compatte e danno un'idea di unitarietà, altre presentano una configurazione bilaterale maggiormente marcata (II, III e VII).

Alcune sono monocromatiche, compare solo il colore grigio-nero (I, IV, V, VI, VII); altre sono bicromatiche, compare anche il colore rosso (II, III); le ultime tre sono policromatiche, cioè caratterizzate dalla presenza di più colori (VIII, IX, X).

Ogni singola tavola permette un certo tipo di inferenza; tutte hanno un potere evocatorio o un carattere connotativo specifico, cioè possono rimandare a costellazioni psicologiche specifiche.

La presentazione delle tavole evocerà delle risposte e la produzione di immagini (engrammi).

Ogni risposta Rorschach dovrà quindi essere classificata e ordinata essenzialmente attraverso quattro elementi, di cui tre fondamentali e uno accessorio:

- a. Localizzazione
- b. Determinante
- c. Contenuto
- d. Banalità del contenuto (accessorio)

La *localizzazione* (o modalità di apprensione o modo di comprensione) indica la parte della tavola che viene interpretata dal soggetto (ad esempio, il tutto, parti piccole, parti bianche ecc.).

La *determinante* è il cuore valutativo del test poiché rappresenta il fattore determinante che ha fatto sì che fosse data quella risposta (ad esempio la forma, il colore, il movimento ecc.).

In particolare rappresentano i due diversi modi di funzionamento mentale: la percezione sensoriale dei fattori presenti nello stimolo (ad esempio la forma o il colore) oppure l'apporto proiettivo del soggetto (ad esempio il movimento).

Il *contenuto*. Esistono diverse categorie di contenuto in cui sono raggruppate le risposte (ad esempio le risposte umane, animali, anatomiche, geografiche, sessuali, sangue, architettura ecc.).

La *banalità della risposta*. Viene considerata banale una risposta data con un'alta frequenza in una popolazione normale.

Si ricorda che il Rorschach è un test che può essere letto attraverso diversi metodi di lettura (Scuola Europea, tra cui la Scuola Francese; il Comprehensive System di Exner ecc.) e attraverso diversi approcci teorici (empirico-normativo, di Tipo Psicoanalitico ecc.).

Figura 3.2 Questo è un disegno come quelli usati per il TAT.



Test basati sul disegno

Partendo dal presupposto che i test grafici, essendo di natura proiettiva e di orientamento prevalentemente idio-grafico, rappresentano «una via di accesso privilegiata alla conoscenza dell'inconscio» (Widlocher, 1965, p. 118) e – proprio per questi motivi – un prezioso strumento di indagine sulla personalità di un soggetto, gli psicologi chiedono spesso ai pazienti di produrre un disegno e successivamente di commentarlo. La richiesta che solitamente viene fatta ai pazienti è di disegnare delle figure umane, una famiglia, un albero, oppure ancora una casa.

La valutazione di questi disegni si basa su un'analisi di livello *grafico* (come ad esempio la pressione del tratto sul foglio, le cancellature, gli annerimenti o le ombreggiature), di livello *formale* (quali ad esempio il tempo di esecuzione, la collocazione del disegno sul foglio, le dimensioni degli elementi raffigurati), di livello *contenutistico* (dimensione che prende in considerazione l'analisi sia dei dettagli che compongono il disegno sia del significato simbolico che essi veicolano, come pure i commenti che l'autore verbalizza mentre esegue la rappresentazione grafica) (Castellazzi, 2010).

Sebbene i test grafici si siano rivelati strumenti utili per acquisire informazioni sul mondo affettivo e cogniti-

vo sia di adulti che di bambini, è pur vero che i disegni vengono più comunemente impiegati per valutare il funzionamento psichico in età evolutiva.

Nei seguenti box si riportano i test grafici più utilizzati.

Approfondimento

IL DISEGNO DELLA FIGURA UMANA

Il test Draw a Person (DAP), o del disegno della figura umana, elaborato da Karen Machover nel 1949, è probabilmente uno dei metodi proiettivi più conosciuti e più usati nella pratica clinica.

Ai soggetti viene chiesto di «disegnare una persona» e successivamente vengono invitati a disegnare una seconda persona, di sesso opposto alla prima. Al termine dei due disegni lo psicologo effettua un'inchiesta relativa a ciascun disegno con l'obiettivo di chiarire alcuni dettagli e raccogliere informazioni sull'identità, sulla personalità e sulle tonalità

motive dei personaggi raffigurati. Questo test parte dall'assunto di base secondo cui «il disegno della persona rappresenta l'espressione di sé, o del corpo, nell'ambiente» (Machover, 1949, p. 21). Ne consegue che il prodotto dell'immagine rappresentata dal soggetto esaminato riflette un'insieme di esperienze, di identificazioni, di proiezioni e introiezioni, di conflitti e di meccanismi di difesa che sono intimamente legati al sé, inteso, quest'ultimo, come centro organizzatore della vita psichica, in cui confluiscono elementi interni ed esterni significativi (*ibid.*).

Approfondimento

IL DISEGNO DELLA FAMIGLIA

Questo tipo di test è considerato un reattivo particolarmente adeguato per la costruzione diagnostica dei processi psichici dei bambini.

Il test trae le sue origini interpretative dalla teoria psicoanalitica e si focalizza sul concetto che la personalità di un individuo nasce, si sviluppa e si plasma in seno alla famiglia, in base alle modalità relazionali che in essa si intrecciano e si strutturano tra i vari membri parentali, rappresentando, quindi, l'ambiente primario e fondamentale per la crescita fisica, affettiva e sociale dell'individuo. La famiglia – sistema di potenti dinamiche conscie e inconscie – può pertanto essere fonte di funzionamenti psicologico-relazionali normali ma anche luogo da cui originano disfunzioni psicopatologiche.

A tal proposito, Castellazzi (1996) specifica che la psicodiagnostica proiettiva del test della famiglia contribuisce a cogliere nel soggetto: l'immagine del sé e la sua collocazione all'interno della famiglia; le relazioni oggettuali che il bambino ha interiorizzato nelle prime fasi dello sviluppo con le figure più significative dal punto di vista emotivo (madre, padre, fratelli) e che sono alla base dei successivi rapporti intra ed extra-familiari di ogni individuo; i conflitti, più o meno acuti, che l'esaminato ha vissuto o che continua a vivere nei confronti dell'intero nucleo familiare o di alcuni suoi membri in particolare, così come dei meccanismi di difesa che egli mette in atto.

Il Disegno della Famiglia fu introdotto nel 1951 da Hulse negli Stati Uniti e poco dopo, nel 1952, da Porot in Europa.

Successivamente, e cioè nel 1967, Corman lo modificò nella versione finale per come oggi la conosciamo. Infatti, mentre i primi due autori utilizzavano una consegna che spingeva alla raffigurazione della famiglia «reale» («Disegna la tua famiglia») – sollecitando così le censure dell'lo e favorendo un controllo da parte del processo secondario del soggetto esaminato – Corman ha ritenuto opportuno modificare la consegna in «Disegna una famiglia», pensando che tale accorgimento potesse ridurre l'influenza del «principio di realtà» e/o dei meccanismi di difesa, facilitando in questo modo la proiezione grafica soggettiva non solo dei vissuti che derivano dalla reale esperienza relazionale con le varie figure parentali, ma anche delle fantasie inconscie che il soggetto si è creato attorno ad esse e, in definitiva, dell'immagine interna della propria famiglia. Come sempre avviene per tutti i test grafici, alla fine del disegno è prevista un'inchiesta che approfondisce i dettagli del disegno e aiuta lo psicologo a comprendere ulteriormente il mondo rappresentazionale interno del soggetto.

Il disegno della Famiglia Cinetica

Nel 1970 Burns e Kaufman (1970; 1972) introdussero ancora un'altra nuova versione del test della famiglia, la cui consegna è «Disegnami ogni componente della tua famiglia, te compreso, mentre fa qualcosa, compie un'azione qualunque», ove il bambino disegna i membri della propria famiglia mentre eseguono una qualche attività (ove il termine «cinetica» acquisisce il senso di «attiva, dinamica»).

Approfondimento

IL DISEGNO DELL'ALBERO

Il test grafico dell'Albero di Koch (1949) rappresenta uno strumento di elevato valore simbolico ed espressivo che consente, assieme ad altri ausili psicodiagnostici, di giungere alla conoscenza della personalità nel suo insieme. Per le radici che affondano nel suolo, per la sua verticalità, per i suoi rami che si innalzano verso il cielo e la sua ciclica rigenerazione, l'albero è il simbolo della vita in continua evoluzione, il simbolo «principe» dei legami che si stabiliscono tra terra e cielo e, per analogia, simboleggia l'essere umano con le proprie peculiari capacità percettive, intellettive, affettive e relazionali (Nguyễn Kim-Chi, 1989). La consegna che viene

data ai soggetti è «disegna un albero da frutto come meglio puoi su un foglio bianco», a cui segue un'inchiesta dello psicologo. La valutazione finale del disegno si baserà infine sull'analisi delle diverse caratteristiche del disegno (le misure del disegno, la sua collocazione sul foglio, l'inclinazione dell'albero, i rapporti fra le parti, la sequenza dei dettagli e la presenza di eventuali dettagli cosiddetti addizionali ecc.) e, solo successivamente, sulla visione globale del disegno, a cui vanno comunque associati diversi elementi tra cui l'età del soggetto, le sue associazioni e possibilmente la conoscenza del suo ambiente.

Approfondimento

IL DISEGNO DELLA CASA

La casa è uno dei temi più comuni e maggiormente raffigurati dai bambini e il suo disegno evolve parallelamente allo sviluppo evolutivo. La consegna di questo reattivo, ideato da Minkowska nel 1949, è particolarmente semplice, «Disegna una casa meglio che puoi», ma la sua rappresentazione assume un significato fondamentale sul piano dell'affettività. La casa è l'ambiente fisico e psicologico nel quale il bambino vive, cresce e struttura la sua personalità attraverso la complessa rete delle relazioni interpersonali con i genitori e i fratelli (Crocetti, 2008), lo spazio delle relazioni più intime e più profonde. La casa è la proiezione del sé corporeo e del sé psichico, è il simbolo della figura materna, dell'accogliamento e del contenimento o – per dirla in termini winnicottiani – dell'*holding*, ovvero di quel luogo ideale che funge da contenitore delle angosce del bambino, proprio come farebbe una madre sufficientemente buona (Winnicott, 1962). Questo test si rivela particolarmente utile perché descrive i vissuti e l'immagine interna del luogo di vita del bambino non solo rispetto alla passata esperienza familiare ma anche rispetto all'ambiente che vive nel presente; esso con-

sente al clinico di avere una panoramica su alcuni tratti psicologici del soggetto, come il grado di solidità delle strutture di base della personalità, le capacità difensive dell'io o ancora la capacità e il desiderio di relazionarsi con l'esterno. Nei disegni la casa può apparire accogliente per la sua vivacità, per la ricchezza dei colori usati o per la presenza di determinati dettagli addizionali, indicativi di sentimenti gioiosi e sereni, oppure può rivelare caratteristiche respingenti e quindi esprimere un senso di inquietudine, di paura e di chiusura se ad esempio essa appare senza porte, con le finestre chiuse o con le grate, con colori spenti o addirittura privi di colori. Come per gli altri test grafici, nella valutazione complessiva si terrà conto di quegli importanti segni clinici che costituiscono il clima emotivo esperito dal soggetto durante l'esecuzione del compito, quali tempo di latenza e di reazione rispetto alla consegna, tempo totale per l'esecuzione del disegno, qualità del disegno, presenza o assenza di commenti ecc., elementi a cui si andranno ad aggiungere le domande esplorative dello psicologo per approfondire ulteriormente determinate tematiche.

Quali sono i vantaggi dei test proiettivi?

Fino agli anni Cinquanta del Novecento, i test proiettivi erano molto utilizzati per valutare la personalità. In tempi più recenti, tuttavia, psicologi e ricercatori se ne servono per lo più allo scopo di ricavarne conoscenze ulteriori (Huprich, 2006). Tra le ragioni di questo cambiamento, vi è il fatto che i professionisti che adottano i modelli più recenti hanno meno bisogno di test rispetto

agli psicologi psicodinamici; ma soprattutto, i test si sono dimostrati non così affidabili né dotati di validità (Wood et al., 2002).

In alcuni studi sull'affidabilità, clinici diversi tendevano a valutare il test proiettivo di una stessa persona in modo alquanto diverso. Analogamente, in altri studi sulla validità, in cui i clinici cercano di descrivere la personalità e i sentimenti di un paziente sulla base delle rispo-

ste ai test proiettivi, le loro conclusioni spesso non si accordano con quanto riferisce il soggetto su di sé, con la visione dello psicoterapeuta o con il quadro ricavato da una anamnesi accurata (Bornstein, 2007).

Un ulteriore problema legato alla validità è che i test proiettivi presentano a volte un pregiudizio nei confronti di gruppi etnici di minoranza (Costantino et al., 2007) (cfr. **Tabella 3.1**). Ad esempio, se da una parte si presume che le persone si identifichino con i personaggi delle tavole del TAT mentre raccontano la loro storia, le tavole stesse non presentano mai membri dei gruppi minoritari. Per ovviare a questo problema, sono stati messi a punto altri test TAT con personaggi dai tratti afroamericani o ispanici (Costantino et al., 2007).

3.2.2 Inventari di personalità

Un metodo alternativo per raccogliere informazioni sugli individui è chiedere loro di autovalutarsi. Un **inventario di personalità** pone ai soggetti un'ampia gamma di domande sui loro comportamenti, credenze e sentimenti. In un tipico inventario di personalità i soggetti indicano se si trovano d'accordo con ciascuna di una lunga lista di affermazioni. I clinici infine usano le rispo-

Inventario di personalità: test messo a punto per misurare caratteristiche generali di personalità e costituito da affermazioni su comportamenti, credenze e sentimenti che le persone giudicano rappresentativi o non rappresentativi di sé.

Tabella 3.1 Punti sensibili multiculturali nella valutazione e diagnosi.

Punti sensibili culturali Soggetto immigrato	Effetto sulla valutazione o diagnosi Esaminatore della cultura dominante
La cultura di provenienza può essere diversa dalla cultura dominante del Paese ospite	Può interpretare come patologiche delle reazioni legate alla cultura di provenienza
Può aver lasciato il suo Paese per sfuggire alla guerra o a un regime oppressivo	Può sottovalutare la vulnerabilità del soggetto allo stress post-traumatico
Può non disporre di sistemi di supporto nel nuovo Paese	Può sottovalutare la maggiore sensibilità del soggetto ai fattori di stress
Lo stile di vita (salute e occupazione) può essere inferiore rispetto allo stile di vita nel Paese di origine	Può sottovalutare il senso di perdita e frustrazione del soggetto
Può rifiutarsi o non riuscire a imparare la lingua dominante	Può fraintendere le risposte per la valutazione del soggetto o può sottovalutare o diagnosticare in modo erraneo i suoi sintomi
Soggetto di un gruppo etnico minoritario	Esaminatore della cultura dominante
Può respingere o diffidare dei membri della cultura dominante, compreso l'esaminatore	Può sentirsi distante dal soggetto o può interpretare la diffidenza del soggetto come patologia
Può essere a disagio con i valori della cultura dominante (ad esempio assertività e confronto) e trova difficoltà a seguire le indicazioni del clinico	Può considerare il soggetto poco motivato
Può manifestare lo stress in maniere legate alla sua cultura di origine (ad esempio sintomi psicosomatici, mal di stomaco)	Può fraintendere la sintomatologia
Può avere delle credenze culturali che appaiono strane nella cultura dominante (ad esempio crede di poter parlare con i defunti)	Può interpretare le risposte culturali come patologiche (ad esempio un'illusione)
Può essere a disagio durante la valutazione	Può sottovalutare o alimentare il disagio del soggetto
Esaminatore della cultura dominante	Soggetto di un gruppo etnico minoritario
Può non conoscere la cultura del gruppo etnico di minoranza o avere pregiudizi	Le differenze culturali possono essere patologizzate o i sintomi sottovalutati
Può comunicare in modo non verbale il proprio disagio nei confronti del soggetto del gruppo minoritario	Può essere teso e ansioso

Fonti: Dana, 2005, 2000; Westermeyer, 2004, 2001, 1993; López, Guarnaccia, 2005, 2000; Kirmayer, 2003, 2002, 2001; Sue, Sue, 2003; Tsai et al., 2001; Thakker, Ward, 1998.

ste per trarre conclusioni sulla personalità e sul funzionamento psicologico.

I questionari di personalità sono composti da un numero più o meno elevato di domande, formulate il più chiaramente possibile, delle quali il soggetto si vale per descrivere la propria personalità, rispondendo di solito semplicemente «sì» o «no». I risultati così ottenuti sono facilmente valutabili e non sono influenzati dalla personalità dell'esaminatore. Tali strumenti consentono di giungere abbastanza rapidamente a una prima diagnosi individuale, integrando efficacemente le competenze cliniche occorrenti per svolgere in maniera valida colloqui e osservazioni del comportamento.

Queste considerazioni non sono state e non sono sempre condivise: Starke R. Hathaway, nella sua premessa a *An MMPI Handbook* (Dahlstrom et al., 1960), ricorda quanto fu difficile, agli inizi degli anni Quaranta, trovare un editore disposto a pubblicare il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), per molti aspetti progetto innovativo sotto il profilo concettuale e operativo. Il gruppo di lavoro che si era costituito attorno al programma di sviluppo del MMPI era ben articolato e ricco di esperienze diverse (Dahlstrom, Dahlstrom, 1980). Hathaway e McKinley (1942) avevano riunito psichiatri, neurologi, psicologi, assistenti sociali. Senza contare che McKinley era personalmente interessato alla neurochirurgia e alla neurofisiologia e che l'ingegnere elettrotecnico Hathaway era non soltanto un esperto laboratorista, ma anche un esperto in psicofisiologia, in neuroanatomia e statistica metodologica.

In questo capitolo sono presentati gli elementi essenziali per comprendere l'evoluzione, il significato, le potenzialità e le modalità di utilizzazione di uno dei più noti strumenti psicodiagnostici, il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), divenuto in seguito MMPI-2 e che è stato recentemente ristrutturato, assumendo la denominazione di MMPI-2-RF (Restructured Form). Non mancherà un accenno alla struttura del MMPI-A, la versione del MMPI costruita appositamente per soggetti dai 14 ai 18 anni. Una particolare attenzione sarà comunque dedicata alla nuova versione MMPI-2-RF: dopo una breve descrizione dei motivi che hanno portato al suo sviluppo, saranno illustrati i principali aspetti innovativi e la sua articolazione.

Oltre alle considerazioni conclusive sull'impiego di procedure computerizzate nella formulazione della diagnosi, sono affrontate le questioni relative alla traduzione e standardizzazione della versione italiana, nonché alla validazione italiana delle scale nuove e rinnovate. Infine, sono indicate varie fonti di documentazione e una bibliografia essenziale per approfondimenti.

Dal MMPI al MMPI-2

Dai primi anni Ottanta del secolo scorso, apparve necessario procedere a una revisione del MMPI, in quanto

alcuni item non rispecchiavano più le condizioni di vita, le modalità espressive, i valori socioculturali che avevano caratterizzato l'ambiente sociale entro cui il questionario era stato originariamente sviluppato. Particolarmente urgente apparve la necessità di elaborare una nuova taratura. Il campione normativo del MMPI originario, appropriato all'epoca in cui esso venne pubblicato, fu reclutato negli anni Trenta ed era costituito quasi esclusivamente da Caucasiche del Minnesota, facenti parte della classe operaia rurale, con una scolarità media di otto anni. Quando il MMPI iniziò ad essere usato in un'ampia varietà di setting e di ambiti socio-culturali, risultò anche evidente che le sue norme non potevano considerarsi sufficientemente rappresentative dei vari contesti all'interno dei quali il questionario era applicato per la rilevazione della personalità e per fini psicodiagnostici.

Dopo un intenso lavoro, che portò a riformulare molti item e a introdurne altri, è stata presentata la nuova versione denominata MMPI-2 (Butcher et al., 1989), composta da 567 item. Tra l'altro, è stata leggermente variata la composizione delle diverse scale e sono state previste nuove scale di controllo. Venne sviluppato un nuovo metodo per calcolare i punteggi standardizzati, in modo che il valore di scala clinicamente significativo corrispondesse a un «Punto T» pari o superiore a 65. Furono pure predisposte due nuove scale di incoerenza delle risposte, una nuova scala per identificare le risposte infrequenti nella seconda parte del protocollo e, infine, nuove scale di contenuto che andarono a rimpiazzare quelle del MMPI. Questi miglioramenti furono apportati con il preciso intento di mantenere un'elevata corrispondenza con la versione precedente, in modo da assicurare la possibilità di valersi, anche per il MMPI-2, del grande numero di ricerche basate sull'applicazione del MMPI. Di conseguenza, senza apportare cambiamenti, le Scale Cliniche vennero trasferite dal MMPI al MMPI-2, al fine di mantenere una sostanziale continuità tra le due versioni. Nella **Scheda 3.1** sono riportate le denominazioni abbreviate e per esteso delle varie scale, il loro significato clinico e un item illustrativo.

Anche il MMPI-2 dispone di numerose scale supplementari, costruite appositamente (come le scale di *Disturbo Post-Traumatico da Stress* [PK e PS] o di *Ammissione di Tossicodipendenza* [AAS]), oppure rielaborate nell'ambito del processo di ristandardizzazione. Tali indicatori – talvolta anche denominati scale addizionali o scale speciali – hanno un'applicazione più specifica e circoscritta delle scale cliniche e possono essere usati per aumentare il potere psicodiagnostico del MMPI-2.

Un'innovazione di particolare interesse, per la psicologia clinica e la psicosomatica, è stata la messa a punto di nuove scale, denominate «di contenuto». Ad esempio, la TRT (*Negative Treatment Indicators*) consente di identificare individui che possiedono atteggiamenti ne-

Scheda 3.1 Scale Cliniche di Base.

1.	<i>Hs – Ipocondria</i> : gli item, a contenuto palese, riguardano un'ampia gamma di disturbi somatici, in gran parte non riconducibili a sintomatologie specifiche, ma piuttosto a una preoccupazione generale per il proprio corpo e la propria salute fisica. Esempio: «Ho il sonno agitato e disturbato» (Vero).
2.	<i>D – Depressione</i> : è una misura di depressione sintomatica, i cui item sono in relazione a sensazioni di estremo pessimismo, basso tono dell'umore, perdita di interesse per la vita, scoraggiamento, bassa autostima. Esempio: «A volte mi sento proprio inutile» (Vero).
3.	<i>Hy – Isteria</i> : misura del disturbo di conversione, i cui item descrivono un'ampia serie di sensazioni, relative a disturbi somatici, negazione di problemi psicologici, mancanza di ansia sociale. Esempio: «Molto spesso mi sembra di avere un nodo alla gola» (Vero).
4.	<i>Pd – Deviazione Psicopatica</i> : gli item descrivono un quadro psicopatologico caratterizzato da mancanza di controllo emotivo, antisocialità e disinteresse per le regole, aggressività, incapacità di stabilire rapporti interpersonali. Esempio: «Mai ho avuto guai con la legge» (Falso).
5.	<i>Mf – Mascolinità-Femminilità</i> : non è considerata scala clinica in senso stretto; gli item riguardano reazioni emotive, interessi, atteggiamenti che di solito differenziano uomini e donne. Entro certi limiti concerne orientamenti omoeotici. Esempio: «Mi piacciono le poesie» (Vero).
6.	<i>Pa – Paranoia</i> : gli item riguardano ipersensibilità nei rapporti interpersonali, sospettosità, idee di riferimento o di persecuzione. Esempio: «Qualcuno ce l'ha con me» (Vero).
7.	<i>Pt – Psicastenìa</i> : gli item fanno riferimento a ossessività-compulsività, fobie, comportamenti caratterizzati da sentimenti di colpa e incapacità decisionale. Nel complesso, la scala concerne stati d'ansia generalizzati, atteggiamento autocritico, autocontrollo. Esempio: «Quasi ogni giorno capita qualcosa che mi spaventa» (Vero).
8.	<i>Sc – Schizofrenia</i> : concerne un'ampia gamma di convinzioni, idee, percezioni bizzarre e insolite; gli item riguardano anche episodi di delirio e di allucinazione. Esempio: «Odo strane cose quando sono solo» (Vero).
9.	<i>Ma – Ipomania</i> : concerne aspetti comportamentali e caratteristiche psicologiche connesse con disturbi maniaco-depressivi; gli item fanno riferimento a ipereccitabilità emotiva, ambizione eccessiva, fuga di idee, iperattività motoria. Esempio: «Mai ho fatto qualcosa di pericoloso per il gusto di farlo» (Falso).
0.	<i>Si – Introversione sociale</i> : gli item riguardano timidezza, disagio sociale, scarsa socievolezza, tendenza all'isolamento e all'introversione, sentimenti di inferiorità. Come la scala Mf, anche la Si tecnicamente non è considerata scala clinica in senso stretto. Esempio: «Sono una persona molto socievole» (Falso).

gativi verso varie forme di interventi terapeutici, che non credono di essere capiti dagli altri e che risultano poco disposti ad affrontare difficoltà e a modificare la propria vita. La TPA (*Type A*) può individuare persone competitive, iperattive, facilmente irritabili e impazienti: quei soggetti, cioè, che secondo varie ricerche, risultano a rischio di coronaropatie. La WRK (*Work Interference*) rileva atteggiamenti e comportamenti che possono condurre a disadattamenti lavorativi: insicurezza, difficoltà di concentrazione, ossessività, tensione, difficoltà nel prendere decisioni.

Per il calcolo di queste scale, come per le scale supplementari, è necessario compilare interamente il questionario, in quanto quasi sempre parte degli item necessari si trova dopo i primi 370 item del MMPI-2. Nella **Scheda 3.2** sono riportate le denominazioni abbreviate e per esteso delle varie scale e il loro significato clinico.

Un ulteriore approccio, tradizionalmente impiegato per l'analisi di contenuto degli item, è dato dalla considerazione di quei singoli item, o costellazioni di essi, ritenuti indicativi di specifici stati psicopatologici. È l'ap-

proccio volto a rilevare se in un protocollo si sia risposto a item, ritenuti «critici» o «patognomonici», in modo tale da far ipotizzare condizioni psicopatologiche quali ansietà acuta, confusione mentale, oppure propositi di suicidio. Vari autori (Grayson, 1951; Caldwell, 1969; Koss, Butcher, Hoffman, 1976) hanno proposto liste di item critici di varia lunghezza e concernenti aree psicopatologiche diverse. L'elenco di item critici Koss-Butcher è stato aggiornato (Butcher, Graham, Williams, Ben-Porath, 1990) e, assieme a quello Lachar-Wrobel (Lachar, Wrobel, 1979), risulta frequentemente impiegato. Koss e Butcher hanno identificato sei gruppi di item critici indicativi di *Stato d'Ansia acuta* (esempio: Non credo di essere più nervoso degli altri – Falso), *Ideazione Depressiva Suicidarla* (esempio: A volte mi sento proprio inutile – Vero), *Minaccia di Aggressione* (esempio: Mi viene spesso detto che sono una testa calda – Vero), *Stress Situazionale da Alcoolismo* (esempio: Ho fatto uso eccessivo di bevande alcoliche – Vero), *Confusione Mentale* (esempio: Ho avuto esperienze molto strane e insolite – Vero), *Idee Persecutorie* (esem-

Scheda 3.2 Scale di Contenuto del MMPI-2.

ANX	<i>(Ansia)</i> : sintomi generali di ansia, che comprendono tensione, problemi somatici, disturbi del sonno, preoccupazioni, scarsa concentrazione, difficoltà nel prendere decisioni. Le persone con alti punteggi sembrano consapevoli del loro disagio e lo ammettono senza difficoltà.
FRS	<i>(Paure)</i> : la persona manifesta molte paure specifiche, quali, ad esempio, sangue, sporcizia, altezza, uscire di casa, danaro, animali come serpenti o topi, temporali e disastri naturali, il buio, lo stare al chiuso.
OBS	<i>(Obsessività)</i> : grande difficoltà nel prendere decisioni, tendenza a rimuginare sulle cose, eccessiva preoccupazione, difficoltà ad accettare cambiamenti; possono essere presenti comportamenti compulsivi, come contare o collezionare cose senza importanza.
DEP	<i>(Depressione)</i> : sentimenti di malinconia, incertezza sul futuro, indifferenza per la propria vita. Le persone con alto punteggio sono infelici, piangono facilmente, si sentono disperate e vuote; possono riferire pensieri di suicidio, credere di avere commesso peccati imperdonabili, non considerano gli altri come fonte di aiuto.
HEA	<i>(Preoccupazioni per la salute)</i> : preoccupazione per la propria salute e presenza di molteplici sintomi fisici, riguardanti apparati diversi, quali sintomi gastrointestinali, problemi di tipo neurologico, problemi sensoriali, sintomi cardiovascolari, dolore, difficoltà respiratorie ecc.
BIZ	<i>(Ideaazione Bizzarra)</i> : contenuti connessi a processi di pensiero di tipo psicotico; allucinazioni uditive, visive o olfattive, presenza di pensieri strani e peculiari; è possibile che persone con alti punteggi riferiscano ideaazione paranoide (come la convinzione che si stia complottando contro di loro, o che qualcuno stia tentando di avvelenarli).
ANG	<i>(Rabbia)</i> : problemi connessi con il controllo della rabbia; irritabilità, insofferenza, impulsività, desiderio di imprecare o di rompere oggetti. Le persone con alti punteggi possono perdere il controllo di sé e riferiscono di aver aggredito fisicamente persone e cose.
CYN	<i>(Cinismo)</i> : misura convinzioni ciniche e tendenza alla misantropia, sospetto che le azioni degli altri nascondano scopi negativi, diffidenza verso gli altri; atteggiamenti negativi verso persone vicine, come colleghi di lavoro, familiari e amici.
ASP	<i>(Comportamenti antisociali)</i> : misura tendenze antisociali di personalità; atteggiamenti misantropici, probabili problemi di comportamento durante gli anni di scuola, abitudini antisociali, problemi con la legge; le persone con alti punteggi, anche se non hanno una condotta esplicitamente trasgressiva, ritengono legittimi comportamenti ai margini della legalità.
TPA	<i>(Tipo A)</i> : descrive persone ipermotivate, rapide nei movimenti, sono centrate sul lavoro, impazienti, irritabili e infastidite. Non amano aspettare o essere interrotte, ritengono che non ci sia mai abbastanza tempo per svolgere le attività, possono essere prepotenti nelle relazioni interpersonali.
LSE	<i>(Bassa autostima)</i> : autopercezione negativa; bassa stima e sfiducia in sé, vasta gamma di atteggiamenti negativi verso se stessi (poco attraenti, goffi e maldestri, inutili e di peso per gli altri ecc.).
SOD	<i>(Disagio sociale)</i> : Le persone con alto punteggio preferiscono stare da sole, si sentono inadeguate e imbarazzate quando sono tra la gente, si percepiscono timide e non amano le situazioni di gruppo.
FAM	<i>(Problemi familiari)</i> : presenza di seri contrasti nei rapporti familiari; la famiglia è descritta priva di amore, litigiosa, spiacevole; sono possibili sentimenti di odio tra i membri della famiglia.
WRK	<i>(Difficoltà sul lavoro)</i> : indicativa di comportamenti o atteggiamenti che possono contribuire a prestazioni lavorative scadenti e a difficoltà nel perseguimento degli obiettivi; il quadro può essere caratterizzato da scarsa fiducia in sé, difficoltà di concentrazione, ossessività, tensione, difficoltà nel prendere decisioni, come pure da mancanza di supporto familiare, dubbi nella scelta della carriera, atteggiamenti negativi verso i colleghi.
TRT	<i>(Indicatori di difficoltà di trattamento)</i> : connessa con atteggiamenti negativi verso il cambiamento e l'accettazione di aiuto da parte degli altri; sfiducia nei medici e in trattamenti riguardanti la salute mentale. Le persone con punteggio elevato credono che nessuno possa capirle o aiutarle, è probabile che non vogliano cambiare niente nella loro vita, o che sentano impossibile tale cambiamento, e preferiscono arrendersi piuttosto che affrontare crisi o difficoltà.

pio: Non ho nemici che vogliono veramente farmi del male – Falso).

Sebbene l'ampio impiego del MMPI-2, anche nella realtà italiana, in diversi ambiti applicativi, indichi una sua diffusa accettazione da parte degli specialisti, non sono mancati negli anni studi che ne abbiano messo in luce gli aspetti suscettibili di ulteriori approfondimenti e miglioramenti. Tra i principali contributi in questo senso si ricordano la pubblicazione di una nuova edizione del manuale del test (Butcher et al., 2001) – disponibile anche in una elaborazione italiana a cura di Sirigatti e Stefanile (2011) – la messa a punto, per le scale di contenuto, di cluster di item che funzionano in modo simile alle Harris-Lingoes per le Scale Cliniche (Ben-Porath, Sherwood, 1993); lo sviluppo delle *Personality Psychopathology Five* (PSY-5), un set di scale volte a misurare le principali dimensioni della personalità patologica (Harkness, McNulty, Ben-Porath, 1995). Ancora, in anni più recenti, per il MMPI-2 sono state introdotte norme *non-gendered* (Ben-Porath, Forbey, 2003).

Il MMPI-A

Sulla base dell'ampio apprezzamento ricevuto da MMPI e MMPI-2 e alla luce della carenza di strumenti psicodiagnostici attendibili per gli adolescenti è stato messo a punto il MMPI-A, una versione del MMPI costruita per soggetti dai 14 ai 18 anni (Butcher, Williams, 1992). Tale questionario costituisce la prima revisione del MMPI originale rivolta alla valutazione psicologica degli adolescenti. Mantiene una continuità con lo strumento originario, rappresentata dalle scale cliniche di base, ma presenta anche uno stretto collegamento con il MMPI-2, per quanto attiene, particolarmente, alle scale di controllo e di contenuto. Anche le norme del MMPI-A, come quelle del MMPI-2, sono basate sulla trasformazione in punti T uniformi sviluppata da Tellegen (1988); questa procedura assicura l'equivalenza dei valori percentili tra le due forme rendendo, quindi, possibile confrontare il MMPI-A e il MMPI-2 di uno stesso soggetto. D'altro canto, altri aspetti del MMPI-A rappresentano vere e proprie innovazioni sviluppate appositamente per questo strumento. Il pool di item della forma iniziale – denominata TX – è stato portato a 478 item, includendo nuovi item maggiormente adatti alla misurazione della psicopatologia negli adolescenti. Alcune scale di contenuto del MMPI-2 sono state modificate per il MMPI-A e tre scale di contenuto sono state create specificatamente per l'applicazione dello strumento ad adolescenti: *Alienazione* (A-aln), *Basse Aspirazioni* (A-las) e *Problemi Scolastici* (A-sch). Queste nuove scale forniscono informazioni sui problemi considerati maggiormente tipici degli adolescenti. Alcuni costrutti, nel MMPI-A, hanno inoltre richiesto una sostanziale modifica: la scala ASP, ad esempio, pur essendo una misura attendibile per gli adolescenti, ha ottenuto solo limitata validità empiricamente

dimostrata e, per questa ragione, è stata sostituita dalla scala *Problemi di Condotta* (A-con), che condivide con essa solo 7 item e ne include 16 completamente nuovi. Similmente, la scala del MMPI-2 *Problemi Familiari* si sovrappone alla scala *Problemi Familiari-Adolescenti* del MMPI-A per soli 15 item su 35. Infine, nell'intento di accorciare lo strumento, una scala di contenuto, la scala *Paure*, è stata eliminata dal MMPI-A. Cambiamenti di questo tipo si sono poi tradotti in lievi modifiche nel nome delle scale del MMPI-A («*Adolescenti*» segue il nome della scala e l'abbreviazione «A-» precede la sigla della scala scritta in caratteri minuscoli).

Il MMPI oggi è RF

Le Scale Cliniche Ristrutturate (Scale Rc), comparse nel panorama scientifico già nel 2003 (Tellegen et al., 2003) e negli Stati Uniti già disponibili per il MMPI-2, rappresentano il nucleo centrale sul quale si basa la nuova versione del MMPI. Rispetto alle precedenti Scale Cliniche presentano alcuni vantaggi: in particolare, la dimensione presumibilmente responsabile della elevata intercorrelazione tra alcune scale è stata isolata e, nel MMPI-2-RF, costituisce, come vedremo, una nuova misura che ha preso il nome di «Demoralizzazione». Tale scala rileva il distress emotivo e il senso di infelicità generale che accompagnano e caratterizzano la maggior parte degli individui affetti da disturbi mentali, permettendo di differenziare questi ultimi dalla popolazione generale. Le Scale Cliniche del MMPI-2-RF – «depurate», quindi, della componente responsabile di buona parte della loro varianza comune – sono caratterizzate da quegli item che meglio rappresentano le loro caratteristiche peculiari. Oltre alle nove Scale Rc, il MMPI-2-RF include dieci scale di validità, una versione empiricamente rivista delle cinque Scale PSY-5 (Harkness, McNulty, 2006) e ventotto nuove scale: la denominazione estesa e abbreviata delle varie scale, nonché il loro significato psicopatologico e clinico sono sintetizzate nelle finestre che seguono.

Come si può notare nella **Scheda 3.3**, delle Scale di Validità, viene offerta una versione rivista dei sette indicatori del MMPI-2 e due nuove scale. La prima, che rileva l'infrequenza (Fs – *Infrequent Somatic Responses*), è stata sviluppata per valutare la tendenza a riportare lamentele somatiche, insolite nelle popolazioni di pazienti con effettivi problemi fisici. La seconda, che considera le lamentele mnestiche esagerate (RBS – *Response Bias Scale*), indica una possibile esagerazione, che si manifesta come una combinazione di risposte atipiche, associata con lamentele poco attendibili riguardanti disfunzioni della memoria (**Scheda 3.4**).

Le tre «Scale Sovraordinate», come si vede nella **Scheda 3.5**, forniscono una valutazione dimensionale della psicopatologia e rappresentano, nella loro novità, un raccordo con costrutti già noti: possono considerarsi,

Scheda 3.3 MMPI-2-RF - Scale di Validità.

Acronimo	Validity Scales	Scale di Validità
?	<i>Cannot say</i>	Non so
VRIN-r	<i>Variable Response Inconsistency</i>	Incoerenza nelle Risposte – Stile di risposta casuale
TRIN-r	<i>True Response Inconsistency</i>	Incoerenza nelle Risposte «Vero» – Stile di risposta indiscriminato
F-r	<i>Infrequent Responses</i>	Frequenza – Risposte infrequenti nella popolazione generale
Fp-r	<i>Infrequent Psychopathology Responses</i>	Frequenza-Psicopatologia – Risposte infrequenti nella popolazione psichiatrica
Fs	<i>Infrequent Somatic Responses</i>	Frequenza Risposte Somatiche – Lamentele somatiche infrequenti nelle popolazioni di pazienti in trattamento per problemi fisici
FBS-r	<i>Symptom Validity</i>	Validità dei Sintomi – Lamentele somatiche e cognitive associate ad alti livelli di esagerazione
RBS	<i>Response Bias Scale</i>	Scala di distorsione delle risposte – Lamentele mnestiche esagerate
L-r	<i>Uncommon Virtues</i>	Virtù Rare – Attività e qualità morali raramente riportate
K-r	<i>Adjustment Validity</i>	Validità dell'Adattamento – Dichiarazione di buon adattamento psicologico associato con alti livelli di minimizzazione

Scheda 3.4 MMPI-2-RF – Scale Sovraordinate.

Acronimo	Higher-Order (H-O) Scales	Scale Sovraordinate (H-O)
EID	<i>Emotional / Internalizing Dysfunction</i>	Disfunzione Emozionale/Internalizzante – Problemi legati all'umore e alle emozioni
THD	<i>Thought Dysfunction</i>	Disfunzione del Pensiero – Problemi legati al pensiero disturbato
BXD	<i>Behavioral / Externalizing Dysfunction</i>	Disfunzione Comportamentale/Esternalizzante – Problemi associati al comportamento scarsamente controllato

infatti, rappresentazioni dimensionali dei tre codici tipo di base del MMPI-2 (2-7/7-2, 6-8/8-6 e 49/94).

Le Scale RC sono state messe a punto per risolvere il problema dell'eterogeneità e facilitare l'acquisizione di informazioni clinicamente significative. Ogni scala misura separatamente una delle dimensioni che è stata identificata come la componente principale di una o più Scale Cliniche. Durante tutto il processo di elaborazione le analisi sono state condotte e replicate con ampi campioni clinici, al fine di ridurre la probabilità che risultati casuali potessero influenzare la revisione. In seguito ad ampi studi di validazione, le nove Scale RC sono state aggiunte al MMPI-2. Tellegen et al. (2003) raccomandano di usare tali scale come supporto all'interpretazione del profilo delle Scale Cliniche, traendo vantaggio sia

dall'aumentata capacità discriminante, sia dalla più precisa identificazione del contenuto.

Le ventitré «Scale dei Problemi Specifici» (**Scheda 3.6**) sono state sviluppate al fine di identificare le difficoltà legate alla internalizzazione/esternalizzazione e alle lamentele somatiche; a queste si aggiungono due scale che misurano gli interessi estetico-letterari e meccanico-fisici del testando.

Infine, le scale PSY-5 (**Scheda 3.7**) forniscono una prospettiva temperamentale delle dimensioni principali della personalità patologica, stabilendo un rapporto tra il MMPI-2-RF e il modello di personalità a cinque fattori. Per una descrizione più dettagliata delle caratteristiche e delle prospettive di impiego dello strumento, oltre alla consultazione dei manuali originari, è possibile riferirsi

Scheda 3.5 MMPI-2-RF – Scale Cliniche Ristrutturate (RC).

Acronimo	Restructured Clinical (RC) Scales	Scale Cliniche Ristrutturate (RC)
EID	<i>Emotional / Internalizing Dysfunction</i>	Disfunzione Emozionale/Internalizzante – Problemi legati all'umore e alle emozioni
RCd	<i>Demoralization</i>	Demoralizzazione – Generale infelicità e insoddisfazione
RC1	<i>Somatic Complaints</i>	Lamentele Somatiche – Lamentele diffuse relative alla salute fisica
RC2	<i>Low Positive Emotions</i>	Bassa Emotività Positiva – Scarsa responsività emozionale positiva
RC3	<i>Cynicism</i>	Cinismo – Credenze non autoreferenziali che esprimono sfiducia e una pessimistica opinione degli altri
RC4	<i>Antisocial Behavior</i>	Comportamento Antisociale – Comportamento orientato a infrangere le regole e irresponsabile
RC6	<i>Ideas of Persecution</i>	Idee di Persecuzione – Credenze autoreferenziali che gli altri siano minacciosi
RC7	<i>Dysfunctional Negative Emotions</i>	Emozioni Negative Disfunzionali – Ansia, rabbia e irritabilità disadattive
RC8	<i>Aberrant Experiences</i>	Esperienze Aberranti – Percezioni e pensieri insoliti
RC9	<i>Hypomanic Activation</i>	Attivazione Ipomaniacale – Iper-attivazione, aggressività, impulsività e grandiosità

a una esposizione preliminare a cura di Sirigatti e Casale (2011), o valersi delle pubblicazioni concernenti l'adattamento italiano (Ben-Porath, Tellegen, 2008/2011; Sirigatti, Faravelli, in press) disponibili, appunto, dal primo semestre del 2012.

Note conclusive

Similmente a quanto avvenuto in molti altri Paesi (Butcher, Pancheri, 1976; Butcher, 1996), anche in Italia è stato provveduto all'adattamento del MMPI, prima, e del MMPI-2, successivamente. L'iniziale traduzione in italiano del MMPI fu completata nel 1948 da G. C. Reda. Tale versione fu principalmente impiegata nell'ambito di un progetto di ricerca concernente la valutazione psicodiagnostica di un gruppo di pazienti psichiatrici. In un secondo tempo, Nencini e Banissoni nel 1957 completarono la traduzione ufficiale e l'adattamento del MMPI, predisponendo la versione che è stata usata in tutta Italia fino alla metà degli anni Novanta. L'adattamento curato da Nencini e Banissoni, distribuito dalle Organizzazioni Speciali di Firenze, era l'unico disponibile e autorizzato dall'editore americano. Il MMPI è stato ampiamente usato nei vari settori di applicazione della psicologia, divenendo anche nel nostro Paese uno dei più accreditati strumenti psicodiagnostici negli ambiti della ricerca e delle applicazioni cliniche, lavorative, forensi, transculturali (cfr., ad esempio, Butcher, 2011;

Butcher, Pancheri, 1976; Butcher et al., 2003; Mosticoni, Chiari, 1979; Pancheri et al., 1996).

Coerentemente con la storia del questionario, subito dopo la pubblicazione delle Scale Rc prima e del MMPI-2-RF poi, la ricerca è continuata, iniziando a mettere in luce tanto i vantaggi quanto gli aspetti critici di questa elaborata ristrutturazione. La letteratura relativa all'efficienza dello strumento nei diversi setting applicativi è già oggi piuttosto ricca. Complessivamente, le Scale Rc appaiono diagnosticamente promettenti, risultano in grado di raggiungere una coerenza interna comparabile o superiore a quella delle Scale Cliniche tradizionali e manifestano un certo miglioramento nella validità discriminante e convergente (Simms et al., 2005; Wolf et al., 2008; Thomas, Locke, 2010).

L'interesse mostrato per le nuove misure non è disgiunto da critiche, supportate da alcune evidenze empiriche: l'efficienza diagnostica sarebbe secondo alcuni attenuata (Greene et al., 2009), o non superiore in modo apprezzabile (Osberg et al., 2008). Più concordi i risultati relativi alle Scale di Validità: la Scala Frequenza-Psicopatologia, ad esempio, si è dimostrata ampiamente capace di discriminare pazienti psichiatrici da soggetti istruiti alla simulazione in contesti sperimentali (Selbom, Bagby, 2010); le due Scale di Validità specificamente designate per la rilevazione di esagerazione, F-r e Fp-r, sembrano individuare efficacemente la simulazio-

Scheda 3.6 MMPI-2-RF – Scale dei Problemi Specifici (SP) e di Interessi.

Acronimo	Specific Problems (SP) Scales	Scale dei Problemi Specifici (SP)
	<i>Somatic/Cognitive Scales</i>	<i>Scale Somatico/Cognitive</i>
MLS	<i>Malaise</i>	Malessere – Sensazione generale di cattive condizioni di salute e debilitazione fisica
GIC	<i>Gastrointestinal Complaints</i>	Lamentele Gastrointestinali – Nausea, ricorrente mal di stomaco e scarso appetito
HPC	<i>Head Pain Complaints</i>	Mal di Testa – Dolore alla testa e al collo
NUC	<i>Neurological Complaints</i>	Lamentele Neurologiche – Vertigini, debolezza, paralisi, perdita di equilibrio ecc.
COG	<i>Cognitive Complaints</i>	Lamentele Cognitive – Problemi di memoria, difficoltà di concentrazione
	<i>Internalizing Scales</i>	<i>Scale di Internalizzazione</i>
SUI	<i>Suicidal/Death Ideation</i>	Ideazione Suicidaria/di Morte – Esplicita narrazione di ideazione suicidaria e di recenti tentativi in tal senso
HLP	<i>Helplessness/Hopelessness</i>	Impotenza/Disperazione – Convinzione che gli obiettivi non possano essere raggiunti e i problemi risolti
SFD	<i>Self-Doubt</i>	Dubbio sul Sé – Mancanza di fiducia, sensazione di inutilità
NFC	<i>Inefficacy</i>	Inefficacia – Convinzione di essere indecisi e inefficaci
STW	<i>Stress/Worry</i>	Stress/Preoccupazione – Inquietudini dovute a delusioni, difficoltà legate all'urgenza degli impegni
AXY	<i>Anxiety</i>	Ansia – Ansia pervasiva, paure, frequenti incubi
ANP	<i>Anger Proneness</i>	Propensione alla Rabbia – Tendenza ad arrabbiarsi facilmente e a perdere la pazienza con gli altri
BRF	<i>Behavior-Restricting Fears</i>	Paure che Inibiscono il Comportamento – Paure che limitano significativamente le normali attività
MSF	<i>Multiple Specific Fears</i>	Molteplici Paure Specifiche – Paura di sangue, fuoco, tuoni ecc.
	<i>Externalizing Scales</i>	<i>Scale di Esternalizzazione</i>
JCP	<i>Juvenile Conduct Problems</i>	Problemi Giovanili di Comportamento – Difficoltà a scuola e a casa, furti
SUB	<i>Substance Abuse</i>	Abuso di Sostanze – Uso smodato, passato e attuale, di alcool e droghe
AGG	<i>Aggression</i>	Aggressione – Aggressività fisica, comportamento violento
ACT	<i>Activation</i>	Attivazione – Livelli di eccitazione ed energia accentuati
	<i>Interpersonal Scales</i>	<i>Scale Interpersonali</i>
FML	<i>Family Problems</i>	Problemi Familiari – Relazioni familiari conflittuali
IPP	<i>Interpersonal Passivity</i>	Passività Interpersonale – Tendenza ad essere sottomesso e non assertivo
SAV	<i>Social Avoidance</i>	Evitamento Sociale – Evitamento o non apprezzamento degli eventi sociali
SHY	<i>Shyness</i>	Timidezza – Ritrosia, tendenza a sentirsi inibiti e ansiosi in presenza di altri
DSF	<i>Disaffiliativeness</i>	Isolamento – Scarso apprezzamento delle persone e della loro compagnia
	<i>Interest Scales</i>	<i>Scale di Interessi</i>
AES	<i>Aesthetic-Literary Interest</i>	Interessi Estetico-Letterari – Letteratura, musica e teatro
MEC	<i>Mechanical-Physical Interests</i>	Interessi Meccanico-Fisici – Costruzione e riparazione di oggetti, attività all'aria aperta e sport

Scheda 3.7 MMPI-2-RF – Scale PSY-5 (The Personality Psychopathology Five Scales).

Acronimo	Personality Psychopathology Five (PSY-5) Scales	Scale PSY-5 (<i>The Personality Psychopathology Five Scales</i>)
AGGR-r	<i>Aggressiveness-Revised</i>	Aggressività Rivista – Aggressività strumentale, diretta agli obiettivi
PSYC-r	<i>Psychoticism-Revised</i>	Psicotismo Rivista – Distacco dalla realtà
DISC-r	<i>Disconstraint-Revised</i>	Alterazione dell'Autocontrollo Rivista – Comportamento scarsamente controllato
NEGE-r	<i>Negative Emotionality/Neuroticism-Revised</i>	Emozionalità Negativa/Nevroticismo Rivista – Ansia, insicurezza, preoccupazione, paura
INTR-r	<i>Introversion/Low Positive Emotionality</i>	Introversione/Bassa Emozionalità Positiva Rivista – Scarsa partecipazione alla vita sociale e anedonia

ne (Sellbom et al., 2010); risulta più che accettabile anche la validità convergente e discriminante delle Scale Problemi Specifici e di Interesse (Forbey et al., 2010).

Alcune applicazioni di una versione preliminare dello strumento sono già avvenute nel nostro Paese, a partire dal 2008, con risultati promettenti per quel che concerne l'identificazione di disagi psicologici negli studenti universitari (Sirigatti et al., 2011) o di disturbi legati a condizioni fisiche di particolare gravità (A. Granieri, 2008). Alcune indagini specificamente rivolte a saggiare le proprietà psicometriche e psicodiagnostiche dello strumento sono concluse (Sirigatti, Faravelli, in press) e altre sono in corso di svolgimento presso varie sedi universitarie e cliniche italiane.

Affinché l'impiego del MMPI-2, del MMPI-A e del MMPI-2-RF – quali tecniche di misura e di obiettivazione della sofferenza e del disagio psicologici – manifesti la sua utilità, è importante valutare oculatamente il contributo che possono offrire in funzione dei problemi diagnostici da affrontare. Inoltre, è indispensabile un'applicazione scrupolosa dei test secondo quanto indicato dai manuali di utilizzazione, nel quadro di una stretta adesione ai principi deontologici che guidano l'attività clinica. Anche con dati raccolti seguendo con cura questi criteri, sarà possibile formulare mere ipotesi diagnostiche, le quali dovranno, in ogni caso, ricevere conferma da altri accertamenti, secondo un approccio multidimensionale alla diagnosi.

Un tale atteggiamento di cautela sembra parimenti opportuno nei confronti di quegli sviluppi dell'informatica che hanno inciso profondamente anche sulle procedure di valutazione in psicologia clinica. Sussistono pochi dubbi circa i notevoli vantaggi assicurati dall'impiego di procedure computerizzate. A tal riguardo Butcher (1987) è convincente: obiettività interpretativa,

elaborazioni rapide ed economiche, attendibilità dei risultati. Ma, come ricordato anche di recente da Graham (2006), pure gli svantaggi non sono trascurabili; tra questi possono spiccare la genericità del referto, una ingenua e ingiustificata fiducia nell'informatica, le limitate verifiche circa l'equivalenza della versione carta-matita di un test con la sua presentazione mediante un computer, la possibilità di un'applicazione di prove cliniche da parte di persone non qualificate professionalmente. Dai primi timidi tentativi volti al calcolo dei punteggi di un test, si è giunti a realizzazioni ben più complesse che preludono, in un futuro non lontano, alla presentazione dei test in linguaggio naturale, al monitoraggio di manifestazioni psicofisiologiche, all'analisi di comportamenti verbali, allo svolgimento di interviste, alla classificazione nosologica. Occorre, comunque, ribadire che la valutazione assistita da computer può manifestare tutta la sua utilità, allorché si riesca a liberarsi effettivamente delle false sicurezze che procedimenti basati su elaborazioni quantitative e automatizzate inducono.

Può essere utile, infine, menzionare che Finn (1996) – sulla base delle osservazioni effettuate nella pratica clinica e di precedenti esperienze e indagini (Finn, Tonsager, 1992) – ha elaborato un tipo di approccio all'assessment psicologico – denominato «assessment terapeutico» – nel quale la restituzione della valutazione rappresenta l'elemento centrale del processo. Definito come una procedura in cui il fine del clinico va oltre la semplice raccolta di informazioni che serviranno alla comprensione e al trattamento del paziente, l'assessment terapeutico ha l'intento di aiutare il paziente in modo più diretto rispetto a quanto accade nell'assessment tradizionale (Finn, 2007/2009): se quest'ultimo non nega né trascura i benefici della restituzione, l'assessment terapeutico ne fa il suo obiettivo principale.

3.2.3 Inventari di reazione/Reattivi mentali

Come gli inventari di personalità, gli **inventari di reazione** chiedono ai soggetti di fornire informazioni dettagliate su di sé, ma questi test si focalizzano soltanto su un'area di funzionamento specifica. Ad esempio, un test di questo tipo può misurare l'affettività (emozioni), un altro le abilità sociali e un altro ancora i processi cognitivi. Gli psicologi possono utilizzarli per determinare quale ruolo rivestono questi fattori nel disturbo del soggetto.

Gli *inventari affettivi* misurano l'intensità di emozioni quali l'ansia, la depressione e la collera (Osman et al., 2008). In un inventario affettivo tra i più utilizzati, l'*Inventario per la depressione di Beck*, riportato nella **Tabella 3.2**, i soggetti valutano il proprio livello di tristezza e i suoi effetti sul proprio funzionamento. Gli *inventari delle abilità sociali*, particolarmente utilizzati dai clinici comportamentisti e socio-familiari, chiedono ai candidati di indicare come vorrebbero reagire in una serie di situazioni sociali (Wright, Truax, 2008). Gli *inventari cognitivi* rivelano i pensieri e le convinzioni tipici di una persona e possono far scoprire modelli di pensiero controproducenti (Glass, Merluzzi, 2000). Non sorprende che siano ampiamente usati dai terapeuti cognitivi e dai ricercatori.

Inventari reattivi: tipi di test messi a punto per misurare le reazioni di un soggetto riguardanti un'area specifica di funzionamento, come l'affettività, le abilità sociali e i processi cognitivi.

Negli ultimi 25 anni si è assistito a un aumento costante sia del numero di reattivi mentali sia del numero di clinici che li utilizzano (Black, 2005). Allo stesso tempo, tuttavia, questi inventari reattivi hanno seri limiti. Con la ragguardevole eccezione dell'*Inventario per la depressione di Beck* e di pochi altri, solo alcuni di essi sono stati oggetto di attente procedure di standardizza-

zione, affidabilità e validità (Weis, Smenner, 2007). Spesso vengono creati quando se ne presenta la necessità, senza essere testati per accuratezza e coerenza.

3.2.4 Test psicofisiologici

Gli psicologi dispongono anche di **test psicofisiologici** che misurano le reazioni fisiologiche in quanto possibili indizi di problemi psicologici (Verschuere et al., 2006). È una pratica iniziata trent'anni fa, dopo che diversi studi avevano dimostrato che gli stati d'ansia sono regolarmente accompagnati da cambiamenti fisiologici, in particolare da aumento di battito cardiaco, temperatura corporea, pressione arteriosa, presenza di reazioni cutanee (*reazione galvanica cutanea*) e contrazioni muscolari. La misurazione di cambiamenti fisiologici di questo tipo riveste da allora un ruolo fondamentale nella valutazione di alcuni disturbi psicologici.

Test psicofisiologico: test che misura le reazioni fisiche (come il battito cardiaco e la tensione muscolare) come possibili indizi di problemi psicologici.

È un test psicofisiologico quello del *poligrafo*, noto comunemente come *macchina della verità* (Verschuere et al., 2006). Alcuni elettrodi applicati in diversi punti del corpo di un individuo rilevano cambiamenti nella respirazione, traspirazione e battito cardiaco mentre il soggetto risponde a una serie di domande. Il clinico osserva queste funzioni mentre il soggetto risponde «sì» ad alcune *controdomande* delle quali si conosce la risposta positiva, ad esempio «I suoi genitori sono entrambi vivi?». Poi l'esaminatore osserva le stesse funzioni fisiologiche mentre il soggetto risponde alle *domande del test*, come «Lei ha commesso questa rapina?». Si sospetta che la persona stia mentendo ogni volta che si rilevano cambiamenti nella respirazione, traspirazione e battito cardiaco.

Analogamente ad altri tipi di test clinici, i test psicofi-

Tabella 3.2 Esempi di item dell'Inventario Beck per la depressione.

Item	Inventario
Idee suicide	0 – Non penso mai di togliermi la vita 1 – A volte penso di uccidermi, ma non lo farei mai 2 – Vorrei uccidermi 3 – Mi ucciderei se potessi
Inibizioni riguardo al lavoro	0 – Riesco a lavorare quasi altrettanto bene che nel passato 1 – Devo sforzarmi di più per cominciare a fare qualcosa 2 – Devo sforzarmi molto per fare qualunque cosa 3 – Non riesco a lavorare per niente
Perdita della libido	0 – Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso 1 – Ho meno interesse di una volta per il sesso 2 – In questo periodo ho molto meno interesse per il sesso 3 – Ho perso completamente interesse per il sesso

Approfondimento

LA VERITÀ, TUTTA LA VERITÀ, NIENT'ALTRO CHE LA VERITÀ

Nei film, i criminali messi sotto torchio dalla polizia mostrano la loro colpevolezza in quanto sudano, tremano, imprecano o hanno tic nervosi in volto. Quando poi vengono collegati al *poligrafo* (la macchina della verità), gli aghi balzano vistosamente su e giù sulla carta. È un'immagine sedimentata in noi dagli anni della Prima guerra mondiale, quando alcuni clinici diedero vita alla teoria secondo la quale una persona che mente mostra dei cambiamenti tipici e sistematici nella respirazione, traspirazione e battito cardiaco (Marston, 1917).

Il rischio nell'affidarsi al test al poligrafo, secondo gli esperti, sta nel fatto che non funziona bene come dovrebbe (Iacono, 2008; Vrij, 2004). Si tratta di un fatto non noto all'opinione pubblica sino alla metà degli anni Ottanta, quando la American Psychological Association riferì ufficialmente che i poligrafi erano spesso imprecisi e il Congresso degli Stati Uniti decise di limitarne l'uso nei processi penali e nei colloqui di assunzione (Krapohl, 2002). Secondo gli

studi, in media 8 risposte sincere su 100 sono definite menzogne al test con la macchina della verità (Raskin e Honts, 2002; MacLaren, 2001). Provate a immaginare, dunque, quante persone innocenti potrebbero essere condannate se i risultati al poligrafo fossero considerati prova valida nei processi penali.

In base a questi risultati, oggi il poligrafo è meno utilizzato e meno considerato di un tempo. Ad esempio, attualmente pochi tribunali ammettono i dati del poligrafo come prova di colpevolezza (Daniels, 2002). Tuttavia l'esame al poligrafo è tutt'altro che caduto in disuso. La FBI continua a usarlo normalmente; le commissioni per il rilascio sulla parola e gli uffici per il rilascio in libertà vigilata lo utilizzano per decidere se rilasciare persone condannate; infine, nel campo delle assunzioni nel settore pubblico (ad esempio per chi entra in polizia), l'uso dell'esame al poligrafo può essere effettivamente in aumento (Kokish et al., 2005).

siologici presentano anch'essi alcuni lati negativi. Per molti sono necessarie apparecchiature costose che necessitano di un'attenta regolazione e manutenzione. Inoltre le misurazioni psicofisiologiche possono essere poco accurate e inaffidabili. Le stesse attrezzature da laboratorio (complesse e talora inquietanti) possono alterare il sistema nervoso di un individuo e modificarne così le reazioni fisiche. Le reazioni fisiologiche possono cambiare inoltre nel corso di misurazioni successive in un'unica sessione. Le reazioni galvaniche cutanee, ad esempio, spesso diminuiscono nel corso di prove ripetute.

3.2.5 Metodiche neurologiche e test neuropsicologici

Alcuni cambiamenti o disturbi della personalità o del comportamento parte possono essere dovuti a danni cerebrali o a cambiamenti del funzionamento cerebrale. Se si vuole trattare efficacemente un disturbo psicologico è importante sapere se la causa principale è un'anomalia fisica a livello cerebrale.

Esistono diverse tecniche per identificare anomalie a livello cerebrale. Per molti anni sono state in uso alcune procedure come la chirurgia cerebrale, la biopsia e l'esame radiografico. In tempi più recenti gli scienziati hanno messo a punto numerose **metodiche neurologiche**, studiate per indagare più direttamente la struttura e l'attività del cervello. Una metodica di valutazione neurologica è l'*elettroencefalogramma (EEG)*, che registra le *onde cerebrali*, ossia l'attività elettrica che ha luogo nel cer-

vello in quanto espressione dei processi neuronali. In questa metodica, una serie di elettrodi applicati sullo scalpo rilevano gli impulsi elettrici generati dall'attività cerebrale e li inviano a una macchina che li registra.

Altre metodiche neurologiche consistono nell'effettuare delle «fotografie» della struttura o dell'attività cerebrale. Tali **tecniche di neuroimaging** o di visualizzazione cerebrale, comprendono la *tomografia assiale computerizzata (TAC o TC)*, in cui vengono effettuate radiografie della struttura cerebrale ad angolazioni diverse e poi ricombinate; la *tomografia a emissione di positroni (PET)*, filmato prodotto da un computer dell'attività chimica cerebrale; l'*imaging a risonanza magnetica nucleare (RM o RMN)*, procedura che utilizza le proprietà magnetiche di alcuni atomi nel cervello per creare una bioimmagine dettagliata della struttura cerebrale.

Metodica neurologica: tecnica che misura direttamente la struttura o l'attività cerebrale.

Tecniche di neuroimaging: metodiche neurologiche che forniscono immagini della struttura o dell'attività cerebrale, come TAC, PET e i due tipi di risonanza magnetica; dette anche tecniche di scansione cerebrale.

Una versione più recente della RM, l'*imaging a risonanza magnetica funzionale (fMRI)*, converte le bioimmagini delle strutture cerebrali ottenute tramite RM in immagini dettagliate dell'attività neuronale, producendo così un'immagine del cervello durante il suo funzionamento. Anche grazie al fatto che le immagini prodotte

tramite RMF sono molto più chiare rispetto a quelle ricavate con la PET, la risonanza magnetica funzionale ha trovato un'enorme applicazione tra gli studiosi dell'attività cerebrale sin da quando è stata inventata, nel 1990.

Sebbene ampiamente utilizzate, queste tecniche non

sono a volte in grado di rilevare piccole anomalie cerebrali.

I neurologi hanno pertanto messo a punto alcuni **test neuropsicologici**, meno diretti ma talora più sensibili, che misurano la performance cognitiva, percettiva e mo-

Approfondimento

WAIS-R

Questo test di intelligenza, molto diffuso, è composto da 11 prove (6 verbali e 5 di performance), che valutano diverse aree del funzionamento cognitivo:

Informazione (prima prova verbale). Valuta le capacità generali del soggetto (background culturale e apprendimento remoto) e l'estensione delle sue conoscenze, la curiosità intellettuale, l'adattamento all'ambiente sociale e la memoria a lungo termine.

Completamento di figure. Valuta la capacità di differenziare i dettagli essenziali da quelli non essenziali, alla base della formazione dei concetti (in questo caso visivi).

Memoria di cifre. Valuta l'attenzione, la memoria uditiva a breve termine e indirettamente la capacità di non distrarsi e di mantenere la concentrazione, la flessibilità (o la rigidità) del soggetto di fronte alla richiesta di cambiamento di strategia o memorizzazione.

Riordinamento (o organizzazione) di storie figurate. Valuta la capacità di anticipare e pianificare le conseguenze di atti e di situazioni sociali, la capacità di selezionare, organizzare e attribuire enfasi appropriata a fatti e relazioni; la capacità di comprendere i nessi causa-effetto.

Vocabolario. Valuta il background culturale, l'apprendimento remoto, la curiosità intellettuale e la memoria a lungo termine. Fornisce inoltre informazioni sulle capacità linguistiche, sia espressive sia ricettive, e di verbalizzazione.

Disegno con i cubi. Valuta la capacità di astrazione, di analisi e di sintesi delle relazioni spaziali e la coordinazione visuo-motoria.

Ragionamento aritmetico. Valuta la concentrazione. Dà informazioni sul background culturale e l'apprendimento remoto, sulla memoria di lavoro, sul pensiero astratto e sulla capacità di ragionamento su base numerica e sulla velocità di manipolazione dei concetti numerici, il ragionamento logico, la capacità di astrazione e di analisi.

Ricostruzione di oggetti (o di figure). Valuta la capacità di anticipazione delle relazioni tra le parti, la possibilità di beneficiare del feedback sensomotorio e la coordinazione visuo-motoria (insieme a Disegno con i cubi e ad Associazione di simboli a numeri), in particolare l'apprendimento di tipo produttivo.

Comprensione. Valuta il grado di padronanza dell'individuo sull'ambiente sociale, la capacità di analizzare concettualmente una situazione concreta (capacità sottesa alla funzione di giudizio).

Associazione di simboli a numeri (o simboli numerici). Valuta la coordinazione visuo-motoria e in particolare l'apprendimento di tipo imitativo di materiale nuovo. È una buona stima della capacità del soggetto di passare da un pattern cognitivo a un altro.

Analogie. Valuta la formazione dei concetti verbali, il grado in cui il soggetto ha assimilato somiglianze e differenze tra oggetti e la sua capacità di categorizzarli.

L'analisi della WAIS-R prevede la considerazione di alcuni elementi essenziali, fra cui: il Quoziente Intellettivo Totale (QIT), il QI verbale (QIV) e quello di performance (QIP) e l'analisi della discrepanza.

Il concetto di QI è stato formulato per la prima volta da Stern nel 1914. Tale QI veniva però calcolato attraverso il rapporto tra Età Mentale/Età cronologia X 100 e pertanto non permetteva di effettuare confronti tra livelli diversi di età. Per questo motivo Wechsler ha successivamente introdotto il concetto di *QI di deviazione*. Tale QI si basa sul presupposto che l'intelligenza sia distribuita normalmente in una popolazione. Ha media di 100 e deviazione standard di 15 per ogni gruppo di età così da rendere costante la variabilità dei QI da una classe di età all'altra e da permettere il confronto tra la prestazione di un soggetto e quella dei soggetti della stessa età.

Oltre il QI totale occorre prendere in considerazione anche il QI verbale e quello di performance (con le relative considerazioni sull'eventuale discrepanza fra i due).

Nello specifico il *QI verbale* riflette la capacità di comprensione e apprendimento, la fluidità verbale e la possibilità di utilizzare il background culturale ed educativo; il *QI di performance* offre invece un'indicazione dell'integrità e dell'efficienza dell'organizzazione percettiva, dell'abilità di elaborazione del materiale visivo e della possibilità di utilizzare immagini visive nel pensiero.

La differenza tra il QI verbale e quello di performance, definita *discrepanza*, permette di descrivere il tipo d'intelligenza in relazione all'età, alla cultura e all'attività professionale.

Sono da ritenere significative solo le differenze uguali o superiori ai 10 punti.

toria durante certe azioni e interpretano le esecuzioni anormali come indicazione di problemi cerebrali di fondo (Axelrod, Wall, 2007). Il danno cerebrale può influenzare soprattutto la percezione visiva e il riconoscimento di oggetti, la memoria, la coordinazione visuo-motoria; pertanto i test neuropsicologici si concentrano soprattutto su queste aree.

Il famoso *Bender Gestalt*, un test visuo-motorio, è costituito da nove schede, su ciascuna delle quali è riprodotto un semplice disegno geometrico. I pazienti osservano un disegno alla volta e lo copiano su un foglio di carta. In seguito provano a riprodurre i disegni basandosi sulla memoria. Errori di precisione molto evidenti dopo i 12 anni sono ritenuti il riflesso di un problema cerebrale. I clinici utilizzano spesso una *batteria*, o una serie, di test neuropsicologici, ciascuno finalizzato a indagare uno specifico insieme di abilità (Reitan, Wolfson, 1996).

3.2.6 Test di intelligenza

Secondo un'antica definizione dell'intelligenza, essa è «la capacità di giudicare bene, di ragionare bene e di comprendere bene» (Binet, Simon, 1916, p. 192). Poiché l'intelligenza è una qualità *inferita* e non uno specifico processo fisico, essa può essere misurata solo indirettamente. Nel 1905 lo psicologo francese Alfred Binet elaborò assieme al collega Théodore Simon un **test di intelligenza** costituito da una serie di prove che richiedevano l'uso di diverse abilità verbali e non verbali. Il punteggio totale ottenuto tramite questo e altri test di intelligenza è detto **quoziente intellettivo** o **QI**. Oggi i test d'intelligenza disponibili superano il centinaio. Come vedremo nel Capitolo 14, i test di intelligenza hanno un ruolo fondamentale nella diagnosi di ritardo mentale, ma possono essere d'aiuto al clinico anche per identificare altri problemi.

Test neuropsicologico: test che rileva l'esistenza di problemi cerebrali attraverso la misurazione delle capacità cognitive, percettive e motorie di una persona.

Test di intelligenza: test ideato per misurare l'abilità intellettiva di una persona.

Quoziente di intelligenza (QI): punteggio complessivo ottenuto tramite un test di intelligenza.

Diagnosi: identificazione di un disturbo particolare attraverso i problemi di una persona.

Tra tutti i test clinici, i test di intelligenza sono elaborati con particolare attenzione (Kellerman, Burry, 2007; Williams et al., 2007). Poiché sono stati standardizzati su gruppi di persone molto estesi, i clinici sanno bene come confrontare il punteggio di un soggetto con i risultati della popolazione in generale. Tali test si sono dimostrati anche molto affidabili: se si ripete lo stesso test del QI a distanza di anni si ottiene più o meno lo stesso punteggio. Infine, i test intellettivi più diffusi sembrano ave-

re anche un'elevata validità: nei bambini, i punteggi di QI spesso rispecchiano i loro risultati scolastici, ad esempio.

I test di intelligenza hanno comunque anche alcuni limiti essenziali. Certi fattori che nulla hanno a che fare con l'intelligenza, come la bassa motivazione o l'ansia elevata, possono fortemente influenzare la performance nei test (Gregory, 2004). Inoltre, i test intellettivi possono contenere dei pregiudizi culturali nel linguaggio usato, o contenere delle prove che favoriscono chi appartiene a un determinato ambiente sociale piuttosto che a un altro (D. Y. Ford, 2008; Edwards, Oakland, 2006). Analogamente, i membri di certe minoranze possono avere scarsa esperienza con questo tipo di prove o possono trovarsi a disagio di fronte a esaminatori appartenenti al gruppo etnico dominante. In ogni caso, i loro risultati nei test ne possono risentire.

3.3

DIAGNOSI: LA SINDROME DEL SOGGETTO CORRISPONDE A UN DISTURBO CONOSCIUTO?

I clinici utilizzano le informazioni ricavate attraverso colloqui, test e osservazioni per elaborare un quadro il più possibile completo dei fattori che provocano e mantengono in essere il disturbo di un paziente, elaborazione detta anche *quadro clinico* (Kellerman, Burry, 2007). Il quadro clinico può essere influenzato entro un certo grado dall'orientamento teorico del clinico (Garb, 2006). Lo psicologo che ha seguito Angela aveva una visione cognitivo-comportamentale dell'anormalità e ha quindi elaborato un quadro che metteva in risalto i principi di modellizzazione e di rinforzo, oltre che le aspettative, i presupposti e le interpretazioni di Angela (**Caso 3.2**).

Quando dispongono dei dati di valutazione e del quadro clinico, i clinici sono pronti a fare una **diagnosi**, ossia a stabilire che i problemi psicologici di una persona costituiscono un disturbo particolare. Quando il clinico decide, attraverso la diagnosi, che la modalità di disfunzione di un soggetto riflette un particolare disturbo, egli dice che il modello osservato è fondamentalmente lo stesso osservato in molte altre persone, che è stato analizzato in numerosi studi e che magari ha risposto a particolari forme di trattamento. Il terapeuta può quindi applicare ciò che è generalmente noto sul disturbo alla persona che sta cercando di aiutare. Ad esempio, il clinico può prevedere meglio il decorso futuro del problema del soggetto e la terapia che potrebbe essere indicata.

3.3.1 Sistemi di classificazione

Il principio che sta dietro alla diagnosi è semplice. Quando certi sintomi si presentano regolarmente assieme (un

CASO 3.2

Di rado Angela riceveva rinforzo per i suoi risultati scolastici positivi, mentre la madre era solita rimarcare in modo negativo quelli che secondo lei erano risultati scadenti, sia a scuola che a casa. La signora diceva continuamente alla figlia che era un'incapace e l'accusava di essere la causa di qualsiasi inconveniente accadesse a lei. [...] Quando il padre lasciò la famiglia, la prima reazione di Angela fu di ritenersi responsabile in qualche modo. Dal comportamento passato di sua madre, Angela aveva imparato ad aspettarsi di essere criticata per qualcosa. All'epoca della rottura tra Angela e il fidanzato, lei non incolpò Jerry per il suo comportamento, ma interpretò l'evento come dovuto esclusivamente a lei. Ne derivò un livello di autostima ancora più basso. Il tipo di rapporto coniugale che Angela vide modellizzato dal padre e dalla madre è rimasto il suo concetto di vita coniugale. Dalle sue osservazioni dei difficili rapporti tra i

suoi genitori, Angela ha tratto un'idea generale delle sue aspettative riguardo al tipo di comportamento che alla fine avrebbero avuto anche lei e Jerry. [...]

Le insicurezze di Angela si sono intensificate quando è stata privata della sua principale fonte di gratificazione, la sua relazione con Jerry. Sebbene fosse sopraffatta da dubbi riguardo all'ipotesi di sposarsi, dal rapporto con Jerry aveva tratto molta gioia e soddisfazione. Aveva condiviso con lui, e con nessun altro, ogni sentimento che fosse riuscita a esprimere. Angela ha stabilito che se Jerry aveva posto fine alla loro relazione, questa era la prova di quanto lei non fosse degna dell'interesse di un'altra persona. Riteneva che molto probabilmente la sua infelicità presente non sarebbe diminuita in futuro e per questo biasimava sé stessa. La sua depressione attuale deriva da tutto questo (Leon, 1984, pp. 123-125).

insieme di sintomi è detto **sindrome**) e seguono un particolare decorso, i clinici concordano sul fatto che tali sintomi danno luogo a uno specifico disturbo mentale. Se nei soggetti si osserva questo particolare modello di sintomi, i clinici li assegnano a quella categoria diagnostica. Un elenco di categorie, o di disturbi, con le descrizioni dei sintomi e le indicazioni per assegnare gli individui alle varie categorie è detto **sistema di classificazione**.

Sindrome: insieme di sintomi che in genere si presentano contemporaneamente.

Sistema di classificazione: elenco di disturbi, descrizioni dei sintomi e indicazioni per effettuare diagnosi corrette.

Nel 1883 Emil Kraepelin compilò il primo sistema moderno di classificazione del comportamento anormale (cfr. Capitolo 1). Le sue categorie sono alla base del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM)*, il sistema di classificazione redatto attualmente dalla American Psychiatric Association (APA, 2000). Il DSM è il sistema di classificazione più ampiamente usato negli Stati Uniti, mentre in numerosi altri Paesi si utilizza il sistema *ICD*, o *Classificazione statistica delle malattie*, redatto a cura dell'Organizzazione mondiale della sanità. Il DSM ha subito numerosi cambiamenti nel corso del tempo. L'edizione attualmente in vigore, il DSM-IV Text Revision (DSM-IV-TR), presenta una serie di modifiche nella classificazione introdotte nel 1994 (all'epoca del DSM-IV) e nel 2000 (quando divenne DSM-IV-TR).

3.2.2 DSM-IV-TR

Il DSM-IV-TR riporta circa 400 disturbi mentali. Ciascuna voce descrive i criteri per diagnosticare il disturbo

e le sue caratteristiche cliniche essenziali. Il repertorio descrive inoltre caratteristiche che si trovano spesso, anche se non sempre, collegate al disturbo. Il sistema di classificazione è corredato inoltre da *informazioni testuali* (ossia informazioni di base) come i risultati delle ricerche; tendenze legate all'età, alla cultura o al genere; e per ciascun disturbo elencato, la prevalenza, il rischio, il decorso, le complicazioni, i fattori predisponenti e i modelli familiari.

Il DSM-IV-TR richiede ai clinici di valutare la condizione del soggetto su cinque *assi* separati, o campi di informazioni, nell'elaborazione della diagnosi. Prima di tutto è necessario decidere se il soggetto mostra uno o più dei disturbi elencati sull'*Asse I*, un dettagliato elenco di sindromi cliniche che tipicamente causano problemi mentali significativi. Tra i disturbi elencati su questo asse diagnostici più di frequente ci sono i disturbi d'ansia e dell'umore, problemi che tratteremo in seguito.

Disturbi d'ansia. Le persone affette da disturbi d'ansia possono provare una sensazione diffusa di ansia e preoccupazione (*disturbo d'ansia generalizzato*), un'ansia focalizzata su una situazione o un oggetto specifico (*fobie*), periodi di panico (*disturbo da panico*), pensieri circolari o comportamenti ripetitivi, o entrambi (*disturbo ossessivo-compulsivo*) o reazioni di ansia persistente dopo eventi insoliti e traumatici (*disturbo acuto da stress* e *disturbo post traumatico da stress*).

Disturbi dell'umore. Coloro che sono affetti da disturbi dell'umore si sentono eccessivamente tristi o euforici per lunghi periodi di tempo. Di questo tipo è il *disturbo depressivo maggiore* e i *disturbi bipolari* (in cui a episodi di mania si alternano episodi di depressione).

Il passo successivo per i clinici è decidere se il sog-

Approfondimento

DSM-5: LE NOVITÀ

L'esistenza di alcuni punti controversi nel DSM-IV-TR ha indotto gli autori a lavorare a una nuova edizione del DSM. In realtà la *task force* del gruppo autoriale e diversi altri gruppi di lavoro sono all'opera sul DSM-5 dal 2006, con l'obiettivo di mettere a punto un manuale che risulti più affidabile e più valido e in cui sia stato affrontato il problema delle categorie dimensionali e discrete. Gli autori e i gruppi di lavoro si sono concentrati inoltre su una corposa revisione della letteratura esistente e sulla supervisione degli studi sul campo, allo scopo di realizzare un DSM che comprenda le idee più recenti, i risultati della ricerca e gli elementi dell'attenzione clinica. La prima versione del DSM-5 è stata pubblicata online nel 2010, con l'invito a ricercatori clinici e medici a comunicare suggerimenti e critiche. Dato il vastissimo bacino di utenza di Internet, la risposta da parte della comunità clinica è stata considerevole, ben al di là di quanto fosse mai stato osservato nelle edizioni precedenti del DSM. Considerata inoltre la diversità degli orientamenti attuali in campo clinico, tale risposta è stata quanto mai variegata e non sono mancate le critiche da parte di numerosi ambienti medici. Così, nel 2011 la American Psychiatric Association ha pubblicato una prima revisione del nuovo sistema di classificazione. A tale prima stesura dovevano seguire, secondo i piani, (1) un nuovo feedback da parte dei professionisti della salute mentale, (2) il completamento degli studi approfonditi sul campo per il DSM, previsto per la fine del 2011, (3) la pubblicazione di una seconda revisione nei primi mesi del 2012, (4) una serie finale di suggerimenti da parte dei professionisti della salute mentale intorno alla metà del 2012, (5) la pubblicazione della versione definitiva del DSM-5 nel 2013.

Sebbene l'iter editoriale sia ancora lungo, dopo la pubblicazione nel 2011 della prima versione del DSM-5, è chiaro che numerose proposte saranno accolte nella versione definitiva. I principali cambiamenti presenti nella stesura del 2011 del DSM-5 sono i seguenti:

1. l'aggiunta di una nuova categoria, «disturbi dello spettro autistico (ASD)», che riprende, mutandole, alcune categorie del DSM-IV come «autismo» e «sindrome di Asperger».
2. l'eliminazione della categoria «disturbo ossessivo-compulsivo» dall'attuale raggruppamento dei disturbi d'ansia e il suo inserimento in un raggruppamento detto «disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi collegati».
3. l'inserimento di disturbi come «disturbo da accumulo», «disturbo di dimorfismo corporeo», «disturbo da tricotillomania» e «disturbo da dermatillomania» nel raggruppamento detto «disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi collegati».
4. l'eliminazione della categoria «disturbo post-traumatico da stress» dall'attuale raggruppamento dei disturbi d'ansia, spostandola nel raggruppamento detto «disturbi collegati a trauma e stress».
5. la suddivisione della categoria del DSM-IV «ipocondria» in due nuove categorie separate, «disturbo d'ansia da malattia» e «disturbo da sintomo somatico complesso».
6. l'inserimento di una nuova categoria, «disturbo misto di ansia/depressione».
7. l'inserimento di una nuova categoria, «disturbo di regolazione distruttivo dell'umore» e il rafforzamento dei criteri diagnostici per il «disturbo bipolare infantile».
8. l'inserimento della nuova categoria «autolesionismo non suicidario».
9. l'inserimento della nuova categoria «disturbo da alimentazione compulsiva».
10. l'aggiunta del nuovo raggruppamento «disturbi da uso di sostanze e da dipendenza», che comprende non soltanto i disturbi correlati all'assunzione di sostanze, ma anche una dipendenza non correlata a esse, il «disturbo da gioco d'azzardo».
11. l'aggiunta della nuova categoria «disforia di genere» che sostituisce la categoria del DSM-IV detta «disturbo dell'identità di genere».
12. l'eliminazione delle sottocategorie della schizofrenia presenti nel DSM-IV «paranoide, disorganizzata, catatonica, indifferenziata e residua».
13. è stata inserita una nuova categoria, quella di «sindrome psicotica attenuata», che identifica una forma lieve di psicosi, spesso predittiva di una futura schizofrenia.
14. è stata modificata la definizione di «disturbo della personalità» e si è fatto in modo che i clinici utilizzino un tipo di approccio alla diagnosi che faccia riferimento a caratteristiche categoriali e dimensionali. Rimangono nell'elenco soltanto 6 disturbi della personalità (dei 10 attuali): antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico.
15. la categoria del DSM-IV detta «demenza di tipo Alzheimer» è stata suddivisa in due nuove categorie separate, «disturbo neurocognitivo lieve associato alla malattia di Alzheimer» e «disturbo neurocognitivo grave associato alla malattia di Alzheimer».

Come abbiamo già detto, queste proposte di cambiamento non hanno trovato un consenso unanime, ed è probabile che diverse non compariranno nella versione definitiva del DSM-5, per lo meno non nella formulazione elaborata nel 2011. Inoltre potrebbero essere apportate modifiche ad alcune altre categorie del DSM-IV-TR o qualcuna potrebbe essere eliminata dal DSM-5, lasciando il posto a nuove categorie.

getto mostra uno dei disturbi elencati sull'Asse II, che raccoglie disturbi stabili spesso sottovalutati in presenza di disturbi concomitanti dell'Asse I. Dell'Asse II fanno parte solo due gruppi di disturbi, il *ritardo mentale* e i *disturbi di personalità*. Anche queste condizioni verranno trattate nei capitoli successivi.

Ritardo mentale. Le persone affette da questo disturbo mostrano un funzionamento intellettuale significativamente inferiore alla media e notevoli limitazioni del funzionamento adattivo, con esordio precedente ai 18 anni di età.

Disturbi di personalità. Le persone affette da questi disturbi mostrano un modello maladattivo molto rigido dell'esperienza interiore e del comportamento esteriore persistente da diversi anni. Le persone affette da *disturbo di personalità antisociale*, ad esempio, trascurano e violano sistematicamente i diritti degli altri. Chi invece è affetto da *disturbo di personalità dipendente* è continuamente dipendente dagli altri, ai quali è molto attaccato, obbediente e molto spaventato dall'idea della separazione.

Sebbene la diagnosi venga effettuata in genere in base ai sintomi descritti sull'Asse I oppure sull'Asse II, si possono effettuare diagnosi con disturbi di entrambi gli assi. Ad Angela è stato diagnosticato immediatamente un *disturbo depressivo maggiore* sull'Asse I (disturbo dell'umore). Supponiamo però che il clinico abbia verificato in Angela anche una storia di comportamento dipendente. In questo caso le potrebbe essere diagnosticato sull'Asse II un *disturbo di personalità dipendente*.

Gli assi restanti del DSM-IV-TR guidano il diagnostico nel riferimento di altri fattori. L'Asse III comprende informazioni sulle condizioni mediche generali acute. L'Asse IV considera informazioni su particolari problemi psicosociali o ambientali che la persona si trova ad affrontare, come possono essere i problemi scolastici o di alloggio. L'Asse V, infine, richiede al diagnostico di effettuare una *valutazione globale del funzionamento (VGF)*, ossia di valutare il funzionamento complessivo della persona, psicosociale, sociale e occupazionale.

Se ad esempio Angela soffrisse di diabete, il clinico potrebbe inserire questa informazione tra quelle dell'Asse III. La recente rottura tra Angela e il suo fidanzato verrebbe annotata sull'Asse IV. E, poiché al momento della diagnosi Angela appariva alquanto disfunzionale, la sua VGF sarebbe di circa 55 sull'Asse V, indicando un grado moderato di disfunzione. La diagnosi completa per Angela sarebbe dunque:

Asse I: disturbo depressivo maggiore
Asse II: disturbo di personalità dipendente
Asse III: diabete

Asse IV: problema collegato all'ambiente sociale (rottura del fidanzamento)

Asse V: VGF = 55 (attuale)

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Diventai pazzo, con lunghi periodi di orribile lucidità». Edgar Allan Poe

«Riesco a calcolare il moto dei corpi celesti, ma non la pazzia delle persone». Isaac Newton

«La follia: un adeguamento perfettamente razionale a un mondo folle». R. D. Laing

«La distanza tra pazzia e genio è misurata soltanto dal successo». James Bond in *Il domani non muore mai*

3.3.3 Il DSM-IV-TR è un sistema di classificazione efficace?

Un sistema di classificazione, come un metodo di valutazione, viene giudicato in base alla sua affidabilità e validità. In questo caso *affidabilità* significa che è probabile che diversi clinici concordino sulla diagnosi quando usano il sistema per diagnosticare lo stesso paziente. Le prime versioni del DSM erano solo moderatamente affidabili (A. Spiegel, 2005; Malik, Beutler, 2002). Nei primi anni Sessanta, ad esempio, quattro clinici esaminarono tramite colloquio 153 pazienti, basandosi sul DSM-I, la prima edizione del DSM (Beck et al., 1962): si trovarono in accordo solo sul 54% delle diagnosi.

Il DSM-IV-TR sembra essere più affidabile rispetto ai primi DSM (Keenan et al., 2007; Lyneham et al., 2007). Gli autori effettuarono una revisione minuziosa della ricerca per identificare quali categorie dei primi DSM erano troppo vaghe e inaffidabili. In seguito elaborarono una serie di nuovi criteri diagnostici e di categorie e condussero *prove sul campo* per verificare che in effetti i criteri e le categorie di nuova introduzione fossero affidabili. La ricerca indica che anche il DSM-IV-TR presenta alcuni problemi di affidabilità (K. J. Black, 2005; Beutler, Malik, 2002). Molti clinici, ad esempio, hanno difficoltà a distinguere fra i vari tipi di disturbo d'ansia. La sintomatologia di un dato soggetto può essere ricondotta a un disturbo d'ansia generalizzato da un clinico, ad agorafobia (paura di uscire di casa) da un altro e a fobia sociale (paura delle situazioni sociali) da un terzo.

La *validità* di un sistema di classificazione corrisponde all'accuratezza delle informazioni fornite dalle sue categorie diagnostiche. Le categorie sono molto utili ai clinici quando, ad esempio, dimostrano la *validità predittiva*, ossia quando sono d'aiuto per prevedere sintomi o eventi futuri.

Un sintomo comune del disturbo depressivo maggiore è l'insonnia o la sonnolenza eccessiva. Quando i

Approfondimento**THE PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM)**

Il PDM sistematizza il funzionamento di personalità sano e disturbato, il funzionamento mentale (Pattern relazionali, modalità di coping e osservazione emotiva e sul comportamento) e il Pattern sintomatico e di esperienza soggettiva. Fa riferimento a dimensioni e alla teoria psicoanalitica.

Indica una «Tassonomia di persone» per una pianificazione individualizzata del trattamento.

È suddiviso in due parti: la prima è dedicata alla classificazione dei disturbi mentali degli adulti, la seconda alla classificazione dei disturbi mentali di bambini e adolescenti. Vi è poi una classificazione dei disturbi mentali e dello sviluppo in neonati e bambini piccoli.

Il PDM considera tre assi:

- l'Asse P, che valuta Pattern e disturbi di personalità: Rappresentazione di un continuum di funzionamento;
- l'Asse M, che valuta il Funzionamento mentale: Informazioni, relazioni, affetti, coping e meccanismi di difesa;
- l'Asse S, che valuta Sintomi e preoccupazioni manifeste; sintomi come descrittori di esperienze emozionali;

Sull'Asse P è rappresentato il livello di organizzazione della personalità, in rapporto a diversi punti concettuali:

- Continuum tra personalità e disturbo;
- Funzionamento psicologico e sofferenza verso se stessi o verso gli altri, stabile nel tempo e nell'esperienza.
- Gravità dei disturbi come fattore specifico;
- Personalità sana; disturbi di personalità di livello nevrotico; disturbi di personalità di livello borderline.

Sull'Asse P sono indicati diversi Pattern e disturbi di personalità:

- Disturbi schizoidi di personalità;
- Disturbi paranoici di personalità;
- Disturbi psicopatici (antisociali) di personalità;
- Disturbi narcisistici di personalità;
- Disturbi sadici e sadomasochistici di personalità;
- Disturbi masochistici (autofrustranti) di personalità;
- Disturbi depressivi di personalità;
- Disturbi somatizzanti di personalità;
- Disturbi dipendenti di personalità;
- Disturbi fobici (evitanti) di personalità;
- Disturbi ansiosi di personalità;

- Disturbi ossessivo-compulsivi di personalità
- Disturbi isterici (istrionici) di personalità;
- Disturbi dissociativi di personalità;
- Misti/altro.

L'Organizzazione mentale è individuata attraverso:

- Pattern costituzionali – maturativi;
- Tensione / preoccupazione principale;
- Affetti principali;
- Credenza patogene;
- Modalità difensive.

Sull'Asse M è rappresentato il Profilo del funzionamento mentale, individuato attraverso:

- Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento
- Capacità di regolazione e intimità
- Qualità dell'esperienza interna
- Esperienza, espressione e comunicazione degli affetti
- Capacità di autosservazione
- Capacità di formare rappresentazioni interne
- Pattern e capacità difensive
- Capacità di differenziazione e integrazione
- Capacità di costruire o ricorrere a standard e ideali interni

Sull'Asse S sono rappresentati i pattern sintomatici:

- Disturbi dell'adattamento
- Disturbi d'ansia
- Disturbi somatoformi
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi psicogeni del sonno
- Disturbi sessuali e dell'identità di genere
- Disturbi dissociativi
- Disturbi dell'umore
- Disturbi fittizi
- Disturbi del controllo degli impulsi
- Disturbi da uso/ dipendenza da sostanze
- Disturbi psicotici
- Disturbi mentali basati su una condizione medica generale.

Sul funzionamento mentale dei bambini e adolescenti l'impostazione è analoga, a partire però dall'Asse MCA (MCA, PCA, SCA).

clinici diagnosticano ad Angela un disturbo depressivo maggiore, essi presumono che un po' di tempo dopo avrebbe presentato qualche problema del sonno, anche

se al momento non ne ha. Inoltre si aspettano che risponda a trattamenti che si sono rivelati efficaci in altri casi di depressione. Più spesso sono veritiere queste

previsioni, maggiore è la validità predittiva di una categoria.

Gli autori del DSM-IV-TR hanno cercato di garantire la validità della loro nuova versione del DSM attraverso una revisione accurata e conducendo diversi studi sul campo. Ne è risultato che i suoi criteri e categorie sembrano avere maggiore validità rispetto alle prime versioni del repertorio (Reeb, 2000). Eppure, anche in questo caso alcuni teorici clinici sostengono che nel DSM-IV-TR ci sono certi criteri e categorie basati su ricerche insufficienti, mentre altri riflettono pregiudizi razziali o di genere (Löwe et al., 2008; Vieta, Phillips, 2007).

Oltre alle critiche sull'affidabilità e validità di certe categorie, sono sempre di più i teorici clinici convinti che vi siano due problemi fondamentali a indebolire l'edizione attuale del DSM (Widiger, 2007). Il primo è l'assunto di fondo del DSM-IV-TR, ossia che i disturbi clinici siano *qualitativamente* diversi dal comportamento normale: probabilmente l'assunto non è corretto. Ad esempio, può accadere che il senso di abbattimento che chiunque prova di tanto in tanto sia diverso dalla depressione solo per *intensità*. Se certi disturbi psicologici differiscono dal comportamento normale per intensità e non per tipo, molti dei criteri e categorie attuali possono essere definiti come minimo fuorvianti.

Una critica affine s'incentra sull'uso nel DSM-IV-TR delle categorie diagnostiche *discrete*, ossia con ciascuna categoria di patologia distinta da tutte le altre. Alcuni esperti ritengono che alcune di queste categorie siano in realtà il riflesso di variazioni di una singola *dimensione* fondamentale del funzionamento e non di patologie distinte. Prendiamo ad esempio la dimensione dell'*emozionalità negativa*: forse questa dimensione andrebbe usata per descrivere modelli anormali. In una persona l'emozionalità negativa estrema e maladattiva può assumere le sembianze di un'ansia elevata; in un'altra può presentarsi sotto forma di depressione. In breve, anziché distinguere tra due disturbi diversi, tra un disturbo d'ansia e un disturbo depressivo, potrebbe essere utile se nel repertorio ciascun modello fosse riportato come variazione della dimensione fondamentale, l'emozionalità negativa. A sostegno di questa teoria dimensionale, nella prassi si sono riscontrati spesso livelli di ansia elevati tra le persone clinicamente depresse ed elevati livelli di depressione tra le persone clinicamente ansiose. Se questa teoria dimensionale è corretta, ancora una volta si può dire che il DSM-IV-TR è fuorviante per i clinici quando chiede loro di determinare se il soggetto che hanno di fronte manifesta un disturbo d'ansia *oppure* un disturbo dell'umore.

Considerate le varie critiche, vi sono pochi dubbi sul fatto che il DSM-V, la prossima edizione del DSM, vedrà alcuni cambiamenti fondamentali. Il gruppo di lavoro del DSM-V è già all'opera e sta considerando attivamente una serie di argomenti e risultati della ricerca; vi sono forti indicazioni sul fatto che per i disturbi d'ansia e di perso-

nalità ci saranno dei cambiamenti nella nuova edizione (Regier et al., 2009), come vedremo nei Capitoli 4 e 13. Il nuovo sistema di classificazione non sarà pubblicato, comunque, prima del 2012 o forse dopo (Garber, 2008).

3.3.4 Diagnosi ed etichette possono essere dannose?

Anche con dati di valutazione attendibili e categorie di classificazione valide e affidabili, i clinici possono giungere a conclusioni erranee (Rohrer, 2005). Come tutti gli esseri umani, sono elaboratori di informazioni difettosi. Gli studi mostrano che sono fortemente influenzati dalle prime informazioni raccolte all'inizio del processo di valutazione (Dawes et al., 2002; Meehl, 1996, 1960). Talvolta attribuiscono troppa importanza ad alcune fonti di informazioni, come ciò che un genitore riferisce su suo figlio, e troppo poca ad altre, come il punto di vista del bambino stesso (McCoy, 1976). Inoltre, il loro giudizio può essere falsato da numerosi pregiudizi: di genere, età, razza e condizione socioeconomica, per nominarne solo alcuni (Vasquez, 2007). Considerati i limiti degli strumenti di valutazione, degli esaminatori e dei sistemi di classificazione, non meraviglia che talora vengano scoperti errori sconvolgenti nelle diagnosi, particolarmente negli ospedali (Caetano, Babor, 2007).

Al di là della potenziale diagnosi errata, l'atto stesso di classificare le persone può portare a risultati non voluti. Come abbiamo spiegato nel Capitolo 2, ad esempio, molti studiosi di orientamento socio-familiare ritengono che le etichette diagnostiche possano diventare profezie che si autorealizzano. Quando una persona ha una diagnosi di malattia mentale, cambia la visione che ne hanno gli altri e la loro reazione nei suoi confronti. Se gli altri si aspettano che si comporti da malato mentale, il soggetto può iniziare a considerarsi veramente tale e a comportarsi di conseguenza. Inoltre nella nostra società l'anormalità psicologica viene fortemente stigmatizzata (Spagnolo et al., 2008; Corrigan, 2007). Chi ha una diagnosi di malattia mentale può avere difficoltà a trovare lavoro, specie una posizione di responsabilità, o ad avere relazioni sociali normali. Una volta che l'etichetta è stata applicata può resistere per diverso tempo.

A causa di questi problemi, alcuni clinici preferirebbero fare a meno delle diagnosi; altri non sono d'accordo. Essi ritengono che si debba semplicemente lavorare per aumentare le conoscenze sui disturbi psicologici e migliorare le tecniche diagnostiche; per loro, la classificazione e la diagnosi sono essenziali per comprendere e curare le persone con problemi.

Sintesi Diagnosi

Dopo avere raccolto informazioni dalla valutazione, i clinici stabiliscono un quadro clinico e decidono per una diagnosi, che viene elaborata in base a un sistema

di classificazione. Negli Stati Uniti, il sistema più diffuso è il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM). Nella versione più recente del manuale, il DSM-IV-TR, sono descritti circa 400 disturbi e sono compresi cinque assi. L'affidabilità e la validità di questa edizione sono oggetto di critica da parte di

numerosi teorici clinici. Anche basandosi su dati di valutazione attendibili e categorie di classificazione affidabili e valide, i clinici non giungono sempre alla conclusione corretta. Inoltre, i pregiudizi legati alle definizioni possono essere dannosi per le persone che ricevono determinate diagnosi.

Riflessioni critiche

1. Punti di forza e punti di debolezza di un percorso diagnostico. Perché da sempre l'uso della diagnosi e di un'etichetta diagnostica è così dibattuto e criticato?
2. All'interno del campo della salute mentale, molti sono i sostenitori di un approccio del tipo «la persona prima di tutto» rispetto al tema della diagnosi e della categorizzazione clinica: ad esempio, raccomandano l'uso della frase «persona con schizofrenia» anziché «schizofrenico». Perché tale approccio sarebbe preferibile?
3. Vantaggi e svantaggi dell'utilizzo dei test proiettivi rispetto agli inventari di personalità. Quali potrebbero essere le indicazioni cliniche più specifiche per utilizzare uno o l'altro e quali i contesti di cura che incoraggiano i metodi proiettivi o gli inventari?
4. Come si potrebbero utilizzare in modo errato i punteggi QI nelle scuole da parte dei genitori, di insegnanti o di altre persone? Pensate che la nostra società attribuisca grande importanza al concetto di intelligenza e ai punteggi QI?

Parole chiave

- Affidabilità, p. 64
- Comprensione idiografica, p. 63
- Diagnosi, p. 83
- Esame dello stato mentale, p. 66
- Inventari reattivi, p. 80
- Inventario di personalità, p. 71
- Metodica neurologica, p. 81
- Quoziente intellettivo, p. 83
- Sindrome, p. 84
- Sistema di classificazione, p. 84
- Standardizzazione, p. 64
- Tecniche di neuroimaging, p. 81
- Test di intelligenza, p. 83
- Test neuropsicologico, p. 83
- Test proiettivo, p. 66
- Test psicofisiologico, p. 80
- Test, p. 66
- Validità, p. 64
- Valutazione, p. 63

Domande di riepilogo

1. Quale forma di affidabilità e validità dovrebbero avere gli strumenti di valutazione clinica?
2. Quali sono i punti di forza e i punti deboli dei colloqui strutturati e non strutturati?
3. Quali sono i punti di forza e i punti deboli dei test proiettivi, degli inventari di personalità e di altri tipi di test clinici?
4. In che modo i clinici stabiliscono se un problema psicologico è legato a un danno cerebrale?
5. Qual è lo scopo delle diagnosi cliniche?
6. Descrivete il DSM-IV-TR. Quali problemi possono presentarsi nell'uso dei sistemi di classificazione e del processo della diagnosi clinica?



DISTURBI D'ANSIA

Bob, 22 anni, di professione falegname, è stato inviato ai servizi psichiatrici esterni di un ospedale locale. [...] Durante il colloquio iniziale Bob era visibilmente a disagio. Appariva teso, preoccupato e spaventato. Stava seduto sul bordo della sedia, batteva ritmicamente un piede e giocherellava con una matita sulla scrivania dello psichiatra. Sospirava spesso, ispirava a fondo tra una frase e l'altra, di tanto in tanto espirava sonoramente, cambiando spesso posizione mentre cercava di parlare della sua storia:

Bob: Sto passando un mese orribile. Mi sembra di non riuscire a fare niente. Non capisco da dove vengo o dove sto andando. Temo di stare diventando pazzo, o qualcosa del genere.

Medico: Cosa glielo fa pensare?

Bob: Non riesco a concentrarmi. Il mio capo mi dice di fare una cosa e io comincio a farla, ma appena dopo aver iniziato, già non so più che cosa sto facendo. Mi gira la testa, il cuore mi batte a mille e tutto mi sembra abbagliante oppure lontanissimo, cose così. È incredibile.

Medico: A cosa pensa quando si sente in quel mondo?

Bob: Penso solo «Oh Gesù, il cuore mi batte fortissimo, mi gira la testa, le orecchie mi ronzano. Sto per morire, oppure sto diventando pazzo».

Medico: E poi che cosa succede?

Bob: Beh, dura solo pochi secondi, intendo quella sensazione fortissima. Poi ritorno con i piedi per terra, ma allora comincio a pensare tutto il tempo a cosa mi sta succedendo, oppure sto lì a controllarmi il polso per sentire se mi sono calmato, o a tastarmi le mani per capire se sto sudando.

Medico: Le altre persone si accorgono di quello che le sta capitando?

Bob: In realtà non ci penso. Ultimamente non esco più con gli amici. Ad esempio se loro dicono «Fermiamoci a bere una birra» o qualcosa del genere dopo il lavoro, io trovo sempre qualche scusa, tipo che ho qualcosa da fare a casa o un problema alla macchina che devo sistemare. E anche se sto con loro, in realtà non sono lì con la testa, me ne sto lì seduto e continuo a preoccuparmi. La mia amica Pat dice che ho sempre la fronte

corrugata. Allora mi limito ad andare a casa, accendo la TV o leggo le notizie sportive sul giornale, ma non riesco a concentrarmi neanche su questo.

Bob ha aggiunto di avere smesso di giocare a softball, perché lo trovava stancante e non riusciva a concentrarsi. Nelle ultime due settimane si è assentato più volte dal lavoro perché era «troppo nervoso» (Spitzer et al., 1983, pp. 11-12).

Non è necessario essere agitati come Bob per sentirsi ansiosi e preoccupati. Provate a ripensare a una volta in cui vi siete trovati a respirare rapidamente, i muscoli tesi e il cuore che vi batteva forte, con un improvviso senso di terrore. Forse è stato quella volta che stavate per uscire di strada con l'auto, sbandando sotto la pioggia? Oppure quando il professore ha annunciato una verifica a sorpresa? O forse quando la persona di cui eravate innamorati è uscita con qualcun altro, o quando il vostro capo ha commentato che il vostro rendimento sul lavoro sarebbe dovuto migliorare? Ogni volta che ci si trova di fronte a quella che appare una grave minaccia al nostro benessere, si può reagire con uno stato di allarme immediato, la **paura** (Garrett, 2009). A volte si riesce a identificare la causa precisa della paura, pur continuando a sentirsi tesi e nervosi, come se ci aspettasse che stia per accadere qualcosa di spiacevole. La vaga sensazione di trovarsi in pericolo è detta in genere **ansia**, e ha le stesse caratteristiche (stesso aumento della frequenza respiratoria, tensione muscolare, traspirazione ecc.) della paura.

In linea generale, l'ansia è un'attivazione emozionale che ha la funzione di preservare la sopravvivenza psico-fisica dell'individuo, essa rappresenta infatti la naturale risposta alla percezione di un pericolo o di una minaccia. Occorre ricordare che di per sé l'ansia rappresenta una condizione fisiologica e psicologica non anormale, una risposta *adattiva* legata alla paura che precede un'azione difensiva (attacco o fuga), essa ha lo scopo di preservare l'incolumità dell'individuo, mettendolo in guardia rispetto a situazioni che possono essere considerate pericolose, fornendo così la possibilità alla persona di reagire e strutturare risposte agli stimoli ambientali. Tuttavia, laddove l'ansia diventa particolarmente intensa e persistente, può

esitare in modalità relazionali e condotte disadattive che limitano fortemente il funzionamento psichico e sociale del soggetto.

Sebbene l'esperienza quotidiana di ansia e paura non sia piacevole, si rivela spesso utile: prepara infatti a reagire («combatti o scappa») di fronte a un pericolo imminente. Può farci rallentare alla guida durante un temporale, indurci a stare al passo con i compiti assegnati, spingerci a trattare con maggiore sensibilità le persone che incontriamo e impegnarci di più sul lavoro. Accade però che certe persone soffrano di ansia e paura in modo talmente invalidante da non riuscire a condurre una vita normale (Koury, Rapaport, 2007). Il loro malessere è troppo forte o frequente, è pressoché permanente o insorge con eccessiva facilità. Si dice allora che queste persone hanno un *disturbo d'ansia* o un tipo di disturbo affine.

I disturbi d'ansia sono tra i problemi mentali più diffusi negli Stati Uniti. Ogni anno, circa il 18% della popolazione adulta soffre di qualcuno dei sei disturbi d'ansia riportati dal DSM-IV-TR, mentre quasi il 29% dell'intera popolazione sviluppa uno di questi disturbi in qualche fase della vita (Kessler et al., 2009, 2005). Di questi individui, all'incirca solo un quinto cerca aiuto (P. S. Wang et al., 2005).

Le persone con *disturbo d'ansia generalizzato* si sentono costantemente preoccupate e ansiose per cause generiche. Chi soffre di fobie ha una paura persistente e irrazionale di specifici oggetti, attività o situazioni. Coloro che soffrono di *disturbo di panico* hanno ricorrenti attacchi di terrore. Chi è affetto da *disturbo ossessivo-compulsivo* si sente sopraffatto da pensieri ricorrenti che provocano ansia o dall'urgenza a compiere azioni ripetitive per ridurre la tensione. Infine, le persone con *disturbo acuto e post-traumatico da stress* sono tormentate da paure e sintomi affini anche a distanza di molto tempo da un evento traumatico (combattimento militare, stupro, tortura). Il disturbo d'ansia è associato quasi sempre a un altro disturbo (si veda la **Figura 4.1**). Bob, per esempio, prova la sensazione di eccessiva preoccupazione tipica del disturbo d'ansia generalizzato e i ripetuti attacchi di terrore che caratterizzano il disturbo di panico.

In questo capitolo approfondiremo il disturbo d'ansia generalizzato, le fobie, il disturbo di panico e il disturbo ossessivo-compulsivo. I disturbi acuti e post-traumatici da stress, che fanno parte anch'essi dei disturbi d'ansia, verranno trattati nel capitolo seguente, dove saranno considerati gli effetti dello stress particolarmente intenso o continuato sul nostro funzionamento psicologico e fisico.

4.1 DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

Le persone che soffrono di **disturbo d'ansia generalizzato** sono attanagliate da un'ansia eccessiva per la maggior parte del tempo e ogni cosa è per loro fonte di preoccupazione; il loro problema viene definito infatti anche *ansia libera*. Come il giovane falegname Bob, questi soggetti si sentono irrequieti, bloccati o in costante tensione; hanno difficoltà di concentrazione; presentano tensione muscolare e hanno problemi del sonno (si veda la **Tabella 4.1**). I sintomi perdurano almeno sei mesi. La maggior parte degli individui che soffrono di ansia riesce, seppure con qualche difficoltà, a lavorare normalmente e ad avere una vita sociale.

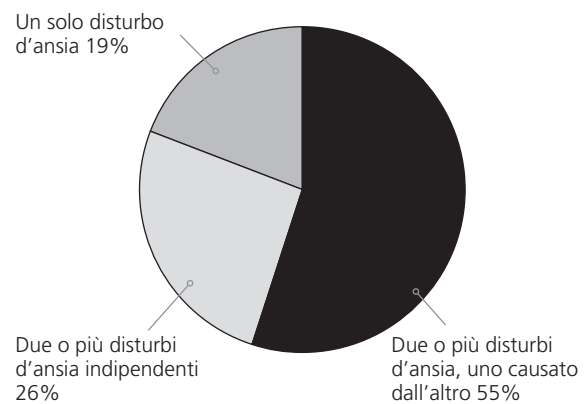
Paura: reazione psicologica ed emotiva del sistema nervoso centrale in presenza di una seria minaccia al proprio benessere.

Ansia: reazione psicologica ed emotiva del sistema nervoso centrale in presenza di una vaga sensazione di minaccia o di pericolo.

Disturbo d'ansia generalizzato: disturbo caratterizzato da sensazioni persistenti ed eccessive di ansia e preoccupazione riguardo a numerose situazioni e attività.

Il disturbo d'ansia generalizzato è assai diffuso nella società occidentale. Secondo le indagini, circa il 3% della popolazione degli Stati Uniti presenta ogni anno i sintomi di questo disturbo, un tasso che si ritrova anche in Canada, Gran Bretagna e altri Paesi occidentali (Ritter et

Figura 4.1 L'ansia genera ansia? Il disturbo d'ansia è in genere associato anche a un secondo problema, che può insorgere sia contemporaneamente sia in un altro momento della vita. Più dell'80% degli individui che soffrono di disturbo d'ansia ha in effetti disturbi multipli.



Adattato da Ruscio et al., 2007; Rodriguez et al., 2004; Hunt, Andrews, 1995.

Tabella 4.1 Disturbo d'ansia generalizzato.**DSM Checklist**

- Ansia eccessiva o continuata e preoccupazione per un periodo di almeno sei mesi, riguardo a numerose situazioni o attività.
- Difficoltà a controllare la preoccupazione.
- Almeno tre dei sintomi seguenti: irrequietezza – facile affaticabilità – irritabilità – tensione muscolare – disturbi del sonno.
- Significativo disagio, problema invalidante.

Tratto da APA, 2000.

al., 2010; Kessler et al., 2005). In totale, quasi il 6% di tutta la popolazione manifesta sintomi d'ansia generalizzata in qualche momento della vita. Il disturbo può sovrapporsi a qualunque età, ma in genere compare per la prima volta nell'infanzia o nell'adolescenza. Le donne sono colpite dal disturbo in misura doppia rispetto agli uomini. Circa un quarto delle persone con disturbo d'ansia generalizzato sono attualmente in terapia (Buriñon, 2007; P. S. Wang et al., 2005).

Per spiegare l'origine di questo disturbo sono stati citati numerosi fattori. Noi abbiamo scelto di esaminare in questo volume le prospettive e i trattamenti attuali in base ai modelli socioculturale, psicodinamico, umanistico, cognitivo e biologico. Sulla prospettiva comportamentale torneremo quando passeremo a esaminare le fobie, in questo stesso capitolo, dato che quel modello approccia il disturbo d'ansia generalizzato e le fobie in maniera praticamente identica.

4.1.1 Prospettiva socioculturale: fattori sociali e multiculturali

Secondo la psicologia socioculturale, il disturbo d'ansia generalizzato si presenta più facilmente nelle persone che vivono in condizioni sociali di continuo pericolo.

Dagli studi al riguardo è emerso che le persone che vivono in un ambiente a rischio sono realmente più predisposte a sviluppare sensazioni generiche di tensione, ansia, affaticabilità e problemi del sonno associati a questo disturbo (Andrews, Wilding, 2004).

Prendiamo ad esempio uno studio classico condotto sull'impatto psicologico dell'incidente avvenuto nel marzo del 1979 sulle persone che vivevano nei pressi dell'impianto nucleare di Three Mile Island, dopo l'incidente avvenuto nel marzo del 1979 (Baum et al., 2004; Wroble, Baum, 2002). Nei mesi successivi all'incidente, le madri dei bambini in età prescolare manifestarono disturbi d'ansia o depressivi in misura cinque volte maggiore rispetto alle madri che abitavano altrove. Il numero di casi diminuì nel corso dell'anno successivo, ma le madri di Three Mile Island avevano ancora alti livelli di ansia o depressione un anno dopo. Analogamente, uno studio più recente ha rilevato che nei mesi e anni successivi all'uragano Katrina, del 2005, il tasso di disturbo d'ansia generalizzato e di altri disturbi d'ansia era il doppio tra i residenti dell'area sopravvissuti al disastro rispetto alle persone non colpite dall'evento che vivevano altrove (Galea et al., 2007).

La povertà è tra le forme più intense di stress sociale. Le persone prive di mezzi finanziari vivono tendenzialmente in zone degradate con criminalità diffusa, hanno minori opportunità di formazione e di lavoro e in generale sono esposte a un maggiore rischio di avere problemi di salute (López, Guarnaccia, 2008, 2005, 2000). Come nelle previsioni dei teorici socioculturali, queste persone hanno inoltre una maggiore incidenza di disturbo d'ansia generalizzato. Negli Stati Uniti il tasso di incidenza tra le persone a basso reddito è doppio rispetto a quello riscontrato tra le persone più benestanti (Kessler et al., 2005; Blazer et al., 1991). Si può anzi affermare che il tasso di incidenza del disturbo d'ansia generalizzato aumenta parallelamente al diminuire dei salari (si veda **Tabella 4.2**).

Poiché negli Stati Uniti l'appartenenza razziale è

Tabella 4.2 Uno sguardo alla cultura: disturbi d'ansia. Prevalenza dei disturbi d'ansia (rispetto al tasso nella popolazione totale).

	Donne	Basso reddito	Afroamericani	Ispanoamericani	Anziani
Disturbo d'ansia generalizzato	maggiore	maggiore	maggiore	uguale	maggiore
Fobie specifiche	maggiore	maggiore	maggiore	maggiore	minore
Fobie sociali	maggiore	maggiore	maggiore	uguale	minore
Disturbo di panico	maggiore	maggiore	uguale	uguale	minore
Disturbo ossessivo-compulsivo	uguale	maggiore	uguale	uguale	minore

Fonte: Hopko et al., 2008; Nazarian, Craske, 2008; Schultz et al., 2008; Kessler et al., 2005; López, Guarnaccia, 2005, 2000; Glazer et al., 2004.

strettamente connessa al reddito e alle opportunità di lavoro, non sorprende che risulti talora legata anche alla prevalenza del disturbo d'ansia generalizzato (Blazer et al., 1991). Ogni anno, circa il 6% di tutti gli afroamericani soffre di questo disturbo, rispetto al 3,1% degli americani bianchi. Le donne afroamericane, forse il gruppo più stressato del Paese dal punto di vista sociale, presentano il tasso d'incidenza più elevato, il 6,6%.

TRA LE RIGHE

Il ruolo della società

Le persone che vivono in ambienti pericolosi hanno livelli di ansia elevati e presentano un tasso di disturbo d'ansia generalizzato superiore rispetto a coloro che risiedono in altri tipi di ambiente.

Negli studi di tipo multiculturale non è stato riscontrato un aumento nel tasso di disturbo d'ansia generalizzato tra gli americani di origine ispanica. Tuttavia, hanno rilevato che molti ispanici, sia negli Stati Uniti sia in America latina, soffrono di *nervios* («nervi»), un disturbo su base culturale che presenta forti somiglianze con il disturbo d'ansia generalizzato (López, Guarnaccia, 2005, 2000; APA, 2000).

TRA LE RIGHE

Stress moderno e antiansia: i prodotti più utilizzati

Palline antistress
Candele rilassanti
Musica con suoni della natura/New Age
Screen saver con scene della natura
Maschere facciali e oculari
Campane a vento
Girandole
Svegliate con suoni della natura
Komboloi (rosario scacciapensieri)
Aromaterapia
Integratori a base di erbe
Massaggi
Attività fisica
Yoga/meditazione

Le persone affette da *nervios* manifestano un grande disagio emotivo, sintomi somatici (mal di testa e mal di stomaco), dei cosiddetti dolori cerebrali (nervosismo e scarsa concentrazione), sintomi di irritabilità, tendenza al pianto e tremori.

Sebbene la povertà e diversi tipi di pressione sociale e culturale possano contribuire a creare un clima che favorisce lo sviluppo di un disturbo d'ansia generalizzato, le variabili socioculturali non sono i soli fattori implicati. Dopotutto, la maggior parte di coloro che vivono in ambienti disagiati o pericolosi non sviluppa affatto disturbi d'ansia. Anche se i fattori socioculturali hanno un ruolo importante, la teoria deve ancora spiegare come mai al-

cuni sviluppano il disturbo e altri no. Una risposta è stata tentata dalle scuole di pensiero psicodinamica, umanistico-esistenziale, cognitiva e biologica, che hanno proposto i relativi trattamenti.

TRA LE RIGHE

L'insicurezza negli adulti

Ai bambini è concesso stringere copertine o orsacchiotti per sentirsi più sicuri. Anche molti adulti ricorrono a un oggetto preferito quando vogliono rilassarsi: una donna adulta su cinque e un uomo su venti ammettono di dormire regolarmente con un pupazzo di peluche (B. Kanner, 1995).

4.1.2 Prospettiva psicodinamica

A livello etimologico la parola «ansia» deriva dal termine tedesco *Angst* che rimanda da un lato al comune termine ansia, dall'altro a quello di angoscia, di matrice più squisitamente psicoanalitica.

Secondo la prospettiva freudiana l'ansia, o meglio l'angoscia, può essere considerata tanto come una manifestazione sintomatica di un conflitto nevrotico quanto come un segnale adattivo volto ad allontanare dalla coscienza la consapevolezza di tale conflitto. Nel pensiero freudiano esistono, cioè, due differenti teorie sull'angoscia: la prima ne dà una visione di tipo meccanicistico poiché connette l'ansia alla trasformazione di un quantitativo psichico di libido non adeguatamente scaricata in sintomi fisici; la seconda attribuisce all'angoscia una funzione di segnale di situazioni traumatiche e di pericolo.

Inizialmente per Freud (1894) la mancata scarica pulsionale della libido comportava un aumento dell'intensità dell'eccitazione sessuale e la trasformazione della libido in uno stato di *tensione fisica* caratterizzato da precisi sintomi fisici quali sudorazione, dispnea, vertigini, aumento del ritmo respiratorio e del battito cardiaco. Tale quadro clinico, denominato dall'autore *nevrosi d'angoscia*, rappresenta una risposta patologica dell'organismo, - una nevrosi attuale non riconducibile a conflitti infantili - all'intenso quantitativo di energia libidica non scaricata. In altre parole, questa sintomatologia fisica sarebbe la manifestazione corporea di un'eccessiva presenza di libido che, a causa di un'insufficiente elaborazione psichica, non riesce a legarsi a nessun contenuto rappresentativo, ma trova invece una sua espressione nel corpo.

Successivamente, Freud (1925) integra la spiegazione economica dell'angoscia spostando il *focus* della sua attenzione dall'eziologia alla funzione che essa assolve nella vita psichica del soggetto. L'angoscia rappresenta una normale reazione dell'organismo a uno stato di pericolo, laddove il soggetto è esposto a un numero eccessivo di stimoli interni o esterni, essa si sviluppa in maniera

automatica. In tale ottica, l'angoscia trova la sua sede nell'Io che, a causa del deficitario funzionamento dei meccanismi difensivi, non riesce a padroneggiare l'intensità delle sollecitazioni a cui è esposto e produce un'angoscia automatica. Al fine di impedire l'insorgere di tale risposta, l'organismo attiva un *segnale d'angoscia* che riproduce in maniera attenuata una reazione d'angoscia vissuta in precedenza e informa il soggetto della presenza di un pericolo mobilitando i meccanismi di difesa. Di fronte a una situazione di pericolo incombente il soggetto può, quindi, rispondere in due diversi modi: uno più «inopportuno» e nevrotico che implica l'attivazione di una risposta di angoscia e uno maggiormente adattivo teso a «segnalare e prevenire una tale situazione» (Freud, 1925, p. 283). Nel modello freudiano, quindi, si può affermare che l'angoscia sia un affetto dell'Io, un sintomo sovradeterminato originato da un conflitto inconscio rimosso. Essa è intimamente connessa alle valutazioni che l'Io fa di un imminente pericolo e finalizzata a evitare pericoli e dispiaceri maggiori nell'ottica del Principio di Piacevole.

Un ulteriore contributo allo studio dell'angoscia deriva dal pensiero kleiniano, che si declina maggiormente sul versante psicotico. Secondo l'autrice (1935) due sono le principali forme di angoscia: l'*angoscia persecutoria* e l'*angoscia depressiva*, ciascuna attivata da uno specifico nucleo (contenuto) e caratterizzata da peculiarità difensive (Hinshelwood, 1989). La prima, caratteristica della posizione schizo-paranoide, si riferisce alla paura che gli oggetti persecutori invadano il bambino e alle minacce che egli percepisce come incombenti; in questo senso essa attiene prevalentemente all'annientamento dell'Io (M. Klein, 1948). La seconda, ha a che fare con la paura che gli oggetti buoni, sia interni sia esterni, vengano distrutti; in questo senso essa attiene prevalentemente agli impulsi distruttivi e alla pulsione di Morte indirizzata verso gli oggetti d'amore interni ed esterni.

TRA LE RIGHE

Angosce psicotiche e angosce nevrotiche

Si ricorda che le angosce psicotiche sono basate sul meccanismo della scissione, dell'oggetto (oggetto buono e oggetto cattivo) e dell'Io (frammentazione), diretta contro l'istinto di Morte. Le angosce nevrotiche trattate da Freud, al contrario, si basano sul meccanismo della rimozione diretta contro gli istinti libidici.

Con l'evolvere del pensiero psicoanalitico, maggiormente orientato alla matrice bi-personale e relazionale della strutturazione psichica, si è posto l'accento sull'importanza dell'*angoscia di separazione*. Quest'ultima è intimamente legata alla paura di perdere l'oggetto amato e il suo amore, di separarsi da esso e ai conseguenti

vissuti di solitudine. A tal proposito Otto Rank (1924) afferma che tale tipologia di angoscia è legata in modo specifico al trauma della nascita, continuamente rivissuto attraverso le successive esperienze di separazione: si pensi per esempio allo svezzamento o alla separazione dalla persona amata. Secondo l'autore, tutte le nevrosi derivano dal trauma della nascita, in rapporto al quale ha origine e si spiega l'angoscia di separazione. Similmente Michael Balint (1965) afferma che esiste un'*angoscia primaria*, che deriva dall'investimento libidico del bambino sulla madre, l'assenza di quest'ultima comporta la trasformazione della libido in angoscia. Dello stesso avviso sono autori come Winnicott (1952, 1961) e più recentemente Bowlby (1973) che sottolineano il legame tra assenza delle cure materne, separazione, o minaccia di separazione dalla madre, e la successiva comparsa nel bambino di profondi vissuti angosciosi.

Terapie psicodinamiche

Le tecniche utilizzate dai terapeuti di orientamento psicodinamico per trattare i problemi psicologici sono: le *associazioni libere*, le dinamiche transferali e controtransferali che si attuano in seduta, l'analisi delle *resistenze* e l'interpretazione dei *sogni*. I *terapeuti di formazione freudiana* utilizzano questi metodi per aiutare i pazienti a riconoscere gli impulsi dell'Es e a interagire con essi nella direzione di un incremento del Principio di Realtà. Altri terapeuti, in particolare coloro che fanno riferimento alla *teoria delle relazioni oggettuali*, invece li usano per aiutare i pazienti ansiosi a identificare le qualità dei propri oggetti interni per bonificare eventuali influenze patologiche che essi continuano a esercitare anche nell'età adulta (Lucas, 2006).

L'efficacia dei trattamenti psicodinamici del disturbo d'ansia generalizzato appare controversa (Goisman et al., 1999), tuttavia la *terapia psicodinamica breve* (cfr. Capitolo 2) si è rivelata utile per ridurre notevolmente i livelli di ansia, la preoccupazione e le difficoltà sociali nei pazienti con questo disturbo (Crits-Christoph et al., 2004).

4.1.3 Prospettiva umanistica

Secondo gli studiosi di orientamento umanistico, il disturbo d'ansia generalizzato, come altri disturbi psicologici, si produce quando le persone non vedono più sé stesse in modo obiettivo, accettandosi per quello che sono. Negando ripetutamente quelli che sono in realtà i propri pensieri, emozioni e comportamenti, queste persone diventano estremamente ansiose e incapaci di mettere a frutto le proprie capacità in quanto esseri umani.

La visione umanistica della causa di questo disturbo è molto ben illustrata dal pensiero di Carl Rogers. Come abbiamo visto nel Capitolo 2, Rogers riteneva che i bambini che non ricevono una *considerazione positiva incondizionata* da parte degli altri possono diventare iper-

critici nei confronti di sé stessi e porsi degli standard molto severi ai quali adeguarsi, definiti da Rogers *condizioni di valore*. Essi cercano di adeguarsi a questi standard distortendo e negando continuamente i propri pensieri ed esperienze reali. Nonostante gli sforzi, tuttavia, continuano a giudicarsi in modo severo e ciò provoca in loro molta ansia. Questa immensa apprensione apre la strada a un disturbo d'ansia generalizzato o a qualche altra forma di disfunzione psicologica.

Gli operatori che adottano l'approccio terapeutico di Rogers, la **terapia centrata sul paziente**, fanno in modo di mostrare una considerazione positiva incondizionata verso questi soggetti e una profonda comprensione empatica nei loro confronti. I terapeuti confidano che un'atmosfera di comprensione e di sincera accettazione possa aiutare i pazienti a sentirsi abbastanza sicuri da riconoscere quali sono i loro veri bisogni, pensieri ed emozioni. Quando le persone acquisiscono l'obiettività e sono finalmente oneste e a proprio agio con sé stesse, l'ansia e gli altri sintomi si attenueranno. Nel brano che segue (**Caso 4.1**), Rogers descrive i progressi di una paziente con disturbo d'ansia e altri sintomi collegati.

Terapia centrata sul paziente: terapia umanistica sviluppata da Carl Rogers, nella quale il rapporto del terapeuta con il paziente è fondato su accettazione, empatia e autenticità.

Credenze irrazionali di fondo: convinzioni erranee e fuori luogo nutrite, secondo Albert Ellis, da persone con diversi problemi psicologici.

Nonostante le relazioni ottimistiche sui casi clinici, gli studi controllati non hanno suffragato con chiarezza questo approccio. Se da una parte la ricerca conferma che la terapia centrata sul paziente si rivela in genere più efficace per i pazienti ansiosi rispetto a nessuna terapia, si tratta di un approccio che ha risultati solo di poco superiori a una terapia con placebo e non costanti (Prochaska, Norcross, 2006, 2003). I ricercatori hanno inoltre riscontrato, nella migliore delle ipotesi, solo una limitata conferma della spiegazione di Rogers sul disturbo d'an-

CASO 4.1

La terapia consisteva nel mettere alla prova sé stessa, in tutti i suoi aspetti, in una relazione protetta. [...] Si sperimentava in quanto capace di interesse, [...] un sé sollecito nei confronti degli altri. A questo seguì [...] il rendersi conto che il terapeuta s'interessava a lei, che davvero a lui importava l'effetto della terapia, che veramente l'apprezzava. [...] Si rese gradualmente conto del fatto che [...] non vi era nulla di fondamentale sbagliato in lei, ma che era invece una persona positiva e solida (C. R. Rogers, 1954, pp. 261-264).

sia generalizzato e su altre forme di comportamento patologico. Neppure altre teorie umanistiche e i relativi trattamenti hanno trovato grandi conferme nella ricerca.

4.1.4 Prospettiva cognitiva

Gli psicologi di orientamento cognitivo sostengono che i problemi psicologici sono spesso causati da un modo di pensare disfunzionale. Posto che l'eccessiva preoccupazione (un sintomo cognitivo) è una caratteristica essenziale del disturbo d'ansia generalizzato (si veda la **Figura 4.2**), non sorprende che i teorici cognitivi abbiano approfondito particolarmente le cause e le modalità di trattamento di questo particolare disturbo (Ritter et al., 2010; Holaway et al., 2006).

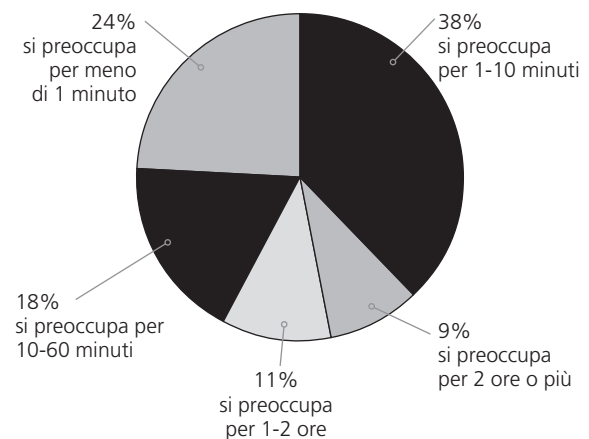
Presupposti maladattivi

Un tempo, i teorici cognitivi ipotizzavano che il disturbo d'ansia generalizzato fosse causato fondamentalmente da *presupposti maladattivi*, una nozione tuttora molto diffusa. Albert Ellis sosteneva ad esempio che molte persone sono guidate da convinzioni irrazionali che le portano ad agire e a reagire in maniera inadeguata (Ellis, 2008, 2002, 1962). Ellis definiva tali convinzioni **credenze irrazionali di fondo** e affermava che coloro che soffrono di disturbo d'ansia generalizzato condividono in generale le seguenti idee:

«L'essere umano adulto ha estremo bisogno di essere amato o approvato da praticamente ogni altra persona significativa all'interno della sua comunità».

Figura 4.2 Quanto tempo durano le tue preoccupazioni?

In un'indagine, il 62% degli studenti universitari ha detto che di essere preoccupato per qualcosa meno di 10 minuti alla volta. Viceversa, il 20% si preoccupa per più di un'ora.



Adattato da Tallis et al., 1994.

«È orribile e catastrofico quando le cose non vanno come uno vorrebbe tanto che andassero».

«Se c'è qualcosa di pericoloso o spaventoso, o potrebbe esserci, è necessario essere terribilmente preoccupati e occorre continuare a soffermarsi sull'eventualità che questo accada».

«Se ci si vuole considerare delle persone degne, occorre essere assolutamente competenti, adeguati e di successo sotto ogni possibile punto di vista» (Ellis, 1962).

Quando le persone che hanno queste convinzioni si trovano a fronteggiare un evento stressante, come un esame o un appuntamento al buio, tendono a interpretarlo come una minaccia, ad avere reazioni eccessive e a provare paura. Continuando ad applicare sempre più queste convinzioni agli eventi, possono cominciare a sviluppare un disturbo d'ansia generalizzato (Warren, 1997).

Analogamente, il teorico cognitivo Aaron Beck ipotizzava che le persone con disturbo d'ansia generalizzato nutrono costantemente convinzioni inesprese del tipo «Di una situazione, o di una persona, non c'è da fidarsi finché non è sicuro che ci si possa fidare», oppure «È sempre meglio pensare al peggio», che implicano l'esistenza di un pericolo imminente (Beck, Weishaar, 2008; Beck et al., 1985). Sin dai tempi delle prime ipotesi di Ellis e Beck, la ricerca ha più volte confermato che le persone con disturbo d'ansia generalizzato nutrono realmente convinzioni maladattive, in particolare riguardo alla pericolosità del mondo circostante (Riskind, Williams, 2005).

Spiegazioni cognitive recenti

Negli ultimi anni sono emerse tre nuove spiegazioni per il disturbo d'ansia generalizzato, dette anche *spiegazioni cognitive di terza generazione* (Ritter et al., 2010). Ognuna di esse si fonda sull'opera di Ellis e Beck e sull'importanza attribuita al senso di pericolo.

Secondo la *teoria metacognitiva*, sviluppata dal ricercatore Adrian Wells (2009, 2005), le persone con disturbo d'ansia generalizzato nutrono implicitamente convinzioni positive e negative allo stesso tempo sulla preoccupazione. Dal punto di vista positivo, sono convinte che preoccuparsi sia un modo utile di valutare e fronteggiare le minacce che si presentano nella vita. Ecco quindi che cercano e analizzano ogni possibile segnale di pericolo, e perciò si preoccupano costantemente.

Allo stesso tempo, sostiene Wells, le persone con disturbo d'ansia generalizzato hanno anche convinzioni negative sulla preoccupazione, e proprio questi atteggiamenti negativi aprono la via al disturbo. Poiché la società insegna loro che preoccuparsi è negativo, queste persone giungono a credere che il fatto di essere in costante apprensione sia dannoso (sia fisicamente che mentalmente) e incontrollabile. Ecco che si preoccupano ulte-

riormente del fatto che sembrano sempre preoccuparsi di qualcosa (hanno cioè delle *meta-preoccupazioni*) (si veda la **Tabella 4.3**). L'effetto netto di tutta questa preoccupazione è il disturbo d'ansia generalizzato.

Questa spiegazione ha trovato notevoli conferme nella ricerca. Gli studi indicano, per esempio, che gli individui i quali in genere nutrono convinzioni sia positive che negative riguardo al fatto di essere preoccupati tendono più di altri a sviluppare un disturbo d'ansia generalizzato (Khawaja, Chapman, 2007; Wells, 2005) e che la meta-preoccupazione continua sia un potente indizio di insorgenza del disturbo (Wells, Carter, 1999).

TRA LE RIGHE

Deliziose paure

Molte persone adorano la sensazione della paura purché si manifesti in situazioni controllate, come quella provata guardando in piena sicurezza la tensione crescente nella fortunatissima serie di film *The Grudge 1, 2 e 3*. Questi film, remake americani del film giapponese *Ju-on*, hanno realizzato oltre 200 milioni di dollari di incassi in tutto il mondo.

Secondo un'altra spiegazione recente per il disturbo d'ansia generalizzato, la *teoria dell'intolleranza all'incertezza*, alcuni individui sono convinti che qualunque possibilità che un evento negativo possa verificarsi, anche se minima, significa che quell'evento probabilmente accadrà. Data tale intolleranza all'incertezza, queste persone tendono a preoccuparsi oltremodo e sono inoltre più portate a sviluppare un disturbo d'ansia generalizzato (Dugas et al., 2004). Provate a pensare a quando dovette incontrare qualcuno che vi piace e come vi sentite prima di inviare un SMS a questa persona, o di chiamarla per la prima volta; o a come vi sentite nell'attesa che sia quella persona a contattarvi per la prima volta. L'ansia che provate in quelle occasioni, quel senso di incertezza, a momenti intollerabile, è in base a questa teoria

Tabella 4.3 Preoccuparsi di preoccuparsi: item per il questionario sulla meta-preoccupazione.

Sto diventando pazzo per la preoccupazione.
Sarò sempre più preoccupato e non starò più bene.
Mi ammalero per la preoccupazione.
Non è normale il mio essere sempre preoccupato.
La mia mente non riesce a gestire la preoccupazione.
Nella vita vengo danneggiato a causa della preoccupazione.
Il mio fisico non riesce a gestire la preoccupazione.

Fonte: Wells, 2005.

PAURE: le probabilità di solito sono dalla nostra parte

Le persone con disturbo d'ansia generalizzato hanno numerose paure irrazionali, ma ci sono milioni di persone che si preoccupano ogni giorno di possibili disastri. La maggior parte delle catastrofi più temute non sono probabili. Forse la capacità di vivere secondo le leggi della *probabilità* e non di quelle della *possibilità* è ciò che distingue gli intrepidi dai paurosi. Quali sono dunque le probabilità che gli eventi più temuti possano accadere veramente? La gamma è ampia, ma le probabilità sono in genere fortemente a nostro favore.

Essere vittima di un crimine violento abitando in città	1 su 60
Essere vittima di un crimine violento abitando in periferia	1 su 1000
Essere vittima di un crimine violento abitando in un piccolo centro	1 su 2000
Probabilità che un bambino cada dal seggiolone entro l'anno	1 su 6000
Probabilità di subire un controllo fiscale entro l'anno (USA)	1 su 100
Probabilità di essere assassinati entro l'anno	1 su 12000
Probabilità di morire in un incidente la prossima volta che sali su un pullman	1 su 500 milioni
Probabilità di essere colpiti da una palla da baseball durante una partita di campionato (USA)	1 su 300.000
Probabilità di morire annegati nella vasca da bagno entro l'anno	1 su 685.000
Probabilità che la tua casa vada a fuoco entro l'anno	1 su 200
Probabilità di trovare un uovo rotto in una confezione integra	1 su 10
Probabilità di avere una carie	1 su 6
Probabilità di contrarre l'AIDS in seguito a una trasfusione di sangue	1 su 100.000
Probabilità di morire in uno tsunami	1 su 500.000
Essere attaccati da uno squalo	1 su 4 milioni
Ammalarsi di cancro entro l'anno	1 su 8000
Per una donna, ammalarsi di cancro al seno nel corso della vita	1 su 9
Per un pianista, soffrire di lombalgia a fine carriera	1 su 3
Avere un incidente stradale mortale nel prossimo viaggio in macchina	1 su 4 milioni
Probabilità che il preservativo non riesca a impedire una gravidanza	1 su 10
Probabilità che la spirale contraccettiva non riesca a impedire una gravidanza	1 su 10
Probabilità che il coito interrotto non riesca a impedire una gravidanza	1 su 5
Morire a causa di una collisione tra un asteroide e la Terra	1 su 500.000
Morire folgorati da un fulmine	1 su 84.000

(Adattato da Britt, 2005)

ciò che sentono costantemente le persone con un disturbo d'ansia generalizzato.

In base a questa teoria, le persone con disturbo d'ansia generalizzato continuano a preoccuparsi nello sforzo di trovare soluzioni «adeguate» per i loro problemi e per fare sì che le situazioni in cui si trovano a vivere siano prive di incertezze. Tuttavia, non potendo mai essere davvero sicure che una certa soluzione sia quella corretta, restano sempre alle prese con livelli di incertezza intollerabili, che scatenano nuove preoccupazioni e nuovi tentativi di trovare soluzioni adeguate. Come nel caso della teoria della preoccupazione meta-cognitiva, anche questa ipotesi trova conferma nella ricerca. Dagli studi è emerso che ad esempio le persone con disturbo d'ansia generalizzato hanno livelli di intolleranza all'incertezza maggiori rispetto alle persone con livelli normali di ansia (Dugas et al., 2009, 2005, 2002).

C'è poi una terza spiegazione per il disturbo d'ansia

generalizzato, la *teoria dell'evitamento*, sviluppata dal ricercatore Thomas Borkovec, secondo il quale chi soffre di questo disturbo manifesta uno stato di attivazione fisica maggiore rispetto alle altre persone (battito cardiaco accelerato, maggiore traspirazione e frequenza respiratoria); la preoccupazione avrebbe effettivamente lo scopo di *ridurre* lo stato di attivazione, forse perché distrae i soggetti dalle sensazioni fisiche spiacevoli. In breve, la teoria dell'evitamento sostiene che le persone che soffrono di disturbo d'ansia generalizzato sono in uno stato di preoccupazione costante per ridurre o eliminare le sensazioni sgradevoli dell'attivazione a livello fisico. Quando per esempio sono a disagio in una situazione di lavoro o in una relazione sociale, scelgono implicitamente di intellettualizzare (ossia di preoccuparsi per) l'idea di perdere il lavoro o l'amicizia, anziché dover restare in uno stato di intensa attivazione negativa. La preoccupazione avrebbe quindi una funzione di co-

ping veloce, anche se sostanzialmente maladattivo, per uno stato fisico spiacevole.

Anche la spiegazione di Borkovec è stata suffragata da numerosi studi. Secondo le ricerche, chi è affetto da disturbo d'ansia generalizzato ha delle reazioni fisiche particolarmente rapide e intense, si sente sopraffatto da tali sensazioni sgradevoli, si preoccupa più della media di avere tali reazioni e verifica che esse in effetti si riducono ogni volta che si preoccupa (Mennin et al., 2005, 2004, 2002; Roemer et al., 2005; Turk et al., 2005).

Terapie cognitive

Per il disturbo d'ansia generalizzato si utilizzano due tipi di approccio cognitivo. Nel primo, basato sulle idee pionieristiche di Ellis e Beck, il terapeuta insegna al paziente a modificare le convinzioni maladattive che caratterizzano il suo disturbo. Nell'altro, il terapeuta di orientamento cognitivo di terza generazione aiuta il paziente a comprendere il ruolo particolare che ha la preoccupazione nel disturbo e a modificare il suo modo di considerare la preoccupazione stessa e le sue reazioni al riguardo.

Modificare le convinzioni maladattive. Nella tecnica di Ellis, la **terapia razionale-emotiva**, il terapeuta individua le convinzioni irrazionali nutrite dal paziente, suggerisce considerazioni più appropriate e assegna degli esercizi che danno modo al soggetto di esercitarsi a confutare le vecchie convinzioni e ad applicarne di nuove (Ellis, 2008, 2005, 2002). Secondo gli studi, questo e approcci cognitivi simili apportano solo un modesto miglioramento a chi soffre di ansia generalizzata (Ellis, 2008, 2005; Tafet et al., 2005). L'approccio di Ellis è illustrato nel dialogo riportato (**Caso 4.2**) con una paziente ansiosa che teme il fallimento e la disapprovazione sul lavoro, in particolare per una procedura di controllo messa a punto da lei per l'azienda in cui lavora.

Terapia razionale-emotiva: terapia cognitiva elaborata da Albert Ellis per aiutare i pazienti a identificare e a modificare le convinzioni e i pensieri irrazionali che contribuiscono a provocare i loro disturbi psicologici.

Concentrarsi sulla preoccupazione. In alternativa, alcuni terapeuti di orientamento cognitivo di terza generazione guidano specificamente i soggetti con disturbo d'ansia generalizzato a riconoscere e cambiare il loro uso disfunzionale della preoccupazione (Ritter et al., 2010; Beck, Weishaar, 2008). Si inizia spiegando al paziente il ruolo della preoccupazione nel disturbo e facendogli osservare la propria l'attivazione fisica e le proprie risposte cognitive in diverse situazioni della vita. Da parte sua, il paziente impara a notare cosa fa scattare in lui/lei la preoccupazione, i pregiudizi riguardo ad essa e gli sforzi malriusciti per controllare la propria vita attra-

CASO 4.2

Paziente: Sono talmente fuori di me in questi giorni che faccio fatica a concentrarmi su qualsiasi cosa per più di un paio di minuti. Continuo a ripensare a quella dannata procedura di controllo che ho creato e sulla quale loro hanno investito parecchio denaro, a se funzionerà come previsto o se sarà solo un enorme spreco di tempo e di soldi. [...]

Ellis: Il punto principale è che lei deve ammettere che sta dicendo a sé stessa qualcosa per cominciare a preoccuparsi, e deve iniziare a cercare, e intendo sul serio, il pensiero irrazionale con il quale continua a tentare di autoconvincersi. [...] L'affermazione sbagliata è: «Se i miei colleghi mi volteranno le spalle o non approveranno quello che ho fatto, perché la procedura di controllo non funziona e io non opero in modo efficiente sul lavoro, allora io non valgo niente.» [...]

Paziente: Ma, se io voglio fare quello che anche l'azienda vuole che io faccia, e per loro sono una persona inutile, non sono inutile anche per me stessa?

Ellis: No, a meno che non lo pensi anche lei. Naturalmente lei è frustrata, se vuole mettere a punto una procedura di controllo valida e non ci riesce. Ma è necessario anche essere disperatamente infelice perché è frustrata? Ed è necessario che si consideri del tutto indegna perché non riesce a fare una delle cose principali che vuole fare nella vita? (Ellis, 1962, pp. 160-165)

verso la preoccupazione. Man mano che la comprensione di questi meccanismi si fa più approfondita, il paziente dovrebbe cominciare a vedere il mondo come meno minaccioso (e causa di minore attivazione fisica), a sperimentare modi più costruttivi di gestire l'attivazione e a preoccuparsi di meno del fatto che si preoccupa. Dalle ricerche inizia a emergere l'indicazione che concentrarsi in particolare sulla preoccupazione si conferma un'utile aggiunta al trattamento cognitivo tradizionale del disturbo d'ansia generalizzato (Ritter et al., 2010; Waters, Craske, 2005).

Il trattamento dei soggetti con disturbo d'ansia generalizzato aiutandoli a riconoscere la loro tendenza alla preoccupazione è simile a un nuovo approccio cognitivo che si è affermato negli ultimi anni. La terapia cognitiva basata sulla *pratica della consapevolezza* (o *mindfulness-based cognitive therapy*) è stata sviluppata dallo psicologo Steven Hayes come parte di un approccio più ampio, detto *terapia dell'accettazione e impegno ad agire*, o ACT (*acceptance and commitment therapy*) (S. C. Hayes et al., 2004; S. C. Hayes, 2004, 2002). Il terapeuta di questo orientamento aiuta il paziente a porsi in relazione con i propri pensieri, comprese le preoccupazioni, così come essi si presentano, e ad *accettare* tali pensieri

come semplici attività della mente. Accettando i propri pensieri anziché cercare di eliminarli, il paziente dovrebbe imparare a esserne meno turbato e influenzato. La terapia basata sulla pratica della consapevolezza è stata applicata inoltre a una discreta gamma di altri problemi psicologici (depressione, disturbo post-traumatico da stress, disturbi di personalità e abuso di sostanze) con risultati spesso incoraggianti (Blackledge et al., 2009; S. C. Hayes et al., 2004).

TRA LE RIGHE

I thriller campioni di incassi degli anni Duemila

The Grudge

Saw 2 – La soluzione dell'enigma

The Others

The Mummy Returns – La mummia – Il ritorno

Jurassic Park III

Signs

The Ring

Alien vs. Predator

The Texas Chainsaw Massacre – Non aprite quella porta

Freddy vs. Jason

4.1.5 Prospettiva biologica

I circuiti neuronali coinvolti nell'attivazione ansiosa sono da imputarsi all'amigdala e all'ippocampo (Rosen, Schulkin, 1998). L'amigdala è coinvolta nel funzionamento emotivo in entrata, l'ipotalamo è coinvolto nella risposta comportamentale che avviene in base alla valutazione emotiva dello stimolo. L'attivazione ansiosa abbraccia quindi due aspetti fondamentali: il vissuto soggettivo (aspetto psicologico) e l'attivazione corporea (aspetto fisiologico).

I teorici di orientamento biologico ritengono che il disturbo d'ansia generalizzato sia causato soprattutto da fattori biologici. Questa teoria è stata suffragata per anni dagli **studi del pedigree familiare**, attraverso il quale i ricercatori scoprono quanti e quali familiari di una persona affetta da disturbo d'ansia hanno lo stesso disturbo. Se le tendenze biologiche al disturbo d'ansia generalizzato sono ereditarie, chi ha legami biologici dovrebbe avere probabilità simili di sviluppare tale problema. In effetti, dagli studi condotti al riguardo è emerso che i parenti biologici di persone con disturbo d'ansia generalizzato hanno maggiori probabilità rispetto ai non parenti di avere anch'essi lo stesso disturbo (Wetherell et al., 2006; Hettema et al., 2005, 2003). Circa il 15% dei parenti di chi è affetto dal disturbo ne soffre a sua volta, in misura molto superiore rispetto al tasso di prevalenza riscontrato nella popolazione in generale. Più è stretto il

legame di parentela (un gemello identico, per esempio), maggiore è la probabilità che anche l'altra persona abbia lo stesso disturbo (APA, 2000).

Spiegazioni biologiche: inattività del GABA

Negli ultimi decenni alcune importanti scoperte della ricerca sull'encefalo hanno evidenziato piuttosto chiaramente che il disturbo d'ansia generalizzato è legato a fattori biologici. Una delle prime scoperte in questo senso risale agli anni Cinquanta dello scorso secolo, quando i ricercatori accertarono che le **benzodiazepine**, la famiglia di farmaci a cui appartengono l'*alprazolam* (Xanax), il *lorazepam* (Tavor) e il *diazepam* (Valium), alleviano la sensazione d'ansia. All'inizio nessuno capiva perché le benzodiazepine avessero questo effetto. Col tempo, invece, l'applicazione delle tecniche radioattive ha consentito ai ricercatori di identificare i punti esatti dell'encefalo sui quali agiscono questi farmaci (Mohler, Okada, 1977): sembra che alcuni neuroni possiedano recettori per le benzodiazepine, proprio come una serratura riceve una chiave.

Poco dopo si è scoperto che i recettori per le benzodiazepine ricevono normalmente **acido gamma-aminobutirrico (GABA)**, un neurotrasmettitore rilasciato da neuroni cerebrali. Come abbiamo visto nel Capitolo 2, i neurotrasmettitori sono sostanze chimiche che trasportano messaggi da un neurone all'altro. Il GABA trasporta messaggi *inibitori*: quando viene ricevuto da un recettore, blocca l'attività di rilascio del neurone.

Studio del pedigree familiare: tipo di ricerca in cui gli studiosi stabiliscono quanti e quali familiari di una persona con un disturbo psicologico hanno lo stesso problema.

Benzodiazepine: il gruppo più comune di farmaci ansiolitici, tra cui il Valium e lo Xanax.

GABA: acido gamma-aminobutirrico, un neurotrasmettitore il cui malfunzionamento è stato collegato al disturbo d'ansia generalizzato.

Sulla base di queste scoperte, i ricercatori di orientamento biologico hanno infine ricostruito diversi scenari possibili per il manifestarsi delle reazioni di paura. Per uno di questi si è partiti dalla nozione che nelle normali reazioni di paura, i neuroni chiave si attivano più rapidamente in tutto il cervello, causando quindi l'attivazione di altri neuroni e producendo così uno stato generale di eccitabilità a livello cerebrale e fisico. La traspirazione, la frequenza respiratoria e la tensione muscolare aumentano. Tale stato viene percepito come paura o ansia. La continua attività dei neuroni innesca alla fine un sistema di feedback, ossia attività cerebrale e fisica che riducono il livello di eccitabilità. Alcuni neuroni presenti in diverse aree cerebrali rilasciano il neurotrasmettitore GABA, il quale si lega ai recettori specifici su altri neuroni e tra-

smette a questi un messaggio inibitorio che impedisce la generazione di nuovi impulsi. Lo stato di eccitabilità cessa e la percezione di paura o ansia si attenua (Ator, 2005; E. Costa, 1985, 1983).

Alcuni ricercatori hanno concluso che un malfunzionamento in questo sistema di feedback può fare sì che la paura o l'ansia non vengano controllate (Roy-Byrne, 2005). Quando infatti essi hanno ridotto in alcune cavie la capacità del GABA di legarsi ai recettori specifici, hanno scoperto che gli animali reagivano con un aumento dell'ansia (E. Costa, 1985; Mohler et al., 1981). In base a questa scoperta si è avanzata l'ipotesi che le persone con disturbo d'ansia generalizzato potrebbero avere un continuo problema nel sistema di feedback dell'ansia, forse perché hanno pochi recettori GABA, o forse i loro recettori GABA non catturano abbastanza rapidamente il neurotrasmettitore.

Questa spiegazione ha tuttora molti sostenitori, ma presenta altresì alcuni limiti. Per prima cosa, secondo le scoperte più recenti della biologia, anche altri neurotrasmettitori possono avere un ruolo importante nell'ansia e nel disturbo d'ansia generalizzato, agendo da soli o in sinergia con il GABA (Garrett, 2009; Burijon, 2007). Secondo, i teorici di orientamento biologico hanno il problema di stabilire una relazione causale. Le reazioni anomale del GABA nelle persone ansiose potrebbero essere il risultato e non la causa del loro disturbo. Si è ipotizzato che l'ansia persistente per molto tempo possa condurre a un peggioramento nei meccanismi di ricezione del GABA.

Trattamenti biologici

Il trattamento biologico principale per il disturbo d'ansia generalizzato è la *terapia farmacologica* (si veda la **Tabella 4.4**). Altri interventi di tipo biologico sono il *training autogeno* e il *biofeedback*.

Terapia farmacologica antiansia. Alla fine degli anni Cinquanta le benzodiazepine venivano definite **farmaci sedativo-ipnotici**, in grado di agire come tranquillanti a basse dosi e come sonniferi a dosi più alte. Questi nuovi ansiolitici sembravano dare minore assuefazione rispetto ai principi attivi usati in passato, come i *barbiturici*, e provocare minore affaticamento (Meyer, Quenzer, 2005). Iniziò così la loro rapida ascesa e fortuna, sia tra i medici che tra i pazienti.

Solo a distanza di anni gli studiosi hanno compreso fino in fondo le ragioni dell'efficacia delle benzodiazepine. Come abbiamo detto più sopra, i ricercatori hanno individuato alcune regioni del cervello i cui neuroni possiedono recettori per le benzodiazepine e hanno scoperto che questi stessi recettori ricevono normalmente il neurotrasmettitore GABA. Sembra che quando le benzodiazepine si legano a questi recettori, in particolare i *recettori GABA-A*, aumenti la capacità del GABA di legarsi

Tabella 4.4 Farmaci ansiolitici.

NOME GENERICO	NOME COMMERCIALE
Benzodiazepine	
Alprazolam	Xanax
Clorazepato	Transene
Clordiazepossido	Librium
Clonazepam	Rivotril
Diazepam	Valium
Estazolam	Esilgan
Alazepam	Paxipam
Lorazepam	Tavor
Midazolam	Ipnovel
Oxazepam	Serpax
Prazepam	Prazene
Temazepam	Restoril
Altri	
Buspirone	Buspar
Propranololo	Inderal
Atenololo	Tenormin

anche a questi e quindi la sua capacità di inibire l'attivazione neuronale e di ridurre l'ansia (Dawson et al., 2005).

Farmaci sedativo-ipnotici: farmaci che agiscono come tranquillanti a basse dosi e come sonniferi a dosi più alte.

Gli studi indicano che le benzodiazepine spesso danno un sollievo temporaneo alle persone che soffrono di disturbo d'ansia generalizzato (Burijon, 2007). I clinici oggi però conoscono anche la potenziale pericolosità di questi farmaci. Prima di tutto, quando la terapia viene interrotta spesso i livelli di ansia ritornano al punto di partenza. Secondo, oggi è noto che le persone che assumono benzodiazepine ad alte dosi per un lungo periodo di tempo possono sviluppare una dipendenza fisica dai farmaci. Terzo, questi farmaci hanno numerosi effetti collaterali spiacevoli come sonnolenza, mancanza di coordinazione, perdita di memoria, depressione e comportamento aggressivo. Infine, tali farmaci reagiscono negativamente con alcuni altri farmaci o sostanze come l'alcol.

Negli ultimi decenni sono stati introdotti altri tipi di farmaci per il trattamento del disturbo d'ansia generalizzato (Julien, 2008). Si è scoperto, in particolare, che numerosi farmaci *antidepressivi*, utilizzati per migliorare

l'umore delle persone depresse, in molti casi sono utili anche per l'ansia. Oggi infatti diversi clinici tendono a prescrivere antidepressivi per trattare anche il disturbo d'ansia generalizzato, più delle benzodiazepine che potenziano l'attività del GABA (Buriñon, 2007; Liebowitz et al., 2005).

Training autogeno. Una tecnica biologica non chimica comunemente usata per il trattamento del disturbo d'ansia generalizzato è il **training autogeno**. La nozione che sta alla base di questo approccio è che il rilassamento fisico conduca a uno stato di rilassamento psicologico. In una versione di questa tecnica, sotto la guida del terapeuta il paziente impara a identificare diversi gruppi muscolari, a metterli in tensione, a rilassarli e alla fine a rilassare l'intero corpo. Con l'esercizio assiduo e continuato nel tempo, si riesce a indurre volontariamente uno stato di profondo rilassamento muscolare, riducendo il livello di ansia.

Training autogeno: procedura terapeutica che insegna ai soggetti a rilassarsi volontariamente, in modo da riuscire a calmarsi in situazioni di stress.

Biofeedback: tecnica in cui a un soggetto vengono date informazioni sulle reazioni psicologiche nel momento in cui si verificano, in modo che impari a controllare volontariamente le proprie reazioni.

Elettromiografia (EMG): dispositivo che produce un feedback sul livello di tensione muscolare a livello fisico.

La ricerca indica che il training autogeno ha una buona efficacia rispetto a nessun trattamento o a una terapia con placebo nel caso di disturbo d'ansia generalizzato. Il miglioramento prodotto tende tuttavia a essere modesto (Leahy, 2004) e con un'efficacia pari a quella di altre tecniche di rilassamento note, come la *meditazione* (Bourne et al., 2004). Il training autogeno si rivela particolarmente utile per il disturbo d'ansia in abbinamento con la terapia cognitiva o il biofeedback (Lang, 2004).

Biofeedback. Nel **biofeedback** il terapeuta utilizza i segnali elettrici di certe funzioni corporee, captati con elettrodi, per guidare il paziente a controllare volontariamente le funzioni monitorate, come la frequenza cardiaca o la tensione muscolare. Il paziente è collegato a un monitor che controlla le sue funzioni fisiologiche. Servendosi come guida dei segnali captati dal monitor, egli può imparare gradualmente a controllare anche processi fisiologici apparentemente involontari.

Il metodo di biofeedback più utilizzato per il trattamento dell'ansia prevede l'uso di un **elettromiografo (EMG)**, che rileva il livello di tensione muscolare. Al soggetto vengono applicati alcuni elettrodi, in genere

sulla fronte, dove viene captata la debole attività elettrica che si accompagna alla tensione muscolare.

Il dispositivo converte quindi potenziali elettrici provenienti dai muscoli in immagini, come linee su uno schermo, o in un suono che cambia di tonalità quando rileva cambiamenti nella tensione muscolare. Il paziente può quindi «vedere» o «sentire» quando i muscoli sono in tensione. Attraverso prove ed errori ripetuti, i soggetti acquistano la capacità di allentare volontariamente la tensione muscolare e, in teoria, di ridurre la tensione e l'ansia nelle situazioni stressanti della vita quotidiana.

Secondo le ricerche, nella maggioranza dei casi il biofeedback EMG, come il training autogeno, ha solo un modesto effetto sul livello di ansia di una persona (Brambrink, 2004). Come vedremo nel capitolo seguente, il biofeedback si è dimostrato più utile in *abbinamento* ad altre terapie per alcuni problemi medici, come le cefalee e il mal di schiena (Astin, 2004; Engel et al., 2004).

Sintesi

Disturbo d'ansia generalizzato

Le persone che soffrono di disturbo d'ansia generalizzato provano eccessiva ansia e preoccupazione riguardo a una vasta gamma di eventi e situazioni. La maggior parte delle spiegazioni e dei trattamenti ha ricevuto dalla ricerca solo conferme limitate, sebbene gli approcci cognitivi e biologici più recenti appaiano promettenti.

In base alla visione socioculturale, i pericoli insiti nella società, i problemi economici e le pressioni di tipo razziale e culturale connesse, creano un clima inquietante in cui possono facilmente svilupparsi disturbi d'ansia generalizzati.

Nella spiegazione psicodinamica originale, Freud affermò che il disturbo può manifestarsi quando l'ansia è eccessiva e i meccanismi di difesa insufficienti. I terapeuti di orientamento psicodinamico usano la libera associazione, l'interpretazione e tecniche psicodinamiche correlate per aiutare le persone a superare questo problema.

Il pensiero psicanalitico originariamente ha concettualizzato l'ansia sia come una manifestazione sintomatica di un conflitto nevrotico, sia come una risposta adattativa a fronte di un conflitto da allontanare dalla coscienza. I contributi più recenti hanno riconosciuto nella paura di perdere l'oggetto amato e il suo amore, di separarsi da esso e nei conseguenti vissuti di solitudine, il nucleo centrale che origina sensazioni d'ansia.

Carl Rogers, il principale teorico umanistico, affermava che le persone con disturbo d'ansia generalizzato non hanno ricevuto nell'infanzia una considerazione positiva e incondizionata dalle persone significative della loro vita e sono così diventate ipercritiche nei

confronti di sé stesse. Per il trattamento di queste persone mise a punto la terapia centrata sul paziente.

I teorici di orientamento cognitivo ritengono che il disturbo d'ansia generalizzato sia causato da convinzioni maladattive che portano le persone a considerare pericolose la maggior parte delle situazioni che si trovano ad affrontare nella vita. Molti teorici cognitivi sostengono inoltre che le convinzioni implicite sull'effetto e il valore della preoccupazione favoriscano ulteriormente questo disturbo. La terapia cognitiva aiuta il paziente a modificare questi pensieri e a trovare modalità di coping più efficaci nelle situazioni stressanti.

Secondo i teorici di orientamento biologico, il disturbo d'ansia generalizzato deriva da una bassa attività del neurotrasmettitore GABA. Delle normali terapie biologiche fanno parte i farmaci ansiolitici, in particolare le benzodiazepine, e alcuni farmaci antidepressivi. In molti casi si ricorre anche al training autogeno e al biofeedback.

4.2 FOBIE

Una **fobia** (dal greco «paura») è la paura persistente e irrazionale di un oggetto, di un'attività o di una situazione particolare. Le persone che soffrono di fobie provano paura anche solo pensando all'oggetto o alla situazione temuti, ma restano in genere tranquille se evitano qualunque contatto o pensiero riguardo a essi.

Tutti abbiamo le nostre paure specifiche ed è normale che alcune cose ci facciano agitare più di altre. In che senso queste paure comuni sono diverse dalle fobie? Il DSM-IV-TR afferma che una fobia è più intensa e persistente della paura e che c'è un maggiore desiderio di evitare l'oggetto o la situazione (APA, 2000). Le persone con fobie spesso sono angosciate all'idea che le loro paure possano interferire seriamente con le loro vite.

Fobia: paura persistente e irrazionale di un oggetto, di un'attività o di una situazione particolare.

Fobia specifica: paura intensa e persistente di un oggetto o di una situazione specifica (diversa dall'agorafobia e dalla fobia sociale).

La maggior parte delle fobie rientrano tecnicamente nella categoria delle *fobie specifiche*, come definisce il DSM-IV-TR una paura intensa e persistente di un oggetto o situazione specifici. Vi sono inoltre due tipologie più ampie di fobie: la *fobia sociale*, il timore di situazioni nelle quali si è esposti al possibile giudizio degli altri e si teme di essere messi in imbarazzo, e l'*agorafobia*, il timore di avventurarsi in spazi pubblici, specie in solitudine. Poiché l'agorafobia è generalmente, in

Tabella 4.5 Fobia specifica.

DSM Checklist

- Paura intensa e persistente di un oggetto o situazione specifici, eccessiva e irragionevole, che perdura da almeno sei mesi.
- Ansia immediata prodotta in genere dalla vicinanza dell'oggetto.
- Consapevolezza che la propria paura è eccessiva o irrazionale.
- Evitamento della situazione temuta.
- Angoscia o problemi significativi.

Tratto da APA, 2000.

pratica sempre, associata agli *attacchi di panico*, attacchi di terrore imprevedibili, torneremo su questa fobia specifica più avanti, nel corso della disamina dei disturbi da panico.

4.2.1 Fobie specifiche

Una **fobia specifica** è la paura persistente di un oggetto o di una situazione particolari (si veda la **Tabella 4.5**). Quando le persone con una fobia si trovano a contatto con l'oggetto o la situazione temuti, vengono assalite da una paura immediata. Fobie specifiche comuni sono la paura intensa nei confronti di animali o insetti, luoghi elevati, spazi chiusi, temporali e sangue. Riportiamo nel **Caso 4.3** la descrizione della paura fobica dell'aereo da parte di Andrew.

Ogni anno, quasi il 9% della popolazione degli Stati Uniti manifesta i sintomi di una fobia specifica (Kessler et al., 2009, 2005). Oltre il 12% degli individui sviluppa una fobia di questo tipo nel corso della vita e molte persone ne hanno più di una. Il disturbo colpisce le donne in misura doppia rispetto agli uomini. Per ragioni non chiare, la prevalenza delle fobie specifiche è diversa nelle minoranze razziali ed etniche. In alcuni studi, gli afroa-

CASO 4.3

Siamo saliti a bordo e poi c'è stato il decollo. Man mano che l'aereo acquistava velocità è tornata quella sensazione orribile. Mi sentivo serpeggiare sotto pelle quella ben nota sensazione di panico. Continuavo a vedere tutti gli altri, me compreso, come fantocci legati ai loro sedili con le cinture senza alcun controllo sul loro destino. Ogni volta che c'era una variazione di velocità o di rotta, il cuore mi balzava in gola e chiedevo immediatamente cosa stesse succedendo. Quando l'aereo iniziò a scendere di quota sono stato assalito dal terrore che ci saremmo schiantati al suolo (Melville, 1978, p. 59).

americani e gli ispanoamericani riferiscono di avere fobie specifiche in percentuale del 50% superiore rispetto agli americani bianchi, anche a parità di fattori economici, livello culturale ed età all'interno dei vari gruppi (Hopko et al., 2008; Breslau et al., 2006). È degno di nota, tuttavia, che questi tassi superiori si applicano solo a persone di origine africana o ispanica nate negli Stati Uniti, non a coloro che sono emigrati successivamente negli Stati Uniti (Hopko et al., 2008).

L'impatto di una fobia specifica sulla vita di una persona dipende da ciò che scatena la paura (Scher et al., 2006). Coloro che temono i cani, gli insetti o l'acqua continueranno a incontrare gli oggetti che temono, dunque i loro sforzi per evitarli devono essere molto elaborati e possono limitare fortemente le loro attività. Una persona che abita in città e ha paura dei serpenti avrà una vita molto più facile. La stragrande maggioranza di chi soffre di una fobia specifica non si rivolge al medico, ma si limita a cercare di evitare l'oggetto che scatena la paura (Roth, Fonagy, 2005).

4.2.2 Fobie sociali

Molte persone sono preoccupate all'idea di interagire con gli altri, di parlare o di esibirsi di fronte a loro. Sono molti i cantanti e attori professionisti, da Barbra Streisand a Laurence Olivier, che hanno descritto la sensazione d'ansia che li coglie prima di salire sul palcoscenico. I timori sociali di questo tipo sono spiacevoli e fastidiosi, ma in genere chi sa di averne riesce a funzionare adeguatamente, alcuni anche molto bene.

TRA LE RIGHE

Cinema e fobie

Il numero 23	(<i>Number 23</i>)
Pipistrelli	(<i>Batmanbegins</i>)
Serpenti	(<i>I predatori dell'arca perduta</i>)
Malattie	(<i>Hannah e le sue sorelle</i>)
Il mondo esterno	(<i>Copycat: omicidi in serie</i>)
Situazioni sociali	(<i>Io e Annie</i>)
Viaggiare in aereo	(<i>Rain Man – L'uomo della pioggia</i>)
Altezza	(<i>La donna che visse due volte</i>)
Il colore rosso	(<i>Marnie</i>)
Gli spazi chiusi	(<i>Omicidio a luci rosse</i>)
Ragni	(<i>Aracnofobia</i>)

Le persone che soffrono di **fobia sociale**, invece, provano una paura persistente e irrazionale delle situazioni in cui sono esposte a un possibile giudizio da parte degli altri e temono di essere messe in imbarazzo (si veda la **Tabella 4.6**). Si distingue tra fobia sociale *circoscritta*, come la paura di parlare o scrivere di fronte agli altri, oppure *generalizzata*, ossia la paura generica di fare o dire qualcosa di sbagliato o imbarazzante. In entrambe le forme, le persone hanno la sensazione di comportarsi

Tabella 4.6 Fobia sociale.

DSM Checklist

- Paura intensa e persistente di situazioni sociali o di fare qualcosa in pubblico, in cui l'individuo è esposto a un possibile giudizio da parte degli altri o si trova di fronte a estranei, che perdura da almeno sei mesi. Paura di poter agire in modo imbarazzante o umiliante.
- Ansia prodotta in genere dall'esposizione a situazioni sociali.
- Consapevolezza che la propria paura è eccessiva o irrazionale.
- Evitamento della situazione temuta.
- Angoscia o problemi significativi.

Tratto da APA, 2000.

in maniera meno adeguata di quanto facciano normalmente.

Fobia sociale: paura intensa e persistente di situazioni sociali in cui si è esposti a un possibile giudizio da parte degli altri e si teme di agire in modo tale da essere imbarazzati.

Una fobia sociale può interferire fortemente con la vita di chi ne è affetto (Koury, Rapaport, 2007). Una persona che non riesce a interagire con gli altri o a parlare in pubblico può avere grandi difficoltà anche nell'affrontare responsabilità importanti. Chi non riesce a mangiare in pubblico tende a rifiutare gli inviti a cena e altre occasioni di incontro sociale. Poiché la maggioranza di chi soffre di questa fobia tiene ben nascoste le proprie paure, la riluttanza sociale di queste persone viene spesso interpretata come snobismo, mancanza di interesse od ostilità.

Le indagini rivelano che il 7,1% della popolazione degli Stati Uniti e di altri paesi occidentali (in proporzione di circa tre donne ogni due uomini) soffre ogni anno di fobia sociale (si veda la **Tabella 4.7**). Circa il 12% sviluppa questo problema in qualche periodo della vita (Ruscio et al., 2008). Spesso le fobie hanno inizio nella seconda infanzia o nell'adolescenza e possono persistere nell'età adulta (APA, 2000).

In numerosi studi sull'ansia sociale si sono riscontrati punteggi più alti per gli afroamericani e gli asiatici-americani rispetto agli americani bianchi (Schultz et al., 2008, 2006; Okazaki et al., 2002; APA, 2000). Inoltre, in alcuni paesi asiatici (Giappone, Corea) sembra essere particolarmente diffuso un disturbo su base culturale detto *taijnkkyofusho*. Tradizionalmente definito come la paura di mettere a disagio altre persone, molti clinici oggi sospettano che chi ne soffre tema soprattutto di essere

Tabella 4.7 Profilo dei disturbi d'ansia.

	Prevalenza a un anno	Rapporto femmine-maschi	Età di insorgenza tipica	Prevalenza tra familiari stretti	Percentuale di soggetti attualmente in terapia clinica
Disturbo d'ansia generalizzato	3,0%	2:1	0-20 anni	Elevata	25,5%
Fobie specifiche	8,7%	2:1	Variabile	Elevata	19,0%
Fobia sociale	7,1%	3:2	10-20 anni	Elevata	24,7%
Disturbo di panico	2,8%	5:2	15-35 anni	Elevata	34,7%
Disturbo ossessivo-compulsivo	1,0%	1:1	4-25 anni	Elevata	41,3%

Fonte: Ruscio et al., 2007; Kessler et al., 2005, 1999, 1994; Wang et al., 2005; Regier et al., 1993.

valutato in modo negativo dagli altri, riconducendolo così a una caratteristica essenziale della fobia sociale.

4.2.3 Da cosa sono causate le fobie?

Tutti i modelli offrono spiegazioni per le fobie. L'esperienza pratica tende a suffragare le spiegazioni comportamentali. I comportamentisti ritengono che le persone con fobie apprendano inizialmente a temere determinati oggetti, situazioni o eventi attraverso un condizionamento (Wolfe, 2005). Una volta acquisita la paura, l'individuo evita l'oggetto o la situazione temuti, facendo sì che la paura diventi sempre più interiorizzata.

Spiegazioni comportamentali: in che modo vengono apprese le paure?

I comportamentisti suggeriscono che il **condizionamento classico** sia un modo molto comune per acquisire reazioni fobiche. In tale processo due eventi che avvengono in momenti ravvicinati nel tempo diventano strettamente associati nella mente di una persona e, come abbiamo visto nel Capitolo 2, la persona allora reagisce in modo simile a entrambi gli eventi. Se uno degli eventi provoca una reazione di paura, può farlo anche il secondo.

Condizionamento classico: processo di apprendimento in cui due eventi che si verificano ripetutamente e vicini nel tempo diventano strettamente legati nella mente di una persona e producono così la medesima risposta.

Negli anni Venti del Novecento un medico descrisse il caso di una giovane donna che probabilmente acquisì la fobia dell'acqua corrente attraverso il condizionamento classico (Bagby, 1922). All'età di sette anni, durante un picnic con la mamma e la zia, dopo mangiato si allontanò nel bosco da sola. Mentre si stava arrampicando su alcune rocce, restò intrappolata con entrambi i piedi tra

due massi. Più cercava di liberarsi, più restava incastrata. Nessuno la sentì urlare e fu assalita dal terrore. Nel linguaggio dei comportamentisti, l'essere intrappolata suscitava una reazione di paura.

Essere intrappolata → Reazione di paura

Mentre si dibatteva per liberarsi, la bambina sentì il rumore di una cascata nei pressi delle rocce. Nella sua mente, lo scroscio dell'acqua corrente si collegò alla sua angosciata battaglia con le rocce, e sviluppò così anche la paura dell'acqua corrente.

Acqua corrente → Reazione di paura

Finalmente la zia trovò la bambina urlante, l'aiutò a liberarsi dalle rocce e la consolò, ma il danno psicologico era ormai fatto. Da quel giorno in avanti la bambina rimase terrorizzata dall'acqua corrente.

Per anni i familiari dovevano trattenerla a forza per poterle fare il bagno. Durante i viaggi in treno, era necessario tirare le tendine sui finestrini in modo che non vedesse corsi d'acqua. La giovane aveva con ogni probabilità acquisito una fobia attraverso il condizionamento classico.

Nei termini specifici, l'essere rimasta intrappolata era uno *stimolo incondizionato* (SI) che comprensibilmente aveva suscitato una *risposta incondizionata* (RI) o paura. L'acqua corrente rappresentava uno *stimolo condizionato* (SC), uno stimolo dapprima neutro che nella mente della bambina veniva associato con l'idea di essere intrappolata e suscitava anch'esso una reazione di paura. La paura acquisita per ultima era una *risposta condizionata* (RC).

SI: essere intrappolata → RI: paura
SC: acqua corrente → RC: paura

Una reazione di paura può essere acquisita anche tramite **modellamento**, ossia attraverso l'osservazione e l'imitazione (Bandura, Rosenthal, 1966). Un individuo può osservare che gli altri sono spaventati da determinati oggetti o eventi e sviluppano una paura analoga. Pensiamo a un ragazzino la cui madre abbia il terrore delle malattie, dei medici e degli ospedali. Se lei esprime sovente le sue paure, anche il figlio potrà sviluppare la paura delle malattie, dei medici e degli ospedali.

I comportamentisti ipotizzano inoltre che le specifiche paure apprese si trasformino in disturbo d'ansia generalizzato quando una persona ne ha acquisite diverse. Si presume che questa evoluzione avvenga tramite una **generalizzazione dello stimolo**: le reazioni a uno stimolo vengono suscitate anche da stimoli simili. La paura dell'acqua corrente acquisita dalla bambina sulle rocce avrebbe potuto estendersi a stimoli analoghi, come il latte versato in un bicchiere o persino una musica effervescente. Probabilmente la persona vive una serie di eventi angosciosi, ciascuno di essi produce uno o più stimoli temuti e le reazioni a ciascuno di questi stimoli si estende ad altri stimoli. Questa persona può allora accumulare diverse paure e sviluppare col tempo un disturbo d'ansia generalizzato.

Qual è il giudizio della ricerca sulle spiegazioni comportamentali?

Da alcuni studi di laboratorio è emerso che gli animali e gli esseri umani possono realmente imparare a temere determinati oggetti tramite il condizionamento classico (N. E. Miller, 1948; Mowrer, 1947, 1939). In uno studio divenuto famoso gli psicologi John B. Watson e Rosalie Rayner (1920) descrissero come avevano insegnato a un bambino di undici mesi, di nome Albert, a temere i topi bianchi. Per settimane ad Albert fu consentito di giocare con un topo bianco da laboratorio, cosa che sembrava piacergli molto. Una volta in cui Albert stava allungando una mano verso il topo, lo sperimentatore fece un forte rumore che spaventò il bambino, colpendo una sbarra d'acciaio alle sue spalle con un martello. Successivamente, ogni volta che Albert cercava di toccare il topo, lo sperimentatore faceva quel rumore. Albert acquisì quindi la paura e la reazione di evitamento nei confronti del topo.

TRA LE RIGHE

Scimmia vede, scimmia fa?

Una mamma scimpanzé interagisce con il figlio e modella dei comportamenti che lui possa imitare. Sebbene gli umani possano acquisire fobie sia attraverso il condizionamento classico che il modellamento, la ricerca indica che gli scimpanzé acquisiscono più facilmente tali paure (o altri tipi di comportamenti e reazioni) attraverso il modellamento.

La teoria comportamentale secondo la quale le paure possono essere acquisite tramite modellamento è stata confermata dalla ricerca. Gli psicologi Albert Bandura e Theodore Rosenthal (1966), per esempio, chiesero ai partecipanti alla loro ricerca di osservare una persona che sembrava essere colpita da una scossa elettrica ogni volta che suonava un segnale acustico. Questi era in realtà un complice dei ricercatori che fingeva di essere un soggetto dell'esperimento e iniziava a manifestare dolore facendo smorfie e gemiti ogni volta che sentiva il segnale acustico. Dopo che i partecipanti, del tutto ignari di questo, ebbero osservato più episodi di questo tipo, provavano anch'essi tensione e paura ogni volta che sentivano il segnale.

Le spiegazioni comportamentali delle fobie sono messe in discussione anche da altri studi (Ressler, Davis, 2003). Diverse indagini condotte in laboratorio su bambini e adulti non sono riuscite a condizionare le reazioni di paura. Inoltre, sebbene la maggior parte dei case study riconducano le fobie a episodi di condizionamento classico o di modellamento, in un buon numero di essi ciò non avviene. Dunque, sembra che una fobia *possa* essere acquisita attraverso il condizionamento classico o il modellamento, ma i ricercatori non hanno confermato che il disturbo venga *normalmente* acquisito in questo modo.

Una spiegazione comportamentale-evoluzionista

Certe fobie sono molto più comuni di altre. Le reazioni fobiche nei confronti degli animali, dell'altezza e del buio sono più diffuse delle reazioni fobiche alla carne, all'erba e alle case. Gli studiosi spesso spiegano queste differenze con l'ipotesi che la specie umana sia più incline a sviluppare alcune paure (Scher et al., 2006; Seligman, 1971). Si parla allora di **predisposizione** in quanto gli esseri umani sono teoricamente «predisposti» ad acquisire certe fobie e non altre. Un valido esempio è il **Caso 4.4**.

In una serie di studi sulla predisposizione, lo psicologo Arne Ohman e colleghi hanno condizionato diversi tipi di paure nei partecipanti (Lundqvist, Ohman, 2005;

CASO 4.4

Una bambina di quattro anni stava giocando al parco. Convinta di avere visto un serpente, è corsa alla macchina dei genitori e ci è saltata dentro, sbattendo forte la portiera per chiuderla e, purtroppo, chiudendosi una mano tra il montante e la portiera stessa. In seguito al doloroso incidente, la bambina è andata più volte dal medico. Prima poteva essere forse spaventata dai serpenti, ma non era fobica. Dopo l'incidente si è invece instaurata una fobia, non nei confronti delle automobili o delle portiere, ma dei serpenti. La fobia dei serpenti perdurava ancora nell'età adulta, quando si è rivolta a me per un consulto e una terapia (Marks, 1977, p. 192).

Modellamento: processo di apprendimento in cui una persona osserva e quindi imita gli altri. Indica anche un approccio terapeutico basato sullo stesso principio.

Generalizzazione dello stimolo: fenomeno in cui le reazioni a un determinato stimolo vengono prodotte anche da altri stimoli simili.

Predisposizione: tendenza a sviluppare determinate paure.

Ohman et al., 1975). In uno di questi, a tutti i partecipanti venivano mostrate diapositive con foto di volti, case, serpenti e ragni. A un gruppo veniva somministrata una scossa elettrica ogni volta che venivano proiettate le foto di volti e case, mentre all'altro gruppo veniva somministrata una scossa quando vedevano serpenti e ragni. I partecipanti erano più predisposti a temere serpenti e ragni? Usando le reazioni cutanee, o *reazioni galvaniche cutanee* (RGC), per misurare la paura, gli sperimentatori scoprirono che entrambi i gruppi avevano appreso la paura dei diversi oggetti dopo numerosi abbinamenti immagini/scossa. In seguito a una breve pausa in cui non veniva somministrata alcuna scossa, le persone che ave-

vano acquisito la paura di volti e case non manifestavano più marcate RGC in presenza di tali oggetti, mentre coloro che avevano imparato a temere serpenti e ragni continuavano per diverso tempo ad avere forti RGC in reazione alle immagini. Secondo le interpretazioni date, animali e insetti tendono più facilmente a diventare oggetto di fobia per gli esseri umani rispetto ai volti e agli edifici.

Da dove può derivare una predisposizione alla paura? Secondo alcuni studiosi, le predisposizioni vengono trasmesse geneticamente attraverso un processo evolutivistico. Tra i nostri antenati, coloro che imparavano più rapidamente a temere gli animali, l'oscurità, le altezze e simili avevano maggiori probabilità di sopravvivere abbastanza a lungo da riprodursi e trasmettere così le proprie inclinazioni a certe paure ai loro discendenti (Ohman, Mineka, 2003; Mineka, Ohman, 2002).

4.2.4 Come vengono trattate le fobie?

Dalle ricerche condotte al riguardo è emerso che il 19% degli individui con fobie specifiche e quasi il 25% di quanti soffrono di fobia sociale è attualmente in terapia (P. S. Wang et al., 2005). Ciascun modello teorico ha un suo approccio per il trattamento delle fobie, ma le più usa-

Approfondimento

FOBIE COMUNI E INSOLITE

Acqua – idrofobia
Alberi – dendrofobia
Altezze – acrofobia
Animali – zoofobia
Attraversare ponti – gefirofobia
Bambole – pediofobia
Barbe – pogonofobia
Buio – achluofobia, noctifobia
Cadaveri – necrofobia
Calore – termofobia
Cani – cinofobia
Carne – carnofobia
Cavalli – ippofobia
Chiese – eclesiofobia
Chirurgia – ergasiofobia
Demoni, diavolo – demonofobia
Denaro – chrometofobia
Denti – odontofobia
Dio – teofobia
Fantasmi – phasmofobia
Farmaci – farmacofobia
Feci – coprofobia
Ferite e traumi – traumatofobia
Ferrovie – siderodromofobia
Fiori – antofobia

Fiumi – potamofobia
Folla – oclofobia
Fuoco – pirofobia
Germi – spermofobia
Ghiaccio, gelo – criofobia
Gravidanza – maieusiofobia
Inondazioni – antlofobia
Insetti – entomofobia
Libri – bibliofobia
Macchine – meccanofobia
Matrimonio – gamofobia
Nebbia – homiclofobia
Neve – cionofobia
Notte – noctifobia
Occhi – omatofobia
Odori – osmofobia
Ombra – sciofobia
Omossessualità – omofobia
Paura del furto o dei ladri – harpaxofobia
Paura di aver paura – fobofobia
Paura di viaggiare – hodofobia
Paura di volare – aerofobia
Pellicce – dorafobia
Piacere – edonofobia

Pioggia – ombrofobia
Povertà – peniafobia
Pungiglioni – cnidofobia
Ragni – aracnofobia
Rapporti sessuali – coitofobia, cipridofobia
Rumore o parlare ad alta voce – fonofobia
Sangue – ematofobia
Satana – Satanofobia
Serpenti – ofidiofobia
Sole – eliofobia
Sonno – ipnofobia
Spazi chiusi – claustrofobia
Specchi – eisoptrofobia
Stranieri – xenofobia
Tombe – tafobia
Topi – musofobia
Veleno – toxifobia
Velocità – tacofobia
Vento – anemofobia
Vermi – elmintofobia
Vespe – sfecsofobia

(Van Wagner, 2007; Melville, 1978)

te sono le tecniche comportamentali, soprattutto nel caso di fobie specifiche. Gli studi hanno dimostrato che tali tecniche sono molto più efficaci e si dimostrano migliori di altri approcci nella maggior parte dei confronti diretti. Esamineremo per prime le tecniche comportamentali.

Trattamenti per le fobie specifiche

Le fobie specifiche sono state tra i primi disturbi d'ansia a essere trattati con successo nella pratica clinica. Gli approcci comportamentali più usati sono la *desensibilizzazione*, l'*esposizione* e il *modeling* o *modellamento*. Nel loro insieme, si parla di **trattamento di esposizione** perché gli individui che soffrono di fobie vengono esposti agli oggetti o alle situazioni temute.

TRA LE RIGHE

Recuperare il tempo perduto

Oggi molti parchi offrono programmi comportamentali per coloro che hanno il terrore delle montagne russe e delle attrazioni di nuovo tipo. Alla fine del «trattamento» alcuni riescono a salire sulle montagne russe e a divertirsi molto, altri invece possono approfittare solo della relativa tranquillità della ruota panoramica.

I soggetti trattati per mezzo della **desensibilizzazione sistematica**, tecnica sviluppata da Joseph Wolpe (1997, 1987, 1969), imparano a rilassarsi gradualmente ogni volta che sono messi di fronte agli oggetti o alle situazioni di cui hanno terrore. I terapeuti che utilizzano queste tecniche iniziano con un *training di rilassamento*, in cui i soggetti imparano a rilassare profondamente i muscoli con la volontà. I terapeuti guidano inoltre i soggetti nella creazione di una *gerarchia delle paure*, un elenco di oggetti o situazioni temute, dalle più lievi a quelle estremamente angosciose.

Trattamenti di esposizione: trattamenti comportamentali che prevedono l'esposizione del soggetto fobico all'oggetto o alla situazione temuti.

Desensibilizzazione sistematica: trattamento comportamentale che impiega tecniche di rilassamento e una gerarchia di elementi ansiogeni per guidare il soggetto fobico a reagire con calma di fronte agli oggetti o alle situazioni temuti.

Flooding: anche immersione, indica un trattamento delle fobie in cui il soggetto viene esposto ripetutamente e senza gradualità all'oggetto temuto, per fargli capire che esso è in realtà innocuo.

I soggetti imparano quindi ad associare il rilassamento con gli oggetti o le situazioni temute. Quando il paziente è completamente rilassato, il terapeuta lo pone di fronte all'evento che si trova nel punto più basso della sua gerarchia. Questo può avvenire con un confronto reale, un processo detto *desensibilizzazione in vivo*. Una

persona che ha il terrore delle altezze, per esempio, può salire su una sedia o su una scala a pioli. Oppure il confronto può essere immaginario, un processo detto *desensibilizzazione immaginaria*; in questo caso la persona immagina l'evento ansiogeno mentre il terapeuta lo descrive. Il paziente percorre via via l'intera lista, abbinando il proprio stato di rilassamento a ciascun elemento ansiogeno.

TRA LE RIGHE

Le paure delle persone famose

Napoleone Bonaparte	Gatti
Johnny Depp	Clown, ragni, fantasmi
Justin Timberlake	Serpenti
Elisabetta I	Rose
Billy Bob Thornton	Mobili antichi
Edgar Allan Poe	Spazi chiusi
Harry Houdini	Spazi chiusi
Adolf Hitler	Spazi chiusi
Nicole Kidman	Farfalle
Howard Hughes	Germi
Madonna	Tuoni
John Madden	Viaggi in aereo
Whoopi Goldberg	Viaggi in aereo
Aretha Franklin	Viaggi in aereo
Christina Ricci	Piante d'appartamento
Cher	Viaggi in aereo

(Szegedy-Maszak, 2005)

Poiché il primo elemento della lista è solo leggermente ansiogeno, in genere dopo pochissimo tempo la persona riesce a essere completamente rilassata in sua presenza. Sono necessarie diverse sedute per risalire la gerarchia delle paure, fino ad arrivare a superare quella che per loro è fonte di terrore.

Un altro trattamento comportamentale per le fobie specifiche è l'**immersione**, o **flooding**. I terapeuti che la applicano ritengono che il soggetto fobico cessi di temere le cose che gli fanno paura dopo ripetute esposizioni a esse e dopo essersi convinte che in realtà sono abbastanza innocue. I soggetti sono costretti ad affrontare oggetti o situazioni ansiogene senza prima essersi sottoposti a tecniche di rilassamento e senza alcuna gradualità. La procedura di immersione, come la desensibilizzazione, può avvenire in vivo o essere immaginaria.

Quando il terapeuta guida il soggetto a immaginare oggetti o situazioni ansiogene, spesso esagera la sua descrizione, in modo che il soggetto provi un intenso stato di allarme emotivo. Riportiamo il caso di una donna con la fobia dei serpenti, in cui il terapeuta la conduce a immaginare tra le altre la scena descritta nel **Caso 4.5**.

Nel *modeling*, o modellamento, è il terapeuta a confrontarsi con l'oggetto o la situazione ansiogena mentre

CASO 4.5

Chiuda di nuovo gli occhi. Immagini il serpente di fronte a lei. Adesso lei lo prende in mano. Allunga il braccio, lo solleva, se lo posa in grembo. Sente che si muove sulle sue gambe, ma lei lascia la mano su di esso e sente come si muove. Ne tasta il corpo con le dita e la mano. Non le piace, ma si costringe a farlo. Lo tiene saldamente con una mano. Lo stringe un po', ne sente la forza. Adesso il serpente comincia ad avvolgersi sulla sua mano. Lo lasci fare. Non muova la mano, lo lasci strisciare sulla sua pelle e avvolgersi sul suo polso (Hogan, 1968, p. 423).

è osservato dal soggetto fobico (Bandura, 2004, 1977, 1971; Bandura et al., 1977). Il terapeuta comportamentale agisce come un modello per dimostrare che la paura di quella persona è infondata. Dopo numerose sedute molti soggetti sono in grado di affrontare in piena calma gli oggetti o le situazioni ansiogene. In una versione particolare di modeling, detto *partecipante*, il soggetto viene attivamente incoraggiato a imitare ciò che sta facendo il terapeuta.

TRA LE RIGHE**Modeling partecipante**

Utilizzando la tecnica di esposizione del modeling partecipante, il terapeuta Pete Cohen tratta le persone con la fobia del serpenti, o *ofidiofobia*, maneggiando dapprima egli stesso un rettile e quindi incoraggiando i soggetti a fare altrettanto.

La ricerca clinica ha più volte confermato che ognuno di questi trattamenti di esposizione si rivela utile per le persone con fobie specifiche (Farmer, Chapman, 2008; Pull, 2005). La chiave del successo per tutte queste terapie sembra essere il contatto *effettivo* con l'oggetto o la situazione ansiogena. La desensibilizzazione in vivo è più efficace rispetto a quella immaginaria, l'esposizione in vivo più efficace di quella immaginaria e il modeling partecipante più utile della versione strettamente osservativa. Inoltre, oggi sono sempre di più i terapeuti che utilizzano la *realtà virtuale* (computer grafica in 3D che simula oggetti e situazioni del mondo reale) come utile mezzo di esposizione (Winerman, 2005).

Trattamenti per le fobie sociali

Solo negli ultimi anni i clinici sono riusciti a trattare con successo le fobie sociali (Rosenberg et al., 2010; Ruscio et al., 2008). Questo recente successo è in parte dovuto al diffuso riconoscimento del fatto che le fobie sociali hanno due caratteristiche distinte che s'innestano una sull'altra: (1) le persone con questo tipo di fobie possono avere dei timori sociali dai quali si sentono sopraffatte, e (2) possono non essere capaci di avviare una conversa-

zione, comunicare le proprie necessità e rispondere ai bisogni degli altri. Con questa nuova consapevolezza, oggi i clinici trattano le fobie sociali provando a ridurre l'ansia sociale, insegnando ai soggetti abilità specifiche per gestire le situazioni sociali o una combinazione dei due interventi.

TRA LE RIGHE**I limiti della parola**

Nel 2004 la scrittrice austriaca Elfriede Jelinek, premio Nobel per la letteratura, presenziò alla consegna del prestigioso titolo tenendo la sua lezione magistrale in videoconferenza. La scrittrice soffre di fobia sociale che le impedisce di partecipare personalmente alla cerimonia di Stoccolma.

Come si può ridurre l'ansia sociale? Diversamente dalle fobie specifiche, che in genere non rispondono ai farmaci psicotropi, l'ansia sociale spesso viene attenuata dalla terapia farmacologica (Julien, 2008). Sorprende in qualche modo che siano i *farmaci antidepressivi* a rivelarsi più utili per questo disturbo, spesso più delle benzodiazepine o di altri tipi di farmaci anti-ansia (Buriyon, 2007).

TRA LE RIGHE**Il giovane dottor Ellis**

All'inizio della sua carriera, per combattere la propria ansia sociale (e anche per testare le sue teorie), Albert Ellis sedette per un anno intero, giorno dopo giorno, su una panchina di Central Park, chiedendo a tutte le donne che gli passavano accanto di uscire con lui.

Esistono allo stesso tempo diversi tipi di psicoterapia che si sono rivelati efficaci al pari della terapia farmacologica nel ridurre l'ansia sociale; le persone trattate in questo modo sembrano meno inclini alle recidive rispetto ai soggetti trattati con i soli farmaci (Rodebaugh et al., 2004). Questi risultati suggeriscono che nel trattamento dell'ansia sociale andrebbe sempre incluso un approccio psicologico.

Tra questi vi è la *terapia di esposizione*, un intervento comportamentale molto efficace già visto per le fobie specifiche. Il terapeuta invita il soggetto con ansia sociale a esporsi alle situazioni sociali temute e a rimanervi finché le paure non si placano. In genere si tratta di un'esposizione graduale e spesso sono compresi esercizi da fare in autonomia nelle situazioni sociali ansiogene. Inoltre la terapia di gruppo costituisce uno sfondo ideale per i trattamenti di esposizione, consentendo alle persone di affrontare le situazioni sociali in un'atmosfera accogliente e di sostegno (McEvoy, 2007). In un gruppo, per esempio, un uomo che temeva gli tremassero le mani in presenza di altre persone doveva scrivere su una lava-

gna di fronte al gruppo e servire il tè agli altri membri del gruppo (Emmelkamp, 1982).

Anche le *terapie cognitive* sono ampiamente usate per il trattamento dell'ansia sociale, spesso in abbinamento alle tecniche comportamentali (Rosenberg et al., 2010; McEvoy, 2007). Nel dialogo riportato di seguito (**Caso 4.6**), Albert Ellis utilizza la terapia razionale-emotiva con un uomo che teme di essere ignorato e respinto se prende la parola durante un incontro con amici. La discussione era avvenuta dopo che l'uomo si era esercitato in autonomia a identificare le proprie aspettative sociali negative e a sforzarsi di dire la prima cosa che gli passasse per la mente nelle situazioni sociali, anche se poteva sembrargli stupido.

Addestramento alle abilità sociali: approccio terapeutico che insegna ad acquisire o a migliorare le proprie abilità sociali e la comunicazione assertiva attraverso il gioco di ruolo e la messa in pratica di comportamenti desiderabili.

Dagli studi condotti al riguardo è emerso che la terapia razionale-emotiva e altri approcci cognitivi sono realmente efficaci nel ridurre l'ansia sociale (Rosenberg et al., 2010; Hollon et al., 2006). I benefici in genere persistono per anni. D'altra parte, le ricerche indicano inoltre che se la terapia cognitiva si rivela spesso utile nel ridurre l'ansia sociale, non è altrettanto efficace nell'aiutare le persone ad acquisire le abilità necessarie per affrontare le situazioni sociali temute. In questo caso è necessaria anche un insegnamento delle abilità sociali.

Come possono essere migliorate le abilità sociali? Nell'**addestramento alle abilità sociali** il terapeuta usa una combinazione di diverse tecniche comportamentali

per aiutare le persone a migliorare le proprie abilità sociali. In genere essi *modellano* i comportamenti sociali appropriati per i loro pazienti e li incoraggiano a provare a metterli in pratica. I soggetti avviano quindi un *gioco di ruolo* con il terapeuta, *provando* il nuovo comportamento finché non lo hanno acquisito. Nel corso del processo, il terapeuta fornisce una *feedback* costante e *rinforza* (loda) il soggetto quando ha eseguito l'esercizio nel modo giusto.

TRA LE RIGHE

Playlist ansiogena

Molte persone, nell'era della musica digitale, oggi si scambiano in rete elenchi di brani e non è quindi sorprendente che gli psicologi abbiano osservato una certa diffusione dell'«ansia da playlist», ossia un'intensa preoccupazione riguardo all'immagine che viene convogliata dalla musica resa disponibile agli altri. Si tratta di un problema ormai comune tra gli studenti universitari e i colleghi di ufficio. In uno studio, un ragazzo ha rivelato «Ho appena esaminato la mia playlist e mi sono detto "Chissà che razza di immagine sto dando di me". L'ho analizzata a fondo per vedere se c'erano brani che non volevo che gli altri sapessero che ho» (CHI Conference, 2005).

Spesso il rinforzo da parte di persone con difficoltà sociali analoghe è più efficace del solo rinforzo del terapeuta. Nei *gruppi di addestramento alle abilità sociali* e nei *gruppi di addestramento alla comunicazione assertiva* i membri provano e mettono in pratica i nuovi comportamenti sociali con gli altri membri del gruppo. Il gruppo può inoltre fornire una guida su ciò che è considerato socialmente appropriato. La ricerca indica che l'addestramento alle abilità sociali, sia nella forma indi-

CASO 4.6

Dopo due settimane di questo esercizio, il paziente si presentò alla seduta di terapia successiva e disse: «Ho fatto quello che lei mi ha detto di fare. [...] Ogni volta, come ha detto lei, che mi sono ritrovato a isolarmi dalle persone, mi sono detto: "Ora, anche se non riesci a trovarle, devono esserci delle frasi da dire. Quali sono?". E le ho finalmente trovate. E ce n'erano anche tante! Tutte sembravano esprimere la stessa cosa.»

«Che cosa?»

«Che io, beh, sarei stato comunque emarginato. [...] Se avessi parlato, sarei stato emarginato. E se questo fosse successo sarebbe stato per me orribile. E non c'era ragione perché io, mmm, facessi, mmm, quel genere di cosa, e dovessi essere respinto in quella maniera orribile.» [...]

«Ha eseguito la seconda parte dell'esercizio assegnato?»

«Sforzarmi di parlare e di esprimermi?»

«Sì, proprio quello.»

«Quello è stato ancora peggio. Molto più difficile di quanto pensassi. Però ce l'ho fatta.»

«E com'è andata?»

«Oh, per niente male. Ho parlato più volte; più di quanto avessi mai fatto prima. Alcuni ne sono stati molto sorpresi. Anche Phyllis è stata molto sorpresa. Però ho parlato.» [...]

«E come si è sentito dopo che è riuscito a esprimersi?»

«Benissimo! Non ricordo quand'è che mi sono sentito così l'ultima volta. Mi sono sentito, beh, semplicemente incredibile ... bello, cioè, era veramente qualcosa che valeva la pena provare! Ma è stato così difficile. Pensavo di non farcela. Durante la settimana mi sono dovuto sforzare un altro paio di volte. Ma l'ho fatto. E ne sono stato felice!»

(Ellis, 1962, pp. 202-203)

viduale che di gruppo, si è rivelato molto utile per aiutare le persone ad acquisire maggiore sicurezza nelle situazioni sociali (Fisher et al., 2004).

Sintesi

Fobie

Una fobia è la paura intensa, persistente e irrazionale di un particolare oggetto, attività o situazione. Si riconoscono tre categorie principali di fobie: fobie specifiche, fobie sociali e agorafobia. Le spiegazioni più autorevoli delle fobie, in particolare delle fobie sociali, sono quelle comportamentali. Gli psicologi comportamentali ritengono che le fobie vengano apprese attraverso il condizionamento classico o il modellamento e siano quindi mantenute attraverso comportamenti di evitamento.

Le fobie specifiche vengono trattate efficacemente con le tecniche comportamentali di esposizione. L'esposizione può essere graduale e rilassata (desensibilizzazione), intensa (immersione o flooding) o variabile (modeling).

I terapeuti che si occupano di fobie sociali distinguono in genere due caratteristiche di questo disturbo: ansie sociali e scarse abilità sociali. Il trattamento può contribuire a ridurre l'ansia sociale dei pazienti attraverso i farmaci, la terapia di gruppo o cognitiva, o anche con una combinazione di diversi interventi. Essi infine possono ricorrere all'addestramento alle abilità sociali per migliorare la sicurezza dei soggetti nelle situazioni sociali.

4.3 DISTURBO DI PANICO

A volte una reazione d'ansia assume la forma di panico soffocante e spaventoso, in cui si perde il controllo del proprio comportamento e non si è in pratica più consapevoli di quello che si sta facendo. Chiunque può avere una reazione di panico quando si profila una minaccia reale. Alcuni, tuttavia, hanno degli **attacchi di panico**, ossia brevi accessi periodici di panico che si verificano all'improvviso, raggiungono un picco nel giro di una decina di minuti e passano gradualmente.

Gli attacchi sono caratterizzati da almeno quattro dei sintomi descritti: palpitazioni cardiache, formicolio alle mani o ai piedi, respiro affannoso, sudorazione accentuata, vampate di calore seguite da senso di freddo, tremori, dolori al petto, sensazione di soffocamento, debolezza, vertigini e sensazione di distacco dalla realtà. Non meraviglia che durante un attacco di panico molte persone siano convinte di morire, di impazzire o di perdere il controllo (**Caso 4.7**).

Più di un quarto di tutte le persone ha uno o più attacchi di panico in qualche momento della vita (Kessler et

CASO 4.7

Mi trovavo in un centro commerciale affollato e all'improvviso è successo: in pochi secondi sembravo impazzita. È stato come un incubo, solo che ero sveglia; intorno a me è diventato tutto nero e ho iniziato a sudare, su tutto il corpo, sulle mani, avevo i capelli fradici. Avevo la sensazione di non avere più sangue nelle vene, sono diventata pallida come uno spettro. Avevo l'impressione di stare per crollare; mi pareva di non riuscire a controllare braccia e gambe e di non potermi muovere. Era come se fossi stata afferrata da una forza esterna. Vedevo che tutti mi guardavano, solo facce, niente corpi, tutte fuse assieme. Sentivo i miei battiti pulsare forte nella testa e nelle orecchie; credevo che il cuore si sarebbe fermato. Vedevo luci nere e gialle. Sentivo le voci delle persone attorno a me, ma ovattate, come provenienti da molto lontano. Non riuscivo a pensare ad altro che a come mi sentivo e che dovevo assolutamente uscire e correre via, altrimenti sarei morta. Dovevo andarmene da lì e respirare aria fresca (Hawkrigg, 1975).

al., 2006); quelli però che hanno attacchi di panico ripetuti e improvvisi, senza alcuna ragione apparente, potrebbero soffrire di **disturbo di panico**. Oltre agli attacchi di panico, gli individui ai quali è stato diagnosticato un disturbo di panico verificano dei cambiamenti disfunzionali nel modo di pensare o di comportarsi provocati dagli attacchi stessi (si veda **Tabella 4.8** alla pagina seguente). Ad esempio, può subentrare in loro la preoccupazione costante di avere altri attacchi e del significato di tali manifestazioni («Sto uscendo di senno?»), oppure la necessità di pianificare la loro vita in base alla possibilità di attacchi futuri.

Attacchi di panico: brevi accessi periodici di panico che si verificano all'improvviso, raggiungono un picco nell'arco di pochi minuti e gradualmente passano.

Disturbo di panico: disturbo d'ansia caratterizzato da attacchi di panico ricorrenti e imprevedibili.

Agorafobia: disturbo d'ansia in cui una persona ha paura di trovarsi in luoghi o situazioni in cui potrebbe essere difficile (o imbarazzante) allontanarsi o non essere disponibile aiuto se dovessero presentarsi dei sintomi correlati a un attacco di panico o tipo panico.

Il disturbo di panico è spesso associato all'**agorafobia**, una delle tre categorie di fobie menzionate più sopra. Le persone che soffrono di agorafobia hanno paura di uscire di casa e di trovarsi in luoghi pubblici o in altre situazioni in cui potrebbe essere difficile allontanarsi o trovare aiuto, nel caso in cui subentrasse un attacco di panico. Nei casi più gravi, i soggetti sono praticamente segregati in casa propria. Hanno una vita sociale molto

Tabella 4.8 Disturbo di panico.**DSM Checklist**

- Attacchi di panico ricorrenti e inaspettati.
- Un mese o più di uno dei seguenti sintomi dopo almeno un attacco:
 - Preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico.
 - Preoccupazioni di possibili implicazioni o conseguenze degli attacchi di panico.
 - Significativo cambiamento di comportamento correlato agli attacchi.

Tratto da APA, 2000.

ristretta e non riescono a conservare a lungo un posto di lavoro.

Fino a non molto tempo fa, i clinici non sapevano riconoscere il nesso esistente tra l'agorafobia e gli attacchi di panico. Oggi si sa invece che gli attacchi di panico, o perlomeno certi sintomi affini, in generale aprono la strada all'agorafobia: dopo che si sono verificati uno o più attacchi imprevedibili, alcuni soggetti temono di avere altri attacchi in luoghi pubblici, dove sarebbe difficile trovare aiuto o allontanarsi.

Non tutti coloro che sono affetti da disturbo di panico sviluppano l'agorafobia, ma molti sì. Il DSM-IV-TR distingue fra *disturbo di panico senza agorafobia* e *disturbo di panico con agorafobia*. Circa il 2,8% di tutta la popolazione degli Stati Uniti soffre ogni anno dell'uno o dell'altro tipo; quasi il 5% manifesta uno dei due disturbi in qualche momento della vita (Kessler et al., 2009, 2006, 2005). Entrambi i tipi di disturbo di panico tendono a manifestarsi nella tarda adolescenza o all'inizio dell'età adulta e colpiscono le donne in misura perlomeno doppia rispetto agli uomini (APA, 2000). La prevalenza del disturbo di panico negli Stati Uniti è simile in tutti i gruppi culturali e razziali. Le percentuali sono sovrapponibili in tutte le culture del mondo, anche se in contesti specifici ci sono differenze tra un paese e l'altro (Nazarian, Craske, 2008). Le ricerche indicano che negli Stati Uniti circa il 35% dei soggetti con disturbo di panico è attualmente in terapia (P. S. Wang et al., 2005).

4.3.1 Prospettiva biologica

Negli anni Sessanta i clinici fecero una scoperta sorprendente: per il disturbo di panico i risultati migliori si avevano con alcuni *farmaci antidepressivi*, utilizzati per ridurre i sintomi della depressione, anziché con la maggior parte dei benzodiazepinici, i farmaci usati nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato (D. F. Klein, 1964; Klein, Fink, 1962). Da questa osservazione si è giunti alle prime spiegazioni biologiche e ai trattamenti adeguati del disturbo di panico.

Quali sono i fattori biologici alla base del disturbo di panico?

Per comprendere la base biologica del disturbo di panico, i ricercatori hanno utilizzato una procedura retrospettiva, a partire dalla comprensione del meccanismo d'azione degli antidepressivi che sembravano avere un'azione calmante. Essi sapevano che questi particolari farmaci operano a livello cerebrale soprattutto modificando l'attività della **noradrenalina** (o norepinefrina), uno tra i tanti neurotrasmettitori che trasportano messaggi tra i neuroni. Dato che i farmaci erano utili nell'eliminare gli attacchi di panico, gli studiosi iniziarono a sospettare che il disturbo di panico potesse essere causato da un'attività anomala della noradrenalina.

Numerosi studi hanno provato che l'attività della noradrenalina è effettivamente irregolare nelle persone che soffrono di attacchi di panico. Per esempio, il **locus ceruleus** (o punto blu) è un'area del cervello ricca di neuroni che utilizzano noradrenalina. Quando nella scimmia l'area viene sottoposta a elettrostimolazione, l'animale ha una reazione di tipo panico; si ipotizza quindi che le reazioni di panico possano essere collegate a cambiamenti nell'attività della noradrenalina a livello di locus ceruleus (Redmond, 1981, 1979, 1977). In una serie di ricerche analoghe gli studiosi sono riusciti a produrre attacchi di panico nell'uomo iniettando ai soggetti sostanze note per influenzare l'attività della noradrenalina (Bourin et al., 1995; Charney et al., 1990, 1987).

Noradrenalina (o norepinefrina): neurotrasmettitore la cui attività anomala è collegata al disturbo di panico e alla depressione.

Locus ceruleus: piccola area cerebrale che sembra essere attiva nella regolazione delle emozioni. Molti dei suoi neuroni utilizzano noradrenalina.

Amigdala: piccola struttura cerebrale a forma di mandorla che elabora le informazioni emotive.

Gli studi stabilirono quindi un collegamento tra noradrenalina e locus ceruleus per gli attacchi di panico. Altre ricerche più recenti indicano tuttavia che l'origine degli attacchi di panico va ricondotta probabilmente a qualcosa di più complesso di un singolo neurotrasmettitore in una limitata area cerebrale. Si è visto, per esempio, che le reazioni emotive di diverso tipo sono collegate a *circuiti* cerebrali, ossia reti di strutture cerebrali che lavorano in sinergia, stimolando ognuna la reazione dell'altra e producendo un particolare tipo di reazione emotiva. Il circuito che produce le reazioni di panico comprende aree cerebrali come l'*amigdala*, il *nucleo ventromediale dell'ipotalamo*, la *sostanza grigia centrale* e il *locus ceruleus* (Ninan, Dunlop, 2005) (si veda la **Figura 4.3**). Quando una persona si trova di fronte a un oggetto o a una situazione che la terrorizza, si ha un'attivazione dell'**amigdala**, una piccola struttura a forma di

mandorla che elabora le informazioni emotive. L'amigdala stimola a sua volta le altre aree del circuito, attivando una reazione temporanea di «allarme e fuga» (aumento di frequenza cardiaca, sudorazione, pressione sanguigna e così via) molto simile a una reazione di panico (Gray, McNaughton, 1996). Oggi la maggior parte dei ricercatori ritiene che questo circuito cerebrale (compresi i neurotrasmettitori attivi in tutto il circuito) abbia probabilmente un funzionamento improprio nelle persone che soffrono di disturbo di panico (Buriñon, 2007; Bailey et al., 2003).

È importante notare che il circuito cerebrale responsabile delle reazioni di panico sembra essere diverso da quello responsabile delle reazioni d'ansia (reazioni più sfumate, continuative e dominate dalla preoccupazione rispetto alle reazioni di panico) (si veda la **Figura 4.4**). Il circuito cerebrale dell'ansia, che funziona impropriamente nelle persone con disturbo d'ansia generalizzato, comprende l'*amigdala*, la *corteccia prefrontale* e la *corteccia cingolata anteriore* (McClure et al., 2007).

Alcune delle aree cerebrali e dei neurotrasmettitori nei due circuiti sono ovviamente in comune (in particolare l'*amigdala*, che sembra essere centrale in entrambi i circuiti), ma la scoperta che il circuito cerebrale del panico e dell'ansia sono diversi ha ulteriormente confermato l'ipotesi degli studiosi, ossia che il disturbo di panico è biologicamente diverso dal disturbo d'ansia generalizzato e, peraltro, da ogni altro tipo di disturbo d'ansia.

Perché alcune persone potrebbero presentare delle

anomalie nell'attività della noradrenalina, del funzionamento del locus ceruleus e di altri elementi del circuito cerebrale del panico? Una possibilità è quella di una predisposizione ereditaria a sviluppare tali anomalie (Buriñon, 2007; Torgersen, 1990, 1983); pertanto, se è implicato un fattore genetico, i consanguinei stretti dovrebbero presentare un tasso di disturbo di panico superiore a quello dei parenti lontani. Gli studi confermano infatti che tra i gemelli identici (gemelli che hanno uguale patrimonio genetico), se uno dei due soffre di disturbo di panico, ne soffre anche l'altro circa nel 31% dei casi (Tsuang et al., 2004). Tra i gemelli fraterni (che hanno in comune solo alcuni geni), se un gemello soffre di disturbo di panico, l'altro presenta lo stesso disturbo solo nell'11% dei casi (Kendler et al., 1995, 1993).

Terapie farmacologiche

Come abbiamo accennato più sopra, nel 1962 i ricercatori hanno scoperto che alcuni antidepressivi sono in grado di prevenire gli attacchi di panico o di ridurne la frequenza. Dall'epoca di questo imprevisto risultato, numerosi studi condotti in tutto il mondo hanno confermato l'osservazione iniziale (Julien, 2008; Buriñon, 2007).

Sembra che tutti gli antidepressivi che ristabiliscono l'attività adeguata della noradrenalina nel locus ceruleus e in altre aree cerebrali siano in grado di contribuire a prevenire o a ridurre i sintomi di panico (Pollack, 2005; Redmond, 1985). Tali farmaci apportano perlomeno un miglioramento nell'80% dei pazienti con disturbo di pa-

Figura 4.3 Origini biologiche del panico. Il circuito cerebrale che produce le reazioni di panico comprende l'amigdala, il nucleo ventromediale dell'ipotalamo, la sostanza grigia centrale e il locus ceruleus.

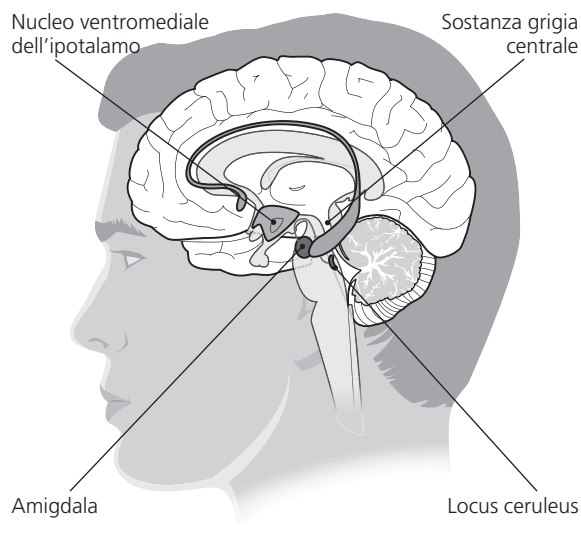
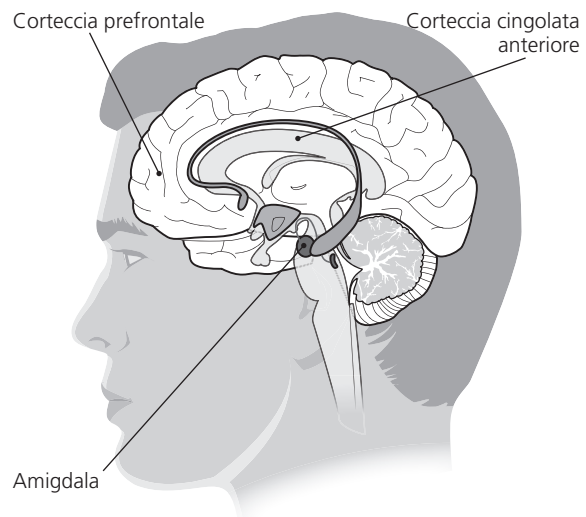


Figura 4.4 Origini biologiche dell'ansia. Il circuito cerebrale collegato alle reazioni d'ansia sembra essere distinto dal circuito che produce le reazioni di panico. I due circuiti hanno in comune l'amigdala, ma il circuito d'ansia comprende anche la corteccia prefrontale e la corteccia cingolata anteriore.



nico, stato che perdura fino a che continua l'assunzione del farmaco (McNally, 2001). Negli ultimi anni il principio attivo *alprazolam* (Xanax) e altri potenti farmaci benzodiazepinici si sono dimostrati efficaci nel trattamento del disturbo di panico (Julien, 2005; Pollack, 2005). Sembra che le benzodiazepine agiscano *indirettamente* sul disturbo, influenzando l'attività della norepinephrina a livello cerebrale. I clinici hanno scoperto inoltre che gli stessi antidepressivi e i benzodiazepinici sono d'aiuto nei casi di disturbo di panico con agorafobia (Clum, Febbraro, 2001).

4.3.2 Prospettiva cognitiva

I teorici di orientamento cognitivo riconoscono che i fattori biologici sono solo una delle cause degli attacchi di panico. Nella loro visione, le vere reazioni di panico avvengono esclusivamente nelle persone che *fraintendono* gli eventi fisiologici che si verificano a livello fisico. I trattamenti di tipo cognitivo mirano quindi a correggere questi fraintendimenti.

La spiegazione cognitiva: fraintendere le sensazioni fisiche

I teorici cognitivisti ritengono che le persone che tendono a farsi prendere dal panico potrebbero essere ipersensibili nei confronti di alcune sensazioni fisiche; quando provano tali sensazioni all'improvviso le interpretano erroneamente come segnali di una catastrofe medica (Casey et al., 2004). Anziché attribuire la causa probabile di tali sensazioni a «qualcosa che ho mangiato» o a «una discussione con il mio capo», le persone inclini al panico sono sempre più angosciate e temono di perdere il controllo, la catastrofe, non riescono a vedere le cose con obiettività e precipitano rapidamente nel panico. Per esempio, molte persone con disturbo di panico sembrano respirare rapidamente ma in modo superficiale, ossia vanno in iperventilazione nelle situazioni di stress. La respirazione anomala li porta a pensare di essere in pericolo di soffocare e vanno nel panico (Dratcu, 2000). Tali soggetti sono quindi portati a pensare che queste e altre sensazioni «pericolose» possano ripresentarsi in qualsiasi momento e sono quindi costantemente in allarme riguardo a futuri attacchi di panico.

Nei **challenge test biologici** i ricercatori producono un'iperventilazione o altre sensazioni biologiche tramite la somministrazione di farmaci o dando istruzioni ai partecipanti di respirare, fare attività fisica o semplicemente di pensare in certo modo. Non sorprende che i partecipanti con disturbo di panico provino durante questi test maggiore angoscia dei partecipanti che non hanno questo disturbo, in particolare quando pensano che le sensazioni fisiche che provano siano pericolose o al di là del loro controllo (Masdrakis, Papakostas, 2004).

Perché alcune persone tendono a dare interpretazioni erronee delle proprie sensazioni fisiche? Una possibilità

è che i soggetti che tendono ad andare nel panico provano in genere, anche se non volontariamente, sensazioni fisiche più frequenti o più intense rispetto alla maggioranza delle persone (Nardi et al., 2001). In effetti, le sensazioni che più spesso vengono male interpretate nel disturbo di panico sembrano essere l'aumento di anidride carbonica nel sangue, le alterazioni della pressione sanguigna e l'aumento della frequenza cardiaca, tutte manifestazioni fisiche che in parte sono controllate dal locus caeruleus e da altre aree del circuito cerebrale del panico.

Quali che siano le cause precise di tali interpretazioni erronee, la ricerca indica che i soggetti che tendono a provare panico hanno un'elevata **sensibilità all'ansia**: essi sono cioè concentrati sulle proprie sensazioni fisiche per buona parte del tempo, sono incapaci di valutarle in modo logico e le interpretano come potenzialmente dannose (Wilson, Hayward, 2005). Uno studio ha rilevato che le persone con elevata sensibilità all'ansia (determinata attraverso un'apposita indagine) avevano una probabilità quintupla rispetto agli altri di sviluppare un disturbo di panico (Maller, Reiss, 1992). Da altri studi è emerso che gli individui con disturbo di panico in genere hanno una sensibilità all'ansia maggiore rispetto agli altri (Dattilio, 2001; McNally, 2001).

Challenge test biologico: procedura utilizzata per produrre il panico nei partecipanti alla ricerca o nei pazienti sottoponendoli a intense attività fisiche o facendoli eseguire qualche altra attività potenzialmente in grado di indurre il panico, in presenza del ricercatore o del terapeuta.

Sensibilità all'ansia: tendenza a fissarsi sulle sensazioni fisiche, a valutarle in modo illogico e a interpretarle negativamente.

Terapia cognitiva

I terapeuti cognitivisti provano a correggere le interpretazioni erronee delle sensazioni fisiche di chi tende a provare panico (McCabe, Antony, 2005). Il primo passo è quello di informare i pazienti sulla natura generale degli attacchi di panico, sulle cause reali delle sensazioni fisiche e sulla tendenza a fraintendere tali sensazioni. Nella fase successiva, ai pazienti viene insegnato ad applicare sistemi di interpretazione più precisi durante le situazioni stressanti, bloccando così all'inizio la sequenza del panico. I terapeuti possono inoltre insegnare ai pazienti ad affrontare l'ansia, ad esempio attraverso tecniche di rilassamento e di respirazione, e a distrarsi dall'ascolto delle sensazioni, magari avviando una conversazione con qualcuno.

I terapeuti cognitivisti possono utilizzare challenge test biologici per indurre le sensazioni di panico, in modo che i pazienti possano applicare le abilità appena acquisite sotto la supervisione attenta dell'esperto (Meuret et al., 2005). Alle persone in cui l'attacco di panico vie-

Approfondimento

PANICO: TUTTI SONO VULNERABILI

Le persone che soffrono di disturbo di panico non sono le uniche a provare questa angosciata sensazione. In realtà molti vanno nel panico quando si trovano di fronte a una minaccia improvvisa. L'articolo di cronaca seguente descrive la reazione della folla e la calca umana che si verificano in un locale notturno di Chicago, il 17 febbraio 2003:

La polizia e i vigili del fuoco hanno avviato ieri un'indagine per capire in che modo una rissa iniziata in un locale notturno di Chicago abbia potuto provocare una calca in cui 21 persone hanno perso la vita perché stritolate dalla folla. Secondo i testimoni, nelle prime ore di ieri una lite tra due donne ha indotto due addetti alla sicurezza a usare uno spray al peperoncino o al macis per separarle. Quando si è scatenato il panico a causa dei vapori, i 1500 clienti in fuga hanno scoperto che l'uscita posteriore della discoteca E2 erano bloccate e si sono quindi riversati in massa su un'unica scala stretta nel tentativo di uscire dal locale.

Circa 150 persone sono rimaste ferite, fra cui due vigili del fuoco impegnati nelle operazioni di soccorso, e almeno dieci erano in condizioni critiche ieri sera. Testimoni oculari hanno raccontato che una «valanga di persone» si è accalata sulle scale nel tentativo di raggiungere l'uscita, e moltissimi sono stati calpestati e soffocati. Per altri, la morte sembra dovuta agli effetti dei vapori chimici.

Cory Thomas, 33 anni, che stava aspettando due amiche all'uscita, ha detto: «La gente urlava e non riusciva a respirare, erano tutti uno sopra l'altro. L'uscita si è bloccata perché c'era troppa gente che premeva contro la porta. Io ho visto almeno dieci corpi esanimi.» Altri sono usciti barcollando dal locale, sconvolti e senza fiato. «Tutti spingevano, la gente urlava, non riuscivo a respirare» ha detto un paziente, Reggie Clark. «Due ragazze vicino a me sono morte. Sotto di me un ragazzo è morto.» Tanita Matthews, una ragazza che ha cercato di aiutare le vittime, ha detto: «Le persone mi morivano tra le braccia.» [...]

Il fatto è avvenuto intorno alle due del mattino nella disco-

teca E2, un locale nel South Side di Chicago, zona abitata per lo più da persone di colore, famosa per i suoi locali di tendenza. L'E2 è molto frequentata dai nottambuli ed è nota perché ci vanno cantanti rock e rap famosi. [...]

La maggior parte delle vittime sono rimaste uccise in fondo alla scala che si apre dopo l'ingresso principale. Kristy Mitchell, 22 anni, è stata tra le persone soccorse dopo essere caduta dalla scala e calpestata dalla folla che continuava a venirlle addosso. Così racconta la sua esperienza: «Mi camminavano sulle gambe. Quando mi hanno tirata su, avevo le vertigini e non riuscivo a respirare». Lamont James, anche lui tra le persone soccorse, ha riferito: «Il DJ ha detto al microfono che c'era stata una rissa e si era scatenato il panico. La gente si è incanalata nel corridoio che porta all'uscita. Avevo delle persone sopra di me, altre sotto, c'erano persone schiacciate contro i muri [...]».

Si è trattato dell'incidente più grave di questo genere mai avvenuto negli Stati Uniti. Nel 1979, undici persone rimasero uccise a Cincinnati nella folla che premeva per entrare a un concerto degli Who e nel 1991 nove ragazzi furono schiacciati sulle scale di un palazzetto dello sport mentre aspettavano di entrare a una partita di basket tra celebrità a New York. [...]

AmishoovBlackwell, 30 anni, scaraventato all'indietro giù dalla scala dalla folla urlante mentre usciva dalle toilette, è rimasto per mezz'ora sopra una pila di cadaveri prima di essere soccorso dai vigili del fuoco. «Era solo una lite tra due ragazze» ha commentato. «Perché hanno spruzzato quella roba?» (Tratto dall'articolo *Revellers Crushed to Death in a Club*, di Jacqui Goddard, «The Scotsman», 18 febbraio 2003).

Nota: appena tre giorni dopo, il 20 febbraio 2003, nel locale The Station a Warwick, nel Rhode Island, cento persone sono rimaste uccise e duecento ferite tra la folla accalata in preda al panico contro l'ingresso principale, quando nel corso del concerto del gruppo heavy metal Great White alcuni effetti pirotecnici avevano appiccato il fuoco al locale.

ne innescato in genere da un aumento della frequenza cardiaca si può dire per esempio di saltellare sul posto per diversi minuti o di salire rapidamente le scale. Esse possono quindi esercitarsi a interpretare correttamente le sensazioni che ne derivano, senza fissarsi su di esse.

La ricerca conferma l'utilità del trattamento cognitivo nelle persone con disturbo di panico (Marchand et al., 2009; Otto, Deveney, 2005). Dai risultati di diversi studi internazionali è emerso che l'85% dei partecipanti che hanno ricevuto questo tipo di trattamento non ha più avuto crisi di panico per due anni o più, rispetto al 13% dei partecipanti del gruppo di controllo. I trattamenti co-

gnitivi di questo tipo si dimostrano utili anche nel caso di persone in cui il disturbo di panico è associato ad agorafobia. Per alcuni soggetti che presentano anche agorafobia, la terapia prevede tecniche di esposizione oltre al programma di trattamento cognitivo, un abbinamento che si è rivelato molto efficace. La terapia cognitiva si è dimostrata utile almeno quanto i farmaci antidepressivi o l'alprazolam nel trattamento del disturbo di panico e talvolta anche di più (McCabe, Antony, 2005). Tenuto conto dell'efficacia sia del trattamento cognitivo che di quello farmacologico, molti clinici adottano una combinazione di entrambi (Julien, 2008; Baskin, 2007). Non è

tuttavia ancora chiaro se questa strategia sia più efficace della sola terapia cognitiva.

Sintesi

Disturbo di panico

Gli attacchi di panico sono brevi accessi periodici di paura incontrollata che si manifestano all'improvviso. Chi soffre di disturbo di panico ha attacchi ripetuti e improvvisi e senza ragione apparente. Quando il disturbo di panico è associato ad agorafobia, viene definito disturbo di panico con agorafobia.

Alcuni teorici di orientamento biologico ritengono che alla base del disturbo di panico vi sia un'attività anomala del neurotrasmettitore noradrenalina nel locus ceruleus, una struttura cerebrale. Altri pensano che nel disturbo siano implicati altri neurotrasmettitori e strutture del circuito cerebrale del panico.

I terapeuti a indirizzo biologico utilizzano alcuni farmaci antidepressivi o potenti benzodiazepinici per il trattamento del disturbo di panico.

Secondo i teorici cognitivisti, le persone che tendono a provare panico sono ipersensibili nei confronti delle proprie sensazioni fisiche e le fraintendono facilmente, ritenendole sintomi di un grave problema medico. Queste persone hanno un'elevata sensibilità all'ansia e manifestano molta tensione anche durante i challenge test biologici. Nella terapia cognitiva, i pazienti apprendono come interpretare con maggiore precisione le proprie sensazioni fisiche e affrontare meglio l'ansia.

4.4 DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Le **ossessioni** sono pensieri o idee, impulsi o immagini persistenti che sembrano invadere la coscienza di una persona. Le **compulsioni** sono comportamenti ripetitivi e rigidi o atti mentali che alcune persone sentono di dovere eseguire allo scopo di prevenire o ridurre l'ansia. Come indica la **Figura 4.5** alla pagina seguente, quasi tutti hanno piccole ossessioni o compulsioni. Può capitare di non riuscire a pensare ad altro quando si deve presentare un lavoro o sostenere un esame, o di continuare a chiedersi se ci si è dimenticati di spegnere il gas o chiudere a chiave la porta. Qualcuno si sente meglio se evita di calpestare le commessure tra le lastre dei marciapiedi, se cambia percorso quando incontra un gatto nero o dispone le sue cose nell'armadio in un certo ordine.

Le piccole ossessioni e compulsioni possono anzi rivelarsi alquanto utili nella vita. I piccoli rituali hanno una funzione calmante nei periodi di stress. Lo studente che canticchia mentalmente una melodia o tamburella le dita durante un esame scritto può scaricare così la ten-

sione e migliorare la prova. Molte persone trovano conforto nel ripetere rituali religiosi o culturali, come toccare una *mezuzah* per un ebreo, spruzzare acqua benedetta per un cattolico o passarsi tra le dita i grani di un rosario in diverse culture.

Ossessione: pensiero o idea, impulso o immagine persistente che si ripresenta costantemente in modo intrusivo e provoca ansia.

Compulsione: comportamento ripetitivo e rigido o atto mentale che una persona si sente obbligata a mettere in pratica allo scopo di prevenire o ridurre l'ansia.

Disturbo ossessivo-compulsivo: disturbo in cui una persona ha pensieri ricorrenti e indesiderati, prova la necessità di eseguire azioni rigide e ripetitive, o presenta entrambi gli aspetti.

Secondo il DSM-IV-TR, si ha una diagnosi di **disturbo ossessivo-compulsivo** quando ossessioni o compulsioni diventano eccessive o irrazionali, causano angoscia e malessere, assorbono gran parte del tempo o interferiscono con le funzioni quotidiane (si veda la **Tabella 4.9**). Il disturbo viene classificato tra i disturbi d'ansia perché le ossessioni causano molta tensione, mentre le compulsioni hanno lo scopo di prevenire o attenuare l'ansia. Inoltre la tensione aumenta se la persona cerca di resistere alle proprie ossessioni o compulsioni.

TRA LE RIGHE

Lo show non può continuare

Il 12 settembre 2007, l'eccentrico duo garage-rock White Stripes fu costretto ad annunciare ai suoi numerosi fan che doveva cancellare le date restanti del tour americano, poiché la batterista Meg White «soffriva di ansia acuta e [...] non era in quel momento in grado di viaggiare.»

Una donna affetta da questo disturbo osservava: «Non riesco ad andare a dormire se non sono sicura che tutto in casa sia al suo posto, in modo che quando mi alzo al mattino la casa sia perfettamente organizzata. Lavoro come una pazza per sistemare tutto prima di andare a letto, ma

Tabella 4.9 Disturbo ossessivo-compulsivo.

DSM Checklist

- Ossessioni o compulsioni ricorrenti.
- Riconoscimento passato o presente che le ossessioni o compulsioni sono eccessive o irrazionali.
- Disagio marcato o menomazione significativa per più di un'ora al giorno.

Tratto da APA, 2000.

Figura 4.5 Cara routine. La maggior parte delle persone trova confortante seguire delle routine fisse nell'esecuzione delle attività quotidiane e, infatti, il 40% delle persone si irrita quando c'è un cambiamento nella routine.



Adattato da Kanner, 2004, 1998a, b, 1995.

quando mi alzo al mattino mi vengono in mente migliaia di cose che avrei dovuto fare. [...] Non riesco a sopportare l'idea di sapere che dovevo fare qualche cosa e non l'ho fatta» (McNeil, 1967, pp. 26-28).

TRA LE RIGHE

Comportamenti ripetitivi

Si dice che Beethoven avesse l'abitudine d'immergere la testa nell'acqua fredda prima di accingersi a comporre musica.

Secondo le indagini, quasi la metà degli adulti ritorna indietro dopo essere uscita di casa per controllare di avere spento il gas o la luce.

Più della metà di tutte le persone che usano una sveglia la controlla più volte per verificare di averla impostata in modo giusto.

(Kanner, 1995)

Tra l'1 e il 2% della popolazione degli Stati Uniti e di altri Paesi del mondo soffre ogni anno di disturbo ossessivo-compulsivo (Björgvinsson, Hart, 2008; Wetherell et al., 2006). Non meno del 3% sviluppa il disturbo in qualche periodo della vita. Il disturbo colpisce nella stessa percentuale donne e uomini e persone di diverse razze e gruppi etnici. L'insorgenza ha inizio nella prima età adulta e il disturbo persiste in genere per molti anni, anche se i sintomi e la loro gravità possono variare nel tempo (Angst et al., 2004). Si ritiene che più del 40% delle persone con disturbo ossessivo-compulsivo cerchi un trattamento (Kessler et al., 1999, 1994).

4.4.1 Quali sono le caratteristiche delle ossessioni e delle compulsioni?

I pensieri ossessivi vengono percepiti come invadenti ed estranei. Il tentativo di ignorare o resistere a questi pensieri può provocare ansia ancora maggiore e i pensieri tendono a ritornare con maggiore insistenza. Come la donna di cui abbiamo riportato le osservazioni più sopra, le persone che soffrono di ossessioni sono abbastanza consapevoli di avere pensieri irrazionali.

Le ossessioni assumono spesso la forma di *desideri* ossessivi (ad esempio si desidera ripetutamente la morte del coniuge), *impulsi* (stimolo ripetuto di urlare oscenità al lavoro o in chiesa), *idee* (convinzione che vi siano germi ovunque) o *dubbi* (preoccupazione di avere preso o di stare per prendere la decisione sbagliata). Nel **Caso 4.7** riportato nella pagina seguente, un clinico descrive uno studente universitario ventenne tormentato da dubbi ossessivi.

Alcuni temi fondamentali sono ricorrenti nei pensieri della maggior parte di coloro che soffrono di pensieri ossessivi (Abramowitz et al., 2008). Il tema più comune sembra essere l'idea della sporcizia o della contaminazione (Tolin, Meunier, 2008). Altri temi ricorrenti sono la violenza o l'aggressione, l'ordine, la religione e la sessualità. La prevalenza di tali temi può variare da una cultura all'altra. Le ossessioni religiose, per esempio, sembrano essere più comuni nei Paesi o nelle culture dove vigono codici morali rigorosi e forti valori religiosi (Björgvinsson, Hart, 2008).

Le compulsioni presentano diversi punti in comune con le ossessioni. Per esempio, sebbene i comporta-

CASO 4.7

Passava ore ogni sera a «rimasticare» gli eventi della giornata, in particolare le interazioni con gli amici e i docenti, ripassando incessantemente nella sua mente tutti i suoi rimpianti. Gli piaceva l'idea di proiettare continuamente nella sua mente una ripresa video di ciascun evento accaduto, chiedendosi se si era comportato nel modo giusto e dicendosi di avere fatto del proprio meglio o di avere detto la cosa giusta in ogni singolo momento. Faceva questo seduto alla scrivania mentre avrebbe dovuto studiare; non era insolito per lui guardare l'orologio dopo un periodo di ruminazione e di notare con sorpresa che erano trascorse tre o quattro ore (Spitzer et al., 1981, pp. 20-21).

menti compulsivi possano tecnicamente essere controllati con la volontà, coloro che ne sono affetti hanno in realtà poca scelta al riguardo. La maggior parte di queste persone riconosce di avere un comportamento irragionevole, ma allo stesso tempo è convinta che accadrà qualcosa di tremendo se non fa ciò che è spinta a fare. Dopo aver eseguito un atto compulsivo, in genere tali soggetti si sentono meno ansiosi per un po' di tempo. Per alcuni gli atti compulsivi si trasformano in *rituali* dettagliati. Tali rituali devono essere eseguiti esattamente nello stesso modo tutte le volte e seguendo certe regole.

TRA LE RIGHE**Un'ossessione che ha cambiato il mondo**

Gli esperimenti che portarono Louis Pasteur all'invenzione del processo di pastorizzazione possono essere stati dovuti in parte alla sua ossessione per la contaminazione e l'infezione. Sembra che non stringesse la mano a nessuno e che avesse l'abitudine di ripassare con il tovagliolo piatti e bicchieri prima di mangiare (Asimov, 1997).

Come le ossessioni, le compulsioni assumono diverse forme. Molto comuni sono le *compulsioni di pulizia*: come la donna del commento riportato più sopra, le persone che hanno queste compulsioni si sentono costrette a lavare continuamente sé stesse, i propri abiti e la casa. L'atto di pulizia può seguire regole e rituali ed essere ripetuto decine o centinaia di volte al giorno. Le persone con *compulsione di controllo* controllano di continuo le stesse cose, serrature, rubinetti del gas, documenti importanti, per essere sicure che tutto sia come deve essere (Radomsky et al., 2008). Altra compulsione comune è lo sforzo costante di cercare *ordine* o *equilibrio* (Coles, Pietrefesa, 2008). Chi è affetto da questo disturbo continua a mettere in ordine perfetto alcuni oggetti (abiti, libri, cibo) in base a regole rigide.

Esistono poi anche compulsioni *a toccare, a contare e verbali*.

Alcune persone con disturbo ossessivo-compulsivo manifestano solo ossessioni o solo compulsioni, ma nella maggior parte delle persone con questo disturbo sono presenti entrambe (Clark, Guyitt, 2008). Infatti gli atti compulsivi sono sovente una reazione ai pensieri ossessivi. Uno studio ha rivelato che nella maggior parte dei casi le compulsioni sembravano rappresentare una *resa* a dubbi, idee o stimoli ossessivi (Akhtar et al., 1975). Una donna che ad esempio continua a temere che la propria casa non sia sicura può cedere al dubbio ossessivo controllando continuamente serrature e manopole del gas. Oppure, un uomo che ha un timore ossessivo della contaminazione può cedere alla paura eseguendo di continuo rituali di pulizia.

Molte persone con disturbo ossessivo-compulsivo temono di mettere in atto le proprie ossessioni. Un uomo che ha immagini ossessive dei propri cari feriti e coperti di sangue può temere di essere vicino a commettere un omicidio; una donna che ha l'impulso ossessivo di urlare in chiesa può temere un giorno di cedere e di trovarsi in una situazione di forte imbarazzo. Nella maggior parte dei casi si tratta di preoccupazioni infondate. Certo molte ossessioni portano a eseguire atti compulsivi, in particolare le compulsioni di pulizia e di controllo, ma generalmente non portano a commettere atti di violenza o immorali.

Un tempo il disturbo ossessivo-compulsivo era tra i disturbi psicologici meno compresi. Negli ultimi decenni i ricercatori hanno tuttavia iniziato a capirne molto di più. Le spiegazioni più autorevoli e le terapie più collaudate sono quelle dei modelli psicodinamico, comportamentale, cognitivo e biologico.

TRA LE RIGHE**Rituali culturali**

I rituali non sono necessariamente il riflesso di compulsioni: in realtà i rituali culturali e religiosi spesso danno significato e conforto a chi li pratica. Ad esempio alcuni monaci buddisti compiono abluzioni con abbondante acqua nel corso delle annuali preghiere della buona fortuna: questo rituale di pulizia, è molto diverso dalle compulsioni di pulizia che si riscontrano spesso nel disturbo ossessivo-compulsivo.

4.4.2 La prospettiva psicodinamica

Nella tradizione psicoanalitica le nevrosi ossessive furono considerate, al pari dell'isteria, nevrosi da difesa (Freud, 1896), patologie derivanti da una fissazione o da una regressione a stati pre-edipici dello sviluppo psicosessuale, dominati da istinti sessuali parziali indirizzati verso specifiche zone erogene. Mentre nell'isteria si ha una predominanza delle pulsioni orali e della repressio-

ne di queste, nelle nevrosi ossessive si assiste a una preponderanza delle componenti anali, non è presente il fallimento della repressione né il ritorno del materiale rimosso.

Nello specifico, secondo Freud le nevrosi ossessive solitamente mostrano i loro primi sintomi nel secondo periodo dell'infanzia (6-8 anni), esse rappresentano la regressione a un'organizzazione psichica pre-edipica dominata da componenti istintuali di matrice anale e sadica. La loro eziologia sarebbe da ricercarsi in fattori costituzionali che ne predisporrebbero un successivo sviluppo (Freud, 1913; A. Freud, 1966). Sarebbero proprio tali fattori, infatti, a determinare l'intensità delle tendenze sadico-anali e della scelta dei meccanismi di difesa, scelta che successivamente definisce il quadro sintomatologico.

Ai fattori costituzionali si aggiungono fattori educativi restrittivi intimamente connessi ai bisogni evacuativi del bambino. Durante il *toilet training* i genitori del soggetto ossessivo-compulsivo sarebbero stati genitori eccessivamente controllanti e avrebbero sollecitato il bambino con richieste eccessive in relazione alla sua età anagrafica. Il bambino, identificato con figure genitoriali che si aspettavano che fosse più maturo di quanto in realtà non potesse essere a causa della sua tenera età, interiorizza così un Super-Io sadico, a partire dai primi conflitti diadici relativi all'igiene, sviluppa un carattere anale caratterizzato da un'estrema ricerca dell'ordine, avarizia e ostinazione (Freud, 1908).

Riprendendo le concettualizzazioni di Freud, Karl Abraham (1921) ipotizza che i tratti anali del carattere si formino laddove i genitori facciano al bambino richieste troppo precoci di pulizia in relazione al momento della defecazione. A seguito di ciò, secondo l'autore, si formerebbe nel bambino un conflitto tra l'attitudine conscia a sottomettersi alle richieste genitoriali e un inconscio desiderio di rivolta. Tale ambivalenza ben si estrinseca nella sintomatologia ossessivo-compulsiva che «se da un lato rappresenta le torture inflitte da un Super-Io particolarmente sadico, dall'altro contiene anche un tentativo di ribellione contro queste accuse» (Speziale-Bagliacca, 2010, pp. 175-176).

In tale ottica, i pensieri ossessivi e le azioni compulsive tipiche di questa tipologia di soggetti rappresentano il tentativo di annullare retroattivamente gli impulsi legati all'aggressività, all'avidità e alla sporcizia. Tali impulsi sono inaccettabili per il Super-Io severo e punitivo del paziente, ciò comporta da un lato l'attivazione di una costellazione difensiva volta a contrastarli (isolamento dell'affetto, spostamento, razionalizzazione, formazione reattiva), dall'altro intense angosce esensivi di colpa persecutori.

Oltre all'erotismo anale, per comprendere la formazione dei sintomi delle nevrosi ossessive, è centrale il ruolo assolto dall'aggressività (Freud, 1909; Jones,

1913). Al fine di difendersi da essa l'Io regredisce a un precedente livello di sviluppo sado-anale e il Super-Io diventa particolarmente severo producendo intense formazioni reattive che a livello conscio si esprimono sotto forma di pietà e pulizia (Freud, 1925). Così, per esempio, nel famoso caso clinico dell'Uomo dei Topi Freud (1909) interpreta l'intensa ossessione del paziente che l'amato padre, morto da anni, potesse essere vittima di un'atroce tortura militare in cui i topi vengono indotti a farsi strada nell'ano di un criminale, come una formazione reattiva di un inconscio desiderio sadico nei confronti del genitore. Secondo l'autore, infatti, il paziente da piccolo si era comportato alla stregua di un topo mordendo qualcuno, probabilmente la sua governante, e a seguito di ciò era stato duramente punito dal padre. La severa punizione, però, aveva comportato la nascita di un profondo vissuto d'odio nei confronti del padre, vissuto che il paziente aveva represso. L'ostilità nei confronti dell'oggetto d'amore (il genitore) aveva poi a sua volta generato un inconscio desiderio che il padre potesse essere oggetto della penetrazione anale da parte di ratti mordaci, desiderio che attraverso il meccanismo difensivo della formazione reattiva era stato trasformato a livello conscio in timore ossessivo.

Nell'architettura psichica di tali soggetti, infatti, è centrale la paura che i loro impulsi aggressivi possano sfuggire al loro controllo (Fisher, Greenberg, 1977; Salzman, 1980; D. Shapiro, 1965). Come afferma Speziale-Bagliacca (2010) la mente dell'ossessivo-compulsivo è una mente sfinterica, asfittica, che anestetizza il materiale attraverso un controllo ossessivo dell'aggressività. L'Io di tali pazienti è un Io assediato, sotto scacco, incapace di effettuare qualsiasi tipo di scelta e di uscire dalla fortezza all'interno della quale si rifugiato poiché privo di quella naturale fiducia di base che si costruisce a partire dalla qualità delle relazioni primarie. Un Io impotente, che nutre una profonda vergogna che nasce dalla paura di non essere compreso e dal profondo senso di inadeguatezza che lo pervade (Rapoport, 1989; Mingone, 1999).

Concludendo, potremmo affermare che all'interno di una cornice psicodinamica il disturbo ossessivo-compulsivo può essere letto come il tentativo del soggetto di controllare i profondi vissuti aggressivi che popolano il suo mondo interno. Attraverso la formazione reattiva, lo spostamento e l'annullamento il soggetto cerca così di difendersi dalle forti cariche di sadismo e dal senso di colpa persecutoria che lo abitano.

Una donna che continua a immaginare sua madre ferita e sanguinante, per esempio, può scacciare questo pensiero con ripetuti controlli sulla sicurezza della casa.

Secondo la teoria psicodinamica, nel disturbo ossessivo-compulsivo sono particolarmente attivi tre meccanismi di difesa dell'Io: *isolamento*, *annullamento* e *formazione reattiva*. Le persone che ricorrono al mecca-

A CENA FUORI: L'ESPERIENZA OSSESSIVO-COMPULSIVA

In questo articolo, comparso sul «New York Times» nel febbraio 2008, Jeff Bell, conduttore radiofonico, descrive l'esperienza difficile che si trovano a vivere le persone come lui ogni volta che vanno al ristorante per passare una «piacevole» serata.

I ristoranti sono progettati per essere ambienti piacevoli e rilassanti: è una delle ragioni principali per cui la gente adora mangiare fuori. Per molti di quelli che, come me, soffrono di disturbo ossessivo-compulsivo, non c'è alcun piacere in questo. Quando entriamo in una sala da pranzo tranquilla ed elegante vediamo cose che sappiamo di non essere in grado di controllare. [...]

Io per esempio non ho problemi quasi con nessun tipo di tavolo, anche se quelli traballanti possono farmi precipitare nell'ansia. Ho l'ossessione del danno fisico, ossia sono tormentato dalla paura che altre persone si facciano male per qualcosa che ho fatto io, o non ho fatto. Se sono seduto a un tavolo che non sta fermo, continuo a vedere immagini dei miei commensali feriti o schiacciati se non avverto subito la direzione del ristorante. Si chiama ossessione di riferimento nel gergo specifico e prima che imparassi come reprimere queste forti spinte, molti direttori hanno sentito la mia voce. [...]

Lasciamo perdere il piano del tavolo; il mio amico Matt S. mi dice che la cosa davvero importante è quello che sta sopra di esso, e precisamente dove. Per godersi il pasto deve assolutamente dividere spargisale e macinapepe, possibilmente frapponendo tra di essi un portatovaglioli o un altro divisorio. [...]

Certe nostre preoccupazioni possono sembrare familiari. Immagino che la maggior parte degli avventori, per esempio, abbia notato e abbia forse qualche volta anche tentato di togliere le macchioline bianche che a volte si vedono sugli oggetti argentati. Ma sospetto che pochi si siano spinti a fare ciò che Jared K. ha fatto per eliminarle: Jared, assistente ricercatore di 24 anni che abita fuori Boston, ha il timore ossessivo della contaminazione. [...] Lo scorso anno è andato in un ristorante cinese con un gruppo di amici, uno dei quali fece notare a un certo punto che gli oggetti argentati

sul tavolo erano macchiati e sembravano sporchi. Jared ha preso tutti gli oggetti sul tavolo e ha tentato di sterilizzarli tenendoli sopra la fiammella della grigliata cinese al centro del tavolo, attirando rapidamente l'attenzione del cameriere. [...]

Parte della mia ossessione del danno fisico è anche l'idea di contaminare gli altri con i germi della mia bocca. Anche se cerco sempre di tenere le dita lontane dalla bocca e dai relativi germi quando mangio, ci riesco di rado (non è facile come sembra). Alla fine del pasto sono convinto di avere le mani sporche e contaminate. Il problema è che poi devo mettere la mia firma sull'assegno con cui pagherò. Se sono fortunato, mi sono ricordato di portarmi una penna; altrimenti posso sentirmi costretto a pulirmi le mani a tavola con un piccolo trucco che ho imparato negli anni: uso la condensa che si forma all'esterno di un bicchiere di acqua fredda per togliermi i germi dalle mani. [...]

Quando ho firmato l'assegno, devo controllare di averlo firmato come si deve. Nel peggiore dei casi, mi sono trovato ad aprire e chiudere più e più volte i portassegni per controllare ogni volta la firma, senza mai riuscire a essere sicuro. Mi sono alzato da tavola e sono tornato a controllare ancora. E ancora. [...]

[Post-scriptum: dopo terapia di esposizione e di prevenzione della reazione]

Oggi sono stato in diversi posti, per raccontare come sono guarito e per lavorare con gruppi come la Fondazione per il disturbo ossessivo-compulsivo per fare conoscere questo problema. [...] Ho finito per mangiare in diversi ristoranti e ammetto sinceramente che sta incominciando a piacermi. Infatti preferisco sempre accompagnare i miei pasti con acqua ghiacciata, ma adesso la bevo, ho smesso di lavare le cose. Ora, quando dico «checkplease» [gioco di parole: check significa sia «assegno» che «controllo»], sto semplicemente chiedendo il conto.

Jeff Bell, *When Anxiety Is at the Table*, «The New York Times», 6 febbraio 2008.

Copyright© 2008 New York Times Company. Stampato con il permesso di PARS International. Inc. Tutti i diritti riservati.

simo di **isolamento** semplicemente disconoscono i pensieri indesiderati, che percepiscono come interferenze estranee. Coloro che applicano il meccanismo di **annullamento** mettono in atto comportamenti intesi a cancellare gli impulsi indesiderabili. Le persone che si lavano continuamente le mani, per esempio, stanno forse annullando simbolicamente i loro impulsi dell'Es, ritenuti inaccettabili. Le persone che sviluppano una **formazione reattiva** assumono comportamenti che esprimono

desideri del tutto opposti agli impulsi ritenuti inaccettabili. Ad esempio, alcuni possono manifestare nella vita quotidiana una gentilezza compulsiva e una grande dedizione nei confronti degli altri allo scopo di contrastare gli impulsi aggressivi.

Sigmund Freud riconduceva il disturbo ossessivo-compulsivo alla *fase anale* dello sviluppo (intorno ai due anni). Egli ipotizzava che in questa fase alcuni bambini provassero intensa rabbia e vergogna in seguito a espe-

rienze negative nel controllo delle funzioni sfinteriche. Altri teorici di orientamento psicodinamico sostengono invece che tali reazioni di rabbia infantile abbiano origine nel senso di insicurezza (Erikson, 1950; Sullivan, 1953; Horney, 1937). In ogni caso, questi bambini provano continuamente la necessità di esprimere gli impulsi forti e aggressivi dell'Es, sapendo allo stesso tempo che dovrebbero cercare di contenere e controllare tali impulsi. Se il conflitto tra Es e Io perdura nel tempo, può sfociare infine in un disturbo ossessivo-compulsivo. Nell'insieme, la ricerca non ha dato piena conferma della spiegazione psicodinamica (Fitz, 1990).

TRA LE RIGHE

Origini delle superstizioni

Evitare di passare sotto una scala a pioli: antico Egitto (3000 a.C.)

Toccare legno: Nord America (2000 a.C.)

Zampa di coniglio come portafortuna: Europa occidentale (epoca precedente al 600 a.C.)

Spezzare una forcella di volatile: Italia (epoca precedente al 400 a.C.)

Incrociare le dita: Europa occidentale (epoca precedente al 100 a.C.)

Evitare gli specchi rotti: antica Roma (I secolo)

Appendere un ferro di cavallo a protezione della casa: antica Grecia (IV secolo)

Evitare i gatti neri: Inghilterra (Medio Evo)

(Panati, 1987)

Nel trattamento di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, i terapeuti di indirizzo psicodinamico cercano di fare sì che il soggetto scopra e superi il conflitto interiore e il tipo di difesa, utilizzando le consuete tecniche di associazione libera e interpretazione del terapeuta. Dalla ricerca sono giunte tuttavia scarse conferme riguardo all'utilità di un approccio psicodinamico tradizionale (Bram, Björngvinsson, 2004). Così, attualmente alcuni terapeuti psicodinamici preferiscono trattare questi pazienti con terapie a breve termine che, come abbiamo visto nel Capitolo 2, sono più dirette e orientate all'azione rispetto alle tecniche classiche.

4.4.3 Prospettiva comportamentale

I clinici comportamentali si sono dedicati all'analisi e al trattamento delle compulsioni più che delle ossessioni. Essi ipotizzano che le persone s'imbattano nelle loro compulsioni in modo alquanto casuale. In una situazione ansiogena, può capitare che si ritrovino per caso a lavarsi le mani, per esempio, o a vestirsi in un certo modo. Quando la sensazione di paura è passata, essi collegano il miglioramento a quella particolare azione. Dopo ripetute associazioni accidentali, si convincono che quell'azione porti loro fortuna o abbia effettivamente

cambiato la situazione, e dunque continuano a eseguire quella stessa azione in situazioni analoghe. L'atto diviene così un metodo di prima scelta per evitare o ridurre l'ansia (Frost, Steketee, 2001).

Isolamento: meccanismo difensivo dell'Io in cui le persone si isolano inconsciamente e disconoscono i pensieri indesiderabili e non voluti, interpretandoli come interferenze estranee.

Annullamento: meccanismo di difesa dell'Io in cui le persone cancellano inconsciamente desideri o atti ritenuti inaccettabili mettendo in atto comportamenti dal significato opposto.

Formazione reattiva: meccanismo di difesa dell'Io in cui le persone sopprimono desideri ritenuti inaccettabili assumendo comportamenti che esprimono desideri opposti.

Esposizione e prevenzione della risposta: trattamento comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo che espone il soggetto a pensieri o situazioni ansiogeni e successivamente gli impedisce di mettere in atto gli atti compulsivi a cui è abituato. È detto anche *esposizione e prevenzione del rituale*.

Stanley Rachman, noto scienziato clinico, ha dimostrato nei suoi studi che in effetti le compulsioni sono seguite da una riduzione dell'ansia. In un esperimento, per esempio, dodici soggetti che manifestavano la compulsione a lavarsi continuamente le mani furono messi a contatto con oggetti che consideravano contaminati (Hodgson, Rachman, 1972). I rituali messi in atto dai soggetti sembravano in effetti ridurre l'ansia, confermando così l'ipotesi comportamentista.

TRA LE RIGHE

Rotolarsi nel fango

La tecnica dell'*esposizione e prevenzione della risposta* prevede che le persone con compulsioni alla pulizia possano ad esempio fare del giardinaggio e poi resistere alla tentazione di lavarsi le mani o fare la doccia. Magari non si spingeranno a partecipare a una lotta nel fango per divertimento, ma l'idea dovrebbe essere chiara.

Se le persone continuano a mettere in atto certi comportamenti allo scopo di impedire delle conseguenze negative e assicurarsi un esito positivo, non potrebbero apprendere che tali comportamenti in realtà non sono utili? In un trattamento comportamentale detto **esposizione e prevenzione della risposta** (o **esposizione e prevenzione del rituale**), ideato dallo psichiatra Victor Meyer (1966), i soggetti vengono ripetutamente esposti a oggetti e situazioni ansiogeni, paure ossessive e comportamenti compulsivi, ma viene raccomandato loro di *resistere* e non cedere ai comportamenti che si sentono

costretti a mettere in atto. Poiché essi trovano molte difficoltà a resistere a tali comportamenti, i terapeuti possono mostrare loro come fare.

Attualmente la tecnica dell'esposizione e prevenzione della risposta è molto utilizzata sia come terapia individuale che di gruppo. Alcuni terapeuti propongono anche delle procedure di *auto-aiuto* da svolgere a casa (Foa et al., 2005): vengono cioè assegnati ai soggetti dei compiti di esposizione e prevenzione della risposta, come quelli riportati di seguito nel caso di una donna con compulsione alla pulizia:

1. Vietato passare il panno sul pavimento del bagno per una settimana. Quindi, puliscilo in tre minuti con un panno qualsiasi. Usa lo stesso panno anche per altre faccende, senza lavarlo.
2. Procurati un pullover di lana morbida e pelosa e indossalo per una settimana. Quando ti spogli per la notte, non eliminare i pallini di lana. Non pulire la casa per tutta la settimana.
3. Tutta la famiglia deve stare in casa con le scarpe. Non pulire la casa per una settimana.
4. Lascia cadere un biscotto sul pavimento non pulito, raccoglilo da terra e mangialo.
5. Lascia lenzuola e coperte sul pavimento, poi rifai il letto. Non cambiare le lenzuola per una settimana. (Emmelkamp, 1982, pp. 299-300)

Alla fine la donna riuscì a stabilire una routine ragionevole per la pulizia personale e della casa.

Tra il 55 e l'85% dei soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo sono migliorati notevolmente con la tecnica di esposizione e prevenzione della risposta, miglioramenti spesso anche a lungo termine (McKay, Taylor, Abramowitz, 2010; Abramowitz et al., 2008). L'efficacia dell'approccio suggerisce che chi soffre di questo disturbo è un po' come il superstizioso di una vecchia barzelletta, che continua a schiacciare le dita per tenere lontani gli elefanti. Quando qualcuno gli dice «Ma qui non ci sono elefanti», l'uomo replica «Vedi? Funziona!». Uno studio conclude: «A posteriori, si nota che il soggetto con il disturbo [ossessivo-compulsivo] continua a schiacciare le dita, e se non smette di farlo (prevenzione della risposta) e allo stesso tempo non si guarda attorno (esposizione), non imparerà niente di utile sugli elefanti» (Berk, Efran, 1983, p. 546).

TRA LE RIGHE

Una battaglia persa

Coloro che cercano di evitare ogni genere di contaminazione e di liberare se stessi e il mondo circostante da tutti i germi combattono una battaglia persa in partenza. Mentre parla, ognuno di noi emette 300 microscopiche goccioline di saliva al minuto, circa 2,5 a parola.

Allo stesso tempo, la ricerca ha evidenziato alcuni limiti nell'esposizione e prevenzione della risposta. Solo in pochi soggetti, tra quelli che hanno ricevuto il trattamento, si ha la scomparsa di tutti i sintomi e circa un quarto di essi non mostra alcun miglioramento (Foa et al., 2005; Frost, Steketee, 2001). Inoltre si tratta di un approccio poco utile nel caso di coloro che hanno ossessioni, ma non compulsioni (Hohagen et al., 1998).

4.4.4 Prospettiva cognitiva

Per i teorici di orientamento cognitivo la spiegazione del disturbo ossessivo-compulsivo inizia dal concetto che tutti hanno pensieri ripetitivi, indesiderati e intrusivi. Per esempio, a chiunque può accadere di pensare di fare male agli altri o di essere contaminato da microbi, ma la maggior parte delle persone scaccia o ignora agevolmente questi pensieri (Baer, 2001). Le persone affette dal disturbo, in genere danno la colpa a se stesse se hanno questi pensieri e si aspettano che accada qualcosa di terribile (Shafran, 2005; Salkovskis, 1999, 1985). Per evitare conseguenze negative cercano di **neutralizzare** i pensieri, ossia pensano o si comportano in modo da sistemare le cose o modificarle (Salkovskis et al., 2003).

Come atto di neutralizzazione i soggetti possono ad esempio chiedere rassicurazioni particolari agli altri, pensare deliberatamente solo a cose «positive», lavarsi le mani o controllare ogni possibile fonte di pericolo. Quando uno sforzo di questo tipo apporta un temporaneo miglioramento dello stato d'ansia, viene rinforzato e verrà probabilmente ripetuto. Alla fine il pensiero o atto di neutralizzazione viene utilizzato così spesso che diviene, per definizione, un'ossessione o una compulsione. Allo stesso tempo, il soggetto si convince sempre più della pericolosità dei pensieri intrusivi e spiacevoli. Quando la paura di tali pensieri aumenta, questi iniziano a presentarsi sempre più di frequente e diventano a loro volta ossessivi.

A sostegno di questa spiegazione, gli studi hanno rilevato che le persone con disturbo ossessivo-compulsivo hanno pensieri intrusivi più spesso degli altri, ricorrono a strategie di neutralizzazione più elaborate e constatano una diminuzione dell'ansia dopo l'uso di tali tecniche (Shafran, 2005; Salkovskis et al., 2003).

Tutti quanti hanno talora pensieri indesiderati, ma solo alcuni sviluppano un disturbo ossessivo-compulsivo. Per prima cosa dovremmo chiederci come mai queste persone trovano angosciosi dei pensieri normali. I ricercatori hanno scoperto che questa popolazione tende (1) a essere maggiormente depressa rispetto al resto della popolazione (Hong et al., 2004), (2) ad avere standard di condotta e di morale eccezionalmente elevati (Rachman, 1993), (3) a ritenere che i propri pensieri intrusivi equivalgano ad azioni e siano in grado di causare danni (Steketee et al., 2003) e (4) a ritenere in generale di do-

vere per forza riuscire a controllare tutti i propri pensieri e azioni (Coles et al., 2005).

I terapeuti di orientamento cognitivo guidano i pazienti a concentrarsi sui processi cognitivi implicati nel disturbo ossessivo-compulsivo che li affligge. Essi dapprima spiegano loro che l'interpretazione erranea dei pensieri indesiderati, un eccessivo senso di responsabilità e gli atti di neutralizzazione contribuiscono in realtà a produrre e a mantenere costanti i sintomi nel tempo. Poi guidano i pazienti nell'identificare, analizzare e modificare le proprie percezioni distorte. In apparenza, le tecniche cognitive di questo tipo si rivelano spesso utili a ridurre il numero e l'impatto di ossessioni e compulsioni (Rufer et al., 2005; Eddy et al., 2004).

TRA LE RIGHE

Amore e ossessione

Un gruppo di ricercatori ha scoperto che l'attività della serotonina nei soggetti che hanno affermato di essersi recentemente innamorati era bassa quanto quella dei soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo. (Marazziti et al., 1999; Asimov, 1997).

L'approccio comportamentale (esposizione e prevenzione della risposta) e l'approccio cognitivo si sono dimostrati entrambi efficaci per il trattamento di soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo, ma la ricerca indica che una combinazione dei due approcci spesso è più efficace rispetto a uno solo dei due interventi (McKay et al., 2010; Foa et al., 2005). Con il *trattamento cognitivo-comportamentale* i pazienti apprendono per prima cosa a considerare i pensieri ossessivi come eventi imprecisi e non cognizioni valide e pericolose delle quali sono responsabili e riguardo alle quali devono agire. Quando affinano la capacità di identificare e riconoscere i pensieri per quello che sono, si sentono meno obbligati ad agire, sono più disposti a sottoporsi alla durezza dell'esposizione e prevenzione della risposta e in generale è più facile che traggano beneficio dalla tecnica comportamentale.

4.4.5 Prospettiva biologica

Negli ultimi anni le linee di ricerca hanno evidenziato che i fattori biologici hanno un ruolo essenziale nel disturbo ossessivo-compulsivo e sono stati parallelamente messi a punto alcuni promettenti trattamenti biologici. Da questa prospettiva è emerso (1) una ridotta attività del neurotrasmettitore *serotonina* e (2) un funzionamento anomalo in alcune importanti aree cerebrali.

Come abbiamo visto più sopra, la *serotonina*, come il GABA e la noradrenalina, è una sostanza chimica che trasporta messaggi a livello cerebrale tra un neurone e l'altro. Il primo indizio sul ruolo potenzialmente causale che esso assolve nel disturbo ossessivo-compulsivo, è venuto dalla constatazione che due farmaci antidepressivi,

la *clomipramina* e la *fluoxetina* (Anafranil e Prozac), in realtà, riducono anche i sintomi di tipo ossessivo e compulsivo (Stein, Fineberg, 2007).

Poiché questi particolari farmaci aumentano l'attività della serotonina, alcuni studiosi hanno concluso che il disturbo potrebbe essere causato proprio da una bassa attività di tale neurotrasmettitore. Infatti, nel caso di disturbo ossessivo-compulsivo si dimostrano utili solo i farmaci antidepressivi che aumentano tale attività, mentre gli antidepressivi che agiscono per lo più su altri neurotrasmettitori non hanno in genere alcun effetto su questo disturbo (Jenike, 1992). Eppure, altri studi recenti indicano che altri neurotrasmettitori, in particolare il *glutammato*, il *GABA* e la *dopamina* hanno anch'essi un ruolo importante nello sviluppo del disturbo ossessivo-compulsivo (Lambert, Kinsley, 2005).

Neutralizzazione: tentativo di eliminare pensieri indesiderati pensando e comportandosi in modo da sistemare le cose interiormente per contrastare i pensieri inaccettabili.

Serotonina: neurotrasmettitore la cui attività anomala è connessa a depressione, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi dell'alimentazione.

Corteccia orbitofrontale: regione cerebrale in cui hanno origine gli impulsi connessi con l'escrezione, la sessualità, la violenza e altre attività primitive.

Nuclei caudati: strutture cerebrali che hanno sede nella regione detta dei gangli basali, attiva nella conversione delle informazioni sensoriali in pensieri e azioni.

Un'altra linea di ricerca ha collegato il disturbo ossessivo-compulsivo a un funzionamento anomalo in regioni specifiche del cervello, in particolare la **corteccia orbitofrontale** (appena sopra gli occhi) e i **nuclei caudati** (strutture poste nella regione cerebrale detta *gangli basali*). Queste regioni fanno parte di un circuito cerebrale deputato alla conversione di informazioni sensoriali in pensieri e azioni (Stein, Fineberg, 2007). Il circuito ha inizio nella corteccia orbitofrontale, in cui hanno origine gli impulsi sessuali, violenti e altri impulsi di tipo primitivo. Tali impulsi si spostano poi ai nuclei caudati, i quali agiscono da filtro inviando solo gli impulsi più potenti al *talamo*, la tappa successiva del circuito (si veda la **Figura 4.6**). Se gli impulsi raggiungono il talamo, la persona è stimolata a pensare ulteriormente e forse ad agire. Molti studiosi oggi ritengono che in alcune persone la corteccia orbitofrontale o i nuclei caudati siano iperattivi e si verifichi una costante eruzione di pensieri indesiderati e di azioni (Lambert, Kinsley, 2005). Negli ultimi anni sono state identificate altre componenti di questo circuito cerebrale, tra cui la *corteccia cingolata* e, ancora una volta, l'*amigdala* (Stein, Fineberg, 2007). Non è escluso che anche queste

regioni abbiano un ruolo essenziale nel disturbo ossessivo-compulsivo.

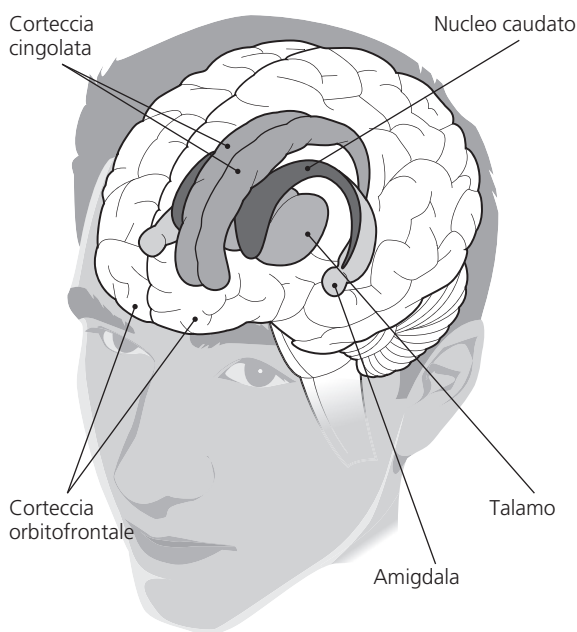
TRA LE RIGHE

Usare con parsimonia

Nei primi anni del Novecento, le aziende farmaceutiche non erano tenute a dimostrare l'efficacia e la non pericolosità dei loro prodotti. Il *Brain Salt*, ad esempio, una medicina brevettata contro l'ansia e le difficoltà connesse, prometteva di curare esaurimento nervoso, mal di testa, indigestione, palpitazioni cardiache e insonnia.

A sostegno della teoria del circuito cerebrale, i clinici osservano da anni che i sintomi ossessivo-compulsivi possono manifestarsi o scomparire dopo che la corteccia orbitofrontale, i nuclei caudati o altre aree del circuito subiscono un danno a causa di incidenti o malattie (Cotzler, 2004). Studi condotti mediante neuroimmagini cerebrali indicano che i nuclei caudati e la corteccia orbitofrontale di soggetti partecipanti alla ricerca con disturbo ossessivo-compulsivo sono più attivi che nei soggetti del gruppo di controllo (Chamberlain et al., 2005; Baxter et al., 2001, 1990).

Figura 4.6 Biologia del disturbo ossessivo-compulsivo. Le strutture cerebrali per le quali si è stabilito un collegamento con il disturbo ossessivo-compulsivo comprendono la corteccia orbitofrontale, il nucleo caudato, il talamo, l'amigdala e la corteccia cingolata. Tali strutture possono essere iperattive nelle persone affette da questo disturbo.



È possibile stabilire un nesso tra la spiegazione del disturbo basata sulla serotonina e quella del circuito cerebrale. È noto che la serotonina, assieme ai neurotrasmettitori glutamato, GABA e dopamina, ha un ruolo importante nell'attività della corteccia orbitofrontale, dei nuclei caudati e di altre aree del circuito cerebrale, pertanto l'attività anomala di uno o più neurotrasmettitori può contribuire al funzionamento scorretto del circuito.

TRA LE RIGHE

Sogni infantili

Gli studi indicano che i neonati che appaiono in generale ansiosi o «problematici» tendono più degli altri ad avere incubi durante l'infanzia (Simard et al., 2008).

Da quando i ricercatori hanno scoperto per la prima volta che certi farmaci antidepressivi sono utili nel ridurre ossessioni e compulsioni, l'uso di questi farmaci è entrato nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (Julien, 2008). Oggi si sa che gli antidepressivi non aumentano soltanto l'attività della serotonina nel cervello, ma contribuiscono anche a normalizzare l'attività della corteccia orbitofrontale e dei nuclei caudati (Stein, Fineberg, 2007; Baxter et al., 2000, 1992). Gli studi indicano che la clomipramina (Anafranil), la fluoxetina (Prozac), la fluvoxamina (Fevarin) e altri antidepressivi apportano miglioramenti nel 50-80% dei soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo (Bareggi et al., 2004). In genere ossessioni e compulsioni non scompaiono del tutto, ma in media sono pressoché dimezzate nel giro di otto settimane di trattamento (DeVaugh-Geiss et al., 1992). Le persone trattate solo con farmaci tendono tuttavia ad avere delle recidive quando sospendono la terapia. Per questo motivo, sempre più persone con disturbo ossessivo-compulsivo oggi vengono trattate con una combinazione di terapie comportamentali, cognitive e farmacologiche. Secondo le ricerche, in questo modo si ottiene una percentuale maggiore di riduzione dei sintomi, i pazienti si sentono meglio e i miglioramenti possono persistere per diversi anni (Kordon et al., 2005; Rufer et al., 2005).

Com'è ovvio, il quadro terapeutico per il disturbo ossessivo-compulsivo ha fatto grandi progressi negli ultimi quindici anni e in realtà oggi il disturbo può essere trattato con diversi tipi di terapie, anche in combinazione tra loro. Infatti, almeno due studi indicano che gli approcci di tipo comportamentale, cognitivo e biologico possono avere in ultima analisi lo stesso effetto sul cervello. In questi studi, sia i soggetti che rispondevano a trattamenti di tipo comportamentale, sia coloro che rispondevano ai farmaci antidepressivi hanno mostrato una significativa riduzione dell'attività dei nuclei caudati (Stein, Fineberg, 2007; Baxter et al., 2000, 1992).

Sintesi

Disturbo ossessivo-compulsivo

Le persone che soffrono di disturbo ossessivo-compulsivo provano ossessioni e/o eseguono azioni compulsive. Le compulsioni sono spesso una reazione ai pensieri ossessivi.

Secondo la teoria psicodinamica, i sintomi delle nevrosi ossessive rappresentano il tentativo del soggetto di controllare i profondi vissuti aggressivi e i sensi di colpa persecutori che popolano il suo mondo interno. Per difendersi da questi il soggetto mette in atto difese quali la formazione reattiva, lo spostamento e l'annullamento. I teorici di orientamento comportamentale ritengono, invece, che i comportamenti compulsivi si sviluppino da associazioni casuali. Il trattamento comportamentale più utilizzato abbina una prolungata esposizione alla prevenzione della risposta. I teorici cognitivi sostengono che il disturbo ossessivo-compulsivo derivi dalla normale tendenza umana ad avere pensieri indesiderati e spiacevoli. Il tentativo erroneo di alcuni soggetti di comprendere, eliminare o evitare tali pensieri porta in effetti ad avere ossessioni e compulsioni. La terapia cognitiva per questo disturbo guida i pazienti a correggere e modificare le proprie interpretazioni erranee dei pensieri indesiderati. Secondo la ricerca, un approccio combinato cognitivo-comportamentale si rivela spesso più efficace della sola terapia cognitiva o comportamentale.

I ricercatori biologici hanno stabilito un nesso tra disturbo ossessivo-compulsivo, bassa attività della serotonina e funzionamento anomalo della corteccia orbitofrontale, dei nuclei caudati o di altre regioni del circuito cerebrale legato al disturbo ossessivo-compulsivo. I farmaci antidepressivi che aumentano l'attività della serotonina si sono dimostrati una forma di trattamento efficace.

4.5 I CAMBIAMENTI PROPOSTI NEL DSM-5

La *task force* del gruppo di ricercatori impegnati nella stesura del DSM-5 ha proposto di includere molti dei disturbi ora facenti parte dei disturbi d'ansia in un nuovo gruppo di patologie. Nella nuova classificazione il disturbo acuto da stress e il disturbo post-traumatico da stress dovrebbero essere inclusi nel gruppo «Disturbi correlati a traumi e fattori di stress». In questi disturbi,

infatti, oltre all'ansia osserviamo la presenza di dissociazione e depressione. Si tratta inoltre di disturbi che prevedono la presenza di un evento traumatico.

La proposta è quella d'inserire il disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) in un nuovo gruppo del DSM-5, i «Disturbi ossessivo-compulsivi e correlati». Il cambiamento non intende sottovalutare il ruolo dell'ansia in questo disturbo, ma piuttosto spostare l'accento sugli impulsi indesiderati che caratterizzano le ossessioni e le compulsioni. Oltre all'OCD potrebbero far parte di questo nuovo gruppo molti altri disturbi, ad esempio la *disposofobia* (ovvero la tendenza all'accumulo patologico o all'accaparramento compulsivo di oggetti, spesso definito anche *hoarding*), la *tricotillomania* e la *dermatillomania* (ovvero strapparsi peli o pellicine), ognuno dei quali comporta impulsi indesiderati di qualche tipo. Un altro genere di cambiamenti riguarda due degli attuali disturbi d'ansia che nel DSM-5 potrebbero essere considerati come un quadro più ampio dei disturbi d'ansia. La *task force* del DSM-5 ha proposto di sostituire ufficialmente il termine fobia sociale con disturbo da *ansia* sociale. Questo cambiamento intende rendere conto dell'impatto ampio e pervasivo di questo disturbo d'ansia e distinguerlo ulteriormente dalle paure circoscritte presenti in fobie specifiche. La *task force* ha inoltre proposto che l'agorafobia sia considerata una categoria clinica specifica e non un sintomo aggiuntivo del disturbo di panico. Questo cambiamento chiarirebbe meglio che questo modello di ansia, ovvero la agorafobia, si verifica spesso in assenza di attacchi di panico. Un ulteriore cambiamento importante proposto per il DSM-5 è la creazione di una nuova categoria, il disturbo misto d'ansia e depressione. Molti individui con il disturbo d'ansia soffrono anche di depressione e i sintomi, in una serie di casi, si confondono talmente che è virtualmente impossibile per un clinico affermare se una persona sia affetta da un disturbo d'ansia o da un disturbo depressivo. Secondo la proposta del DSM-5, le persone con questo modello, in realtà, sono affette da un disturbo diverso sia dall'ansia sia dalla depressione e si dovrebbe diagnosticare loro un disturbo misto d'ansia e depressione. Alcuni dei cambiamenti proposti, come si è già detto, potrebbero non essere recepiti nell'edizione definitiva del DSM-5. Anche in questo caso, tuttavia, è importante comprendere il valore dei suggerimenti della *task force* del DSM-5, dei gruppi di lavoro e la logica sottostante. Le loro proposte contribuiscono almeno a rendere evidenti alcuni limiti presenti nelle categorie dei disturbi d'ansia del DSM-IV-TR e indicano orientamenti condivisi da esperti del settore.

Riflessioni critiche

1. Se la paura è un'esperienza così angosciata, perché tante persone apprezzano e addirittura ricercano le sensazioni di paura che si provano sulle montagne russe, con il bungeejumping, davanti a un film dell'orrore o con altre esperienze del genere?
2. Perché i farmaci ansiolitici sono tanto diffusi nel mondo moderno?
3. Perché tante persone che per lavoro si esibiscono davanti agli altri sembrano particolarmente soggette all'ansia sociale? La ripetuta esposizione al pubblico non dovrebbe comportare una riduzione della paura?
4. Oggi i comitati di controllo sulla ricerca con partecipanti umani non permetterebbero più a Watson e Rayner di condurre il proprio studio sul piccolo Albert. Quali obiezioni potrebbero sollevare riguardo alla procedura?
5. Provate a pensare a qualche situazione in cui avete istintivamente messo in atto una versione molto semplice della tecnica di esposizione e prevenzione della risposta allo scopo di cessare un dato comportamento. La vostra tecnica ha avuto successo?

Parole chiave

- Acido gamma-aminobutirrico (GABA), p. 100
- Addestramento alle abilità sociali, p. 110
- Agorafobia, p. 111
- Amigdala, p. 112
- Annullamento, p. 121
- Ansia, p. 92
- Attacchi di panico, p. 111
- Benzodiazepine, p. 100
- Biofeedback, p. 102
- Challenge test biologico, p. 114
- Compulsione, p. 116
- Condizionamento classico, p. 105
- Corteccia orbitofrontale, p. 123
- Credenze irrazionali di fondo, p. 96
- Desensibilizzazione sistematica, p. 108
- Disturbi di panico, p. 111
- Disturbo d'ansia generalizzato, p. 92
- Disturbo ossessivo-compulsivo, p. 116
- Elettromiografia (EMG), p. 102
- Esposizione e prevenzione della risposta, p. 121
- Farmaci sedativo-ipnotici, p. 101
- Flooding, p. 108
- Fobia sociale, p. 104
- Fobia specifica, p. 103
- Fobia, p. 103
- Formazione reattiva, p. 121
- Generalizzazione dello stimolo, p. 107
- Isolamento, p. 121
- Locus ceruleus, p. 112
- Modellamento, p. 107
- Neutralizzazione, p. 123
- Noradrenalina, p. 112
- Nuclei caudati, p. 123
- Ossessione, p. 116
- Paura, p. 92
- Predisposizione, p. 107
- Sensibilità all'ansia, p. 114
- Serotonina, p. 123
- Studi sul pedigree familiare, p. 100
- Terapia centrata sul paziente, p. 96
- Terapia razionale-emotiva, p. 99
- Training autogeno, p. 102
- Trattamento di esposizione, p. 108

Domande di riepilogo

1. Quali sono i principi di fondo delle spiegazioni socioculturale, psicodinamica, umanistica, cognitiva e biologica del disturbo d'ansia generalizzato?
2. Qual è l'efficacia dimostrata dai trattamenti per il disturbo d'ansia generalizzato?
3. Definite e fate un confronto fra i tre tipi di fobia.
4. Come spiegano le fobie i comportamentisti? Quali prove esistono per queste spiegazioni?
5. Descrivete le tre tecniche comportamentali di esposizione utilizzate per il trattamento delle fobie specifiche.
6. Quali sono i due componenti di una fobia sociale, e in che modo viene trattato ognuno di essi?
7. Come spiegano il disturbo di panico i teorici di orientamento biologico e cognitivo? Quali sono i principali trattamenti biologici e cognitivi per questo disturbo?
8. Descrivete diversi tipi di ossessioni e compulsioni.
9. Quali fattori sono ritenuti importanti nel disturbo ossessivo-compulsivo dai teorici di orientamento psicodinamico, comportamentale, cognitivo e biologico?
10. Descrivete e confrontate l'efficacia della tecnica di esposizione e di prevenzione della risposta e della terapia con antidepressivi nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo.



DISTURBI DA STRESS

Il caporale maggiore Latrell Robinson, 25 anni, celibe e afroamericano, era un riservista attivato della Guardia Nazionale [di servizio nella guerra in Iraq]. Latrell Robinson era stato un ottimo studente universitario e un eccellente atleta, cresciuto nei quartieri popolari con una madre non sposata. [...]

Dopo avere iniziato come addetto ai trasporti, è stato richiamato in servizio attivo e ha seguito un nuovo corso di addestramento nella polizia militare, per essere dislocato con la sua unità in Iraq. Gli piaceva l'attività intensa della sua unità di intervento e nel giro di breve tempo era diventato un leader informale per gli altri, per lo stile aggressivo e la fiducia in sé stesso dimostrati. Si era trovato in combattimento più volte mentre faceva da scorta armata ai convogli e come addetto alla sicurezza e in diverse occasioni era stato sotto il fuoco incrociato di armi di piccolo calibro; aveva assistito all'uccisione e al ferimento di numerosi civili e soldati iracheni, sentendosi qualche volta impotente quando era obbligato a un aggrimento o a un'azione elusiva. Iniziò a sviluppare una crescente sfiducia nei confronti dell'ambiente [in Iraq] in seguito all'apparente peggioramento della situazione «nelle strade». Ha cominciato ad avere la sensazione di trovarsi spesso inutilmente in pericolo assieme ai suoi commilitoni.

[Nel 2003], durante una missione di routine, in qualità di autista dell'HUMVEE in testa al convoglio, il suo veicolo fu colpito da uno IED, un ordigno esplosivo improvvisato, causando una pioggia di schegge che lo ferirono al collo, a un braccio e a una gamba. Un altro uomo a bordo del veicolo rimase ferito ancora più gravemente. [...] Fu trasferito al CSH, Combat Support Hospital, per essere curato e tornò in servizio [...] dopo parecchi giorni, ancora con le stampelle e con un dolore cronico al collo a causa di una scheggia penetrata nei tessuti. Ha cominciato a provare ostilità e rancore nei confronti del suo comando e dei medici che lo trattenevano [in Iraq] nonostante non fosse in grado di svolgere efficacemente il suo lavoro. Ha iniziato a sviluppare insonnia, ipervigilanza e reazioni di allarme. Faceva di frequente sogni dell'evento scatenante, e aveva pensieri intrusivi ossessivi e flashback dell'attacco. Si isolava sempre di più dagli amici e ha iniziato a soffrire

di anedonia, a sentirsi estraniato dagli altri e a temere di avere un futuro breve. È stato quindi inviato a consulto psichiatrico presso il CSH. [...]

Dopo due mesi di riabilitazione non riuscita per le ferite riportate e un peggioramento dei sintomi depressivi e d'ansia, è stato trasferito a [...] un centro medico militare [negli Stati Uniti]. [...] È stato sottoposto a controlli per i sintomi psichiatrici e inviato a un centro esterno per la valutazione e la gestione dei disturbi. I sintomi corrispondevano ai criteri del DSM-IV per il disturbo post-traumatico da stress e gli è stata offerta una terapia farmacologica, una terapia di supporto e una terapia di gruppo. [...] Era incerto se prendere dei giorni di congedo o di licenza per convalescenza da passare a casa, temendo di essere «diverso, nervoso o aggressivo» nei confronti dei familiari o della fidanzata. Dopo tre mesi presso il centro di servizi militari, è stato [sospeso dal servizio] e inviato all'ospedale locale per veterani, dove è stato preso in carico per proseguire il trattamento.

National Center for PTSD, 2008

Sottoposti all'orrore del combattimento, spesso i soldati manifestano forti sintomi di ansia e depressione, oltre che problemi fisici. Per molti, inoltre, come nel caso di Latrell, le reazioni a uno stress straordinario perdurano molto tempo dopo l'esperienza vissuta.

Ma non sono solo i soldati in guerra a essere colpiti dallo stress, e non è necessario che lo stress arrivi al livello del trauma da combattimento per avere un profondo effetto sul funzionamento psicologico e fisico. Lo stress si presenta in molteplici forme e dimensioni e tutti ne siamo fortemente colpiti.

Tutti proviamo un certo livello di stress ogni volta che ci troviamo di fronte a richieste o eventi che richiedono un cambiamento. Lo stato di stress ha due componenti: uno *stressor*, o fattore di stress, l'evento che crea l'esigenza di cambiamento, e una *risposta allo stress*, ossia le reazioni individuali alle varie richieste. I fattori di stress della vita possono essere le normali seccature quotidiane, come il traffico nell'ora di punta; gli eventi fondamentali, come la laurea o il matrimonio; problemi cronici, come la povertà o la cattiva salute; gli eventi traumatici, come gli inci-

denti gravi, le aggressioni, gli uragani o il combattimento militare. La risposta a tali fattori è influenzata da come vengono giudicati sia gli eventi sia la nostra capacità di reagire in maniera efficace (Russo, Tartaro, 2008; Lazarus, Folkman, 1984). Coloro che avvertono di avere la capacità e le risorse per reagire hanno più probabilità di affrontare i fattori di stress nel modo giusto e di rispondere adeguatamente.

Quando un fattore di stress si trasforma in una minaccia, la reazione naturale è di allarme e di paura, come abbiamo visto nel Capitolo 4. Come ricorderete, la paura è in realtà un insieme di reazioni *fisiche, emotive e cognitive*. Le manifestazioni fisiche comprendono un'aumentata traspirazione, respirazione accelerata, tensione muscolare e accelerazione del battito cardiaco. Impallidire, avere la pelle d'oca e senso di nausea sono altre reazioni fisiche. Le risposte emotive alle minacce estreme sono il senso di orrore, il terrore fino al panico, mentre dal punto di vista cognitivo la paura può interferire con la capacità di concentrazione e distorcere la visione del mondo. Si può esagerare la gravità effettiva della minaccia o ricordare fatti ed eventi in modo erroneo.

Le reazioni da stress e la sensazione di paura da esse pro-

dotta sono spesso al centro di disturbi psicologici. Le persone che sperimentano numerosi eventi stressanti sono particolarmente vulnerabili all'insorgenza dei disturbi d'ansia che abbiamo esaminato nel Capitolo 4. Analogamente, l'aumento dello stress è collegato all'insorgere di depressione, schizofrenia, disfunzioni sessuali e altri problemi psicologici.

Inoltre lo stress ha un ruolo ancora più evidente in alcuni disturbi psicologici e fisici. In tali disturbi, le caratteristiche dello stress si fanno gravi e debilitanti, persistono per un lungo periodo di tempo e possono rendere impossibile una vita normale. I maggiori disturbi da stress psicologico sono il *disturbo acuto da stress* e il *disturbo post-traumatico da stress (DSPT)*. Il DSM-IV-TR elenca tecnicamente questi modelli tra i disturbi d'ansia, ma come vedremo le loro caratteristiche si estendono ben oltre questi. I disturbi da stress fisico sono chiamati in genere *disturbi psicofisiologici*, problemi attualmente riportati dal DSM-IV-TR nel gruppo *fattori psicologici che interessano la condizione medica*. Di questi disturbi da stress, sia psicologici che fisici, ci occuperemo nel presente capitolo. Prima di passare a esaminarli, è necessario comprendere in che modo cervello e corpo reagiscono allo stress.

5.1 STRESS E STIMOLO: LA RISPOSTA «FIGHT OR FLIGHT»

Le caratteristiche dell'allarme e della paura vengono attivate da un'area specifica del cervello, l'*ipotalamo*. Quando il cervello interpreta una situazione come pericolosa, l'ipotalamo rilascia dei neurotrasmettitori che attivano una scarica di neuroni in tutto il cervello e il rilascio di sostanze chimiche in tutto il corpo. In realtà l'ipotalamo attiva due importanti sistemi: il *sistema nervoso autonomo* e il *sistema endocrino*.

TRA LE RIGHE

L'odore della paura?

Lo stress è inodore. Nel corso di eventi molto stressanti, sono i batteri che colonizzano il nostro corpo a produrre il caratteristico odore di sudore.

Il **sistema nervoso autonomo (SNA)** è una rete estesa di fibre nervose che collegano il *sistema nervoso centrale* (encefalo e midollo spinale) a tutti gli altri organi del corpo. Tali fibre intervengono nel controllo delle attività *involontarie* degli organi, ossia respirazione, battito cardiaco, pressione sanguigna, traspirazione e simili (si veda la **Figura 5.1**). Il **sistema endocrino** è costituito dall'insieme delle *ghiandole* localizzate in tutto il corpo. (Come abbiamo visto nel Capitolo 2, le ghiandole riversano *ormoni* nel flusso sanguigno, per raggiungere i vari organi.)

Il sistema nervoso autonomo e il sistema endocrino spesso si sovrappongono nei loro compiti. Vi sono due vie principali attraverso le quali i due sistemi producono il senso di allarme e le reazioni di paura, l'asse del *sistema nervoso simpatico* e l'asse *ipotalamo-ipofisi-surrene*.

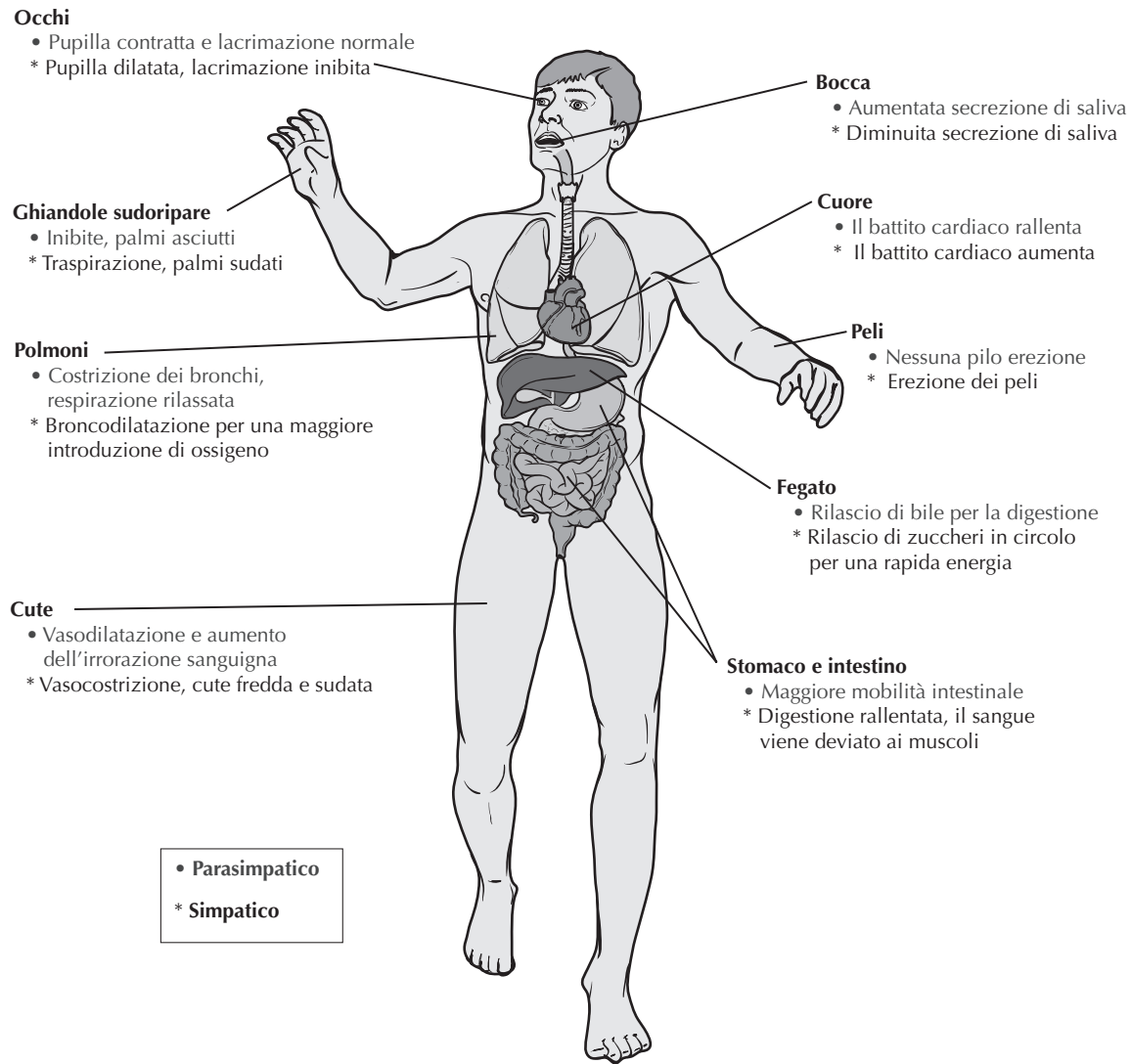
Sistema nervoso autonomo (SNA): insieme di fibre nervose che collegano il sistema nervoso centrale a tutti gli altri organi.

Sistema endocrino: sistema di ghiandole localizzate in tutto il corpo che contribuisce al controllo di attività importanti come la crescita e l'attività sessuale.

Sistema nervoso simpatico: fibre nervose del sistema nervoso autonomo che fanno accelerare il battito cardiaco e producono altri cambiamenti percepiti come allarme e paura.

Quando ci troviamo in una situazione di pericolo, l'ipotalamo attiva per prima cosa il **sistema nervoso simpatico**, un insieme di fibre del sistema nervoso autonomo che lavorano per accelerare il nostro battito cardiaco e produrre gli altri cambiamenti percepiti come paura o ansia. Queste fibre nervose possono stimolare direttamente gli organi bersaglio, ad esempio possono influire direttamente sul cuore per aumentare la frequenza cardiaca. Esse però possono agire sugli organi anche in modo indiretto, stimolando le *ghiandole surrenali* (ghiandole poste al disopra del polo superiore di ciascun rene), in particolare l'area detta *parte midollare del sur-*

Figura 5.1 Il sistema nervoso autonomo (SNA). Quando la parte simpatica del SNA è attivata, vengono stimolati alcuni organi e inibiti altri. Ne risulta uno stato di allarme generale. Viceversa, l'attivazione delle fibre parasimpatiche produce un effetto calmante generale.



rene. Sotto stimolo, la parte midollare secreta *adrenalina (epinefrina)* e *noradrenalina (norepinefrina)*. Abbiamo già visto che si tratta di importanti neurotrasmettitori che agiscono sul cervello. Quando sono secreti dalla parte midollare del surrene, invece, agiscono come ormoni che raggiungono attraverso il flusso sanguigno vari organi e muscoli, producendo un ulteriore senso di allarme e di paura.

Quando la percezione del pericolo è passata, un secondo gruppo di fibre del sistema nervoso autonomo, il

sistema nervoso parasimpatico, contribuisce a riportare il battito cardiaco e altri processi fisiologici alla normalità. Il sistema nervoso simpatico e parasimpatico lavorano assieme per controllare le reazioni di allarme e paura.

Sistema nervoso parasimpatico: fibre nervose del sistema nervoso autonomo che rallentano il funzionamento degli organi dopo lo stimolo e riportano altri processi fisiologici alla normalità.

Una seconda via per la produzione delle reazioni di allarme e paura è l'**asse ipotalamo-ipofisi-surrene (IIS)** (si veda la **Figura 5.2**). Quando ci troviamo di fronte a fattori di stress, l'ipotalamo segnala all'*ipofisi*, ghiandola vicina, che è il momento di secernere l'*ormone adrenocorticotropo (ACTH)*, detto anche «ormone dello stress». Questo ormone, a sua volta, stimola lo strato esterno delle ghiandole surrenali, detta *corteccia surrenale*, provocando il rilascio di ormoni dello stress, i **corticosteroidi**, come il *cortisolo*. I corticosteroidi raggiungono diversi organi, nei quali causano ulteriori manifestazioni di allarme e paura.

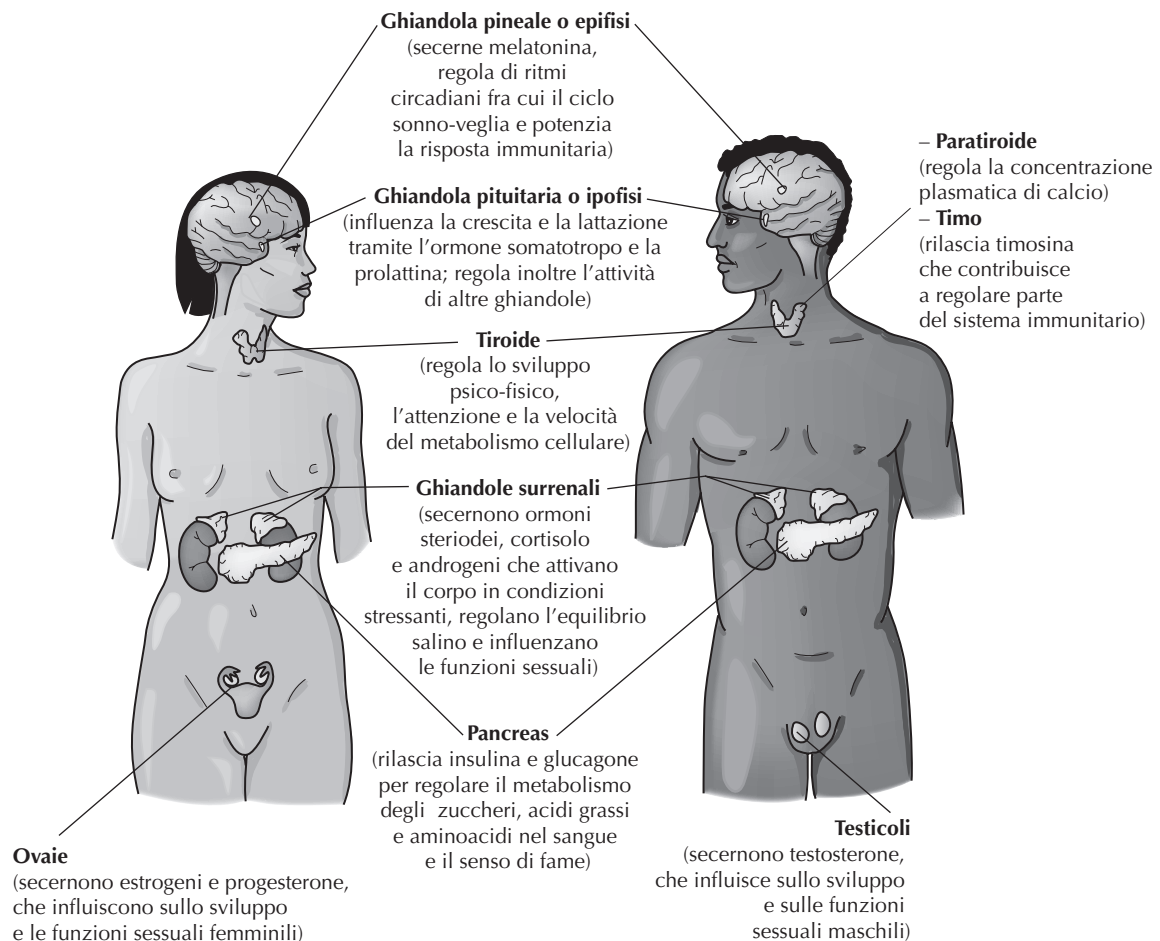
L'insieme delle reazioni che si manifestano in questi due sistemi è detto reazione *fight-or-flight*, combatti o scappa, proprio perché esse mettono il corpo in allarme e lo preparano a reagire al pericolo. Ogni individuo ha un

Asse ipotalamo-ipofisi-surrene (IIS): sistema per mezzo del quale l'encefalo e gli organi producono allarme e paura.

Corticosteroidi: ormoni come il cortisolo, prodotti dalle ghiandole surrenali nei momenti di stress.

modello particolare di funzionamento autonomo ed endocrino e quindi un modo particolare di provare allarme e paura. Alcune persone sono quasi sempre rilassate, mentre altre sono tese anche se non vi è alcuna minaccia apparente. Il livello generale di allarme e ansia di una persona viene detto anche *ansia di tratto*, in quanto sembra essere un tratto di fondo che ciascuno manifesta negli eventi della propria vita (Spielberger, 1985, 1972, 1966). Gli psicologi hanno scoperto che subito dopo la

Figura 5.2 Il sistema endocrino: l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (IIS). Quando viene percepito un fattore di stress, l'ipotalamo stimola l'ipofisi a secernere l'ormone adrenocorticotropo, o ACTH, che a sua volta stimola la corteccia surrenale. Questa libera ormoni dello stress, i corticosteroidi, che agiscono su altri organi per innescare l'allarme e le reazioni di paura.



nascita appaiono differenze nell'ansia di tratto (Leonardo, Hen, 2006; Kagan, 2003).

Vi sono differenze individuali anche nella percezione delle situazioni minacciose (Fisher et al., 2004). A qualcuno può fare paura attraversare un bosco, mentre altri possono trovarlo rilassante. I viaggi aerei possono terrorizzare qualcuno e risultare noiosi per altri. Tali variazioni sono dette differenze nell'*ansia di stato*, relativa alle diverse situazioni.

Sintesi

Il paragrafo offre una sintesi delle risposte dell'organismo a seguito del contatto con uno stimolo stressogeno. I sistemi implicati sono il sistema nervoso autonomo e il sistema endocrino; le vie principali attraverso cui i due sistemi producono nell'individuo il senso di allarme e le reazioni di paura sono l'asse del sistema nervoso autonomo e l'asse ipotalamo-ipofisurrene. Quando la percezione della paura e dell'agente stressogeno è passata, viene attivato il sistema nervoso parasimpatico.

5.2

DISTURBI DA STRESS PSICOLOGICO: DISTURBO DA STRESS ACUTO E POST-TRAUMATICO

Quando ci troviamo sul serio in situazioni stressanti, naturalmente non pensiamo «Ecco il mio sistema nervoso autonomo che si attiva» oppure «Mi pare che stia per partire la reazione fight-or-flight». Percepriamo semplicemente una sensazione di allarme psicologico e tensione fisica, oltre a un crescente timore. Se la situazione stressante è veramente straordinaria e insolitamente pericolosa, possiamo avere una sensazione temporanea di livelli di tensione, ansia e depressione molto superiori a quanto possiamo mai avere provato prima. Nella maggior parte delle persone tali reazioni cessano non appena si esaurisce il pericolo.

In altre, invece, i sintomi di ansia e depressione, ma anche altri tipi di sintomi, persistono anche dopo che è passato molto tempo dal cessare della situazione scatenante. Queste persone potrebbero soffrire di *disturbo acuto da stress* o di *disturbo post-traumatico da stress*, modelli che si presentano come reazione a un evento psicologicamente traumatico. In genere l'evento implica un atto di violenza o un danno fisico reale, o la minaccia dello stesso, inflitto alla persona stessa o a un familiare o amico. Diversamente dai disturbi d'ansia esaminati nel Capitolo 4, generalmente causati da situazioni che la maggior parte delle persone non troverebbe minacciose, le situazioni che provocano disturbi acuti o post-traumatici da stress (combattimento, stupro, terremoto, inci-

dente aereo) sarebbero sicuramente traumatiche per chiunque (Buriñon, 2007).

Con un esordio dei sintomi entro quattro settimane dall'evento traumatico e una durata degli stessi inferiore a un mese, il DSM-IV-TR assegna una diagnosi di **disturbo acuto da stress** (APA, 2000). Se i sintomi perdurano oltre un mese, la diagnosi è di **disturbo post-traumatico da stress (DSPT)**. In questo caso, l'esordio può verificarsi subito dopo l'evento traumatico o anche a distanza di mesi o anni.

Disturbo acuto da stress: disturbo d'ansia in cui la paura e i relativi sintomi iniziano subito dopo un evento traumatico e durano meno di un mese.

Disturbo post-traumatico da stress (DSPT): disturbo d'ansia in cui la paura e i relativi sintomi persistono a distanza di molto tempo dall'evento traumatico.

Secondo gli studi, quasi l'80% di tutti i casi di disturbo acuto da stress evolvono in disturbo post-traumatico da stress (Buriñon, 2007; Bryant et al., 2005). Prendiamo nuovamente Latrell, il militare in Iraq il cui caso abbiamo presentato in apertura di capitolo. Ricorderete che Latrell era sopraffatto da ansia, insonnia, preoccupazione, collera, depressione, irritabilità, pensieri ossessivi, flashback e sensazione di estraniamento sociale a distanza di pochi giorni dall'attacco al suo convoglio, facendo pensare a una diagnosi di disturbo acuto da stress. Con il peggiorare dei sintomi, che perdurarono oltre un mese, anche dopo diverso tempo dal suo ritorno negli Stati Uniti, la diagnosi divenne di DSPT. A parte le differenze tra esordio e durata, i sintomi del disturbo acuto da stress e del DSPT sono pressoché identici.

Rivivere l'evento traumatico. Chi soffre del disturbo può essere tormentato da pensieri ricorrenti, ricordi, sogni o incubi in cui rivive continuamente l'evento (Clark, 2005). Alcuni rivivono nella mente l'evento in modo talmente vivido (flashback) da essere portati a pensare che stia effettivamente accadendo di nuovo.

Evitamento. Vengono generalmente evitate le attività che riportano alla mente l'evento traumatico e si cerca di evitare pensieri, sentimenti o conversazioni collegati all'evento (Marx, Sloan, 2005).

Ridotta reattività generale. La persona prova un senso di distacco ed estraneità nei confronti degli altri o perde interesse per quelle attività che un tempo trovava piacevoli. Alcuni hanno sintomi di *dissociazione* o estraniamento psicologico (Marx, Sloan, 2005): si sentono confusi, hanno problemi a ricordare le cose o provano un senso di irrealtà (hanno cioè la sensazione che l'ambiente circostante sia irrealistico o strano).

Aumentata attivazione fisiologica, ansia e senso di colpa. Può essere presente una sensazione di ipervigilanza, la persona si spaventa facilmente, ha difficoltà di concentrazione e di addormentamento (N. Breslau et al., 2005). Può

CASO 5.1

Non riesco a togliermi i ricordi dalla testa! Le immagini mi tornano in mente in tutti i particolari, scatenate dagli avvenimenti più insignificanti, come una porta che sbatte o l'odore della carne di maiale rosolata in padella. Stanotte sono andato a dormire e per una volta stavo dormendo profondamente. Verso l'alba si è addensato un temporale e c'è stato un lampo, seguito dal tuono. Mi sono svegliato di soprassalto, gelato dal terrore. Sono di nuovo in Vietnam, al mio posto di guardia, e siamo in piena stagione dei monsoni. Sono sicuro che verrò colpito alla prossima raffica di colpi e sono convinto che morirò. Ho le mani ghiacciate, eppure sono completamente bagnato di sudore. Sento i peli dritti sulla nuca. Non riesco a respirare e il cuore mi batte all'impazzata. Sento un forte odore di zolfo (M. Davis, 1992).

essere presente un acuto senso di colpa per essere sopravvissuti all'evento traumatico, mentre altri non ce l'hanno fatta. Per alcuni può esserci il senso di colpa per ciò che possono essere stati costretti a fare per sopravvivere.

Tutti questi sintomi sono presenti nel racconto di un veterano della guerra del Vietnam, a distanza di anni dal suo ritorno a casa (**Caso 5.1**).

5.2.1 Da cosa è provocato un disturbo da stress psicologico?

Un disturbo acuto o post-traumatico da stress può verificarsi a qualsiasi età, anche nell'infanzia, e può investire la vita personale, familiare, sociale e lavorativa del soggetto. Nella persona che soffre di disturbi da stress può essere presente depressione, un altro disturbo d'ansia, abuso di sostanze o tendenze suicide (Koch, Haring, 2008). Le ricerche indicano che almeno il 3,5% della popolazione degli Stati Uniti soffre ogni anno di un disturbo da stress; tra il 7 e il 9% ne soffre almeno una volta nella vita (S. E. Taylor, 2010; Kessler et al., 2009, 2005). Circa i due terzi di queste persone cercano una forma di trattamento in qualche momento della loro vita, ma pochi lo fanno ai primi sintomi del disturbo (P. S. Wang et al., 2005). Le donne tendono a sviluppare un disturbo da stress in misura pressoché doppia rispetto agli uomini: circa il 20% delle donne che hanno subito atti di violenza può soffrire di un disturbo da stress, rispetto all'8% degli uomini (Koch, Haring, 2008; Russo, Tartaro, 2008).

Qualsiasi evento traumatico può provocare un disturbo da stress, ma tale probabilità aumenta in presenza di certe situazioni. Tra le più comuni, il combattimento, i disastri, la violenza sessuale e la vittimizzazione.

Combattimento e disturbo da stress

Ormai da anni i clinici riconoscono che i soldati manifestano sintomi accentuati di ansia e depressione *durante*

il combattimento. Negli anni della Prima guerra mondiale era definita «psicosi traumatica» e nella Seconda guerra mondiale e nella Guerra di Corea «stress da combattimento» (Figley, 1978). Solo dopo la Guerra del Vietnam, tuttavia, i clinici verificarono che moltissimi soldati avevano seri sintomi psicologici *dopo* il combattimento (Koch, Haring, 2008).

Alla fine degli anni Settanta ci si rese conto che numerosi veterani del conflitto in Vietnam avevano ancora problemi psicologici direttamente collegati alla guerra (Roy-Byrne et al., 2004). Oggi si sa che circa il 29% di tutti i veterani del Vietnam, maschi e femmine, hanno sofferto di un disturbo acuto o post-traumatico da stress, mentre un altro 22% ha riscontrato almeno alcuni sintomi da stress (Krippner, Paulson, 2006; D. S. Weiss et al., 1992). In realtà il 10% dei veterani di quella guerra manifesta tuttora sintomi da stress post-traumatico, come flashback, terrore notturno, incubi, immagini e pensieri persistenti.

Un modello simile viene osservato attualmente tra i reduci della guerra in Iraq e Afghanistan. Nel 2008 la RAND Corporation, un'organizzazione di ricerca non profit, condusse uno studio su larga scala sui membri in servizio militare che erano stati in guerra a partire dal 2001 (Gever, 2008; RAND Corporation, 2008). Si è scoperto che degli 1,6 milioni di americani dispiegati nei teatri di guerra, quasi il 20% aveva riferito fino a quel momento sintomi di disturbo post-traumatico da stress. Considerato il fatto che non tutti i soggetti studiati erano stati realmente esposti a lunghi periodi di stress da combattimento, si tratta veramente di una percentuale considerevole. La metà dei reduci sottoposti a colloquio nello studio ha descritto situazioni in cui avevano assistito al ferimento o all'uccisione di commilitoni e amici, il 45% ha riferito di avere visto civili morti o gravemente feriti e il 10% è stato vittima a sua volta di ferimenti e quindi sottoposto a ricovero ospedaliero.

È significativo notare come in Iraq molti soldati vengono dislocati su più turni di servizio ripetuti, e che questi individui hanno il 50% in più di probabilità di manifestare gravi sintomi da stress rispetto a coloro che coprono solo un turno di servizio, aumentando così notevolmente il rischio di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress (Tyson, 2006).

Disastri e disturbo da stress

Disturbi acuti e post-traumatici da stress possono essere conseguenza di disastri naturali o fortuiti come terremoti.

Tabella 5.1

DSM-5: le novità

- ☑ **Disturbo post traumatico da stress.** Sono proposte diverse variazioni alla definizione fino dal nome del disturbo (disturbo da stress eccessivo).

ti, inondazioni, uragani, incendi, incidenti aerei e gravi incidenti automobilistici (si veda la **Tabella 5.2**). In realtà, poiché si verificano con maggiore frequenza, i traumi civili sono alla base di disturbi da stress in misura dieci volte maggiore rispetto ai traumi da combattimento (Bremner, 2002). Alcuni studi hanno rilevato che circa il 40% delle vittime di gravi incidenti d'auto (adulti o bambini) tende a sviluppare un DSPT entro un anno dall'incidente (Hickling, Blanchard, 2007).

Vittimizzazione e disturbo da stress

Chi è stato vittima di abusi e violenze manifesta di frequente una sintomatologia latente di disturbo da stress. Secondo le ricerche, più di un terzo di tutte le vittime di aggressione fisica o sessuale sviluppa il disturbo post-traumatico da stress (Burijon, 2007). Analogamente, circa la metà delle persone esposte direttamente ad atti di terrorismo o alla tortura tende a sviluppare questo disturbo (Basoglu et al., 2001).

Violenza sessuale. Nella società attuale, una forma diffusa di vittimizzazione è la violenza sessuale. Un rapporto sessuale o altro atto sessuale esercitato su una persona non consenziente, o il rapporto con una persona minorenni viene definito **stupro**.

Stupro: rapporto sessuale o altro atto sessuale imposto con la forza a una persona non consenziente, o rapporto sessuale con una persona minorenni.

Secondo le ricerche, negli Stati Uniti più di 300.000 persone ogni anno sono vittime di stupro o di tentata violenza sessuale (Ahrens et al., 2008). Gli stupratori sono per lo più uomini e le vittime sono in maggioranza donne. Circa 1 donna su 6 subisce violenza nel corso

della sua vita (Ahrens et al., 2008). I dati suggeriscono inoltre che le vittime di stupro sono quasi sempre giovani: il 29% ha meno di undici anni, il 32% ha un'età compresa tra 11 e 17 anni, il 29% è tra i 18 e i 29 anni. Circa il 70% delle vittime subisce violenza ad opera di conoscenti o familiari (Ahrens et al., 2008).

TRA LE RIGHE

Nascondere il DSPT

Solo il 23% dei soldati americani che ha sviluppato un disturbo acuto o post-traumatico da stress nei teatri di guerra in Iraq e Afghanistan si è rivolto ai servizi di salute mentale al momento dell'esordio dei sintomi. Le ragioni principali per cui questi soldati non hanno cercato alcun supporto erano il timore di una stigmatizzazione e di potenziali danni alla carriera militare (Leibowitz, 2007, Hoge et al., 2004).

I tassi di stupro variano in base alle razze considerate. Nel 2004, il 46% delle vittime di stupro negli Stati Uniti erano americane bianche, il 27% afroamericane e il 19% ispanoamericane (Ahrens et al., 2008; Tjaden, Thoennes, 2000). Questi tassi sono in netto contrasto con la distribuzione generale della popolazione, in base alla quale la popolazione è per il 75% di americani bianchi, per il 12% afroamericani e il 13% di ispanoamericani.

L'impatto psicologico della violenza sessuale sulle vittime è immediato e può persistere a lungo (Russo, Tartaro, 2008; Koss, 2005, 1993). Le vittime generalmente sono fortemente scioccate nella settimana successiva alla violenza. Lo stress continua a salire nelle successive tre settimane, si mantiene a un livello picco per un altro mese circa, e poi inizia un miglioramento. Secondo uno studio, il 94% delle vittime di stupro rientra-

Tabella 5.2 I maggiori disastri naturali degli ultimi 100 anni.

Evento	Anno	Luogo	Numero di vittime
Inondazione	1931	Fiume Huang He, Cina	3.700.000
Tsunami	2004	Sud-Est asiatico	280.000
Terremoto	1976	Tangshan, Cina	242.419
Ondata di calore	2003	Europa	35.000
Eruzione vulcanica	1985	Nevada del Ruiz, Colombia	23.000
Uragano	1998	(Mitch), America Centrale	18.277
Frana	1970	Yungay, Perù	17.500
Valanga	1916	Alpi italiane	10.000
Tempesta di neve	1972	Iran	4000
Tornado	1989	Shaturia, Bangladesh	1300

Adattato da CBC, 2008; Ash, 2001, 1999, 1998.

va pienamente in una diagnosi clinica di disturbo acuto da stress quando veniva osservata a distanza di circa 12 giorni dalla violenza (Rothbaum et al., 1992). Sebbene la maggior parte delle vittime di stupro presenti un miglioramento delle condizioni psicologiche nel giro di tre o quattro mesi, gli effetti possono perdurare anche per un anno e mezzo o più. Le vittime generalmente continuano ad avere livelli superiori alla media di ansia, diffidenza, depressione, problemi di autostima, senso di colpa, flashback, insonnia e disfunzione sessuale (Ahrens et al., 2008). L'impatto psicologico latente della violenza sessuale è molto chiaro nella descrizione seguente del **Caso 5.2**.

Spesso le vittime di stupro riportano ferite anche gravi in seguito all'evento o manifestano altri problemi fisici collegati alla violenza, ma solo la metà di esse si sottopone a cure mediche come quelle viste nel caso di Mary (Logan et al., 2006). Tra il 4 e il 30% delle vittime contrae una malattia a trasmissione sessuale (M. P. Koss, 1993; J. M. Murphy, 1990) e il 5% rimane incinta (Beebe, 1991; M. P. Koss et al., 1991), eppure secondo le indagini il 60% delle vittime di stupro non si sottopone a test di gravidanza, misure preventive o al test per l'HIV (National Victims Center, 1992).

TRA LE RIGHE

Prevenire la violenza

Nel 2001, su una linea della metropolitana di Tokyo è stato inaugurato un vagone «per sole donne» riservato alle pendolari che rientravano dal lavoro la sera tardi. Tale iniziativa ha però causato un netto aumento delle aggressioni sessuali notturne sui treni dei pendolari giapponesi.

Le donne vittime di stupro e altri atti di violenza hanno più probabilità rispetto alle altre donne di soffrire di gravi problemi di salute a lungo termine (Leibowitz, 2007; Koss, Heslet, 1992). Dai colloqui con 390 donne è emerso che queste vittime hanno avuto una condizione fisica meno buona per almeno cinque anni dopo l'aggressione e hanno avuto bisogno di assistenza medica nel doppio dei casi rispetto alle altre donne.

Come vedremo nel Capitolo 14, vittimizzazione e abusi continuati nell'ambito familiare, in particolare nei confronti dei figli e del coniuge, possono anch'essi causare disturbi da stress psicologico. Poiché queste forme di abuso possono verificarsi per un lungo periodo e infi-

CASO 5.2

Mary è un'infermiera divorziata di 33 anni, inviata dalla sua responsabile alla Clinica delle vittime presso l'Ospedale psichiatrico di Bedford per una consulenza. Mary aveva subito violenza sessuale due mesi prima. Lo stupratore è entrato in casa sua mentre lei stava dormendo, si è svegliata quando lui le era già sopra. Era armato di coltello e ha minacciato di uccidere sia lei che sua figlia (che dormiva nella stanza a fianco) se non si fosse sottoposta alle sue richieste. L'ha obbligata a spogliarsi e l'ha ripetutamente stuprata per via vaginale per un'ora. Quindi ha minacciato di ritornare per usare violenza anche a sua figlia se lei avesse parlato con qualcuno o avesse denunciato il fatto alla polizia.

Quando l'uomo andò via, lei ha chiamato il suo fidanzato, che è arrivato subito. Lui l'ha incoraggiata a contattare il servizio anticrimini sessuali della polizia, attualmente incaricato di svolgere le indagini. Quindi l'ha accompagnata al Pronto Soccorso per la visita medica e la raccolta di prove da consegnare alla polizia (tracce di liquido seminale, campioni di peli pubici, graffi). Le sono stati somministrati antibiotici come profilassi contro le malattie veneree. Mary infine è tornata a casa con un'amica, che ha passato con lei il resto della notte.

Per alcune settimane Mary ha continuato ad avere paura di restare in casa da sola e ha chiesto a una sua amica di rimanere da lei. Era angosciata dai continui pensieri su quello che le era accaduto e dalla preoccupazione che potesse accadere di nuovo. Per paura che lo stupratore po-

tesse tornare, ha fatto applicare serrature supplementari sia alla porta che alle finestre. Era talmente sconvolta e aveva tale difficoltà a concentrarsi che decise di non essere ancora in grado di riprendere il lavoro. Quando tornò al lavoro, dopo diverse settimane, era ancora chiaramente sconvolta ed è stata quindi la sua responsabile a consigliarle di richiedere una consulenza specialistica.

Durante il colloquio clinico Mary ha risposto in modo coerente e ha parlato con molta razionalità, anche se sottovoce. Ha riferito di avere pensieri ricorrenti e disturbanti sulla violenza subita, al punto di non riuscire a concentrarsi e di trovare difficoltà nelle faccende quotidiane, come preparare i pasti per sé e per sua figlia. Aveva l'impressione di non essere in grado di lavorare in modo efficiente, aveva paura di uscire di casa, di rispondere al telefono e aveva scarso interesse a contattare amici e familiari.

[...] [Mary] usava lo stesso tono di voce sia per parlare della violenza che di argomenti di minore impatto emotivo, come la sua storia lavorativa. Si spaventava facilmente per un rumore improvviso. Inoltre non riusciva a prendere sonno perché era tormentata dal pensiero dell'aggressione. Non aveva appetito e quando si sforzava di mangiare veniva colta dalla nausea. Mary era disgustata dall'idea del sesso e ha affermato di non avere intenzione di avere rapporti sessuali per molto tempo, sebbene fosse disposta a farsi abbracciare e consolare dal suo fidanzato (Spitzer et al., 1983, pp. 20-21).

ciare la fiducia tra i vari membri della famiglia, molte vittime sviluppano anche altri sintomi e disturbi (Die-trich, 2007; Woods, 2005).

TRA LE RIGHE

Stupro: le cifre nel mondo

Gli Stati Uniti hanno il tasso di stupri più alto di tutte le nazioni industrializzate: è 4 volte superiore rispetto a quello della Germania, 12 volte superiore a quello dell'Inghilterra e 20 volte superiore a quello del Giappone (Roze, 2005).

Terrorismo. Le vittime di atti terroristici o coloro che vivono sotto la minaccia di tali atti spesso manifestano sintomi da stress post-traumatico (La Greca, Silverman, 2009; Galea et al., 2007). Purtroppo si tratta di una fonte di stress traumatico in aumento nella società attuale. Pochi potranno dimenticare gli eventi dell'11 settembre 2001, quando un gruppo di terroristi prese in ostaggio alcuni aerei per dirottarli, abbattendo completamente le torri gemelle del World Trade Center di New York e distruggendo in parte la sede del Pentagono a Washington, con un bilancio finale di migliaia di vittime, anche tra i soccorritori, e altre migliaia di persone che furono costrette a correre disperatamente, strisciare e persino scappare con le mani per trovare la via della salvezza. Uno dei tanti lasciti di questo evento agghiacciante è l'effetto psicologico latente, in particolare le reazioni da stress grave, che ha avuto sulle persone direttamente coinvolte, sui loro familiari e anche sulle decine di migliaia di per-

sone rimaste traumatizzate per avere solo guardato le immagini del disastro alla televisione nel corso di quella drammatica giornata. Risultati analoghi emergono dagli studi compiuti su atti di terrorismo successivi della stessa matrice, come la bomba del 2004 sul treno dei pendolari a Madrid e nella metropolitana e autobus di Londra nel 2005 (Chacón, Vecina, 2007).

Tortura. Con **tortura** si intende l'uso di «strategie brutali, degradanti e disorientanti allo scopo di ridurre le vittime a uno stato di completa impotenza» (Okawa, Hauss, 2007). Spesso viene utilizzata su ordine di un governo o di un'altra autorità per forzare le persone a dare informazioni o confessare (Gerrity et al., 2001). Se sia una cosa morale torturare prigionieri che sono considerati persone sospette nella «guerra al terrorismo» è una questione assai dibattuta negli ultimi anni (Okawa, Hauss, 2007; Danner, 2004).

Tortura: uso di strategie brutali, degradanti e disorientanti per ridurre le vittime a uno stato di completa impotenza.

È difficile ottenere cifre precise sulla quantità di persone che vengono sottoposte a tortura in tutto il mondo, perché ovviamente non sono numeri che i governi comunicano volentieri (Basoglu et al., 2001). Si stima, tuttavia, che tra il 5 e il 35% dei 15 milioni di rifugiati in tutto il mondo abbia sofferto almeno un episodio di tortura e che più di 400.000 sopravvissuti alla tortura in diverse regioni del mondo vivano oggi negli Stati Uniti (ORR, 2006; Baker, 1992). Naturalmente i numeri non

Approfondimento

11 SETTEMBRE 2001: RIPERCUSSIONI PSICOLOGICHE

L'11 settembre 2001 gli Stati Uniti hanno subito l'atto di terrorismo più catastrofico della loro storia, quando quattro aerei commerciali furono sequestrati e dirottati: due di essi si abbattono sulle torri gemelle del World Trade Center di New York e uno sul Pentagono, a Washington. Gli studi condotti a partire da quel tragico giorno hanno confermato ciò che, secondo gli psicologi, sarebbe accaduto: nel periodo successivo all'11 settembre molte persone riportarono danni psicologici immediati e a lungo termine, da reazioni allo stress di breve durata come shock, terrore e rabbia, fino a disturbi psicologici persistenti, come il disturbo post-traumatico da stress (Galea et al., 2007; Tramontin, Halpern, 2007). In uno studio condotto la settimana successiva all'attacco terroristico furono intervistati 560 adulti selezionati in tutto il Paese in modo casuale. Il 44% di essi riferì considerevoli sintomi da stress (Schuster et al., 2001). Le reazioni da stress

maggiori furono riferite da coloro che abitavano più vicini al luogo del disastro, ma milioni di altre persone che erano rimaste incollate al televisore per tutta la giornata hanno riferito a loro volta reazioni e disturbi da stress.

Gli studi di follow-up indicano che molte di queste persone continuano a lottare con le proprie reazioni da stress causate da quell'atto (Tramontin, Halpern, 2007; Adams, Boscarino, 2005; Blanchard et al., 2005). In realtà anche a distanza di anni dall'attacco, il 42% di tutti gli adulti degli Stati Uniti e il 70% di tutti gli abitanti adulti di New York riferisce di avere molta paura degli atti di terrorismo; il 23% di tutti gli americani adulti afferma di sentirsi meno sicuro in casa propria; il 15% di tutti gli americani adulti consuma più alcolici di prima come conseguenza dell'attacco; e il 9% degli abitanti adulti di New York manifesta un DSPT, rispetto a una media nazionale del 3,5%.

comprendono le diverse migliaia di vittime che sono rimaste nei rispettivi Paesi anche dopo essere state sottoposte a tortura.

Gente di ogni ceto sociale viene sottoposta a tortura in tutto il mondo, dai sospetti terroristi agli studenti attivisti politici, fino ai membri di diversi gruppi di minoranza religiosa, etnica e culturale. Le tecniche utilizzate possono comprendere la *tortura fisica* (le persone vengono picchiate in vario modo, sottoposte a *waterboarding*, ossia tenute in una posizione con i piedi rialzati rispetto alla testa, legate a una tavola, con il volto coperto da un pezzo di tessuto: in queste condizioni, viene fatta scorrere acqua su bocca e naso per dare la sensazione di essere sul punto di affogare; oppure ancora torturate con scosse elettriche), la *tortura psicologica* (minacce di morte, false esecuzioni, abuso verbale, umiliazione), *tortura sessuale* (stupro, atti di violenza sui genitali, umiliazione sessuale) e *tortura tramite privazione* (del sonno, sociale, nutrizionale, medica o dell'igiene).

Le vittime di tortura spesso escono da queste prove riportando danni a vari livelli, da cicatrici e fratture fino a problemi neurologici e dolore cronico. Molti teorici ritengono però che gli effetti psicologici latenti della tortura siano ancora più problematici (Okawa, Hauss, 2007; Basoglu et al., 2001). Sembra che fra il 30 e il 50% delle vittime di tortura manifesti un disturbo post-traumatico da stress (Basoglu et al., 2001). Anche in coloro che non sviluppano un disturbo conclamato, sono comuni sintomi più sfumati come incubi, flashback, ricordi repressi, spersonalizzazione, difficoltà di concentrazione, attacchi di collera, tristezza e pensieri suicidi (Okawa, Hauss, 2007; Okawa et al., 2003; Ortiz, 2001).

5.2.2 Perché si sviluppa un disturbo da stress psicologico?

È naturale che un trauma eccezionale possa causare un disturbo da stress. L'evento stressante, di per sé, non è sufficiente a spiegare del tutto ciò che accade. Chiunque sperimenti un trauma grave ne rimarrà certamente colpito in qualche modo, ma solo alcune persone sviluppano un disturbo da stress (Koch, Haring, 2008). Per comprendere meglio come si instaurano questi disturbi, gli studiosi hanno osservato i processi biologici dei superstiti, le loro personalità, le esperienze nell'infanzia, il sistema di supporto sociale, il retroterra culturale e la gravità dei rispettivi traumi.

Fattori biologici e genetici

Dagli studi è emerso che gli eventi traumatici provocano alterazioni fisiche nel cervello e nell'organismo che possono causare gravi reazioni da stress e, in alcuni casi, veri e propri disturbi da stress. Ad esempio è stata riscontrata un'attività anomala dell'ormone *cortisolo* e dell'ormone/neurotrasmettitore *noradrenalina* nell'urina, nel sangue e nella saliva dei soldati sui teatri di guer-

ra, delle vittime di stupro, dei sopravvissuti ai campi di concentramento e ad altre gravi situazioni di stress (Buriqon, 2007; Delahanty et al., 2005).

Gli studi sull'encefalo hanno rivelato che una volta che si è instaurato un disturbo da stress, gli individui colpiti percepiscono un ulteriore stato di allarme biochimico, e tale continua sollecitazione può col tempo danneggiare certe aree del cervello (Carlson, 2008; Mirzaei et al., 2005). In particolare vengono colpite due aree cerebrali, l'*ippocampo* e l'*amigdala*. Di norma l'ippocampo è implicato nei processi della memoria e nella regolazione degli ormoni dello stress. Chiaramente un ippocampo disfunzionale può avere un ruolo nella produzione di ricordi intrusivi e lo stato di allarme costante che si ritrovano nel disturbo post-traumatico da stress (Bremner et al., 2004). In modo analogo, come abbiamo osservato nel Capitolo 4, l'amigdala entra nel controllo dell'ansia e di altre reazioni emotive. Assieme all'ippocampo, è attiva inoltre nella produzione delle componenti emotive della memoria. Ecco quindi che un'amigdala disfunzionale può essere implicata nella produzione dei sintomi emotivi ripetuti e degli intensi ricordi emotivi provati da chi ha un disturbo post-traumatico da stress (Protopopescu et al., 2005). In breve, lo stato di allarme prodotto da eventi traumatici eccezionali può portare al disturbo da stress in alcune persone, e il disturbo da stress può provocare ulteriori alterazioni cerebrali, fissando ancora di più il disturbo.

TRA LE RIGHE

Disturbo di adattamento

In un punto intermedio tra il coping efficace e i disturbi da stress si colloca una categoria diagnostica detta *disturbo di adattamento*.

Sebbene il disturbo di adattamento non presenti i livelli estremi di malessere che caratterizzano i disturbi da stress, esso provoca un notevole disagio e interferisce in modo significativo con il funzionamento quotidiano della persona.

La diagnosi riguarda fino al 30% di tutti i pazienti in trattamento ambulatoriale. Esso riguarda un numero di richieste di risarcimento tramite assicurazione sanitaria [negli Stati Uniti] superiore rispetto a qualsiasi altro disturbo psicologico, forse perché tale diagnosi è meno stigmatizzante di molte altre categorie.

Può anche accadere che il disturbo post-traumatico da stress porti alla trasmissione di anomalie biochimiche nei figli delle persone con questo disturbo. Un gruppo di ricercatori ha studiato il livello di cortisolo nelle donne che all'epoca degli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001 erano in stato di gravidanza e avevano sviluppato un DSPT (Yehuda, Bierer, 2007). Queste donne non presentavano soltanto livelli di cortisolo superiori alla media, ma questi erano presenti anche nei loro bambini,

nati successivamente all'attacco; questo fa pensare che i bambini abbiano ereditato una predisposizione a sviluppare lo stesso problema.

TRA LE RIGHE

Allenarsi alla resilienza

Sapendo che una personalità «forte», con capacità di adattamento, è d'aiuto nell'evitare di sviluppare un disturbo da stress, oggi esistono molti corsi dedicati all'allenamento alla resilienza.

Molti studiosi ritengono che gli individui che mostrano reazioni biochimiche allo stress particolarmente forti abbiano più probabilità di sviluppare disturbi da stress (Carlson, 2008; Burijson, 2007). Ma perché alcune persone sarebbero più soggette di altre a tali reazioni biologiche? È possibile, per prima cosa, che tale tendenza sia ereditaria, come indicano gli studi madre-figlio a cui abbiamo accennato più sopra. Ciò sembra trovare conferma negli studi condotti su migliaia di gemelli impegnati in missioni di guerra: se un gemello sviluppa sintomi da stress in seguito a un combattimento, un gemello identico ha più probabilità rispetto a un gemello fraterno di sviluppare lo stesso problema (Koenen et al., 2003; True et al., 1993).

Personalità

Alcuni studi indicano che certe personalità, atteggiamenti e stili nell'affrontare i problemi hanno una maggiore tendenza a sviluppare disturbi da stress (Burijson, 2007; Chung et al., 2005). Nel periodo successivo all'uragano Hugo, nel 1989, i bambini che erano stati particolarmente ansiosi prima dell'uragano tendevano a manifestare reazioni da stress gravi in misura maggiore rispetto ad altri coetanei (Hardin et al., 2002). La ricerca ha rilevato inoltre che coloro i quali ritengono in genere di non essere in grado di controllare gli eventi negativi della vita, dopo una violenza sessuale o un altro tipo di aggressione violenta tendono a sviluppare disturbi da stress più gravi rispetto a coloro che pensano di avere maggiore controllo sulla propria vita (Taylor, 2006; Bremner, 2002). Analogamente, coloro che in generale trovano difficoltà nell'individuare qualcosa di positivo nelle situazioni spiacevoli hanno meno capacità di adattamento rispetto alle persone dotate di resilienza e che in generale riescono a trovare qualcosa di utile anche negli eventi negativi (Bonanno, 2004).

Esperienze infantili

La ricerca ha rilevato che alcune esperienze avute nell'infanzia sembrano favorire il rischio a sviluppare in età adulta disturbi acuti e post-traumatici da stress. Chi ha avuto un'infanzia caratterizzata dalla povertà sembra abbia una maggiore tendenza a sviluppare tali disturbi in presenza di traumi in età adulta. Lo stesso accade a colo-

ro che hanno avuto familiari con disturbi psicologici; coloro che da bambini hanno subito aggressioni, abusi, hanno vissuto un evento catastrofico o avevano meno di dieci anni all'epoca della separazione o del divorzio dei genitori (Koch, Haring, 2008; Koopman et al., 2004).

Supporto sociale

Le persone che non hanno una rete di supporto sociale e familiare solida tendono più di altre a sviluppare un disturbo da stress in seguito a un evento traumatico (Charuvastra, Cloitre, 2008; Ozer, 2005). Le vittime di violenza sessuale che si sentono amate, accudite, apprezzate e accettate da amici e familiari recuperano più facilmente. Lo stesso si può dire delle persone trattate con dignità e rispetto dal sistema di giustizia penale (Murphy, 2001). Viceversa, dagli studi clinici condotti in merito è emerso che uno scarso supporto sociale contribuisce allo sviluppo di disturbi post-traumatici da stress in alcuni veterani di guerra (Charuvastra, Cloitre, 2008).

TRA LE RIGHE

Genere e disturbo post-traumatico da stress

Molti studiosi ritengono che il tasso di disturbo post-traumatico da stress, più diffuso tra le donne, sia collegato al tipo di traumi violenti, ossia aggressioni interpersonali come lo stupro o l'abuso sessuale (Russo, Tartaro, 2008; Olff et al., 2007).

Fattori multiculturali

I ricercatori clinici sono sempre più convinti che negli Stati Uniti il tasso di disturbo post-traumatico da stress variabile presenti delle differenze tra un gruppo etnico e l'altro. Sembra, in particolare, che gli ispanoamericani abbiano una vulnerabilità maggiore rispetto a tutti gli altri gruppi culturali (Koch, Haring, 2008; Galea et al., 2006). Alcuni dati al riguardo: (1) Gli studi sui veterani della guerra del Vietnam e in Iraq hanno riscontrato un tasso maggiore di disturbo post-traumatico da stress tra i veterani ispanoamericani che tra i veterani americani bianchi e afroamericani (RAND Corporation, 2008; Kulka et al., 1990). (2) Nelle indagini sugli agenti di polizia, gli agenti ispanoamericani presentano in genere sintomi da stress riferiti al proprio lavoro più gravi rispetto ai colleghi non ispanici (Pole et al., 2001). (3) Dai dati sulle vittime degli uragani è emerso che gli ispanoamericani tendono ad avere un tasso di DSPT significativamente maggiore rispetto alle vittime di altri gruppi etnici (Perilla et al., 2002). (4) Le indagini condotte sugli abitanti di New York nei mesi successivi agli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001 hanno rilevato che il 14% degli abitanti ispanoamericani ha sviluppato un DSPT, rispetto al 9% degli afroamericani e al 7% degli americani bianchi (Galea et al., 2002).

Ma perché gli ispanoamericani sarebbero più vulne-

rabili al disturbo post-traumatico da stress rispetto ad altri gruppi razziali o etnici? Sono state avanzate diverse ipotesi al riguardo. La prima spiegazione è che, come parte del loro sistema di credenze culturali, gli ispanoamericani tendono a considerare gli eventi traumatici come qualcosa di inevitabile e immodificabile, una risposta di coping che può favorire il rischio di disturbo post-traumatico da stress (Perilla et al., 2002). Una seconda ipotesi suggerisce che l'importanza attribuita nella loro cultura ai rapporti sociali e al sostegno sociale può comportare un rischio particolare per le vittime ispanoamericane quando eventi traumatici le privano, temporaneamente o per sempre, di rapporti importanti e di reti di sostegno sociale. Infatti, uno studio condotto oltre vent'anni fa ha rivelato che tra i veterani ispanoamericani della Guerra del Vietnam con disturbi da stress, i più gravi erano quelli con rapporti sociofamiliari difficili. (Escobar et al., 1983).

Gravità del trauma

È piuttosto intuitivo che la gravità e la natura degli eventi traumatici contribuiscono a determinare se verrà sviluppato un disturbo da stress. Certi eventi possono annullare anche un'infanzia rassicurante, un atteggiamento positivo e una rete valida di rapporti sociali (Tramontin, Halpern, 2007). In uno studio sono stati esaminati 253 ex prigionieri durante la Guerra del Vietnam cinque anni dopo il loro rilascio. Circa il 23% rientrava nei criteri della diagnosi clinica, pur essendo tutte persone ben adattate prima della prigionia (Ursano et al., 1981).

In generale, più è grave il trauma e più l'esposizione a esso è diretta, maggiore è la probabilità di sviluppare un disturbo da stress (Buriñon, 2007). In particolare, la mutilazione e le gravi ferite fisiche sembrano aumentare il rischio di reazioni da stress, come pure essere testimoni del ferimento o dell'uccisione di altre persone (Koren et al., 2005; Ursano et al., 2003).

5.2.3 Come viene trattato dal punto di vista clinico un disturbo da stress psicologico?

Il trattamento può essere molto importante per coloro che sono stati colpiti da un evento traumatico (Taylor, 2010; De Angelis, 2008). In totale, circa la metà di tutti i casi di disturbo post-traumatico da stress migliora entro sei mesi (Asnis et al., 2004). Nei casi restanti i disturbi possono perdurare per anni e, in realtà, più di un terzo dei soggetti con DSPT non risponde al trattamento anche dopo molti anni (Buriñon, 2007).

Le procedure di trattamento attuali per i superstiti che presentano disturbi psicologici dipendono dal tipo di trauma. Si è trattato di combattimento, atto di terrorismo, molestia sessuale o incidente grave? Tutti i programmi hanno comunque degli obiettivi comuni: aiutare le persone a mettere fine alle reazioni di stress, conside-

rare con maggiore distacco le esperienze dolorose e tornare a un modo di vivere costruttivo (Taylor, 2010; Ehlers et al., 2005). I programmi d'aiuto per i veterani di guerra con DSPT sono utili per capire come si può affrontare tale problema.

Trattamento per i veterani di guerra di combattimento

Esistono diverse tecniche terapeutiche utilizzate per ridurre i sintomi da stress post-traumatico: *terapia farmacologica, tecniche di esposizione comportamentale, insight terapeutico, terapia familiare e terapia di gruppo*. Generalmente si utilizzano approcci combinati, in quanto nessuno di essi, preso singolarmente, è in grado di ridurre significativamente tutti i sintomi (De Angelis, 2008; Munsey, 2008).

TRA LE RIGHE

Tsunami: una ricaduta socioculturale

Dal 2004 c'è stato un calo dell'afflusso turistico nel Sud-Est asiatico, soprattutto a causa dei timori sul verificarsi di un altro tsunami. Tuttavia, molti villeggianti asiatici si tengono lontani dalle spiagge per una ragione diversa: secondo una superstizione cinese, se i cadaveri non vengono recuperati e seppelliti degnamente, il loro spirito può vagare per il mondo senza posa e addirittura trascinare gli esseri viventi nel regno delle anime, il limbo spirituale (Foreman, 2005).

Per controllare la tensione che molti veterani provano vengono impiegati farmaci anti-ansia. Inoltre, i farmaci antidepressivi possono ridurre la frequenza di incubi, attacchi di panico, flashback e senso di depressione (Koch, Haring, 2008; Davidson et al., 2005).

Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR): terapia di esposizione comportamentale in cui il soggetto compie movimenti oculari ritmici (saccadici) laterali mentre nella sua mente vengono riversate immagini di oggetti e situazioni che normalmente cerca di evitare.

Anche le tecniche di esposizione comportamentale aiutano a ridurre sintomi specifici e hanno spesso portato a un miglioramento nell'adattamento generale (Koch, Haring, 2008). Alcuni studi indicano infatti che la terapia di esposizione è l'intervento più utile per le persone con disturbi da stress (Wiederhold, Wiederhold, 2005). Questa scoperta ha indotto molti teorici clinici ad affermare che qualche tipo di esposizione dovrebbe sempre entrare a far parte del quadro terapeutico. In un caso, l'esposizione intensa o *flooding*, abbinata al training di rilassamento, è servita a liberare un ex militare trentunenne da flashback e incubi che lo riempivano di terrore (Fairbank, Keane, 1982). Il terapeuta ha isolato assieme al veterano alcune scene di combattimento che il sogget-

to rivedeva di continuo nella mente. Quindi l'ha aiutato a immaginare nei minimi particolari una di queste scene, incoraggiandolo a soffermarsi sull'immagine fino a che smetteva di provare ansia. Dopo ciascuno di questi esercizi di esposizione intensa, il terapeuta chiedeva al veterano di passare a un'immagine positiva e lo guidava attraverso alcuni esercizi di rilassamento.

Un tipo particolare di terapia di esposizione ampiamente usato è la **desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR)**, in cui il pa-

ziente compie movimenti laterali e ritmici degli occhi mentre nella sua mente vengono riversate immagini di oggetti e situazioni che normalmente cerca di evitare. Dai case study e dagli studi controllati è emerso che si tratta di una terapia che può rivelarsi utile per le persone con disturbo post-traumatico da stress (Luber, 2009). Molti teorici sostengono che sia la caratteristica di esposizione dell'EMDR e non i movimenti oculari a spiegare il successo se applicato a questo disturbo (Lamprecht et al., 2004).

Approfondimento

IL TRAUMA DA COMBATTIMENTO IN TRIBUNALE

Deborah Sontag e Lizette Alvarez, «The New York Times», 27 gennaio 2008.

Quando arrivò il momento della sentenza per James Allen Gregg, accusato di omicidio nel South Dakota, il giudice si prese una pausa per riflettere sul caso dell'imputato, un veterano della guerra in Iraq, che soffriva di un grave disturbo post-traumatico da stress. «Si tratta di un caso terribile, come hanno notato tutti» disse il giudice Charles B. Kornmann della Corte distrettuale federale degli Stati Uniti. «È ovvio che non tutte le vittime ritornano a casa dall'Iraq o dall'Afghanistan in un sacco mortuario.» [...]

Quando i veterani come Gregg sono accusati di omicidio o altri crimini al loro rientro dalle zone di guerra, giudici e giurie sono sempre più indotti a stabilire il ruolo del trauma da combattimento nei crimini commessi. [...] La salute mentale delle truppe è un tema sempre più dibattuto e questi imputati [...] sostengono che sia necessario considerare la guerra come il vero sfondo di questi crimini, commessi nella maggior parte dei casi da persone senza alcun precedente penale. [...] «Penso che andrebbe sempre tenuto presente il fatto che la loro mente è stata distrutta dalla guerra» ha affermato un avvocato difensore della marina.

La sera del 3 luglio 2004 James Gregg, allora ventiduenne, trascorse la serata con amici in una festa itinerante della vigilia dell'Independence Day, nella riserva dov'era cresciuto come membro di una piccola comunità non indiana. Si spostarono a bere in un bar allestito in un capanno Quonset [...] e infine in un'azienda agricola, dove accesero un falò, arrostarono marshmallow e prepararono gli s'more, i dolcetti a base di cracker, cioccolato e marshmallow.

Secondo gli avvocati dell'accusa, Gregg si era arrabbiato perché la ragazza che era con lui stava flirtando con un altro. Per questo motivo, afferma l'accusa, Gregg aveva fatto girare a forte velocità le ruote del suo pickup per fare schizzare la ghiaia sulla macchina di James Fallis, 26 anni, ex attaccante in una squadra di football del girone dilettanti. [...] Ne nacque una discussione. Gregg fu aggredito e picchiato da Fallis e in particolare da un terzo uomo, che gli aveva pro-

curato numerose fratture in volto. La stessa notte, con un occhio gonfio e chiuso e un labbro spaccato, si diresse nel quartiere dove abitava Fallis.

Fallis uscì da una roulotte, si tolse il giubbotto, chiese a Gregg se fosse venuto a prendersi il resto e spalancò la portiera del pickup di Gregg. A questo punto Gregg prese la pistola che portava con sé da quando era rientrato dall'Iraq. La puntò contro Fallis e gli intimò di stare indietro. Fallis si spostò verso il cofano della propria auto, e a questo proposito Gregg ha testimoniato di avere creduto che Fallis stesse prendendo un'arma. Iniziò a sparare per bloccarlo, disse, mentre Fallis si dirigeva verso l'ingresso. Gregg sparò nove proiettili, cinque dei quali colpirono Fallis, [uccidendolo].

Gregg si allontanò rapidamente, per fermarsi in un prato a pascolo poco lontano dalla casa dei suoi genitori. Secondo la testimonianza di Gregg, inserì un altro caricatore nell'arma, la caricò e se la puntò al petto. «Jim, perché avevi intenzione di ucciderti?» gli domandò il suo avvocato durante il processo. «Perché mi sembrava di essere di nuovo in Iraq,» rispose Gregg. «Mi sentivo disperato. [...] Non ho mai avuto intenzione di fargli del male, mai. È successo tutto troppo in fretta. Voglio dire, è stato quasi un istinto, sentivo di dovermi difendere.»

Gli psichiatri consulenti della difesa hanno stabilito, come ha testimoniato uno di essi, che «Il DSPT è stata la vera forza motrice all'origine delle azioni di James Gregg» nel momento in cui ha sparato alla sua vittima. Essendo stato picchiato a sangue, tra l'altro, in lui si era innescata una «reazione da allarme» (tipica del DSPT) quando Fallis si era avvicinato alla portiera dell'auto, e aveva reagito istintivamente. [...]

La giuria ha decretato Gregg colpevole di omicidio di secondo grado, ma non di primo grado. [...] È stato condannato a 21 anni di carcere. [...] Se tutti gli sforzi per far cadere le accuse saranno vani, sarà rilasciato il 22 luglio 2023, qualche settimana prima del suo quarantaduesimo compleanno.

Copyright© 2008 «The New York Times». Tutti i diritti riservati. Stampato con il permesso di PARS International. Inc.

La terapia farmacologica e le tecniche di esposizione apportano qualche risultato, ma si ritiene in generale che i veterani con disturbo post-traumatico da stress non siano in grado di recuperare pienamente solo con questi due sistemi: è importante che riescano ad affrontare le proprie esperienze di combattimento e il loro continuo impatto (Burijon, 2007). Per questa ragione i terapeuti spesso cercano di fare sì che i veterani tirino fuori i propri sentimenti profondi, accettino ciò che hanno fatto e vissuto, non siano così severi con sé stessi e imparino nuovamente a fidarsi delle persone (Turner et al., 2005).

Sulla stessa falsariga, la terapia cognitiva viene utilizzata per guidare i veterani nell'analisi e nella modifica degli atteggiamenti disfunzionali e degli stili di interpretazione che derivano dalle proprie esperienze traumatiche (De Angelis, 2008).

I veterani con disturbo da stress psicologico possono trovare ulteriore aiuto in una modalità di terapia di coppia, familiare o di gruppo (De Angelis, 2008; Johnson, 2005). I sintomi del disturbo post-traumatico da stress sono particolarmente evidenti agli occhi dei familiari, che possono essere investiti direttamente dalle ansie, dall'umore depresso o dagli attacchi di collera del loro congiunto. Con l'aiuto e il sostegno dei familiari, i soggetti hanno l'opportunità di esaminare il proprio impatto sugli altri, imparare a comunicare meglio e migliorare le proprie abilità di *problemsolving*.

Nella terapia di gruppo, spesso nella forma di **rap group**, i veterani si riuniscono con altri ex colleghi per condividere le proprie esperienze e sensazioni (in particolare, il senso di colpa e la rabbia), approfondire l'analisi di sé e sostenersi reciprocamente (Burijon, 2007; Lifton, 2005).

Oggi negli Stati Uniti la terapia di gruppo viene praticata in centinaia di piccoli centri per veterani diffusi in tutto il Paese e nell'ambito dei trattamenti psicologici nei vari ospedali per i veterani e degli ospedali psichiatrici (Welch, 2007). Queste istituzioni offrono anche terapie individuali, assistenza psicologica per coniugi e figli e terapia familiare. Si occupano inoltre anche di consulenza nella ricerca di un lavoro, istruzione e per richiedere sussidi.

Dalle relazioni cliniche si desume che questi programmi costituiscono un'opportunità di trattamento necessaria, talvolta vitale.

Il debriefing psicologico: il modello socioculturale in azione

Nel caso di persone traumatizzate a causa di disastri, vittimizzazione o incidenti gravi possono essere utilizzati molti degli stessi trattamenti impiegati per i militari ex combattenti. Inoltre, poiché il trauma in questo caso è avvenuto all'interno delle rispettive comunità, in cui i servizi di salute mentale sono molti e facilmente accessibili, secondo molti clinici questi soggetti possono appro-

ffittare di un intervento immediato a livello di comunità. Il principale approccio è il **debriefing psicologico** o **Critical Incident Stress Debriefing (CISD)**.

Il debriefing psicologico è in effetti una forma di intervento in situazioni di crisi in cui le vittime del trauma vengono fatte parlare a lungo delle proprie emozioni e reazioni a distanza di pochi giorni dall'evento critico (Mitchell, 2003, 1983). Poiché tali sessioni sono intese a prevenire o attenuare le reazioni da stress, il metodo viene impiegato spesso sia nel caso di vittime che non mostrano ancora alcun sintomo che con le persone che già hanno.

TRA LE RIGHE

Alleviare lo stress da combattimento

L'esercito americano ha istituito unità di controllo dello stress da combattimento rivolte ai soldati dislocati in tutto l'Iraq e l'Afghanistan; gli psicologi parlano con loro subito dopo gli scontri a fuoco e cercano di identificare chi necessita di particolari cure psicologiche.

Nel corso delle sessioni, spesso condotte in gruppo, i consulenti guidano i soggetti a descrivere i particolari del trauma recente, per esprimere e rivivere le emozioni scatenate al momento dell'evento e per esprimere le sensazioni attuali. I consulenti spiegano quindi alle vittime che le loro reazioni sono perfettamente normali di fronte a un evento terribile, danno consigli per la gestione dello stress e, se necessario, inviano le vittime ad altri professionisti per un trattamento a lungo termine.

Rap group: gruppo che si riunisce per parlare dei problemi dei diversi membri e quelli individuali in un'atmosfera di aiuto e sostegno reciproco.

Debriefing psicologico: forma di intervento in situazioni di crisi, diretto ad aiutare le vittime ad esprimere le proprie emozioni e reazioni nei confronti di un evento traumatico. Detto anche CISD, o *criticalincident stress debriefing*.

Ogni anno migliaia di consulenti, non soltanto in ambito medico, seguono corsi di formazione sulla psicologia dell'emergenza. Il debriefing psicologico viene ormai applicato nella post-emergenza di innumerevoli eventi traumatici (McNally, 2004). Quando l'evento traumatico colpisce numerosi individui in una comunità, il personale specializzato nella metodologia può convergere sul posto anche da sedi molto lontane per condurre sessioni di debriefing con le vittime. Di questo tipo fa parte uno dei programmi più vasti di mobilitazione di personale, la *DRN* o *DisasterResponse Unit*, unità di risposta immediata istituita dalla American Psychological Association e dalla Croce Rossa americana. La rete è costituita da diverse migliaia di psicologi volontari che si sono prodigati nei servizi di salute mentale in numero-

se occasioni, come la strage nel 1999 della scuola di Columbine, in Colorado, in cui morirono 23 persone nel corso di una sparatoria, l'attacco terroristico alle Torri Gemelle del World Trade Center nel 2001, lo tsunami del 2004 nel Sud-Est asiatico e le inondazioni causate dall'uragano Katrina nel 2005 (APA, 2008, 2005).

Nelle mobilitazioni su larga scala di questo tipo, sono gli psicologi a bussare alla porta dei rifugi per andare a cercare le vittime. Anche se il servizio di supporto è rivolto a persone di tutti i livelli socioeconomici, si ritiene che coloro che vivono in stato di povertà abbiano particolare necessità di questi interventi a livello di comunità. Anche i volontari del soccorso psicologico, inoltre, possono essere sopraffatti dai traumi in cui sono immersi professionalmente (Carll, 2007).

Il debriefing psicologico è efficace?

Vi sono molte opinioni favorevoli al riguardo, sia nella ricerca che nelle testimonianze personali sui programmi di mobilitazione rapida (Watson, Shalev, 2005; Mitchell, 2003). Tuttavia, numerosi studi hanno messo in dubbio l'efficacia di questo tipo di interventi (Pender, Prichard, 2009; Tramontin, Halpern, 2007).

Uno studio condotto nei primi anni Novanta è stato tra i primi a sollevare dei dubbi riguardo ai programmi di intervento psicologico in caso di disastri (Bisson, Deahl, 1994). Alcuni counselor di crisi avevano condotto delle sessioni di debriefing per 62 soldati inglesi che durante la Guerra del Golfo si erano occupati della gestione e dell'identificazione delle salme di militari uccisi in azione. Nonostante gli interventi di debriefing, la metà di essi manifestava sintomi da stress post-traumatico ancora a distanza di nove mesi, quando fu sottoposta a colloquio.

In uno studio controllato condotto alcuni anni dopo su ustionati gravi ospedalizzati, i ricercatori separarono le vittime in due gruppi (Bisson et al., 1997). Un primo gruppo fu sottoposto a sessioni di debriefing individuali a distanza di pochi giorni dall'incidente, mentre il secondo gruppo (di controllo) di ustionati non fu sottoposto all'intervento psicologico. Tre mesi dopo gli studiosi verificarono che sia i pazienti sottoposti a debriefing che i pazienti del gruppo di controllo presentavano tassi uguali di disturbo post-traumatico da stress. Inoltre, a distanza di tredici mesi, il tasso di disturbo post-traumatico da stress era effettivamente *maggiore* tra le vittime che avevano fatto il debriefing (26%) rispetto alle vittime del gruppo di controllo (9%).

Risultati analoghi sono emersi da numerosi altri studi incentrati su vari tipi di disastro (Van Emmerik et al., 2002). Ovviamente tali studi avanzano seri dubbi sull'efficacia del debriefing psicologico. Alcuni clinici ritengono che i programmi di intervento immediato possano fare sì che le vittime indugino eccessivamente sugli eventi traumatici che hanno vissuto. Un certo nume-

ro di essi esprime preoccupazione sul fatto che il counseling di crisi possa involontariamente «suggerire» i problemi alle vittime, contribuendo così a produrre in primo luogo disturbi da stress (McNally, 2004; McClelland, 1998).

Il clima clinico attuale continua a essere favorevole al counseling di crisi; resta il fatto che i dubbi sollevati al riguardo meritano un'attenta considerazione. Anche in questo caso va sempre ricordata l'importanza della ricerca scrupolosa nel campo della psicopatologia.

TRA LE RIGHE

«Quello poteva essere Sammy»

Le persone che lavorano nella gestione delle salme delle vittime hanno più probabilità di sviluppare un disturbo da stress se si identificano con esse: «Poteva essere un mio familiare» (Ursano et al., 1999).

Sintesi

Lo stress e i disturbi da stress post-traumatico

Quando ci si trova di fronte a un fattore di stress o che percepiamo come una minaccia, spesso si ha una reazione allo stress costituita da senso di allarme e di paura. Le caratteristiche dell'allarme e della paura vengono attivate dall'ipotalamo, un'area cerebrale che controlla il sistema nervoso autonomo e il sistema endocrino. Vi sono due assi principali attraverso i quali i due sistemi producono allarme e paura: l'asse del sistema nervoso simpatico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Le persone con disturbo acuto o post-traumatico da stress reagiscono con ansia e sintomi correlati dopoun evento traumatico e lo rivivono di continuo nella mente, aumentando ancora di più allarme, ansia e senso di colpa. I sintomi del disturbo acuto da stress iniziano poco dopo il trauma e hanno una durata che non supera i trenta giorni, mentre l'esordio del disturbo post-traumatico da stress può avvenire in qualsiasi momento, anche a distanza di anni dal trauma, e i sintomi possono perdurare per mesi o anni.

Nel tentativo di spiegare perché alcune persone sviluppino un disturbo da stress psicologico, i ricercatori hanno identificato fattori biologici, personalità, esperienze nell'infanzia, supporto sociale, fattori multiculturali e la gravità dell'evento traumatico. I disturbi possono essere trattati con tecniche di esposizione comportamentale, insight terapeutico, terapia familiare e terapia di gruppo. La terapia psicologica di emergenza a rapida mobilitazione, che spesso segue i principi del debriefing psicologico, viene spesso condotta in seguito a disastri su ampia scala.

5.3 IL DISTURBO DA STRESS FISICO: DISTURBI PSICOFISIOLOGICI

Come abbiamo visto, lo stress può avere una notevole influenza sul funzionamento psicologico della persona (si veda la **Figura 5.3**). Può avere inoltre un forte impatto sul funzionamento fisico e in alcuni casi può condurre allo sviluppo di vere e proprie patologie. L'idea che lo stress e i fattori psicosociali correlati possano causare malattie fisiche ha radici profonde, anche se ha trovato pochi sostenitori prima del XX secolo. L'ipotesi cominciò a essere confermata circa ottant'anni fa, quando i clinici identificarono per la prima volta un gruppo di malattie fisiche che sembravano essere il risultato di una *interazione* di fattori biologici, psicologici e socio-culturali (Dunbar, 1948; Bott, 1928). Le prime edizioni del DSM etichettavano queste malattie come **disturbi psicofisiologici** o **psicosomatici**, mentre nel DSM-IV-TR sono diventati *fattori psicologici che influenzano una condizione medica* (si veda la **Tabella 5.3**). Nel presente capitolo useremo un termine più familiare, «psicofisiologico».

Disturbi psicofisiologici: patologie risultanti dall'interazione di fattori psicosociali e organici. Sono detti anche *disturbi psicosomatici*.

È importante comprendere che i disturbi psicofisiologici comportano *realmente* un danno fisico. Essi sono diversi dalle malattie fisiche «apparenti» (*disturbi fittizi* o *disturbi somatoformi*), sono cioè disturbi causati interamente da fattori psicologici come bisogni nascosti, re-

Tabella 5.3 Fattori psicologici che influenzano una condizione medica.

DSM Checklist

- Presenza di una condizione medica generale.
- Fattori psicologici che influenzano in senso negativo la condizione medica generale in una delle modalità seguenti:
 - Influenza sul decorso della condizione medica generale.
 - Interferenza con il trattamento della condizione medica generale.
 - Rappresentazione di ulteriori rischi per la salute.
 - Reazioni fisiologiche correlate allo stress che precipitano o esacerbano la condizione medica generale.

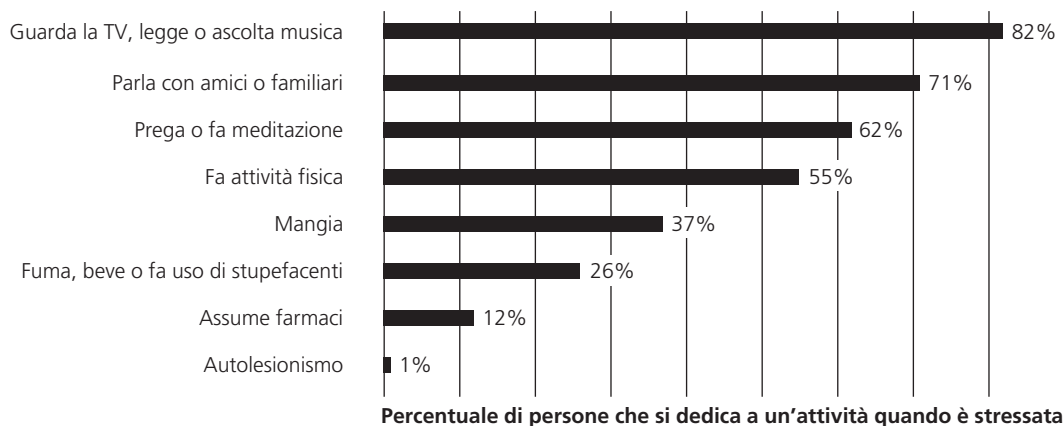
Tratto da APA, 2000.

pressione o rinforzo. Questo tipo di problemi saranno oggetto di analisi nel capitolo successivo.

5.3.1 Disturbi psicofisiologici tradizionali

Prima degli anni Settanta, i clinici ritenevano che esistesse solo un limitato numero di malattie psicofisiologiche. Il disturbo più noto e più comune erano ulcera, asma, insonnia, cefalea cronica, ipertensione e cardiopatia coronarica. Studi recenti hanno invece dimostrato che molte altre patologie, comprese le infezioni batteriche e virali, possono essere causate da un'interazione di fattori psicosociali e fisici. Osserviamo prima i disturbi psicofi-

Figura 5.3 Cosa fanno le persone per ridurre lo stress? In base a un'indagine su vasta scala, la maggior parte guarda la televisione, legge o ascolta musica.



Fonte: MHA, 2008.

siologici tradizionali, per presentare poi quelli che sono stati considerati tali più di recente.

Le **ulcere** sono lesioni profonde che si formano nella parete dello stomaco o del duodeno, che provocano bruciore e dolore di stomaco, vomito occasionale e sanguinamento della parete gastrica.

Si tratta di un disturbo molto diffuso: negli Stati Uniti venti milioni di persone ne hanno sofferto in un periodo della vita ed è responsabile di oltre 6000 decessi l'anno. L'ulcera è causata spesso da un'interazione di fattori di stress, come la pressione ambientale o intensi sentimenti di rabbia o ansia, e di fattori fisiologici, come il batterio *Helicobacter pylori* (Carr, 2001).

L'**asma** provoca il restringimento periodico delle vie respiratorie (trachea e bronchi), rendendo difficoltoso il passaggio dall'aria tra bocca-naso e polmoni. I sintomi associati sono respiro difficoltoso e sibilante, tosse e un angosciato senso di soffocamento. Negli Stati Uniti sono venti milioni le persone che soffrono di asma, il doppio rispetto a venticinque anni fa (AAAAI, 2005). Nella maggior parte dei casi si tratta di persone che hanno avuto il primo attacco da bambini o nella preadolescenza (Melamed et al., 2001). Il 70% di tutti i casi pare essere causato da un'interazione di fattori di stress, come pressione ambientale o ansia, e fattori fisiologici, come allergie a sostanze specifiche, un sistema nervoso simpatico lento nell'azione o un apparato respiratorio problematico (NCHS, 2005; Melamed et al., 2001).

L'**insonnia**, ossia la difficoltà di addormentamento o a mantenere la qualità del sonno, affligge il 35% della popolazione ogni anno (Taylor, 2006). Molti possono attraversare periodi di insonnia temporanei, che durano solo alcune notti, mentre un alto numero di persone soffre di insonnia per mesi o anni, con la sensazione di essere quasi costantemente sveglie. Gli insonni cronici si sentono stanchi e assonnati durante il giorno e possono avere difficoltà di funzionamento. Il loro problema potrebbe essere causato da una combinazione di fattori psicosociali, come elevati livelli di ansia o depressione, e di fattori fisiologici, come un sistema di attivazione iperattivo o alcune malattie (Thase, 2005; VandeCreek, 2005).

Le **cefalee croniche** sono dolori della testa e del collo frequenti e intensi, non causati da altri problemi fisici. I tipi principali sono due: la **cefalea muscolo-tensiva**, caratterizzata da dolore nella parte posteriore o frontale della testa, causata dalla contrattura dei muscoli cranici, che restringono così il lume dei vasi sanguigni. Circa 40 milioni di americani soffrono di questo tipo di cefalea. Le **emicranie** sono invece dolori estremamente intensi, spesso quasi paralizzanti, che colpiscono solo un lato della testa e sono talora accompagnate da senso di vertigine, nausea o vomito. Secondo alcune teorie mediche, le emicranie si sviluppano in due fasi: (1) si ha dapprima una vasocostrizione a livello cerebrale, con una riduzione dell'irrorazione sanguigna in alcune aree del cervello,

seguita da (2) una vasodilatazione degli stessi vasi, con una rapida ripresa dell'irrorazione sanguigna e la stimolazione di numerose terminazioni neuronali che provocano dolore. Negli Stati Uniti, circa 23 milioni di persone soffrono di emicrania.

Secondo le ricerche, le cefalee croniche sono causate da un'interazione di fattori di stress, come pressioni ambientali o sensazioni generiche di impotenza, rabbia, ansia o depressione, e di fattori fisiologici, come un'attività anomala del neurotrasmettitore serotonina, problemi vascolari o debolezza muscolare (Engel, 2009; Andrasik, Walch, 2003).

Ulcera: lesione che si forma nella parete della stomaco o del duodeno.

Asma: malattia respiratoria caratterizzata da un restringimento della trachea e dei bronchi, che provoca difficoltà di respirazione, respiro affannoso, tosse e senso di soffocamento.

Insonnia: difficoltà di addormentamento o a restare addormentati.

Cefalea muscolo-tensiva: mal di testa causato da una contrattura muscolare dei muscoli cranici.

Emicrania: mal di testa forte e invalidante che colpisce solo una metà della testa, preceduto spesso da sintomi che annunciano l'attacco e accompagnato talvolta da senso di vertigine, nausea o vomito.

Ipertensione: pressione sanguigna costantemente elevata.

Cardiopatía coronarica: affezione cardiaca causata da un blocco nelle arterie coronarie.

L'**ipertensione** è uno stato cronico di pressione alta del sangue: in pratica, il sangue pompato dal cuore nelle arterie produce una pressione eccessiva contro le pareti arteriose. L'ipertensione dà scarsi sintomi, ma interferisce con il funzionamento corretto dell'intero sistema cardiovascolare, aumentando fortemente la probabilità di essere colpiti da ictus, cardiopatie e problemi renali. Si ritiene che negli Stati Uniti gli ipertesi siano 65 milioni, 14.000 dei quali ogni anno muoiono direttamente per questa causa; milioni di altri muoiono a causa delle patologie provocate dall'ipertensione (Kalb, 2004; Kluger, 2004). Circa il 10% di tutti i casi sono provocati dalle sole anomalie fisiologiche; il resto dei casi è colpito da **ipertensione essenziale** (Sperry, 2009), una combinazione di fattori psicosociali e fisiologici. Tra i fattori psicosociali principali dell'ipertensione essenziale si annoverano stress costante, pericolo ambientale e sensazione generica di rabbia o depressione. I fattori fisiologici comprendono obesità, fumo, scarsa funzionalità renale e una percentuale insolitamente alta della proteina *collagene* nei vasi sanguigni (Taylor, 2006; Kluger, 2004).

La **cardiopatía coronarica** è causata da un blocco

delle *arterie coronarie*, i vasi sanguigni che circondano il cuore e hanno la funzione di trasportare ossigeno al muscolo cardiaco. Il termine indica in realtà diversi problemi, compreso il blocco delle coronarie e l'*infarto miocardico* (un «attacco di cuore»). Circa 14 milioni di persone negli Stati Uniti soffrono di qualche forma di cardiopatia coronarica (AHA, 2005). Negli Stati Uniti è la principale causa di morte tra gli uomini oltre i 35 anni e delle donne oltre i 40 ed è responsabile di quasi un milione di morti ogni anno, circa il 40% di tutte le morti della nazione (Travis, Meltzer, 2008; AHA, 2005, 2003). La maggioranza di tutti i casi di cardiopatia coronarica sono collegati a un'interazione di fattori psicosociali, come lo stress lavorativo e livelli elevati di rabbia o depressione, e fattori fisiologici, come alti livelli di colesterolo, obesità, ipertensione, fumo e mancanza di attività fisica (Travis, Meltzer, 2008; Wang et al., 2004).

Nel corso degli anni i clinici hanno identificato numerose variabili che possono in linea generale favorire lo sviluppo di disturbi psicofisiologici (si veda la **Figura 5.4**). Non deve sorprendere che molte di queste variabili siano le stesse che favoriscono l'insorgere di disturbi da stress psicologico, i disturbi da stress acuto e post-traumatico. Tali variabili possono essere suddivise tra fattori biologici, psicologici e socioculturali.

Fattori biologici

Abbiamo visto più sopra che una delle maniere in cui il cervello può attivare gli organi interni è attraverso il *sistema nervoso autonomo (SNA)*, la rete di fibre nervose che collega il sistema nervoso centrale agli organi interni. Si ritiene che dei problemi a livello di sistema nervoso

so autonomo favoriscano l'insorgere di disturbi psicofisiologici (Hugdahl, 1995).

TRA LE RIGHE

Il killer silenzioso

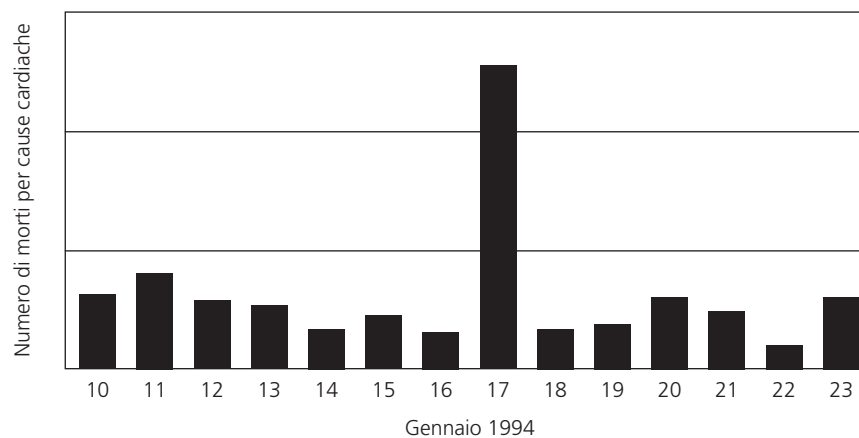
L'ipertensione arteriosa, un disturbo psicofisiologico che dà scarsi sintomi, è responsabile della morte di migliaia di persone ogni anno. Per questo motivo i professionisti della salute eseguono controlli preventivi anche nei luoghi di lavoro e in altri tipi di comunità.

Se il SNA è iperreattivo, per esempio, può esserci una reazione eccessiva in presenza di situazioni che per la maggioranza delle persone sono moderatamente stressanti, portando nel tempo a un danno a livello di certi organi e provocando disturbi psicofisiologici (Boyce et al., 1995). Altri problemi biologici più specifici possono contribuire a creare disturbi psicofisiologici. Una persona con un sistema gastrointestinale problematico, per esempio, può essere un candidato di prima scelta per l'ulcera gastrica, mentre chi ha problemi a livello di sistema respiratorio sarà più soggetto a soffrire di asma.

In modo analogo, le persone possono avere sempre uno stesso tipo di reazioni biologiche che aumentano le loro probabilità di contrarre disturbi psicofisiologici. Alcuni individui traspirano copiosamente in reazione a situazioni di stress, ad altri viene mal di stomaco, ad altri ancora sale la pressione (Fahrenberg et al., 1995). Secondo le ricerche, per esempio, alcuni individui sono particolarmente soggetti ad avere picchi di ipertensione temporanei in situazioni di stress (Gianaros et al., 2005): potrebbe significare che sono inclini a essere ipertesi.

A conferma di queste nozioni, un team di cardiologi

Figura 5.4 Cardiopatia coronarica e stress. Il 17 gennaio 1994 la città di Los Angeles fu colpita da un fortissimo terremoto. Quel giorno morirono d'infarto 24 residenti con patologie cardiovascolari, cinque volte di più rispetto al totale consueto (Leor et al., 1996). Il dato evidenzia il ruolo essenziale dello stress e di altre variabili psicosociali nella cardiopatia coronarica.



dei Johns Hopkins Medical Institutes ha presentato qualche anno fa una interessante relazione su 19 pazienti che manifestavano sintomi di attacco miocardico acuto (Wittstein et al., 2005). In realtà, nessuno di loro presentava danni ai tessuti cardiaci né blocchi a livello di arterie coronarie, ossia nessuno era stato colpito da infarto del miocardio, mentre tutti avevano avuto di recente un'esperienza molto stressante e in tutti si riscontrava un SNA e un'attività ormonale eccezionalmente reattivi. Sebbene l'attività cerebrale e organica non avesse causato effettivamente un infarto durante il ricovero in ospedale, alcuni cardiologi ritenevano che un serie di episodi ripetuti potesse realmente concorrere a provocare una cardiopatia coronarica in futuro (Akashi et al., 2004).

Fattori psicologici

Secondo molti studiosi vi sono determinati bisogni, atteggiamenti, emozioni e stili di coping che possono causare in alcuni un'iperreattività ai fattori di stress, aumentando così la probabilità di andare incontro a disturbi psicofisiologici (Chung et al., 2005). I ricercatori hanno scoperto, per esempio, che i maschi con *stile di coping repressivo* (difficoltà a esprimere disagio, collera o ostilità) tendono ad avere picchi di ipertensione particolarmente alti e tachicardia quando sono sotto stress (Pauls, Stemmler, 2003).

Un altro stile di personalità che tende a favorire i disturbi psicofisiologici è lo **stile di personalità di tipo A**, un concetto introdotto da due cardiologi, Meyer Friedman e Raymond Rosenman (1959). Le persone con questo stile di personalità possono essere definite in generale colleriche, ciniche, tese, competitive e ambiziose. Il loro modo di interagire con il mondo, secondo Friedman e Rosenman, produce uno stress continuo ed è spesso all'origine di una cardiopatia coronarica. Coloro che hanno uno **stile di personalità di tipo B**, invece, sono ritenuti più rilassati, meno aggressivi, meno preoccupati del tempo e quindi meno soggetti a problemi cardiovascolari.

Stile di personalità di Tipo A: modello di personalità caratterizzato da ostilità, cinismo, tensione costante, impazienza, competitività e ambizione.

Stile di personalità di Tipo B: modello di personalità in cui le persone sono più rilassate, meno aggressive e meno preoccupate del tempo.

Il nesso tra lo stile di personalità di tipo A e la cardiopatia coronarica è stato dimostrato da diversi studi. In una ricerca molto nota, che ha coinvolto oltre 3000 persone, Friedman e Rosenman (1974) hanno suddiviso tutti gli uomini in buona salute fra i 40 e i 60 anni in categorie di Tipo A e di Tipo B e li hanno monitorati per i successivi otto anni. Tra gli uomini di Tipo A, più della metà ha sviluppato una patologia coronarica. Studi suc-

cessivi hanno indicato che il funzionamento del Tipo A è legato a un'analogia incidenza di patologie cardiache nelle donne (Haynes et al., 1980).

TRA LE RIGHE

Qual è la serata migliore per svagarsi?

Lunedì - La serata più comune per l'attività fisica (sport, palestra)

Martedì - La serata più scelta per incontrare altre persone

Venerdì - La serata preferita per stare a casa e guardare la TV

Sabato - La serata preferita per uscire a cena e/o andare al cinema

Domenica - La serata scelta dai più per sbrigare la corrispondenza (Fetto, 2001).

Da studi più recenti è emerso che il nesso tra stile di personalità di Tipo A e problemi cardiaci potrebbe non essere così evidente come suggerivano i primi studi. Essi indicano comunque che diverse caratteristiche tipiche dello stile di Tipo A, in particolare l'*ostilità* e il *senso di urgenza* possono effettivamente essere fortemente connesse alle affezioni cardiache (Myrtek, 2007; Taylor, 2006).

Fattori socioculturali: la prospettiva multiculturale

Condizioni sociali svantaggiate possono costituire una base per i disturbi psicofisiologici. Tali condizioni producono uno stress continuato che attiva e interagisce con i fattori biologici e di personalità esaminati più sopra. Tra le condizioni sociali più negative vi è per esempio la povertà. Numerosi studi hanno ripetutamente confermato che le persone relativamente benestanti hanno meno disturbi psicofisiologici e un migliore stato di salute rispetto ai meno abbienti (Matsumoto, Juang, 2008; Adler et al., 1994). Una ragione evidente di questa correlazione sta nel fatto che negli ambienti sociali più poveri vi è un maggiore tasso di criminalità, disoccupazione, sovraffollamento e altri fattori di stress negativo rispetto a quanto si può trovare tra le persone più benestanti. Inoltre nel primo caso l'assistenza medica è più carente.

Le ricerche hanno rivelato altresì che l'appartenenza a gruppi etnici e culturali di minoranza aumenta il rischio di sviluppare disturbi psicofisiologici e altri problemi di salute (Travis, Meltzer, 2008). Ancora una volta, il fattore economico può essere importante. Molte persone appartenenti a gruppi minoritari vivono in condizioni di povertà e caratterizzati da tassi elevati di criminalità e disoccupazione, nonché da un'assistenza medica carente che spesso determinano un cattivo stato di salute. Dai dati del censimento risulta, per esempio, che il 70% di tutti coloro che non hanno un'assicurazione sanitaria sono americani ispanici, africani o asiatici

(U.S. Census Bureau, 2006). Inoltre, all'interno di questi gruppi minoritari le donne sono particolarmente svantaggiate dal punto di vista dell'assistenza sanitaria. Le donne ispanoamericane, per esempio, sono quelle che hanno minore accesso alle cure mediche negli Stati Uniti (Travis, Meltzer, 2008). Effettivamente, quasi la metà delle donne ispanoamericane che vivono in condizioni di povertà non hanno un'assicurazione sanitaria (Travis, Meltzer, 2008; Pamuk et al., 1998).

TRA LE RIGHE

Coping e adattamento allo stress: un occhio alla cultura

Il 57% dei nativi americani e degli afroamericani si sentono stressati dalle questioni finanziarie, rispetto al 47% dell'intera popolazione degli Stati Uniti.

Il 41% degli ispanoamericani si sentono stressati dalle questioni lavorative, rispetto al 32% dell'intera popolazione degli Stati Uniti.

L'82% degli afroamericani ricorrono alla preghiera e alla meditazione quando sono stressati, rispetto al 62% dell'intera popolazione degli Stati Uniti.

Il 70% dei nativi americani e degli asiatici americani fanno attività fisica quando sono stressati, rispetto al 55% dell'intera popolazione degli Stati Uniti (MHA, 2008).

La ricerca indica inoltre che il nesso tra stato del gruppo di minoranza e disturbi psicofisiologici si estende oltre i fattori puramente economici. Consideriamo per esempio un dato ben noto, ossia che l'ipertensione è più comune (+43%) tra gli afroamericani che tra gli americani bianchi (Kluger, 2004). Sebbene tale differenza possa essere in parte spiegata dall'ambiente disagiato in cui vivono tanti afroamericani e le occupazioni non appaganti che molti si trovano a svolgere (Cozier-D'Amico, 2004), possono essere presenti anche altri fattori. Per esempio, gli afroamericani potrebbero avere una predisposizione fisiologica che aumenta il rischio di diventare ipertesi. O ancora, le ripetute esperienze di discriminazione razziale possono costituire un particolare fattore di stress che contribuisce all'innalzamento della pressione arteriosa tra gli afroamericani (Matsumoto, Juang, 2008).

In uno studio, ad alcune donne afroamericane e bianche furono date istruzioni di parlare di tre scenari ipotetici (Lepore et al., 2006). In uno di questi, considerato un fattore di stress *razziale*, le partecipanti alla ricerca dovevano immaginare di essere ingiustamente accusate di aver rubato in un negozio. In un secondo scenario, considerato un fattore di stress *non razziale*, immaginavano di essere bloccate in aeroporto a causa di ritardi nei voli aerei. Nel terzo scenario, nel quale non erano implicati fattori di stress di alcun tipo, le partecipanti dovevano

immaginare di fare da guida in una visita a un campus universitario. Durante il primo scenario, le partecipanti afroamericane avevano picchi ipertensivi molto superiori rispetto alle partecipanti bianche. Sulla base di questi risultati, gli sperimentatori conclusero che la percezione di pregiudizi razziali produce un maggiore stress psicologico per le afroamericane, favorendo così l'ipertensione, altri disturbi psicofisiologici e condizioni di salute meno buone in generale.

5.3.2 Nuovi disturbi psicofisiologici

È dunque chiaro che fattori biologici, psicologici e socioculturali concorrono alla formazione di disturbi psicofisiologici. In effetti l'interazione di tali fattori è oggi considerata la *regola* del funzionamento dell'organismo, non l'eccezione, e, con il passare degli anni, all'elenco dei disturbi psicofisiologici tradizionali si sono aggiunte numerose patologie; la ricerca ha inoltre rilevato parecchi legami tra stress psicosociali e una vasta gamma di patologie del corpo. Vedremo dapprima come sono stati stabiliti questi legami per passare poi alla *psiconeuroimmunologia*, l'ambito di studio che collega stress e patologie al sistema immunitario.

Le malattie fisiche sono collegate allo stress?

Risale al 1967 la *Social Adjustment Rating Scale*, ideata da Thomas Holmes e Richard Rahe, una scala di valutazione che assegna valori numerici alle situazioni di stress che la maggior parte delle persone si trova ad affrontare in qualche momento della vita. Dalle risposte raccolte da un vasto campione di partecipanti è emerso che l'evento più stressante sulla scala di valutazione è la morte del coniuge, con un punteggio di 100 unità di cambiamento di vita complessivo, (*life changeunit*) o LCU. Un evento giudicato poco stressante è il pensionamento (45 LCU) e ancora meno stressante una piccola violazione della legge (11 LCU). Questa scala ha costituito per i ricercatori un metro di giudizio per misurare la quantità complessiva di stress che un individuo si trova ad affrontare nel tempo. Per esempio, se nel corso di un anno una donna ha iniziato una nuova attività lavorativa (39 LCU), suo figlio è partito per il college (29 LCU), ha traslocato in una nuova casa (20 LCU) e le è morta una cara amica (37 LCU), il suo punteggio di stress per quell'anno sarebbe di 125 LCU, una quantità di stress considerevole data l'estensione temporale.

Sulla base di questa scala, Holmes e Rahe (1989, 1967) hanno avuto modo di analizzare il rapporto tra lo stress della vita e l'esordio di malattie e hanno scoperto che i punteggi di LCU di persone che si sono ammalate nell'anno precedente alla malattia erano molto superiori a quelli delle persone in buona salute. Se i cambiamenti nella vita di una persona superavano i 300 LCU nel corso di un anno, quella persona aveva molte probabilità di ammalarsi in modo piuttosto grave.

Utilizzando la Social Adjustment Rating Scale o scale di valutazione analoghe, da allora si è iniziato a collegare stress di varia natura a una vasta gamma di patologie fisiche, dalla gengivite necrotizzante ulcerativa e alle infezioni delle alte vie respiratorie fino al cancro (S. Cohen, 2005; Taylor, 2004). In generale, la quantità di stress nella vita è direttamente proporzionale alla probabilità di ammalarsi (si veda la **Figura 5.5**). I ricercatori hanno rilevato inoltre una corrispondenza fra stress traumatico e morte. I vedovi e le vedove, per esempio, hanno un maggiore rischio di morte nel periodo immediatamente successivo alla perdita del coniuge (Rees, Lutkin, 1967; Young et al., 1963).

Un difetto della Social Adjustment Rating Scale di Holmes e Rahe è quello di non considerare le reazioni particolari allo stress della vita di popolazioni specifiche. Per esempio, nel mettere a punto la scala di valutazione, i ricercatori hanno reclutato prevalentemente americani bianchi, con una scarsa presenza di afroamericani.

Ma poiché le loro esperienze di vita presentano attualmente differenze fondamentali, non sarebbe possibile che afroamericani e americani bianchi siano diversi anche nelle loro reazioni allo stress in occasione dei vari eventi della vita? Secondo uno studio, è veramente così (Komaroff et al., 1989, 1986). Sebbene sia gli afroamericani che i bianchi pongano al primo posto nella scala

degli eventi più stressanti della vita la morte del coniuge, gli afroamericani ritengono più stressante rispetto ai bianchi una grave malattia o un incidente personale, un notevole cambiamento nelle responsabilità sul lavoro o un cambiamento considerevole delle condizioni di vita. Altri studi hanno evidenziato come ci siano differenze anche tra uomini e donne nelle reazioni di fronte ad alcuni cambiamenti di vita (Miller, Rahe, 1997).

Infine, per gli studenti i fattori di stress sono diversi da quelli elencati nella Social Adjusting Rating Scale. Anziché avere problemi matrimoniali, trovarsi ad affrontare un licenziamento o un colloquio di lavoro, uno studente universitario avrà invece problemi di convivenza con altri studenti, sarà bocciato a un esame e cercherà di essere ammesso a un corso di specializzazione post laurea. Quando i ricercatori hanno messo a punto scale speciali per misurare gli eventi della vita in questa popolazione con maggiore accuratezza (si veda ancora la **Tabella 5.4** alla pagina seguente), hanno in effetti riscontrato i collegamenti che si aspettavano tra eventi stressanti e malattia (Crandall et al., 1992).

Psiconeuroimmunologia

In che modo un evento stressante può tradursi in un'infezione virale o batterica? Un ambito specifico, la **psiconeuroimmunologia**, cerca di dare una risposta a questa domanda individuando i legami fra stress psicosociale, sistema immunitario e stato di salute.

Il **sistema immunitario** è un insieme di attività e cellule che hanno il compito di identificare e distruggere **antigeni** (invasori estranei, come batteri, virus, funghi e parassiti) e cellule cancerose. Fra le cellule più importanti di questo sistema vi sono miliardi di **linfociti**, cellule bianche del sangue che circolano nel sistema linfatico e nel flusso sanguigno. Quando sono stimolati dagli antigeni, i linfociti entrano in azione per contrastare gli invasori.

Psiconeuroimmunologia: studio dei collegamenti fra stress, sistema immunitario e malattia.

Sistema immunitario: sistema di attività e di cellule che identificano e distruggono antigeni e cellule cancerose.

Antigene: sostanza estranea che si introduce nell'organismo, come un batterio o un virus.

Linfociti: globuli bianchi, cellule del sangue che circolano nel sistema linfatico e nel flusso sanguigno, con la funzione di aiutare l'organismo a identificare e distruggere antigeni e cellule cancerose.

Un gruppo di linfociti specifici, i *linfociti T helper*, identifica gli antigeni e quindi si moltiplica e innesca la produzione di altri tipi di cellule immunitarie. Un secondo gruppo, i *linfociti T natural killer*, identifica e di-

Figura 5.5 Stress e raffreddore comune. In un importante studio, alcuni individui sani furono messi in quarantena dopo la somministrazione di gocce nasali contenenti virus del raffreddore comune (S. Cohen et al., 1991). I partecipanti che avevano attraversato di recente un periodo di forte stress avevano molte più probabilità di prendere il raffreddore rispetto ai partecipanti che nella vita avevano meno fattori di stress.

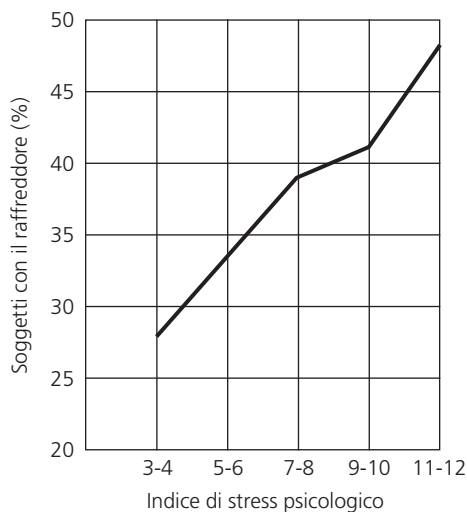


Tabella 5.4 Gli eventi più stressanti della vita.

Adulti: Social Adjustment Rating Scale*	Studenti: Undergraduate Stress Questionnaire*
1. Morte del coniuge	1. Morte (familiare o amico)
2. Divorzio	2. Avere sostenuto molti esami
3. Separazione	3. Settimana degli esami finali
4. Sentenza di carcerazione	4. Fare domanda a scuola di specializzazione
5. Morte di un familiare stretto	5. Essere vittima di un crimine
6. Grave malattia o incidente personale	6. Esercizi in tutte le materie per lo stesso giorno
7. Matrimonio	7. Rottura con il partner
8. Licenziamento	8. Scoperta del tradimento da parte del partner
9. Riconciliazione coniugale	9. Scadenze e consegne da rispettare
10. Pensionamento	10. Furto di un oggetto di proprietà
11. Malattia di un familiare stretto	11. Prospettiva di una settimana difficile
12. Gravidanza	12. Presentarsi impreparato a un esame
13. Problemi sessuali	13. Perdita di un oggetto (specie il portafogli)
14. Nuova persona in famiglia	14. Morte di un animale domestico
15. Difficoltà finanziarie	15. Esito di un esame peggiore del previsto
16. Cambiamento nella situazione finanziaria	16. Presentarsi a un colloquio
17. Morte di un caro amico	17. Dover presentare un progetto o relazione
18. Cambiamento delle condizioni di lavoro	18. Esito negativo di un esame
19. Aumento di conflitti con il partner	19. Divorzio dei genitori
20. Grosso debito (ipoteca, mutuo)	20. Dipendere da altre persone
21. Preclusione ad accendere ipoteca o mutuo	21. Conflitti con altri studenti conviventi
22. Cambiamento delle responsabilità sul lavoro	22. Auto/bici rotta, gomma a terra ecc.

* La scala completa è costituita da 43item;
Fonte: Holmes e Rahe, 1967.

+ La scala completa è costituita da 83 item;
Fonte: Crandall et al., 1992.

strugge le cellule degli organi già infettate da virus, contribuendo così a fermare la diffusione di un'infezione virale. Un terzo gruppo, i *linfociti B*, produce gli anticorpi, molecole proteiche che riconoscono e si legano agli antigeni, li rende riconoscibili per la distruzione e impedisce loro di causare l'infezione.

Oggi gli studiosi ritengono che lo stress possa interferire con l'attività dei linfociti, riducendola e aumentando così la vulnerabilità della persona alle infezioni virali e batteriche (Lutgendorf et al., 2005). In uno studio divenuto famoso, il ricercatore Roger Bartrop (1977) del Nuovo Galles del Sud, in Australia, ha studiato con il suo gruppo di lavoro il sistema immunitario di 26 persone che avevano perso il coniuge otto settimane prima, confrontandolo con quello di 26 partecipanti non vedovi del gruppo di controllo. Dai prelievi di sangue emerse che l'attività dei linfociti era molto più lenta nei vedovi che nel gruppo di controllo. Altri studi hanno messo in evidenza un funzionamento rallentato del sistema immunitario nelle persone esposte a stress a lungo termine. Per esempio, è stato riscontrato un funzionamento carente del sistema immunitario nelle persone che si trovano a dovere accudire un familiare con malattia di Alzheimer (Vitaliano et al., 2005; Kiecolt-Glaser et al., 1996).

Tutti questi studi sembrano raccontare una storia particolare. Nei periodi in cui individui in buona salute si trovavano ad affrontare livelli insolitamente alti di stress, continuavano a essere apparentemente sani, ma le esperienze stressanti ne rallentavano il sistema immunitario tanto da renderli vulnerabili alle malattie. Se lo stress influenza negativamente la capacità di neutralizzare la malattia, non meraviglia che i ricercatori abbiano ripetutamente rilevato un nesso tra stress della vita e malattie di vario tipo. Ma perché e quando lo stress interferisce con il sistema immunitario? Vi sono diversi fattori che intervengono sulla capacità dello stress di rallentare il sistema immunitario, e sono *l'attività biochimica*, *i cambiamenti comportamentali*, *lo stile di personalità* e *il grado di supporto sociale*.

Attività biochimica. Sembra che un'eccessiva attività del neurotrasmettitore *noradrenalina* abbia un ruolo nel rallentare il sistema immunitario. Va ricordato che lo stress porta a una maggiore attività del sistema nervoso simpatico, compreso un aumentato rilascio di *noradrenalina* a livello cerebrale e corporeo. Secondo le ricerche, se lo stress si prolunga nel tempo, la *noradrenalina* alla fine si sposta sui recettori di alcuni linfociti e comunica un *messaggio inibitorio* per bloccarne l'attività, rallentando il funzionamento immunitario (Carlson, 2008; Lekander, 2002).

In maniera analoga, i *corticosteroidi* (cortisolo e altri cosiddetti ormoni dello stress) contribuiscono a loro volta a rallentare il buon funzionamento del sistema immunitario. Ricorderete che quando ci si trova sotto stress, le

ghiandole surrenali rilasciano corticosteroidi. Come nel caso della noradrenalina, se lo stress si prolunga nel tempo, gli ormoni dello stress si spostano alla fine sui recettori che si trovano su alcuni linfociti e comunicano anch'essi un messaggio inibitorio in grado di rallentare l'attività (Bauer, 2005; Bellinger et al., 1994).

Studi recenti hanno inoltre indicato che i corticosteroidi agiscono anche nello stimolare un aumento nella produzione di *citochine*, proteine che si legano a recettori specifici in tutto il corpo. A livelli di stress moderato, le citochine, un elemento importante del sistema immunitario, contribuiscono a combattere le infezioni. Ma se lo stress si prolunga e vengono rilasciati sempre più corticosteroidi, la produzione continua e la diffusione di citochine provoca un'*infiammazione cronica* in tutto il corpo, arrivando a causare cardiopatie, ictus e altre patologie (Travis, Meltzer, 2008; Suarez, 2004).

Cambiamenti comportamentali. Lo stress può mettere in atto una serie di cambiamenti comportamentali in grado di influenzare indirettamente il sistema immunitario. Sotto stress, alcuni possono diventare ansiosi o depressi o sviluppare un disturbo d'ansia o dell'umore. Ne risulta una peggiore qualità del sonno, cattiva alimentazione, mancanza di attività fisica, aumentato consumo di alcol o di sigarette, tutti comportamenti che notoriamente rallentano il sistema immunitario (Irwin, Cole, 2005).

Stile di personalità. Secondo le ricerche, coloro che tendono a reagire allo stress con ottimismo, coping costruttivo e capacità di adattamento, ossia quel tipo di persone che accolgono le sfide e sono pronte a prendere il controllo di tutto ciò che la vita mette loro davanti, hanno un sistema immunitario che funziona meglio e sono più preparate a sconfiggere la malattia (Taylor, 2006, 2004). Da alcuni studi è emerso che le persone con personalità «robuste» e adattabili conservano la buona salute anche a fronte di eventi stressanti, mentre coloro che hanno personalità più labili sembrano essere più vulnerabili alle malattie (Bonanno, 2004; Ouellette, DiPlacido, 2001). Uno studio in particolare ha indicato che gli uomini che si sentono tendenzialmente depressi hanno un tasso di morte superiore alla media per cardiopatie e altre cause (Everson et al., 1996). Nello stesso solco, un cospicuo gruppo di ricerche suggerisce che le persone dotate di senso di spiritualità tendono ad avere una salute migliore rispetto a coloro che non ne hanno, e alcuni studi hanno riscontrato un nesso tra spiritualità e buon funzionamento del sistema immunitario (Thoresen, Plante, 2005; Lutgendorf et al., 2004).

In un ambito affine, alcuni studiosi hanno rilevato un legame tra alcune caratteristiche di personalità e guarigione dal cancro (Hjerl et al., 2003). Essi hanno scoperto che le persone ammalate di certi tipi di cancro con uno stile di coping rassegnato e con difficoltà a esprimere le

proprie emozioni, in particolare la rabbia, tendono a recuperare meno facilmente rispetto a coloro che sanno esprimere le emozioni. Altri studi, tuttavia, non hanno riscontrato alcun legame fra personalità ed esito della malattia oncologica (Urcuyo et al., 2005; Garssen, Godkin, 1999).

Supporto sociale. Infine, coloro che non hanno una rete di supporto sociale e si sentono soli sembrano avere un funzionamento del sistema immunitario meno efficiente di fronte a situazioni di stress rispetto a coloro che non si sentono soli (Curtis et al., 2004; Cohen, 2002). In uno studio pionieristico, ad alcuni studenti di medicina fu somministrata la *Loneliness Scale UCLA*, la Scala della solitudine, e divisi quindi in gruppi di solitudine «elevata» o «bassa» (Kiecolt-Glaser et al., 1984). Nel gruppo degli studenti con alto grado di solitudine la risposta dei linfociti nel periodo degli esami finali era minore.

Altri studi hanno rilevato come il supporto sociale e l'affiliazione possano effettivamente aiutare a proteggere dallo stress o contribuire a recuperare dopo una malattia o un intervento chirurgico (Matsumoto, Juang, 2008; Taylor, 2006). Analogamente, da alcuni studi è risultato che nei pazienti con alcune forme di cancro che hanno una rete di supporto sociale nella vita personale o ricevono una terapia di sostegno spesso il sistema immunitario funziona meglio e dunque hanno una percentuale di guarigione superiore rispetto ai pazienti che non hanno tale rete di supporto (Taylor, 2006; Spiegel, Fawzy, 2002).

5.3.3 Trattamenti psicologici per disturbi fisici

Con la scoperta che lo stress e i fattori psicosociali connessi possono favorire i disturbi somatici, i clinici hanno applicato sempre più il trattamento psicologico ai problemi medici. Tecniche di rilassamento, biofeedback, meditazione, ipnosi, interventi cognitivi, insight terapeutico e gruppi di supporto sono tipi di trattamento noti e collaudati. L'ambito terapeutico che abbina trattamenti psicologici e fisici per curare o prevenire problemi di tipo medico è conosciuto come **medicina comportamentale**.

Medicina comportamentale: disciplina medica che abbina interventi psicologici e fisici per curare o prevenire problemi di tipo medico.

Tecniche di rilassamento

Come abbiamo visto nel Capitolo 4, alle persone si può insegnare a rilassare i muscoli volontariamente, una procedura che serve talora a ridurre la sensazione di ansia. Dati gli effetti positivi del rilassamento sull'ansia e sul sistema nervoso, i clinici ritengono che le *tecniche di*

rilassamento siano in grado di prevenire o curare alcune patologie mediche correlate allo stress.

Le tecniche di rilassamento, spesso in abbinamento con farmaci, vengono usate ampiamente nella cura dell'ipertensione (Stetter, Kupper, 2002). L'approccio si è rivelato utile anche nella cura di cefalee, insonnia, asma, diabete, dolore post-chirurgico, alcune patologie vascolari e degli effetti secondari e indesiderabili di alcune terapie anticancro (Devineni, Blanchard, 2005; Carmichael, 2004).

Biofeedback

Nel Capitolo 4 abbiamo visto anche che i pazienti che si sottopongono a *tecniche di biofeedback* sono collegati ad apparecchiature che ne registrano continuamente l'attività fisica involontaria. Queste informazioni consentono loro di riacquistare gradualmente il controllo su quelle attività. Tale procedura, che si è rivelata in parte utile nel trattamento dei disturbi d'ansia, viene applicata anche nel caso di una vasta gamma di disturbi fisici.

TRA LE RIGHE

Rischio chirurgico

Coloro che provano molta ansia e paura prima di un intervento chirurgico tendono ad avere più dolore e maggiori complicanze nel periodo post intervento e restano ricoverati più a lungo (Kiecolt-Glaser et al., 1998).

In uno studio classico, il *biofeedbacklettromiografico* (EMG) veniva utilizzato per il trattamento di 16 pazienti che provavano dolore al volto, dovuto in parte alla tensione dei muscoli della mascella (Dohrmann, Laskin, 1978). In tale procedura, ai muscoli del paziente vengono applicati degli elettrodi in modo da rilevare le contrazioni muscolari e convertirle in un segnale acustico da fare sentire al soggetto. Cambiamenti nella tonalità e nel volume del suono indicano cambiamenti nella tensione muscolare. Dopo avere più volte «ascoltato» il biofeedback EMG, i 16 pazienti dello studio avevano imparato a rilassare i muscoli della mascella volontariamente e riferirono successivamente una riduzione del dolore facciale.

Il feedback EMG è stato utilizzato con successo anche nel trattamento delle cefalee e di disabilità muscolari causate da ictus o incidenti. Altre forme ancora di biofeedback si sono rivelate utili nel trattamento dei disturbi del ritmo cardiaco, asma, emicranie, ipertensione, balbuzie e dolore (Martin, 2002; Moss, 2002; Gatchel, 2001).

Meditazione

Sebbene la meditazione venga praticata sin dai tempi antichi, solo di recente i professionisti della salute occidentali ne hanno scoperto l'efficacia nel trattamento del dolore fisico. Nella *meditazione* ci si concentra su sé stessi e la propria interiorità, raggiungendo uno stato di

coscienza leggermente alterato e ignorando temporaneamente tutti i fattori di stress esterni. Nell'approccio più semplice, la persona si mette in un posto tranquillo, assume una posizione comoda, emette o pensa a una formula o a un suono particolare (il *mantra*) per focalizzare l'attenzione e si allontana con la mente da tutti i pensieri e le preoccupazioni esterne (Dass, Levine, 2002). Coloro che fanno regolarmente meditazione riferiscono di sentirsi più pacificati, concentrati e creativi. La meditazione è stata utilizzata per la gestione del dolore e per il trattamento di ipertensione, problemi cardiaci, asma, malattie dermatologiche, diabete, insonnia e persino nel caso di infezioni virali (Stein, 2003; Andresen, 2000).

Una forma di meditazione che è stata applicata in particolare nel caso di pazienti che soffrono di dolore cronico è la *meditazione consapevole* (Carey, 2008 may 27; Kabat-Zinn, 2005). In questo caso la persona è attenta alle emozioni, ai pensieri e alle sensazioni che passano nella sua mente durante la meditazione, ma lo fa con distacco e obiettività e soprattutto in modo non giudicante. Questo essere attenti, ma evitando di esprimere giudizi, a sensazioni e pensieri, compresa la sensazione di dolore, fa sì che chi medita sia meno portato a etichettare, a fissarsi o a reagire negativamente a essi.

TRA LE RIGHE

Il genere e il cuore

Secondo le ricerche, le donne ricoverate per infarto hanno una probabilità di morire del 50% superiore rispetto agli uomini ospedalizzati per lo stesso motivo (Travis, Meltzer, 2008; Travis, 2005).

Ipnosi

Come abbiamo visto nel Capitolo 1, coloro che si sottopongono all'*ipnosi* sono guidati da un ipnotista in uno stato simile al sonno in cui diventano più suggestionabili e quindi possono essere indotti ad agire in modi particolari, a provare sensazioni insolite, a ricordare eventi apparentemente dimenticati o a dimenticare eventi riaffiorati alla memoria. Alcuni esperti riescono a indurre lo stato ipnotico su sé stessi (*autoipnosi*). L'ipnosi oggi viene utilizzata attualmente come ausilio nella psicoterapia e nel trattamento di numerose affezioni fisiche (Shenefelt, 2003).

L'ipnosi si rivela particolarmente utile nel controllo del dolore (Kiecolt-Glaser et al., 1998). Un case study descrive un paziente che si è sottoposto a un intervento di chirurgia odontoiatrica in stato di suggestione ipnotica: dopo avere indotto lo stato ipnotico, il dentista ha suggerito al paziente che egli si trovava in un ambiente piacevole e rilassante, in cui ascoltava un amico che gli descriveva come nel suo caso l'intervento chirurgico sotto ipnosi fosse andato nel migliore dei modi. Il dentista ha quindi iniziato l'intervento della durata di 25 minuti, portandolo

a termine con successo (Gheorghiu, Orleanu, 1982). Sebbene solo poche persone siano in grado di sottoporsi a un intervento chirurgico con la sola anestesia ipnotica, l'ipnosi abbinata a un'anestesia chimica sembra possa rivelarsi utile in numerosi casi (Fredericks, 2001). Oltre che nel controllo del dolore, l'uso dell'ipnosi si è rivelato utile nel coadiuvare il trattamento di malattie dermatologiche, asma, insonnia, ipertensione, verruche e altre forme infettive (Modlin, 2002; Hornyak, Green, 2000).

Interventi cognitivi

Alle persone con patologie fisiche si è talora insegnato ad assumere nuovi atteggiamenti o risposte cognitive nei

confronti della loro malattia come parte integrante del trattamento (Kyrios, 2009; Devineni, Blanchard, 2005). Per esempio, una procedura detta *training di autoistruzione* si è rivelata utile per aiutare alcuni pazienti ad affrontare il dolore cronico (Allison, Friedman, 2004; Meichenbaum, 1997, 1993, 1977, 1975). Nel training di autoistruzione i terapeuti insegnano alle persone a identificare e infine a liberarsi dei pensieri negativi che continuano a emergere durante gli episodi di dolore (le cosiddette *autoaffermazioni negative*, del tipo «Oh no, non riuscirò a sopportare il dolore») e a sostituirli con *autoaffermazioni di coping* (come «Quando arriva il dolore, fermati; continua a concentrarti su quello che devi fare»).

Approfondimento

QUANDO L'EMPATIA PUÒ FARE MOLTO

Denise Grady, «The New York Times», 8 gennaio 2008.

Quattro anni fa, a mia sorella furono diagnosticati due tipi di cancro contemporaneamente. Fu come essere colpiti da un fulmine, per due volte.

Avrebbe dovuto sottoporsi a chemioterapia e radioterapia, a un intervento chirurgico complesso, un nuovo ciclo di chemioterapia e infine un altro intervento più semplice. In tutto, la cura sarebbe durata circa un anno. Già magra per costituzione, perse quasi 15 chili. La chemioterapia le provocò spaccature sulle dita, secchezza oculare, anemia, lesioni alle mucose della bocca talmente dolorose da non farla dormire di notte. Perse gran parte dei capelli. Le radiazioni le provocarono scottature della pelle. [...]

Era seguita da due dottoresse, che vedeva piuttosto spesso. La radioterapista passava un braccio attorno alle spalle fragili di mia sorella e passeggiava così con lei lungo il corridoio, come se fossero vecchie amiche. L'oncologa teneva scrupolosamente sotto controllo gli effetti collaterali, suggeriva rimedi, le ricordava che aveva buone probabilità di sconfiggere il cancro e la rassicurava dicendole che i capelli le sarebbero ricresciuti (confermo, sono ricresciuti).

Nella mia famiglia non usiamo troppe manifestazioni d'affetto, ma mia sorella apprezzava molto il calore e l'interessamento di queste due donne. Si fidava completamente di loro e dei loro consigli. Ora che è guarita, dice spesso che il loro atteggiamento ha avuto un ruolo importante per aiutarla a superare un periodo difficile e pieno di paure.

La ricerca conferma l'idea che alcune parole giuste da parte dell'oncologo (quelle che un tempo erano dette le buone maniere del medico) possono fare molto perché i malati di cancro comprendano meglio le terapie a cui devono sottoporsi, le seguano con costanza, affrontino meglio la malattia e ottengano forse anche migliori risultati medici. «È assolutamente il ruolo dell'oncologo» quello di fornire anche sostegno emotivo, ha detto James A. Tulsky, direttore del cen-

tro di cure palliative presso il centro medico della Duke University. Ma in uno studio pubblicato il mese scorso sul «Journal of Clinical Oncology», il dottor Tulsky e altri ricercatori hanno scoperto che tra medici e pazienti non c'era una buona comunicazione sulle emozioni. Nella ricerca erano riportate 398 conversazioni tra 51 oncologi e 270 pazienti a uno stadio avanzato di cancro. Gli studiosi hanno ascoltato i momenti in cui i pazienti esprimevano emozioni negative come paura, rabbia o tristezza, e le risposte dei medici.

Una risposta del tipo «Posso immaginare che lei sia molto spaventato» era considerata empatica, un elemento «continuatore» che consentiva ai pazienti di esprimere ancora le proprie emozioni. Ma un commento del tipo «Ci dia il tempo, ce la faremo» era considerato un «terminatore» in grado di zittire il paziente. Il gruppo di lavoro scoprì inoltre che i medici usavano continuatori solo nel 22% dei casi. I medici maschi si comportavano peggio delle colleghe donne: il 48% dei maschi non usava mai continuatori, rispetto al 20% delle donne che non la faceva. [...] Il dottor Tulsky ha commentato «Accadeva spesso che i pazienti tirassero fuori le proprie emozioni, ma queste non venivano tenute in considerazione dai medici.» Per esempio, un paziente diceva «Sono spaventato,» e il medico partiva con una «spiegazione scientifica» sulla malattia. [...]

La buona notizia è che [...] la maggior parte dei medici possono imparare a reagire in modo più efficace. Sono sufficienti risposte brevi, ma empatiche, affermano i ricercatori; non si sta affatto raccomandando un counseling approfondito o un dialogo senza fine. Per i pazienti può essere utile anche un po' di allenamento emozionale. È perfettamente ragionevole, conclude il dottor Tulsky, parlare con l'oncologo di ciò che si prova o dei timori riguardo alle terapie, e chiedere aiuto.

Copyright© 2008. «The New York Times». Tutti i diritti riservati. Stampato con il permesso dell'editore.

Insight terapeutico e gruppi di supporto

Se ansia, depressione, rabbia e altro hanno un ruolo nella causa di malattie organiche, la terapia volta a ridurre queste emozioni negative dovrebbe curare anche le malattie. I medici potrebbero perciò raccomandare l'insight terapeutico, gruppi di supporto o entrambi per aiutare i pazienti a superare i problemi fisici di salute (Antoni, 2005). In base alle ricerche, analizzare le preoccupazioni del passato e del presente può realmente migliorare lo stato di salute di una persona, come pure può essere d'aiuto nel funzionamento psicologico (Leibowitz, 2007; Smyth, Pennebaker, 2001). In uno studio, alcuni pazienti malati d'asma e di artrite che avevano semplicemente messo su carta i propri pensieri e le emozioni per pochi giorni avevano manifestato un miglioramento duraturo nelle loro condizioni di salute. La scrittura, in questo senso, si è rivelata benefica anche per pazienti con infezione da HIV (Petrie et al., 2004). Inoltre, come abbiamo visto, dopo il cancro e alcune altre patologie il recupero è talora favorito dalla partecipazione a gruppi di supporto (Antoni, 2005; Spiegel, Fawzy, 2002).

TRA LE RIGHE

Il sistema immunitario all'opera

Le virtù della risata Dopo aver guardato un filmato comico, i partecipanti alla ricerca che avevano riso manifestavano un minore stress e un miglioramento nell'attività delle cellule natural killer (Bennett, 1998).

Stress coniugale Durante e dopo le liti coniugali, le donne in genere rilasciano più ormoni dello stress rispetto agli uomini e hanno quindi un sistema immunitario meno attivo e funzionale (Kiecolt-Glaser et al., 1996).

Combinazione di approcci

Da alcuni studi è emerso che i vari interventi psicologici diretti al trattamento di problemi fisici tendono ad avere un'efficacia pressoché simile (Devineni, Blanchard, 2005). Le tecniche di rilassamento e di biofeedback, per esempio, sono ugualmente efficaci (e più efficaci di un placebo) nel trattamento di ipertensione, cefalee e asma. Gli interventi psicologici sono, in effetti, spesso di grande aiuto in combinazione tra loro e con terapie mediche (Suinn, 2001). In uno studio, alcuni pazienti affetti da ulcera gastrica sono stati trattati con tecniche di rilassamento, autoistruzione e assertività abbinate alla terapia farmacologica; tutti si erano mostrati meno ansiosi, più a proprio agio, con sintomi meno evidenti e avevano esiti a lungo termine migliori rispetto ai pazienti trattati solo con i farmaci (Brooks, Richardson, 1980). Gli interventi combinati si sono mostrati utili anche nel modificare i modelli di personalità di Tipo A e nel ridurre il rischio di coronaropatia tra i soggetti di Tipo A (Williams, 2001; Cohen et al., 1997).

È evidente dunque che il quadro terapeutico per la malattia fisica sta attraversando una fase di forte cambiamento. Se da una parte la terapia medica continua a essere preponderante, oggi i medici stanno percorrendo una rotta assai diversa da quella dei loro predecessori.

Sintesi

Disturbi fisici da stress

Nei disturbi psicofisiologici i fattori psicosociali e fisiologici interagiscono nel provocare un problema fisico. Le variabili collegate a questi disturbi sono fattori biologici, come difetti del sistema nervoso autonomo; fattori psicologici, come bisogni particolari, atteggiamenti e stili di personalità; fattori socioculturali, come condizioni sociali negative e pressioni culturali.

Per anni i ricercatori clinici hanno ritenuto di origine psicofisiologica solo un numero limitato di malattie fisiche, come ulcere, asma e cardiopatia coronarica. Di recente sono stati identificati però molti altri disturbi psicofisiologici. Esiste attualmente un ambito di studi detto psiconeuroimmunologia, che collega numerose patologie allo stress e al funzionamento del sistema immunitario. Lo stress può infatti rallentare i linfociti e altre attività del sistema immunitario, interferendo così con la capacità dell'organismo di proteggersi dalle malattie. Tra i fattori che sembrano agire sul funzionamento del sistema immunitario, l'attività della noradrenalina e dei corticosteroidi, i cambiamenti comportamentali, lo stile di personalità e la rete di supporto sociale.

La medicina comportamentale abbina interventi di tipo psicologico e medico per trattare o prevenire problemi fisici. Il trattamento di numerose affezioni mediche comprende oggi sempre più spesso anche approcci psicologici, come tecniche di rilassamento, biofeedback, meditazione, ipnosi, tecniche cognitive, insight terapeutico e gruppi di supporto.

5.4

I CAMBIAMENTI PROPOSTI NEL DSM-5

Nel 2011, la *task force* del DSM-5 ha proposto una serie di cambiamenti relativi ai disturbi analizzati in questo capitolo. Come visto nel Capitolo 4, la *task force* autorale ha suggerito di inserire il disturbo acuto da stress e il disturbo post-traumatico da stress in un nuovo gruppo «Disturbi correlati a traumi e fattori di stress». Questo cambiamento porrebbe l'accento sul fatto che il fattore essenziale di questi disturbi è l'insorgenza del disturbo a seguito del verificarsi di un evento traumatico, e chiarirebbe inoltre che in questi disturbi l'ansia è solo uno dei

molti sintomi rilevanti, tra i quali citiamo la depressione e il distacco, ricordi intrusivi, sogni spiacevoli ed episodi dissociativi come i flashback. Del nuovo gruppo «Disturbi correlati a traumi e fattori di stress», oltre ai due disturbi da stress farebbero parte altri problemi correlati allo stress, come il disturbo dell'adattamento e un nuovo disturbo: il disturbo post-traumatico da stress nei bambini in età prescolare. Quest'ultima categoria è stata proposta perché alcuni dei sintomi post-traumatici presenti nei bambini molto piccoli (per esempio, comportamento disorganizzato e scoppi di rabbia eccessivi) non si manifestano nella maggior parte dei casi di PTSD fra gli adulti. La *task force* ha suggerito anche alcuni cambiamenti nei criteri diagnostici per il disturbo acuto e post-traumatico da stress. La proposta di maggior rilievo è distinguere in modo più netto un evento «traumatico» da un

evento puramente «spiacevole.» Questo chiarimento è stato stimolato dalla preoccupazione crescente nell'ambito clinico che il PTSD venga diagnosticato troppo frequentemente. Infine, la *task force* del DSM-5 ha suggerito di inserire i disturbi psicofisiologici in un nuovo gruppo i «Disturbi da sintomi somatici.» Mentre nel DSM-IV-TR i disturbi psicofisiologici sono inclusi in un proprio gruppo separato, nel nuovo gruppo «Disturbi da sintomi somatici», i disturbi psicofisiologici (che continuerebbero a essere chiamati fattori psicologici che influenzano la condizione medica) sarebbero associati a molti altri disturbi caratterizzati anche da sintomi fisici evidenti, come il disturbo di conversione e l'ipocondria. Questi disturbi, i cui sintomi non comportano i danni o il deterioramento di tipo fisico presenti nei disturbi psicofisiologici, saranno oggetto del prossimo capitolo.

Riflessioni critiche

1. Quali tipi di eventi, nella società attuale, potrebbero causare disturbi da stress acuti e post-traumatici? Quale genere di fattori potrebbero rivelarsi utili per alleviare lo stress della società attuale?
2. Ritenete che le immagini forti che tutti i giorni si vedono in Rete, alla televisione, al cinema, nei video musicali e simili, possano rendere le persone più o meno suscettibili a sviluppare disturbi da stress? Perché?
3. In che modo medici, poliziotti, giudici e altre figure potrebbero rispondere al meglio alle necessità psicologiche delle vittime di violenza sessuale?
4. Nell'ambito della lotta al terrorismo, gli Stati Uniti e altri Paesi hanno istituito nuove procedure, come il sistema in codice basato sui colori che indica il livello di minaccia terroristica. In che senso tale sistema potrebbe influenzare la salute psicologica e fisica dei cittadini?
5. Quali lavori nella società attuale sono considerati stressanti e traumatici?

Parole chiave

- Antigene, p. 149
- Asma, p. 145
- Asse ipotalamo-ipofisi-surrene, p. 132
- Cardiopatia coronarica, p. 145
- Cefalea muscolo-tensiva, p. 145
- Corticosteroidi, p. 132
- Debriefing psicologico, p. 142
- Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR), p. 140
- Disturbi psicofisiologici, p. 144
- Disturbo acuto da stress, p. 133
- Disturbo post-traumatico da stress (DSPT), p. 133
- Eemicrania, p. 145
- Insonnia, p. 145
- Ipertensione, p. 145
- Linfociti, p. 149
- Psiconeuroimmunologia, p. 149
- Rap group, p. 142
- Sistema endocrino, p. 130
- Sistema immunitario, p. 149
- Sistema nervoso autonomo, p. 130
- Sistema nervoso parasimpatico, p. 131
- Sistema nervoso simpatico, p. 130
- Stile di personalità di tipo A, p. 147
- Stile di personalità di tipo B, p. 147
- Stupro, p. 135
- Tortura, p. 137
- Ulcera, p. 145

Domande di riepilogo

1. Da quali fattori è determinata la modalità di reazione allo stress?
2. Quali fattori sembrano avere un ruolo perché una persona sviluppi un disturbo psicologico da stress dopo aver vissuto un evento traumatico?
3. Quali approcci terapeutici sono stati utilizzati nel caso di disturbi acuti o post-traumatici da stress?
4. Quali sono le cause specifiche di ulcere, asma, insonnia, cefalee, ipertensione e cardiopatia coronarica?
5. Quali tipi di fattori biologici, psicologici e socioculturali sembrano favorire i disturbi psicofisiologici?
6. Quali tipi di collegamenti sono stati individuati fra stress della vita e malattie organiche? Quale scala viene utilizzata dai ricercatori per studiare questo rapporto?
7. Descrivete il rapporto fra stress, sistema immunitario e malattia fisica.
8. Spiegate il ruolo specifico dei diversi tipi di linfociti.
9. Parlate di come il funzionamento del sistema immunitario di una persona nei periodi di stress può essere influenzato dall'attività biochimica, dai cambiamenti comportamentali, dallo stile di personalità e dal supporto sociale.
10. Quali trattamenti psicologici sono entrati nel trattamento delle malattie fisiche? A quali malattie specifiche è stato applicato ciascuno di essi?

DISTURBI SOMATOFORMI E DISSOCIATIVI

Quel sabato Brian era uscito in barca a vela con la moglie Helen. Il mare era mosso, ma certamente non pericoloso. Occupati a godersi quella giornata, non si accorsero che il cielo diventava sempre più scuro, il vento stava rinforzando e cominciava a diventare difficile governare la barca. Ormai da alcune ore in barca, erano alquanto lontani dalla costa quando scoppiò uno spaventoso temporale.

Il temporale si trasformò in un attimo in tempesta. Brian perse il controllo della barca per il vento forte e le onde alte. Poiché non avevano ancora indossato il giubbotto di salvataggio, cercarono di farlo, ma la barca si rovesciò prima che ci fossero riusciti. Brian, che nuotava meglio, fu in grado di tornare indietro e raggiungere la barca rovesciata; vi si aggrappò e vi si tenne stretto con tutte le forze, invece Helen non riuscì a nuotare contro i flutti fino alla barca. Davanti allo sguardo inorridito e incredulo di Brian, scomparve alla vista.

Dopo un po', la tempesta si attenuò. Brian riuscì a rad-drizzare la barca e a tornare a riva. Si portò in salvo, ma le conseguenze intime di quella tempesta erano appena iniziate. I giorni successivi furono pieni di dolore e di altro orrore: il corpo della moglie ritrovato dalla guardia costiera[...] le conversazioni con gli amici [...] il senso di colpa [...] il dolore [...] e tutto il resto.

Oltre a tutto questo profondo sconforto, quell'incidente causò a Brian una grave menomazione fisica che gli rendeva difficile la deambulazione. Si accorse di questo grave problema nel riportare indietro la barca fino alla spiaggia, immediatamente dopo l'incidente. Sceso a terra, cercò di correre alla ricerca di aiuto, ma riusciva appena a muovere le gambe. Giunto al vicino ristorante sulla spiaggia, fu costretto ad arrancare. Due clienti lo fecero sedere su una sedia e dopo che ebbe raccontato l'accaduto e che furono allertati i soccorsi, fu accompagnato all'ospedale.

Inizialmente, Brian e anche i medici dell'ospedale pensarono che il suo problema fosse causato da qualche lesione riportata in seguito all'incidente. Tuttavia dai vari esami

svolti non risultava nessuna anomalia: non vi erano fratture alle ossa, né danni alla spina dorsale, proprio nulla. Niente che potesse spiegare quella grave menomazione. Dal giorno successivo, le gambe sempre più deboli sembrarono come colpite da una sorta di paralisi. I medici, non riuscendo a identificare la natura del male, decisero di ridurre le sue attività al minimo: non gli permisero di parlare a lungo con la polizia; qualcun altro fu incaricato di informare i genitori di Helen della sua morte e, con suo grande rammarico, non gli fu permesso neppure di partecipare al funerale di Helen.

La sua situazione si fece sempre più inspiegabile nei giorni e nelle settimane successivi. Mentre le sue gambe erano ancora come paralizzate, Brian si isolò sempre di più, vedeva soltanto qualche amico e qualche familiare, senza riuscire a occuparsi dei molti spiacevoli compiti connessi alla morte di Helen. Non se la sentiva di tornare al lavoro né di ricominciare a vivere la sua vita abituale. Fin dall'inizio, la paralisi lo aveva sprofondato nei propri pensieri e reso insensibile alle emozioni, incapace di guardare indietro così come di andare avanti.

Nei due capitoli precedenti abbiamo analizzato le conseguenze negative dello stress e dell'ansia sul funzionamento psicologico. In realtà, l'ansia è il fattore principale di alcuni disturbi (Disturbo d'Ansia, Fobie, Disturbo di Panico e Disturbo Ossessivo-Compulsivo), e lo stress può causare reazioni durature nel Disturbo Acuto da Stress, nel disturbo post-traumatico da stress e nei disturbi psicofisiologici. Allo stress e all'ansia sono connessi due altri tipi di disturbi: i Disturbi Somatoformi e i disturbi dissociativi. I *disturbi somatoformi* sono caratterizzati da sintomi apparentemente fisici, ma la cui vera natura è di tipo psicologico. A differenza dei disturbi psicofisiologici in cui i fattori psicosociali interagiscono con problemi autenticamente fisici, i disturbi somatoformi sono disturbi psicologici che si manifestano come problemi fisici. Similmente, i *disturbi dissociativi*, caratterizzati da perdita di memoria e da mutamento di identità, sono causati pressoché interamente da fattori psicosociali più che da fattori fisici.

I Disturbi Somatoformi e Dissociativi hanno molte carat-

teristiche in comune: possono, per esempio, insorgere in seguito a un grave stress e sono stati visti tradizionalmente come una via di fuga da esso. Inoltre molti individui sono affetti sia da disturbi somatoformi sia da disturbi

dissociativi (R. J. Brown et al., 2007). Per tali ragioni i teorici e i clinici spesso spiegano e trattano i due gruppi di disturbi nello stesso modo.

6.1 DISTURBI SOMATOFORMI

Ritorniamo al caso di Brian che, a causa del tragico incidente con la barca, non riusciva più a camminare. Man mano che dagli esami medici non emergeva nulla che spiegasse la sua paralisi, i medici si convinsero che la causa del suo problema dovesse essere di natura diversa.

Quando un problema fisico non ha una causa fisica evidente, i medici avanzano l'ipotesi che si tratti di un **disturbo somatoforme**, una malattia fisica con cause in gran parte psicosociali. I sintomi fisici delle persone affette da questi disturbi non sono prodotti in modo cosciente o intenzionale; infatti i malati, ad esempio Brian, quasi sempre attribuiscono i loro problemi a una condizione autenticamente medica (K. A. Phillips et al., 2008). In alcuni disturbi somatoformi, noti come *disturbi somatoformi di tipo isterico* vi è un cambiamento reale nel funzionamento fisico, mentre in altri, i *disturbi somatoformi ipocondriaci*, le persone sane si preoccupano ingiustificatamente, convinte che vi sia qualcosa nel loro fisico che non funziona.

Disturbo somatoforme: malattia o problema fisico spiegabile attraverso cause psicologiche, i cui sintomi non sono intenzionali e non sono controllati dal paziente.

Disturbi somatoformi di tipo isterico: disturbi che causano mutamenti reali nel funzionamento fisico.

Disturbo di conversione: disturbo somatoforme in cui un bisogno o un conflitto intrapsichico o interpersonale viene convertito in sintomi fisici gravi che interessano la funzione motoria volontaria e/o sensitiva.

6.1.1 Quali sono i disturbi somatoformi di tipo isterico?

Le persone affette da **disturbi somatoformi di tipo isterico** subiscono dei cambiamenti reali nel loro funzionamento fisico, si rivela, quindi, spesso difficile distinguere questi disturbi somatoformi da altri problemi fisici reali (K. A. Phillips et al., 2008). In effetti, è sempre possibile che la diagnosi di un disturbo isterico sia errata e che il problema del paziente abbia una causa organica non evidente (Aybek et al., 2008; Merskey, 2004). Nel DSM-IV-TR sono distinti tre disturbi somatoformi di tipo isterico: *disturbi di conversione*, *disturbi di somatizzazione* e *disturbi algici associati con fattori psicologici*.

Disturbo di conversione

Nel **disturbo di conversione**, un conflitto o bisogno psicologico viene convertito in sintomi fisici gravi che riguardano le funzioni motorie volontarie o sensitive (si veda la **Tabella 6.1**). Brian, l'uomo con la paralisi inspiegabile, avrebbe probabilmente ricevuto una diagnosi di Disturbo di conversione. I sintomi (paralisi, cecità o perdita della sensibilità) spesso sembrano di tipo neurologico (APA, 2000). Riportiamo il caso di una donna affetta da vertigini insorte come risposta evidente al matrimonio infelice (**Caso 6.1**).

La maggior parte dei disturbi di conversione insorge tra la fine dell'infanzia e l'inizio dell'età adulta; le don-

CASO 6.1

Una casalinga sposata, 46 anni [...], riferiva di soffrire di vertigini gravi, unite a una leggera nausea, quattro o cinque sere alla settimana. Durante gli attacchi, la stanza in cui si trovava sembrava percorsa da un brillio, lei provava la sensazione di «galleggiare» ed era incapace di restare in equilibrio. Inespugnabilmente, questi attacchi iniziavano per lo più di pomeriggio, intorno alle 16. Di solito era costretta a stendersi su un divano e spesso la sua condizione non migliorava fino alle 19-20 della sera. Se stava un po' meglio, passava in genere il resto della serata a guardare la televisione e molto spesso si addormentava sul divano, per andare a letto solo verso le 2-3 del mattino.

Alla paziente non erano state diagnosticate malattie in seguito alle numerose visite di uno specialista di medicina interna, un neurologo e un otorinolaringoiatra. L'ipoglicemia era stata esclusa dal test di tolleranza al glucosio. Quando le furono rivolte delle domande sulla vita di coppia, la donna disse che il marito era un tiranno, spesso esigente e violento verbalmente con lei e i quattro figli. Ammise che ogni giorno era spaventata dal suo rientro a casa dopo il lavoro, poiché sapeva che avrebbe ripetuto che in casa regnava la confusione e che la cena, se era pronta, non era di suo gusto. Negli ultimi tempi, in seguito all'inizio dei suoi attacchi, i giorni in cui lei non riusciva a preparare la cena, il marito andava a mangiare insieme ai figli al McDonald's oppure in pizzeria. Dopo, a letto, si metteva a guardare una partita di baseball e tra loro il dialogo era pressoché assente. Nonostante i loro problemi, la paziente sosteneva di amare il marito e di avere molto bisogno di lui (Spitzer et al., 1981, pp. 92-93).

Tabella 6.1 Disturbi.

DSM Checklist	
Disturbo di conversione	
<input checked="" type="checkbox"/>	Uno o più sintomi o deficit fisici riguardanti le funzioni motorie volontarie o sensitive che suggeriscono una condizione neurologica o un'altra condizione medica generale.
<input checked="" type="checkbox"/>	Fattori psicologici che si considerano collegati al sintomo o al deficit.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sintomo o deficit non prodotto o simulato intenzionalmente.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sintomo o deficit non compiutamente spiegabile con una condizione medica generale o una sostanza.
<input checked="" type="checkbox"/>	Malessere o menomazione significativa.
Disturbo di somatizzazione	
<input checked="" type="checkbox"/>	Lamentele fisiche ricorrenti, che iniziano prima dei trent'anni, si manifestano per alcuni anni e conducono a un'esigenza di trattamento o a una significativa menomazione.
<input checked="" type="checkbox"/>	Lamentele fisiche nel corso di un lungo periodo di tempo che includono i seguenti sintomi:
<input checked="" type="checkbox"/>	Quattro diversi tipi di sintomi dolorosi.
<input checked="" type="checkbox"/>	Due sintomi gastrointestinali.
<input checked="" type="checkbox"/>	Un sintomo sessuale.
<input checked="" type="checkbox"/>	Un sintomo neurologico.
<input checked="" type="checkbox"/>	Lamentele fisiche non pienamente spiegabili da una condizione medica generale conosciuta o un farmaco, oppure risultanti eccessive rispetto a quanto ci si aspetterebbe da una certa condizione.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sintomi non prodotti o simulati intenzionalmente.
Disturbo algico associato con fattori psicologici	
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolore notevole come problema predominante.
<input checked="" type="checkbox"/>	Fattori psicologici che si ritiene svolgano un ruolo significativo sull'esordio, sul grado di gravità, nell'esacerbazione o nel mantenimento del dolore.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sintomo o deficit non intenzionalmente prodotto o simulato.
<input checked="" type="checkbox"/>	Disagio o menomazione significativi.

Tratto da APA, 2000.

ne ne soffrono in percentuale almeno doppia rispetto ai maschi (Abbey, 2005; APA, 2000). I disturbi in genere si manifestano all'improvviso, nei periodi di stress estremo, e durano diverse settimane. Da alcune ricerche risulta che le persone affette da questo disturbo tendono a essere in genere suggestionabili; molte, per esempio, sono estremamente sensibili alle pratiche ipnotiche (Roe-lofs et al., 2002). I disturbi di conversione sarebbero

piuttosto rari, infatti si calcola che ne risultano colpite al massimo 5 persone su 1000.

TRA LE RIGHE

Scappare a un pericolo

Purtroppo, per alcune persone il fatto di essere scampate a un pericolo in cui hanno rischiato di perdere la vita, ad esempio un incidente in barca, uno scontro violento, un'alluvione o un tornado, segna l'inizio e non la fine di un trauma. Durante o subito dopo eventi stressanti possono manifestarsi disturbi somatoformi (soprattutto i disturbi di conversione) e disturbi dissociativi.

Disturbo di somatizzazione

Sheila aveva finito per confondere gli specialisti con la serie infinita dei suoi sintomi, come si evince dal **Caso 6.2**.

Disturbo di somatizzazione: disturbo somatoforme caratterizzato da lamentele fisiche molteplici e ricorrenti senza una base organica. Conosciuto anche come *sindrome di Briquet*.

Sheila, come le altre persone affette da **disturbo di somatizzazione**, manifestava problemi fisici diversi e ricorrenti non basati su una causa fisica significativa (si veda di nuovo la **Tabella 6.1**). Questo modello isterico, descritto la prima volta da Pierre Briquet nel 1859, è conosciuto anche come **sindrome di Briquet**. Tale disturbo viene diagnosticato a persone che presentano una serie di sintomi, tra i quali molti sintomi algici (ad esempio mal di testa e male al torace), sintomi gastrointestinali (come nausea e diarrea), sintomi sessuali (disfunzione

CASO 6.2

Sheila riferiva di avere un dolore all'addome da quando aveva 17 anni, perciò fu effettuato un intervento chirurgico esplorativo che non condusse a una diagnosi specifica. Aveva avuto varie gravidanze, sempre con una forte nausea, vomito e dolori addominali; alla fine le fu praticata un'isterectomia per «utero retroverso». All'età di 40 anni, ha cominciato a soffrire di vertigini e perdita di sensi e da ultimo le fu detto che poteva trattarsi di sclerosi multipla o di un tumore cerebrale. Continuò a restare a letto per lunghi periodi di tempo, affetta da debolezza, vista sfocata e difficoltà a urinare. A 43 anni, a causa dei problemi di gonfiore e per l'intolleranza a una serie di cibi, pensò di avere un'ernia iatale. Fu costretta ad altri ricoveri per accertamenti neurologici, ipertensivi e renali, senza mai ricevere una diagnosi definitiva (Spitzer et al., 1981, pp. 185, 260).

erettile e problemi mestruali) e sintomi neurologici (ad esempio diplopia o paralisi) (APA, 2000). Chi soffre di disturbo di somatizzazione consulta diversi medici sperando di trarne beneficio, descrive spesso i tanti sintomi in termini drammatici ed esagerati e, nella maggior parte dei casi, possono essere presenti sintomi ansiosi o umore depresso (Creed, 2009; Fink et al., 2004; APA, 2000).

TRA LE RIGHE

Diagnosi confuse

Per molti problemi medici con sintomi vaghi o confusi (iperparatiroidismo, sclerosi multipla, lupus e sindrome da stanchezza cronica) spesso vengono emesse diagnosi errate di disturbi somatoformi di tipo isterico. In passato, il colpo di frusta veniva regolarmente diagnosticato come isteria (Ferrari, 2006; Nemecek, 1996; Merskey, 1986).

Negli Stati Uniti, ogni anno una percentuale compresa tra lo 0,2 e il 2,0% della popolazione femminile soffre del disturbo di somatizzazione, rispetto allo 0,2% dei maschi (North, 2005; APA, 2000). Il disturbo spesso colpisce le famiglie, ne soffre fino al 20% delle parenti strette di donne affette da questo disturbo. In genere si manifesta tra l'adolescenza e la prima età adulta.

Un disturbo di somatizzazione dura più a lungo di un disturbo di conversione, in genere permane per molti anni (Yutzky, 2007), i sintomi possono essere fluttuanti nel tempo, ma di rado scompaiono completamente senza una cura (Abbey, 2005). Negli Stati Uniti, ogni anno, i due terzi degli individui con questo disturbo vengono curati per presunti problemi fisici da un medico o da uno specialista della salute mentale (Regier et al., 1993).

Disturbo algico associato con fattori psicologici

Laddove si rileva un ruolo importante dei fattori psicologici nell'esordio, nel grado di gravità e nel mantenimento del dolore, ai pazienti può essere diagnosticato un **disturbo algico associato con fattori psicologici** (si veda di nuovo la Tabella 6.1). Anche le persone affette da un disturbo di conversione o di somatizzazione possono provare dolore, ma in questo disturbo il dolore è la componente predominante.

TRA LE RIGHE

La mente più forte della materia

Il contrario dei disturbi isterici, anche se una volta ancora ciò dimostra la forza dei processi psicologici, sono i casi in cui le persone sembrano «insensibili» al dolore o ad altri sintomi fisici.

Sebbene la prevalenza esatta non sia stata precisata, il disturbo algico associato con fattori psicologici sembra

essere piuttosto diffuso (Creed, 2009). Il disturbo può iniziare a qualunque età e sembra che le donne abbiano una maggiore probabilità di risultarne affette (APA, 2000). Spesso insorge dopo un incidente o durante una malattia che ha causato un dolore reale, che poi continua a persistere. Riportiamo il caso di Laura, una donna di 36 anni che parla di dolori non riconducibili alla sua malattia tubercolare, la sarcoidosi (**Caso 6.3**).

Disturbi isterici vs problemi medici

Poiché i disturbi somatoformi di tipo isterico sono molto simili a problemi fisici «autentici», i medici talvolta si fondano sulle incongruenze rilevate nella descrizione dei sintomi del paziente per riuscire a distinguere gli uni dagli altri (K. A. Phillips et al., 2008; Kirmayer, Looper, 2007). I sintomi di un disturbo isterico possono, per esempio, presentare delle incoerenze rispetto alle conoscenze che possediamo sul funzionamento del sistema nervoso (APA, 2000). Ad esempio, in un sintomo di conversione chiamato *anestesia a quanto* la perdita di sensibilità inizia dal polso e si estende in modo uniforme fino alla punta delle dita; mentre un danno neurologico reale di rado è così violento o diffuso in modo tanto uniforme.

Anche gli effetti di un disturbo isterico sul fisico possono risultare diversi da quelli del problema medico corrispondente. Per esempio, se una paralisi, o paraplegia, colpisce gli arti inferiori, è causata da un danno al midollo spinale, e i muscoli delle gambe possono *atrofizzarsi*, perdere vigore, in assenza di una qualche terapia fisica. Se la paralisi è causata invece da un disturbo di conversione, non si ha atrofia muscolare, probabilmente perché

CASO 6.3

Prima dell'intervento avevo dei dolori articolari, ma niente di troppo grave. Dopo l'intervento avevo dolori acuti al petto e alle costole, problemi che avevo avuto in seguito all'intervento e di cui non avevo mai sofferto prima [...] Mi recavo al pronto soccorso di notte, alle 11, alle 12 e all'1. Prendevo la medicina e il giorno dopo il dolore era scomparso, ma ci tornavo di nuovo. Nel frattempo, consultai altri medici per parlare con loro dello stesso disturbo, per scoprire quello che non andava, ma neppure loro sono mai riusciti a capirlo [...]. Certe volte, quando esco da sola oppure con mio marito, dobbiamo tornare a casa presto perché comincio a provare dolore [...]. Molte volte non faccio niente, poiché il petto mi fa male per qualche ragione [...]. Due mesi fa, quando un medico mi controllò e un altro medico guardò le radiografie, disse che non c'era nessun segno di sarcoidi e che stavano facendo delle ricerche sul sangue e altre cose per vedere se fosse connesso ai sarcoidi [...] (J. A. Green, 1985, pp. 60-63).

i muscoli vengono esercitati senza che il malato ne sia cosciente. Analogamente, le persone che hanno un disturbo di conversione sotto forma di cecità, hanno meno incidenti delle persone che hanno una cecità fisica: ciò indica che possono in qualche modo vedere anche se non ne sono consapevoli.

Disturbi isterici vs disturbi fittizi

I disturbi somatoformi di tipo isterico presentano delle differenze rispetto ai sintomi fisici prodotti o simulati in modo intenzionale. Un paziente può, per esempio, *darsi malato*, ossia simulare una malattia in modo intenzionale per raggiungere qualche tipo di vantaggio, ad esempio ricevere un indennizzo economico (Phillips et al., 2008). Oppure un paziente può intenzionalmente produrre o simulare sintomi fisici perché desidera essere malato, ossia la motivazione di assumere il ruolo di malato è il

ruolo stesso. In questo caso i medici si pronunceranno diagnosticando al paziente un **disturbo fittizio**.

Disturbo algico associato con fattori psicologici:

disturbo somatoforme caratterizzato da dolore, con fattori psicologici che svolgono un ruolo centrale sull'esordio, sul grado di gravità o nel mantenimento del dolore.

Disturbo fittizio: malattia senza cause fisiche identificabili in cui si ritiene che il paziente stia intenzionalmente producendo o simulando i sintomi per assumere il ruolo di malato.

Le persone affette da un disturbo fittizio spesso esagerano i loro sintomi per dare l'impressione che si tratti di una malattia vera (K. A. Phillips et al., 2008). Molti assumono farmaci di nascosto o si iniettano medicine

Approfondimento

SINDROME DI MÜNCHHAUSEN PER PROCURA

[Jennifer] è stata ricoverata 200 volte e ha subito 40 interventi. I medici le hanno asportato la cistifellea, l'appendice e parte dell'intestino; inoltre le hanno inserito delle sonde nel torace, nello stomaco e nell'intestino. [La bambina di 9 anni della Florida] ha ricevuto il supporto di una squadra di baseball con sede a Miami, i Florida Marlins, ed è apparsa in un manifesto per la riforma sanitaria, in cui è ritratta insieme a Hillary Clinton in un incontro alla Casa Bianca. Poi la madre ricevette una notifica dalla polizia in cui veniva informata di essere oggetto di un'indagine per maltrattamenti di bambini. Improvvisamente, le condizioni di Jennifer migliorarono in modo deciso. Nei nove mesi successivi, fu ricoverata una sola volta per un'infezione virale [...] Gli esperti dissero che le numerose infezioni misteriose potevano essere spiegabili solo con «una contaminazione procurata con materia fecale» della sua sonda per la nutrizione e del suo catetere urinario (Katel, Beck, 1996).

Casi simili a quello di Jennifer hanno suscitato raccapriccio e richiamato l'attenzione sulla *sindrome di Münchhausen per procura*. Questo disturbo viene causato dalla persona che si prende cura del bambino e che fa ricorso a varie tecniche per produrre una serie di sintomi, per esempio somministrandogli dei farmaci, sabotando le cure, contaminando la sonda per la nutrizione oppure soffocandolo di attenzioni. La malattia può manifestarsi pressoché in qualunque modo, ma i sintomi più comuni sono emorragie, crisi epilettiche, asma, coma, diarrea, vomito, intossicazioni «accidentali», infezioni, febbre e sindrome della morte improvvisa (Leamon et al., 2007; Feldman, 2004).

Tra il 6 e il 30% delle vittime della sindrome di Münchhausen per procura muore a causa dei vari sintomi e l'8% di quelli

che sopravvivono riporta danni permanenti nel fisico (Ayoub, 2006; Mitchell, 2001); risultano inoltre compromessi anche lo sviluppo psicologico, fisico ed educativo dei soggetti colpiti (Libow, Schreier, 1998; Libow, 1995).

La sindrome è difficile da diagnosticare e può essere molto più diffusa di quanto non credessero i medici in passato (Feldman, 2004; R. Rogers, 2004). Uno dei genitori, in genere la madre, si dimostra così attento e scrupoloso da suscitare simpatia e ammirazione da parte di altre persone, tuttavia i problemi fisici del figlio scompaiono quando viene separato dal genitore. In molti casi anche gli eventuali fratelli o sorelle del bambino malato sono stati vittimizzati (Ayoub, 2006).

Quale tipo di genitore intenzionalmente infligge dolore e causa malattie al proprio figlio? La madre affetta da questa sindrome è emotivamente instabile: ha bisogno di attirare l'attenzione e le lodi su di sé per la cura devota del figlio malato (Noeker, 2004). In taluni casi può così ottenere un aiuto sociale limitato al di fuori dell'assistenza medica. Spesso si tratta di persone che hanno conoscenze scientifiche, magari per avere lavorato in precedenza in qualche studio medico. In genere negano le loro azioni, anche di fronte all'evidenza e rifiutano di sottoporsi a una terapia (Bluglass, 2001).

Dal punto di vista giuridico la sindrome di Münchhausen per procura può essere considerata una forma pianificata di maltrattamento del bambino (Slovenko, 2006; Mart, 2004), perciò si richiede quasi sempre l'allontanamento del bambino dalla madre (Ayoub, 2006). Occorre sottolineare che un genitore che ricorre a tali azioni è davvero disturbato e necessita di cure mediche. Ai ricercatori clinici e ai medici spetta il compito di studiare il problema in modo approfondito, per disporre di terapie efficaci per questi genitori e per le loro giovani vittime.

che causano emorragie; la febbre, in particolare, viene autoprocurata con facilità. In uno studio su pazienti con febbri misteriose durature, si finì per diagnosticarle come disturbi fittizi oltre il 9% dei malati (Feldman et al., 1994). Le persone con disturbi fittizi spesso cercano la causa dei loro problemi presunti e dimostrano una conoscenza stupefacente della medicina.

Non è raro che gli psicoterapeuti e i medici si irritino con le persone affette da disturbi fittizi perché pensano, tra l'altro, che questi individui rubino loro del tempo prezioso. Ma le persone con questo disturbo, come la maggior parte delle persone con disturbi psicologici, pensano di non poter controllare il loro problema e spesso vivono in uno stato di grande disagio.

La forma estrema e cronica del disturbo fittizio è la **sindrome di Münchhausen**. Il nome della sindrome deriva dal barone di Münchhausen, un ufficiale di cavalleria del XVIII secolo che, di locanda in locanda, raccontava storie fantastiche sulle sue inverosimili avventure militari in Europa (C. V. Ford, 2005; M. D. Feldman, 2004). In un disturbo correlato, la **sindrome di Münchhausen per procura** o **disturbo fittizio per procura**, i genitori inducono o procurano delle malattie fittizie nei figli tanto da costringerli in certi casi a subire esami clinici dolorosi, cure e interventi chirurgici.

6.1.2 Quali sono i disturbi somatoformi da preoccupazione?

Dei **disturbi somatoformi da preoccupazione** fanno parte l'**Ipocondria** e il **Disturbo di dismorfismo corporeo**. Le persone affette da questi disturbi travisano e reagiscono in modo eccessivo a sintomi o ad anomalie dell'aspetto fisico indipendentemente da ciò che dicono amici, familiari e medici. I disturbi da preoccupazione causano grande disagio, ma il loro impatto sulla vita di una persona è diverso rispetto ai disturbi di tipo isterico.

Ipocondria

Le persone affette da **ipocondria** prestano un'attenzione esagerata ai sintomi fisici interpretandoli come segnali di una malattia vera e propria in atto nel loro organismo (si veda la **Tabella 6.2**). Spesso i sintomi sono normali manifestazioni fisiologiche, ad esempio colpi di tosse sporadici, rash cutanei o traspirazione. Alcuni pazienti sono coscienti del fatto che la loro preoccupazione è eccessiva, ma molti invece non lo sono affatto.

L'ipocondria può manifestarsi a qualunque età, anche se generalmente comincia più spesso nella prima età adulta ed è ugualmente diffusa tra uomini e donne. La percentuale di persone che ne sono affette varia dall'1% al 5% (Bouman, 2008; APA, 2000). Secondo i medici, come il disturbo algico associato con fattori psicologici, è molto diffusa (L. Mitchell, 2004). Il 7% dei pazienti in cura presso i medici di famiglia può risultare affetto da ipocondria (Asmundson, Taylor, 2008). Nella maggior

Tabella 6.2 Disturbi.

DSM Checklist

Ipocondria
<input checked="" type="checkbox"/> Preoccupazione basata su paure o convinzioni di essere affetti da una malattia grave, fondata su un'interpretazione errata di sintomi fisici. La durata del disturbo è di almeno sei mesi.
<input checked="" type="checkbox"/> Persistenza della preoccupazione nonostante visite mediche specialistiche o la rassicurazione da parte dei medici.
<input checked="" type="checkbox"/> Assenza di fissazioni.
<input checked="" type="checkbox"/> Disagio o menomazione significativi.
Disturbo di dismorfismo corporeo
<input checked="" type="checkbox"/> Preoccupazione per un problema nell'aspetto, immaginato o esagerato.
<input checked="" type="checkbox"/> Disagio o menomazione significativi.

Tratto da APA, 2000.

parte dei pazienti, i sintomi si moltiplicano e si riducono nel corso degli anni.

Sindrome di Münchhausen: forma estrema e cronica di un disturbo fittizio.

Sindrome di Münchhausen per procura: disturbo fittizio nel quale i genitori inducono o procurano malattie ai propri figli. Noto anche come disturbo fittizio per procura.

Disturbi somatoformi da preoccupazione: disturbi in cui le persone travisano e reagiscono in modo eccessivo a sintomi o ad anomalie dell'aspetto fisico trascurabili.

Ipocondria: disturbo in cui le persone si convincono che manifestazioni fisiologiche normali siano sintomi di una malattia grave.

Disturbo di dismorfismo corporeo: disturbo caratterizzato da preoccupazione eccessiva per qualche difetto nel proprio aspetto fisico. È detto anche dismorfofobia.

Disturbo di dismorfismo corporeo

Gli individui affetti dal **disturbo di dismorfismo corporeo**, noto anche come **dismorfofobia**, si dimostrano molto preoccupati per certi presunti difetti o trascurabili del proprio aspetto fisico (si veda di nuovo la **Tabella 6.2**). Più di frequente si concentrano su rughe, macchie della pelle, eccessiva peluria facciale, gonfiore del viso o aspetto di naso, bocca, mandibola o sopracciglia (McKay et al., 2008; Veale, 2004). Alcuni si preoccupano dell'aspetto di piedi, mani, seno, pene o altre parti del corpo, mentre altri sono convinti di emanare cattivo odo-

re a causa di sudore, alito, genitali o retto (Phillips, Castle, 2002). Riportiamo un caso tipico, quello descritto nel **Caso 6.4**.

Nella nostra società è piuttosto diffusa la preoccupazione per il proprio aspetto fisico (si veda la **Figura 6.1**), per esempio molti adolescenti e giovani si affliggono per l'acne; tuttavia le persone affette dal disturbo di dismorfismo corporeo non si limitano a preoccuparsi, ma sono

CASO 6.4

Una donna di 35 anni era angosciata da 16 anni all'idea che il suo sudore avesse un odore insopportabile. La sua paura era iniziata appena prima del matrimonio, quando una sua amica che dormiva con lei, le disse che una persona al lavoro emanava un afrore disgustoso. La donna pensò che quella frase si riferisse a lei. Temendo di emanare un cattivo odore, da 5 anni non usciva se non in compagnia del marito o della madre. Non parlava con i vicini da 3 anni poiché credeva di averli sentiti discutere di lei con alcuni loro amici. Evitava di andare al cinema, a ballare, nei negozi, nei bar o in casa di amici [...] Proibiva al marito di invitare i suoi amici a casa e gli chiedeva continuamente di rassicurarla sul suo odore [...] Era il marito che le comprava capi di abbigliamento, poiché lei aveva paura di provarsi qualcosa in presenza dei commessi. Aveva l'abitudine di usare quantità esagerate di deodorante, si lavava continuamente e si cambiava completamente prima di uscire di casa fino a quattro volte al giorno (Marks, 1987, p. 371).

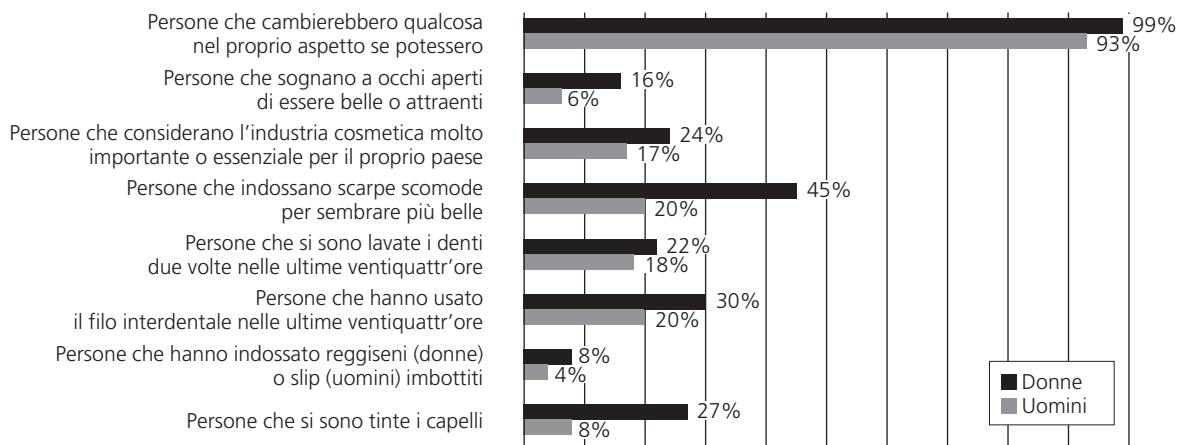
seriamente angosciate da qualche particolare afferente al loro fisico. Coloro che soffrono di questo disturbo possono limitare in modo esagerato il contatto con gli altri, essere incapaci di guardare gli altri negli occhi o darsi molto da fare per nascondere i propri «difetti», ad esempio indossano sempre gli occhiali da sole per nascondere la presunta forma irregolare dei propri occhi (K. A. Phillips, 2005). Circa la metà delle persone con questo disturbo ricorre a interventi di chirurgia estetica o a cure dermatologiche, in seguito alle quali spesso la situazione non migliora affatto (McKay et al., 2008). Uno studio ha rivelato che il 30% dei partecipanti affetti da disturbo di dismorfismo corporeo si chiudeva in casa e il 17% aveva tentato il suicidio (K. A. Phillips et al., 1993).

La maggior parte dei casi di disturbo di dismorfismo corporeo ha inizio nell'adolescenza. Spesso, tuttavia, passano molti anni prima che i soggetti parlino delle loro preoccupazioni (McKay et al., 2008). Negli Stati Uniti, le persone affette da questo disturbo, tra le quali vi sono molti studenti universitari, raggiunge il 5% (Ovsiew, 2006; M. C. Miller, 2005). Le relazioni cliniche indicano che è ugualmente diffuso nei due sessi (APA, 2000).

6.1.3 Quali sono le cause dei disturbi somatoformi?

I disturbi somatoformi da preoccupazione vengono spiegati in modo simile ai disturbi d'ansia (Bouman, 2008; Noyes et al., 2008, 2003; Noyes 2001). I comportamentisti, per esempio, ritengono che le paure presenti nell'ipocondria e nel disturbo di dismorfismo corporeo siano acquisite attraverso il condizionamento classico o il modellamento

Figura 6.1 «Specchio, specchio delle mie brame...». Le persone affette da disturbo di dismorfismo corporeo non sono le sole a preoccuparsi del proprio aspetto. Dalle ricerche risulta che nella nostra società le persone sono così preoccupate per il proprio aspetto che molte pensano e cercano incessantemente di cambiarlo.



Fonte: Noonan, 2003; Kimball, 1993; Poretz, Sinrod, 1991; Weiss, 1991; Simmon, 1990.

LA BELLEZZA È UN CONCETTO SOGGETTIVO

Il desiderio di piacere è diffuso ovunque e tutti si preoccupano di quello che gli altri pensano del loro aspetto, ma nelle diverse culture questa preoccupazione si esprime in modo diverso.

Mentre nella società occidentale si è particolarmente attenti alle proporzioni del corpo e alle caratteristiche del viso, in Birmania, le donne della tribù Padaung sono interessate alla lunghezza del collo e indossano una serie di pesanti anelli di ottone per cercare di renderlo più lungo. Molte tentano disperatamente di raggiungere ciò che nella loro cultura viene considerata la lunghezza perfetta del collo. Una donna dice: «È bellissimo avere un collo molto lungo. [...] Non mi toglierò mai gli anelli [...] Li porterò fino alla morte» (Mydans, 1996).

Lo stesso è avvenuto per secoli in Cina dove le donne, per appagare le preferenze degli uomini che in quel paese erano particolarmente attenti alle dimensioni e all'aspetto dei piedi, usavano *fasciarsi i piedi* per interromperne la normale

crescita (Ping, 2000). Con questo sistema, che iniziò nel 900 e fu ampiamente seguito fino al 1911, quando fu dichiarato illegale, le ragazze venivano obbligate ogni giorno ad avvolgere strettamente i piedi con una lunga fascia, ripiegando le dita sotto la pianta. Con questa procedura, eseguita per due anni circa, i piedi restavano piccoli e affusolati. In genere questa pratica causava problemi medici gravi e rendeva difficile la deambulazione, ma consentiva di avere dei piedi piccoli, considerati più belli.

Anche la società occidentale è vittima di alcuni pregiudizi culturali. Negli ultimi decenni, si è assistito a un aumento sbalorditivo di interventi di chirurgia estetica, ad esempio la *rinoplastica* (rimodellamento del naso), la *mastoplastica additiva* (aumento del seno) e il *body piercing*. Tutto ciò ci ricorda che i valori di una cultura influenzano profondamente il nostro concetto di bellezza e, in certi casi, possono creare le condizioni per il disturbo di dismorfismo corporeo.

(Marshall et al., 2007). I teorici cognitivi avanzano l'ipotesi che le persone affette da questi disturbi siano molto sensibili ai segnali fisici e li avvertano come una minaccia, tanto da giungere a fraintenderli (P. G. Williams, 2004).

TRA LE RIGHE

Cure drastiche

Il 15% delle persone che si sottopongono a interventi di chirurgia estetica potrebbero risultare affette da *disturbo di dismorfismo corporeo*.

Viceversa, i disturbi somatoformi di tipo isterico (di conversione, di somatizzazione e algici) sono considerati in gran parte diversi e necessitano di particolari spiegazioni. Gli antichi Greci pensavano che i disturbi isterici colpissero soltanto le donne: si riteneva che l'utero di una donna insoddisfatta sessualmente si spostasse nel corpo per essere appagato, producendo un sintomo fisico nell'organo in cui si fermava. Ippocrate affermava infatti che il matrimonio era la migliore cura per questo tipo di disturbo. Le spiegazioni più autorevoli per i disturbi somatoformi di tipo isterico sono attualmente basate sul modello psicodinamico, comportamentista, cognitivo e multiculturalmente. Nessuna, però, ha ricevuto una particolare conferma dalla ricerca, e tali disturbi sono ancora scarsamente compresi (Kirmayer, Looper, 2007; Yutzy, 2007).

La visione psicodinamica

La teoria psicoanalitica freudiana, come abbiamo visto nel Capitolo 1, prese il via dai tentativi di spiegare i sin-

tomi isterici. Freud era infatti tra i pochi medici che all'epoca prendesse sul serio quei sintomi, considerando le pazienti come affette da vere e proprie malattie. Dopo aver studiato l'ipnosi a Parigi, Freud si interessò al lavoro del medico Josef Breuer (1842-1925), che aveva utilizzato questo metodo, conseguendo buoni risultati, per curare una paziente di nome Anna O., affetta da sordità isterica, disorganizzazione del linguaggio e paralisi. I critici si sono chiesti se i problemi di Anna O. fossero veramente di tipo isterico e se il trattamento di Breuer l'avesse aiutata tanto quanto lui affermava (Ellenberger, 1972). Basandosi su questo caso e su altri casi simili, Freud (1894) giunse alla conclusione che i disturbi isterici rappresentassero una *conversione* di conflitti intrapsichici inconsci in sintomi fisici.

Constatando che la maggior parte dei pazienti con disturbi isterici erano donne, Freud spiegò i disturbi isterici fondandosi sui bisogni e sui desideri insoddisfatti delle bambine durante la *fase fallica* (dai 3 ai 5 anni). In quel periodo, secondo Freud, tutte le bambine sviluppano il *complesso di Elettra*: ogni bambina prova delle pulsioni di natura sessuale per il padre e al contempo si rende conto che deve competere con la madre per ottenere il suo amore. Tuttavia, consapevole della posizione più potente della madre e dei tabù culturali, la bambina finisce col reprimere le sue pulsioni sessuali e rifiuta quei primi desideri libidinali nei confronti del padre.

Freud pensava che se i genitori di una bambina reagiscono in modo esagerato alle sue pulsioni sessuali, per esempio con punizioni eccessivamente dure, per esem-

pio, il conflitto di Elettra rimarrà irrisolto e la bambina potrebbe vivere in età adulta in modo ansioso la sfera della sessualità. Qualunque tipo di evento scateni i desideri sessuali, potrebbe vivere un bisogno inconscio di nascondersi a se stessa e agli altri. Secondo Freud alcune donne nascondono i loro desideri sessuali convertendoli inconsciamente in sintomi fisici.

TRA LE RIGHE

Padri in attesa

I padri in attesa vivono talvolta una «gravidanza simpatetica» mostrando sintomi che riproducono i mutamenti fisici della propria compagna incinta (ad esempio, aumento di peso, nausea, desiderio di cibi particolari, problemi di insonnia e mal di schiena). In alcune specie di scimmia si verifica lo stesso fenomeno.

La maggior parte dei teorici psicodinamici attuali non concorda con la spiegazione freudiana dei disturbi isterici, soprattutto con la tesi che quei disturbi possano sempre essere ricondotti a un conflitto di Elettra irrisolto (Verhaeghe et al., 2007; Hess, 1995), anche se continuano a pensare che alla base di quei disturbi vi siano dei conflitti inconsci risalenti all'infanzia che scatenano angoscia, convertita in sintomi fisici «più tollerabili» (R. J. Brown et al., 2005).

TRA LE RIGHE

Hanno detto

Un cuore allegro è una buona medicina, mentre un'anima sofferente secca le ossa (Proverbi, 17:22).

Secondo i teorici psicodinamici due meccanismi agiscono nei disturbi somatoformi di tipo isterico: il guadagno primario e il guadagno secondario (van Egmond, 2003). Gli individui conseguono un *guadagno primario* quando i loro sintomi isterici mantengono i conflitti intimi fuori dalla coscienza: per esempio durante una discussione, un uomo che ha delle paure inconse sull'espressione della rabbia può sviluppare una paralisi

di conversione del braccio, impedendo così ai suoi sentimenti di rabbia di affiorare alla coscienza. Gli individui conseguono un *guadagno secondario* quando i sintomi isterici permettono loro di evitare anche attività sgradite o di ricevere attestazioni di simpatia da altri. Quando, per esempio, una paralisi di conversione consente a un soldato di sottrarsi al dovere di combattere oppure la cecità di conversione impedisce la rottura di una relazione, opera il guadagno secondario. Ricordiamo a questo proposito il caso di Brian che aveva perso la moglie per l'incidente in barca: la paralisi di conversione sembrava aiutarlo a evitare i tanti compiti dolorosi successivi all'incidente, dal comunicare l'accaduto ai parenti della moglie al partecipare al funerale o ritornare al lavoro.

TRA LE RIGHE

Complesso di Elettra: conseguenze possibili

Freud sosteneva che un disturbo isterico può insorgere laddove i genitori reagiscono in modo esagerato alle prime manifestazioni di natura libidica di una bambina per il padre. La repressione sessuale, con le pulsioni sessuali convertite in disturbi fisici, continua nell'età adulta.

La visione comportamentista

Per i teorici comportamentisti, i sintomi fisici dei disturbi isterici rappresentano una *ricompensa* per i malati (si veda la **Tabella 6.3**), ad esempio i sintomi possono sottrarre gli individui a una relazione spiacevole o attirare l'attenzione di altre persone (Whitehead et al., 1994). In risposta a queste ricompense, i malati imparano a manifestare i sintomi in modo sempre più evidente. I comportamentisti sostengono, inoltre, che le persone che hanno familiarità con la malattia, ne adotteranno più prontamente i sintomi fisici (Garralda, 1996). In effetti, attraverso le ricerche si è scoperto che molti malati sviluppano i sintomi isterici dopo che essi stessi, parenti o amici, hanno avuto dei problemi medici simili (Marshall et al., 2007). È evidente che l'attenzione dei comportamentisti sulla ricompensa richiama l'idea psicodinamica del guadagno secondario.

Tabella 6.3 Disturbi con sintomi fisici.

Disturbo	Controllo volontario dei sintomi?	Sintomi connessi a un fattore psicosociale?	Uno scopo evidente?
Simulare una malattia	Sì	Forse	Sì
Disturbo fittizio	Sì	Sì	No*
Disturbo somatoforme	No	Sì	Forse
Disturbo psicofisiologico	No	Sì	No
Malattia fisica	No	Forse	No

* Se si eccettua l'attenzione del medico.

La visione comportamentista dei disturbi isterici, al pari della spiegazione psicodinamica, ha ricevuto scarsa conferma dalla ricerca. Anche le descrizioni dei casi clinici confermano solo saltuariamente questa posizione e molto spesso il dolore e il turbamento connessi ai disturbi sembrano superare qualunque ricompensa arrecata dai sintomi.

La visione cognitiva

I disturbi isterici sarebbero, secondo alcuni teorici cognitivi, forme di *comunicazione* che forniscono i mezzi per esprimere emozioni che altrimenti sarebbe difficile comunicare (L. Mitchell, 2004). Come i teorici psicodinamici, i cognitivi ritengono che le emozioni dei pazienti con disturbi isterici vengano convertite in sintomi fisici; sostengono, però, che il fine della conversione non sarebbe quello di proteggere dall'ansia, ma trasformare sintomi gravi (rabbia, paura, depressione, senso di colpa, gelosia) in un «linguaggio del corpo» familiare e rassicurante per il paziente (K. B. Koh et al., 2005).

Secondo questa visione, le persone che considerano particolarmente difficile riconoscere o esprimere le loro emozioni sono predisposte ai disturbi isterici, come lo sono quelle che «conoscono» il linguaggio dei sintomi fisici attraverso un'esperienza in prima persona di problemi fisici reali. Poiché i bambini sono meno capaci di esprimere le loro emozioni a parole, è particolarmente probabile che utilizzino i sintomi fisici come strumento di comunicazione (Dhossche et al., 2002). La visione cognitiva, al pari di altre spiegazioni, non è stata ancora ampiamente verificata o supportata dalla ricerca.

La visione multicultural

I clinici spesso usano il termine *somatizzazione* per designare lo sviluppo di vari sintomi somatici in risposta al dolore psichico, l'elemento chiave dei disturbi somatoformi di tipo isterico. La somatizzazione di qualunque tipo è oggetto di riprovazione nei paesi occidentali (So, 2008; Escobar, 2004) e alcuni teorici pensano che questa posizione rifletta un pregiudizio dei clinici occidentali, secondo i quali i sintomi somatici sarebbero una modalità *inferiore* di gestire le emozioni (Moldavsky, 2004; Fábrega, 1990).

In realtà, la trasformazione di disagio personale in sintomi somatici è la regola in molte culture non occidentali (Draguns, 2006; Kleinman, 1987) in cui la somatizzazione è considerata una reazione adeguata e meno stigmatizzante, sia dalla società sia dai medici, ai fattori stressanti della vita.

Dagli studi è emersa l'esistenza di percentuali molto alte di somatizzazione in contesti medici non occidentali nel mondo intero, inclusi quelli di Cina, Giappone e Paesi arabi (Matsumoto, Juang, 2008). Gli individui nei paesi latini sembrano manifestare il maggior numero di sintomi somatici (Escobar, 2004, 1995; Escobar et al.,

1998, 1992) e le persone di cultura ispanica, anche negli Stati Uniti, mostrano più sintomi somatici di fronte allo stress rispetto ad altri gruppi etnici.

Anche il disturbo post-traumatico da stress, come abbiamo visto nel Capitolo 5, risulta più diffuso tra gli ispanoamericani rispetto agli altri gruppi etnici negli Stati Uniti. È interessante rilevare, tuttavia, che in base alle ricerche, questa tendenza esiste solo tra gli ispanoamericani nati negli Stati Uniti o che hanno vissuto negli Stati Uniti per un buon numero di anni (Escobar, 2004, 1998), mentre gli immigrati latini appena giunti mostrano una percentuale *più bassa* di disturbo post-traumatico da stress rispetto agli altri individui dell'intero paese. È possibile che gli immigrati appena giunti, non ancora influenzati dal pregiudizio occidentale contro la somatizzazione, reagiscano agli eventi traumatici con sintomi somatici abituali e che quei sintomi aiutino a prevenire l'insorgere di un disturbo post-traumatico da stress conclamato.

Da queste scoperte di tipo multicultural possiamo apprendere non che le reazioni somatiche allo stress sono più evolute a quelle psicologiche o viceversa, ma piuttosto, una volta ancora, che le reazioni ai vari fattori di stress sono spesso influenzate dalla cultura di appartenenza. Se si trascurasse questo aspetto, si rischierebbe di attribuire delle etichette errate o emettere delle diagnosi affrettate.

TRA LE RIGHE

Sindrome dell'arto fantasma

Durante un'escursione nello Utah, Aron Ralston fu costretto ad amputarsi da solo un braccio rimasto bloccato sotto un macigno. Le persone che hanno perso un arto spesso continuano a sentire il dolore e altre sensazioni nell'arto di cui sono privi. Inizialmente, si riteneva che questo dolore «fantasma» fosse dovuto a un disturbo somatoforme algico, ma i neuroscienziati hanno poi scoperto che, anche dopo l'amputazione, le aree cerebrali deputate a scatenare le sensazioni nell'arto restano intatte e possono talvolta produrre l'illusione dell'arto ormai mancante.

Un ruolo possibile per la biologia

Sebbene si ritenga che i disturbi somatoformi di tipo isterico derivino, per definizione, in gran parte da fattori psicologici e socioculturali, non bisognerebbe trascurare l'impatto dei processi biologici (Ovsiew, 2006). Per rendersene conto, occorre riflettere su ciò che hanno appreso i ricercatori sui *placebo* e sull'*effetto placebo*.

Per secoli, i medici hanno constatato che i pazienti affetti da molti tipi di malattie, dal mal di mare all'angina, spesso trovano sollievo assumendo dei **placebo**, sostanze prive di un effetto medico conosciuto (Price et al., 2008; Brody, 2000). Alcuni studi hanno sollevato degli

interrogativi sul numero reale di pazienti aiutati dai placebo (Hrobjartsson, Gøtzsche, 2001), ma si concorda unanimemente sull'efficacia in molti casi di questi «finti» trattamenti.

Placebo: farmaco fittizio considerato vero dal paziente.

Perché i placebo svolgono una valida azione terapeutica? I teorici hanno sempre pensato che operassero in modi puramente psicologici, ossia che il potere della suggestione agisse quasi magicamente sul corpo. Più recentemente, tuttavia, i ricercatori hanno scoperto che una convinzione o un'aspettativa può mettere in azione alcune sostanze chimiche nell'intero corpo, in grado di produrre un effetto curativo (Price et al., 2008). Le sostanze chimiche del corpo umano più spesso citate sono gli *ormoni* e i *linfociti*, il cui funzionamento è stato analizzato nel Capitolo 5, e le *endorfine*, sostanze oppiacee naturali che saranno analizzate nel Capitolo 10. Howard Brody, autorevole studioso in questo campo, paragona l'effetto placebo a una sorta di visita a una farmacia (**Caso 6.5**).

Se i placebo possono «svegliare» la nostra farmacia interna in questo modo, forse gli eventi traumatici, le preoccupazioni o i bisogni correlati a questi possono agire in modo direttamente opposto nei casi di disturbo di conversione, disturbo di somatizzazione o disturbo algico associato con fattori psicologici. In altre parole, questi eventi e reazioni possono effettivamente mettere in azione le nostre farmacie interne e provocare i sintomi fisici dei disturbi somatoformi di tipo isterico (effetto nocebo).

TRA LE RIGHE

Un caso estremo di ipocondria?

Non esattamente. Dopo che l'epidemia influenzale del 1918 uccise 20 milioni di persone, in Giappone si iniziò a indossare una *masuku* per proteggersi da germi vaganti. Alcune persone continuano a osservare questa tradizione durante la stagione dell'influenza e delle malattie da raffreddamento.

6.1.4 Come vengono curati i disturbi somatoformi?

Le persone affette da disturbi somatoformi in genere si sottopongono alla psicoterapia solo come rimedio estremo, poiché sono del tutto convinte che i loro problemi siano medici e inizialmente rifiutano qualunque diagnosi di tipo diverso (Asmundson, Taylor, 2008). Se un medico sostiene che i loro problemi non hanno alcuna causa fisica, spesso si rivolgono ad altri medici. Alla fine, tuttavia, molti pazienti con questi disturbi si sottopongono a psicoterapia, a terapie a base di psicofarmaci o a entrambe.

CASO 6.5

Il nostro corpo è in grado di produrre molte sostanze che possono guarire un'ampia varietà di malattie e che, in genere, ci fanno sentire meglio e più energici. Quando il corpo secerne semplicemente queste sostanze in autonomia, abbiamo ciò che spesso viene definita «guarigione spontanea». Certe volte, il nostro corpo sembra reagire più lentamente e un messaggio dall'esterno può servire come una sorta di sveglia data alla nostra farmacia interna. La risposta ai placebo può perciò essere vista come una reazione della nostra farmacia interna a uno stimolo esogeno (Brody, 2000, p. 61).

Gli individui con disturbi somatoformi da preoccupazione (ipocondria e disturbi di dismorfismo corporeo) in genere ricevono lo stesso tipo di trattamento dei malati affetti da disturbi d'ansia, soprattutto da disturbi ossessivo-compulsivi. Gli studi rivelano, per esempio, che i pazienti con un disturbo da preoccupazione spesso migliorano notevolmente se trattati con gli stessi *farmaci antidepressivi* utilizzati nei casi di disturbo ossessivo-compulsivo (Bouman, 2008; McKay et al., 2008).

In uno studio, 17 pazienti con disturbo di dismorfismo corporeo venivano trattati con l'*esposizione e prevenzione della risposta*, un approccio comportamentale che spesso aiuta le persone con disturbo ossessivo-compulsivo. Nel corso di quattro settimane, ai pazienti venivano ricordati ripetutamente i loro difetti fisici percepiti e, al contempo, non si permetteva loro di fare alcunché per ridurre il disagio (per esempio, controllare il loro aspetto) (Neziroglu et al., 2004, 1996). Alla fine del trattamento, questi individui erano meno preoccupati dei loro difetti e passavano meno tempo a controllarsi il corpo o il viso e a evitare i contatti sociali. L'approccio comportamentista è stato sempre più associato con successo a un approccio cognitivo che aiuta i pazienti con il disturbo di dismorfismo corporeo a identificare, esaminare e cambiare il modo di pensare distorto il proprio aspetto e l'impatto sociale (Sarwer et al., 2004; Geremia, Neziroglu, 2001).

Le terapie cognitive-comportamentali di questo tipo vengono utilizzate anche con chi è affetto da ipocondria. In questo caso, i terapeuti fanno ripetutamente notare ai pazienti le variazioni fisiche e impediscono loro, al contempo, di cercare di attirare l'attenzione del medico. Inoltre, i terapeuti guidano i pazienti a identificare e a cambiare le convinzioni connesse alla malattia che contribuiscono a mantenere il disturbo. Anche questo tipo di approcci riceve conferme promettenti dalla ricerca (Bouman, 2008; Greeven et al., 2007).

I trattamenti per i disturbi somatoformi di tipo isterico (conversione, somatizzazione e disturbi algici) spesso si concentrano sulla *causa* del disturbo (trauma o ansia

che si celano dietro i sintomi fisici) e applicano gli stessi tipi di tecniche usati nei casi di Disturbo Post-Traumatico da Stress, soprattutto l'insight, l'esposizione e le terapie farmacologiche. I terapeuti psicodinamici, per esempio, cercano di aiutare gli individui con disturbi isterici ad acquisire consapevolezza delle loro paure inconse e a risolverle, riducendo così il ricorso del paziente a modalità espressive corporee (Hawkins, 2004). I terapeuti comportamentali utilizzano anche l'esposizione: i pazienti vengono esposti a condizioni simili agli eventi terribili che per primi hanno scatenato in loro sintomi fisici in modo che diventino meno ansiosi nel corso delle ripetute esposizioni e, di conseguenza, più capaci di affrontare direttamente quegli stessi eventianziché attraverso sintomi fisici (Stuart et al., 2008). I terapeuti biologici usano i farmaci antiansia o alcuni antidepressivi per aiutare a ridurre l'ansia di pazienti con disturbi isterici (Eifert et al., 2008; Han et al., 2008).

TRA LE RIGHE

Influenza globale

Con l'occidentalizzazione dell'Oriente, le donne asiatiche sono state bombardate da pubblicità che cercano di indurle a sottoporsi a interventi di chirurgia estetica, ad esempio ritocchi al viso (gli interventi più diffusi), o interventi su altre parti del corpo. Il numero delle donne asiatiche che effettuano interventi di chirurgia estetica è aumentato di sette volte negli ultimi 20 anni e più di un terzo ora afferma di volere sottoporsi alla chirurgia estetica (Hakuhodo Institute of Life and Living, 2001).

Altri terapeuti cercano di affrontare i *sintomi fisici* dei disturbi isterici più che le cause, ricorrendo ad alcune tecniche (*suggestione, rinforzo o confronto*) (Yutzy, 2007). Coloro che utilizzano la *suggestione* offrono un supporto emotivo ai pazienti ripetendo loro in modo persuasivo che i loro sintomi fisici spariranno presto (Elkins, Perfect, 2007; Moene et al., 2002). I terapeuti che utilizzano un approccio basato sul *rinforzo* fanno in modo di privare della ricompensa i comportamenti disunzionali di un paziente e aumentare la ricompensa laddove agiscano comportamenti appropriati (North, 2005). Nell'approccio basato sul *confronto*, il terapeuta cerca di indurre il paziente a uscire dal ruolo di malato, spiegandoin modo inequivoco che i loro sintomi non hanno alcun fondamento fisico (Sjolie, 2002).

I ricercatori non hanno valutato per intero l'efficacia di questi particolari approcci sui disturbi isterici (Ciano-Federoff, Sperry, 2005), ma i case study suggeriscono che il Disturbo di conversione e il Disturbo algico rispondono meglio del Disturbo di somatizzazione alla terapia e che gli approcci fondati sul confronto sono meno efficaci degli interventi fondati sulla suggestione e sul rinforzo (Miller, 2004).

TRA LE RIGHE

Una coincidenza stupefacente

Il 17 febbraio 1673 lo scrittore e attore di teatro francese Molière ebbe un malessere sul palcoscenico e morì mentre recitava il *Malato immaginario* (Ash, 1999).

Sintesi

Disturbi somatoformi

I Disturbi somatoformi sono caratterizzati da sintomi fisici le cui cause sono in ampia misura psichiche, ciononostante i malati credono sinceramente che le loro malattie abbiano un'origine medica.

Di questi disturbi fanno parte il Disturbo di conversione, il Disturbo di Somatizzazione (o Sindrome di Briquet) e il Disturbo algico associato con fattori psicologici. Nella prospettiva psicodinamica, secondo Freud i sintomi somatoformi di tipo isterico rappresentano una conversione di conflitti intrapsichici inconsci tra istinti libidici dell'Es e divieti del Super-Io. Secondo i comportamentisti, i sintomi fisici di questi disturbi arrecano una ricompensa al malato, mentre alcuni teorici cognitivi ritengono che essi siano, invece, delle forme di comunicazione. Anche i fattori biologici possono contribuire a spiegare questi disturbi, come abbiamo ricordato parlando degli studi recenti sui placebo. I trattamenti per i disturbi isterici prediligono approcci basati su insight, suggestione, rinforzo o confronto.

Le persone con Disturbi somatoformi da preoccupazione sono angosciate all'idea che qualcosa non funzioni nel loro fisico: in questa categoria, rientrano l'Ipocondria e il Disturbo di dismorfismo corporeo. La spiegazione teorica dei disturbi somatoformi da preoccupazione è affine a quella dei disturbi d'ansia. La cura si basa su farmaci, *esposizione e prevenzione della risposta* e altri trattamenti sviluppati inizialmente per i disturbi d'ansia, soprattutto per il disturbo ossessivo-compulsivo.

6.2 DISTURBI DISSOCIATIVI

Nell'interagire con il mondo, la maggior parte di noi vive un senso di completezza e continuità, percepiamo noi stessi come qualcosa di più di una serie di esperienze percettive, sentimenti e comportamenti isolati. In altre parole, possediamo un'*identità*, ossia sappiamo chi siamo e quale posto occupiamo nel nostro ambiente. Gli altri ci riconoscono e si aspettano certe cose da noi, ma la cosa più importante è che siamo consapevoli di noi stessi e abbiamo aspettative, valori e obiettivi propri.

Da questa prospettiva, la **memoria** è un elemento

chiave, essa rappresenta il legame tra il nostro passato, presente e futuro. Il ricordo delle esperienze passate, anche se a volte non del tutto preciso, ci aiuta a reagire agli eventi presenti e ci guida nel prendere le decisioni riguardo al futuro. La memoria ci consente di riconoscere i nostri amici e parenti, insegnanti e datori di lavoro, e di comportarci con loro in modo adeguato. Senza la memoria dovremmo sempre ricominciare daccapo, né capaci di andare avanti.

La memoria può talvolta subire delle alterazioni di rilievo. È possibile, per esempio, perdere la capacità di ricordare nuove informazioni appena apprese o informazioni vecchie che una volta si conoscevano bene. Quando queste alterazioni non sembrano avere una causa fisica evidente, sono chiamate **disturbi dissociativi**. In questo caso, una parte della memoria di una persona sembra in genere essere *dissociata*, o separata dal resto.

I disturbi dissociativi sono di diverso tipo. Vi è l'*amnesia dissociativa* il cui sintomo iniziale è l'incapacità di ricordare eventi e informazioni personali importanti. La *fuga dissociativa* implica il dimenticare il passato, lo spostarsi in un altro luogo e assumere un'altra identità. Gli individui con *disturbo dissociativo dell'identità*, detto anche *disturbo da personalità multipla*, hanno due o più identità separate che non sempre sono consapevoli rispettivamente dei pensieri, sentimenti e comportamenti delle altre.

TRA LE RIGHE

Principali interventi cosmetici effettuati ogni anno negli Stati Uniti

Interventi non chirurgici
 Iniezioni di botox (2.837.346 interventi)
 Depilazione laser (1.411.899)
 Peeling chimico (1.110.401)
 Microdermoabrasione (1.098.316)
 Acido ialuronico (882.469)

Interventi chirurgici
 Liposuzione (478.251)
 Mastoplastica additiva (334.052)
 Blefaroplastica (290.343)
 Rinoplastica (166.187)
 Lifting facciale (157.061)

(American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2004)

Sul disturbo dissociativo sono stati scritti molti libri e realizzati film memorabili. Due dei più famosi, *La donna dai tre volti* e *Sybil*, riguardavano una donna dalle personalità molteplici. Il tema è così affascinante che la maggior parte delle serie televisive sembra includere almeno un caso di dissociazione ogni stagione, creando l'impressione che questi disturbi siano molto diffusi (Pope et al., 2007), ma molti clinici ritengono che non lo siano affatto.

Memoria: capacità di ricordare eventi e nozioni apprese in passato.

Disturbi dissociativi: disturbi caratterizzati da importanti alterazioni nella memoria, senza cause fisiche evidenti.

Amnesia dissociativa: disturbo caratterizzato dall'incapacità di ricordare eventi e informazioni personali importanti.

Tra i disturbi dissociativi elencati nel DSM-IV-TR vi è anche il *disturbo di depersonalizzazione*. Le persone che ne risultano affette si sentono come se fossero separate dal proprio corpo o riferiscono una sensazione di estraneità ed è come se si osservassero dall'esterno. Poiché i problemi di memoria non costituiscono un aspetto centrale di questo disturbo, non lo analizzeremo in questo contesto.

Procedendo nella lettura di questo capitolo, ricordate che i sintomi dissociativi sono spesso presenti nei casi di disturbo acuto o post-traumatico da stress. Non dimenticate, come è stato detto nel Capitolo 5, che le persone affette da questo disturbo possono sentirsi confuse o avere dei problemi nel ricordare. Quando questi sintomi si manifestano nell'ambito di un disturbo da stress, non indicano necessariamente un disturbo dissociativo in cui predominano i sintomi di tipo dissociativo. D'altro canto, la ricerca indica che molte persone con uno di questi disturbi sviluppano anche gli altri (Bremner, 2002).

6.2.1 Amnesia dissociativa

All'inizio di questo capitolo abbiamo parlato dell'incidente traumatico accaduto a Brian in cui sua moglie perse la vita. Brian, a causa dell'incidente in barca, sviluppò un disturbo di conversione. Per comprendere meglio l'amnesia dissociativa, proviamo a riesaminare il suo caso, cambiando le reazioni e i sintomi che Brian sviluppò dopo l'incidente traumatico (**Caso 6.6**).

TRA LE RIGHE

Dissociazione di tipo religioso

Nel corso di riti religiosi o tradizionali, molti cadono deliberatamente in uno stato di trance, una condizione caratterizzata dall'alterazione della coscienza paragonabile ai sintomi presenti in un disturbo dissociativo, il disturbo di depersonalizzazione.

In questa versione modificata della narrazione dell'incidente, Brian reagisce alla sua esperienza traumatica con i sintomi dell'**amnesia dissociativa**. Questo disturbo cancella il ricordo di informazioni importanti, di solito di tipo traumatico, riguardanti la propria vita (APA, 2000). In questo caso la perdita di memoria è molto più estesa, non può perciò essere ricondotta alla normale tendenza a dimenticare e non è neppure causata

CASO 6.6

Quel sabato Brian era uscito in barca a vela con la moglie Helen. Il mare era mosso, ma certamente non pericoloso. Occupati a godersi quella giornata, non si accorsero che il cielo diventava sempre più scuro, il vento stava rinforzando e cominciava a diventare difficile governare la barca. Ormai da alcune ore in barca, erano alquanto lontani dalla costa quando scoppiò uno spaventoso temporale.

Il temporale si trasformò in un attimo in tempesta. Brian perse il controllo della barca per il vento forte e le onde alte. Poiché non avevano ancora indossato il giubbotto di salvataggio, cercarono di farlo, ma la barca si rovesciò prima che ci fossero riusciti. Brian, che nuotava meglio, fu in grado di tornare indietro e raggiungere la barca rovesciata; vi si aggrappò e vi si tenne stretto con tutte le forze, invece Helen non riuscì a nuotare contro i flutti fino alla barca. Davanti allo sguardo inorridito e incredulo di Brian, scomparve alla vista.

Dopo un po', la tempesta si attenuò. Brian riuscì a rovesciare la barca e a ritornare a riva. Si portò in salvo, ma le conseguenze intime di quella tempesta erano appena ini-

ziate. I giorni successivi furono pieni di dolore e di altro orrore: la guardia costiera ritrovò il corpo della moglie [...] le conversazioni con le autorità [...] le notizie ai genitori di Helen... le conversazioni con gli amici [...] il senso di colpa [...] il dolore [...] e tutto il resto. Il mercoledì, quattro giorni dopo il fatale pomeriggio, Brian si riprese e partecipò ai funerali e alla sepoltura di Helen. Fu il giorno più lungo e più difficile della sua vita. La maggior parte del tempo si sentiva come se fosse in uno stato di trance.

Il giovedì mattina, appena sveglio, Brian capì che qualcosa in lui non andava. Per quanto ci provasse, non riusciva a ricordarsi cosa era accaduto i giorni precedenti. Si ricordava l'incidente, la morte di Helen e la chiamata della Guardia costiera dopo il ritrovamento del suo corpo. Ma praticamente tutto il resto era scomparso, a cominciare dal funerale. All'inizio aveva perfino pensato che fosse domenica e che le spiegazioni a familiari e amici e il funerale dovessero ancora avere luogo. Ma il giornale, il libro delle condoglianze e una conversazione telefonica con il fratello lo convinsero subito che aveva completamente dimenticato gli ultimi quattro giorni della sua vita.

da fattori fisici (si veda la **Tabella 6.4**). Spesso un episodio di amnesia è scatenato direttamente da uno specifico evento traumatico (McLeod et al., 2004).

L'amnesia dissociativa può essere *circoscritta, selettiva, generalizzata o continuativa*. Ogni tipo di amnesia può essere scatenato da un'esperienza traumatica, come quella di Brian, ma ognuno rappresenta anche un tipo particolare di alterazione della memoria. L'*amnesia cir-*

coscritta, da cui era affetto Brian, è il tipo più comune di amnesia dissociativa e comporta la perdita di tutta la memoria degli eventi che hanno avuto luogo in un certo periodo di tempo, in cui si è già verificato un evento gravemente disturbante. Ritorniamo a Brian. Il giorno successivo al funerale si svegliò e non riusciva a ricordare nessuno degli eventi dei difficili giorni precedenti, a iniziare dalla tragedia della barca. Ricordava ogni cosa accaduta prima, incluso l'incidente, e ricordava anche ogni cosa dal mattino successivo ai funerali in poi, ma i giorni intermedi rimanevano un vuoto assoluto. Durante il periodo dimenticato, l'*episodio amnesico*, le persone affette da questo disturbo possono apparire confuse, in certi casi vagano senza meta e sembrano non essere consapevoli dei loro problemi di memoria. Nella seconda versione dell'incidente, il giorno dei funerali di Helen, Brian si sentiva come se fosse in uno stato di trance.

Le persone affette da *amnesia selettiva*, la seconda forma più diffusa di amnesia dissociativa, ricordano alcuni, ma non tutti gli eventi accaduti in un certo periodo di tempo. Se Brian avesse sofferto di amnesia selettiva, si sarebbe potuto ricordare di certe conversazioni con gli amici, ma forse non del funerale.

In certi casi, la perdita di memoria riguarda un periodo passato e molto precedente al periodo del trauma. Brian si sarebbe potuto alzare dopo il funerale e scoprire che, oltre ad aver dimenticato i fatti dei pochi giorni precedenti, non si ricordava neppure ciò che era accaduto in tutti gli anni passati. Questo sarebbe un caso di *amnesia*

Tabella 6.4 Disturbi dissociativi.

DSM Checklist

Amnesia dissociativa
<input checked="" type="checkbox"/> Una o più manifestazioni di incapacità a ricordare informazioni personali importanti, in genere di natura traumatica o stressante, che sono troppo estese per essere riconducibili a una normale tendenza a dimenticare.
<input checked="" type="checkbox"/> Disagio o menomazione significativi.
Fuga dissociativa
<input checked="" type="checkbox"/> Allontanamento improvviso e inatteso da casa o dal luogo abituale di lavoro associato all'incapacità di ricordare il proprio passato.
<input checked="" type="checkbox"/> Confusione sulla propria identità o assunzione di una nuova identità.
<input checked="" type="checkbox"/> Disagio o menomazione significativi.

Tratto da APA, 2000.

Approfondimento

MEMORIE D'INFANZIA RIMOSSE
OPPURE SINDROME DELLA FALSA MEMORIA?

Nel corso degli anni Novanta alcuni casi di *ricordi rimossi di abusi subiti nell'infanzia* hanno suscitato un'attenzione notevole da parte del pubblico. Gli adulti con questo tipo di amnesia dissociativa sembravano recuperare memorie sepolte da tempo riguardanti abusi sessuali e fisici della loro infanzia. Una donna poteva sostenere, per esempio, di essere stata molestata dal padre ripetutamente tra i 5 e i 7 anni, oppure un ragazzo poteva ricordarsi di avances sessuali ricevute da un amico di famiglia quando era molto piccolo. I ricordi rimossi riemergevano spesso nel corso di terapie riguardanti altri problemi.

La quantità di queste rivelazioni è diminuita negli anni più recenti, ma gli esperti continuano a rimanere divisi riguardo a questo tema (Loftus, Cahill, 2007; McNally et al., 2005). Alcuni ritengono che i ricordi recuperati siano solo quello che appaiono: dei ricordi terribili di violenze rimasti sepolti nella mente per anni; mentre altri pensano che tali ricordi siano delle illusioni, ossia immagini false partorite da una mente confusa. Coloro che non credono alla tesi delle memorie rimosse ritengono che i particolari della violenza sessuale infantile siano spesso ricordati con troppa precisione (Loftus, Cahill, 2007; McNally et al., 2004). Essi sottolineano inoltre che la memoria in genere può cadere spesso in errore (Lindsay et al., 2004). Per di più, è possibile creare false memorie di vario tipo in laboratorio, stimolando l'immaginazione dei partecipanti (Brainerd et al., 2008; Loftus, Cahill, 2007).

Ma se il presunto recupero delle memorie infantili non è ciò che sembra, allora cos'è? Secondo coloro che si oppongono alla tesi dei ricordi riemersi alla coscienza, potrebbe trattarsi di un caso di elevata suggestionabilità (Loftus, Cahill, 2007; Loftus, 2003, 2001, 1997). Questi teorici sostengono che l'attenzione prestata a questo fenomeno dagli specialisti e dalla gente comune abbia spinto a volte i terapeuti a

emettere diagnosi in assenza di prove sufficienti (Frankel, 1993). I terapeuti potrebbero cercare attivamente i segni della violenza infantile nei pazienti e perfino incoraggiarli a produrre dei falsi ricordi (Gardner, 2004). Alcuni terapeuti usano davvero tecniche speciali per il recupero dei ricordi, tra i quali l'ipnosi, la terapia della regressione, il diario, l'interpretazione dei sogni e l'interpretazione dei sintomi fisici (Madill, Holch, 2004; Lindsay, 1996, 1994). Forse, certi pazienti rispondono alle tecniche creando inconsapevolmente dei falsi ricordi di abuso (Hyman, Loftus, 2002). Le false memorie possono quindi diventare sempre più familiari per loro in conseguenza delle ripetute discussioni terapeutiche sui presunti incidenti.

Naturalmente, le memorie rimosse degli abusi sessuali dell'infanzia non emergono soltanto in un contesto clinico (Loftus, Cahill, 2007), ma in alcuni individui si riaffacciano spontaneamente. Coloro che si oppongono alla tesi delle memorie rimosse spiegano questi casi facendo riferimento a vari libri, articoli, siti e spettacoli televisivi che sembrano prestare credito alle memorie rimosse di abusi durante l'infanzia (Loftus, 1993). Altri, sempre fra coloro che diffidano delle memorie rimosse, ritengono che, per motivi biologici o di altro tipo, alcuni individui siano predisposti più di altri ad avere falsi ricordi, sia riguardanti le violenze durante l'infanzia sia di altro tipo (McNally et al., 2005).

È importante ribadire che gli esperti che mostrano diffidenza nei confronti del recupero dei ricordi rimossi dell'infanzia, non negano in alcun modo il problema dell'abuso sessuale dei minori. In realtà, i sostenitori di entrambe le posizioni intendono ribadire che la loro posizione non deve indurre le persone a credere che essi nutrano dei dubbi sulla portata del problema dell'abuso sessuale dei minori. Quale che sia l'esito del dibattito sui ricordi rimossi, il problema dell'abuso dei minori è fin troppo reale e comune.

generalizzata. In casi estremi, Brian potrebbe addirittura non ricordarsi chi è e avere difficoltà nel riconoscere parenti e amici.

TRA LE RIGHE**Ricordi d'infanzia**

I nostri ricordi d'infanzia, secondo gli esperti, possono essere influenzati da reminiscenze dei familiari, dai nostri sogni, da immagini viste alla televisione, nei film o nelle fotografie e dall'immagine che abbiamo di noi stessi.

Nelle forme di amnesia dissociativa discusse finora, il periodo che viene colpito dall'amnesia ha una fine, mentre nell'*amnesia continuativa* il dimenticare perdura fino al periodo presente. Brian potrebbe dimenticare le esperienze nuove e quelle in corso, come anche ciò che era accaduto prima e durante la tragedia. Il dimenticare continuo di questo tipo è in realtà piuttosto raro nei casi di amnesia dissociativa ma non, come vedremo nel Capitolo 15, nei casi di amnesia di origine organica.

Tutte queste forme di amnesia dissociativa sono simili in quanto l'amnesia interferisce soprattutto con i ricordi di tipo personale, mentre la memoria di informazioni

astratte o enciclopediche in genere si conserva. È probabile che le persone con amnesia dissociativa, come chiunque altro, sappiano il nome del presidente degli Stati Uniti e anche scrivere, leggere o guidare la macchina.

I clinici non sanno quanto sia diffusa l'amnesia dissociativa (Pope et al., 2007), ma sanno che in molti casi sembra iniziare durante gravi minacce alla salute e alla vita, ad esempio in tempi di guerra e nei disastri naturali (Cardena, Gleaves, 2007). I veterani di guerra spesso riferiscono vuoti di memoria di ore o giorni e alcuni dimenticano dei dati personali, come il nome e l'indirizzo (Bremner, 2002). Sembra che le violenze subite da bambini, soprattutto di tipo sessuale, possano scatenare l'amnesia dissociativa, ad esempio negli anni Novanta vi sono stati molti casi in cui gli adulti affermavano di ricordare esperienze a lungo dimenticate di violenze subite nell'infanzia. Inoltre, l'amnesia dissociativa può verificarsi in situazioni più consuete, quali ad esempio la perdita improvvisa di una persona amata a causa di abbandono o morte o, ancora, in seguito ad un intenso senso di colpa per aver commesso certe azioni (per esempio, una relazione extraconiugale) (M. Koh et al., 2000).

L'impatto dell'amnesia dissociativa dipende dalla quantità delle cose che si dimenticano. Ovviamente, un episodio amnesico di due anni è più grave di quello di una o due ore. Similmente, un episodio amnesico nel quale la vita di una persona cambia in maniera rilevata causa più difficoltà di uno con conseguenze più trascurabili.

TRA LE RIGHE

Persone a rischio

I soldati che hanno esperienza di combattimento sono particolarmente predisposti all'amnesia e alle altre reazioni di tipo dissociativo. Possono dimenticare particolari orrori, informazioni personali e perfino la propria identità.

6.2.2 Fuga dissociativa

La **fuga dissociativa** comporta l'incapacità di ricordare la propria identità personale e i particolari della propria esistenza passata, oltre a un allontanamento fisico dalla propria residenza abituale (si veda di nuovo la **Tabella 6.4**). In alcuni casi i soggetti si spostano in un luogo non molto distante e stringono pochi contatti sociali nel nuovo ambiente (APA, 2000); la fuga può essere breve, questione di ore o giorni, e terminare improvvisamente. In altri casi la persona può andare lontano da casa, cambiare nome e crearsi una nuova identità, nuove relazioni e perfino una nuova attività lavorativa. Tali individui possono anche mostrare una personalità diversa, spesso diventano più estroversi (APA, 2000). Riportiamo un episodio riguardante questo disturbo avvenuto nel secolo scorso al reverendo Ansel Bourne (**Caso 6.7**).

CASO 6.7

Il 17 gennaio 1887 [il reverendo Ansel Bourne, di Greene, R.I.] prelevò 551 dollari da una banca di Providence con cui pagare un terreno a Greene, pagò alcuni conti e a Pawtucket salì su un omnibus a cavalli. Questo è l'ultimo evento di cui si ricorda. Non fece ritorno a casa quel giorno e non si seppe nulla di lui per due mesi. Sui giornali apparve la notizia della sua scomparsa e si sospettò che fosse stato ucciso, ma la polizia cercò invano nei dintorni. La mattina del 14 marzo a Norristown, in Pennsylvania, un uomo, il signor A. I. Brown, che aveva affittato un piccolo negozio sei settimane prima, fatto scorte di cancelleria, dolciumi, frutta e oggetti vari e portava avanti il suo commercio in modo tranquillo, senza sembrare per nulla strano o eccentrico, si alzò spaventato e chiamò le persone della casa per chiedere dove si trovasse. Disse che il suo nome era Ansel Bourne, che non sapeva nulla di Norristown, che non era un commerciante, e che l'ultima cosa di cui si ricordasse, come se fosse il giorno prima, è che stava prelevando il denaro dalla banca ecc. a Providence. [...] Era molto debole, aveva perso forse più di dieci chili in quel periodo ed era tanto orripilato all'idea del negozio di dolciumi che rifiutò di rimetterci piede (James, 1890, pp. 391-393).

Fuga dissociativa: disturbo in cui una persona si allontana dalla propria residenza abituale e può assumere una nuova identità, dimenticando il suo passato.

Circa lo 0,2% della popolazione viene colpito da fuga dissociativa. Come l'amnesia dissociativa, una fuga in genere fa seguito a un evento traumatico (Cardena, Gleaves, 2007; APA, 2000). Alcuni adolescenti che se ne vanno di casa stanno forse vivendo un episodio di fuga dissociativa (Loewenstein, 1991). Come i casi di amnesia dissociativa, le fughe di solito riguardano le memorie personali più di quelle enciclopediche o astratte (Maldonado, Spiegel, 2007).

Le fughe tendono a finire in modo brusco. In certi casi, come quello del reverendo Bourne, la persona «si risveglia» in uno strano posto, circondata da volti poco familiari e si meraviglia di ritrovarsi in quel luogo. In altri casi, la mancanza di una storia personale passata può far sorgere il sospetto. Talvolta un incidente automobilistico o un problema legale conduce la polizia a scoprire l'identità falsa; altre volte sono gli amici a mettersi alla ricerca e a trovare la persona scomparsa. Quando una persona viene ritrovata prima che lo stato di fuga sia finito, il terapeuta può ritenere necessario porle molte domande sui particolari della sua vita, ricordarle ripetutamente chi è e persino iniziare la psicoterapia prima del recupero della memoria. Il ricordo del passato può com-

Approfondimento

UN CANE RITROVA LA STRADA DI CASA: UN CASO DI DISTURBO DI FUGA?

Sherry Morse, «Animal News», 13 dicembre 2003

Quest'anno il regalo di Natale è arrivato in anticipo per la famiglia Flores di Wichita (Kansas): il loro amato cane Bear, scomparso nel novembre 1997, è ritornato a casa per la festa del Ringraziamento del 2003.

Jeanie Flores, affacciandosi alla finestra di casa due giorni prima della festa del Ringraziamento, vide un cane del tutto simile a Bear. Ricorda di avere immediatamente pensato «Oh, mio Dio! Ma è il mio cane!» Lo chiamò e il cane le rispose.

Jeanie scoppiò in lacrime, poi chiamò il marito Frank e gli disse che pensava che Bear fosse davvero tornato a casa. Frank Flores si precipitò a casa e, dopo aver visto il cane, convenne con la moglie che il loro beniamino, un incrocio tra un labrador e un chow-chow marrone, era proprio il loro Bear. Uno dei vicini disse loro di aver avvistato Bear poco prima, mentre vagava e scrutava con attenzione le case.

Un veterinario visitò Bear e disse che, sebbene le zampe fossero rosse e un po' infiammate, forse perché aveva cam-

minato molto, pesava solo mezzo chilo in meno di quando era scomparso. Qualcuno doveva essersi preso cura di lui. Bear era scomparso nel 1997, circa un mese dopo che i Flores si erano trasferiti nel nuovo quartiere. Una sera Jeanie lo aveva lasciato fuori, libero, e non era più tornato indietro. «L'ho aspettato tutta la notte, ma lui non è tornato» racconta.

Allora, la medaglietta di Bear non era stata ancora aggiornata con il nuovo indirizzo. La famiglia, disperata, aveva messo avvisi, indagato presso i vecchi vicini, pubblicato annunci sui giornali e visitato i canili, ma purtroppo, il cane che il signor Flores aveva portato a casa ancora cucciolo nel 1990 sembrava che fosse scomparso senza lasciare traccia.

Dal momento del suo straordinario ritorno a casa, sei anni dopo, Bear si sta rifacendo del sonno perduto e si è riabituato alla famiglia, in cui ora c'è anche un bambino che non era ancora nato quando il cane era scomparso.

I Flores desidererebbero solo che Bear potesse dire loro dove è stato tutto quel tempo. «Dov'era? Non sappiamo quanto sia stata difficile la sua vita» ha detto Frank Flores.

portare una cancellazione degli eventi del periodo di fuga (APA, 2000).

In generale chi vive la fuga dissociativa riacquista la maggior parte o tutte le memorie e non ha mai una ricaduta. Poiché le fughe sono di solito brevi e totalmente reversibili, gli individui tendono ad avere pochi effetti collaterali. Le persone che sono state via per mesi o anni, tuttavia, hanno spesso seri problemi ad adattarsi ai cambiamenti che si sono verificati durante il periodo di assenza. Infine, coloro che in stato di fuga compiono atti violenti o illegali, devono anche affrontarne le conseguenze.

6.2.3 Disturbo dissociativo dell'identità (Disturbo da personalità multipla)

Il disturbo dissociativo dell'identità è drammatico e invalidante. Per comprendere meglio, narriamo il caso di Eric (Caso 6.8).

Una persona affetta da **disturbo dissociativo dell'identità**, o **disturbo da personalità multipla**, sviluppa due o più personalità diverse, chiamate spesso **personalità secondarie** o **personalità alternative**, ognuna con una serie specifica di ricordi, comportamenti, pensieri ed emozioni (si veda la **Tabella 6.5**). Ciascuna personalità secondaria, alternandosi, occupa il posto

centrale e domina il funzionamento di una persona. Solitamente si ha una personalità *primaria* oppure *ospite*, che si manifesta più spesso delle altre.

Disturbo dissociativo dell'identità: disturbo in cui una persona sviluppa due o più personalità diverse. È detto anche *disturbo da personalità multipla*.

Personalità secondaria: due o più personalità diverse presenti nelle persone affette dal disturbo dissociativo dell'identità. Sono dette anche *personalità alternative*.

Tabella 6.5 Disturbo dissociativo dell'identità (disturbo da personalità multipla).

DSM Checklist

- Presenza di due o più identità o personalità distinte.
- Controllo del comportamento di una persona esercitato in modo frequente da parte di almeno due di queste identità o personalità.
- Incapacità di ricordare informazioni personali importanti troppo estesa per essere spiegata con una normale tendenza a dimenticare.

Tratto da APA, 2000.

CASO 6.8

Eric, 29 anni, stordito e pieno di lividi per le percosse, è stato ritrovato mentre vagava vicino a un centro commerciale di Daytona Beach il 9 febbraio [...]. Sei settimane dopo fu condotto al Centro di Risorse Umane di Daytona Beach e lì iniziò a parlare con i medici con due voci diverse: quella dal timbro infantile di «Eric da piccolo», un bambino confuso e spaventato, e quella dal tono equilibrato di «Eric maturo» che raccontò una storia di paure e di maltrattamenti quando era un minore. Secondo «Eric maturo», dopo la morte dei suoi genitori, dei tedeschi immigrati, il padre adottivo, un uomo violento, insieme alla sua donna lo prese dalla South Carolina e lo portò in un covo di spacciatori di droga in una palude della Florida. Eric raccontò di essere stato violentato da diversi membri della banda e di aver assistito all'omicidio di due uomini per mano del padre adottivo.

Un giorno, a fine marzo, un counselor si allarmò nel vedere il viso di Eric storcersi in una smorfia violenta. Eric emise un ringhio sinistro e sputò una serie di oscenità. «Mi ha fatto pensare alle scene de L'Esorcista», disse Malcolm Graham, lo psicologo che si occupa del caso al centro. «È la cosa più impressionante che io abbia mai visto in un paziente».

L'emergere di quella nuova personalità che chiedeva, con insolenza, di essere chiamato Mark, era il primo indizio per Graham, e gli diceva che aveva a che fare con un disturbo emotivo raro e serio: la personalità multipla [...].

Altre manifestazioni di Eric emersero nelle settimane successive: Dwight, silenzioso e di mezza età; Jeffrey, con cecità di tipo isterico e muto; Michael, macho e arrogante, Tian civettuolo, considerato da Eric una puttana; Phillip, un avvocato polemico. «Phillip si informava sempre sui diritti di Eric» dice Graham. «Era un individuo detestabile. Phillip era un vero scocciatore».

Sotto lo sguardo esterrefatto di Graham, Eric dispiegò una dopo l'altra 27 personalità diverse, incluse tre donne [...] Dal punto di vista dell'età, andavano da un feto a un vecchio individuo sordido che cercava di convincere Eric a combattere come mercenario ad Haiti. In una seduta, riferisce Graham, Eric cambiò nove personalità in un'ora. «Sentivo che stavo perdendo il controllo della seduta», dice lo psicologo con nove anni di esperienza clinica. «Alcune personalità non parlavano con me e alcune riuscivano a comprendere a fondo il mio comportamento come quello di Eric» («Time», 25 ottobre 1982, p. 70).

Il passaggio da una personalità secondaria a un'altra, chiamato *slittamento*, è in genere improvviso e può rivelarsi radicale (APA, 2000). Eric, per esempio, storciva il viso, grugniva e urlava oscenità mentre cambiavano le personalità. Lo slittamento è in genere scatenato da un evento stressante, ma i clinici stessi possono causare il cambiamento con la suggestione ipnotica (APA, 2000).

I primi casi di disturbo dissociativo dell'identità attestati risalgono ad almeno tre secoli fa (Rieber, 2002). Molti clinici considerano il disturbo raro, ma alcune relazioni cliniche ipotizzano che potrebbe essere molto più comune di quanto si riteneva in passato (Sar et al., 2007; APA, 2000). La maggior parte dei casi vengono diagnosticati nei primi anni dell'adolescenza o nella prima età adulta, ma molto più spesso i sintomi iniziano nell'infanzia dopo episodi di abuso (spesso di tipo sessuale), forse anche prima dei cinque anni (Maldonado, Spiegel, 2007; Roe-Sepowitz et al., 2007). Le donne vengono colpite dal disturbo in misura perlomeno tripla rispetto agli uomini (APA, 2000).

In che modo interagiscono le personalità secondarie?

Il modo in cui le personalità secondarie si rapportano l'una all'altra o si ricordano una dell'altra varia a seconda dei casi. In genere vi sono tre tipi di relazioni. Nelle *relazioni di amnesia reciproca* le personalità non sono coscienti l'una dell'altra (Ellenberger, 1970), mentre nei *modelli di consapevolezza reciproca*, ognuna di esse è

cosciente delle altre: possono ascoltare reciprocamente le voci e anche parlare l'una dell'altra, alcune possono apparire in armonia, mentre altre essere in conflitto.

In una *relazione di amnesia a senso unico*, infine, il modello di relazione più comune, alcune personalità secondarie sono consapevoli delle altre, ma la consapevolezza non è reciproca (Huntjens et al., 2005). Quelle consapevoli, chiamate *personalità co-consce*, sono delle «osservatrici silenziose», consapevoli delle azioni e dei pensieri della altre subpersonalità, anche se non interagiscono con loro. Talvolta, mentre è presente un'altra personalità secondaria, la personalità co-conscia si rende nota attraverso mezzi indiretti, ad esempio allucinazioni sonore (una voce che dà ordini) o la «scrittura automatica» (la personalità presente può ritrovarsi a scrivere delle parole sulle quali non esercita alcun controllo).

Un tempo i clinici ritenevano un tempo che la maggior parte dei casi di disturbo dell'identità implicasse la presenza di due o tre personalità secondarie, ma dagli studi attuali è emerso che il loro numero medio è molto più alto, in media 15 per le donne e 8 per i maschi (APA, 2000). In molti casi sono presenti 100 o più personalità secondarie che spesso emergono in gruppi di due o tre per volta.

Nel caso di Eve White, resa famosa dal libro e dal film *La donna dai tre volti*, la donna aveva tre personalità secondarie: Eve White, Eve Black e Jane (Thigpen, Cleckley, 1957). Eve White, la personalità primaria, era silenziosa e seria; Eve Black era spensierata e maliziosa

Tabella 6.6

DSM-5: le novità

☑ **Disturbi di personalità.** Si tratta probabilmente della categoria maggiormente esposta a modifiche. L'approccio suggerito è dimensionale più che categoriale. In altre parole, si assiste ad un tentativo di identificare delle dimensioni numeriche relative ai vari tratti che, componendosi, darebbero luogo a sindromi identificabili. I domini analizzati sono emozionalità negativa, introversione, antagonismo, disinibizione, compulsività e schizotimia. Vengono mantenuti 5 disturbi prototipici di personalità, antisociale/psicopatico; evitante; borderline, ossessivo/compulsivo e schizotipico. L'analisi quantitativa dei tratti consentirebbe di porre in un grafico la collocazione del caso a seconda dei valori numerici dei differenti tratti. Alcuni importanti disturbi di personalità precedentemente descritti quali il disturbo narcisistico di personalità e il disturbo istrionico di personalità sono stati cancellati rappresentando diverse sfaccettature dell'antagonismo. Cancellati anche il paranoide e lo schizoide. I cambiamenti proposti sembrano troppo drastici e i criteri diagnostici difficilmente applicabili in un ambito non specialistico. Le valutazioni dimensionali del sé e del funzionamento interpersonale sono molto complesse al punto da non poter essere verosimilmente utilizzate nella pratica. Il prodotto che ne è derivato non è facilmente utilizzabile, manca anche di chiarezza. In particolare viene sottolineato da alcuni come dovrebbe essere cambiato il nome fuorviante del diffuso disturbo borderline di personalità che fa pensare ad una condizione intermedia tra psicosi e nevrosi. Per alcuni autori il BPD dovrebbe inoltre essere incluso nell'asse 1 invece che nell'asse 2.

e Jane era matura e intelligente. Nel libro si narra che queste tre personalità secondarie alla fine si unirono in Evelyn, una personalità stabile che rappresentava davvero una fusione delle altre tre.

Ma il libro non diceva il vero, poiché questa non rappresentava la reale conclusione della dissociazione di Eve. In un'autobiografia scritta vent'anni dopo, Eve rivelò che nel corso della sua vita erano emerse 22 personalità secondarie in tutto, incluse 9 personalità secondarie dopo Evelyn; in genere si manifestavano in gruppi di due o tre. Ma gli autori del libro *La donna dai tre volti* sembra che non fossero al corrente delle personalità secondarie precedenti o successive. Ora Eve ha superato il suo disturbo raggiungendo una sola identità stabile: si chiama Chris Sizemore da più di 30 anni (Sizemore, 1991).

Come differiscono le personalità secondarie?

Le personalità secondarie, ad esempio nel caso di Chris Sizemore, spesso mostrano caratteristiche diversissime; possono avere anche altri nomi e *aspetti caratterizzanti*, *competenze* e *preferenze* e perfino *risposte fisiologiche* differenti.

Aspetti caratterizzanti. Le personalità secondarie possono avere aspetti fondamentali diversi (età, genere, razza e storia familiare), come nel famoso caso di Sybil Dorsett. Il disturbo dissociativo dell'identità di Sybil, descritto nel romanzo *Sybil*, è basato sulla storia vera di una paziente di nome Shirley Ardell Mason, curata dalla psichiatra Cornelia Wilbur (Schreiber, 1973). Sybil mostrava 17 personalità secondarie, tutte con aspetti caratterizzanti diversi. Vi erano delle persone adulte, un'adolescente e una bambina di nome Ruthie, oltre a due maschi, Mike e Sid. Ognuna delle personalità secondarie di Sybil aveva un'immagine particolare di se stessa e di ogni altra. La subpersonalità di nome Vicky, per esempio, si vedeva come una bionda attraente, mentre un'altra, Peggy Lou, era descritta come un folletto con il naso schiacciato; Mary era paffuta con i capelli scuri e Vanessa era alta, con una figura flessuosa e i capelli rossi.

Competenze e preferenze. Sebbene i ricordi relativi a informazioni astratte o enciclopediche non siano in genere coinvolte nell'amnesia o nella fuga dissociative, sono spesso alterate nel disturbo dissociativo dell'identità. Non è insolito che le diverse personalità secondarie abbiano competenze diverse: una può saper guidare, parlare una lingua straniera o suonare uno strumento musicale, mentre le altre non sono capaci di farlo (Coons, Bowman, 2001; Coons et al., 1988). Perfino la loro grafia può essere diversa. Inoltre, le subpersonalità di solito hanno preferenze diverse per cibo, amici, musica e letteratura. In un periodo successivo Chris Sizemore («Eve») precisò: «Se avessi imparato a cucire con una personalità e poi avessi provato a cucire con un'altra, non sarei stata in grado di farlo. Guidare era la stessa cosa. Alcune delle mie personalità non sapevano guidare» (Sizemore, Pittillo, 1977, p. 4).

TRA LE RIGHE**Distribuzione dei profitti**

Chris Sizemore non percepì quasi nulla dei profitti realizzati con il libro e il film del 1957, *La donna dai tre volti*. Invece i proventi di *Sybil* furono divisi tra la malata, la psichiatra e l'autore del libro. Inoltre, quando la psichiatra Cornelia Wilbur morì, nel 1992, lasciò alla ex paziente 25.000 dollari e tutti i diritti per *Sybil* (Miller, Kantrowitz, 1999).

Risposte fisiologiche. I ricercatori hanno scoperto che le personalità secondarie possono avere delle differenze fisiologiche, ad esempio delle differenze nell'attività del sistema nervoso autonomo, i livelli della pressione del sangue e le allergie (Putnam et al., 1990). Uno studio esaminò le attività cerebrali di personalità secondarie diverse misurando i loro *potenziali evocati*, ossia i modelli della risposta cerebrale registrati con un elettroen-

cefalogramma (Putnam, 1984). L'attività cerebrale prodotta in reazione a uno stimolo specifico (ad esempio l'accendersi di una luce) è in genere unico e coerente. Tuttavia, quando un test del potenziale evocato veniva somministrato a quattro personalità secondarie di ciascuna delle dieci persone con il Disturbo Dissociativo dell'Identità, i risultati erano stupefacenti. Il modello di attività cerebrale di ogni personalità secondaria era particolare, mostrando così il tipo di variazione di solito riscontrata in persone completamente diverse.

Quanto è comune il Disturbo Dissociativo dell'Identità?

Il Disturbo Dissociativo dell'Identità, come abbiamo visto, in passato veniva in genere considerato raro. Alcuni ricercatori sostengono perfino che molti o tutti i casi siano *iatrogeni*, ossia intenzionalmente prodotti dai medici (Loewenstein 2007; Piper, Merskey, 2005, 2004), pensano perciò che siano i terapeuti a causare questo disturbo, implicando vagamente l'esistenza di altre personalità durante la terapia o chiedendo esplicitamente a un paziente di produrre personalità diverse mentre è in uno stato ipnotico. Essi ritengono, inoltre, che un terapeuta che vada alla ricerca di personalità multiple, possa rinforzare questi modelli mostrando un maggiore interesse quando un paziente manifesta sintomi dissociativi.

Queste ipotesi sembrano essere confermate dal fatto che molti casi di disturbo dissociativo dell'identità si impongono inizialmente all'attenzione mentre la persona è già in cura per un problema meno grave. Tuttavia questo non accade in tutti i casi: molti si rivolgono a uno psichiatra perché hanno notato dei vuoti di memoria o perché parenti o amici hanno constatato la presenza di varie personalità secondarie (Putnam, 2000, 1988, 1985).

Il numero di persone a cui è stato diagnosticato il disturbo dissociativo dell'identità è in crescita (Sar et al., 2007; Casey, 2001). Sebbene questo disturbo sia poco diffuso, solo negli Stati Uniti e in Canada sono stati diagnosticati migliaia di casi. Due fattori potrebbero spiegare questo aumento. Primo, un crescente numero di clinici attualmente pensa che il disturbo esista e desidera diagnosticarlo (Merenda, 2008; Lalonde et al., 2002, 2001). Secondo, le procedure diagnostiche tendono a essere più precise oggi rispetto al passato. Per la maggior parte del XX secolo, la schizofrenia era tra le diagnosi più comuni in ambito clinico. Venivano definiti schizofrenici, spesso in modo errato, un'ampia serie di modelli di comportamento insoliti, forse anche il disturbo dissociativo dell'identità (Turkington, Harris, 2009, 2001). Seguendo i criteri più rigorosi delle edizioni recenti del DSM, i clinici sono ora più precisi nel diagnosticare la schizofrenia e ciò consente di individuare più casi di disturbo dissociativo dell'identità (Welburn et al., 2003). Inoltre, per aiutare a individuare il disturbo dissociativo dell'identità sono stati ideati

molti test diagnostici (Cardena, 2008). Nonostante questi mutamenti, molti clinici continuano a interrogarsi sulla legittimità di questa designazione (Lalonde et al., 2002, 2001).

6.2.4 Disturbo di depersonalizzazione

Il Disturbo di Depersonalizzazione viene classificato nel DSM-IV-TR tra i Disturbi Dissociativi. L'ICD-10 invece prevede una singola categoria per i soggetti che presentano depersonalizzazione o derealizzazione: la Sindrome di Depersonalizzazione-Derealizzazione.

Caratteristiche diagnostiche

Il Disturbo di Depersonalizzazione è caratterizzato da persistenti o ricorrenti episodi di depersonalizzazione che si manifestano con un senso di distacco dal proprio corpo o dai propri processi mentali. I soggetti con Disturbo di Depersonalizzazione possono presentare difficoltà nella descrizione dei sintomi, che prevedono una sensazione di estraneità rispetto a se stessi come se si osservassero dall'esterno oppure come se si sentissero dentro un sogno o un film. La sensazione è quella di un'anestesia sensoriale, in cui risulta che il corpo sia intorpidito oppure privo di vita o ancora che alcune parti di esso siano scollegate tra di loro. Queste esperienze sono accompagnate da vissuti emotivi sgradevoli come ansia, panico e senso di vuoto. Il soggetto può riferire di sentirsi come un pupazzo, distaccato, strano, non coinvolto nella propria esistenza, estraneo a se stesso. L'esperienza di derealizzazione, che si riferisce specificatamente alla sensazione di estraneità rispetto al proprio ambiente, fa parte del Disturbo di Depersonalizzazione e l'ambiente viene descritto come se fosse piatto, distante, confuso, dai colori indifferenziati, estraneo alla propria esperienza e privo di connotazione emotiva.

Si tratta di un disturbo che prevede che l'esame di realtà si mantenga integro, per esempio si conserva una certa consapevolezza riguardo al fatto che l'estraneità provata rimanga nel dominio delle sensazioni.

Nonostante il mantenimento dell'esame di realtà, tale esperienza provoca un disagio rilevante interferendo con il funzionamento sociale e lavorativo. Dal momento che i sintomi di depersonalizzazione sono comuni, perché tale diagnosi possa essere effettuata, è necessario che essi siano particolarmente gravi e conducano ad un'effettiva menomazione del funzionamento sociale.

È difficile che la depersonalizzazione si presenti come disturbo puro dato che i suoi sintomi possono essere presenti in altre patologie come la Schizofrenia, il Disturbo Dissociativo dell'Identità, la Depressione e il Disturbo d'Ansia. Quindi perché sia effettuata una diagnosi di Disturbo di Depersonalizzazione è necessario che non si manifesti congiuntamente con un altro disturbo mentale (per esempio Schizofrenia, Disturbo di Panico, Disturbo Acuto di Stress o un altro Disturbo Dissociati-

vo). Inoltre per effettuare la diagnosi l'alterazione non deve essere dovuta agli effetti diretti di una sostanza o di una condizione medica generale.

Ai fini diagnostici è necessario considerare anche la componente culturale, in quanto esperienze di depersonalizzazione e derealizzazione possono essere indotte da pratiche di meditazione e trance presenti in molte religioni e culture.

I dati demografici relativi al Disturbo di Depersonalizzazione indicano che episodi isolati e occasionali di depersonalizzazione sono sperimentati almeno dal 50% della popolazione generale e che questi si manifestano in prevalenza nelle donne, in soggetti al di sotto dei 40 anni e in coloro che hanno vissuto situazioni che comportano pericolo di morte: in questi casi si sviluppa quando i soggetti sono esposti al trauma e spesso le storie di traumi sono associate a questo disturbo.

Il decorso solitamente è cronico e può variare rispetto all'intensità con cui si presentano gli episodi. La durata di detti episodi può variare notevolmente: da molto breve (secondi) a persistente (anni).

Diagnosi differenziale

È necessario differenziare il Disturbo di Depersonalizzazione dai sintomi che si possono manifestare in seguito a una condizione medica specifica (per esempio epilessia del lobo temporale).

Nel caso in cui la depersonalizzazione sia provocata dagli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio una droga o un medicinale), essa viene distinta dal Disturbo di Depersonalizzazione.

Anche l'Intossicazione Acuta o l'Astinenza da alcool e da svariate altre sostanze può causare la depersonalizzazione. I sintomi di un Disturbo di Depersonalizzazione preesistente possono essere aggravati dall'uso di sostanze. È dunque necessaria una storia longitudinale dell'Abuso di Sostanze e dei correlati sintomi di depersonalizzazione perché possa essere effettuata una corretta diagnosi di Disturbo di Depersonalizzazione in soggetti che presentano esperienze di depersonalizzazione indotte da alcool o altre sostanze.

Qualora i sintomi si presentassero solamente durante un Attacco di Panico, parte di un quadro di Disturbo di Panico, di Fobia Sociale o Specifica, o di Disturbo Post-traumatico o Acuto da Stress, il Disturbo di Depersonalizzazione non dovrebbe essere diagnosticato separatamente.

Il Disturbo di Depersonalizzazione si differenzia dalla Schizofrenia in quanto l'esame di realtà rimane intatto.

Per quanto la sensazione di intorpidimento associata all'esperienza di depersonalizzazione ricordi la depressione, essa si manifesta anche quando il soggetto non è depresso, ed è connessa ad altri sintomi di depersonalizzazione, come ad esempio la sensazione di distacco da se stessi.

6.2.5 Come vengono spiegati dai teorici i disturbi dissociativi?

Per spiegare i disturbi dissociativi sono state proposte numerose teorie. Sulle spiegazioni del passato, ad esempio quelle dei teorici psicodinamici e comportamentali, non sono state svolte molte ricerche (Merenda, 2008). Nuovi punti di vista, che associano principi cognitivi, comportamentali e biologici mettendo in luce alcuni fattori quali *apprendimento stato-dipendente* e *autoipnosi*, hanno tuttavia suscitato l'interesse degli scienziati clinici.

La visione psicodinamica

Sebbene il termine dissociazione rimandi a un'epistemologia psichiatrica di matrice janetiana (1889), in un'ottica più squisitamente psicoanalitica esso viene spesso sostituito con termini quali rimozione e scissione. Il primo a tentare di trovare una spiegazione agli stati alterati di coscienza, come l'amnesia e la fuga, fu Freud che adottò il termine *rimozione* per riferirsi a quella operazione psichica con cui l'individuo tenta di respingere nell'inconscio alcune rappresentazioni (ricordi, immagini, pensieri) legate a una pulsione. Occorre ricordare però che pur essendo escluso dalla coscienza, questo materiale rimane attivo a livello inconscio e riemerge a livello fenomenologico sotto forma di sintomo fisico (Laplanche, Pontalis, 1967).

Ferenczi (1932), allievo di Freud, parla invece di scissione, collegandola al trauma. Secondo l'autore, in seguito ad un'esperienza traumatica, una parte del ricordo viene scissa e relegata nell'inconscio poiché potenzialmente annichilente e disgregante. Tale funzionamento psichico rappresenta, dunque, una difesa contro l'angoscia e il dolore esperiti, tesa a garantire la sopravvivenza psichica del soggetto. In tale ottica, al fine di preservare l'oggetto buono la scissione opera dividendo l'oggetto in buono e cattivo, mentre contemporaneamente si assiste a un diniego della realtà esterna.

Kohut (1971) esplicita un'importante distinzione *tra scissione orizzontale e verticale*. La prima corrisponde al meccanismo della rimozione e implica il trasferimento dei contenuti psichici traumatici nell'inconscio. Si assiste quindi a una divisione orizzontale dell'Io in due livelli: a un livello superiore il contenuto è ancora accessibile alla coscienza, mentre tutto ciò che non lo può essere viene spostato a quello inferiore. La seconda, invece, è riconducibile alla dissociazione, l'Io si separa verticalmente creando così stati di coscienza paralleli in cui sono relegati contenuti differenti e antitetici. In questo caso si presentano momenti in cui un aspetto scisso può essere escluso dalla coscienza, ma a differenza della rimozione esso resta comunque accessibile (Kluft, 1991).

La dissociazione, al pari dell'ansia, riveste un valore adattivo laddove, in condizioni di estremo *arousal* emozionale, l'Io relega le rappresentazioni traumatiche

in «sacche mnestiche» isolate dalla coscienza, al fine di preservare la propria integrità. Qualora diventi una modalità persistente e coattivamente riproposta dal soggetto, essa assume una dimensione disadattiva e patologica.

Essa si manifesta in condizioni traumatiche in cui appare «la via di fuga quando non c'è via di fuga» (Putnam, 2001, p. 79), capace di contrastare l'emergere di emozioni traumatiche intollerabili. In tali condizioni essa opera come una **funzione «anti-riflessiva»** che impedisce al soggetto di mentalizzare gli stati affettivi dolorosi (Fonagy, 2001).

Funzione riflessiva: si intende la capacità di riconoscere e comprendere l'esperienza psicologica propria e degli altri. Lo sviluppo di tale capacità, permette al bambino di dare un senso e rendere prevedibile il comportamento altrui, di interpretarlo e mettere in atto delle risposte adattive.

D. Spiegel (1990) ci ricorda come la rimozione sia indotta da desideri conflittuali e proibiti, mentre la dissociazione sarebbe attivata da eventi esterni di matrice traumatica e comporta una frammentazione del Sé.

Dissociazione e scissione si manifestano per difendersi da determinati contenuti affettivi spiacevoli, entrambe prevedono la «compartimentalizzazione» di alcuni contenuti mentali, e la disgregazione di alcune funzioni dell'Io, in modo da permettere il mantenimento di un senso coeso di Sé. Tali funzioni sono riconducibili a due differenti ordini: le *funzioni superiori* – ideazione, memoria, affettività, comunicazione – e le *funzioni elementari* – vigilanza, attenzione, percezione, orientamento – della coscienza (Pancheri, Biondi, 1996).

Secondo Kernberg (1975) la differenza tra scissione e dissociazione risiede nel fatto che nella prima a essere indeboliti sono il controllo degli impulsi e la capacità di tollerare l'ansia e la frustrazione, mentre nella seconda la memoria e la coscienza.

Van der Kolk (1997) individua tre differenti tipologie di dissociazione, ordinate gerarchicamente in base al livello di persistenza:

- *dissociazione primaria:* contenuti non elaborabili vengono immagazzinati in aree somato-sensoriali senza essere integrati nella narrativa del soggetto, essi se stimolati ritornano alla coscienza sotto forma di flash-back e pensieri intrusivi;
- *dissociazione secondaria:* l'Io osservante si separa dall'Io che vive l'esperienza generando nel soggetto la sensazione di guardare dall'esterno il proprio corpo che sta vivendo l'esperienza traumatica;
- *dissociazione terziaria:* rappresenta la manifestazione più drammatica e implica la scissione in personalità distinte.

Philip Bromberg (1998, 2001a, 2003), studioso di tali fenomeni, allontanandosi dalla concezione classica della mente caratterizzata da tre istanze (Conscio, Preconscio, Inconscio), propone un modello relazionale dell'apparato psichico organizzato in stati del Sé molteplici e discontinui. In questo modello il principale meccanismo di difesa non è la rimozione, bensì la dissociazione, in continua dialettica con i processi associativi. Secondo l'autore, essa è da considerarsi patologica quando, in seguito a un trauma, assume una struttura rigida che non permette la fluida interconnessione degli stati molteplici del Sé minacciando in questo modo la singola esperienza di identità.

Concludendo, potremmo affermare che la dissociazione è caratterizzata dalla non integrazione di alcuni aspetti di memoria, percezione, identità e coscienza. Essa si attiva come difesa a fronte di un'esperienza traumatica: in queste situazioni, in cui il soggetto sperimenta un senso di impotenza e di perdita del controllo sul proprio corpo, la dissociazione permette di mantenere un illusorio controllo. Essa permette alla vittima di allontanarsi e distaccarsi dall'evento traumatico e dal suo contenuto affettivo e contemporaneamente posticipa il momento di elaborazione di quanto accaduto non permettendo che il ricordo venga integrato nella narrazione autobiografica del soggetto.

TRA LE RIGHE

Reale oppure no?

Talvolta alcuni individui si dichiarano affetti dal disturbo di dissociazione per non subire le conseguenze di azioni condannabili o occultare atti illegali. Nel 2007 John Darwin, ex insegnante, si recò in una stazione di polizia e disse di non ricordarsi nulla di ciò che era avvenuto dopo la sua scomparsa, cinque anni prima, mentre andava in canoa lungo le coste dell'Inghilterra. Ma da un'indagine risultò che la sua scomparsa era un caso evidente di frode assicurativa. Subito dopo la scomparsa, Darwin fu dichiarato morto e insieme alla moglie percepì il denaro dell'assicurazione, pagò i debiti e si trasferì a Panama.

La posizione psicodinamica riceve conferma prevalentemente da storie di casi che riferiscono di esperienze di violenza vissute durante l'infanzia come maltrattamenti, ferite, bruciature di sigarette, essere chiusi in bagno, stupro e violenze verbali ripetute. Eppure, alcuni soggetti con disturbo dissociativo dell'identità non sembrano aver avuto esperienze di abuso nella loro storia personale (Bliss, 1980). Inoltre, l'abuso infantile sembra essere molto più comune del disturbo dissociativo dell'identità. Perché solo una piccola percentuale dei bambini abusati svilupperebbe questo disturbo?

La visione comportamentista

I comportamentisti considerano la dissociazione una risposta appresa attraverso il *condizionamento operante*

Approfondimento

TRATTI DISTINTIVI DELLA MEMORIA

I problemi della memoria solitamente devono interferire gravemente con il funzionamento psicologico di una persona prima di essere considerati l'indizio di un disturbo. I tratti distintivi della memoria, d'altro canto, emergono nella nostra vita quotidiana. Gli studiosi della memoria hanno identificato una serie di questi tratti, alcuni familiari, altri utili, altri problematici, ma nessuno anormale (Turkington, Harris, 2009, 2001; Mathews, Wang, 2007; Brown, 2004, 2003).

Distrazione Spesso non riusciamo a ricordare un'informazione perché i nostri pensieri sono rivolti altrove. Se non abbiamo captato l'informazione subito, non stupisce che più tardi non la ricordiamo.

Déjà vu Quasi tutti abbiamo certe volte la strana sensazione di riconoscere una scena, un luogo o una persona che vediamo per la prima volta, sentiamo di averla già vista o già vissuta.

Mai visto Talvolta abbiamo un'esperienza opposta: una situazione, un oggetto, un luogo o una scena che appartiene alla nostra vita quotidiana ci sembra improvvisamente estranea: «sapevo che era la mia macchina, ma era come se non l'avessi mai vista prima».

Il fenomeno «ce l'ho sulla punta della lingua» Avere qualcosa sulla punta della lingua è una «sensazione di sapere» profonda. Siamo incapaci di ricordare qualche informazione, ma sappiamo di conoscerla.

(Casey, 2001). Ad esempio, se si vive l'esperienza di un evento terrificante, è possibile successivamente trovare un sollievo temporaneo nel dirigere la mente su altri temi. Per alcuni, questo dimenticare temporaneo che conduce a una diminuzione dell'ansia, accresce la probabilità di un futuro oblio. In breve, l'atto del dimenticare rappresenta per loro un rinforzo e apprendono, senza esserne consapevoli, che queste azioni li aiutano a evitare l'ansia. Quindi, come i teorici psicodinamici, i comportamentisti considerano la dissociazione un comportamento di fuga, ma a differenza dei primi pensano che sia un processo di rinforzo, più che un inconscio molto attivo, a far sì che gli individui non siano consapevoli di utilizzare la dissociazione come mezzo di fuga. Come i teorici psicodinamici, i comportamentisti si sono fondati in gran parte su storie di casi per suffragare il loro concetto di disturbo dissociativo. Inoltre, la spiegazione comportamentista non riesce a chiarire pienamente in che modo la fuga temporanea e normale da memorie dolorose possa trasformarsi in un disturbo complesso o perché più persone non sviluppino un disturbo dissociativo.

Immagini eidetiche Alcuni rivedono le immagini visive postume così intensamente da riuscire a descrivere un'immagine nei dettagli dopo averla guardata una sola volta. Le immagini possono essere ricordi di quadri, eventi, fantasie o sogni.

Ricordi del momento dell'anestesia Circa 2 pazienti su 1000 anestetizzati elaborano numerosi elementi di ciò che viene detto in loro presenza durante l'intervento, tanto da avere dei problemi nella guarigione. In molti casi di questo tipo, la capacità di comprendere il linguaggio continua durante l'anestesia, anche se il paziente non riesce esplicitamente a ricordarlo.

Memoria musicale Mozart, anche quando era molto piccolo, riusciva a memorizzare ed eseguire un brano musicale dopo averlo sentito una sola volta. Mentre nessun altro è stato in grado di eguagliare il genio di Mozart, molti musicisti possono riascoltare mentalmente interi brani musicali tanto da poter provare ovunque, anche lontano dai loro strumenti musicali.

Memoria visiva La maggior parte delle persone ricorda le informazioni visive meglio di altri tipi di informazione. Facilmente possono richiamare alla mente l'aspetto di luoghi, oggetti, visi o pagine di un libro. Quasi mai dimenticano un viso, anche se possono dimenticare il nome della persona. Altre persone hanno una memoria verbale: ricordano i suoni o le parole particolarmente bene e i ricordi che riemergono nella loro mente sono spesso giochi di parole o versi.

Apprendimento stato-dipendente

Se le persone imparano qualcosa quando sono in una particolare situazione o stato psicologico, è probabile che lo ricordino meglio quando sono di nuovo in quella stessa situazione. Per esempio se viene assegnato loro un compito di apprendimento mentre sono sotto l'azione dell'alcol, qualora si trovino nuovamente sotto l'azione dell'alcol, il ricordo del compito potrà essere più preciso (Overton, 1966). Analogamente, se fumano durante l'apprendimento, nuovo tenderanno a ricordare meglio l'informazione quando fumeranno.

Questo legame tra lo stato e il ricordo viene definito **apprendimento stato-dipendente**. La prima volta è stato osservato negli esperimenti con gli animali, che impara-

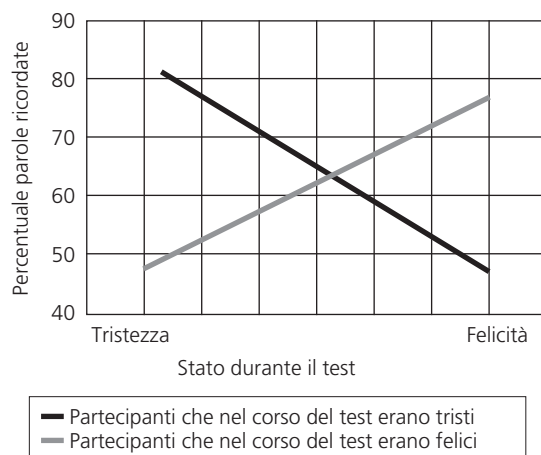
Apprendimento stato-dipendente: apprendimento connesso alle condizioni in cui esso è avvenuto, in questo modo i contenuti appresi si ricordano meglio quando si è nel medesimo stato in cui sono stati originariamente appresi.

ravano le cose mentre erano sotto l'effetto di certi farmaci (Rezayof et al., 2008; Overton, 1966, 1964). Successivamente la ricerca con partecipanti umani ha dimostrato, successivamente, che l'apprendimento stato-dipendente può essere associato anche a stati di umore: per esempio le cose apprese mentre si è felici vengono ricordate meglio quando i partecipanti sono di nuovo felici così come se si apprende quando si è tristi, le cose si ricordano meglio quando si è tristi (de l'Etoile, 2002; Bower, 1981) (si veda la **Figura 6.2**).

Quali elementi causano l'apprendimento stato-dipendente? È possibile che i livelli di *arousal* esercitino un'azione importante nell'apprendimento e nel ricordo. In altre parole, un livello particolare di *arousal* comporterà una serie di ricordi relativi a eventi, pensieri e competenze legati ad esso, quando una situazione produce quel particolare livello di *arousal*, è più probabile che la persona esperisca dei ricordi connessi ad esso.

Sebbene sia possibile ricordare meglio certi eventi in determinati stati di *arousal*, la maggior parte delle persone può ricordare eventi in una varietà di stati. In coloro che sono predisposti a sviluppare disturbi dissociativi, i collegamenti stato-memoria potrebbero essere insolitamente rigidi e stretti: probabilmente ciascuno dei loro pensieri, ricordi e competenze è collegato *esclusivamente* a uno particolare stato di *arousal* tanto che essi ricordano un dato evento solo quando vivono quel determina-

Figura 6.2 Apprendimento stato-dipendente. In uno studio furono fatte imparare ai partecipanti una serie di parole durante uno stato di felicità indotto con l'ipnosi, in una verifica successiva si è scoperto che i partecipanti ricordavano meglio le parole quando erano felici rispetto a quando erano tristi. Viceversa, i partecipanti che avevano appreso le parole quando erano tristi, le ricordavano meglio quando nel corso del test erano tristi rispetto a quando erano felici.



Fonte: Bower, 1981.

to stato di *arousal* in cui il ricordo è stato inizialmente acquisito. Quando questi individui sono calmi, per esempio, possono dimenticare ciò che è accaduto nei momenti stressanti, permettendo così l'insorgere dell'amnesia o della fuga dissociativa. Analogamente, nel disturbo dissociativo dell'identità, livelli diversi di *arousal* possono produrre gruppi di ricordi, pensieri e competenze del tutto diversi e quindi personalità secondarie differenti (Dorahy, Huntjens, 2007; Putnam, 1992). Questo potrebbe spiegare perché gli slittamenti di personalità nel disturbo dissociativo dell'identità tendono a essere improvvisi e connessi allo stress.

Autoipnosi

Le persone in *stato ipnotico*, come abbiamo visto nel Capitolo 1, entrano in uno stato simile al sonno che le rende estremamente suggestionabili. Mentre sono in questa condizione possono comportarsi, percepire e pensare in modi che abitualmente sembrerebbero impossibili. Potrebbero, per esempio, diventare temporaneamente cieche, sorde o insensibili al dolore. L'ipnosi può aiutare a ricordare fatti accaduti e dimenticati da anni, un effetto sfruttato da molti psicoterapeuti, ma può anche aiutare a dimenticare fatti, eventi e perfino la propria identità personale, un effetto chiamato *amnesia ipnotica*.

TRA LE RIGHE

Sybil e il grande impatto sulla clinica

Prima della pubblicazione di *Sybil*, nel 1973, erano stati resi pubblici solo 100 casi del disturbo da personalità multipla. Da allora, si stima che siano stati diagnosticati 40.000 casi del disturbo (Acocella, 1999; Miller e Kantrowitz, 1999).

Una visione diversa

Molti colleghi che hanno lavorato a stretto contatto con l'autore di *Sybil* e con la sua psichiatra affermano che Sybil era estremamente sensibile all'ipnosi, molto suggestionabile e pronta a compiacere la terapeuta, e che il suo disturbo era in effetti indotto dalle tecniche di cura dell'ipnosi e dal sodio pentothal (Rieber, 2002, 1999; Miller e Kantrowitz, 1999).

Il parallelismo tra amnesia ipnotica e disturbi dissociativi è stupefacente. In entrambe le condizioni si dimenticano certi ricordi per un determinato periodo di tempo, ricordi che successivamente tornano alla mente e inoltre in entrambe si dimentica senza nessuna comprensione del perché ciò avvenga o della consapevolezza che qualcosa venga dimenticato. Queste affinità hanno indotto alcuni teorici a sostenere che i disturbi dissociativi possono essere una forma di **autoipnosi** in cui le persone ipnotizzano se stesse per dimenticare eventi spiacevoli (Maldonado, Spiegel, 2007, 2003). L'amnesia dissociativa può insorgere, per esempio, nelle persone che,

consapevolmente o inconsapevolmente, si autoipnotizzano per dimenticare esperienze spaventose accadute in periodi della loro vita. Se l'amnesia autoindotta coinvolge tutti i ricordi del passato e dell'identità di un individuo, quella persona può essere soggetta a una fuga dissociativa.

TRA LE RIGHE

Incontri ravvicinati di un falso tipo?

Nel film *Incontri ravvicinati del terzo tipo* (1977), giungono sulla Terra degli alieni dallo spazio. Per molte persone sono una semplice invenzione, ma circa tre milioni di americani ritengono di aver realmente incontrato gli alieni. Molti teorici clinici pensano che si tratti solo di falsi ricordi e che queste memorie siano spesso materiali «recuperati» grazie all'ipnosi o ad altre tecniche inaffidabili di recupero della memoria (Warner, 2004).

L'autoipnosi può essere utilizzata anche per spiegare il disturbo dissociativo dell'identità. Sulla base di numerosi studi, alcuni teorici pensano che questo disturbo insorga spesso tra i 4 e i 6 anni, una fase in cui i bambini sono generalmente molto suggestionabili e si prestano perciò particolarmente a essere ipnotizzati (Kluft, 2001, 1987; Bliss, 1985, 1980). Questi teorici sostengono che alcuni bambini vittime di abusi o di altre esperienze terribili tentino di sfuggire a una realtà minacciosa attraverso l'autoipnosi, separandosi mentalmente dal loro corpo e realizzando il desiderio di diventare una o più persone diverse. Un paziente affetto dal disturbo di personalità multipla ha affermato: «Ero spesso in uno stato di trance [quando ero bambino]. C'era un piccolo spazio in cui potevo sedermi, chiudere gli occhi e lasciarmi trasportare dall'immaginazione, finivo per sentirmi molto rilassato, fin quasi all'ipnosi» (Bliss, 1980, p. 1392).

6.2.6 Come vengono curati i disturbi dissociativi?

Talvolta le persone affette da amnesia e fuga dissociativa, come abbiamo detto, guariscono spontaneamente, in altri casi invece i loro problemi di memoria perdurano e richiedono una cura. Le persone con disturbo dissociativo dell'identità in genere necessitano di cure per riappropriarsi dei ricordi perduti e sviluppare una personalità integra. I trattamenti per l'amnesia e la fuga dissociativa tendono a essere più efficaci rispetto a quelli del disturbo dissociativo dell'identità, forse perché si tratta di disturbi meno complessi.

In che modo i terapeuti aiutano le persone con amnesia e fuga dissociativa?

I trattamenti principali per l'amnesia e la fuga dissociativa sono la *terapia psicodinamica*, la *terapia ipnotica* e la *terapia farmacologica*, nonostante l'efficacia di questi interventi venga comprovata prevalentemente dai case

study più che da studi controllati (Maldonado, Spiegel, 2003). I terapeuti psicodinamici guidano i pazienti con questi disturbi a indagare il loro inconscio nel tentativo di riportare alla coscienza le esperienze traumatiche dissociate ed escluse dalla loro consapevolezza (Bartholomew, 2000; Loewenstein, 1991). La terapia di matrice psicodinamica sembra essere la più adatta per questo tipo di disturbi: essa permette ai pazienti di recuperare esperienze traumatiche potenzialmente disgreganti e, pertanto, difensivamente escluse dalla coscienza.

Un altro trattamento molto utilizzato per l'amnesia e la fuga dissociativa è la **terapia ipnotica** o **ipnoterapia** (si veda la **Tabella 6.7**). Da questa prospettiva i pazienti sotto ipnosi vengono guidati a ricordare eventi dimenticati (Degun-Mather, 2002). Data la possibilità che l'amnesia e la fuga dissociativa possano essere ognuna una forma di autoipnosi, l'ipnoterapia può rivelarsi uno strumento particolarmente utile, essa viene utilizzata sia da sola sia in combinazione con altri approcci.

Autoipnosi: processo in cui ci si autoipnotizza, talvolta allo scopo di dimenticare eventi spiacevoli.

Terapia ipnotica: trattamento in cui un paziente si sottopone all'ipnosi e viene poi guidato a ricordare eventi dimenticati o a svolgere altre attività terapeutiche. È detta anche *ipnoterapia*.

Talvolta sono utilizzate le iniezioni endovenose di barbiturici come il *sodio amobarbital* (Amytal) o *sodio pentobarbital* (Pentothal) per aiutare i soggetti che sof-

Tabella 6.7 Ipnosi: miti da sfatare.

Mito	Realtà
L'ipnosi si fonda sul fatto di avere una buona immaginazione.	L'immaginazione vivida non predispone all'ipnosi.
L'ipnosi è pericolosa.	L'ipnosi non causa più disagio di una lezione.
L'ipnosi ha qualcosa in comune con lo stato di sonno.	I soggetti ipnotizzati sono completamente svegli.
Le persone ipnotizzate perdono il controllo di se stesse.	Le persone ipnotizzate sono perfettamente in grado di dire no.
Le persone ricordano con maggiore precisione sotto ipnosi.	L'ipnosi può aiutare a creare falsi ricordi.
Le persone ipnotizzate possono essere spinte a compiere azioni immorali.	Le persone ipnotizzate seguono interamente i loro valori abituali.

Fonte: Nash, 2006, 2005, 2004, 2001.

frono di amnesia e fuga dissociativa a recuperare i loro ricordi. Anche se questi farmaci sono spesso definiti «siero della verità», l'elemento chiave della loro efficacia è la capacità di calmare e liberare le persone dalle inibizioni aiutandole a ricordare gli eventi ansiogeni e traumatici (Fraser, 1993; Kluft, 1988). Questi farmaci non sempre funzionano se utilizzati da soli, perciò è consigliabile combinarli con altri tipi di approcci (Spiegel, 1994).

Quale terapia per le persone affette da disturbo dissociativo dell'identità?

Le persone affette dal disturbo dissociativo dell'identità, a differenza dei soggetti di amnesia e fuga dissociativa, non migliorano senza una cura (Maldonado, Spiegel, 2003; D. Spiegel, 1994). La terapia per questo disturbo è complessa e difficile, proprio come il disturbo. I terapeuti in genere cercano di aiutare i pazienti a (1) essere consapevoli interamente della natura del loro disturbo, (2) recuperare i vuoti di memoria e (3) integrare le subpersonalità in una sola personalità funzionale (North e Yutzy, 2005; Kihlström, 2001).

TRA LE RIGHE

Perdita di memoria: film recenti su questo tema

Changeling (2008)
The Bourne (serie di film) (2007, 2004, 2002)
 The Number 23 (2007)
 Nome in codice: Cleaner (2007)
 Perfect Stranger (2007)
 Premonition (2007)
 Superman Returns (2006)
 A Scanner Darkly – Un oscuro scrutare (2006)
 Flight Plan – Mistero in volo (2005)
 Se mi lasci, ti cancello (2004)
 The Manchurian Candidate (2004, 1962)
 50 volte il primo bacio (2005)
 The Forgotten (2004)
 Alla ricerca di Nemo (2003)
 Mulholland Drive (2001)
 Vanilla Sky (2001)
Memento (2000)
 Betty Love (2000)

Essere consapevoli del disturbo. Dopo aver diagnosticato il disturbo dissociativo dell'identità, i terapeuti in genere tentano di stabilire un legame con la personalità primaria e con ognuna delle varie personalità secondarie (Kluft, 1999, 1992). Una volta stabiliti tali legami, i terapeuti cercano di informare i pazienti e di aiutarli a essere pienamente consapevoli della natura del loro disturbo

(Krakauer, 2001; Allen, 1993). Alcuni terapeuti presentano ogni personalità secondaria a un'altra sotto ipnosi, mentre altri invitano i pazienti a guardare le altre personalità su un videoregistratore (Ross, Gahan, 1988; Sackheim et al., 1988). Molti terapeuti hanno scoperto, inoltre, che la terapia di gruppo aiuta a far capire ai pazienti la natura del loro disturbo (Fine, Madden, 2000). Anche la terapia familiare può essere utilizzata per aiutare a informare il coniuge e i figli sul problema e a raccogliere informazioni utili sul paziente (Kluft, 2001, 2000).

Recuperare i ricordi. Per aiutare i pazienti a recuperare le parti mancanti del loro passato, i terapeuti utilizzano molti degli approcci applicati ad altri disturbi dissociativi, ad esempio la terapia psicodinamica, l'ipnoterapia e la cura farmacologica (Kluft, 2001, 1991, 1985). Queste tecniche richiedono molto tempo con i pazienti affetti dal disturbo dissociativo dell'identità, in quanto alcune personalità secondarie possono continuare a negare le esperienze che le altre ricordano (Lyon, 1992). Una delle personalità secondarie può perfino assumere un ruolo «protettivo» per impedire alla personalità primaria di affrontare le sofferenze che il ricordo di esperienze traumatiche può comportare.

Integrare le personalità secondarie. L'obiettivo finale della terapia è fondere le diverse personalità secondarie in una sola identità integrata. Il processo di integrazione è continuo e avviene nel corso della terapia finché i pazienti non si riappropriano di tutti i loro comportamenti, emozioni, sensazioni e conoscenze. L'unione finale delle diverse personalità secondarie viene definita **fusione**. Molti pazienti non credono nell'obiettivo finale della cura, inoltre le loro personalità secondarie potrebbero considerare l'integrazione come una specie di morte (Kluft, 2001, 1999, 1991). Per favorire la fusione delle personalità secondarie vengono utilizzati diversi approcci, quali la terapia psicodinamica, la terapia supportiva, quella cognitiva e farmacologica (Goldman, 1995; Fichtner et al., 1990).

Fusione: processo di unione di due o più subpersonalità nel disturbo da personalità multipla.

Una volta che le personalità secondarie sono integrate, si richiede in genere una terapia di mantenimento affinché la personalità resti integra e per promuovere lo sviluppo di risorse psichiche in grado di contrastare eventuali dissociazioni successive in futuri momenti stressanti. Nelle relazioni cliniche, alcuni terapeuti rilevano un'elevata percentuale di successi (Rothschild, 2009; Coons, Bowman, 2001), mentre altri constatano che i pazienti continuano a resistere a un'integrazione totale. Alcuni terapeuti hanno perfino messo in discussione la necessità di una integrazione completa.

Sintesi

Disturbi dissociativi

I disturbi dissociativi causano importanti alterazioni nella memoria e nell'identità la cui eziologia non è riconducibile a problemi fisici evidenti. L'amnesia dissociativa determina l'improvvisa incapacità di ricordare informazioni personali o eventi di vita passati. Le persone affette da fuga dissociativa non solo dimenticano la propria identità, ma lasciano anche il luogo in cui abitano, si spostano altrove e possono crearsi una nuova identità. Il disturbo dissociativo dell'identità (disturbo da personalità multipla) è caratterizzato dalla presenza di due o più personalità secondarie distinte. Negli ultimi anni è aumentato il numero delle persone affette da disturbo dissociativo dell'identità.

Secondo la prospettiva psicodinamica i disturbi dissociativi sono intimamente connessi all'esperienza traumatica e hanno quindi una valenza difensiva. Attraverso la rimozione e la scissione il soggetto riesce a mantenere l'illusione di un controllo psicologico allontanando dalla consapevolezza il contenuto affettivo traumatico, poiché potenzialmente disgregante.

La natura dei disturbi dissociativi non è ancora del tutto chiara. Tra i processi citati per spiegarli vi sono una forte rimozione, il condizionamento operante, l'apprendimento stato-dipendente e l'autoipnosi. I due ultimi fenomeni, soprattutto, hanno sollecitato l'interesse degli scienziati clinici.

Le persone affette da amnesia e fuga dissociativa possono guarire spontaneamente o richiedere una terapia, mentre per il disturbo dissociativo dell'identità è necessario in genere un trattamento terapeutico a lungo termine. Gli approcci usati solitamente per aiutare i soggetti affetti da amnesia e fuga dissociativa sono la terapia psicodinamica, la terapia ipnotica associata al sodio amobarbital o al sodio pentobarbital. Similmente nel trattamento del disturbo dissociativo dell'identità vengono utilizzati gli stessi approcci e con la terapia si mira ad aiutare i pazienti a prendere consapevolezza della gravità del disturbo, a recuperare i vuoti di memoria e a integrare le diverse personalità secondarie in una sola personalità funzionale.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Il passato non è mai morto, non è neppure passato»
William Faulkner

«Molti confondono le fantasie con i ricordi» Josh Billings

6.3

I CAMBIAMENTI PROPOSTI NEL DSM-5

Nel 2011, la *task force* del DSM-5 ha proposto molti cambiamenti di ampia portata relativi ai disturbi analizzati in questo capitolo, in particolare ai disturbi somatoformi. Primo, ha suggerito che tre disturbi somatoformi (disturbo di somatizzazione, disturbo algico associato a fattori psicologici e alcuni tipi di ipocondria) possano essere considerati un nuovo e unico disturbo, il disturbo da sintomi somatici complessi. Il fondamento di questa proposta è che i tre disturbi del DSM-IV-TR hanno in comune due aspetti chiave: i sintomi somatici e le rilevanti distorsioni cognitive, ad esempio la preoccupazione esagerata e persistente sulla gravità di quei sintomi. La *task force* ha proposto, inoltre, un nuovo disturbo, il disturbo da sintomi somatici semplici per i casi meno gravi rispetto al disturbo da sintomi somatici complessi. Questa categoria include quei casi che comportano meno sintomi somatici, meno distorsioni cognitive o una durata inferiore rispetto alla precedente categoria. Inoltre ha suggerito un nuovo disturbo, l'ipocondria senza sintomi somatici, per i casi di ipocondria in cui i sintomi somatici sono lievi anche se il livello di ansia dell'individuo e la preoccupazione riguardante tali sintomi è esagerata. Oltre a questi cambiamenti, la *task force* ha proposto di non tenere più in considerazione il concetto presente nel DSM-IV in base al quale i sintomi somatici presenti in questi diversi disturbi debbano essere «non giustificati da una condizione medica.» Ha spiegato che attualmente le diagnosi, come abbiamo visto all'inizio di questo capitolo, non sempre sono affidabili perché questo principio possa essere considerato un aspetto essenziale della definizione della sindrome. In alcuni casi, per esempio, una diagnosi di disturbo da sintomi somatici complessi potrebbe risultare non corretta se pronunciata unicamente sulla base dei sintomi somatici «non giustificati da una condizione medica.» In effetti, in alcuni casi, i sintomi somatici potrebbero perfino essere connessi a una condizione medica nota, ma i livelli di disagio soggettivo, ansia e preoccupazione per la malattia risultare sproporzionati rispetto alla gravità di quella condizione medica. La *task force* del DSM-5 ha inoltre suggerito che il gruppo del DSM-IV-TR «Disturbi somatoformi» sia sostituito da un nuovo gruppo «Disturbi da sintomi somatici.» Ognuno dei disturbi presenti in questo gruppo sarebbe caratterizzato principalmente da sintomi somatici. Perciò, le nuove categorie disturbo da sintomi somatici complessi, disturbo da sintomi somatici semplici e l'ipocondria senza sintomi somatici farebbero tutte parte di questo gruppo, come il disturbo di conversione. Inoltre, anche i disturbi psicofisiologici (ossia i fattori psicologici che influenzano la condizione medica) analizzati nel capitolo precedente, farebbero parte di questo gruppo. Invece il disturbo di

dismorfismo corporeo farebbe parte dei «disturbi ossessivo-compulsivi e correlati», poiché nella maggior parte dei casi di questo disturbo non sono presenti reali sintomi somatici. Rispetto ai cambiamenti proposti per i disturbi somatoformi, quelli proposti per i disturbi dissociativi sono relativamente pochi. Il cambiamento più importante

proposto dalla *task force* del DSM-5 è l'inserimento della fuga dissociativa nella categoria dell'ammnesia dissociativa. Ossia, l'allontanamento da un luogo e l'assunzione di una nuova identità da parte di un individuo durante un episodio di amnesia sarebbero considerati semplicemente come una forma più grave di amnesia dissociativa.

Riflessioni critiche

1. Perché i termini «isteria» e «isterico» hanno oggi assunto una connotazione negativa nella nostra società, ad esempio in «isteria di massa» e «personalità isterica»?
2. Se i genitori che fanno del male ai figli sono indubbiamente disturbati, come nel caso della sindrome di Münchhausen per procura, in che modo la società dovrebbe comportarsi nei loro confronti? Qual è il rimedio più adeguato: la cura o la punizione?
3. In che modo una cultura potrebbe contribuire a creare dei casi di disturbo di *dismorfismo corporeo*?
4. Periodicamente sui media appaiono notizie di persone scomparse che ricompaiono all'improvviso affermando di avere perso i ricordi durante la loro assenza. Sebbene i disturbi come l'ammnesia e la fuga dissociativa siano presenti nel DSM-IV-TR, molti accolgono queste spiegazioni con scetticismo. Perché?
5. Alcuni criminali accusati di reati affermano di avere un disturbo dissociativo dell'identità e che i loro delitti sono stati commessi da una delle loro subpersonalità. Se queste affermazioni rispondono al vero, quale potrebbe essere un verdetto adeguato?

Parole chiave

- Amnesia dissociativa, p. 169
- Apprendimento stato-dipendente, p. 179
- Autoipnosi, p. 181
- Disturbi dissociativi, p. 169
- Disturbi somatoformi da preoccupazione, p. 162
- Disturbo algico associato con fattori psicologici, p. 161
- Disturbo di conversione, p. 158
- Disturbo di dismorfismo corporeo, p. 162
- Disturbo di somatizzazione, p. 159
- Disturbo dissociativo dell'identità, p. 173
- Disturbo fittizio, p. 161
- Disturbo somatoforme di tipo isterico, p. 158
- Disturbo somatoforme, p. 158
- Fuga dissociativa, p. 172
- Funzione riflessiva, p. 178
- Fusione, p. 182
- Ipocondria, p. 162
- Memoria, p. 169
- Personalità secondaria, p. 173
- Placebo, p. 167
- Sindrome di Münchhausen per procura, p. 162
- Sindrome di Münchhausen, p. 162
- Terapia ipnotica, p. 181

Domande di riepilogo

1. Quali sono i sintomi di ciascun disturbo somatoforme di tipo isterico? In che modo i medici distinguono i disturbi isterici dai problemi «essenzialmente» medici?
2. Quali sono le differenze tra un disturbo somatoforme e un disturbo fittizio?
3. Elencate le caratteristiche fondamentali di ogni disturbo somatoforme da preoccupazione.
4. Quali sono le spiegazioni e le cure principali per i disturbi somatoformi? Tali cure sono confermate dalla ricerca?
5. Elencate e descrivete i diversi disturbi dissociativi.
6. Quali sono i quattro tipi di amnesia dissociativa?
7. Quali sono i diversi tipi di relazione che le subpersonalità possono avere nei disturbi dissociativi dell'identità?
8. Descrivete la spiegazione comportamentista, quella dell'apprendimento stato-dipendente e dell'autoipnosi dei disturbi dissociativi. In che modo ognuna di esse trova conferma nella ricerca?
9. Quali approcci sono stati utilizzati per trattare l'ammnesia dissociativa e la fuga dissociativa?
10. Quali sono le caratteristiche fondamentali della cura del disturbo dissociativo dell'identità? Il trattamento si dimostra efficace?

DISTURBI DI PERSONALITÀ

Durante un colloquio per un posto da editor, Frederick affermò: «Quello che sto per dire potrà sembrare presuntuoso, ma sono una persona estremamente dotata. Sono sicuro che potrò fare grandi cose in questo lavoro e che grazie al mio aiuto il giornale in breve diventerà un punto di riferimento del giornalismo in questa città». Il comitato rimase impressionato dalle sue parole. Frederick aveva certamente delle ottime credenziali, ma ciò che li aveva colpiti di più erano la fiducia in se stesso e l'audacia dimostrate.

Un anno dopo, numerosi membri del comitato descrivevano Frederick in modo assai diverso: arrogante, egocentrico, freddo, egomaniaco, una persona impossibile. Si era dimostrato un valido editor (anche se non eccellente), ma i suoi buoni risultati non erano controbilanciati dalla sua personalità difficile. I colleghi, sia nelle posizioni più elevate che in quelle più basse della gerarchia, si erano stancati delle sue manipolazioni, delle sue scenate, del suo rifiuto costante di assumersi le responsabilità, delle continue vanterie e dei suoi progetti megalomani. Ancora una volta, Frederick aveva abusato della disponibilità altrui. In realtà era una persona di grande fascino e sapeva come fare sentire importanti gli altri, quando gli faceva comodo. Riusciva così ad avere sempre la sua corte di amici e ammiratori. Ma in realtà tutti erano solo di passaggio, in auge solo fino a quando Frederick non si stancava di loro o si sentiva tradito dalla loro mancanza di entusiasmo per una delle sue interpretazioni egoriferite o dei suoi grandi progetti. Oppure, fino a quando non erano essi stessi a non poterne più di lui.

Per quanto intelligente e di successo, Frederick si sentiva sempre in diritto di ricevere più di quanto gli veniva dato: voti più alti a scuola, maggiori riconoscimenti sul lavoro, maggiori attenzioni dalle fidanzate. Se veniva anche solo leggermente criticato reagiva infuriandosi e si convinceva che la persona che lo criticava fosse invidiosa della superiorità della sua intelligenza, delle sue capacità o del suo aspetto. A prima vista, Frederick sembrava avere un'intensa vita sociale. In genere aveva sempre una profonda e significativa relazione sentimentale, in cui poteva sembrare dolce, attento e devoto alla fidanzata del momento. Ma si stancava delle sue partner nel giro di qualche setti-

mana, al massimo pochi mesi, e diventava freddo e indifferente, se non meschino. Spesso iniziava una nuova relazione mentre era ancora impegnato. Le rotture con queste donne (di solito dolorose, a volte drammatiche) non gli provocavano tristezza o rimorso, se non di rado, e in genere non pensava praticamente mai alle sue ex. Non faceva che pensare a se stesso.

Ognuno di noi ha una *personalità*, un modello unico e costante di esperienza interiore e di comportamento esteriore. Noi tutti tendiamo a reagire in modi prevedibili e coerenti. Queste caratteristiche coerenti nel tempo, dette anche *tratti di personalità*, possono essere il risultato di caratteristiche innate, reazioni apprese o una combinazione di entrambe. Eppure, la personalità è anche flessibile. Si impara dall'esperienza; nell'interazione con l'ambiente, si mettono alla prova diverse risposte per capire quali sono le più efficaci. Questa flessibilità in genere manca a coloro che hanno un **disturbo di personalità**, definito come un modello molto rigido di esperienza interiore e di comportamento esteriore. Tale modello è osservabile nella maggior parte delle interazioni di un individuo, persiste negli anni ed è molto diverso dalle esperienze e dai comportamenti attesi in genere (si veda la **Tabella 13.1**). Frederick sembra avere un disturbo di questo tipo. Per la maggior parte della sua vita il suo funzionamento è stato dominato da narcisismo, mania di grandezza, accessi di collera e insensibilità eccessivi. I tratti rigidi di un individuo con disturbi di personalità sono spesso alla base di sofferenza psicologica personale e di difficoltà sociali e lavorative. I disturbi possono essere causa di sofferenza anche per gli altri, come dimostrano l'agitazione e il turbamento dei collaboratori e delle fidanzate di Frederick.

I disturbi di personalità si manifestano in genere durante l'adolescenza o la prima età adulta, sebbene alcuni pos-

Disturbo di personalità: modello molto rigido dell'esperienza interiore e del comportamento esteriore, che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e conduce a un disfunzionamento.

sano iniziare anche nell'infanzia (Kernberg, Wiener, 2004); sono tra i disturbi psicologici più difficili da trattare. Spesso chi ne è affetto non ne è assolutamente consapevole e non riesce a ricondurre le proprie difficoltà al proprio modo inflessibile di pensare e di comportarsi. Si calcola che tra il 9 e il 13% di tutti gli adulti possa essere affetto da un disturbo di personalità (O'Connor, 2008; Lenzenweger et al., 2007).

Come abbiamo visto nel Capitolo 3, il DSM-IV-TR distingue tra disturbi dell'Asse II, disturbi duraturi con esordio precedente all'età adulta e che continuano nella vita adulta, e disturbi dell'Asse I, disturbi di tipo acuto che iniziano spesso con un cambiamento visibile nel comportamento consueto della persona e che sono, in molti casi, di durata limitata. I disturbi di personalità fanno parte dell'Asse II; si tratta di modelli non caratterizzati in genere da cambiamenti di intensità o da periodi di remissione.

Spesso chi è affetto da un disturbo di personalità manifesta anche un disturbo acuto (Asse I), in un rapporto detto *comorbilità* (Fowler et al., 2007). Si ipotizza che i disturbi di personalità possano predisporre a sviluppare certi disturbi dell'Asse I. Per esempio, le persone con disturbo evitante della personalità, le quali temono ed evitano i contatti interpersonali, possono tendere a sviluppare una fobia sociale. Inoltre, certi disturbi dell'Asse I potrebbero favorire l'insorgere di un disturbo di personalità; o ancora, certi fattori biologici possono creare una predisposizione a entrambi (Patrick, 2007). Quale che sia la ragione di questo nesso, la ricerca indica che la presenza di un disturbo di personalità complica le possibilità di guarigione da problemi psicologici (Skodol et al., 2005).

Il DSM-IV-TR identifica dieci disturbi di personalità, suddivisi in tre gruppi (APA, 2000). Il primo gruppo, caratteriz-

zato da un comportamento bizzarro, comprende i disturbi di personalità *paranoide*, *schizoide* e *schizotipico*. Il secondo gruppo è caratterizzato da un comportamento drammatico e comprende i disturbi di personalità *antisociale*, *borderline*, *istrionico* e *narcisistico*. Il terzo gruppo, contrassegnato da un elevato livello di ansia, comprende i disturbi di personalità *evitante*, *dipendente* e *ossessivo-compulsivo*. I disturbi di personalità elencati nel DSM-IV-TR si sovrappongono a tal punto che può risultare difficile distinguerli (si veda la **Figura 13.1**). In realtà, talvolta, al momento della diagnosi si riscontrano più problemi di personalità in uno stesso soggetto (Skodol, 2009). Inoltre, spesso tra i clinici c'è disaccordo sulla diagnosi di individui con un disturbo di personalità conforme al DSM-IV-TR, una situazione che ha sollevato diversi dubbi riguardo alla validità delle attuali categorie del DSM (Fowler et al., 2007). Infatti, come vedremo più avanti, si assiste a un crescente movimento in ambito clinico che chiede l'eliminazione delle categorie attuali per adottare invece un sistema di classificazione diverso dei disturbi di personalità. Prima di considerare l'approccio alternativo, tuttavia, esaminiamo le dieci categorie attuali del DSM-IV-TR.

Prima di presentare tutti i disturbi del DSM-IV-TR occorre chiarire che la diagnosi di tali disturbi può facilmente essere esagerata. Possiamo infatti cogliere aspetti di noi stessi o di nostri amici e conoscenti nelle descrizioni di questi disturbi e potremmo essere portati a concludere di avere noi stessi, o di attribuire ai nostri amici, un disturbo di personalità. Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di interpretazioni scorrette. Tutti noi manifestiamo dei tratti di personalità: solo eccezionalmente essi diventano così rigidi, maladattivi e stressanti da poter essere considerati disturbi.

Tabella 13.1 Disturbo di personalità.

DSM Checklist

- Un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo modello si manifesta in due (o più) delle aree seguenti:
 - cognitività
 - affettività
 - funzionamento interpersonale
 - controllo degli impulsi.
- Il modello abituale risulta inflessibile e pervasivo in una varietà di situazioni personali e sociali.
- Il modello è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.
- Disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento.

Tratto da APA, 2000.

13.1 DISTURBI DI PERSONALITÀ «BIZZARRA»

Il gruppo dei *disturbi di personalità bizzarra* comprende il disturbo di personalità *paranoide*, *schizoide* e *schizotipico*. Coloro che sono affetti da questi disturbi manifestano in genere comportamenti strani o eccentrici, simili fino a un certo punto a quelli visti per la schizofrenia, come sospettosità estrema, isolamento sociale e maniere particolari di pensare e percepire le cose. Tali comportamenti portano spesso a un isolamento estremo. Alcuni clinici ritengono che questi disturbi di personalità siano effettivamente collegati alla schizofrenia e li definiscono *disturbi dello spettro schizofrenico*. A sostegno di questa ipotesi, alle persone con questi disturbi di personalità viene spesso diagnosticata anche la schizofrenia, oppure vi sono casi di schizofrenia tra i loro familiari stretti (Bollini, Walker, 2007; APA, 2000).

Figura 13.1 Le caratteristiche principali e importanti dei 10 disturbi di personalità secondo il DSM-IV-TR. I sintomi dei vari disturbi spesso si sovrappongono in maniera significativa, complicando la diagnosi o portando a diagnosi diverse per un dato paziente.

Caratteristiche	Paranoide	Schizoide	Schizotipico	Antisociale	Borderline	Istrionica	Narcisistico	Evitante	Dipendente	Ossessivo-compulsivo
Problemi nei rapporti sociali	X	✓	✓	X	✓	X	X	✓	✓	X
Sospettoso/diffidente	✓		X	X	X		X	X	X	X
Ostile	X			X	X	X	X			X
Accusa gli altri	X			X	X		X			X
Bugiardo				✓	X	X	X			
Dispotico/manipolativo	X			✓	X	X	X		X	✓
Geloso	X				X	X	X			
Ipersensibile	X		X		X	X	X	✓	X	
Distaccato/isolato	X	✓	X	X			X	X		
Concentrato su di sé	X	X	X	X	X	X	✓	X		X
Autocritico					X	X		X	✓	X
Impulsivo/imprudente				X	X	X				
Senso di grandiosità, egocentrismo	X		X	X	X	✓	✓			
Emotivamente instabile	X			X	✓	X	X			
Eccessivamente emotivo					X	✓	X			
Depresso/scoraggiato	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Ansioso/teso	X		X		X	X		X	✓	X
Eccentricità cognitivo-percettive	X		✓			X	X	X		X
Problemi dell'attenzione			X	X	X		X			
Episodi di tipo psicotico	X	X	X		X					

X Caratteristica importante

✓ Caratteristica principale

TRA LE RIGHE

Prime nozioni di personalità

Nella dottrina frenologica, molto in voga nell'Ottocento, Franz Josef Gall (1758-1828) sosteneva che il cervello fosse costituito da diverse regioni, ciascuna deputata ad alcuni aspetti della personalità. I frenologi cercavano di valutare la personalità dall'esame di segni esterni (prominenze, avvallamenti) sul cranio di un individuo.

Attualmente i clinici possiedono una vasta gamma di conoscenze sui sintomi dei disturbi di personalità bizzarra, ma non hanno avuto altrettanto successo nel determi-

name le cause o la modalità di trattamento. In realtà, è raro che le persone con questo tipo di disturbi si rivolgano a un terapeuta (Mittal et al., 2007).

Disturbo paranoide di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da una fondamentale diffidenza e sospettosità nei confronti degli altri.

13.1.1 Disturbo paranoide di personalità

Le persone con **disturbo paranoide di personalità** nutrono una profonda diffidenza nei confronti degli altri e una grande sospettosità sulle loro motivazioni (APA,

2000). Dal momento che sono convinti che tutti vogliono far loro del male o danneggiarli, evitano qualunque tipo di relazione intima. Possono invece avere eccessiva fiducia nelle proprie idee e capacità, come bene esemplifica il caso di Amaya (Caso 13.1).

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Nel sospetto si tende più facilmente a sbagliare che ad avere ragione [...]. Il sospetto è sempre nemico della felicità» Hosea Ballou, teologo.

«Meglio essere ingannati qualche volta che eternamente sospettosi» B.C. Forbes, giornalista e scrittore scozzese.

Le persone come Amaya, sempre sulla difensiva, guardinghe e pronte a vedere minacce ovunque, si aspettano continuamente di essere vittima di qualche inganno

CASO 13.1

Credeva, senza motivo, che i vicini la tormentassero permettendo ai loro figli di fare rumore davanti alla porta del suo appartamento. Anziché chiedere ai vicini maggiore riguardo, smise di rivolgere loro la parola e iniziò una campagna di incessante ritorsione: li «guardava male», li spingeva in malo modo nei corridoi, sbatteva le porte e si comportava con maleducazione con chi veniva in visita da loro. Dopo oltre un anno, quando i vicini finalmente le chiesero il motivo del suo detestabile comportamento, ella li accusò di tormentarla di proposito. «Tutti sanno che queste porte sono di carta velina» disse «e che io sento tutto quello che succede nei corridoi. E voi lo fate apposta!». Nulla di quello che le dicevano i vicini riusciva a convincerla del contrario. Nonostante i loro effettivi sforzi di non fare rumore davanti a casa sua, lei continuò a comportarsi in modo maleducato e aggressivo.

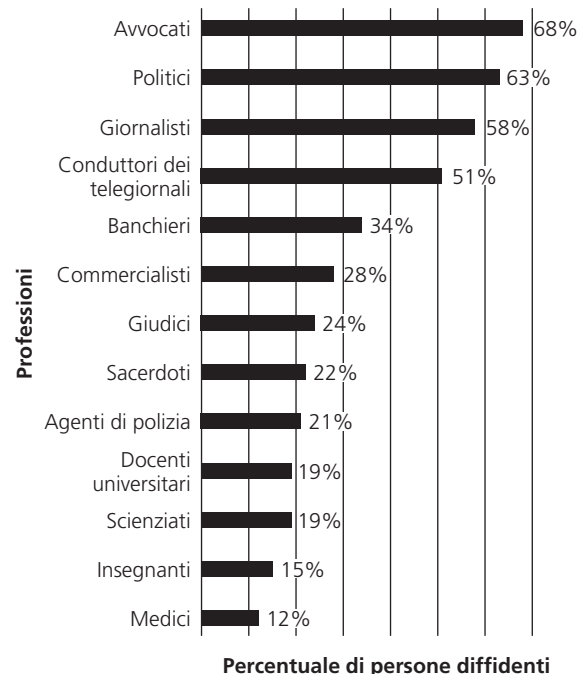
I vicini e i loro amici dissero che [Amaya] era sempre tesa e arrabbiata. Aveva costantemente un'espressione dura e corrucciata. Raramente la vedevano sorridere. Girava nel quartiere sempre con gli occhiali scuri, anche nelle giornate nuvolose. Spesso la vedevano urlare contro i propri figli, un comportamento a causa del quale i genitori dei compagni di scuola dei bambini la chiamavano «l'urlatrice». Aveva costretto i figli a cambiare più volte scuola nello stesso comprensorio perché non era contenta dell'istruzione che ricevevano. Una ragione non detta, forse, era che aveva allontanato molti altri genitori. [Amaya] lavorava in casa durante il giorno, con un'attività che prevedeva scarsi contatti con altre persone. Aveva pochi contatti sociali e quando parlava era spesso sarcastica e ipercritica (Bernstein, Useda, 2007, p. 42).

(si veda la **Figura 13.2**). In ogni cosa trovano significati «nascosti», in genere tesi a sminuirle o minacciarle. In uno studio che richiedeva ai partecipanti di interpretare dei ruoli, i soggetti paranoici avevano una maggiore tendenza, rispetto ai partecipanti del gruppo di controllo, a vedere intenzioni ostili nelle azioni degli altri. Inoltre sceglievano più spesso la collera come reazione adeguata nell'interpretazione del loro ruolo (Turkat et al., 1990).

Le persone con disturbo paranoide tendono rapidamente a mettere in dubbio la lealtà o l'onestà dei conoscenti e restano in generale fredde e distanti. È il caso della donna che evita di fidarsi di qualcuno, per paura di esserne ferita, o del marito che continua senza motivo a mettere in dubbio la fedeltà della moglie. Sebbene inappropriati e senza alcun fondamento, non si tratta di sospetti *deliranti*; le idee non sono tanto bizzarre o così profondamente radicate da alienare chiaramente l'individuo dalla realtà (Bernstein, Useda, 2007).

Chi soffre di questo disturbo è ipercritico nei confronti dei difetti e delle debolezze altrui, soprattutto in

Figura 13.2 Diffidenza: nei confronti di chi? Sebbene la sospettosità e la sfiducia siano caratteristiche del disturbo paranoide di personalità, anche chi non è affetto da questo disturbo è diffidente in modo sorprendente. In un'indagine a vasto raggio, la maggioranza degli intervistati ha rivelato di non fidarsi degli avvocati, dei politici e dei giornalisti.



Fonte: Harris Poll, 2006.

ambito lavorativo. Queste persone sono tuttavia incapaci di riconoscere i propri errori ed estremamente sensibili alle critiche. Spesso accusano gli altri per ciò che non va nella propria vita e tendono a portare rancore. Si calcola che tra lo 0,5 e il 3% degli adulti sia affetto da questo disturbo, con una lieve predominanza tra gli uomini (O'Connor, 2008; Mattia, Zimmerman, 2001).

Ipotesi esplicative del disturbo paranoide di personalità

Le ipotesi eziologiche del disturbo paranoide di personalità che sono state avanzate, come quelle di altri disturbi di personalità, non hanno ricevuto al momento sufficienti conferme dalla ricerca scientifica (Bernstein, Useda, 2007).

La prospettiva psicodinamica considera la personalità paranoide come contraddistinta da una tendenza a proiettare sull'altro affetti, impulsi e pensieri di qualità negativa (ostilità, odio, vergogna, invidia, disprezzo, disgusto, paura) che il soggetto sperimenta come intollerabili e pertanto vengono negati. Il soggetto paranoico nutre una profonda paura di essere danneggiato dagli altri e per questo motivo tende a controllare difensivamente le relazioni interpersonali attraverso il diniego e la proiezione. Questi soggetti spendono, inoltre, molte energie per osservare e controllare il contesto circostante alla ricerca di situazioni e persone per lui potenzialmente ostili e minacciose.

Solitamente a livello clinico si riscontra nell'infanzia dell'adulto paranoico la presenza di genitori autoritari e umilianti, che con la loro condotta hanno esposto il bambino a ripetute esperienze di sopraffazione. McWilliams (1994) sottolinea che la presenza di «un'angoscia non affrontabile» in una delle figure genitoriali concorre alla strutturazione di questa tipologia di personalità. Il genitore, incapace di contenere l'intensa angoscia che lo pervade, offre al bambino un modello di diniego e proiezione, che amplifica la rabbia e la confusione rispetto al proprio sentire. La mancata conferma genitoriale alle reazioni emotive del bambino porta quest'ultimo a sperimentare vissuti di rabbia, paura, vergogna, risentimento e desiderio di vendetta.

I teorici cognitivi ipotizzano che le persone con disturbo paranoide di personalità tendano ad avere generiche convinzioni del tipo «la gente è cattiva» e «la gente ti attacca se gliene dai la possibilità» (Beck et al., 2004, 2001).

I teorici di orientamento biologico ritengono che tale disturbo abbia un'eziologia genetica (Bernstein, Useda, 2007; Jang, Vernon, 2001). Evidenze a sostegno di tale ipotesi derivano principalmente da studi condotti su coppie gemellari (Kendler et al., 1987), tuttavia occorre sottolineare che le somiglianze riscontrate tra i gemelli potrebbero anche essere il risultato di esperienze ambientali comuni.

Trattamenti del disturbo paranoide di personalità

In generale chi ha un disturbo paranoide di personalità non si considera «malato» e ben pochi cercano di farsi aiutare di propria iniziativa (O'Connor, 2008). Inoltre, tra coloro che sono in trattamento molti pensano che il paziente abbia un ruolo inferiore e sono diffidenti e ribelli nei confronti del terapeuta (Bender, 2005). Non sorprende, pertanto, che la terapia per questo e altri disturbi di personalità abbia effetti limitati e proceda molto lentamente (Piper, Joyce, 2001).

I terapeuti delle relazioni oggettuali, per i quali il centro di interesse d'elezione è costituito dalle relazioni tra gli individui, cercano di guardare oltre la rabbia del paziente e applicano tecniche psicodinamiche per affrontare il suo profondo desiderio di avere relazioni soddisfacenti (Salvatore et al., 2005). Nei casi di disturbo paranoide della personalità sono stati provati anche approcci di tipo cognitivo-comportamentale. Dal punto di vista comportamentale, il terapeuta insegna all'individuo tecniche anti-ansia e a migliorare le proprie capacità di risolvere problemi interpersonali. Dal punto di vista cognitivo, il terapeuta guida il paziente a interpretare in modo più realistico le parole e le azioni degli altri e a tenere in maggiore considerazione il punto di vista altrui (Farmer, Nelson-Gray, 2005; Leahy et al., 2005). La terapia farmacologica non sembra invece molto efficace in questi casi (Agronin, 2006).

13.1.2 Disturbo schizoide di personalità

Gli individui con **disturbo schizoide di personalità** evitano sistematicamente le relazioni sociali, manifestano distacco e hanno una gamma limitata di espressioni emotive (APA, 2000). Come nel caso del disturbo paranoide, questi soggetti non hanno legami di amicizia o affettivi con gli altri. La ragione per cui evitano il contatto sociale, tuttavia, non ha nulla a che fare con le sensazioni paranoide di diffidenza o sospettosità; essi preferiscono veramente la solitudine. Prendiamo il caso di Roy (**Caso 13.2**).

Disturbo schizoide di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive.

Le persone come Roy, definite spesso «solitarie», non fanno alcuno sforzo per avviare o mantenere un'amicizia, hanno scarso interesse per i rapporti sessuali e sembrano indifferenti anche nei confronti della loro famiglia. Cercano lavori dove non sia richiesto il contatto con gli altri. Se necessario, possono anche avere qualche interazione nell'ambiente di lavoro, ma preferiscono comunque stare da soli. Molti vivono da soli. Non sorprende che tendano a essere poco specializzati e molto

CASO 13.2

Roy era un apprezzato tecnico che si occupava di progettazione e manutenzione degli acquedotti di una grande città; il suo lavoro implicava una notevole lungimiranza e capacità di giudizio autonomo, ma scarsa attività di sorveglianza di altre persone. In generale veniva considerato un collaboratore nella media, ma competente e affidabile. Non gli veniva richiesto di avere molti contatti con altre persone e la maggior parte dei colleghi lo riteneva timido e scontroso, mentre per altri era freddo e distante.

I problemi riguardavano principalmente il rapporto con sua moglie. Si erano rivolti a un terapeuta della coppia in quanto, nelle parole della moglie, «non è disposto a prendere parte alle attività della famiglia, non si interessa dei figli, non è affettuoso e non ha alcun interesse per il sesso».

Il quadro di indifferenza sociale, affettività appiattita e isolamento sociale che caratterizzava in gran parte il comportamento di Roy non riguardava coloro con i quali non erano implicate relazioni profonde o intime; tali caratteristiche erano tuttavia amplificate all'interno della sua famiglia (Millon, 1969, p. 224).

mediocri nella resa lavorativa. Se si sposano, la loro assenza di interesse per i rapporti intimi può creare problemi coniugali o familiari, come nel caso di Roy.

Gli individui con disturbo schizoide della personalità sono concentrati essenzialmente su se stessi e sono insensibili sia alle lodi che alle critiche. Raramente esprimono emozioni, neppure gioia o collera. Sembrano non avere alcun bisogno di attenzione o accettazione; in generale sono considerati freddi, privi di senso dell'umorismo, spenti; di norma riescono a farsi ignorare, come desiderano. Tale disturbo, si calcola, è presente in una percentuale della popolazione inferiore all'1% (Mittal et al., 2007). Vi è una lieve predominanza negli uomini, i quali possono anche essere maggiormente limitati dal disturbo (APA, 2000).

TRA LE RIGHE**Persone diffidenti**

Secondo le indagini, negli Stati Uniti le persone in genere più diffidenti sono coloro che nell'infanzia si sono sentite ripetere continuamente dai genitori di non dare confidenza agli sconosciuti. Esse risultano essere socialmente isolate e riferiscono di non essere religiose (Pew Research Center, 1997).

Ipotesi esplicative del disturbo schizoide di personalità

In un'ottica psicodinamica i soggetti con una struttura di personalità schizoide risultano essere particolarmente

sensibili ed eccessivamente reattivi agli stimoli interpersonali. Essi temono di essere invasi, inglobati e controllati dall'altro, sino a ritirarsi nel pensiero fantastico con una notevole riduzione delle relazioni sociali.

Secondo una prospettiva psicoanalitica, le difficoltà della persona schizoide appaiono riconducibili a una problematica di livello orale. Melanie Klein (1946) riconduce i meccanismi schizoidi alla posizione schizoparanoide tipica della prima infanzia. In detto periodo il mondo esterno è percepito come ricco di minacce di distruzione e annientamento e il bambino reagisce attivando come difesa il ritiro nel mondo interiore dell'immaginazione, per tenere a distanza gli altri. Nei soggetti schizoidi detto ritiro conduce a sviluppare un'attenzione privilegiata al proprio mondo interiore piuttosto che alla realtà esterna e alle relazioni interpersonali, pur continuando a nutrire desideri e fantasie di intimità. Si tratta, infatti, di persone che sviluppano una forte ambivalenza rispetto all'attaccamento: desiderano intimità, ma sentono la costante minaccia d'essere inglobati dagli altri; ricercano la solitudine e la distanza per difendere la propria sicurezza e separatezza, ma contemporaneamente lamentano e soffrono di tale condizione di isolamento.

Nel maggior numero dei casi coloro che sviluppano tale disturbo di personalità non hanno sperimentato una regolazione affettiva funzionale da parte delle figure genitoriali. Secondo Winnicott (1965) il ritiro in una modalità schizoide può essere facilitato dalla presenza di genitori intrusivi. Altri autori (Searles, 1965; Laing, 1965; Lidz, Fleck, 1965; Singer, Wynne, 1965; Bateson et al., 1956) sottolineano come lo sviluppo di dinamiche schizoidi possa essere favorito parimenti dalla presenza di comunicazioni contraddittorie e ambigue, in quanto il bambino sarebbe portato al ritiro per proteggere il Sé da livelli troppo alti di confusione e rabbia. Tratti schizoidi possono anche presentarsi in persone che sono cresciute nella solitudine e nell'abbandono; a tal proposito gli studi di Masud Khan (1963, 1974) riconducono la genesi di tale struttura di personalità alla combinazione di «traumi cumulativi», dovuti a carenze e fallimenti materni nell'assicurare al bambino una protezione realistica, e «onnipotenza simbiotica», riconducibile a un'eccessiva identificazione con la madre.

Dal punto di vista cognitivo, le persone con disturbo schizoide di personalità manifestano una tendenza a produrre pensieri vaghi e vacui e una difficoltà nel leggere l'ambiente circostante al fine di ricavarne percezioni accurate. Non essendo in grado di comprendere le sfumature emotive negli altri, essi non riescono a mentalizzare le proprie emozioni e risultano rallentati nello sviluppo del linguaggio e delle abilità motorie, indipendentemente dal livello di intelligenza (Wolff, 2000, 1991).

Trattamenti del disturbo schizoide di personalità

L'isolamento sociale fa sì che la maggior parte delle persone con questo disturbo non pensi affatto di intrapren-

dere un percorso terapeutico, a meno che il trattamento non sia reso necessario da qualche altro problema, come l'alcolismo (Mittal et al., 2007). Questi pazienti tendono a restare emotivamente distanti dal terapeuta, sembrano indifferenti alla terapia e nel migliore dei casi i progressi sono limitati (Millon, 1999).

TRA LE RIGHE

Un cavaliere sempre più oscuro

Negli anni Ottanta, il disegnatore e scrittore Frank Miller aveva rivoluzionato la personalità di Batman, presentandolo come un essere solitario, incapace di stabilire relazioni stabili. Alcuni osservatori clinici hanno notato che la versione attuale di Batman nel *Cavaliere oscuro* ha le caratteristiche del disturbo schizoide di personalità.

La terapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata in qualche caso efficace, in quanto aiuta le persone con questo disturbo a essere più positive e a stabilire interazioni sociali più soddisfacenti (Farmer, Nelson-Gray, 2005; Beck et al., 2004). Dal punto di vista cognitivo, le tecniche prevedono di presentare ai pazienti liste di emozioni sulle quali riflettere; oppure si può chiedere loro di scrivere e ricordare delle esperienze piacevoli. In senso comportamentale, a volte i terapeuti hanno avuto buoni risultati insegnando ai pazienti le abilità sociali, con l'uso dell'interpretazione dei ruoli, di tecniche di esposizione ed esercizi a casa. La terapia di gruppo sembra utile quando costituisce un ambiente sicuro per il contatto sociale, sebbene le persone con questo disturbo tendano a fare resistenza all'invito a partecipare attivamente (Piper, Joyce, 2001). Come per il disturbo paranoide di personalità, la terapia con i farmaci non è molto efficace (Koenigsberg et al., 2002).

TRA LE RIGHE

Un'opinione diffusa

Non è detto che le persone convinte di avere poteri extrasensoriali soffrano di disturbo schizotipico di personalità. In realtà, secondo un'indagine a vasto raggio, la metà della popolazione crede nelle percezioni extrasensoriali (Kanner, 1995).

Disturbo schizotipico di personalità

Il **disturbo schizotipico di personalità** è caratterizzato da numerosi problemi interpersonali, accentuati da un estremo disagio nelle relazioni strette, da modalità di pensiero e di percezione molto strane e da eccentricità del comportamento (APA, 2000). Le persone con questo disturbo sono in ansia quando si trovano in mezzo agli altri; per questo motivo tendono a isolarsi e ad avere pochissimi amici. Molti si sentono profondamente soli. Si tratta di un disturbo più grave del disturbo schizoide e paranoide, come esemplifica il **Caso 13.3** di Harold.

CASO 13.3

Harold era il quarto di sette figli [...]. «Duckie», questo il soprannome di Harold, era sempre stato un ragazzino isolato, spaventato e «stupido». Il nomignolo «Duckie» era riferito alla sua particolare andatura; gli altri lo usavano come termine dispregiativo, per ridicolizzarlo. Harold non giocava quasi mai con i fratelli o con altri bambini; veniva preso in giro senza pietà per l'andatura e la sua paura dei bulli. Era diventato il capro espiatorio del quartiere e si faceva intimidire anche dall'occhiata più innocua e benevola [...]. La famiglia di Harold rimase sorpresa quando il bambino si rivelò un bravo scolaro; i problemi iniziarono alle medie. All'età di 14 anni circa, i suoi risultati scolastici cominciarono a essere gravemente insufficienti, non voleva andare a scuola e si lamentava per una serie di dolori fisici vaghi e indistinti. A 15 anni si era completamente isolato, non andava più a scuola e restava a casa, nella stanza nel seminterrato che divideva con due fratelli minori. In famiglia cominciarono a parlare di lui come di uno «toccato». Pensava a «cose senza senso sulla religione»; cominciò a disegnare «cose strane» e a parlare da solo. A 16 anni, una volta scappò di casa urlando «Sono andato, sono andato, sono andato [...]», dicendo che il suo «corpo era andato in cielo» e che era dovuto correre fuori per riprenderlo; stranamente, questo episodio era avvenuto poco dopo che il padre era stato condannato in seguito a un processo, e tale condanna andava scontata in un ospedale psichiatrico statale. A 17 anni Harold rimaneva immerso tutto il giorno nei propri pensieri, spesso parlava a voce alta con parole senza senso; si rifiutava di sedersi a tavola con la famiglia durante i pasti (Millon, 1969, pp. 347-348).

Come nel caso di Harold, pensieri e comportamenti delle persone con disturbo schizotipico di personalità possono essere significativamente disturbati. Tra i sintomi possono essere presenti *idee di riferimento* (la convinzione che eventi esterni abbiano un significato che le riguarda direttamente) e *illusioni corporee*, come la percezione di una «forza» o presenza esterna. Spesso i soggetti con disturbo schizotipico pensano di avere poteri speciali, capacità extrasensoriali, poteri magici sugli altri. Tra le eccentricità tipiche del disturbo schizotipico, sistemare di continuo le confezioni per allineare le etichette, mettere a posto gli armadi, indossare abiti trasandati o male assortiti. Le emozioni possono essere inappropriate, appiattite o troppo serie.

Disturbo schizotipico di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da estremo disagio nelle relazioni strette, da strane forme di pensiero e percezione e da eccentricità nel comportamento.

Le persone con disturbo schizotipico di personalità

spesso hanno ridotte capacità di attenzione e presentano difficoltà di concentrazione. La loro conversazione pertanto è tipicamente vaga, spesso inframmezzata da associazioni labili (O'Connor, 2008). Tendono a vivere alla deriva e in modo improduttivo (Skodol et al., 2002). In genere scelgono di fare lavori di scarsa responsabilità, nei quali non devono impegnarsi troppo e non è richiesta l'interazione con altre persone. Si calcola che tra il 2 e il 4% di tutta la popolazione, con una leggera maggioranza di maschi, possa avere un disturbo schizotipico di personalità (Bollini, Walker, 2007; Mattia, Zimmermann, 2001).

TRA LE RIGHE

Nutrimiento e personalità

Nell'era vittoriana, molti genitori inglesi ritenevano che i neonati assorbissero la personalità e la rettitudine morale con il latte della madre. Perciò, quando una mamma non poteva allattare, era importante trovare una nutrice di buon carattere (Asimov, 1997).

Ipotesi esplicative del disturbo schizotipico

Gli studi a orientamento psicodinamico (Kendler et al., 1981, 1995; Kety et al., 1971; Rosenthal et al., 1971) considerano il disturbo schizotipico di personalità una patologia per certi versi accostabile allo spettro schizofrenico, anche se meno grave. I pazienti schizotipici presentano un esame di realtà maggiormente conservato rispetto agli schizofrenici, alcuni disturbi del pensiero e difficoltà relazionali. Come sottolineano Giberti e Rossi (2009) troviamo lungo il medesimo *continuum* sia il disturbo schizoide di personalità sia quello schizotipico: in entrambi i casi, infatti, i pazienti presentano un certo grado di inibizione affettiva e distacco sociale.

TRA LE RIGHE

Quando il disturbo di personalità esplode

Seung-Hui Cho, studente al Virginia Tech Institute, descrisse in un video farneticante tutti gli affronti subiti nella vita e il suo desiderio di vendetta. Dopo avere spedito il DVD alla NBC, il 16 aprile 2007 si è recato nel campus dove viveva e ha compiuto una strage, uccidendo 32 persone, ferendone altre 25 e suicidandosi alla fine. Il suo disturbo? Secondo gli osservatori psichiatri, manifestava una combinazione di caratteristiche di disturbi di personalità diversi, antisociale, borderline, paranoide, schizoide, schizotipico e narcisistico, oltre a un odio e una furia sconfinati, estremo straniamento sociale, profonda diffidenza, pensieri strani, comportamento aggressivo e arrogante, disprezzo per gli altri e indifferenza per i limiti sociali.

La prospettiva psicodinamica fa risalire la genesi di tali disturbi a una fissazione patologica alla posizione

schizo-paranoide (Klein, 1935) e, dunque, alla prevalenza di angosce persecutorie e di impulsi aggressivi. L'utilizzo delle difese primitive, quali scissione e proiezione, riconduce alla mancata integrazione dell'oggetto. Bion (1967) individua in questi pazienti la presenza di oggetti bizzarri, originati dalla frammentazione di oggetti cattivi scissi e proiettati all'esterno. Quando gli oggetti bizzarri sono reintroiettati dal soggetto, egli sperimenta vissuti di depersonalizzazione e vuoto affettivo. Secondo Bowlby (1988), più recentemente, l'origine del disturbo schizotipico andrebbe ricercata in un ambiente di crescita deprivato e in una situazione di frustrazione affettiva che condurrebbe a una disorganizzazione nel sistema dell'attaccamento.

Data la somiglianza dei sintomi del disturbo schizotipico di personalità con quelli della schizofrenia, attualmente i ricercatori ipotizzano che nei due disturbi siano implicati fattori cognitivi simili (Lahti et al., 2009) come la capacità di attenzione e la memoria a breve termine, che possono essere una concausa sia del disturbo schizotipico di personalità sia della schizofrenia (Bollini, Walker, 2007). Inoltre, i ricercatori ritengono che questo disturbo di personalità sia associato ad alcune dimensioni biologiche che sono altresì implicate nella schizofrenia, come per esempio l'attività eccessiva del sistema dopaminergico, la dilatazione dei ventricoli cerebrali, la riduzione dei lobi temporali e della sostanza grigia (Coccaro, Siever, 2009; Bollini, Walker, 2007).

Trattamenti del disturbo schizotipico di personalità

Come per i disturbi di personalità paranoide e schizoide, nel caso del disturbo schizotipico il trattamento è difficile. La maggior parte dei terapeuti concorda sulla necessità di aiutare questi pazienti a «riconnettersi» con il resto del mondo e a riconoscere i limiti del loro pensiero e dei loro poteri. La terapia mira quindi a cercare di stabilire limiti chiari (ad esempio viene pretesa la puntualità) e ad aiutare i pazienti a riconoscere dove finiscono le loro idee e iniziano quelle del terapeuta (Stone, 1989).

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Quale solitudine è più solitaria della diffidenza?» George Eliot, scrittrice inglese.

«Non dobbiamo fidarci gli uni degli altri. È la nostra sola difesa contro il tradimento» Tennessee Williams, drammaturgo statunitense.

Tra gli altri obiettivi della terapia, incrementare i contatti sociali positivi, alleviare la solitudine, ridurre la sovrastimolazione e aiutare gli individui ad acquisire maggiore consapevolezza delle proprie sensazioni (Sperry, 2003; Piper, Joyce, 2001).

La terapia cognitivo-comportamentale abbina i due

tipi di tecniche allo scopo di favorire un funzionamento più efficace nelle persone con disturbo schizotipico di personalità. Con gli interventi cognitivi, i terapeuti insegnano ai pazienti come valutare in modo obiettivo i pensieri o le percezioni strani e a ignorare quelli inappropriati (Leahy et al., 2005; Beck et al., 2004). I terapeuti possono prendere nota delle predizioni magiche o bizzarre, per esempio, e in seguito dimostrarne l'infondatezza. Quando i pazienti parlano e iniziano a divagare, i terapeuti possono chiedere loro di riassumere ciò che stanno cercando di dire. Inoltre, alcuni metodi comportamentali specifici, come lezioni di eloquio, addestramento alle abilità sociali e consigli su come vestirsi e comportarsi, si sono dimostrati utili in qualche caso per aiutare i pazienti a mescolarsi agli altri ed essere più a loro agio con le persone (Farmer, Nelson-Gray, 2005).

TRA LE RIGHE

Diagnosi mista

Il boss mafioso Tony Soprano, nella serie televisiva *Soprano*, manifesta diversi sintomi del disturbo antisociale di personalità, come la persistente inosservanza e violazione dei diritti degli altri, la tendenza a mentire costantemente, l'assenza di rimorso dopo avere ingannato, rapinato o ucciso. Una lettura psichiatrica del personaggio indica però che egli possiede anche diverse qualità non caratteristiche del disturbo, come l'attaccamento sincero ai figli e agli amici, gli accessi di ansia e la capacità di seguire e trarre beneficio da una terapia a lungo termine.

A volte le persone con disturbo schizotipico di personalità vengono trattate con farmaci antipsicotici, sulla base delle somiglianze del disturbo con la schizofrenia (Bollini, Walker, 2007). A basse dosi, tali farmaci possono essere efficaci, perché in genere riducono alcuni problemi del pensiero (Markovitz, 2004, 2001; Koenigsberg et al., 2003, 2002).

Sintesi

Disturbi di personalità «bizzarra»

Un disturbo di personalità è un modello rigido di esperienza interiore e di comportamento esteriore. Si tratta di modelli ad ampio spettro e di lunga durata, si discostano notevolmente da ciò che ci si aspetta normalmente dalle persone, e causano un significativo disagio o compromissione del funzionamento. Le spiegazioni teoriche dei disturbi di personalità non hanno trovato solide conferme nella ricerca. Il DSM-IV-TR distingue tra dieci disturbi di personalità, suddivisi in tre gruppi.

I disturbi di personalità del primo gruppo sono caratterizzati da comportamenti bizzarri o eccentrici riconducibili alla schizofrenia sull'Asse I. Le persone con disturbo paranoide di personalità sono profondamen-

te diffidenti e sospettose. Gli individui con disturbo schizoide di personalità evitano sistematicamente le relazioni sociali e manifestano scarse espressioni emotive. Gli individui con disturbo schizotipico di personalità mostrano un quadro pervasivo di problemi interpersonali, caratterizzati da un estremo disagio nelle relazioni strette, forme molto bizzarre del pensiero e del comportamento ed eccentricità nel comportamento stesso. Tutti e tre i tipi di disturbo sono in genere resistenti al trattamento; i progressi ottenuti tendono a essere, nel migliore dei casi, modesti.

13.2

DISTURBI DI PERSONALITÀ «DRAMMATICA»

Il gruppo dei disturbi di personalità «drammatica» comprende il *disturbo di personalità antisociale, borderline, istrionico e narcisistico*. Il comportamento delle persone con questi disturbi è talmente drammatico, emotivo o imprevedibile da impedire loro di avere relazioni veramente solide e soddisfacenti.

Questi disturbi di personalità vengono diagnosticati più facilmente rispetto agli altri. Tuttavia, solo il disturbo antisociale e borderline sono stati studiati a fondo, anche per il fatto che sono causa di problemi per gli altri. Le cause di questo gruppo di disturbi, come quelle del gruppo dei disturbi di personalità bizzarra, non sono state ancora comprese. I trattamenti vanno dall'inefficace al moderatamente efficace.

13.2.1 Disturbo antisociale di personalità

I soggetti con **disturbo antisociale di personalità**, detti anche «psicopatici» o «sociopatici», presentano un quadro pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri (APA, 2000). Assieme ai disturbi correlati a sostanze, si tratta del disturbo collegato più strettamente al comportamento criminale negli adulti. La maggior parte delle persone con disturbo antisociale di personalità ha manifestato aspetti di condotta disturbata prima dei 15 anni, come marinare la scuola, scappare di casa, essere crudeli verso gli animali o altre persone, distruggere la proprietà altrui.

Disturbo antisociale di personalità: disturbo della personalità caratterizzato da un quadro pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri.

Robert Hare (1993), autorevole studioso del disturbo antisociale di personalità, ricorda un suo incontro professionale con un detenuto di nome Ray, nel **Caso 13.4**.

Come Ray, i soggetti con disturbo antisociale di personalità mentono di continuo (Patrick, 2007). Molti non

CASO 13.4

All'inizio degli anni Sessanta fui assunto come unico psicologo nel penitenziario della British Columbia [...]. Avevo preso possesso del mio ufficio da non più di un'ora quando arrivò il mio primo «paziente». Era un trentenne alto, magro, con i capelli scuri. Attorno a lui l'aria sembrava elettrica e mi guardò negli occhi in modo estremamente diretto e intenso, tanto che mi chiesi se avessi mai guardato qualcuno negli occhi prima di allora. Lui non abbassava lo sguardo, non distoglieva gli occhi neppure per un momento, come fa la maggior parte delle persone per attenuare l'aggressività.

Saltando in pieno le presentazioni, il detenuto (che chiamerò Ray) esordì dicendo «Ehi, dottore, come va? Senta, io ho un problema. Ho bisogno del suo aiuto. Vorrei davvero parlare con lei di questa cosa».

Ansioso di iniziare la mia attività di psicoterapeuta, gli chiesi di parlarmene. Per tutta risposta, lui estrasse di tasca un coltello e me l'agitò in faccia, sorridendo per tutto il tempo e senza staccare gli occhi dai miei.

Quando ebbe capito che non avrei suonato l'allarme, mi spiegò che non aveva intenzione di usare il coltello su di me, ma su un altro detenuto che stava facendo delle avances al suo «protetto», termine del gergo carcerario che indica il soggetto passivo di una coppia omosessuale. Non mi fu subito chiaro perché mi stesse dicendo questo, ma mi stava probabilmente mettendo alla prova, per cercare di capire che tipo di dipendente del carcere fossi. [...]

Da quel primo incontro, Ray fece di tutto per rendere un inferno la mia permanenza di otto mesi in quel carcere. Le sue continue pretese, richieste di attenzione, di tempo, e i suoi tentativi di costringermi a fare delle cose per lui erano incessanti. Una volta mi convinse che avrebbe potuto essere un bravo cuoco [...] e io appoggiai la sua richiesta di trasferimento dall'officina (dove si era fabbricato il coltello). Non considerai però che la cucina era una riserva di zucchero, patate, frutta e altri ingredienti dai quali poteva ricavare alcol. Diversi mesi dopo il suo trasferimento (come ho già detto, appoggiato da me), ci fu una potente esplosione sotto le assi del pavimento, direttamente sotto la scrivania del direttore. Quando il trambusto si placò, scoprimmo un elaborato sistema di distillazione al piano di sotto. Qualcosa non aveva funzionato a dovere e uno dei contenitori era esploso. Non era insolito trovare una distilleria in un carcere di massima sicurezza, ma la spudoratezza di arrivare a piazzarne una sotto la scrivania del direttore colpì molte persone. Quando si scoprì che era Ray la mente dietro l'operazione clandestina, fu messo in isolamento per qualche tempo.

Una volta uscito dall'isolamento, si presentò nel mio ufficio come se nulla fosse accaduto e chiese di essere trasferito di nuovo dalle cucine all'autofficina; sentiva veramente di esservi portato, aveva necessità di prepararsi per il momen-

to in cui sarebbe stato scarcerato, se solo avesse avuto modo di imparare poi avrebbe potuto avere la sua attività una volta fuori. [...] Mi sentivo ancora responsabile per avergli organizzato il primo trasferimento, ma alla fine mi prese per sfinimento.

Subito dopo decisi di lasciare il lavoro in carcere per continuare i miei studi di dottorato in psicologia, e circa un mese prima Ray riuscì quasi a convincermi a chiedere a mio padre, costruttore di coperture per tetti, se poteva offrirmi un lavoro e consentirgli così di chiedere la libertà condizionale.

Ray aveva una straordinaria capacità di manipolare non solo me, ma chiunque. Era in grado di parlare e di mentire in modo talmente facile e diretto da riuscire a volte a spiazzare anche i secondini più esperti e cinici. Quando lo incontrai la prima volta, aveva alle spalle una lunga serie di reati (e altrettanti ne avrebbe compiuti in seguito, come si scoprì dopo); aveva trascorso in carcere circa la metà della sua vita adulta e commesso diversi crimini violenti. [...] Mentiva di continuo, automaticamente, praticamente su tutto, e non era minimamente turbato quando rilevavo qualcosa nella sua documentazione che contraddiceva una delle sue bugie. Si limitava a cambiare discorso e a prendere un'altra direzione. Mi convinsi decisamente che non sarebbe stato un candidato adatto per la ditta di mio padre e respinsi la sua richiesta, cosa che lui prese malissimo.

Prima di lasciare la prigione per i miei studi universitari, approfittai della possibilità che avevano i dipendenti di far riparare la macchina nell'autofficina interna, dove Ray continuava a lavorare grazie a me (anche se lui non l'avrebbe mai ammesso). La macchina fu riverniciata alla perfezione e il motore e la trasmissione furono revisionati.

Con tutte le nostre cose imballate e caricate sul tetto dell'auto, e nostro figlio nella sua culla sul sedile posteriore, mia moglie e io partimmo per l'Ontario. I primi problemi si presentarono subito dopo Vancouver, quando il motore cominciò a fare le bizzesse. Il meccanico dal quale mi fermai scoprì dei cuscinetti a sfera nel carburatore; mi mostrò anche dove un elemento del radiatore era stato chiaramente manomesso. Questi problemi furono sistemati abbastanza facilmente, ma poi se ne presentò un altro molto più serio, mentre stavamo percorrendo una lunga discesa. Sentivo che il pedale del freno andava a finecorsa senza agire e poi smise semplicemente di funzionare; stavamo andando senza freni su una strada in discesa. Per fortuna riuscimmo a raggiungere una stazione di servizio, dove scoprimmo che il circuito dei freni era stato tagliato in modo da provocare una perdita continua di liquido. Forse era solo una coincidenza che Ray stesse lavorando nell'autofficina quando vi lasciai la mia macchina, ma non ho dubbi che il «telegrafo» del carcere gli avesse detto chi era il proprietario del mezzo (Hare, 1993).

riescono a conservare un posto di lavoro; tendono ad assentarsi di frequente e ad abbandonare il lavoro. Sono irresponsabili dal punto di vista economico, spesso contraggono debiti e non li pagano. Tendono a essere impulsivi e agiscono senza pensare alle conseguenze (Blair et al., 2005). Di conseguenza possono essere irritabili, aggressivi e violenti con gli altri. Molti si trasferiscono di continuo.

L'avventatezza è un'altra caratteristica comune: le persone sociopatiche hanno scarsa considerazione per la sicurezza propria e degli altri, anche dei propri figli. Sono egocentrici e hanno difficoltà a portare avanti relazioni strette. In genere sviluppano un'abilità particolare nel trarre profitto o piacere personale a spese degli altri. Poiché raramente causano dolore o danni a se stessi, i clinici dicono in genere che mancano di coscienza morale (Kantor, 2006). Considerano le proprie vittime dei debo-

li, che meritano per questo di essere raggirati, derubati o maltrattati fisicamente (si veda la **Tabella 13.2**).

Secondo le indagini, negli Stati Uniti almeno il 3,5% della popolazione può rientrare nei criteri del disturbo antisociale di personalità (O'Connor, 2008; Mattia, Zimmermann, 2001). Il disturbo ha una predominanza quadrupla tra gli uomini rispetto alle donne (Patrick, 2007).

Poiché spesso i soggetti sociopatici vengono arrestati in seguito a qualche crimine, i ricercatori si rivolgono alle prigioni per cercare persone con sintomi antisociali (Blair et al., 2005; Hare, 2003). In realtà, si calcola che circa il 30% dei detenuti rientri nei criteri diagnostici per questo disturbo (O'Connor, 2008). Tra i detenuti maschi delle prigioni urbane, il modello sociopatico è stato collegato ad altri arresti passati per crimini violenti (De Matteo et al., 2005). Spesso il comportamento criminale declina dopo i 40 anni; in certi casi invece le attività criminali continuano per tutta la vita (Hurt, Oltmanns, 2002).

Gli studi e le osservazioni cliniche indicano inoltre nei soggetti sociopatici tassi di alcolismo e di altri disturbi correlati a sostanze maggiori che nel resto della popolazione (Patrick, 2007). L'intossicazione e l'abuso di sostanze potrebbero contribuire a scatenare il disturbo antisociale di personalità allentando i freni inibitori in questi soggetti; diversamente, il disturbo di personalità stesso renderebbe in qualche modo i soggetti più inclini all'abuso di sostanze. O ancora, il disturbo di personalità e l'abuso di sostanze potrebbero avere la stessa causa, come il bisogno radicato di vivere in modo rischioso. È interessante notare che i consumatori di sostanze sociopatici citano spesso l'aspetto ricreativo di droghe e alcol come la ragione che li ha spinti a iniziare e, poi, continuare a usarli (Mirin, Weiss, 1991).

Ipotesi esplicative del disturbo antisociale

All'interno della prospettiva psicodinamica si possono utilizzare i termini «sociopatico», «antisociale» e «psicopatico» come sinonimi: gli individui che presentano questo disturbo sono caratterizzati da un'intensa aggressività, discontrollo degli impulsi e costante ricerca di stimoli e di sensazioni per loro necessarie poiché presentano una soglia di eccitamento più alta della media e, dunque, necessitano di esperienze più intense e improvvise per sentirsi vivi (McWilliams, 1994). Essi presentano importanti difficoltà a mentalizzare e pertanto tendono all'agito, in particolare quando provano forti angosce ed emozioni particolarmente intense, quali rabbia ed euforia di tipo maniacale (Greenwald, 1974).

Le difese che caratterizzano specificamente questi individui sono il controllo onnipotente, l'identificazione proiettiva, la dissociazione e l'*acting out*.

L'assenza di una risposta emotiva profonda porta questi soggetti a essere incapaci di apprendere dalla propria esperienza e di riporre fiducia negli altri. L'altro, infatti, viene considerato solo ed esclusivamente in mo-

Tabella 13.2 Crimini dettati dall'odio negli Stati Uniti, 2006.

Gruppo bersaglio	Numero di incidenti riportati
Gruppo etnico/razziale	
Bianchi	890
Afroamericani	2640
Nativi americani	60
Ispanici	576
Asiatici americani	181
Totale gruppi etnico/razziali	4984
Gruppo religioso	
Ebrei	967
Cattolici	76
Protestanti	59
Islamici	156
Altri gruppi religiosi	204
Totale gruppi religiosi	1462
Gruppo orientamento sessuale	
Omosessuali	1148
Eterosessuali	26
Bisessuali	21
Totale gruppi orientamento sessuale	1195
Gruppo con disabilità	
Disabili fisici	17
Disabili mentali	62
Totale gruppi con disabilità	79

Fonte: *Infoplease*, 2006; FBI, Uniform Crime Reports, 2004.

do strumentale con il fine di raggiungere i propri obiettivi e di dimostrare la propria superiorità.

L'infanzia dei pazienti antisociali è significativamente connotata da caos e insicurezza: l'ambiente di crescita è spesso disorganizzato, instabile o, nei casi più gravi, traumatizzante. Questi soggetti sono stati privati di conferme, protezione e coerenza affettiva, indispensabili per sviluppare la fiducia negli altri, tanto che emozioni e sentimenti sono prevalentemente vissuti come segni di debolezza e quindi disconosciuti. Sicuramente all'origine di tale incapacità vi è un'inadeguatezza del *caregiver* nel contenere emotivamente il figlio e nell'aiutarlo nell'espressione verbale delle proprie emozioni. L'ambiente di crescita non ha stimolato il bambino e non ha dato importanza al linguaggio, all'espressione emotiva e affettiva e ai suoi bisogni di riconoscimento. Come suggeriscono Kernberg (1984) e Meloy (1988) è fallita la possibilità di interiorizzare un oggetto buono e di sviluppare un attaccamento sicuro.

Secondo molti teorici comportamentisti, i sintomi antisociali possono essere appresi tramite il *modellamento* o l'imitazione (Gaynor, Baird, 2007) (si veda la **Figura 13.3**). A riprova si può riscontrare una maggiore prevalenza di disturbo sociopatico fra i genitori di soggetti antisociali (Paris, 2001). Altri comportamentisti ipotizzano che alcuni genitori possano insegnare involontariamente un comportamento antisociale al proprio figlio gratificandolo ogni volta che si comporta in modo aggressivo (Kazdin, 2005).

TRA LE RIGHE

L'odio è un disturbo psicologico?

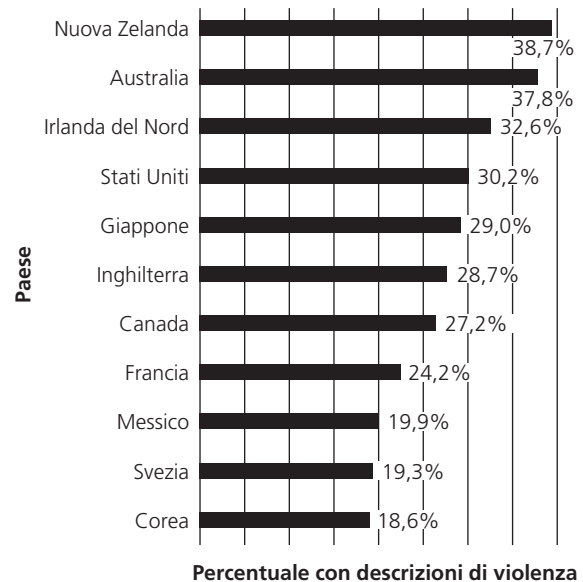
Gli psichiatri si trovano costantemente di fronte a problemi di razzismo estremo, omofobia e altre forme di pregiudizio, comuni soprattutto tra pazienti con disturbo di personalità paranoide, antisociale e d'altro tipo. In ambito clinico è attivo un movimento, attualmente piuttosto limitato, perché l'odio estremo sia classificato tra i disturbi (Vedantam, 2005).

Da alcuni studi è emerso che anche i fattori biologici hanno un ruolo importante nell'eziologia del disturbo antisociale di personalità. In questi soggetti si evidenzerebbe una ridotta attività del sistema serotoninergico rispetto ad altri individui (Patrick, 2007).

Altri studi indicano che negli individui con questo disturbo vi sarebbe un malfunzionamento a livello dei lobi frontali (Morgan, Lilienfeld, 2000). Tra le funzioni di quest'area cerebrale vi sono, infatti, la pianificazione e l'esecuzione di strategie comportamentali adeguate e la possibilità di sperimentare sentimenti quali la compassione e l'empatia (Lambert, Kinsley, 2005), tutti aspetti compromessi nei soggetti sociopatici.

Secondo un ulteriore filone di ricerca, gli individui con questo disturbo provano un livello inferiore di ansia

Figura 13.3 Quali sono le culture più antisociali? In uno studio interculturale che coinvolgeva adolescenti, ai partecipanti veniva chiesto di scrivere dei racconti in cui descrivevano le reazioni di personaggi immaginari di fronte a diversi tipi di conflitto. Circa un terzo dei soggetti neozelandesi, australiani, nordestri e americani hanno descritto reazioni violente.



Fonte: adattato da Archer e McDaniel, 1995.

rispetto ad altre persone (Blair et al., 2005) e reagiscono spesso alle situazioni di allarme o alle aspettative stressanti con una ridotta attivazione cerebrale e corporea (Gaynor, Baird, 2007).

Forse, a causa della loro bassa capacità di attivazione, questi soggetti tendono facilmente a ignorare le situazioni emotive o minacciose e non ne sono quindi toccati in alcun modo.

TRA LE RIGHE

Lasciarsi andare

Esprimere la rabbia: solo il 23% degli adulti afferma di esprimere apertamente la collera (Kanner, 2005, 1998). Circa il 39% dice di reprimere o contenere la propria rabbia e il 23% si allontana per cercare di calmarsi.

Il mito dello sfogo: contrariamente all'idea che «lasciare uscire la rabbia» la riduca, in uno studio i partecipanti si comportavano in modo molto più aggressivo dopo avere colpito un punching ball rispetto ai partecipanti che prima rimanevano seduti in un posto tranquillo per un po' di tempo (Bushman et al., 1999).

Si potrebbe affermare che, a causa di questa particolarità

Approfondimento

IL GIOCO D'AZZARDO E ALTRI PROBLEMI LEGATI ALL'IMPULSIVITÀ

L'impulsività è un sintomo di molti disturbi psicologici, compresi il disturbo antisociale e borderline di personalità. Il DSM-IV-TR elenca numerosi disturbi in cui l'impulsività, anziché la personalità, è la caratteristica *principale*. Le persone con questi *disturbi del controllo degli impulsi* non riescono a resistere all'impulso, allo stimolo o alla tentazione di eseguire azioni dannose per sé o per gli altri (APA, 2000). In genere è presente una tensione crescente prima di compiere l'azione e sollievo quando si cede all'impulso. Alcuni, non tutti, in seguito provano rimorso o senso di colpa. Circa il 9% degli adulti manifesta un disturbo del controllo degli impulsi in un dato anno (Kessler et al., 2006, 2005). Tra i disturbi del controllo degli impulsi rientrano la piromania, la cleptomania, il disturbo esplosivo intermittente, la tricotillomania e il gioco d'azzardo patologico.

- Con *piromania* si intendono episodi ripetuti di appiccamento volontario del fuoco. L'azione procura intenso piacere e sollievo dalla tensione. Da non confondere con l'*incendio doloso*, in cui il fuoco viene appiccato per vendetta o tornaconto finanziario.
- Nella *cleptomania* il soggetto non riesce a resistere all'impulso di rubare. Le persone con questo disturbo in genere non hanno problemi economici e sarebbero in grado di pagare gli oggetti che rubano.
- I soggetti con *disturbo esplosivo intermittente* hanno periodici scoppi di aggressività in cui possono diventare violenti nei riguardi di persone o cose. Le azioni aggressive sono sproporzionate alle provocazioni.
- Le persone con *tricotillomania* si strappano sistematicamente capelli e peli, in particolare dal cuoio capelluto, dalle sopracciglia e dalle ciglia.

- Tra i disturbi del controllo degli impulsi, il più comune è il *gioco d'azzardo patologico*, un comportamento di gioco persistente e ripetuto, che sconvolge la vita familiare o lavorativa delle persone (APA, 2000).

Si calcola che almeno il 2,3% degli adulti e una percentuale compresa fra il 3 e l'8% degli adolescenti e degli studenti universitari giochi d'azzardo in modo patologico (Griffiths, 2006; APA, 2000). I clinici distinguono tuttavia fra gioco d'azzardo patologico e sociale (Kaminer et al., 2002). Il gioco d'azzardo patologico non è tanto definito dalla quantità di tempo o denaro spesi nell'attività, quanto dalla natura di dipendenza e impulsività del comportamento (Petry, 2005, 2001). Le persone con questo disturbo non riescono a sottrarsi a una scommessa e sono nervose e irritabili se viene loro impedito di giocare. Le continue perdite di denaro portano a giocare sempre di più nel tentativo di recuperare, e le scommesse continuano nonostante i problemi finanziari, sociali e di salute (Griffiths, 2006).

Negli ultimi anni sono stati compiuti numerosi sforzi per individuare un trattamento efficace di questo disturbo. I trattamenti che combinano approcci cognitivi, comportamentali, biologici, sociali e sanitari tendono a essere i più efficaci (Black et al., 2008, 2007; Weinstein, 2007). Parimenti efficaci sono i gruppi di auto-aiuto come *Giocatori Anonimi*, una rete di associazioni sul modello degli Alcolisti Anonimi; i soggetti che li frequentano sembrano presentare un tasso di recupero abbastanza elevato, in parte perché ammettono di avere un problema e cercano di superarlo. Studi recenti indicano che il gioco d'azzardo patologico è un problema complesso che implica spesso numerose cause, persino biochimiche (Petry, 2005; Szegedy-Maszak, 2005).

tà, le persone sociopatiche tendono più delle altre a correre dei rischi e a cercare emozioni forti; esse, cioè, potrebbero essere attratte dalle attività antisociali proprio perché esse soddisfano un bisogno biologico di fondo di ottenere in qualche modo eccitazione e attivazione. A sostegno di questa teoria, come abbiamo visto più sopra, spesso il disturbo antisociale di personalità si accompagna a un comportamento di ricerca di sensazioni (Patrick, 2007).

Trattamenti del disturbo antisociale di personalità

In genere non esistono trattamenti efficaci per il disturbo antisociale di personalità (Hilarski, 2007). Tra gli ostacoli principali vi è la carenza di coscienza dei soggetti e del desiderio di cambiare (Kantor, 2006). Nella maggior parte dei casi, coloro che seguono una terapia vi sono stati obbligati da un datore di lavoro, dalla scuola o da

un giudice; oppure il disturbo viene scoperto da un terapeuta quando un soggetto è in cura per un altro tipo di problema psicologico (Agronin, 2006).

Alcuni terapeuti cognitivi cercano di guidare i pazienti sociopatici a riflettere su temi morali e sui diritti degli altri (Davidson, 2009; Leahy et al., 2005). In modo analogo, diversi ospedali e carceri hanno provato a creare comunità terapeutiche per persone sociopatiche, ossia un ambiente strutturato dove possano imparare il significato della responsabilità nei confronti degli altri (Harris, Rice, 2006; Piper, Joyce, 2001). Alcuni individui sembrano trarre giovamento da questi approcci, ma nella maggioranza dei casi ciò non avviene. Negli ultimi anni si è tentata anche la terapia con farmaci psicotropi, in particolare con antipsicotici atipici, per il trattamento del disturbo antisociale di personalità. Secondo alcune pub-

blicazioni scientifiche i farmaci potrebbero ridurre alcune caratteristiche del disturbo, ma mancano ancora studi sistematici su questa ipotesi (Markovitz, 2004).

TRA LE RIGHE

Disturbi di personalità e cinema

Il film del 1999 *Ragazze interrotte*, basato su un famoso libro in forma di diario, racconta la vicenda di Susanna Kaysen che diventa amica di Lisa Rowe mentre sono entrambe ricoverate in una clinica psichiatrica. A Susanna viene diagnosticato il disturbo borderline di personalità in base a un presunto tentato suicidio (NB: in realtà aveva preso delle pastiglie per il mal di testa e più tardi aveva bevuto dell'alcol a una festa in casa), mentre Lisa è una sociopatica. Nel film gli scoppi di rabbia, i cambiamenti di umore, l'impulsività e altri sintomi di Lisa erano effettivamente più tipici di un quadro borderline rispetto a quelli di Susanna.

13.2.2 Disturbo borderline di personalità

Le caratteristiche del **disturbo borderline di personalità** sono una grande instabilità, con notevoli variazioni di umore, alterazioni dell'immagine di sé e impulsività pervasiva. A causa di ciò, anche le relazioni interpersonali sono molto instabili (Paris, 2005; APA, 2000), come si vede nel **Caso 13.5** di Ellen in cui sono presenti alcune difficoltà tipiche.

Disturbo borderline di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da instabilità pervasiva nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nell'umore, e da comportamento impulsivo.

Come Ellen, le persone con disturbo borderline di personalità entrano ed escono continuamente da stati gravemente depressivi, ansiosi e irritabili che possono durare da poche ore soltanto ad alcuni giorni o più. Tendono ad avere attacchi di rabbia che possono talora sfociare in aggressione fisica e violenza. Possono inoltre rivolgere questa rabbia impulsiva verso se stessi e autoinfliggersi del male. Molti sembrano turbati da una profonda sensazione di vuoto.

Il disturbo borderline di personalità è un quadro complesso e sta rapidamente diventando tra i problemi più comuni visti nella pratica clinica. Molti dei pazienti che si presentano al pronto soccorso psichiatrico con questo disturbo si sono intenzionalmente fatti del male. Le attività impulsive e autodistruttive possono andare dall'abuso di alcol o di sostanze alla delinquenza, al sesso promiscuo e non protetto e alla guida spericolata (Sherry, Whilde, 2008). È frequente un comportamento autolesivo o di automutilazione, come tagliarsi, bruciarsi, sbattere la testa (Conklin, Westen, 2005). Sebbene tali comportamenti siano in genere causa di immensa sofferenza fisica, gli individui con disturbo borderline di personalità hanno spesso la sensazione che il dolore fisico sia un sollievo dalla sofferenza emotiva. Può diventare una di-

CASO 13.5

Ellen, 35 anni, single, dirigente di una compagnia di assicurazioni, si presentò al pronto soccorso psichiatrico di un policlinico universitario riferendo sintomi di depressione e il pensiero di lanciarsi con la macchina da uno strapiombo. Ellen, una donna spigliata e sofisticata, leggermente sovrappeso, appariva molto angosciata. Riferì un periodo di sei mesi di disforia persistente e mancanza di energia e di gioia di vivere. Con la sensazione di essere «fatta di piombo», ultimamente la signora Farber aveva trascorso a letto 15 o 20 ore al giorno. Aveva inoltre episodi quotidiani di abbuffate compulsive, in cui ingeriva «tutto ciò che riusciva a trovare», come intere torte al cioccolato e pacchi di biscotti. Tali comportamenti andavano avanti sin dagli anni dell'adolescenza, ma ultimamente avvenivano sempre più spesso, tanto che negli ultimi mesi era aumentata di cinque chili. In passato aveva avuto più volte variazioni di peso, avendo fatto diverse diete [...]. Attribuiva i propri sintomi alle sue difficoltà finanziarie. Ellen era stata licenziata due settimane prima del suo arrivo al pronto soccorso. Secondo lei era accaduto perché «doveva qualche piccola somma di denaro». Quando le fu chiesto di essere più precisa, disse di avere un debito di 150.000 dollari con il suo ex datore di lavoro e di altri

100.000 dollari con alcune banche locali. Da altre domande venne fuori che da sempre aveva difficoltà nella gestione del denaro e a 27 anni era stata costretta a dichiarare bancarotta. Dai 30 ai 33 anni aveva usato le carte di credito del suo capo per pagarsi delle «maratone di shopping compulsivo» settimanali, e così aveva accumulato il debito di 150.000 dollari. [...] Disse che spendere soldi alleviava certe sensazioni croniche di solitudine, isolamento e infelicità. Poiché il sollievo era solo temporaneo, dopo soli pochi giorni acquistava d'impulso gioielli e orologi costosi o più paia dello stesso modello di scarpe [...]. Oltre a queste sensazioni di solitudine che l'accompagnavano da tutta la vita, Ellen descrisse un'incertezza cronica su ciò che voleva fare nella vita e di chi voleva essere amica. Aveva molte relazioni di amicizia brevi e intense sia con uomini che con donne, ma a causa del suo carattere impulsivo c'erano frequenti discussioni, durante le quali arrivava persino alle mani. Pur avendo sempre pensato alla sua infanzia come a un periodo felice e spensierato, quando subentrò la depressione cominciò a ricordare [di essere stata maltrattata, verbalmente e fisicamente, dalla madre] (Spitzer et al., 1994, pp. 395-397).

strazione dall'angoscia, causando in loro una reazione nei confronti di un «sovraccarico emotivo» (Stanley, Brodsky, 2005). Cicatrici e ferite possono fornire inoltre una sorta di documentazione o prova concreta della sofferenza emotiva (Plante, 2006; Paris, 2005). Infine, come Ellen, molte persone affette da questo disturbo cercano di farsi del male per gestire la sensazione cronica di vuoto, noia profonda e confusione di identità.

TRA LE RIGHE

Qual è l'origine della parola «borderline»?

Il termine «borderline» fu introdotto nel 1938 dallo psicanalista Adolph Stern per descrivere dei pazienti con sintomatologia più grave rispetto ai «nevrotici», però non ancora psicotica (Stern, 1938). Da allora il termine si è evoluto fino ad acquisire il significato attuale.

Sono comuni anche le minacce di suicidio e le azioni suicidarie. Secondo gli studi, circa il 75% dei soggetti con disturbo borderline di personalità tenta il suicidio almeno una volta nella vita; circa il 10% riesce a togliersi la vita (Sherry, Wilde, 2008; Soloff et al., 2005). Accade spesso che le persone affette dal disturbo borderline di personalità vengano prese in carico per il trattamento proprio attraverso il pronto soccorso in seguito a un tentativo di suicidio (Lambert, 2003).

Le persone con disturbo borderline di personalità hanno spesso relazioni intense, molto conflittuali, in cui i loro sentimenti non sono sempre ricambiati dall'altra persona.

TRA LE RIGHE

Rabbia e motori

- 15% Percentuale di automobilisti che impreca e urla a causa di altri conducenti
 - 7% Automobilisti che «mostrano il dito medio» quando sono innervositi da altri conducenti
 - 7% Automobilisti che agitano il pugno quando sono innervositi da altri conducenti
 - 14% Automobilisti che hanno urlato contro o hanno avuto una discussione con un altro conducente nell'ultimo anno
 - 2% Automobilisti che sono venuti alle mani con un altro conducente
- (OFWW, 2004; Herman, 1999; Kanner, 1995)

I soggetti borderline possono giungere a idealizzare le qualità e le capacità di un'altra persona dopo averla conosciuta appena. Tendono inoltre a superare i confini appropriati della relazione (Skodol et al., 2002) e ad arrabbiarsi oltremisura quando le loro aspettative non trovano risposta; in genere però non rompono la relazione,

ma la tengono comunque in piedi (Bender et al., 2001). In effetti, le persone con questo disturbo hanno costantemente paura di un imminente abbandono e spesso fanno di tutto per evitare separazioni, reali o immaginarie, dalle persone con cui hanno rapporti (Sherry, Whilde, 2008). Talora arrivano a provocarsi ferite o a compiere altre azioni di autolesionismo per impedire al partner di andarsene.

Le persone con disturbo borderline di personalità hanno in genere variazioni improvvise e drammatiche della propria identità. Un senso di sé instabile può essere causa di rapidi cambiamenti per quanto riguarda obiettivi, aspirazioni, amicizie e persino orientamento sessuale (Skodol, 2005). Talora possono non avere alcun senso di sé e in conseguenza di ciò si produce il senso di vuoto descritto più sopra (Linehan et al., 2001).

Si calcola che tra l'1 e il 2,5% della popolazione generale soffre di disturbo borderline di personalità (Sherry, Whilde, 2008; Arntz, 2005). Quasi il 75% degli individui a cui viene diagnosticato il disturbo è di sesso femminile. Il decorso del disturbo è variabile. Nel modello più comune, l'instabilità e il rischio di suicidio hanno un picco nella prima età adulta, per poi diminuire gradualmente nel corso degli anni (Hurt, Oltmanns, 2002; APA, 2000). Considerate le modalità di relazione caotiche e instabili caratteristiche di questo disturbo di personalità, non sorprende che esso tenda a interferire con le prestazioni lavorative in misura maggiore rispetto alla maggior parte dei disturbi di personalità (Zanarini et al., 2005).

Ipotesi esplicative del disturbo borderline di personalità

A partire dagli anni Cinquanta del Novecento numerose sono state le critiche alla tradizionale dicotomia nevrosi-psicosi e un numero sempre maggiore di specialisti ha messo in evidenza la presenza di una sintomatologia al limite tra i due quadri clinici. Sono stati descritti scenari particolarmente caotici, caratterizzati da profonda instabilità e imprevedibilità, ma privi di allucinazioni e deliri, tipici delle psicosi (Kernberg, 1975, 1976; Masterson, 1976; Stone, 1986). Fu nel 1980 che il termine «borderline» venne inserito ufficialmente nella terza edizione del DSM per denotare uno specifico disturbo di personalità.

In un'ottica psicoanalitica possiamo affermare che il paziente borderline sperimenta una profonda ambivalenza nella relazione interpersonale: egli coglie il profondo bisogno dell'altro, ma al tempo stesso ha paura di fondersi con esso, sino a perdere la propria identità (Kernberg, 1975). Tale difficoltà sembrerebbe originarsi nella relazione con un *caregiver* incapace di incoraggiare il bambino nell'esplorazione dell'ambiente, con una conseguente progressiva separazione, e di fornire il necessario supporto nella fase di riavvicinamento.

FERITE AUTOINFLITTE: IL DOLORE CHE NON GUARISCE

Scott Cooper, cittadino corrispondente, «Orato», 30 luglio 2008.

I comportamenti autodistruttivi non sono una novità. Dagli intransigenti flagellanti cristiani del XIII e XIV secolo a Sid Vicious che si incide «Nancy» sul petto dopo uno spettacolo, alla tipica adolescente che porta sulla pelle la furia giovanile con vari strumenti di blanda deturpazione, il dolore autoinflitto non conosce fine. [...]

Io non sono un adolescente [...] e neppure la [principessa] Diana, che viveva sotto enormi pressioni per cercare di essere all'altezza delle folli pretese della monarchia inglese.

L'altra sera ero al telefono con un'amica e ho deciso di farlo perché ho detto di essere stanco. Non le ho detto «Ho davvero bisogno di parlare con te perché ho una gran voglia di farmi del male». No. Avevo un rituale da seguire e volevo che niente me lo impedisse. Ho preso tutto l'occorrente: tovagliolini di carta per tamponare all'inizio, cerotti per coprire alla fine, garza nel caso che i cerotti non fossero sufficienti, cerotto adesivo per fissare le garze e un rasoio nuovo di zecca.

Come mia madre quando apparecchia la tavola per sei a una cena di Natale formale, anch'io dispongo tutto in ordine al posto giusto. Ho sistemato tutti gli oggetti a semicerchio di fronte a me, ho messo della musica adatta allo scopo e bevuto un po' di alcol, tanto per prendere coraggio. Mi sono seduto, ho fumato una sigaretta, bevuto una birra, e ho messo gli auricolari, alzato il volume, poi ho smesso di cercare di controllare i miei pensieri e li ho lasciati andare. [...] Sensazioni di alienazione e solitudine cominciano a emergere come un magma sotto la superficie. Ansia e mancanza di senso di me stesso turbinavano dentro di me. È colpa mia, ho fatto questo, la responsabilità è solo mia, non dovrei essere qui, il mio corpo è un sudario che copre una tremenda bugia, ho detto qualcosa nell'85 per cui mia madre si è vergognata tantissimo di me, magari ci fossi riuscito con quelle pillole nell'88, mi dispiace se ho fatto in modo che mi lasciassi, non intendevo traumatizzare la tua famiglia, ti amo ancora, di' a tuo fratello che mi dispiace, no, non farlo, per favore, smettila...

Poi mi sono messo all'opera.

Prima una croce [...] e per finire, un paio di linee parallele lungo il braccio [...].

La mia mente urlava dalle profondità dell'Inferno di Dante [...]. Il sangue mi colava lungo il braccio come un segno di vita o qualcos'altro, qualcosa di intensamente desiderato, non lo so. I tovagliolini di carta con le macchie rosso scuro sembravano un semplice incidente in cucina. Poi è tutto finito e quel dolore psicologico che doveva essere trasferito sul mio corpo era totale.

Mi sono svegliato la mattina dopo con bruciore e dolore al braccio e tanta confusione nella testa. Mi ero spinto troppo oltre? [...] A chi lo dico, a chi non lo dico, quanto ci vorrà prima che queste dannate ferite guariscano? Dopotutto è estate e indossare le maniche corte richiede tutta una preparazione accurata prima di uscire di casa.

Questa non era la prima volta, era solo l'ultima in ordine di tempo. Mi sono fatto dei tagli anche più profondi, sono stato al pronto soccorso, mi hanno messo i punti. Come ogni volta, sentivo la necessità di farlo e, come sempre, c'era in me una forte ambivalenza riguardo a fino dove potessi spingermi. Spesso si sente dire che l'autolesionismo non implica la voglia di uccidersi, ma nel mio caso, molto spesso quel pensiero non è mai troppo lontano. In fondo cosa significa? Solo andare più a fondo e immergersi in una vasca d'acqua calda. È arrivata l'ora? Sono pronto?

Ferirsi, come l'anoressia o la bulimia, è un atto intensamente privato e pervaso di vergogna. Non per l'atto in sé, ma la vergogna che esiste sempre dentro di me, un catalizzatore dell'atto. In maniera molto simile al suicidio, ci sono molte persone che sono passate attraverso situazioni orribili nella vita e non potrebbero mai neppure immaginare di farsi del male. Queste sono le persone che spaccano un piatto contro il muro, urlano contro una persona che le ha ferite, reagiscono a una situazione con un'azione diretta contro l'esterno. Altri interiorizzano. A me piacerebbe poter gridare. Vorrei tanto poter rompere qualcosa. Ne ho bisogno.

[...] Perché? Quando mi vengono quelle idee, perché mi devo tagliare? Lo faccio per sentirmi meglio, per alleviare la tensione nella mente con un atto fisico. Lo faccio per sentirmi peggio, perché sto cercando di dire qualcosa di importante su quanto questa vita fa male e non riesco a trovare le parole. Perché me lo merito. In qualche modo fantastico, voglio che qualcuno veda le mie ferite e interpreti immediatamente quello che non va, che mi prenda per mano e mi guidi attraverso questa vita. Io non sono capace di muovermi da solo. Sopra e sotto tutto quanto, come portare fuori la spazzatura, lo faccio e basta. [...]

Alla fine, nonostante la mia età e il mio genere, so che non sono solo. E anche coloro che si fanno del male in qualsiasi modo, chiaramente non sono soli. La cosa più triste è che, quando quell'impulso all'autolesionismo arriva come un uragano e la capacità di sfuggirgli è esile, tutto l'amore, il sostegno e la comprensione di chiunque si ferma davanti a quella porta che noi semplicemente non possiamo aprire. E anche se non posso aprire la porta, a tutti coloro che mi vogliono bene e che non leggeranno mai queste righe, tutto ciò che chiedo è, per favore, non smettete di bussare.

Copyright © 2008. Ristampa autorizzata.

Tali soggetti sono caratterizzati da debolezza strutturale dell'io, operazioni difensive primitive, conseguenti relazioni oggettuali problematiche e difficoltà a modulare gli affetti e a controllare gli impulsi; essi sperimentano un cronico sentimento soggettivo di vuoto legato alla mancanza di un concetto stabile e integrato di sé e degli altri. La percezione della continuità temporale risulta frammentata, portando questi pazienti a vivere in un «adesso» che non può stabilire connessioni di senso con il passato e il futuro (Freilone, 2005). Essi, inoltre, pur mantenendo prevalentemente intatto l'esame di realtà, tendono a regredire a un funzionamento di tipo psicotico in concomitanza con il loro esperire affetti particolarmente intensi.

TRA LE RIGHE

Gestire la rabbia

Le donne ricorrono al cibo per calmarsi quando sono arrabbiate 2,5 volte più degli uomini.

Secondo le indagini, gli uomini ricorrono al sesso per calmarsi quando sono arrabbiati 3 volte più delle donne.

Le donne hanno il 56% di probabilità più degli uomini di urlare quando sono arrabbiate.

Gli uomini hanno il 35% di probabilità più delle donne di «ribollire in silenzio» quando sono arrabbiati.

(Zoellner, 2000)

La principale modalità di difesa assunta dai pazienti borderline è la scissione, riscontrabile anche durante l'attivazione di altre difese quali l'idealizzazione primitiva, l'onnipotenza e la svalutazione, che conducono il soggetto a percepire gli altri come totalmente «buoni» o totalmente «cattivi». La percezione che questi pazienti hanno degli altri è, quindi, polarizzata su due estremi e questo porta loro a oscillare tra idealizzazione e svalutazione.

Alcune caratteristiche del disturbo borderline di personalità sono state, inoltre, collegate a fattori biologici. I soggetti maggiormente compromessi, ossia coloro che sono più aggressivi nei confronti di se stessi e degli altri, sembrano avere una ridotta attività della serotonina (Norra et al., 2003). In accordo con le ipotesi biologiche, è stato riscontrato nei consanguinei di primo grado una probabilità cinque volte maggiore rispetto alla popolazione generale di avere lo stesso disturbo di personalità (Bradley et al., 2007; Torgersen, 2000, 1984; Kendler et al., 1991).

Attualmente ha acquisito pregnanza la spiegazione del disturbo borderline di personalità proposta all'interno della *prospettiva biopsicosociale* (Linehan, Dexter-Mazza, 2008; Linehan, 1993, 1987). In base a questa teoria, il disturbo deriva da una combinazione di fattori biologici (disfunzioni cerebrali), psicologici (difficoltà a

identificare e controllare i propri livelli di reattività ed emozione) e sociali (ambiente primario in cui l'affettività del bambino viene ignorata, denegata o punita).

Infine, alcuni teorici della prospettiva socioculturale ipotizzano che i casi di disturbo borderline di personalità siano più frequenti nelle culture sottoposte a rapidi cambiamenti. Quando una cultura perde stabilità, affermano, inevitabilmente si producono nei membri problemi di identità, senso di vuoto, elevati livelli di ansia e vissuti abbandonici (Paris, 1991). Le unità famigliari tendono a disgregarsi e le persone sentono compromesso il senso di appartenenza.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«La collera è una breve follia» Orazio, *Epistole*, 20 a.C.

Trattamenti del disturbo borderline di personalità

La psicoterapia si è dimostrata di qualche utilità per le persone con disturbo borderline di personalità (Sperry, 2003). Tuttavia, per un terapeuta è molto difficile ottenere un equilibrio tra l'empatia nei confronti della dipendenza e della rabbia del paziente e la necessità di mettere in discussione il suo modo di pensare (Sherry, Whilde, 2008). L'atteggiamento interpersonale fortemente instabile dei pazienti borderline può rendere difficile per l'operatore stabilire un rapporto di lavoro produttivo con loro (Bender, Oldham, 2005). Inoltre, i pazienti possono non rispettare i limiti del rapporto paziente/terapeuta, ad esempio, chiamando il numero riservato alle emergenze per parlare di questioni non urgenti (Gutheil, 2009, 2005).

Negli ultimi vent'anni, numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di un trattamento integrativo per il disturbo borderline di personalità, la *terapia dialettico-comportamentale (TDC)*, tanto che oggi è considerata il trattamento di prima scelta in molti ambiti clinici (Linehan, Dexter-Mazza, 2008; Linehan et al., 2006, 2002, 2001). La TDC deriva in gran parte dal modello di trattamento cognitivo-comportamentale e prevede quindi molte delle stesse tecniche cognitive e comportamentali che vengono applicate nel caso di altri disturbi: esercizi a casa, psicoeducazione, insegnamento di abilità sociali, modellamento terapeutico, determinazione chiara degli obiettivi, valutazione collaborativa tra paziente e terapeuta del modo di pensare del paziente (Sherry, Whilde, 2008). Inoltre la TDC si rifà molto agli approcci psicodinamici umanistici e contemporanei, ponendo la stessa relazione paziente-terapeuta al centro delle interazioni terapeutiche; si verifica costantemente che i confini terapeutici appropriati vengano rispettati e, allo stesso tempo, si comunica accettazione al paziente. In realtà i terapeuti TDC si immedesimano normalmente con i pazien-

ti borderline e con il tumulto emotivo che esperiscono, identificano nuclei di verità nelle lamentele o nelle pretese dei pazienti ed esaminano per loro modi alternativi di rispondere a bisogni reali. Spesso alla TDC viene abbinata la partecipazione del paziente a gruppi per l'apprendimento delle abilità sociali, dove possono mettere in pratica nuovi modi di relazionarsi con altre persone in un ambiente protetto e ricevere allo stesso tempo sostegno dagli altri membri del gruppo.

La TDC ha ricevuto numerose conferme dalla ricerca, più di ogni altra forma di trattamento per il disturbo borderline di personalità (Linehan, Dexter-Mazza, 2008; Linehan et al., 2006, 2002, 2001). Molti pazienti che si sono sottoposti a questo tipo di trattamento riescono a migliorare la propria capacità di tollerare lo stress, sviluppano nuove e più appropriate abilità sociali e reagiscono in maniera più efficace alle situazioni della vita. Gli atti autolesivi diminuiscono in modo significativo, come pure la tendenza al suicidio, molto più che negli individui borderline sottoposti ad altri tipi di trattamento. Infine, i pazienti che seguono questa terapia hanno più probabilità degli altri di continuarla e di riferire successivamente meno rabbia, maggiore gratificazione sociale, migliore prestazione lavorativa e riduzione dell'abuso di sostanze.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«La persona isterica trova un eccessivo significato nelle cose. La persona depressa ne trova troppo poco» Mason Cooley, scrittore di aforismi americano.

Infine, i farmaci antidepressivi, antibipolari, ansiolitici e antipsicotici si sono dimostrati utili nel calmare gli accessi emotivi e aggressivi in alcuni casi di disturbo borderline di personalità (Agronin, 2006; Gruetter, Friege, 2005). Tuttavia, considerati i numerosi tentativi di suicidio da parte degli individui con questo disturbo, l'uso dei farmaci nell'ambito di un trattamento ambulatoriale è controverso. Oggi molti professionisti della salute mentale ritengono che la terapia con farmaci psicotropi per il disturbo borderline di personalità dovrebbe essere considerata un'aggiunta alla psicoterapia; in effetti, molti pazienti sembrano trarre beneficio da una combinazione di psicoterapia e farmacoterapia (Soloff, 2005; Livesley, 2000).

13.2.3 Disturbo istrionico di personalità

Le persone con **disturbo istrionico di personalità**, un tempo detto *disturbo isterico di personalità*, sono estremamente emotive (vengono definite in genere «emotivamente cariche») e cercano di continuo di essere al centro dell'attenzione (APA, 2000). Il loro umore esagerato e

drammatico può complicare notevolmente la vita, come si nota nel **Caso 13.6** di Hilde.

Disturbo istrionico di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da un'emotività eccessiva e da un comportamento di ricerca di attenzione. Un tempo era detto *disturbo isterico di personalità*.

Le persone con disturbo istrionico di personalità sono sempre «in scena», usano gesti teatrali, manierismi e linguaggio altisonante per parlare anche di eventi comuni e quotidiani. Cambiano continuamente allo scopo di attirare l'attenzione e fare colpo, e in questa ricerca non modificano solo le caratteristiche superficiali, sempre all'ultima moda, ma anche le proprie opinioni e convinzioni. In realtà il loro eloquio è povero di dettagli e di sostanza, e sembrano non avere chiaro il proprio senso di sé.

L'approvazione e la lode sono essenziali per questi individui, per i quali è essenziale avere un pubblico che assista ai loro stati emotivi eccessivi. Vanitosi, egoisti, esigenti e incapaci di ricercare la gratificazione a lungo, essi reagiscono in modo drammatico a qualsiasi evento, anche piccolo, che impedisca la loro ricerca di attenzione. A volte arrivano a tentare il suicidio allo scopo di manipolare gli altri (Lambert, 2003; APA, 2000).

TRA LE RIGHE

Il ritratto della vanità

Federico V di Danimarca, che regnò dal 1746 al 1766, si fece fare il ritratto almeno 70 volte dallo stesso artista, Carl Pilo (Shaw, 2004).

Le persone con disturbo istrionico possono attirare l'attenzione con descrizioni drammatiche di sintomi fisici o della loro stanchezza. Possono inoltre comportarsi in modo provocante o seduttivo per cercare di ottenere i propri scopi attraverso la seduzione sessuale. È molto frequente in questi individui l'ossessione dell'aspetto fisico e di come vengono visti dagli altri, e spesso indossano vestiti e colori particolari e sgargianti. Considerano le proprie relazioni sociali più profonde di quanto siano in realtà, ritenendosi amici intimi di persone che li considerano dei semplici conoscenti. Spesso allacciano relazioni sentimentali con persone magari belle e affascinanti, che però le trattano male.

Si riteneva un tempo che questo disturbo fosse più comune nelle donne che negli uomini, tanto che a lungo nella pratica clinica si è parlato di «moglie isterica» (Anderson et al., 2001). La ricerca ha indicato invece un pregiudizio di natura sessuale nelle diagnosi del passato (Fowler et al., 2007). Nel valutare i case study di persone che presentano tratti misti di personalità istrionica e antisociale, in diversi studi i clinici hanno emesso la diagnosi di disturbo istrionico di personalità più spesso per

CASO 13.6

Hilde è una casalinga di 42 anni con [...] diversi problemi, ossia mal di testa, depressione lieve e difficoltà coniugali. [...] Hilde, ancora una bella donna, ovviamente dedicava buona parte del suo tempo a curare il proprio aspetto fisico. Nel colloquio iniziale con lo psichiatra era collaborativa, anche se a volte divagava e doveva essere sollecitata a ritornare sul tema. Mentre parlava si capiva che in realtà non aveva riflettuto adeguatamente sui problemi e che stava solo snocciolando informazioni, come avrebbe potuto fare un computer. Durante il colloquio manifestava una notevole [emozione], anche se spesso eccessiva rispetto all'argomento in discussione in quel momento. Le piaceva molto fare lunghe descrizioni storiche del suo passato [...]. In effetti, molte delle sue descrizioni sembravano avere in particolare lo scopo di impressionare il terapeuta, anziché quello di inquadrare i suoi problemi. [...]

Descrivendo le difficoltà attuali, tendeva costantemente ad attribuire la responsabilità a qualche altra persona o situazione anziché a se stessa. Affermava che il marito le mostrava indifferenza. [...] Questa situazione, assieme al «grande stress», venivano considerate le cause di mal di testa e depressione. Alla richiesta di fornire maggiori dettagli, non è riuscita a parlare del rapporto col marito in maniera approfondita.

Da un colloquio parallelo con il marito è emerso che lui «si era semplicemente stancato di cercare di capirla». Ha ammesso di essere stato particolarmente attratto, all'inizio, dalla sua posizione sociale, dalla sua «vivacità» e dalla sua bellezza. Con il passare degli anni si era reso conto che quella vivacità non era l'entusiasmo e la gioia di vivere di una personalità integrata, ma semplicemente un'estroversione e un cronico essere «sopra le righe», spesso fuori luogo. Anche la bellezza stava sfiorando e lei dedicava una quantità di tempo e di denaro esagerate al tentativo di tenersi in forma. [...] [Il marito] si era [...] stancato del suo modo di fare puerile e superficiale. [...]

Hilde era cresciuta come la preziosa figlia unica di una famiglia benestante. Il padre aveva un'attività commerciale bene avviata. La madre aveva un'intensa vita sociale e prendeva parte a qualunque evento venisse organizzato in città. Non le restava molto tempo da dedicare a Hilde, però la esibiva con piacere all'ammirazione degli ospiti quando organizzava delle feste. Hilde aveva molti talenti innati. [...] Era ovviamente molto ammirata per la bellezza e sapeva come metterla in risalto al meglio. [...] Quando dava una festa, sua madre ci teneva che restasse alzata per ricevere gli ospiti. [...] Inoltre Hilde aveva scoperto molto presto che, se si comportava male, bastava chiedere «scusa» con una vocina dolce a suo padre per evitare di essere punita.

Divenuta adolescente, Hilde si era fatta una vasta cerchia di amici, anche se è interessante notare che non riusciva a conservare le amicizie a lungo. [...] I ragazzi le giravano attorno come le api sui fiori. [...]

Ai tempi della scuola superiore era diventata cheerleader e organizzatrice di feste danzanti e raduni di classe. [...] Hilde ricordava gli anni della scuola, tra gli 11 e 17 anni, come «i più felici della mia vita», un'affermazione probabilmente veritiera.

Gli anni dell'università non furono belli come i precedenti. [...] Usciva con molti ragazzi. [...] Quando si concedeva [sessualmente], lo faceva per vedere com'era e non perché lo desiderasse veramente. [...]

Finita l'università, trovò lavoro come commessa in un negozio di abbigliamento femminile. [...] Una delle pazienti fece in modo di presentarla a suo figlio Steve, un giovane avvocato assunto in uno degli studi più prestigiosi della zona. [...] Cominciarono a uscire quasi tutte le sere. [...] Erano innamoratissimi e si sposarono cinque mesi dopo il loro primo incontro. [...] Nel corso degli anni, tuttavia, l'idillio che li aveva portati al matrimonio era finito (Meyer, 2005).

le donne che per gli uomini (Blagov et al., 2007; Ford, Widiger, 1989). In base alle statistiche più recenti, tra il 2 e il 3% degli adulti ha questo disturbo di personalità, con una distribuzione simile tra maschi e femmine (O'Connor, 2008; Mattia, Zimmerman, 2001).

Ipotesi esplicative del disturbo istrionico di personalità

Freud (1894) considerava l'isteria di conversione una malattia psichica con eziologia specifica, caratterizzata da un conflitto intrapsichico espresso attraverso diversi sintomi somatici parossistici (crisi emozionale con teatralismo) o durevoli (paralisi isteriche, anestesi). Ciò che maggiormente contraddistingue l'isteria è la presenza di specifici meccanismi di identificazione e di difesa (in particolare la rimozione) e l'emergere del conflitto edipico.

In *Studi sull'isteria*, Freud (1894) postula quale sua funzione fondamentale quella di difesa contro rappresentazioni e contenuti che potrebbero attivare reazioni affettive spiacevoli nel soggetto. Oggi consideriamo la dimensione isterica come un tratto della personalità proprio non solo del versante nevrotico, ma anche di quello borderline e psicotico. Le principali modalità difensive adottate da questi individui sono, oltre alla rimozione, la sessualizzazione e la regressione. Si tratta di pazienti che tendono a rimuovere taluni impulsi libidici, in quanto vissuti come troppo pericolosi e per questo inaccettabili: il desiderio di intimità e amore resta così inappagato. Essi, inoltre, tendono ad agire comportamenti seduttivi e sessualizzati, pur non essendone consapevoli. Laddove questi pazienti si sentano insicuri o temano il rifiuto, possono mettere in atto condotte infantili con l'obiettivo di evitare il disagio.

I pazienti che presentano tale struttura di personalità nell'infanzia non si sono mai sentiti completamente riconosciuti o hanno sofferto per la preferenza, da parte di almeno uno dei genitori, per fratelli o sorelle. Può trattarsi, nel caso delle donne, di pazienti che si sentono rifiutate per il proprio sesso, ma che al contempo percepiscono che la sessualità ha un certo potere sugli uomini (Celani, 1976; Chodoff, 1978, 1982).

Le condotte seduttive hanno, per queste persone, una valenza difensiva a carattere narcisistico, poiché permettono loro di rafforzare una bassa autostima. La drammaticità e la teatralità tipiche di questo disturbo possono essere lette come un tentativo di sentirsi ascoltati, riconosciuti e rispettati.

Le letture cognitive evidenziano la mancanza di solidità e l'estrema suggestionabilità tipiche delle persone con disturbo istrionico di personalità. Da questa prospettiva i soggetti istrionici appaiono poco interessati a conoscere il mondo esterno, poiché eccessivamente concentrati su se stessi e sul proprio mondo interno. Per alcuni teorici cognitivi, essi ritengono di non essere in grado di badare a se stessi e cercano costantemente altre persone che possano rispondere alle loro necessità (Beck et al., 2004).

Infine, i teorici di orientamento socioculturale e multiculturalo affermano che il disturbo istrionico derivi in parte da norme e aspettative culturali.

Trattamenti del disturbo istrionico di personalità

Le persone con disturbo istrionico di personalità tendono a cercare un aiuto di loro iniziativa più spesso di quanto non facciano coloro che hanno diversi altri disturbi di personalità (Tyrer et al., 2003). Tuttavia lavorare con loro può essere molto difficile, a causa delle pretese, delle scenate e del comportamento seduttivo caratteristici di questi soggetti (Gutheil, 2009, 2005). Un altro problema è che questi individui possono fare finta di avere avuto importanti cambiamenti e benefici durante il trattamento unicamente per lusingare il terapeuta. Per evitare questi problemi, il terapeuta deve rimanere obiettivo e mantenersi rigorosamente entro i confini professionali (Blagov et al., 2007).

L'obiettivo dei terapeuti cognitivi è quello di cercare di aiutare le persone con disturbo istrionico a cambiare la propria convinzione di non riuscire a stare in piedi da sole, a sviluppare modi di pensare migliori e più precisi e a risolvere i problemi. Sono state sperimentate anche la terapia psicodinamica e diverse terapie di gruppo (Gabbard, 2009). In tutti questi approcci, lo scopo ultimo dei terapeuti è aiutare i pazienti a riconoscere la propria eccessiva dipendenza, trovare soddisfazione interiore e diventare più indipendenti (Beck et al., 2004). Alcuni rapporti relativi a casi clinici suggeriscono che ognuno di questi approcci può rivelarsi utile. La farmacoterapia sembra scarsamente efficace, se non allo scopo di ridur-

re i sintomi depressivi presenti in alcuni pazienti (Grosman, 2004).

Disturbo narcisistico di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da un quadro pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia.

13.2.4 Disturbo narcisistico di personalità

La caratteristica principale delle persone con **disturbo narcisistico di personalità** è un'idea grandiosa di sé, il forte desiderio di essere ammirate e la mancanza di empatia nei confronti degli altri (APA, 2000). Convinte del proprio grande successo, potere o bellezza, si aspettano la costante attenzione e ammirazione degli altri. Frederick, il cui caso abbiamo già presentato in apertura

CASO 13.7

Steven si è presentato in studio dietro insistenza di sua moglie, che aveva richiesto una consulenza matrimoniale. Secondo lei Steve era «egoista, insensibile e preoccupato solo del suo lavoro». Tutto in casa doveva «ruotare intorno a lui, alle sue esigenze, ai suoi umori e desideri, e a quelli di nessun altro». Non collaborava al bilancio domestico, se non con un reddito molto misero. Evitava tutte le responsabilità «normali» e continuava a «lasciarle tutto il carico della casa»; da parte sua, lei era «stufa marcia di essere sempre quella che cucina e lava i piatti, stanca di fargli da mamma e da domestica a tempo pieno».

La moglie di Steven pensava comunque che lui fosse fondamentalmente «una persona buona e gentile, molto intelligente e di grande talento». Ma questo non bastava. Lei voleva un marito, qualcuno con cui condividere la vita. Steve, viceversa, secondo lei voleva «una madre, non una moglie»; non voleva «crescere, non sapeva come dare affetto, ma solo prendere quando ne aveva voglia, niente di più e niente di meno».

Steve si presentava come un giovane uomo affabile, compiaciuto di sé, vagamente altezzoso. Lavorava come artista commerciale, ma viveva per le serate e i fine settimana, quando poteva dedicarsi veramente alla sua pittura. Affermava di dover dedicare tutte le sue energie e ogni momento libero alla «soddisfazione personale», per potersi esprimere nel proprio lavoro creativo. [...] I suoi rapporti con i colleghi e i conoscenti erano distesi e soddisfacenti, ma ammise che la maggior parte delle persone lo considerava un po' «egoista, freddo e snob». Riconosceva di non sapere come condividere con gli altri i propri pensieri e sentimenti, di essere interessato molto più a se stesso che agli altri e che da sempre «preferiva il piacere» della propria compagnia a quella di chiunque altro (Millon, 1969, pp. 261-262).

di capitolo, era una persona di questo tipo. Così è anche Steven, artista trentenne, sposato, con un bambino, di cui leggiamo le vicende nel **Caso 13.7**.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Amare se stessi è l'inizio di un idillio che dura una vita» Oscar Wilde, *Un marito ideale* (1895).

Le persone con disturbo narcisistico di personalità si vantano dei propri successi e talenti, si aspettano di essere ritenuti superiori dagli altri e spesso appaiono arroganti. Sono molto esigenti nella scelta delle amicizie e delle frequentazioni, nella convinzione che i loro problemi siano unici e che possano essere compresi solo da persone «speciali» e di alto livello. Spesso sono affascinanti e all'inizio riescono a fare buona impressione; eppure, di rado riescono a conservare relazioni a lungo termine (Shapiro, Bernadett-Shapiro, 2006).

Gli individui con disturbo narcisistico di personalità, come Steven, di rado sono interessati ai sentimenti degli altri. Molti si servono delle altre persone per raggiungere i propri scopi, a volte anche per invidia; allo stesso tempo sono convinti di essere invidiati da tutti (O'Connor, 2008). Nonostante l'autostima ipertrofica, in alcuni casi possono reagire alle critiche o alla frustrazione con accessi di collera o eccessiva umiliazione (Levy et al., 2007). Altre reazioni possono essere una fredda indifferenza o un estremo pessimismo venato di depressione; a periodi di entusiasmo si alternano fasi di abbattimento (Bogart et al., 2004).

TRA LE RIGHE

Qual è la differenza tra egoista ed egotista?

Un egoista è una persona interessata principalmente al conseguimento dei propri fini. Un egotista ha un senso esagerato del proprio valore, ma pur essendo vanaglorioso non è necessariamente un egoista incentrato solo su di sé.

Il disturbo narcisistico di personalità si manifesta circa nell'1% degli adulti, il 75% dei quali uomini (Levy et al., 2007; Mattia, Zimmerman, 2001). Comportamenti e pensieri di tipo narcisistico sono frequenti e normali negli adolescenti e non indicano in genere che l'individuo andrà incontro a un disturbo narcisistico di personalità da adulto (APA, 2000).

Ipotesi esplicative del disturbo narcisistico di personalità

In un'ottica psicodinamica i soggetti che presentano una struttura di personalità narcisistica tendono a ricercare all'esterno conferme del proprio valore in grado di incrementare la propria autostima. Freud (1914) fu il pri-

mo a postulare il concetto di «narcisismo primario», riferendosi all'investimento libidico che il bambino effettua su se stesso prima che sugli altri. Studi successivi (Sullivan, 1953; Erikson, 1950, 1968; Winnicott, 1960; Jacobson, 1964; Reich, 1960; Spitz, 1965; Bowlby, 1969, 1973; Kohut, 1971) hanno affrontato il tema del narcisismo ricollegandolo a dimensioni come sicurezza e identità di base, regolazione dell'autostima, attaccamento e separazione, arresto evolutivo e deficit. In particolare, i teorici delle relazioni oggettuali (Horney, 1939; Fairbairn, 1952; Balint, 1960), allontanandosi dalla concezione freudiana, intesero il narcisismo patologico come compensazione legata a mancanze e delusioni precoci sperimentate all'interno delle relazioni primarie. Queste prospettive mettono in luce relazioni significative tra differenti manifestazioni di disagio psichico e problematiche riconducibili all'identità e all'autostima. Le persone che presentano una struttura di personalità narcisistica, pur mettendo in atto comportamenti compensatori differenti, condividono senso di inadeguatezza, invidia, vergogna, debolezza e inferiorità, che si collegano alla paura di essere giudicati cattivi o indegni. Si tratta, quindi, di soggetti che invidiano l'altro perché lo reputano più forte e capace e tentano di distruggerlo ricorrendo a giudizi sprezzanti. Le difese maggiormente utilizzate sono l'idealizzazione, la svalutazione e un estremo perfezionismo che si accompagna a un atteggiamento ipercritico verso se stessi o gli altri.

Kohut (1971) definisce i soggetti narcisisti come dominati da un «Sé grandioso», frutto della percezione di superiorità che popola il loro mondo interiore e che può essere percepita relativamente al proprio Sé o proiettata sugli altri. Rispetto alla struttura di personalità narcisistica Kernberg (1975) riflette sugli stati opposti dell'Io: tali soggetti, infatti, se da un lato presentano definizioni di sé grandiose (totalmente buono), dall'altro possono sperimentare sentimenti di vuoto (totalmente cattivo). Il narcisista necessita dei cosiddetti «oggetti-sé», persone in grado di incrementare la sua autostima e il suo senso di identità attraverso conferma, ammirazione e approvazione. Le componenti aggressive e minacciose delle figure genitoriali determinano il costituirsi di un Super-Io non integrato, persecutorio, primitivo e severo, contro il quale viene eretto un Sé grandioso e patologico (Freilone, 2005).

Tale configurazione di personalità appare alimentata da esperienze infantili in cui il bambino è stato «usato» come estensione narcisistica dalle figure genitoriali (Miller, 1975). Si tratta, dunque, di persone che hanno a loro volta incarnato la funzione di oggetto-sé per i propri *caregivers*.

Molti teorici cognitivo-comportamentali ipotizzano che il disturbo narcisistico di personalità possa manifestarsi quando gli individui vengono trattati troppo ablativamente nella prima infanzia. Alcuni individui acquisi-

«PIÙ CI SI IMPEGNA A INGANNARE...», QUANTO PIÙ INTRICATA È LA TELA DI BUGIE CHE TESSIAMO

Uno studente finge di essere stato rapito, innescando un'estesa caccia all'uomo alla sua ricerca.

Una bisnonna di 59 anni dichiara ai notiziari nazionali, mentendo, di essere incinta di due gemelli.

Una donna scompare poco prima del suo matrimonio, mettendo in moto una ricerca di tre giorni nell'intero stato, poi telefona a casa dall'altro capo del paese sostenendo di essere stata rapita e violentata.

Al termine di un'adolescenza tormentata vissuta da transessuale, maltrattato, senza casa, tossicodipendente e dedicato alla prostituzione, un giovane scrittore ottiene un enorme successo letterario e diventa un autore cult. Si scopre poi che lo scrittore è una donna quarantenne, e che l'intero personaggio era un'invenzione.

Una donna di 71 anni rivela che un vendutissimo libro di memorie di cui era autrice, in cui descrive la storia di una bambina ebrea che gira tutta l'Europa durante gli anni dell'Olocausto in cerca dei genitori deportati, era inventato di sana pianta.

Questi sono solo alcuni esempi, tra i più clamorosi, di menzogne che quasi giornalmente appaiono su Internet e sui media. Gli psicologi hanno suggerito diverse teorie sulle motivazioni alla base della menzogna, ma la ricerca non ha consentito di comprenderne il meccanismo di fondo (Dike et al., 2005; Grubin, 2005). In realtà, la menzogna, anche quella *estrema* o *compulsiva*, non è considerata in sé un disturbo psicologico, sebbene a volte sia caratteristica del disturbo antisociale, borderline, istrionico o narcisistico. Vediamo rapidamente cosa si sa della menzogna in psicologia. Per prima cosa, i ricercatori hanno stabilito che la maggior parte delle persone dice qualche bugia. Chiunque può essersi trovato in una situazione in cui mentire sembra preferibile alla verità, quando, ad esempio, una bugia consente di salvare la faccia e di evitare guai. Si tende a ricorrere alla bugia «difensiva» più in certe situazioni che in altre. Per esempio, è più probabile mentire in un'e-mail che al telefono o in una conversazione faccia a faccia (Whitty, Carville, 2008).

Raramente chi mente in queste situazioni può essere considerato un bugiardo «patologico». Il bugiardo patologico non mente per proteggere se stesso o altri; anzi, le sue bugie non hanno spesso alcuna utilità pratica. Le bugie patologiche tendono a essere compulsive o di natura fantastica e possono essere smascherate facilmente dagli altri (Dike et al., 2006, 2005; Ford et al., 1988).

Sono state avanzate diverse spiegazioni sul perché della menzogna. Secondo i comportamentisti, si impara a mentire quando si è vicini a qualcun altro (per esempio, i genitori) che mente. Più spesso si sentono gli altri mentire, più è facile che si impari a dire bugie (Crossman, Lewis, 2006). Per i teorici socioculturali, in certe culture la menzogna è più accettabile che in altre. Da un'indagine su studenti universitari, per esempio, è emerso che gli studenti americani bianchi giudicavano le bugie accettabili più degli studenti ecuadoriani (Mealy et al., 2007). In alcune culture, in realtà, l'abile raggiro degli altri può essere ben considerato.

Spesso i ricercatori non sono tanto interessati al perché le persone mentano, quanto ai modi per capire quando stiano mentendo (Vrij, 2008; Bond, 2004). In tutto il mondo, circa il 53% delle persone è convinta di riuscire a capire sempre quando uno sta dicendo una bugia (Bond, 2004). Sebbene la maggior parte di noi sia meno abile a scoprire la bugia di quanto pensi, i membri di alcune culture ritengono di esserlo più di altri. Gli americani pensano di riuscire a percepire le bugie meno della metà delle volte, mentre norvegesi e svedesi pensano di essere meno abili. All'estremità opposta si trovano turchi e armeni, che ritengono di identificare le bugie nel 70% dei casi (Bond, 2004; Mann, 2004; Warner, 2004). Come possiamo capire se il nostro interlocutore sta dicendo la verità o meno? La ricerca cita numerosi indizi informali (Geary, DePaulo, 2007; Bond, 2004; Ekman et al., 1999). Un osservatore potrebbe, per esempio, essere in grado di captare il raggiro da indizi comportamentali, come la lentezza nel rispondere, le pause frequenti, la lunghezza inappropriata del messaggio, gesti insoliti come alzare un braccio e tenere lo sguardo fisso (Porter, ten Brinke, 2008; Bond, 2004). Quando si chiede a qualcuno «Dimmelo guardandomi negli occhi», si cerca spesso di rilevare indizi minimi per stabilire se l'interlocutore stia mentendo o dicendo la verità. Attenzione però: tali segni «rivelatori» sono tutt'altro che infallibili (Vrij, 2008; Geary, DePaulo, 2007).

scono un atteggiamento di superiorità quando genitori «adoranti e colmi di ammirazione» insegnano loro a «sopravvalutare il proprio valore», gratificandoli anche

per traguardi modesti o inesistenti (Sperry, 2003; Imbelsi, 2000).

Infine, molti teorici di orientamento socioculturale

vedono in questo disturbo la manifestazione dell'«era del narcisismo» nella società (Levy et al., 2007; Rivas, 2001). In alcune società il crollo progressivo dei valori familiari e degli ideali sociali produce generazioni di giovani egocentrici e materialisti. Ciò avviene con maggiore frequenza nelle culture occidentali, in cui sono incoraggiati l'individualismo e la competitività. Da uno studio condotto a livello mondiale tramite Internet è emerso che i partecipanti degli Stati Uniti avevano i punteggi più elevati per il narcisismo, seguiti dai partecipanti di Europa, Canada, Asia e Medio Oriente (Foster et al., 2003).

TRA LE RIGHE

Sguardi di sfuggita

- 22% Percentuale di persone che si specchia regolarmente nelle vetrine dei negozi e simili
- 69% Coloro che gettano un'occhiata almeno ogni tanto
- 9% Coloro che non si guardano mai allo specchio in pubblico o nelle vetrine (Kanner, 1995)

Trattamenti del disturbo narcisistico di personalità

Tra i disturbi di personalità, il disturbo narcisistico è uno dei più difficili da trattare, perché i pazienti non riescono a riconoscere la debolezza, a comprendere l'effetto del proprio comportamento sugli altri o ad accettare commenti e critiche degli altri (Levy et al., 2007). I pazienti che si rivolgono a un terapeuta lo fanno di solito a causa di un problema collegato, in genere di depressione (Piper, Joyce, 2001). Una volta in terapia, gli individui possono cercare di manipolare il terapeuta perché sostenga il loro senso di superiorità. Alcuni sembrano proiettare l'atteggiamento di superiorità sul terapeuta e sviluppare un sentimento di odio-amore nei suoi confronti (Shapiro, 2004).

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Il più profondo principio della natura umana è il disperato bisogno di essere apprezzati» William James.

La terapia psicodinamica ha l'obiettivo di aiutare le persone con questo disturbo a riconoscere e a elaborare le proprie insicurezze e difese di fondo (Gabbard, 2009; Adler, 2000). La terapia cognitiva, concentrandosi sul pensiero egocentrico di questi pazienti, cerca di reindirizzare la preoccupazione del giudizio degli altri, di insegnare loro a interpretare le critiche in modo più razionale, a migliorarne la capacità di empatia e a cambiare l'atteggiamento generico del tutto-o-niente (Leahy et al., 2005; Beck et al., 2004). Nessuno di questi approcci si è dimostrato efficace, tuttavia.

Sintesi

Disturbi di personalità «drammatica»

Sono quattro i disturbi di personalità caratterizzati da sintomi fortemente drammatici, emotivi o eccentrici. Negli individui con disturbo antisociale di personalità, la caratteristica principale è l'inosservanza o la violazione dei diritti degli altri. Non esistono trattamenti particolarmente efficaci. Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato dall'instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nell'umore, oltre che da un'estrema impulsività. Il trattamento, specie la terapia comportamentale dialettica, può essere utile e portare a qualche miglioramento. Nei soggetti con disturbo istrionico di personalità emerge un quadro pervasivo di estrema emotività e di ricerca di attenzione. I rapporti relativi ai casi clinici indicano una certa efficacia del trattamento in alcuni casi. Infine, il disturbo narcisistico di personalità è caratterizzato da idee di grandiosità, bisogno di essere ammirati e mancanza di empatia. È tra i disturbi di più difficile trattamento.

13.3

DISTURBI DI PERSONALITÀ «ANSIOSA»

Del gruppo di *disturbi di personalità «ansiosa»* fanno parte il *disturbo di personalità evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo*, tutti caratterizzati da un comportamento ansioso e timoroso. Come nella maggior parte dei disturbi di personalità, le varie spiegazioni al riguardo non hanno trovato chiare conferme nella ricerca. Allo stesso tempo, i trattamenti per questi disturbi sembrano avere un'efficacia scarsa o limitata, ma comunque superiore rispetto agli altri disturbi di personalità (Simon, 2009).

13.3.1 Disturbo evitante di personalità

Le persone con **disturbo evitante di personalità** sono molto a disagio e inibite nelle situazioni sociali, provano un forte senso di inadeguatezza e sono estremamente sensibili alle valutazioni negative (APA, 2000). Hanno talmente paura di essere respinte da evitare del tutto di dare a qualcuno l'occasione di accettarle oppure quella di rifiutarle, come si evince dal **Caso 13.8**.

Disturbo evitante di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da disagio e inibizione nelle situazioni sociali, da sensazione di costante inadeguatezza e da un'estrema sensibilità alle critiche.

Le persone come James evitano volutamente le occasioni di contatto sociale. Al centro di questo isolamento non c'è tanto una scarsa abilità sociale, quanto il timore

CASO 13.8

James aveva fatto il contabile per nove anni, avendo cominciato subito dopo il diploma di scuola superiore. Si definiva timido, timoroso e riservato sin dall'infanzia. [...]

James veniva definito dal suo supervisore come un giovane solitario e un po' strano, che svolgeva le proprie mansioni con tranquillità ed efficienza. Avevano notato comunque che mangiava sempre solo nella mensa aziendale e non partecipava mai alla pausa caffè o alle chiacchiere in ufficio. [...]

Riguardo alla vita sociale, James non era mai uscito con nessuno né era andato a qualche festa in cinque anni. [...]

Attualmente passava la maggior parte del suo tempo libero a leggere, guardare la TV, fantasticare o a sistemare qualcosa in casa.

James era molto a disagio quando in ufficio arrivava qualche nuovo collaboratore. Nel suo ufficio lavoravano una quarantina di persone fisse e per gli avvicendamenti venivano sostituite quattro o cinque persone ogni anno. [...] Negli ultimi mesi, in ufficio si era formato un piccolo gruppo. James desiderava molto fare parte di questo «gruppo interno», ma aveva paura di farsi avanti in quanto «non aveva nulla da offrire» e temeva di essere respinto. Dopo qualche tempo, assieme ad altri due o tre colleghi, divenne il bersaglio di battute e derisione da parte dei leader del gruppetto. Dopo poche settimane di queste «prese in giro» cominciò a non presentarsi al lavoro, ad accumulare ritardi nella sua contabilità, si scopri incerto su ciò che stava facendo e a fare una quantità esagerata di errori (Millon, 1969, pp. 231-232).

di essere criticati, disapprovati o respinti. Nelle situazioni sociali questi individui sono timidi, temono di dire cose stupide o di trovarsi in imbarazzo perché arrossiscono o manifestano nervosismo. Anche nelle relazioni intime si esprimono con molta cautela, temendo di essere umiliati o messi in ridicolo.

TRA LE RIGHE**Sensazioni di timidezza**

- 48% Percentuale di persone negli Stati Uniti che si considerano in qualche misura timide
- 62% Percentuale di persone che tutti i giorni provano la sensazione di essere timide
- 64% Percentuale di persone timide convinte che la propria timidezza sia provocata da fattori esterni sui quali non hanno alcun controllo, come esperienze avute da bambini in famiglia

(Carducci, 2000)

Questi individui si ritengono non attraenti o inferiori

agli altri. Tendono a esagerare le potenziali difficoltà delle situazioni nuove, pertanto raramente corrono dei rischi o provano nuove attività. In genere non hanno amici intimi o ne hanno pochissimi, e si sentono spesso soli e depressi. Alcuni si creano nella fantasia un mondo sostitutivo immaginario (Millon, 1990).

Il disturbo evitante di personalità è simile alla *fobia sociale* (cfr. Capitolo 4), e molto spesso chi ha uno di questi disturbi manifesta anche l'altro (Ralevski et al., 2005). Le somiglianze includono il timore di essere umiliati e la scarsa fiducia in se stessi. Secondo alcuni teorici vi è una differenza essenziale tra i due disturbi: nella fobia sociale gli individui temono in particolare le *situazioni* sociali, mentre nel disturbo di personalità tendono a temere le *relazioni* sociali.

Una percentuale di adulti compresa tra l'1 e il 2% soffre di disturbo evitante di personalità, uomini e donne in eguale misura (O'Connor, 2008; Mattia, Zimmermann, 2001). Spesso bambini e adolescenti sono timidissimi ed evitano di trovarsi con altre persone, ma questo in genere fa parte del normale sviluppo.

Ipotesi esplicative del disturbo evitante di personalità

In un'ottica psicodinamica coloro che presentano una struttura di personalità evitante vivono una situazione emotiva contraddistinta da una forte ansia anticipatoria che porta loro all'isolamento e all'emarginazione. Si tratta di soggetti con un basso livello di autostima, che temono le situazioni che possono esporre a rifiuto, umiliazione, imbarazzo, vergogna e ansia. Nel tentativo di inibire la propria aggressività essi si pongono in una condizione di inferiorità rispetto agli altri: con le parole di Giberti e Rossi (2009) «l'insieme dei sentimenti di vergogna, che si rivelano nel loro atteggiamento di tipo fobico-evitante, è interpretabile dal punto di vista psicoanalitico come formazione reattiva (difesa dal desiderio di esibizione) e come derivato dall'angoscia legata alla ferita narcisistica prodotta dalla consapevolezza dell'impossibilità di raggiungere l'Io ideale» (p. 221).

Pur desiderando le interazioni sociali, questi soggetti temono a tal punto di essere giudicati da vivere in uno stato di costante apprensione sino a evitare qualsiasi tipo di coinvolgimento affettivo e sociale.

I teorici cognitivi pongono l'accento sulla paura dell'individuo di essere giudicato dagli altri, una preoccupazione che può avere le sue radici in un'infanzia dove il minore è stato ripetutamente criticato e respinto. Coloro che hanno avuto esperienze infantili di questo tipo tendono, da adulti, ad aspettarsi di essere respinti, a interpretare in modo distorto le reazioni degli altri per dare ragione di tali aspettative, a non considerare le osservazioni positive e a temere, in generale, il coinvolgimento sociale, aprendo così la strada al disturbo evitante di personalità (Beck et al., 2004, 2001). In numerosi studi, ai partecipanti con questo disturbo è stato chiesto di

ricordare la propria infanzia e le loro descrizioni hanno confermato sia la teoria psicodinamica sia quella cognitiva (Herbert, 2007; Grilo, Masheb, 2002).

Infine, per i teorici comportamentali le persone con questo disturbo di personalità non riescono in genere a sviluppare le normali competenze sociali, una carenza che contribuisce a mantenere in essere il disturbo. A sostegno di questa ipotesi, da diversi studi è emersa effettivamente una carenza di abilità sociali negli individui con disturbo evitante di personalità (Herbert, 2007). Per la maggior parte dei comportamentisti, tuttavia, tale carenza si sviluppa proprio perché è l'individuo a evitare costantemente le situazioni sociali.

Trattamenti del disturbo evitante di personalità

Gli individui con disturbo evitante di personalità arrivano in terapia nella speranza di trovare accettazione e affetto. Tuttavia portare avanti il trattamento può essere molto difficile, in quanto molti di essi cominciano dopo poco a saltare le sedute. Spesso non hanno fiducia nella sincerità del terapeuta e iniziano a temere di essere respinti. Pertanto, come nel caso di altri disturbi di personalità, tra i principali obiettivi del terapeuta vi è la necessità di guadagnarsi la fiducia del soggetto (Sadock, Sadock, 2007).

Oltre a cercare di istituire un rapporto di fiducia, il terapeuta tende a trattare la persona con disturbo evitante di personalità un po' allo stesso modo in cui tratta il paziente con fobia sociale o altri disturbi d'ansia (Svartberg et al., 2004). Tali approcci non si sono dimostrati molto efficaci (Porcerelli et al., 2007; Crits-Christoph, Barber, 2002). La terapia psicodinamica ha lo scopo di

aiutare i pazienti a riconoscere e a risolvere i conflitti inconsci che potrebbero essere operanti (Gabbard, 2009; Sperry, 2003). La terapia cognitiva mira a modificare le convinzioni e i pensieri angoscianti e a migliorare l'immagine che l'individuo ha di sé (Leahy et al., 2005; Beck et al., 2004). Nella terapia comportamentale si fornisce un addestramento alle abilità sociali, nonché trattamenti di esposizione che richiedono ai soggetti evitanti di incrementare i propri contatti sociali (Herbert, 2007; Farmer, Nelson-Gray, 2005). I vari tipi di terapia di gruppo, specie quelle che seguono i principi cognitivi e comportamentali, presentano l'ulteriore vantaggio di fornire ai partecipanti l'occasione di fare pratica nelle interazioni con gli altri (Herbert et al., 2005; Piper, Joyce, 2001). I farmaci ansiolitici e antidepressivi possono essere di qualche utilità nel ridurre l'ansia sociale nelle persone con disturbo evitante (Herbert, 2007; Fava et al., 2002).

Disturbo dipendente di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da un modello di attaccamento e dipendenza, timore della separazione e costante bisogno di essere accuditi.

13.3.2 Disturbo dipendente di personalità

Le persone con **disturbo dipendente di personalità** hanno un bisogno persistente ed eccessivo di essere accudite (APA, 2000). Esse sono pertanto sottomesse e obbedienti, temono la separazione da un genitore, dal coniuge o da altri familiari stretti. Si appoggiano talmen-

CASO 13.9

Matthew è uno scapolo di 34 anni che vive con la madre e lavora come ragioniere. Si è rivolto alla terapeuta in quanto è molto abbattuto dopo avere appena rotto con la sua fidanzata. Sua madre aveva manifestato disapprovazione all'idea del matrimonio tra i due, verosimilmente a causa della religione diversa della ragazza. Matthew si è sentito intrappolato e obbligato a scegliere tra sua madre e la fidanzata, e poiché «il sangue non è acqua» aveva deciso di non andare contro i desideri della madre. Eppure è arrabbiato con se stesso e con lei, crede che non gli permetterà mai di sposarsi e che sia troppo possessiva nei suoi confronti. È sua madre a «portare i pantaloni» in casa ed è in effetti una donna molto dominante, abituata a ottenere che gli altri facciano quello che vuole lei. Matthew teme di mettersi contro sua madre per paura che lei gli volti le spalle e di essere costretto poi a badare a se stesso. [...] I suoi sentimenti oscillano tra il risentimento e un atteggiamento del tipo: «la mamma ha più esperienza e sa meglio di me cosa devo fare». Ha la sensazione di non saper valutare la propria situazione.

Matthew fa un lavoro dequalificato rispetto alla sua formazione e al suo talento. Ha rifiutato più volte una promozione perché non voleva prendersi la responsabilità di gestire altre persone o di prendere decisioni e iniziative personali. Lavora per lo stesso capo da dieci anni, va d'accordo con lui, che lo stima e lo considera un lavoratore affidabile e riservato. Ha due amici che frequenta da quando erano bambini. Pranza con uno di essi ogni giorno feriale e si sente perso quando l'amico salta un giorno perché è malato.

Matthew [...] aveva forti ansie da separazione da bambino; non riusciva ad addormentarsi senza la mamma, aveva un certo rifiuto della scuola e provava un'insopportabile nostalgia di casa le poche volte che andava a dormire a casa di altri. Da bambino veniva preso in giro dai coetanei perché era molto insicuro, e spesso gli davano del bamboccio. Era sempre vissuto in famiglia, a parte un anno di università, che abbandonò per la troppa nostalgia (Spitzer et al., 1994, pp. 179-180).

te agli altri da non riuscire a prendere da soli la minima decisione. Quello di Matthew è un caso tipico, come si vede nel **Caso 13.9**.

TRA LE RIGHE

Dipendenza da cellulare

Molti medici ritengono che la diffusione dei telefoni cellulari abbia creato una vera e propria dipendenza psicologica da questi apparecchi. Molti utenti sembrano concentrarsi più sulla connessione telefonica che sui rapporti umani diretti. Gli studi rivelano che alcune persone reagiscono con ansia elevata, disagio fisico, senso di privazione e mancanza di autostima quando sono costrette a spegnere il cellulare per più di qualche minuto (Chaparro, 2004).

È normale e anche sano dipendere in qualche misura dagli altri, ma gli individui con disturbo dipendente di personalità hanno un costante bisogno di appoggiarsi agli altri, anche nelle situazioni più semplici, e dimostrano sensazioni di estrema inadeguatezza e sottomissione. Temendo di non essere in grado di badare a se stessi, si attaccano eccessivamente ad amici o familiari.

Come abbiamo appena osservato, le persone con disturbo evitante di personalità hanno difficoltà a *iniziare* una relazione. Viceversa, nel disturbo dipendente hanno problemi di *separazione*, sentendosi completamente svuotati e disperati quando una relazione stretta finisce, e ne cercano rapidamente un'altra per riempire il vuoto. Molti restano tenacemente legati alla relazione con partner che li maltrattano fisicamente o psicologicamente.

Mancando di fiducia nelle proprie capacità e nel proprio giudizio, raramente questi individui esprimono disaccordo con gli altri e delegano tutte le decisioni importanti, anche riguardo a se stessi (Bornstein, 2007). Possono quindi lasciare decidere a un genitore o al coniuge dove vivere, quale lavoro fare, quali amicizie frequentare. Dal momento che temono il rifiuto, sono ipersensibili alle critiche e alla disapprovazione e cercano costantemente di conformarsi ai desideri e alle aspettative degli altri, anche offrendosi di svolgere compiti spiacevoli o umilianti.

Molte persone con disturbo dipendente di personalità si sentono a disagio, sole e infelici; sono dubbiose, pessimiste e negative verso se stesse. Sono a rischio per depressione, ansia e disturbi dell'alimentazione (Bornstein, 2007). La loro paura della separazione e la convinzione di essere degli incapaci li pongono particolarmente a rischio di pensieri suicidari, specie quando si convincono che una relazione stia per finire (Kiev, 1989).

Secondo le statistiche, oltre il 2% della popolazione ha il disturbo dipendente di personalità (Mattia, Zimmermann, 2001). Nell'ambiente medico si è a lungo ritenuto che tale disturbo avesse una predominanza femmi-

nile (Anderson et al., 2001), ma da alcune ricerche è emerso che è presente negli uomini in eguale misura (APA, 2000).

Ipotesi esplicative del disturbo dipendente di personalità

Il funzionamento psicologico di coloro che presentano una struttura di personalità dipendente è connotato da sentimenti di inadeguatezza: tali soggetti ricercano sicurezza e soddisfazione nelle relazioni interpersonali, con modalità tendenti alla dipendenza e alla sottomissione. Essi, inoltre, provano una forte sofferenza laddove percepiscano sentimenti di abbandono e condizioni di separazione.

Studi approfonditi sulla personalità dipendente sono stati condotti da Bornstein (1993, 2005) e hanno messo in luce quale possibile eziologia del disturbo uno stile genitoriale iperprotettivo e/o autoritario. Le persone dipendenti assumono atteggiamenti volti a compiacere gli altri, che considerano potenti e capaci: obiettivo, più o meno cosciente, del loro agire è instaurare relazioni di sostegno e di accudimento che permettano loro di essere sottomessi.

Alcuni individui dipendenti possono reagire in modo aggressivo al loro sentirsi legati a un'altra persona e allo stesso tempo impossibilitati a separarsi da essa (modalità passivo-aggressive). Essi tendono ad attaccare l'altro indirettamente, per paura di subire loro stessi un attacco.

Altri soggetti, invece, tendono a non riconoscere questo bisogno di dipendenza e a negare la vulnerabilità emotiva che constatano in loro stessi e negli altri (modalità contro-dipendenti).

In un'ottica psicoanalitica è stata sottolineata nei soggetti dipendenti la presenza di vissuti abbandonici e di vuoto, spesso compensati dall'identificazione con la figura di riferimento da loro prescelta (Bleichmar, 1997).

I teorici comportamentisti ritengono che i genitori delle persone con disturbo dipendente avrebbero involontariamente rinforzato l'attaccamento e il comportamento adesivo dei loro figli, punendo i tentativi di indipendenza attraverso la negazione del loro affetto. Un'altra ipotesi lega la dipendenza dei figli all'apprendimento di comportamenti dipendenti manifestati dai loro genitori (Bornstein, 2007).

Infine, i teorici cognitivi riconducono l'origine e il mantenimento del disturbo dipendente a due convinzioni disfunzionali: «Sono inadeguato e incapace di rapportarmi con il resto del mondo» e «Devo trovare una persona che possa proteggermi per poter funzionare adeguatamente» (Beck et al., 2004, 2001). Il pensiero dicotomico può avere anch'esso un ruolo importante: «Se sono così dipendente, devo essere un incapace totale», oppure «Se sono indipendente, allora devo essere solo». Tali modalità di pensiero inibiscono gli sforzi di questi soggetti verso l'emancipazione.

Trattamenti del disturbo dipendente di personalità

Una volta in terapia, le persone con disturbo dipendente di personalità trasferiscono in genere tutta la responsabilità del loro miglioramento al terapeuta (Gutheil, 2009, 2005). Quindi, la terapia ha tra gli obiettivi principali quello di fare sì che i pazienti si assumano la responsabilità di se stessi. Poiché i sintomi dei pazienti possono essere esacerbati dal comportamento dominante di un coniuge o di un genitore, alcuni clinici propongono anche un percorso di terapia di coppia o familiare, o una terapia specifica per queste persone (Links et al., 2004; Nichols, 2004).

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da una preoccupazione eccessiva per l'ordine, il perfezionismo e il controllo, tanto da comportare una perdita di flessibilità, apertura ed efficienza.

Nel caso del disturbo dipendente di personalità, il trattamento ha comunque un'efficacia modesta. La terapia psicodinamica per questo modello è simile alla terapia per la depressione e si focalizza sul tema della perdita, reale o immaginaria (Gabbard, 2009, 2001; Sperry, 2003). La terapia cognitivo-comportamentale riunisce interventi sia comportamentali che cognitivi per aiutare i pazienti ad acquisire un maggiore controllo sulla propria vita. In senso comportamentale, la terapia prevede spes-

so un addestramento all'assertività, perché gli individui possano esprimere meglio i propri desideri all'interno delle relazioni (Farmer, Nelson-Gray, 2005). In senso cognitivo, il terapeuta aiuta il paziente a mettere in discussione l'idea di inadeguatezza e incapacità (Beck et al., 2004; Freeman, 2002). Quando il disturbo di personalità è associato a depressione, la terapia con farmaci antidepressivi si è dimostrata efficace (Fava et al., 2002).

Infine, come nel disturbo evitante di personalità, la terapia di gruppo può essere utile perché fornisce al paziente l'opportunità di essere accolto e sostenuto da persone come lui (Perry, 2005; Sperry, 2003). Inoltre, i membri del gruppo possono servire reciprocamente da modello mentre si esercitano a esprimere ciò che sentono e a risolvere problemi.

13.3.3 Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Le persone con **disturbo ossessivo-compulsivo di personalità** sono talmente preoccupate dell'ordine, della perfezione e del controllo da perdere ogni traccia di flessibilità, apertura ed efficienza. La loro produttività è limitata proprio dall'ansia di dover fare tutto nel modo «giusto», come nel **Caso 13.10** in cui viene presentata la vicenda di Wayne.

Wayne è talmente concentrato sulle regole e sull'ordine e nel fare le cose nel modo giusto da non riuscire a vedere il problema nel suo contesto. Messa di fronte a un

CASO 13.10

A Wayne è stato consigliato di rivolgersi a un terapeuta dopo diversi mesi di notti relativamente insonni e una crescente immobilità e indecisione sul lavoro. Al primo colloquio ha raccontato di sentirsi estremamente insicuro e in colpa, e di provare ansia e tensione diffusa da diverso tempo. Sin dall'inizio della terapia è stato accertato che questi sintomi lo accompagnavano da tutta la vita; in questo momento si erano semplicemente accentuati rispetto al passato.

A fare precipitare la situazione era stato un cambiamento annunciato e imminente nella sua situazione professionale. Nell'università dove lavorava era cambiata la gestione amministrativa e gli avevano chiesto di rinunciare al lavoro di preside per tornare alle mansioni di normale insegnamento. All'inizio Wayne parlò più volte del suo timore di affrontare nuovamente una platea di studenti, si chiedeva se sarebbe stato capace di organizzare i materiali per le lezioni e dubitava che sarebbe riuscito a mantenere la disciplina in aula e allo stesso tempo l'interesse negli studenti. Era talmente preoccupato per tali questioni da non riuscire a concentrarsi e a portare avanti le sue responsabilità del momento.

In nessuna occasione Wayne aveva espresso risentimento verso la nuova amministrazione e per la «retrocessione»

che gli veniva chiesto di accettare; anzi, disse ripetutamente di avere «completa fiducia» nella «razionalità della loro decisione». Eppure, quando si era trovato faccia a faccia con queste persone, era stato in estrema soggezione, tremava e balbettava.

Wayne era il secondo di due fratelli, nato tre anni dopo il primogenito. Il padre era uno stimato ingegnere, la madre una professoressa di scuola superiore. Erano due genitori «efficienti, precisi e rigorosi». La vita in famiglia era «pianificata in tutti i particolari», con «elenchi quotidiani e settimanali di cose da fare», le «vacanze decise e prenotate con un anno o due di anticipo». In apparenza, nulla era lasciato al caso [...]. Wayne aveva deciso di essere il «bravo figlio». Non potendo competere con suo fratello dal punto di vista fisico, intellettuale o sociale, divenne un «esempio di virtù». Essendo puntiglioso, scrupoloso, metodico e ordinato, non doveva contrapporsi ai genitori perfezionisti e riusciva qualche volta a ottenere un trattamento privilegiato. Seguiva i loro consigli e le loro indicazioni alla lettera ed esitava a prendere qualsiasi decisione senza prima avere la loro approvazione. Ricordava di avere litigato con il fratello prima dei sei o sette anni, ma da quella volta aveva «represso la collera e non aveva mai più dato problemi ai genitori» (Millon, 1969, pp. 278-279).

incarico, gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità si preoccupano a tal punto dell'organizzazione e dei particolari da perdere di vista lo scopo dell'attività. A causa di ciò sono spesso in ritardo con il lavoro (alcuni sembrano incapaci di portare a termine qualsiasi incarico) e possono trascurare le amicizie e le attività che non siano legate al lavoro.

TRA LE RIGHE

Dipendenza da Internet

Nel gergo clinico è entrata la nuova espressione «dipendenza da Internet» per designare lo stato di quelle persone in cui l'uso eccessivo del computer e la dipendenza dalla Rete interferisce pesantemente con la vita quotidiana. Tale quadro, che è stato legato al disturbo dipendente di personalità, alla dipendenza da sostanze e al disturbo ossessivo-compulsivo, comporta una quantità di tempo abnorme passata a navigare in Rete, sui social network, inviare e-mail e messaggi in tempo reale, leggere blog, fare acquisti, giocare d'azzardo, visitare siti porno. Si calcola che almeno l'1% della popolazione adulta sia dipendente da Internet (Block, 2008; Young, 2007, 2005).

Le persone con questo disturbo di personalità pongono a se stesse e agli altri degli standard eccessivamente alti. Tendono a non essere mai soddisfatte di quello che fanno, ma in genere si rifiutano di farsi aiutare o di lavorare in gruppo, essendo convinti che gli altri siano troppo distratti o incompetenti per fare il lavoro come si deve. Avendo il terrore di sbagliare, tendono a non prendere mai decisioni.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Nella maggior parte delle persone, entro i trent'anni il carattere si è indurito come creta e non ritornerà mai più malleabile» William James, *Principi di psicologia*, 1890.

Queste persone tendono a essere rigide e ostinate, specialmente nei valori morali e nell'etica. Vivono secondo un codice personale molto rigido che usano come unità di misura per valutare gli altri. Possono avere problemi a esprimere affetto e avere relazioni piuttosto rigide e superficiali. Inoltre possono essere gelosi del loro tempo e avari con il denaro. Alcuni non riescono a disfarsi di oggetti e abiti consumati o inutili (APA, 2000).

Si ritiene che una percentuale compresa tra l'1 e il 2% della popolazione abbia un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, con una prevalenza maggiore nei maschi (in un rapporto di 2:1) bianchi, diplomati o laureati, coniugati e professionalmente attivi (Bartz et al., 2007; Mattia, Zimmerman, 2001).

Molti clinici ritengono che il disturbo ossessivo-com-

pulsivo di personalità e il disturbo ossessivo-compulsivo (disturbo d'ansia) siano strettamente connessi. Effettivamente i due disturbi hanno diverse caratteristiche in comune. Inoltre, per molti individui che soffrono di uno dei disturbi si possono applicare i criteri diagnostici anche dell'altro (Albert et al., 2004). Tuttavia occorre notare che le persone affette dal disturbo di personalità tendono a soffrire piuttosto di disturbo depressivo maggiore, disturbo d'ansia generalizzato o disturbo correlato a sostanze che non di disturbo d'ansia ossessivo-compulsivo (Pinto et al., 2008). In realtà, dalla ricerca non è emerso un nesso specifico tra disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e l'omonimo disturbo d'ansia (Nydegger, Paludi, 2006).

TRA LE RIGHE

Una differenza essenziale

Gli individui con disturbo d'ansia ossessivo-compulsivo in generale non desiderano né gradiscono i propri sintomi; nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità le persone spesso accettano i propri sintomi e difficilmente intendono resistere ai propri impulsi (Zohar, Pato, 1991).

Ipotesi esplicative del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Le ipotesi eziologiche relative al disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono per lo più analoghe a quelle del disturbo d'ansia ossessivo-compulsivo, nonostante persistano dubbi sull'esistenza di un effettivo nesso tra i due. Freud (1908, 1909, 1913, 1917 b, 1918) ipotizzò nei soggetti ossessivo-compulsivi una regressione alla fase anale: l'ostinazione, l'ordine, la puntualità e la preoccupazione per la pulizia sono riconducibili alla delicata fase di apprendimento delle norme igieniche. Il bambino, infatti, è costretto a rinunciare per la prima volta a ciò che è naturale in favore di ciò che è socialmente accettabile: la presenza di un genitore eccessivamente rigido, controllante e punitivo genera sentimenti di rabbia e vergogna legati a parti negative e cattive di sé, che vengono evacuate. Per poter contrastare la sensazione di essere sporco e disordinato, il bambino strutturerà la propria identità e autostima facendo affidamento a un costante controllo e a un eccessivo investimento nella pulizia e nell'ordine; il conflitto si manifesta tra le tendenze aggressive e un Super-Io castrante (Speziale-Bagliacca, 2010). Anche gli orientamenti contemporanei concordano sull'esistenza di una forte connessione tra analità e ossessività (Fisher, 1970; Rosenwald, 1972; Tribich, Messer, 1974; Fisher, Greenberg, 1977).

Le principali difese messe in atto dall'ossessivo sono l'isolamento, la razionalizzazione, la moralizzazione, l'intellettualizzazione; mentre la difesa tipicamente adottata dal compulsivo è l'annullamento. I soggetti os-

sessivi tendono a svalutare la vita emozionale e prediligere l'attività cognitiva: i sentimenti sono associati a debolezza, perdita di controllo, disorganizzazione e sporcizia. Le persone compulsive, invece, si difendono da pulsioni, affetti e desideri attraverso specifiche azioni, stereotipate e ripetute, che assumono una valenza espiatoria e protettiva.

TRA LE RIGHE

Risentimento infantile

Freud sosteneva che l'addestramento all'uso del vasino genera risentimento nel bambino. Se i genitori hanno un approccio troppo rigido, il bambino può rimanere bloccato alla fase anale e può successivamente sviluppare un disturbo ossessivo-compulsivo.

Le personalità ossessivo-compulsive fanno, infine, ricorso alla formazione reattiva: la meticolosità e la diligenza mascherano un profondo desiderio di essere irresponsabili, disordinati e ribelli.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«I disturbi di personalità [...] sono gli unici casi rimasti in psichiatria in cui la gente può ancora pensare che qualcuno sia cattivo» Gary M. Flaxenberg, psichiatra, 1998.

La teoria cognitiva non è così interessata alle origini del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, ma suggerisce che esso venga mantenuto in essere da processi di pensiero illogici (Beck et al., 2004, 2001). Ad esempio, il pensiero dicotomico (bianco/nero) può essere alla base della rigidità e del perfezionismo. Inoltre, gli individui con questo disturbo tendono a esagerare l'effetto potenziale dei propri errori.

Trattamenti del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Le persone con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità non pensano generalmente di avere qualche problema. Difficilmente perciò si rivolgono a un terapeuta, a meno che non soffrano di qualche altro disturbo psicologico, come un disturbo d'ansia o depressivo, o che una persona vicina li spinga a intraprendere una terapia (Bartz et al., 2007). Spesso si ottengono buoni risultati con la terapia psicodinamica o cognitiva (Pinto et al., 2008; Bartz et al., 2007; Beck et al., 2004). La terapia psicodinamica mira a fare sì che queste persone arrivino a riconoscere, comprendere e accettare i sentimenti di insicurezza e perfezionismo, e allo stesso tempo ad accettare di correre qualche rischio nell'ammettere i propri limiti personali. La terapia cognitiva è incentrata sull'aiuto al paziente perché possa modificare il pensiero dicotomico, il perfezionismo, l'indecisione, la tendenza

a procrastinare e la preoccupazione cronica. In base all'esperienza di numerosi clinici, i soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, come nel caso del disturbo d'ansia ossessivo-compulsivo, rispondono bene ai SSRI, i farmaci che potenziano l'attività della serotonina; tale risultato non è stato però ancora confermato dalla ricerca (Pinto et al., 2008).

Sintesi

Disturbi di personalità «ansiosa»

I tre disturbi di personalità di questo gruppo sono caratterizzati da un comportamento ansioso e timoroso. Nel disturbo evitante di personalità, le persone sono costantemente a disagio e inibite nelle situazioni sociali si sentono fortemente inadeguate e sono estremamente sensibili ai giudizi negativi. Gli individui con disturbo dipendente di personalità hanno un costante bisogno di essere accuditi, sono sottomessi e dipendenti dagli altri e temono molto la separazione. Le persone con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono talmente concentrate sull'ordine, la perfezione e il controllo da non avere più capacità di essere flessibili, aperte ed efficienti. Per questi tre disturbi si utilizzano diversi tipi di trattamento, con efficacia scarsa o modesta.

13.4

FATTORI MULTICULTURALI: IL DISINTERESSE DELLA RICERCA

Secondo il DSM-IV-TR, un modello che venga diagnosticato come un disturbo della personalità deve «deviare marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo». Considerata l'importanza della cultura in questa diagnosi, è incredibile che le ricerche multiculturali sui disturbi di personalità siano tanto carenti (Sherry, Whilde, 2008; Bender et al., 2007). Questo è particolarmente preoccupante per il disturbo borderline di personalità, un quadro caratterizzato da variazioni estreme di umore e sensazione di vuoto, in quanto molti clinici sono convinti che in questo disturbo il genere e le differenze culturali abbiano un ruolo essenziale.

Circa il 75% delle persone a cui viene diagnosticato un disturbo borderline di personalità sono donne. Questa differenza di genere può essere attribuita a fattori biologici o a un pregiudizio diagnostico; potrebbe tuttavia anche essere un riflesso del fatto che le donne hanno mediamente più probabilità rispetto agli uomini di subire certi tipi di traumi durante l'infanzia. Ricorderete che molti individui con disturbo borderline di personalità hanno avuto un'infanzia caratterizzata da traumi, vittimizzazione, violenza, maltrattamenti e, a volte, abusi sessuali. Secondo alcuni teorici, le esperienze traumatiche di questo tipo potrebbero essere delle condizioni che

predispongono allo sviluppo del disturbo borderline di personalità, tenuto conto del fatto che nella società attuale le donne sono più soggette a esperienze di questo tipo; in effetti, il disturbo dovrebbe essere più correttamente considerato una forma particolare di disturbo post-traumatico da stress (Sherry, Whilde, 2008). In assenza di studi sistematici, tuttavia, le spiegazioni alternative come queste restano prive di conferme e non vengono quindi messi in atto trattamenti adeguati.

Secondo alcuni teorici multiculturali, il disturbo borderline di personalità sarebbe in gran parte una reazione all'impotenza e alla mancanza di opportunità (Sherry, Whilde, 2008). In questo senso il disturbo sarebbe causato più dalla disuguaglianza sociale (compresi il sessismo, il razzismo e l'omofobia) che da fattori psicologici.

Considerate queste possibilità, alcuni studi multiculturali sul disturbo borderline di personalità condotti di recente sono stati accolti molto favorevolmente. Uno di questi ha indagato il tasso del disturbo in popolazioni cliniche diverse per razza in tutti gli Stati Uniti (Chavira et al., 2003). Dallo studio è emerso che il disturbo borderline di personalità è di gran lunga più diffuso tra gli ispanoamericani che negli afroamericani o nei bianchi. Forse per qualche motivo gli ispanici hanno più probabilità rispetto ad altri gruppi culturali di sviluppare il disturbo borderline? E se sì, perché?

Infine, alcuni teorici multiculturali hanno osservato che le caratteristiche del disturbo borderline di personalità descritte nel DSM-IV-TR possono in effetti essere dei tratti e comportamenti accettabili in certe culture. Nella cultura portoricana, per esempio, gli uomini *devono* manifestare le emozioni forti, come collera, aggressività e apprezzamento sessuale (Sherry, Whilde, 2008; Casimir, Morrison, 1993). Allora, delle caratteristiche radicate nella cultura potrebbero contribuire a spiegare l'elevato tasso di disturbo borderline che si riscontra tra gli ispanoamericani? E potrebbero spiegare anche il fatto che tra gli ispanici il tasso del disturbo è simile per uomini e donne, rispetto al consueto rapporto 3 donne : 1 uomo che si trova negli altri gruppi culturali (Chavira et al., 2003; Akhtar et al., 1986)? Una volta di più, domande di questo genere sottolineano la necessità di nuovi studi multiculturali sui disturbi di personalità.

Sintesi

Fattori multiculturali

Nonostante il DSM-IV-TR menzioni i fattori multiculturali nella definizione dei disturbi di personalità, sono ancora poche le ricerche relative alle influenze di cultura e genere. Numerosi clinici ritengono tuttavia che i fattori multiculturali abbiano un ruolo importante nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi di personalità e di recente sono stati avviati degli studi per approfondire questa possibilità.

13.5 ESISTONO SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE MIGLIORI PER I DISTURBI DI PERSONALITÀ?

Attualmente i clinici ritengono per lo più che i disturbi di personalità siano condizioni importanti e problematiche. Tuttavia la diagnosi pone particolari problemi ed è facile sbagliare; tali difficoltà indicano seri dubbi relativi alla *validità* (accuratezza) e all'*affidabilità* (coerenza) delle categorie del DSM-IV-TR (Oldham, 2009; Fowler et al., 2007). Consideriamo per esempio i problemi elencati di seguito:

1. Alcuni dei criteri utilizzati per la diagnosi dei disturbi di personalità non possono essere osservati direttamente. Per distinguere il disturbo di personalità paranoide dallo schizoide, per esempio, è necessario chiedere non soltanto se vengono evitate relazioni strette con gli altri, ma anche *perché*.
2. Vi sono forti discrepanze tra i vari clinici nel giudicare quando uno stile normale di personalità supera la linea di confine con il disturbo di personalità (Widiger, 2007). Per alcuni è sbagliato anche solo pensare agli stili di personalità come a psicopatologie, per quanto possano essere problematici.
3. Vi sono molte somiglianze e aspetti in comune nei disturbi di personalità entro uno stesso gruppo del DSM, o anche tra un gruppo e l'altro (Widiger, 2007). Accade spesso che gli individui con certi disturbi di personalità rientrino nei criteri anche di numerosi altri disturbi (Skodol, 2009; O'Connor, 2008).
4. A individui con disturbi di personalità alquanto diversi può essere diagnosticato il medesimo disturbo di personalità (Widiger, 2007).
5. Le categorie diagnostiche per i disturbi di personalità sono cambiate più volte. Per esempio, il DSM-IV-TR include attualmente il **disturbo passivo-aggressivo di personalità**, caratterizzato da un quadro pervasivo

TRA LE RIGHE

Statistiche sui disturbi di personalità

59%	Percentuale di maschi tra gli individui con gravi disturbi di personalità
19%	Individui con gravi disturbi di personalità che sono membri di gruppi di minoranza razziale o etnica
6%	Individui con gravi disturbi di personalità che sono disoccupati
23%	Individui con gravi disturbi di personalità che non sono mai stati sposati
(Cloninger, Svrakic, 2005)	

di atteggiamenti negativi e resistenza alle richieste degli altri, tra i disturbi non altrimenti specificati, in quanto la ricerca non è riuscita a dimostrarne le caratteristiche di disturbo, ma solo di singolo tratto di personalità.

Disturbo di personalità passivo-aggressiva: un particolare disturbo di personalità ora incluso nel DSM come «disturbo di personalità non altrimenti specificato» o NAS, caratterizzato da un quadro pervasivo di atteggiamenti negativi e resistenza alle richieste degli altri.

In parte anche a causa di questi problemi, attualmente la critica principale all'approccio del DSM-IV-TR riguardo ai disturbi di personalità si appunta sul fatto che il sistema di classificazione definisce i disturbi attraverso *categorie* anziché *dimensioni* di personalità (Widiger, 2007). Come un interruttore della luce che può essere solo acceso o spento, l'approccio per categorie del manuale diagnostico presume che i tratti problematici di personalità siano presenti o assenti, che un individuo manifesti o non manifesti un dato disturbo di personalità e che una persona che soffra di un certo disturbo di personalità non possa presentare anche tratti di personalità non caratteristici di quel disturbo.

TRA LE RIGHE

Identità nel passato

Il disturbo antisociale di personalità veniva chiamato nell'Ottocento «insania morale».

Molti teorici sono invece del parere che i disturbi di personalità siano differenti più per *grado* che per tipo di disfunzione. Essi propongono pertanto che i disturbi vengano classificati in base al grado di intensità dei tratti fondamentali di personalità (o dimensioni) anziché secondo la presenza o assenza di tratti specifici (Widiger, 2007, 2006). In un approccio di questo tipo, ciascun tratto fondamentale (per esempio, l'eccessiva concentrazione su di sé o la disonestà) sarebbe considerato nella sua variazione su una scala continua, in cui non vi è un confine netto tra normale e patologico. Quindi si potrebbe diagnosticare un disturbo di personalità solo in quelle persone che manifestano diversi tratti fondamentali estremamente accentuati, una situazione non comune nella popolazione in generale.

Allora quali dimensioni della personalità dovrebbero usare i clinici per identificare i problemi di personalità negli individui? Secondo alcuni teorici, sarebbe opportuno basarsi sulle dimensioni identificate nella teoria di personalità dei «big five», attualmente il modello dimensionale più condiviso e testato.

13.5.1 Teoria dei disturbi di personalità e modello dei «big five»

Da un cospicuo corpo di ricerche è emerso che la struttura di base della personalità sarebbe costituita da cinque «super tratti» o fattori: *stabilità emotiva, energia, apertura mentale, amicalità e coscienziosità* (Costa, McCrae, 2005). Ognuno di questi fattori, definiti nel loro insieme «big five», è costituito da diverse sottodimensioni. Ansia e ostilità, ad esempio, sono sottodimensioni del fattore stabilità emotiva, mentre ottimismo e cordialità fanno parte del fattore energia. In teoria, la personalità di ognuno può essere riassunta in una combinazione dei cinque fattori principali. Un individuo può quindi manifestare un grado elevato di stabilità emotiva ed energia, media amicalità e bassa coscienziosità e apertura mentale; un'altra persona può invece avere livelli elevati di amicalità e coscienziosità, stabilità emotiva ed energia media e bassa apertura mentale, e così via.

Molti sostenitori del modello dei «big five» sostengono che sarebbe meglio descrivere tutte le persone con disturbi di personalità in base all'intensità dei cinque fattori principali (livello elevato, basso o intermedio) e abbandonare del tutto i criteri attuali del DSM-IV-TR con le sue categorie dei disturbi di personalità (Clark, 2005; Costa, McCrae, 2005). Così, un individuo attualmente definito con disturbo evitante di personalità, in base a questo modello verrebbe descritto con un elevato grado di stabilità emotiva, grado medio di amicalità e coscienziosità e grado molto basso di estroversione e apertura all'esperienza. Analogamente, una persona con diagnosi di disturbo narcisistico di personalità potrebbe essere definita, in base all'approccio dimensionale dei cinque fattori, con un grado molto elevato di stabilità emotiva ed energia, grado medio di coscienziosità e apertura mentale e grado molto basso di amicalità.

TRA LE RIGHE

Arte e timidezza

Negli ultimi anni la musica rock ha conosciuto l'influenza di alcuni personaggi dal comportamento estremamente schivo e reticente.

Il gruppo rock alternativo My Bloody Valentine suona spesso rivolgendosi le spalle al pubblico e ha ispirato un curioso movimento pop detto «shoegaze», o del «guardarsi le scarpe», per la tendenza a tenere lo sguardo a terra durante i concerti.

Nei suoi primi concerti, il cantante e musicista indie rock Sufjan Stevens applaudiva nervosamente il pubblico quando gli batteva le mani.

All'inizio della sua carriera, la cantautrice indie rock Cat Power (Chan Marshall) non rivolgeva lo sguardo verso il pubblico e piangeva o scappava via dal palco durante i concerti.

13.5.2 Approcci dimensionali alternativi

Sebbene molti teorici clinici concordino attualmente sul fatto che un approccio dimensionale rifletterebbe una patologia della personalità in modo più accurato rispetto all'approccio per categorie del DSM-IV-TR, non tutti ritengono che il modello dei «big five» sia l'approccio dimensionale più utile e centrato (Fowler et al., 2007). Per alcuni gli aggettivi che descrivono i tratti di personalità nel modello dei cinque fattori sono troppo pochi, altri sostengono che le valutazioni implicate da uno scarso elenco di aggettivi non siano in grado di definire la complessità dei problemi degli individui con disturbi della personalità.

TRA LE RIGHE

Cartoni disfunzionali

Con il progresso della tecnologia utilizzata nel film d'animazione, anche i problemi di personalità dei personaggi si sono evoluti. I personaggi problematici del passato erano definiti in genere da un singolo tratto negativo di personalità, come per esempio il nano Brontolo in *Biancaneve e i sette nani*. I personaggi attuali presentano più tratti problematici di personalità. Per esempio, secondo alcuni critici i ragazzini di *South Park* (soprattutto Cartman) presenterebbero una scontrosoità permanente; scarso rispetto dell'autorità, irriverenza ed egoismo; scarsa considerazione dei sentimenti degli altri; generica mancanza di coscienza e la tendenza a cacciarsi nei guai.

Sono stati quindi proposti altri modelli dimensionali in alternativa. Uno di essi, messo a punto dai ricercatori Jonathan Shedler e Drew Westen nel 2004, identifica 12 fattori principali anziché 5; tali 12 fattori sono costituiti in totale da 200 *affermazioni* descrittive del tipo: «Il soggetto suscita simpatia negli altri», «Tende a farsi coinvolgere in lotte di potere», o «Le emozioni del soggetto tendono a cambiare in modo repentino ed eccessivo». In base a questo modello, è possibile descrivere il disturbo di personalità di un individuo valutando ciascuna delle 200 affermazioni su una scala da 0 a 7. Secondo i ricercatori, le descrizioni che ne risultano rilevano la complessità del disfunzionamento della personalità e, allo stesso tempo, forniscono punteggi numerici che potrebbero essere utilizzati per studiare ulteriormente questo tipo di disturbi (Westen, Muderrisoglu, 2006).

Non è ancora certo dove porteranno i modelli dimensionali proposti sulle patologie della personalità, anche se è abbastanza diffusa la convinzione che il DSM-V, l'edizione attualmente in preparazione del nuovo manuale diagnostico, utilizzerà uno di questi modelli al posto dell'attuale suddivisione in categorie (Widiger, 2007). Come minimo, il dibattito attuale indica una volta di più che oggi in ambito clinico le disfunzioni di perso-

nalità sono ritenute forme anomale importanti, che meritano di essere meglio comprese e trattate.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Noi continuiamo a modellare la nostra personalità per tutta la vita. Se fossimo già perfetti, dovremmo morire» Albert Camus.

Sintesi

Esistono modi migliori per classificare i disturbi di personalità?

Attualmente sono frequenti gli errori nella diagnosi dei disturbi di personalità in base ai criteri del DSM-IV-TR, un'indicazione dei reali problemi di validità e affidabilità delle categorie. Considerata quindi l'inefficacia dell'approccio per categorie del DSM-IV-TR, oggi molti teorici ritengono che i disturbi di personalità dovrebbero essere descritti e classificati in base a un approccio dimensionale, come il modello dei cinque fattori o «big five».

13.6 I CAMBIAMENTI PROPOSTI NEL DSM-5

La *task force* del DSM-5, in risposta ai problemi, alle critiche e ai suggerimenti di cui si è già parlato, soprattutto alla richiesta crescente di una prospettiva più dimensionale e meno categoriale dei disturbi di personalità, ha proposto un quadro ibrido per diagnosticare questi disturbi. Nel quadro sono conservate molte delle categorie dei disturbi di personalità ma, al contempo, si impone ai clinici di valutare la gravità dei disturbi. Inoltre, il quadro consente ai clinici di diagnosticare altri modelli di personalità più idiosincratici come disturbi di personalità se gli individui hanno problemi connessi ai tratti che alterano gravemente il loro funzionamento. In base alla proposta del DSM-5, vi sono due diverse strade attraverso le quali gli individui può essere diagnosticato un disturbo di personalità. Innanzitutto, la strada consueta. La *task force* ha proposto di conservare sei delle categorie dei disturbi di personalità: schizotipico, antisociale, borderline, narcisistico, evitante e ossessivo-compulsivo, e di eliminare il disturbo paranoide, schizoide, istrionico e dipendente, in gran parte perché, come abbiamo già precisato, le loro caratteristiche si sovrappongono ampiamente alle caratteristiche di una o più categorie conservate. In base alla proposta della *task force*, a un soggetto il cui modello di sintomi rientra in una delle sei categorie conservate deve essere diagnosticato il di-

sturbo di personalità (per esempio, disturbo borderline di personalità). Però, come parte della diagnosi, i clinici devono valutare il funzionamento personale (quanto risultano compromessi il senso di identità e l'autodeterminazione dell'individuo?) e il funzionamento interpersonale (quanto risulta compromessa la sua capacità di empatia e intimità?). L'inclusione di queste valutazioni dovrebbe consentire ai clinici di distinguere i casi di disturbo di personalità che comportano una maggiore menomazione da quelli in cui la menomazione è minore. La *task force* ha proposto anche una nuova strada attraverso la quale si possono compiere diagnosi di disturbo di personalità. Se gli individui non rientrano in una delle sei categorie appena ricordate, ma presentano ciononostante tratti che compromettono significativamente il funzionamento, può essere diagnosticato loro il disturbo di personalità tratto specifico (PDTS). Nell'emettere la diagnosi, i clinici identificano ed elencano i tratti problematici e giudicano la gravità della menomazione per il funzionamento personale e interpersonale. Circa 30 tratti possono essere presi in considerazione per emettere una diagnosi di PDTS, ad esempio l'invadenza, la disonestà, la grandiosità, la ricerca di attenzione, l'insensibilità e l'ostilità. Riferiamo un caso citato dalla *task force* del DSM-5. Il paziente, un maschio adulto di venti anni con una storia

di abuso di sostanze e molti comportamenti criminali, mostra comportamenti insoliti e strani, come far finta di poter controllare gli altri con la mente, una propensione al sospetto e a evitare le interazioni sociali, ed esplode in attacchi di collera quando viene provocato. Secondo la proposta del DSM-5, questa persona soddisfa i criteri del DSM-5 per il disturbo di personalità tratto specifico (PDTS). In questo caso, gli aspetti problematici della personalità (impulsività, convinzioni ed esperienze insolite, diffidenza, tendenza a evitare gli altri, ostilità) sarebbero ulteriormente specificati dal clinico e considerati oggetto di attenzione clinica (APA, 2011). La proposta del DSM-5 relativa ai disturbi di personalità ha determinato una confusione nella comunità clinica. I clinici favorevoli a un sistema di classificazione dimensionale per questi disturbi si rifiutano di conservare tante categorie del DSM-IV-TR, altri clinici ritengono che i cambiamenti proposti concedano troppa libertà d'azione e siano poco strutturati permettendo così ai clinici di diagnosticare il disturbo di personalità a una serie enorme di modelli di personalità; mentre diversi altri clinici sono preoccupati che le proposte del DSM-5 risultino eccessivamente complicate. Perciò, resta da vedere se queste proposte faranno parte del DSM-5 e, qualora fossero incluse nel nuovo DSM, come saranno applicate.

Riflessioni critiche

1. È molto diffusa l'abitudine, da parte di persone non esperte, di diagnosticare superficialmente problemi mentali in se stesse, nei familiari o nei conoscenti, e tra i preferiti vi sono i disturbi di personalità. Quale potrebbe essere il motivo di tanto interesse in questi particolari disturbi da parte degli «psicologi dilettanti»?
2. Per alcuni osservatori, i disturbi di personalità sarebbero poco più che descrizioni di stili personali, che non andrebbero considerati disturbi psicologici. Argomentate pro e contro questa posizione.
3. Quale potrebbe essere la differenza tra la sospettosità o l'egoismo «normali» e «patologici»?
4. Perché spesso chi imbroglia (un adulatore, un falsario d'arte, un ladro di gioielli) è oggetto di ammirazione nelle persone?
5. Quali caratteristiche della società occidentale negli ultimi decenni (per esempio filosofie pedagogiche, campagne pubblicitarie, eroi dello sport, libri di successo, programmi televisivi e film) possono avere contribuito all'aumento nella popolazione del comportamento narcisistico?

Parole chiave

- Disturbo antisociale di personalità, p. 377
- Disturbo borderline di personalità, p. 382
- Disturbo di personalità, p. 369
- Disturbo dipendente di personalità, p. 393
- Disturbo evitante di personalità, p. 391
- Disturbo istrionico di personalità, p. 386
- Disturbo narcisistico di personalità, p. 388
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, p. 395
- Disturbo paranoide di personalità, p. 371
- Disturbo passivo-aggressivo di personalità, p. 399
- Disturbo schizoide di personalità, p. 373
- Disturbo schizotipico di personalità, p. 375

Domande di riepilogo

1. Cos'è un disturbo di personalità e perché tali disturbi sono elencati sull'Asse II nel DSM-IV-TR?
2. Descrivete i problemi causati nelle relazioni sociali da ognuno dei disturbi di personalità.
3. Quali sono i tre disturbi di personalità «bizzarra» e i relativi sintomi?
4. Quali sono le spiegazioni e i trattamenti individuati per il disturbo di personalità paranoide, schizoide e schizotipico?
5. Quali sono i disturbi di personalità «drammatica» e i relativi sintomi?
6. Quali sono le spiegazioni teoriche del disturbo antisociale e del disturbo borderline di personalità? Quali sono i trattamenti principali per questi disturbi? Si possono definire efficaci?
7. Quali sono le spiegazioni e i trattamenti principali per il disturbo di personalità istrionico e narcisistico? La ricerca ha dato conferme significative di tali spiegazioni e trattamenti?
8. Quale gruppo del DSM-IV-TR comprende i disturbi di personalità evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo? Quali sono le spiegazioni e i trattamenti principali per questi disturbi e fino a che punto sono stati confermati dalla ricerca?
9. Quali sono i tipi di problemi in cui si sono imbattuti i clinici nella diagnosi dei disturbi? Quali sono le cause di questi problemi?
10. Descrivete due approcci dimensionali proposti per identificare e definire i disturbi di personalità.

DISTURBI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Billy, un bambino [...] di sette anni, è arrivato in clinica psichiatrica accompagnato dalla madre perché «è infelice e dice continuamente di stare male». [...] Secondo la madre, Billy non è mai stato un bambino allegro e non ha mai voluto giocare con i coetanei. Da quando ha iniziato la scuola materna si è sempre lamentato di avere mal di pancia, mal di testa e diversi altri malesseri fisici. [...]

Billy non aveva manifestato problemi né in prima né in seconda elementare; in terza invece «ha difficoltà a eseguire i compiti assegnati, impiega molto tempo a elaborare le consegne e pensa spesso di dover rifare tutto daccapo perché tutto sia perfetto. A causa dei suoi frequenti problemi psicosomatici, è difficile farlo alzare al mattino per andare a scuola, ma se gli viene permesso di restare a casa, si preoccupa di rimanere indietro con le lezioni. Quando invece va a scuola, spesso non riesce a eseguire gli esercizi, e questo lo fa sentire scoraggiato riguardo alla sua situazione». [...]

Le sue ansie hanno travalicato l'ambito scolastico e spesso è morbosamente attaccato ai suoi genitori e vuole sempre sapere dove sono. Ha paura che possa succedere loro qualcosa se arrivano a casa più tardi del solito, oppure se vanno da qualche parte senza di lui. [...]

La mamma di Billy ammette che non è mai stato un bambino molto allegro, ma ha la sensazione che negli ultimi sei mesi sia stato particolarmente depresso. Spesso in casa sta fermo senza fare niente, dicendo di essere troppo stanco per fare qualunque cosa. Non gli interessa giocare, né si diverte a farlo. Ha scarso appetito. Ha difficoltà ad addormentarsi la sera, spesso si sveglia nel cuore della notte o all'alba. Tre settimane fa ha detto per la prima volta di voler morire. [...] (Spitzer et al., 1994).

Lo scorso anno Eddie, un bambino di nove anni, è stato sospeso due volte per comportamento iperattivo e impulsivo. Pochi giorni fa si è arrampicato sulle lampade a sospensione dell'aula e poi non sapeva più scendere, provocando grande trambusto a scuola. Gli insegnanti si lamentano del fatto che gli altri bambini non riescono a concentrarsi quando Eddie è presente, perché gira di continuo per la classe e non sta mai fermo. Anche quando è

seduto non riesce a stare tranquillo poiché continua a disturbare i compagni. Eddie, a causa della sua impulsività e del comportamento irrequieto, non ha praticamente amici e non gioca mai con gli altri bambini. Dopo la scuola, gioca con il suo cane o gira in bici da solo.

La mamma di Eddie dice che è sempre stato iperattivo, sin da quando era molto piccolo. A tre anni, Eddie si svegliava tutte le mattine alle 4.30 e andava al piano di sotto da solo, senza sorveglianza degli adulti. Talvolta «demoliva» la cucina o il soggiorno, altre volte usciva di casa da solo. Una volta, a quattro anni, lo trovarono al mattino presto che camminava da solo su un marciapiede affollato. Fortunatamente un passante lo bloccò prima che attraversasse la strada.

Dopo essere stato rifiutato da una scuola materna a causa della sua iperattività e impulsività, Eddie iniziò a frequentarne un'altra ed ebbe un anno molto difficile. In prima e seconda elementare seguì un programma comportamentale specifico, e in terza passò infine a frequentare una classe normale, ma con un servizio di sostegno scolastico per il suo comportamento (Spitzer et al., 1994).

Billy ed Eddie sono bambini che manifestano disturbi psicologici. Tali problemi danneggiano seriamente i legami familiari dei ragazzi, il rendimento scolastico e i loro rapporti sociali, ma in modo diverso e per ragioni particolari per ciascun disturbo. Billy, al quale potrebbe essere diagnosticato un disturbo depressivo maggiore, è un bambino che lotta con la tristezza, l'ansia e il perfezionismo, e manifesta sintomi fisici come mal di pancia e di mal di testa. I problemi principali di Eddie, invece, sono l'incapacità di concentrarsi, l'iperattività e l'impulsività, caratteristiche del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD).

È importante sottolineare che un funzionamento patologico può verificarsi in qualsiasi momento della vita. Tuttavia, certi modelli di anomalia emergono con maggiore probabilità in particolari periodi: per esempio, durante l'infanzia o durante la terza età.

In questo capitolo esamineremo i disturbi che hanno origine nell'infanzia o nella prima adolescenza. Nel capitolo successivo parleremo, invece, dei disturbi più comuni nella popolazione anziana.

14.1 INFANZIA E ADOLESCENZA

In genere si pensa all'infanzia come a un periodo felice e spensierato, eppure può anche essere angoscioso e terrificante. In realtà, in tutte le culture i bambini hanno esperienza almeno una volta di qualche problema emotivo e comportamentale quando si trovano in situazioni nuove e con persone diverse. Secondo le indagini, l'*ansia* è un'esperienza comune a molti: quasi la metà dei bambini americani hanno preoccupazioni diverse, in particolare riguardo alla scuola, alla salute e alla sicurezza personale (Beidel, Turner, 2005; Szabo, Lovibond, 2004). Bagnare il letto, incubi, eccessi di collera e irrequietezza sono problemi molto diffusi tra i bambini. Anche l'adolescenza può essere una fase difficile: i cambiamenti fisici e sessuali, le pressioni sociali e scolastiche, la violenza a scuola, i dubbi personali e le tentazioni possono fare sentire molti ragazzi nervosi, confusi e depressi (Weisz et al., 2006; King et al., 2005) (si veda la **Tabella 14.1**).

Oltre a queste normali difficoltà psicologiche, almeno un quinto di tutti i bambini e adolescenti nordamericani hanno un disturbo psicologico diagnosticabile (Steele et al., 2008), con una maggiore incidenza tra i maschi, anche se poi nella popolazione adulta sono le

donne a essere maggiormente colpite da disturbi psicologici.

Alcuni disturbi dell'infanzia, come il disturbo d'ansia, la depressione e le alterazioni comportamentali, hanno un corrispettivo nell'età adulta, seppur con delle differenze. Invece, altri disturbi – come ad esempio quelli legati all'evacuazione – generalmente scompaiono o cambiano completamente forma nell'età adulta. Vi sono poi dei disturbi con esordio alla nascita o nell'infanzia che persistono in forma stabile nella vita adulta, come i disturbi dello spettro autistico e il ritardo mentale; il primo è caratterizzato dalla mancanza di interazione con l'ambiente, il secondo da un funzionamento intellettuale generale molto al di sotto della media.

TRA LE RIGHE

Il disegno come espressione delle proprie esperienze

L'arte terapia viene utilizzata spesso per aiutare i bambini a esprimere ed elaborare emozioni problematiche.

Tabella 14.1 Violenza a scuola negli Stati Uniti: numeri, dati e fatti.

Le sparatorie nelle scuole urbane sono in genere riconducibili a povertà, traffico di droga e guerre tra bande. Spesso rispecchiano e possono derivare dalla violenza diffusa nelle comunità urbane alle quali le scuole appartengono.

Le sparatorie nelle scuole di provincia e di campagna assomigliano di più alle esplosioni di violenza che avvengono nei luoghi di lavoro e nei luoghi pubblici.

Nella maggior parte delle sparatorie avvenute nelle scuole di provincia e di campagna, gli autori avevano parlato con gli altri studenti delle loro intenzioni o avevano lasciato numerosi indizi al riguardo.

Nella maggior parte delle sparatorie avvenute nelle scuole di provincia e di campagna, gli autori avevano pianificato l'attacco da giorni o settimane.

Il 6% degli studenti di scuola superiore negli Stati Uniti ha perso almeno un giorno di scuola nell'ultimo mese perché si sentiva insicuro a scuola o nel tragitto casa-scuola.

Il 28% degli insegnanti delle scuole superiori pubbliche degli Stati Uniti è stato maltrattato verbalmente, il 15% ha subito minacce e il 3% è stato aggredito.

Fonti: *Infoplease*, 2006; Bowman, 2002; Elliot et al., 2002; Potier, 2002; Dedman, 2000.

14.2 DISTURBI D'ANSIA INFANTILE

L'ansia, entro un certo limite, è una componente normale dell'infanzia. I bambini possono essere spaventati da eventi normali, come l'inizio della scuola, o da eventi più insoliti, come il trasferimento in una nuova casa. Inoltre le fonti di ansia infantile cambiano con le generazioni. I bambini di oggi, per esempio, vengono ripetutamente messi in guardia contro i potenziali pericoli di internet e dei social network, i rapimenti, le droghe e il terrorismo.

I bambini possono essere fortemente turbati dai problemi dei genitori o dalla loro inadeguatezza (Baldwin, Dadds, 2008). Se per esempio i genitori respingono, deludono o evitano costantemente i propri figli, ecco che il mondo potrà sembrare un posto spiacevole e ansiogeno. Al di là di questi fattori legati all'ambiente, alcuni bambini sono geneticamente predisposti ad avere un temperamento ansioso (Baldwin, Dadds, 2008). Tuttavia, come la ricerca dimostra, le cure materne efficienti sono in grado di correggere – nei macachi rhesus – deficit geneticamente determinati della funzione serotoninergica cerebrale. Poiché le relazioni fra influenze genetiche, ricambio cerebrale della serotonina e disturbi della sfera ansioso-comportamentale sono strettamente correlabili tra loro e analoghe sia nella specie umana che negli altri primati, appare quindi legittimo dedurre che un adeguato caregiver assume un ruolo facilitatore non solo rispetto all'instaurarsi di interazioni ottimali, ma anche rispetto alla sua funzione preventiva e terapeutica (Liotti, 2002).

In alcuni bambini l'ansia diventa persistente e dominante, fino a trasformarsi in disturbo d'ansia. Le indagini statistiche rilevano che i bambini e gli adolescenti che manifestano un disturbo d'ansia si attesta tra il 10 e il 21% (Baldwin, Dadds, 2008). Certi disturbi d'ansia infantili sono simili ai loro corrispettivi adulti. Quando i bambini hanno delle fobie specifiche, per esempio, in genere queste si manifestano e operano esattamente come le fobie dell'adulto. In realtà, diverse fobie infantili non trattate si protraggono fino all'età adulta. Più spesso, tuttavia, i disturbi d'ansia infantili assumono caratteristiche alquanto diverse da quelle dei disturbi omologhi dell'adulto.

TRA LE RIGHE

Le paure più comuni dei bambini

Non riuscire a respirare
Essere investiti da un'automobile o da un camion
Cadere da altezze elevate
Essere infettati o ammalarsi gravemente
Paura dei bombardamenti o delle invasioni
Essere bruciati dal fuoco
Perdersi in un posto sconosciuto
Paura che entrino i ladri in casa
Paura del buio
Paura di trovarsi in situazioni imbarazzanti
Paura dei bulli
Paura dei cani
(Oesterreich, 2003; Neal et al., 1993)

Come si presenta un disturbo d'ansia in un bambino piccolo? In genere è caratterizzato da sintomi comportamentali e somatici anziché cognitivi: possono assumere la forma di un attaccamento eccessivo, difficoltà del sonno, malesseri gastrici (Kendall, Pimentel, 2003). L'ansia tende a focalizzarsi su oggetti ed eventi specifici, talora immaginari, come i mostri o i temporali, e non su preoccupazioni generali riguardo a quale posto si occupa nel mondo. Molto spesso è scatenata da eventi e situazioni presenti. Il *disturbo d'ansia di separazione*, molto comune nei bambini, ha proprio queste caratteristiche.

14.2.1 Disturbo d'ansia di separazione

Il *disturbo d'ansia di separazione* si verifica nell'età infantile, inizia nei primi anni di vita e si manifesta nel 4% di tutti i bambini (Van Dyke et al., 2009; Shear et al., 2006). I soggetti con questo problema provano ansia estrema, talora panico, ogni volta che si allontanano da casa o da un genitore. Carrie, la bambina di 9 anni del **Caso 14.1**, è stata inviata a un centro di salute mentale

CASO 14.1

All'inizio diceva di avere mal di pancia e in seguito cominciò a preoccuparsi di non riuscire a respirare. Diceva di essere troppo nervosa per stare a scuola e chiedeva che sua madre venisse a prenderla per portarla a casa. [...] Il counselor disse che la stessa cosa si era verificata il giorno successivo, e che Carrie era tornata a casa. Da allora non era più tornata a scuola. [...]

Al momento del colloquio iniziale la madre disse di avere la sensazione che Carrie fosse troppo agitata per andare a scuola. Affermò di avere provato più volte a incoraggiare la figlia ad andarci, ma che la bambina appariva spaventata e forse malata, e che non l'aveva forzata. [...] Quando le chiedemmo se Carrie andasse da qualche parte da sola, la madre disse che alla bambina non piaceva e in genere facevano tutto sempre assieme. La madre osservò che Carrie la voleva vicina tutto il tempo e che si agitava ogni volta che si separavano (Schwartz, Johnson, 1985, p. 188).

dal counselor scolastico quando a scuola si accorsero che diventava estremamente ansiosa, senza alcuna ragione evidente.

TRA LE RIGHE

Aiutare la madre per aiutare il figlio

In uno studio su 151 madri in trattamento per depressione, un terzo migliorò fino a non avere più sintomi di depressione dopo tre mesi. Si scoprì che i figli delle donne che avevano risposto alla cura, anche non avendo ricevuto alcun trattamento particolare, a loro volta stavano meglio psicologicamente (Boodman, 2006).

I bambini come Carrie fanno molta fatica ad allontanarsi dalla famiglia; spesso si rifiutano di andare a casa di amici, di andare a fare commissioni, di frequentare un campo estivo o la scuola. Molti non riescono neppure a stare da soli in una stanza e stanno letteralmente attaccati ai genitori nei vari locali della casa. Alcuni hanno crisi di collera, piangono o implorano i genitori per impedire loro di lasciarli soli. I bambini possono temere di perdersi se vengono separati dai genitori, oppure che i genitori si ammalino o che siano vittime di qualche incidente. Finché restano con i genitori e non temono di esserne separati, possono avere un comportamento abbastanza normale, ma al primo accenno di allontanamento si scatena la drammatica sequenza dei sintomi.

Disturbo d'ansia di separazione: disturbo infantile caratterizzato da ansia eccessiva, talora panico, ogni volta che il bambino viene allontanato da casa o da un genitore.

SOLI IN UNA VITA PARALLELA

Dr.ssa Bernadine Healy, «U.S. News and World Report», 21 maggio 2007.

Il World Wide Web era inizialmente una piattaforma per la comunicazione, le informazioni e lo svago. Oggi si sta trasformando in un potente mezzo sociale, ove le persone danno vita a comunità di amici pressoché sconosciuti con i quali stringere legami personali ed emotivi reali. Tuttavia è necessario preoccuparsi di queste [...] attività di comunicazione se i contatti con persone solo immaginarie [...] interferiscono o sostituiscono i contatti reali, soprattutto per coloro che sono ancora in una fase di crescita formativa e di sviluppo sociale. I ricercatori dell'Annenberg School Center for the Digital Future all'Università della Southern California, che hanno monitorato per sei anni il comportamento degli utenti di Internet, furono sorpresi quando dalla loro indagine più recente emerse che oltre il 40% degli utenti pensa che gli amici online siano importanti quanto gli amici reali. Su Internet, oltre alle comunità di persone presumibilmente reali c'è il mondo del gioco, in cui avvengono contatti emotivi in una realtà virtuale tridimensionale, con soggetti di fantasia in luoghi immaginari. [...]

Non si sa molto di quali potrebbero essere i problemi di sicurezza legati a giochi in cui dei bambini si creano degli avatar [rappresentazioni virtuali di se stessi] e interagiscono liberamente in vividi mondi immaginari, per lo più senza alcuna vigilanza. Alcuni giochi implicano azioni fortemente violente o comunque deprecabili nei confronti di altri esseri umani immaginari, eseguite senza traccia di rimorso, empatia o conseguenze personali. In realtà gli esperti non esprimono un giudizio unanime sull'impatto di tali esperienze. Per alcuni psicologi, esse potrebbero incoraggiare un comportamento identico nel mondo reale; per altri, invece, oltre a non avere effetti negativi, potrebbero rappresentare persino una valvola di sfogo per l'aggressività. In uno studio, una ragazza di 15 anni, il cui avatar era una cyber prostituta,

non riteneva di avere un comportamento sbagliato online, non essendo reale. In sintesi, dice la ragazza, «state calmi».

L'ignoto

Dovremmo davvero stare calmi? Come riconosce Steven Locke, psichiatra e ricercatore ad Harvard del mondo virtuale, abbiamo appena scalfito la superficie e non sappiamo assolutamente quali potrebbero essere gli effetti di esperienze immaginarie tanto vividamente realistiche sullo sviluppo cerebrale dei bambini. Sappiamo che le esperienze reali hanno degli effetti. Occorre anche considerare un rischio piuttosto esteso, anche se più sfumato: in alcuni bambini la dipendenza da un'interazione virtuale con umani, sia con persone reali che immaginarie, potrebbe influenzarne l'intelligenza sociale ancora in formazione, l'idea di fiducia negli altri e le aspettative, il loro modo di affrontare l'affermazione di sé o il rifiuto, il modo di dare e ricevere sostegno emotivo. Ricordate che il mondo virtuale può essere esattamente come lo si vuole e può diventare una fuga dalla realtà.

Gli psicologi hanno identificato una forma di fuga virtuale, il disturbo da dipendenza da Internet, che può distruggere le relazioni reali. Nella dipendenza da Internet i ragazzi sono talmente occupati a navigare online da trascurare lo studio, il lavoro, gli amici e la famiglia, e, se privati dell'accesso Internet, si fanno prendere da ansia e depressione. Sembra che il 2% di tutti gli utenti di Internet ne sia dipendente, e i ragazzi sono particolarmente a rischio. In Cina è diventato obbligatorio installare un software antidipendenza, che limita l'accesso alla Rete per i ragazzi a tre ore giornaliere. Ma sono proprio i genitori esperti di Internet i più adatti a stabilire il tempo che un bambino può dedicare alla navigazione in Rete e i siti ai quali può accedere.

Copyright © 2007. «U.S. News & World Report», L. P. Riproduzione autorizzata.

Come nel caso di Carrie, il disturbo d'ansia di separazione può evolvere in *fobia* o *rifiuto della scuola*, un problema comune in cui i bambini hanno paura di andare a scuola e rimangono spesso a casa per lunghi periodi di tempo (Heyne et al., 2002). In molti casi la fobia della scuola, tuttavia, ha cause diverse dall'ansia di separazione, come timori sociali o scolastici, depressione e paura di determinati oggetti o di persone collegate alla scuola.

14.2.2 Trattamenti dei disturbi d'ansia infantile

Nonostante la grande diffusione dei disturbi d'ansia dell'infanzia e dell'adolescenza, molti bambini ansiosi

non ricevono alcun trattamento (Baldwin, Dadds, 2008). In generale per i bambini si utilizza la terapia psicodinamica, comportamentale, cognitiva, cognitivo-comportamentale, familiare e di gruppo, individualmente o in combinazione, con una discreta efficacia (Baldwin, Dadds, 2008). Sono trattamenti simili a quelli usati per il disturbo d'ansia nell'adulto (si veda il Capitolo 4), ma sono ovviamente specifici per le abilità cognitive infantili, per la loro situazione individuale ed esercitano un controllo limitato sulla vita del bambino o della bambina. Inoltre la terapia per il trattamento dei bambini ansiosi può prevedere interventi psicopedagogici. Talvolta si ricorre anche ai farmaci, soprattutto ansiolitici e anti-

depressivi, magari in abbinamento alla psicoterapia. La terapia farmacologica per i bambini sembra essere efficace, ma la ricerca su questo tema è piuttosto recente e non vi sono molti dati al riguardo (Walkup et al., 2008).

Ludoterapia: approccio per il trattamento dei disturbi infantili che ha lo scopo di aiutare i bambini a esprimere i conflitti interiori e le emozioni attraverso il disegno, il gioco con gli oggetti e l'invenzione di storie.

Poiché i bambini in genere hanno difficoltà a interpretare le proprie sensazioni e motivazioni, la terapia psicodinamica utilizza la **terapia del gioco (ludoterapia)** come parte del trattamento psicologico (Snow et al., 2009). In questo approccio i bambini utilizzano giocattoli, disegnano e inventano storie; così facendo essi rivelano i conflitti presenti nella loro vita e i propri sentimenti al riguardo. Il terapeuta introduce in seguito altri giochi e usa la fantasia per aiutare i bambini a elaborare il conflitto e a trasformare le proprie emozioni e comportamenti. Inoltre, poiché i bambini spesso sono soggetti eccellenti per l'ipnosi, alcuni terapeuti fanno uso dell'*ipnoterapia* per aiutare i piccoli pazienti a superare le loro paure.

TRA LE RIGHE

Separazione e depressione

Sulla base dei dati della ricerca, secondo i quali una prolungata separazione dalla famiglia è spesso causa di depressione nei bambini, destano preoccupazione le migliaia di bambini con uno o due genitori militari, rimasti da soli durante la guerra in Iraq e in Afghanistan.

Sintesi

Disturbi d'ansia infantile

Nell'infanzia e nell'adolescenza non sono rari i problemi emotivi e comportamentali, ma negli Stati Uniti almeno un quinto di tutti i bambini e adolescenti soffre di un disturbo psicologico diagnosticabile.

Bambini e adolescenti soffrono in particolare di disturbi d'ansia. Di questo gruppo fanno parte sia disturbi analoghi a quelli dell'adulto, sia modelli tipici dell'infanzia come il disturbo d'ansia di separazione, caratterizzato da ansia eccessiva e talora panico ogni volta che un bambino viene allontanato da un genitore. Il disturbo d'ansia infantile viene trattato in diversi modi, compresa la terapia del gioco.

14.3 DISTURBI DELL'UMORE INFANTILI

Come Billy, il cui caso abbiamo presentato in apertura del capitolo, circa il 2% dei bambini e il 9% degli adolescenti soffrono attualmente di disturbo depressivo mag-

giore. In realtà, circa il 15% degli adolescenti soffre almeno una volta di depressione fra i 13 e 19 anni (Avenevoli et al., 2008; Curry, Becker, 2008). Inoltre, i clinici ritengono oggi che molti bambini e adolescenti siano affetti da disturbo bipolare.

14.3.1 Disturbo depressivo maggiore

Analogamente a quanto accade nei disturbi d'ansia, i bambini piccoli non possiedono alcune delle abilità cognitive (come il senso reale del futuro, per esempio) che contribuiscono a causare la depressione clinica (Hankin et al., 2008). Tuttavia, in presenza di situazioni della vita o predisposizioni biologiche significative, anche nei bambini molto piccoli possono manifestarsi cambiamenti d'umore e una persistente tendenza alla tristezza (Cummings, Fristad, 2008; Nantel-Vivier, Pihl, 2008). La depressione nel bambino può essere scatenata da eventi negativi (in particolare dalle perdite), importanti cambiamenti, rifiuto o continui maltrattamenti (Abela, Hankin, 2008) e si manifesta per lo più con sintomi fisici, come mal di testa, mal di stomaco, irritabilità e disinteresse per giochi e giocattoli (Hankin et al., 2008; Weiss, Garber, 2003).

La depressione clinica diventa molto più diffusa tra gli adolescenti. Nel migliore dei casi l'adolescenza può essere definita un periodo difficile e confuso, caratterizzato da angoscia, cambiamenti ormonali e fisici, umore altalenante e relazioni complesse. In alcuni casi questi aspetti «normali» dell'adolescenza si trasformano in depressione clinica. Infatti, come abbiamo visto nel Capitolo 8, i pensieri di suicidio e i tentativi di togliersi la vita sono particolarmente comuni tra gli adolescenti (1 adolescente su 6 pensa al suicidio ogni anno) e la depressione è la causa principale sia dei pensieri che dei tentativi suicidari (Spirito, Esposito-Smythers, 2008).

A 16 anni di età le ragazze depresse sono il doppio dei maschi (Hankin et al., 2008). Secondo alcuni, questa differenza di genere è dovuta alla crescente e diffusa insoddisfazione femminile per il proprio aspetto fisico. Mentre i ragazzi in genere non sono infastiditi dall'aumento di massa muscolare e dagli altri cambiamenti fisici che accompagnano la pubertà, spesso le ragazze detestano la nuova distribuzione del grasso corporeo e l'aumento di peso che si verifica proprio a iniziare dalla pubertà. Cresciute in una società che propone la magrezza estrema come ideale estetico femminile, molte adolescenti finiscono per sentirsi imprigionate nel proprio corpo, hanno una bassa autostima ed entrano in depressione (Stice et al., 2000). Molte sviluppano disturbi dell'alimentazione, come abbiamo visto nel Capitolo 9.

Per anni si è creduto che la depressione dei bambini e degli adolescenti rispondesse bene ai medesimi trattamenti in uso per la depressione degli adulti (ad esempio la terapia cognitivo-comportamentale e i farmaci antidepressivi) e, in effetti, molti studi hanno confermato l'ef-

ficacia di tali approcci (Fombonne, Zinck, 2008; Reinecke, Ginsburg, 2008). Alcuni eventi recenti hanno tuttavia messo in dubbio l'opportunità di utilizzare con bambini e ragazzi gli approcci impiegati con gli adulti.

Il National Institute of Mental Health ha finanziato pochi anni fa uno studio, durato sei anni, il noto *Treatments for Adolescents with Depression Study (TADS)*, il quale metteva a confronto l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale, della terapia con antidepressivi, della combinazione di terapia cognitivo-comportamentale e farmacologica, e della terapia con placebo nella depressione dell'adolescente (Curry, Becker, 2008; TADS, 2007, 2004). Da questo autorevole studio sono emersi tre dati sorprendenti. Il primo è che nel trattamento della depressione dell'adolescente né la terapia cognitivo-comportamentale da sola, né gli antidepressivi da soli hanno avuto la stessa efficacia rispetto alla combinazione di terapia cognitivo-comportamentale e farmacologica. Secondo, per i ragazzi depressi gli antidepressivi da soli tendevano a essere molto più efficaci rispetto alla sola terapia cognitivo-comportamentale. Terzo, la terapia cognitivo-comportamentale da sola aveva un'efficacia di poco superiore alla terapia con placebo. Molti ricercatori pensano che alcune particolarità della popolazione di soggetti dello studio TADS possano essere alla base degli scarsi risultati della terapia cognitivo-comportamentale. Altri teorici clinici ritengono invece che lo studio TADS sia una pietra miliare nella ricerca e che effettivamente molti adolescenti depressi rispondano meno bene degli adulti alla terapia cognitivo-comportamentale.

Un ulteriore sviluppo degli ultimi anni è stata la scoperta della potenziale pericolosità degli antidepressivi per i bambini e gli adolescenti depressi (Kutcher, Gardner, 2008). Come abbiamo visto nel Capitolo 8, la FDA (*Food and Drug Administration*) americana ha stabilito nel 2004, sulla base di numerosi studi scientifici, che i farmaci possono indurre un aumento reale, anche se piccolo, del rischio di comportamento suicidario in alcuni bambini e ragazzi, specie nei primi mesi di trattamento. Da allora sulle confezioni dei farmaci è riportato un «riquadro nero» simile a quello stampato sui pacchetti di sigarette, con l'avvertenza «aumenta il rischio di pensieri e comportamenti suicidari nei bambini». Da allora si sono susseguite le discussioni sull'opportunità dell'avvertenza della FDA, e alcuni osservatori hanno notato che il rischio generale di suicidio può in realtà essere minore per la stragrande maggioranza dei bambini trattati con farmaci (Kutcher, Gardner, 2008; Henderson, 2005).

Mentre continua il vaglio delle scoperte dello studio TADS e si cercano risposte ai dubbi sulla sicurezza degli antidepressivi, questi due recenti sviluppi servono a evidenziare una volta di più l'importanza della ricerca, specie nel campo del trattamento. Dobbiamo ricordare che i trattamenti che funzionano per individui di una determi-

nata età, genere, razza o retroterra culturale possono non funzionare o risultare problematici per altri gruppi di individui.

14.3.2 Disturbo bipolare

Per decenni il sapere clinico convenzionale ha sostenuto che il disturbo bipolare è esclusivamente un disturbo dell'umore dell'*adulto*, con età minima di esordio nella tarda adolescenza. Intorno alla metà degli anni Novanta c'è stato invece un dietro-front e oggi molti esperti ritengono che il disturbo bipolare possa insorgere anche in età infantile. Un'analisi sulle tendenze diagnostiche nazionali tra il 1994 e il 2003 ha rilevato che negli Stati Uniti il numero di bambini (spesso molto piccoli) e di adolescenti a cui viene diagnosticato il disturbo bipolare e che vengono curati per questo tipo di problema è aumentato di 40 volte: dai 25 casi diagnosticati nel 1994 su 100.000 individui ai 1000 casi su 100.000 individui nel 2003 (Carey, 2007; Moreno et al., 2007).

Si può definire accurata questa tendenza diagnostica? In un'indagine nazionale su adulti con disturbo bipolare, un terzo degli interpellati affermarono che i loro sintomi erano iniziati effettivamente prima dei 15 anni; il disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti potrebbe quindi essere sempre esistito in queste fasce d'età, ma è stato ignorato sia in sede diagnostica che terapeutica (Hirschfeld et al., 2003). Viceversa, alcuni teorici clinici ritengono che la diagnosi del disturbo bipolare sia applicata con troppa superficialità nel caso di bambini e adolescenti (Carey, 2007; Moreno et al., 2007). L'etichetta sarebbe quindi divenuta un «termine generico» da applicare praticamente a tutti i bambini irascibili e aggressivi.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Oggi i bambini sono dei tiranni. Rispondono male ai genitori, si ingozzano di cibo e tiranneggiano gli insegnanti» Socrate, 425 a. C.

L'esito di questa discussione è importante soprattutto perché oltre agli attuali cambiamenti nelle diagnosi ha avuto luogo un aumento del numero di bambini a cui vengono somministrati farmaci da adulti per il disturbo bipolare (Moreno et al., 2007; Olfman, 2007). Circa nella metà dei casi, i bambini in trattamento per il disturbo bipolare ricevono un farmaco antipsicotico; un terzo riceve un antibipolare o un farmaco stabilizzatore dell'umore; a molti altri vengono prescritti antidepressivi o stimolanti e moltissimi prendono una combinazione di più farmaci. Circa il 40% dei bambini in trattamento per il disturbo bipolare segue una psicoterapia, in particolare terapia familiare e cognitivo-comportamentale (Cummings, Fristad, 2008; Carey, 2007). Questi aspetti devono chiaramente essere approfonditi e studiati ulteriormente.

Sintesi**Disturbi dell'umore infantili**

Circa il 2% dei bambini e il 9% degli adolescenti soffre di depressione. Negli ultimi anni lo studio TADS e l'avvertenza della FDA nel «riquadro nero» hanno sollevato dubbi riguardo ai trattamenti più appropriati per i ragazzini depressi. Inoltre, negli ultimi quindi anni si è assistito a un cospicuo aumento nel numero di bambini e adolescenti a cui viene diagnosticato un disturbo bipolare.

14.4**DISTURBO OPPOSITIVO-PROVOCATORIO E DISTURBO DI CONDOTTA**

La maggior parte dei bambini infrange delle regole o si comporta male di tanto in tanto. Se però l'atteggiamento normale è estremamente ostile e provocatorio, può essere presente un disturbo oppositivo-provocatorio o un disturbo della condotta. I bambini con **disturbo oppositivo-provocatorio** sono spesso ostili (polemizzano continuamente con i genitori, perdono la calma, hanno un atteggiamento collerico e rancoroso) e disubbidienti (ignorano le regole e le richieste degli adulti) e manifestano comportamenti negativi (molestando altre persone e accusando gli altri dei propri errori e problemi). Questa diagnosi può riguardare circa il 10% dei bambini (McMahon, Kotler, 2008). Questo disturbo riguarda più i maschi che le femmine prima della pubertà, mentre nell'adolescenza colpisce in eguale misura ragazzi e ragazze.

I bambini con **disturbo della condotta** (problema più grave rispetto al disturbo oppositivo-provocatorio) violano sistematicamente i diritti fondamentali degli altri. Spesso sono aggressivi e possono essere crudeli fisicamente con persone o animali, distruggere deliberatamente la proprietà altrui, marinare la scuola o scappare da casa (si veda la **Tabella 14.2**). In molti casi rubano, minacciano o fanno del male ad altre persone; commettono reati come furti nei negozi, falsificazioni, penetrazione con scasso in edifici o automobili altrui, aggressione a scopo di rapina, rapina a mano armata. Con il passare del tempo, gli atti di violenza possono includere lo stupro o, più raramente, l'omicidio (APA, 2000). I sintomi del disturbo della condotta sono molto evidenti nel **Caso 14.2** in cui è presentata la sintesi di un colloquio clinico con un ragazzo di 15 anni di nome Derek.

Disturbo oppositivo-provocatorio: disturbo dell'infanzia in cui il bambino si oppone polemicamente agli adulti, perde la calma, usa un linguaggio volgare, manifesta intensa rabbia e risentimento.

Disturbo della condotta: disturbo dell'infanzia in cui il bambino viola ripetutamente i diritti degli altri, ha un comportamento aggressivo e può arrivare a distruggere la proprietà altrui, rubare o scappare da casa.

L'esordio del disturbo della condotta si colloca tra i 7 e i 15 anni di età (APA, 2000). Potrebbe esserne affetto tra l'1 e il 10% dei bambini, tre quarti dei quali maschi (Nock et al., 2006; Hibbs, Jensen, 2005).

I bambini con disturbo di condotta lieve spesso migliorano con il tempo, mentre i casi gravi possono persistere nell'età adulta ed evolvere in disturbo antisociale

CASO 14.2

Dal colloquio è emerso che Derek si era cacciato in guai seri ultimamente, ed era stato arrestato per furto in un negozio quattro settimane prima. Derek era stato fermato assieme a un altro ragazzo quando, insieme a una decina di altri ragazzi, erano entrati in un minimarket e avevano razzato tutto quello che potevano, per poi fuggire su alcune auto. Questa azione faceva seguito ad altre bravate simili, compiute in un negozio di CD musicali e in uno di abbigliamento. Derek dava la colpa della sua cattura agli altri, che secondo lui l'avevano lasciato indietro mentre si attendeva fuori dal negozio. Era stato accusato tuttavia solo di furto nei negozi, dato che la polizia gli aveva trovato addosso tre barrette di cioccolato, un sacchetto di patatine e nient'altro. Derek non era affatto pentito dell'azione compiuta, né si mostrava preoccupato per la commessa del negozio, rimasta ferita quando uno dei ragazzi l'aveva spinta contro una vetrina. Quando gli fu detto che la commessa era ferita, per esempio,

Derek aveva commentato: «Non sono stato io, perché dovrebbe importarmi?». Lo psicologo decise di interrogare ulteriormente Derek per sapere se avesse compiuto altri reati in passato. Scopri una serie non indifferente di azioni illegali. Dieci mesi prima, Derek era stato arrestato per atti vandalici (finestre rotte, macchine danneggiate) compiuti nell'edificio scolastico e nel parcheggio. Fu messo in libertà vigilata per sei mesi, essendo incensurato. Derek però si vantava di aver compiuto altri reati per i quali non era stato scoperto, tra cui numerosi tentativi di furto nei negozi, uso intensivo di marijuana nei fine settimana, scorribande su auto rubate, marinare sistematicamente la scuola. [...] Dall'inizio dell'anno scolastico, Derek aveva perso 23 giorni di lezione (il 50%). [...] Inoltre, Derek ammise di aver tentato di entrare negli appartamenti dei vicini e di avere iniziato molto presto ad avere rapporti sessuali. [...] Solo di rado, durante il colloquio, Derek divagava dal racconto delle sue bravate (Kearney, 1999, pp. 104-105).

Tabella 14.2 Disturbo di condotta.**DSM Checklist**

- ☑ Una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età vengono violati si presenta con almeno tre dei seguenti comportamenti avvenuti nei 12 mesi precedenti (e almeno uno negli ultimi sei mesi):
 - ☑ spesso fa il prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
 - ☑ spesso dà inizio a colluttazioni fisiche
 - ☑ ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri
 - ☑ è stato fisicamente crudele con le persone
 - ☑ è stato fisicamente crudele con gli animali
 - ☑ ha rubato affrontando la vittima
 - ☑ ha forzato qualcuno ad attività sessuali
 - ☑ ha deliberatamente appiccato il fuoco
 - ☑ ha deliberatamente distrutto proprietà altrui
 - ☑ è penetrato in un edificio, un domicilio o una automobile altrui
 - ☑ spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi
 - ☑ ha rubato articoli di valore senza affrontare la vittima
 - ☑ spesso trascorre fuori la notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni di età
 - ☑ è fuggito da casa di notte almeno due volte mentre viveva con i genitori
 - ☑ marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni di età.
- ☑ L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento.

Tratto da APA, 2000.

di personalità (Phares, 2008). La ricerca indica che nella maggioranza dei casi, gli individui con disturbo della condotta presentavano inizialmente un disturbo oppositivo-provocatorio (Lahey, 2008; Lahey, Loeber, 1994). Oltre un terzo dei bambini con disturbo della condotta è affetto anche dal disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), che sarà esaminato più avanti (Waschbusch, 2002).

TRA LE RIGHE**Età minima sempre più bassa**

I numerosi casi di sparatorie avvenute negli USA negli ultimi anni indicano che anche i ragazzini più piccoli possono essere capaci di atti estremamente violenti.

Alcuni teorici clinici ritengono che vi siano in realtà diversi tipi di disturbo della condotta, tra cui: 1) un modello *distruttivo manifesto*, in cui i soggetti compiono comportamenti esplicitamente aggressivi e oppositivi; 2) un modello *non distruttivo manifesto*, caratterizzato da

Tabella 14.3 Disturbo oppositivo provocatorio.**DSM-5: le novità**

- ☑ Viene proposto di suddividere gli attuali 8 sintomi del disturbo oppositivo provocatorio in 3 raggruppamenti: umore rabbioso/irritabile; comportamento oppositivo/provocatorio e comportamento vendicativo. Ci sono state anche proposte di modifica relativa alla durata dei sintomi ed alla età di comparsa del quadro patologico (prima dei 5 anni deve presentarsi quasi ogni giorno per 6 mesi) dopo i 5 anni basta un giorno alla settimana per lo meno per 6 mesi. Ci si potrebbe domandare se questi criteri non tendano a patologizzare fin troppi bambini. Sono stati proposti cambiamenti nella definizione degli elementi che vengono ingeriti. Tutto sommato tali modifiche appaiono molto marginali.

comportamenti aggressivi e offensivi ma non provocatori, come l'abitudine a mentire; 3) un modello *distruttivo latente*, in cui i soggetti compiono di nascosto azioni distruttive, come violare la proprietà altrui, entrare in edifici e case con scasso, appiccare il fuoco; 4) un modello *non distruttivo latente*, in cui vengono compiute clandestinamente azioni non aggressive, come marinare ripetutamente la scuola (McMahon, Frick, 2005). I vari modelli potrebbero avere cause diverse.

TRA LE RIGHE**La differenza di genere si assottiglia**

Attualmente, su tre adolescenti arrestati per reati violenti, una è una ragazza (Scelfo, 2005).

Accade spesso che i bambini con disturbo della condotta vengano sospesi da scuola, dati in affidamento ad altre famiglie o reclusi in istituzioni minorili. Quando a compiere reati sono ragazzi di età compresa fra gli 8 e i 18 anni, in termini legali si parla di *delinquenza giovanile* (Lahey, 2008). I ragazzi sono coinvolti in azioni criminali molto più spesso delle ragazze, anche se i tassi di delinquenza per queste ultime sono in ascesa. Le ragazze vengono arrestate più spesso per uso di droga, reati sessuali e per essere scappate da casa o da istituzioni; i maschi per uso di droga e reati contro la proprietà. Gli arresti di adolescenti per reati gravi sono almeno triplicati negli ultimi vent'anni (U.S. Department of Justice, 2006, 2000, 1994).

14.4.1 Quali sono le cause del disturbo della condotta?

Numerosi casi di disturbo della condotta sono stati collegati a fattori genetici e biologici (Blair et al., 2006). Molte volte inoltre, il disturbo è connesso ad abuso di sostanze, povertà, eventi traumatici, frequentazione di gruppi di coetanei violenti o, ancora, al percorso di cre-

Approfondimento

BULLISMO: UN PROBLEMA IN CONTINUA CRESCITA?

Il bullismo potrebbe essere considerato un problema di rilevanza nazionale? È una domanda che potrebbe sembrare sciocca, poiché evoca immagini di teppisti della scuola secondo lo stile del popolare fumetto *Calvin e Hobbes* o la nemesi di Bart nel *Simpson*. Diverse voci autorevoli si sono levate per sottolineare che il bullismo è un problema grave e per ammonire che, laddove la società continui a trascurare il problema, tutti i cittadini sono a rischio, in particolare i bambini (Jacobs, 2008).

Da un'indagine sulle numerose sparatorie avvenute nelle scuole degli Stati Uniti a partire dal 1977 è infatti emerso che il bullismo è stato un fattore scatenante nei due terzi dei casi (Crisp, 2001). A volte gli autori delle sparatorie erano i bulli stessi, anche se molto più spesso erano vittime di bullismo. Un sondaggio statunitense condotto su scala nazionale chiedeva a bambini e ragazzi quali fossero i problemi a scuola che li toccavano maggiormente e tutte le fasce di età hanno indicato le derisioni e il bullismo come «problema rilevante», ancor più grave di razzismo, AIDS e pressioni da parte dei coetanei per provare alcol e attività sessuali (Cukan, 2001). In generale, dalla letteratura di riferimento emerge che più del 25% degli studenti riferisce di essere spesso oggetto di bullismo, oltre il 70% dichiara di esserne stata vittima almeno una volta, con conseguenti reazioni tipiche del disagio psicologico, come sentimenti di umiliazione, ansia oppure odio e rifiuto scolastico (Jacobs, 2008; Nishina et al., 2005). A tutto ciò si aggiunga, inoltre, che il progresso tecnologico del nostro mondo sempre connesso via internet ha ampliato ulteriormente i modi in cui bambini e adolescenti possono essere «presi di mira», tanto che le angherie e i soprusi trasmessi per e-mail, SMS e simili sono in continuo aumento (Jacobs, 2008). Il bullismo è pertanto diventato un problema dilagante, che richiede un'attenzione specifica da parte dei programmi scolastici, in tale ottica si auspica l'individuazione di specifici percorsi formativi volti, da un lato, a ridurre la manifestazione del disagio psichico attraverso condotte oppostive e aggressive, dall'altro a ostacolare la fuoriuscita preventiva dalla scuola di tali soggetti.

A questo riguardo, sono sempre più numerose le scuole, dalle elementari alle superiori, che negli USA hanno istituito programmi per spiegare ai ragazzi come affrontare i prepotenti in modo efficace, lavorare sistematicamente per cambiare la mentalità dei bulli, programmi per la formazione degli insegnanti e con gruppi di discussione per le famiglie, misure di prevenzione a scuola e attuazione di regole e interventi mirati nelle classi (Jacobs, 2008; Frey et al., 2005; Twemlow et al., 2003). Inoltre, sono state avviate dal Dipartimento della Salute campagne di informazione per diffondere la conoscenza dei programmi antibullismo, compresa la famosa «Stop Bullying Now».

Allo stesso tempo, proprio per la matrice multifattoriale cui il bullismo è soggetto, assieme alla sua ampia diffusione, nella comunità scientifica si registrano non poche preoccupazioni legate al fatto che tale comportamento deviante possa essere un problema particolarmente difficile da affrontare e arginare. La rapida e crescente diffusione del bullismo rende, infatti, assai complesso identificare i soggetti a rischio di incorrere in condotte violente. Da un punto di vista osservativo, si evidenziano nei soggetti a rischio un'incapacità nel modulare sentimenti ostili e impulsi aggressivi, difficoltà nel sintonizzarsi e comprendere i sentimenti dell'altro, sopravvalutazione onnipotente delle proprie idee, fragile autostima e sentimenti di inferiorità. È evidente che un quadro psicologico di questo tipo sottende una fragilità dell'io e spesso finisce con incidere negativamente sia sulla qualità delle relazioni, sia sulle performance scolastiche.

In questo modo gli allievi mantengono il legame di dipendenza con la scuola senza poter elaborare un percorso di individuazione tale da poter confluire in condotte adeguate (Granieri B., 2008). In tale ottica, la coloritura emotiva che assumono le interazioni esperite in ambito scolastico, potrebbe rappresentare un possibile predittore di un disagio psicologico latente, di cui l'insuccesso didattico e relazionale rappresenta il più evidente epifenomeno (Blandino, Granieri B., 2002).

scita avvenuto all'interno di una comunità violenta (Hibbs, Jensen, 2005). Nella maggioranza dei casi, tuttavia, il disturbo della condotta è stato collegato a rapporti problematici con i genitori, modelli genitoriali inadeguati, conflitti tra i genitori e ostilità familiare diffusa (Phares, 2008, 2003). I bambini che vengono abbandonati dai genitori, oppure rifiutati, maltrattati, o la cui famiglia non è presente costantemente e in modo adeguato, sembrano essere maggiormente a rischio di presentare il disturbo della condotta. Analogamente, sembrano essere più a

rischio i bambini con genitori antisociali, collerici, o con disturbi correlati all'uso di sostanze, dell'umore o schizofrenici (Julien, 2008).

14.4.2 Come viene trattato il disturbo della condotta?

Poiché i comportamenti aggressivi tendono a consolidarsi con l'età, i trattamenti per il disturbo della condotta sono generalmente più efficaci nei ragazzi sotto i 13 anni (Hibbs, Jensen, 2005). Negli ultimi anni sono stati

messi in atto diversi tipi di interventi, dagli approcci socioculturali a quelli incentrati sul bambino. Come vedremo, diversi di questi approcci hanno un'efficacia da modesta a moderata, ma è chiaro che nessuno di essi, da solo, può rappresentare la risposta a questo problema tanto complesso. Attualmente i clinici tendono a utilizzare combinazioni di più approcci in un programma di trattamento ad ampio raggio.

Trattamenti socioculturali

Data l'importanza dei fattori collegati alla famiglia nel disturbo della condotta, i terapeuti intervengono spesso sull'intera famiglia. Con i bambini molto piccoli, per esempio, è molto usata la *terapia di interazione genitore-figlio* (Querido, Eyberg, 2005), in cui i terapeuti insegnano ai genitori a lavorare in senso positivo con il proprio figlio, a fissare dei limiti appropriati, ad agire con coerenza, a essere giusti nelle decisioni sulla disciplina e ad avere delle aspettative più adeguate riguardo al figlio. Anche al bambino vengono insegnate competenze sociali migliori.

Quando il bambino è in età scolare si può utilizzare un intervento familiare detto *Parent Management Training (PMT)* o formazione alla competenza genitoriale. In questo approccio, i genitori (1) vengono istruiti a comportarsi in modo più efficace con il figlio e (2) genitori e figli vengono trattati assieme nell'ambito di una terapia familiare orientata al comportamento (McMahon, Kotler, 2008; Kazdin, 2007, 2005). Generalmente famiglia e terapeuta identificano alcuni comportamenti da modificare. Successivamente, con l'aiuto dello psicodramma, di manuali ed esercizi a casa, i genitori imparano come identificare problemi di comportamento, smettere di gratificare comportamenti indesiderati e premiare invece in modo coerente i comportamenti corretti (Kendall, 2000). Come gli interventi familiari con i bambini in età prescolare, la formazione alla competenza genitoriale si è dimostrata spesso efficace (McMahon, Kotler, 2008).

Altri approcci socioculturali, come il trattamento residenziale in comunità e programmi che coinvolgono la scuola hanno determinato qualche miglioramento (Boxer, Frick, 2008; Henggeler, Lee, 2003). Uno di questi approcci è rappresentato dall'*affidamento terapeutico*, ove ragazzi e ragazze che delinquono con disturbo della condotta vengono trasferiti dal Tribunale per i Minorenni presso una famiglia affidataria sul territorio. In questo periodo sia i ragazzi che la famiglia affidataria, così come i genitori biologici seguono appositi corsi e interventi terapeutici, seguiti da ulteriori trattamenti per i ragazzi e i genitori biologici dopo il periodo trascorso in affidamento.

Diversamente da questi interventi socioculturali, l'istituzionalizzazione nei cosiddetti *centri di rieducazione minorile* non si è dimostrata molto efficace (Heilbrun et al., 2005; Tate et al., 1995). In realtà questi luo-

ghi sembrano rafforzare il comportamento delinquenziale anziché aiutare il reinserimento nella società dei giovani criminali (si veda la **Figura 14.1**).

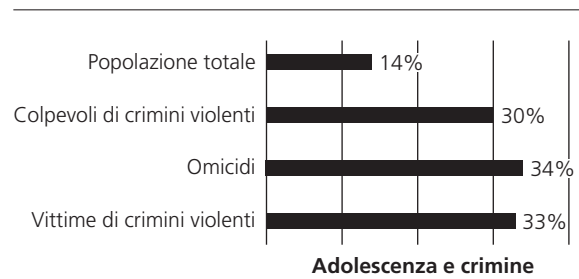
Trattamenti centrati sul bambino

Negli ultimi anni si è avuto un discreto successo con i trattamenti psicoterapeutici, soprattutto con gli interventi di tipo psicodinamico (Marans, 2000) e di tipo cognitivo-comportamentale (Kazdin, 2007, 2003, 2002).

Le terapie a orientamento psicodinamico si focalizzano sia sulle problematiche emotive che hanno condotto i soggetti ai deficit funzionali di autocontrollo dell'Io e della propria coscienza, sia sull'utilizzo di meccanismi di difesa inadeguati (come ad esempio avviene nell'identificazione con l'aggressore quando il minore, dopo essere stato esposto a situazioni traumatizzanti e violente, imita – nel tentativo di difendersi dai sentimenti di impotenza vissuti – i comportamenti aggressivi che ha visto).

Le terapie a orientamento cognitivo-comportamentale si centrano principalmente sul disturbo della condotta. Uno di questi trattamenti, definito *formazione alle competenze di problem solving*, prevede una combinazione di apprendimento, esercizi pratici, giochi di ruolo e gratificazioni sistematiche allo scopo di insegnare ai ragazzi un pensiero costruttivo e comportamenti sociali positivi; nel corso della terapia, i clinici giocano assieme ai ragazzi, risolvono problemi con loro e li aiutano a mettere in pratica le lezioni e le capacità apprese nel gioco e nelle situazioni di vita vissuta. Un altro utile approccio centrato sul bambino è l'*Anger Coping and Coping Power Program*, un programma per la gestione e il controllo della rabbia ove i bambini con disturbo della condotta vengono inseriti in gruppi per imparare a gestire la propria rabbia in maniera efficace, risolvere problemi, costruirsi abilità sociali, stabilire obiettivi e controllare la pressione dei propri pari (Boxer, Frick, 2008).

Figura 14.1 Criminalità giovanile. Sebbene gli adolescenti costituiscano solo il 14% della popolazione totale, essi commettono circa il 30% di tutti i crimini violenti e il 34% di tutti gli omicidi. Gli adolescenti sono inoltre le vittime nel 33% dei casi di tutti i crimini violenti.



Fonte: adattato da National Crime Victimization Survey, 2006, 1997, 1996, 1993; Levesque, 2002.

Di recente si è usata anche la terapia farmacologica sui bambini con disturbo della condotta. Alcuni studi indicano che alcuni *farmaci* stimolanti o non-stimolanti possono essere utili per ridurre il comportamento aggressivo a casa e a scuola (Connor et al., 2002). Tuttavia, l'utilizzo di farmaci per bambini in età prescolare non è raccomandato poiché non se ne conoscono ancora gli effetti di lungo periodo.

TRA LE RIGHE

Prevenzione: la cruda verità

Anziché aspettare che bambini o adolescenti sviluppino comportamenti antisociali, molti clinici preferiscono pensare a programmi di *prevenzione*. In uno di questi, dei ragazzi «a rischio» vengono accompagnati nelle carceri, dove i detenuti parlano loro in modo molto diretto di come a causa di droghe, frequentazione delle bande e altri comportamenti antisociali siano finiti in prigione.

Prevenzione

Forse la speranza principale sulla possibilità di trattare il problema del disturbo della condotta è riposta nei programmi di *prevenzione* che iniziano nella prima infanzia (Boxer, Frick, 2008). Questi programmi mirano a modificare le condizioni sociali svantaggiate prima che il disturbo della condotta abbia la possibilità di svilupparsi. Tali programmi possono prevedere opportunità di formazione per i giovani, strutture ricreative e assistenza sanitaria, con l'obiettivo di alleviare i tanti fattori di stress legati alla povertà e migliorare così le capacità dei genitori di educare i propri figli. Si tratta di approcci che funzionano al meglio quando coinvolgono ed educano l'intera famiglia.

14.5

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE / IPERATTIVITÀ

I bambini con **disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD o DDAI)** manifestano grande difficoltà a eseguire compiti e/o si comportano in modo impulsivo o iperattivo (si veda la **Tabella 14.4**). Il disturbo si presenta spesso prima che il bambino inizi la scuola, come nel caso di Eddie, uno dei ragazzini i cui casi abbiamo presentato in apertura di capitolo. Anche per Steven, il ragazzo del **Caso 14.3**, i sintomi sono iniziati quando era molto piccolo.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD): disturbo caratterizzato da persistente disattenzione e/o da comportamento iperattivo e impulsivo.

I sintomi dell'ADHD spesso si innestano l'uno sull'altro. I bambini che non riescono a concentrarsi su una cosa possono continuare a passare da un compito all'altro e finire per cercare di correre in più direzioni diverse nello stesso momento. Allo stesso modo, i bambini ipercinetici possono trovare difficile impegnarsi in un compito o comportarsi con prudenza. Molto spesso, uno dei sintomi risulta prevalente rispetto agli altri. Circa la metà dei bambini con ADHD ha anche difficoltà di apprendimento o di comunicazione, molti hanno un rendimento scolastico scarso, sono frequenti le difficoltà di interazione con gli altri bambini e circa l'80% ha un comportamento scorretto, spesso piuttosto grave (Phares, 2008; Watson et al., 2008). In molti casi sono presenti anche problemi di ansia o disturbi dell'umore (Julien, 2008).

CASO 14.3

La madre di Steven non riesce a ricordare un periodo in cui suo figlio non fosse impegnato a fare qualcosa o non avesse combinato qualche guaio. Da piccolo era incredibilmente attivo, tanto che aveva quasi sfasciato il suo lettino. Tutte le viti e i bulloni si allentavano e dovevano essere periodicamente serrati di nuovo. Steven andava di continuo in tutti i posti proibiti, come l'armadietto delle medicine o sotto il lavello della cucina. Una volta era stato portato al pronto soccorso dopo aver bevuto del detersivo liquido. In realtà Steven era molto maldestro e aveva continui incidenti, più del fratello maggiore e della sorellina. [...] Era sempre molto rapido nei suoi movimenti. La madre ricorda che era passato dalla fase in cui andava a gattoni al correre senza quasi la fase intermedia del camminare.

I problemi seri iniziarono quando Steven andò alla scuola materna. Sin dal primo giorno la sua vita era diventata un

tormento, e così anche quella delle insegnanti. Steven non sembra essere capace di eseguire le consegne assegnate e di seguire delle istruzioni. Preferisce parlare con un altro bambino o girare per l'aula, ovviamente senza il permesso della maestra. Quando è seduto e la maestra lo osserva per controllare se sta lavorando, il corpo di Steven è in continuo movimento. Magari batte la matita sul banco, giocherella nervosamente con qualche oggetto, oppure guarda fuori della finestra e sogna a occhi aperti. Steven detesta andare a scuola e ha pochi amici stabili; in realtà, le regole e le esigenze della scuola sembrano per lui sfide impossibili. Gli effetti di questo straniamento cominciano a notarsi nel rendimento scolastico e nell'atteggiamento di Steven. È rimasto indietro e ha reali difficoltà ad assimilare concetti nuovi; non ascolta più le indicazioni della maestra e ha cominciato a risponderle male (Gelfand, Jenson, Drew, 1982, p. 256).

Tabella 14.4 Disturbo da deficit di attenzione/iperattività.**DSM Checklist**

☑ Sei (o più) dei seguenti sintomi di **disattenzione** oppure di **iperattività-impulsività** sono persistiti per almeno 6 mesi con una intensità che provoca disadattamento e che non corrisponde al livello di sviluppo:

Sintomi di disattenzione

- ☑ spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione
- ☑ spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione
- ☑ spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente, spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti assegnati, spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività
- ☑ spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto
- ☑ spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività
- ☑ spesso è facilmente distratto da stimoli estranei
- ☑ spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

Sintomi di iperattività-impulsività

- ☑ spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia
- ☑ spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto
- ☑ spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo
- ☑ spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo
- ☑ è spesso «sotto pressione» o agisce come se fosse «motorizzato»
- ☑ spesso parla troppo
- ☑ spesso «spara» le risposte prima che le domande siano state completate
- ☑ spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno
- ☑ spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.

☑ Alcuni dei sintomi erano presenti prima dei 7 anni di età.

☑ Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti.

☑ Deve esservi una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

DSM-5: le novità

☑ **ADDH** oppure **ADHD** ovvero disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Invece di richiedere l'insorgenza dei primi sintomi prima dei 7 anni, la nuova formulazione richiede l'insorgenza prima dei 12 anni, sono infatti stati notati casi a insorgenza più tardiva. Sempre all'interno di **ADDH** è prevista l'inclusione di una sottocategoria caratterizzata da particolare disattenzione o da particolare impulsività. Tali categorie richiedono un numero minore di sintomi per essere identificate. In presenza di soggetti adolescenti è possibile la diagnosi anche con un numero di sintomi inferiore, il rischio è quello di ampliare a dismisura il numero già molto alto di diagnosi di disturbo da deficit di attenzione /iperattività. L'**ADDH** è ora diagnosticato 3 volte più frequentemente che nel passato. Secondo i nuovi criteri probabilmente il 10% dei ragazzi risponderebbero ai criteri diagnostici per **ADDH**. L'esplosione di trattamenti farmacologici ha certamente seguito questa esplosione diagnostica.

Tratto da APA, 2000.

Circa il 5% degli scolari manifesta l'ADHD, e nel 90% dei casi sono maschi (Hoza, Kaiser, Hurt, 2008; Rapport et al., 2008). Il disturbo persiste normalmente per tutta l'infanzia. Spesso durante l'adolescenza i sintomi si attenuano, ma tra il 35 e il 60% dei soggetti presenta poi il disturbo anche in età adulta (Julien, 2008; Kessler et al., 2006, 2005). Negli adulti, comunque, iperattività e irrequietezza non sono in genere molto pronunciate.

Non è semplice diagnosticare il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (Rapport et al., 2008). L'ideale sarebbe poter osservare il comportamento del bambino in ambienti diversi (scuola, casa, tra amici) perché i sintomi di iperattività e disattenzione, per rispondere ai criteri del DSM-IV-TR, devono essere presenti in contesti diversi. Inoltre, poiché i bambini con questo disturbo spesso non riescono a descrivere con precisione i propri

sintomi, è importante ottenere testimonianze dai genitori e dagli insegnanti. A fini diagnostici sono utili anche i colloqui individuali, le scale di valutazione e i test psicologici. Purtroppo gli studi indicano che per molti bambini la diagnosi di ADHD viene fatta dal pediatra o dal medico di famiglia anziché da professionisti della salute mentale, e che solo un terzo o metà delle diagnosi sono basate su test psicologici o relativi al livello scolastico (Hoagwood et al., 2000).

14.5.1 Quali sono le cause dell'ADHD?

Oggi si ritiene che l'ADHD sia causato dall'interazione di diversi fattori ed è ovviamente difficile separare le cause ambientali di crescita da quelle biologico-genetiche. Alcuni ricercatori hanno riscontrato i sintomi dell'ADHD nei bambini quando i genitori non riescono

a svolgere un'adeguata funzione genitoriale, compromettendo così lo sviluppo delle abilità di auto-regolazione emotiva e comportamentale dei loro figli (Silverman, Ragusa, 1992). In molti casi sono stati identificati fattori biologici, soprattutto un'attività anomala del neurotrasmettitore *dopamina*, e anomalie nelle regioni *frontale e striatale* del cervello (Julien, 2008; Teicher et al., 2008). Il disturbo è stato collegato inoltre a livelli elevati di stress emotivo e a disfunzionalità familiare (Barkley, 2006, 2004, 2002; Rapport et al., 2008).

TRA LE RIGHE

ADHD e scuola

Oltre il 90% dei bambini con ADHD non ha un buon rendimento scolastico. Hanno voti mediamente più bassi e più insufficienze rispetto agli altri.

Gli studenti con ADHD hanno più probabilità degli altri di essere puniti, sospesi o espulsi da scuola.

Tra il 23 e il 32% dei ragazzi con ADHD non riescono a terminare le scuole superiori.

Il 22% dei ragazzi con ADHD frequenta l'università.

(Rapport et al., 2008)

Gli esperti socioculturali hanno notato inoltre che i sintomi dell'ADHD e la relativa diagnosi possono a loro volta creare problemi sociali e generare ulteriori sintomi: i bambini diagnosticati come «iperattivi» tendono infatti a essere considerati in modo particolarmente negativo dai loro pari e dai genitori, e loro stessi si considerano negativamente (Rapport et al., 2008).

14.5.2 Come viene trattato il disturbo da deficit di attenzione/iperattività?

Sul trattamento più efficace per l'ADHD vi è attualmente un forte disaccordo (DuPaul, Barkley, 2008; Hoza et al., 2008). Gli approcci applicati più comunemente sono la terapia farmacologica e la terapia comportamentale o una combinazione delle due.

Metilfenidato: farmaco stimolante meglio noto con il nome commerciale Ritalin, usato per il trattamento dell'ADHD.

Attualmente sono milioni i bambini e gli adulti con ADHD che vengono trattati con il **metilfenidato** (nome commerciale Ritalin) o con altri farmaci stimolanti. Quando la ricerca ha confermato che il farmaco ha un effetto calmante sui bambini con ADHD e può aiutarli a rimanere concentrati, risolvere compiti complessi, andare meglio a scuola e controllare l'aggressività, l'uso del Ritalin è aumentato in maniera esponenziale: secondo alcune stime, dal 1990 il suo utilizzo è almeno triplicato (Anderson, 2007; Barkley, 2006, 2004, 2002) (si veda la **Figura 14.2**). Tale aumento si estende anche ai bambini

in età prescolare (Zito et al., 2000). Il 10-12% dei ragazzini maschi americani assume Ritalin o altri farmaci stimolanti per l'ADHD, e il numero delle bambine in trattamento è in aumento. Di recente le autorità statunitensi hanno anche approvato un farmaco non stimolante che inibisce selettivamente la ricaptazione della noradrenalina, noto come Strattera. Nell'insieme, tuttavia, oggi i farmaci stimolanti costituiscono ancora il trattamento più comune per l'ADHD (Hoza et al., 2008).

TRA LE RIGHE

Bambini e adulti

Dal 2000, l'uso di farmaci stimolanti per il trattamento dei bambini con ADHD è aumentato del 57%.

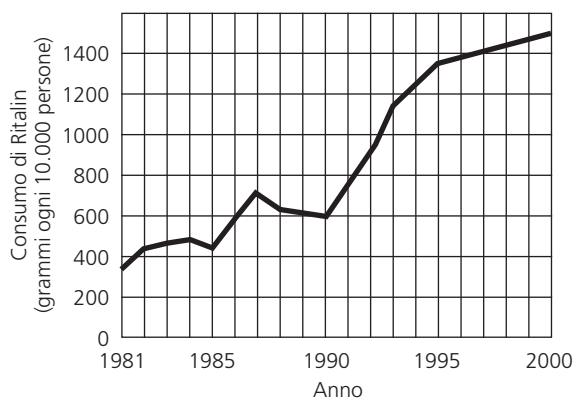
Sempre dal 2000, l'uso di farmaci stimolanti per il trattamento di adulti con ADHD è aumentato del 98%.

Circa 3,5 milioni di bambini e 1,5 milioni di adulti sono attualmente in terapia con farmaci per i problemi dell'attenzione.

(Tyre, 2005)

L'aspetto positivo è che il Ritalin e gli altri farmaci stimolanti sono molto utili per i bambini e gli adulti con ADHD. Inoltre, si tratta di prodotti relativamente sicuri nella maggioranza dei casi, seppur con alcune notevoli eccezioni (Rapport et al., 2008). E sono appunto tali notevoli eccezioni a rappresentare l'aspetto negativo, poiché esse destano la preoccupazione di molti clinici, come pure i possibili effetti collaterali di un uso prolungato del farmaco. Altri specialisti mettono in dubbio i risultati favorevoli degli studi su questi prodotti (la maggior

Figura 14.2 Uso del Ritalin. L'uso del Ritalin è in continua ascesa dall'inizio degli anni Ottanta, quando i ricercatori ne scoprirono l'efficacia nel trattamento dell'ADHD.



Fonte: adattato da Drug Enforcement Administration, 2002, 2000, 1996.

parte dei quali condotti su bambini americani bianchi) e si chiedono se siano applicabili anche nel caso dei bambini dei gruppi minoritari (Biederman et al., 2005, 2004). Inoltre non mancano coloro che sostengono che il Ritalin venga prescritto con troppa disinvoltura anche ai bambini che non soffrono affatto di ADHD (Rapport et al., 2008).

Per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è stata ampiamente utilizzata anche la terapia comportamentale. I genitori e gli insegnanti imparano a gratificare l'attenzione e l'autocontrollo nei bambini, spesso utilizzando il metodo del rinforzo a premi (o a gettoni). Il trattamento tramite condizionamento operante si è mostrato utile in numerosi casi, specie se combinato con la terapia farmacologica (Rapport et al., 2008; Barkley, 2006, 2004, 2002). L'abbinamento di farmaci e terapia comportamentale è positivo anche perché, secondo la ricerca, i bambini che ricevono entrambi i trattamenti richiedono dosaggi più bassi di farmaci e sono, quindi, meno soggetti agli effetti indesiderati (Hoza et al., 2008).

14.5.3 Fattori multiculturali e ADHD

Nei vari capitoli di questo libro abbiamo più volte sottolineato che la razza spesso potrebbe influenzare la diagnosi e il trattamento di diversi disturbi psicologici. Lo stesso si può dire anche nel caso dell'ADHD.

Numerosi studi indicano che i bambini afroamericani e ispanici con seri problemi di disattenzione e di iperattività hanno meno probabilità rispetto ai coetanei bianchi di essere sottoposti a una visita specialistica per ADHD, ricevere una diagnosi di effettivo disturbo e di essere sottoposti al relativo trattamento (Bussing et al., 2005, 2003, 1998). Inoltre, fra coloro che ricevono effettivamente una diagnosi di ADHD e una terapia, i bambini delle minoranze razziali hanno meno probabilità rispetto ai bambini bianchi di essere trattati sia con stimolanti che con una combinazione di farmaci e terapia comportamentale (Stevens et al., 2005). Infine, tra i bambini trattati con stimolanti per l'ADHD, è meno probabile che ai bambini delle minoranze razziali vengano prescritti i promettenti (e costosi) farmaci stimolanti *a lento rilascio* usciti negli ultimi anni (Cooper, 2004).

Questi differenti percorsi terapeutici nei bambini di razze diverse sono in parte legate a fattori economici. Gli studi hanno confermato più volte che i bambini delle classi disagiate più difficilmente ricevono una diagnosi di ADHD e un trattamento efficace rispetto ai coetanei bianchi, e che le famiglie delle minoranze razziali hanno in media redditi più bassi e assicurazioni sanitarie più carenti rispetto alle famiglie bianche. Un'ulteriore discriminazione terapeutica pare infatti essere legata al tipo assicurazione sanitarie stipulate: da uno studio è emerso che i bambini afroamericani con ADHD, ma con assicurazioni private, ricevono dosaggi superiori e farmaci stimolanti più efficaci rispetto ai bambini afroame-

ricani con lo stesso disturbo, ma che, a differenza dei primi, possono contare soltanto sull'assistenza della Medicaid, il programma federale sanitario degli Stati Uniti per gli individui a basso reddito (Lipkin et al., 2005).

Secondo alcuni teorici clinici, il pregiudizio e lo stereotipo sociale possono essere tra i fattori selettivi nella diagnosi e nel trattamento. Essi sostengono che la nostra società considera un problema medico i sintomi dell'ADHD quando sono presenti nei bambini bianchi, mentre diventano indicatori di genitori assenti, basso QI, uso di sostanze o violenza quando vengono riscontrati nei bambini afroamericani e ispanoamericani (Kendall, Hatton, 2002). Tale nozione è confermata dalla scoperta che, a parità di sintomi, gli insegnanti tendono più facilmente a individuare l'ADHD in un bambino bianco ipercinetico e ad attribuire ad altri tipi di difficoltà i sintomi di un bambino afroamericano o ispanico (Raymond, 1997; Samuel et al., 1997). Inoltre i genitori americani bianchi tendono più facilmente dei loro omologhi afroamericani o ispanici a pensare che i loro figli siano affetti da ADHD o a cercare un consulto o un trattamento per questo disturbo (Stevens et al., 2005; Kendall, Hatton, 2002).

TRA LE RIGHE

Intervento comportamentale

I programmi di istruzione e di trattamento rivolti ai bambini con ADHD utilizzano principi comportamentali che spiegano chiaramente quali sono i comportamenti desiderati, usano gratificazioni e rinforzano sistematicamente il comportamento del bambino quando è appropriato.

Quale che sia la ragione di fondo (condizioni di svantaggio economico, pregiudizio sociale, stereotipo razziale o altri fattori) appare chiaro che i bambini appartenenti alle minoranze razziali hanno meno probabilità di ricevere una diagnosi di ADHD e il relativo trattamento. Se da una parte molti clinici sostengono, a ragione, che l'ADHD viene spesso diagnosticato e trattato con troppa superficialità, dall'altra è importante anche riconoscere che lo stesso disturbo in bambini di certi segmenti della società può in realtà essere sottovalutato e non trattato adeguatamente.

14.6 DISTURBI DELL'EVACUAZIONE

I bambini con disturbi dell'evacuazione urinano o defecano ripetutamente in luoghi inappropriati, a letto o sul pavimento, oppure negli abiti. Sono disturbi che si presentano quando i bambini hanno già raggiunto un'età nella quale dovrebbero ormai essere capaci di controllare le proprie funzioni sfinteriche e i loro sintomi non sono causati da una condizione patologica.

Approfondimento

ABUSO INFANTILE

Il ricordo più vivido che ho di mia madre è che mi picchiava sempre. Mi picchiava con le sue scarpe a tacco alto, con la cintura di mio padre, con lo schiacciapatate. Avevo otto anni quando mi ridusse le gambe così male, completamente blu e nere per i lividi, che arrivai a dirle che sarei andata dalla polizia. Lei rispose: «Vai pure, così ti metteranno nella cella più buia di tutte». Perciò rinunciai. Quando a tredici anni cominciai a spuntarmi il seno, mi picchiò sul petto fino a farmi perdere i sensi. Poi mi abbracciava e mi chiedeva scusa. [...] La maggior parte dei bambini ha l'incubo di essere allontanato dai propri genitori. Io invece mi sedevo sotto il portico di casa nostra e mugolavo piano, sperando di andare lontano, lontanissimo da casa, per trovare un'altra madre («Time», 5 settembre 1983, p. 20).

Un problema che affligge moltissimi bambini e che ha un impatto enorme sul loro sviluppo psicologico è quello degli *abusi infantili*, l'uso non accidentale di una eccessiva violenza fisica o psicologica da parte di un adulto su un bambino, spesso con l'intenzione di fargli male, se non di sopprimerlo. Almeno il 5% e forse fino al 26% dei bambini americani sono oggetto di maltrattamenti fisici ogni anno (Phares, 2008). Secondo le indagini, un bambino su dieci è vittima di violenza grave: si va dai calci ai morsi, dalle botte fino alle minacce con coltelli o armi da fuoco. In realtà, alcuni osservatori ritengono che la violenza fisica e l'incuria siano le principali cause di morte tra i bambini.

In generale, maschi e femmine sono vittima di maltrattamenti più o meno in uguale misura (Humphrey, 2006). Tuttavia, i bambini sono più a rischio sotto i 12 anni, mentre per le ragazze il rischio aumenta dopo i 12 anni (Azar et al., 1998). Sebbene la violenza sui bambini sia trasversale in tutte le classi socioeconomiche, sembra più frequente nelle fasce meno abbienti (Mammen, 2002).

Gli autori della violenza sono per lo più i genitori stessi del bambino (Faust et al., 2008; Humphrey, 2006). I ricercatori clinici hanno rilevato che spesso i genitori violenti hanno scarso controllo degli impulsi, bassa autostima e scarse capacità genitoriali (Tolan et al., 2006; Mammen et al., 2002). Molti sono stati a loro volta vittime di violenza da piccoli e hanno avuto modelli genitoriali carenti (McCaghy et al., 2006). In alcuni casi sono stressati a causa di disaccordi nella coppia o per problemi conseguenti alla disoccupazione (Faust et al., 2008).

Gli studi indicano che le vittime di abusi infantili possono soffrire effetti psicologici sia immediati che a lungo termine. I bambini che hanno subito maltrattamenti, per esempio, hanno maggiori problemi di rendimento e di comportamento scolastico. Tra gli effetti a lungo termine si riscontrano la mancanza di accettazione sociale, un maggior numero di problemi medici e psicologici, frequente abuso di alcol e di

altre sostanze, frequenti problemi con la legge (arresti) durante l'adolescenza e l'età adulta, maggiore rischio di diventare individui violenti e criminali, tasso di disoccupazione e tasso di suicidio superiori alle media (Faust et al., 2008; Harkness, Lumley, 2008; Widom, 2001). Infine, circa un terzo delle vittime di abusi diventerà a sua volta un genitore violento, negligente o inadeguato (Heyman, Slep, 2002).

Due forme particolari di abuso infantile sono state studiate in modo approfondito: la violenza psicologica e l'abuso sessuale. La *violenza psicologica* può assumere la forma di rifiuto profondo, disciplina eccessiva, l'abitudine a colpevolizzare o a disprezzare il figlio, l'isolamento e il rifiuto di fornire aiuto a un bambino con problemi psicologici (Faust et al., 2008). L'*abuso sessuale infantile*, ossia la strumentalizzazione di un bambino per la gratificazione del proprio desiderio sessuale da parte di un adulto, può verificarsi sia in famiglia che al di fuori di essa (Faust et al., 2008; McCaghy et al., 2006). Secondo le indagini, almeno il 13% delle donne sono state costrette da bambine ad avere contatti sessuali con un maschio adulto, in molti casi con il padre o il patrigno (Phares, 2008, 2003; Hill, 2003). Almeno il 4% degli uomini hanno subito abusi sessuali nell'infanzia (Romano, DeLuca, 2001). L'abuso sessuale sui bambini è diffuso in modo trasversale in tutte le classi socioeconomiche e in tutti i gruppi etnici e razziali (McCaghy et al., 2006).

Nel caso di abusi sessuali sui minori sono state messe in atto diverse strategie, come i gruppi che si richiamano ai *Genitori anonimi*, per aiutare i genitori a comprendere meglio il proprio comportamento, informare sulle alternative all'abuso e insegnare competenze genitoriali più adeguate e funzionali (Tolan et al., 2006; Wolfe et al., 1988). Esistono poi altri trattamenti per aiutare i genitori a gestire in modo efficace lo stress che spesso è alla base del comportamento di abuso, come disoccupazione, conflitti di coppia e depressione. Inoltre i programmi di prevenzione, spesso sotto forma di visite a domicilio e informazione ai genitori, si sono dimostrati promettenti (Wekerle et al., 2007).

Infine, la ricerca indica che le necessità psicologiche delle giovani vittime vanno affrontate il prima possibile (Gray et al., 2000; Roesler, McKenzie, 1994). Medici e insegnanti hanno messo a punto programmi di individuazione con l'obiettivo di (1) informare tutti i bambini sugli abusi infantili, (2) insegnare loro come evitare o sottrarsi alle situazioni di abuso, (3) incoraggiare i bambini a confidarsi con un adulto se subiscono abusi e (4) tranquillizzarli sul fatto che non sono colpevoli degli abusi che subiscono (Godenzi, DePuy, 2001; Finkelhor et al., 1995). Tali programmi sembrano aumentare la probabilità che i bambini riferiscano ad altri gli eventuali abusi subiti e sembrano essere correlati alla minore tendenza ad autocolpevolizzarsi e all'aumento del senso di autoefficacia (Goodman-Brown et al., 2003).

14.6.1 Enuresi

Con **enuresi** si intende l'emissione involontaria e ripetuta (talora anche volontaria) di urina nel letto o negli abiti. Generalmente avviene durante il sonno notturno, ma può verificarsi anche durante il giorno. Il bambino deve avere almeno cinque anni perché si possa parlare di disturbo. Il problema può essere scatenato da eventi stressanti, come un ricovero in ospedale, l'inizio della scuola o da problemi familiari.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Questo ragazzo non combinerà niente di buono nella vita» Jakob Freud, 1864, parlando del figlio Sigmund, che a 8 anni aveva urinato nella camera dei genitori.

La prevalenza dell'enuresi diminuisce con l'età. Circa il 10% dei bambini di cinque anni soffre di enuresi, rispetto al 3-5% dei bambini di dieci anni e l'1% dei quindicenni. I bambini con enuresi in genere hanno un parente stretto (genitori, fratello/sorella) che ha avuto o che avrà lo stesso disturbo (Friman, 2008; APA, 2000).

Enuresi: disturbo dell'infanzia caratterizzato dalla perdita di urina nel letto o negli abiti.

Dalla ricerca non è giunta una spiegazione univoca sull'enuresi. I teorici psicomodinamici lo considerano un sintomo di ansia e di conflitti connessi al bisogno latente di dover controllare ogni situazione inattesa, della paura della perdita e della separazione (Friman, 2008). I teorici familiari riconducono il problema a interazioni familiari

disturbate (Fletcher, 2000). Per i comportamentisti si tratta del risultato di un apprendimento dell'uso del vaso inadeguato o coercitivo (Christophersen, Purvis, 2001). I teorici biologici ritengono invece che i bambini con enuresi abbiano una vescica più piccola del normale, o che abbiano una debolezza della muscolatura liscia della vescica (Friman, 2008).

Nella maggior parte dei casi l'enuresi scompare senza alcun trattamento. Tuttavia il processo può essere accelerato sia dalle terapie psicomodinamiche che da quelle cognitivo-comportamentali (Butler, 2004; Nield, Kamat, 2004). Uno dei metodi usati, secondo l'approccio del condizionamento classico, è il *metodo bell and pad* o tecnica del campanello ove un segnale acustico e una batteria sono collegati a una piastra costituita da due lastre metalliche; il dispositivo viene posto sotto al bambino mentre dorme (Houts, 2003; Mowrer, Mowrer, 1938). Bastano poche gocce di urina per attivare il campanello e svegliare il bambino o la bambina non appena inizia a urinare. In questo modo il campanello (stimolo incondizionato) abbinato alla sensazione di vescica piena (stimolo condizionato) produce la reazione del risveglio. Alla fine sarà sufficiente lo stimolo della vescica piena a svegliare il bambino.

Un secondo metodo comportamentale è il *dry bed training* o educazione al letto asciutto, che prevede l'esercizio al controllo della minzione, il risveglio periodico durante la notte per andare in bagno e rinforzi positivi per il comportamento corretto (Friman, 2008; Christophersen, Purvis, 2001). Come la tecnica del campanello, anche questo è un approccio comportamentale che, secondo quanto risulta dai dati di ricerca, spesso dà buoni risultati.

Tabella 14.5 Tabella comparativa dei disturbi dell'infanzia.

Disturbo	Età di identificazione abituale	Prevalenza tra tutti i bambini	Genere con prevalenza maggiore	Storia familiare	Guarigione in età adulta
Disturbo d'ansia da separazione	Prima dei 12 anni	4%	Femmine	Si	Quasi sempre
Disturbo della condotta	7-15 anni	1-10%	Maschi	Si	Spesso
ADHD	Prima dei 12 anni	5%	Maschi	Si	Spesso
Enuresi	5-8 anni	5%	Maschi	Si	Quasi sempre
Encopresi	Dopo i 4 anni	1%	Maschi	Non chiara	Quasi sempre
Disturbi dell'apprendimento	6-9 anni	5%	Maschi	Si	Spesso
Autismo	0-3 anni	0,17-0,63%	Maschi	Si	Talvolta
Ritardo mentale	Prima dei 10 anni	1-3%	Maschi	Non chiara	Talvolta

14.6.2 Encopresi

L'**encopresi**, ossia il defecare negli indumenti, è meno comune dell'enuresi ed è anche assai meno studiata. Si tratta di un problema che di solito si manifesta nelle ore diurne e non durante il sonno notturno (Walker, 2003). In genere è un atto involontario, con esordio dopo i quattro anni, e ne è affetto circa l'1% dei bambini di cinque anni (si veda la **Tabella 14.5**). È un disturbo più comune nei maschi che nelle femmine (Friman, 2008; APA, 2000).

Encopresi: disturbo infantile caratterizzato dall'eliminazione di feci in luoghi inappropriati e/o negli indumenti.

L'encopresi causa intensi problemi sociali, vergogna e imbarazzo (Cox et al., 2002). I bambini che ne soffrono cercano in genere di nascondere la propria condizione ed evitano occasioni, come le gite o la scuola, in cui potrebbero trovarsi in situazioni spiacevoli (APA, 2000). La condizione può derivare da stress, fattori biologici come una stipsi ostinata, apprendimento inadeguato dell'uso del vasino o una combinazione di più fattori. Poiché il disturbo è molto spesso connesso a problemi di tipo fisico-organici, prima di tutto è necessaria un'accurata visita medica.

I trattamenti più efficaci e diffusi per l'encopresi sono degli approcci comportamentali e medici (Friman, 2008; McGrath et al., 2000). Ad esempio, nel corso del trattamento, il medico può cercare di insegnare al bambino a capire bene quando ha l'intestino pieno tramite l'applicazione del biofeedback, oltre a combattere la stipsi ostinata e a stimolare la corretta funzionalità intestinale con alimenti ricchi di fibre, olio minerale, lassativi e lubrificanti (Friman, 2008; McClung et al., 1993). Si è dimostrata utile anche la terapia familiare (Murphy, Carr, 2000), poiché essa analizzando le varie dinamiche emotive disfunzionali tra i vari membri della famiglia, si pone l'obiettivo di raggiungere un più adeguato livello relazionale tra i soggetti della famiglia stessa.

Sintesi

Disturbo della condotta, ADHD e disturbi dell'evacuazione

I bambini con disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo della condotta hanno un comportamento molto aggressivo, che supera la normale infrazione delle regole. I soggetti con disturbo oppositivo-provocatorio sono polemici con gli adulti, perdono la calma e provano rabbia e risentimento intensi. Il disturbo della condotta è un quadro grave e pervasivo di ripetuta violazione dei diritti più elementari degli altri; spesso i ragazzi che ne sono affetti sono violenti e crudeli, e possono deliberatamente distruggere la proprietà altrui, rubare e fuggire di casa.

I bambini con disturbo da deficit di attenzione/ipercinetività (ADHD) non riescono a portare a termine i compiti assegnati, sono ipercinetici e/o hanno un comportamento impulsivo. Determinati tipi di farmaci, come il Ritalin, e i programmi comportamentali si sono rivelati spesso efficaci. I bambini con enuresi o encopresi, i due disturbi dell'evacuazione, urinano o defecano in luoghi inappropriati. L'enuresi viene trattata molto bene con degli approcci comportamentali, come il metodo del *bell and pad*.

14.7

DISTURBI SOLITAMENTE DIAGNOSTICATI PER LA PRIMA VOLTA NELL'INFANZIA

Come abbiamo accennato all'inizio del capitolo, molti disturbi dell'infanzia si modificano o cessano nel passaggio all'età adulta. Due gruppi di disturbi che emergono durante l'infanzia, tuttavia, tendono a persistere immutati per tutta la vita: i *disturbi pervasivi dello sviluppo* e il *ritardo mentale*, entrambi studiati in modo approfondito dalla comunità scientifica. Diversi sono gli approcci terapeutici volti a incrementare la qualità di vita sia dei soggetti affetti da questi disturbi, sia dei loro caregiver.

TRA LE RIGHE

I disturbi dello spettro autistico sono stati definiti utilizzando la metafora dello spettro di luce riflessa da un prisma ottico. Tale metafora permette di evidenziare le differenti sfumature che essi possono assumere. In tale ottica, si possono avere, da un lato, soggetti che presentano gravi forme di autismo, ritardo mentale e deficit neurologici e comunicativi; dall'altro soggetti intelligenti, capaci di parlare e, in alcuni casi, con abilità superiori alla media della popolazione in specifiche aree.

14.7.1 Disturbi pervasivi dello sviluppo

I *disturbi pervasivi dello sviluppo* comprendono una serie di patologie caratterizzate da un'importante compromissione dell'interazione sociale e della capacità di comunicare. In questo gruppo rientrano il *disturbo autistico*, il *disturbo di Asperger*, il *disturbo di Rett* e il *disturbo disintegrativo dell'infanzia*. Sebbene tali disturbi rappresentino quadri clinici differenti, essi vengono generalmente definiti *disturbi dello spettro autistico* poiché sono accomunati da alcune caratteristiche comportamentali specifiche originariamente riscontrate nell'autismo. Da un punto di vista clinico, esse si manifestano già in tenera età (12-18 mesi) e riguardano specificamente le aree della comunicazione e dell'interazione sociale, implicando una riduzione di interessi, comportamenti ripetitivi e stereotipati, deficit delle abilità imitative e difficoltà nel gioco.

Sebbene le differenti patologie presentino alcune somiglianze, vi sono anche differenze significative nel grado di compromissione sociale dei soggetti colpiti e nell'età di esordio. Data la bassa prevalenza del disturbo di Rett e del disturbo disintegrativo dell'infanzia, in questo capitolo esamineremo solo il disturbo autistico e il disturbo di Asperger.

Disturbo autistico

Nel **Caso 14.4** presentiamo il caso di Mark, che presenta un tipico quadro di autismo.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«Non vi sono due persone autistiche uguali. La forma precisa di espressione del disturbo è diversa in ogni singolo caso» Oliver Sacks, 2000.

Mark era affetto da **disturbo autistico** o **autismo**, un quadro clinico patologico, originariamente identificato dallo psichiatra americano Leo Kanner già nel 1943. I bambini con questo disturbo presentano un'estrema compromissione dell'interazione sociale, accompagnata da difficoltà di comunicazione e comportamenti ripetitivi e rigidi (si veda la **Tabella 14.6**). L'insorgenza della sintomatologia è assai precoce: i sintomi, infatti, compaiono entro i 3 anni di vita. Sebbene solo dieci anni fa l'autismo sembrava colpire circa 1 su 2000 bambini (APA, 2000), negli ultimi anni si è rilevato un costante aumento nel numero di casi diagnosticati. Oggi, infatti, si stima che il tasso d'incidenza si aggiri su 1 bambino ogni 600 e, secondo alcuni, esso è addirittura 1 su 160 (Teicher et al., 2008; Fombonne, 2003).

Generalmente l'autismo colpisce maggiormente gli individui di sesso maschile: circa l'80% di tutti i casi di

autismo, infatti, si verifica nei maschi. Occorre sottolineare che sebbene originariamente si è focalizzata l'attenzione sul binomio autismo-infanzia, esso in realtà permane anche in età adulta. In effetti, circa il 90% dei bambini affetti da questo disturbo, resta gravemente compromesso anche nell'età adulta, presentando enormi difficoltà nel conservare il posto di lavoro, nell'eseguire attività casalinghe e, in generale, nel vivere in modo autonomo (Benaron, 2009). Inoltre, anche gli adulti che presentano forme lievi di autismo (soggetti ad alto funzionamento) hanno generalmente interessi e attività limitate e problemi a manifestare o comunicare le proprie emozioni (Baron-Cohen, Wheelwright, 2003).

Disturbo autistico (autismo): disturbo pervasivo dello sviluppo caratterizzato da un'estrema compromissione dell'interazione sociale, scarsa capacità di comunicazione e comportamento altamente ripetitivo e rigido.

In questo disturbo è centrale la *compromissione dell'interazione sociale*, che si manifesta sotto forma di un estremo distacco affettivo, mancanza di interesse verso l'altro, assenza di empatia e incapacità di condividere l'attenzione sulle cose con le altre persone. I bambini autistici, al pari di Mark, non cercano il contatto con i genitori, ma anzi inarcano la schiena quando vengono tenuti in braccio e sembrano non riconoscere né prestare attenzione alle persone che li circondano.

Nell'autismo i *problemi di linguaggio e di comunicazione* possono assumere forme diverse, anche se oltre la metà dei soggetti autistici non sviluppa alcuna abilità di linguaggio (Gillis, Romanczyk, 2007).

Coloro che riescono, invece, a sviluppare alcune competenze comunicative, parlano in modo molto particolare. Tali soggetti presentano, infatti, numerosi pro-

CASO 14.4

Ripensando al passato [Susan, la mamma di Mark,] ricorda delle cose che allora le sembrarono strane. Per esempio, ricorda che [...] Mark non sembrava essere felice di essere preso in braccio quando lei si avvicinava e non alzava le braccia. Inoltre, nonostante il bambino fosse molto attaccato al succhiotto (protestava se non lo trovava), non aveva grande interesse per i giocattoli. In realtà, Mark sembrava non essere interessato a niente. Raramente indicava gli oggetti e non sembrava prestare attenzione ai suoni. [...] Mark passava buona parte del tempo a picchiare ripetitivamente sui tavoli, apparentemente perso nel suo mondo.

Compiuti i due anni, il suo comportamento iniziò a preoccupare i genitori. [...] Dicevano che Mark «guardava attraverso» le persone o oltre, di rado presentava uno sguardo diretto. Sapeva dire qualche parola, ma non sembrava ca-

pire quando gli si parlava. Non rispondeva neppure al suo nome. Mark passava il tempo a esaminare gli oggetti di casa, che teneva di fronte a sé agitandoli o girandoli. I genitori erano preoccupati perché il bambino faceva movimenti strani e bizzarri: saltava, agitava le braccia, scuoteva mani e dita e faceva tantissime smorfie, specie quando era agitato; inoltre era, secondo Robert [il papà di Mark], molto rigido. Mark allineava gli oggetti in fila e strillava se venivano spostati. Pretendeva di tenere gli oggetti sempre in un certo modo e si agitava se la madre, Susan, provava a cambiare disposizione ai mobili del soggiorno. [...]

A partire dai cinque anni, Mark iniziò gradualmente a migliorare. [...] Nelle sue frasi, il pronome era talvolta ancora sbagliato e rispondeva in tono interrogativo anziché affermativo, tuttavia il senso era chiaro (Wing, 1976).

Tabella 14.6 Disturbo autistico.

DSM Checklist

Un totale di 6 o più voci dal seguente gruppo di sintomi:

A. compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata con almeno 2 dei sintomi seguenti:

- marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee, e i gesti che regolano l'interazione sociale
- incapacità di sviluppare relazioni coi coetanei adeguate al livello di sviluppo
- mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone
- mancanza di reciprocità sociale o emotiva.

B. compromissione qualitativa della comunicazione come manifestato da almeno 1 dei sintomi seguenti:

- ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato
- in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri
- uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico
- mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale.

C. modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, come manifestato da almeno 1 dei sintomi seguenti:

- dedizione assorbente a uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali
- sottomissione del tutto rigida a inutili abitudini o rituali specifici
- manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o le dita)
- persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio prima dei 3 anni di età: interazione sociale, linguaggio o gioco simbolico o di immaginazione.

DSM-5: le novità

 Autismo

È fortemente probabile il raggruppamento delle patologie definite «disturbi pervasivi dello sviluppo» che attualmente sono suddivise in autismo, sindrome di Asperger, sindrome di Rett, disturbo disintegrativo della infanzia e disturbo pervasivo dello sviluppo NAS (non altrimenti specificato). Tali patologie potranno essere raggruppate in un'unica categoria definita disturbi dello spettro autistico. La proposta abolizione della sindrome di Asperger che entrerebbe a far parte dei disturbi dello spettro autistico (ASD) sta tuttavia suscitando forti opposizioni.

La diagnosi di autismo e di sindromi correlate sta diventando sempre più frequente. In una recente ricerca in Corea i casi di autismo e patologie correlate sono circa il 3% dei casi osservati, mentre generalmente ci si attende di trovare un autistico ogni 2000 persone. La discrepanza rispetto a dati precedentemente disponibili non consente di capire se tali patologie stanno andando realmente incontro a una diffusione progressivamente maggiore, o se si tratta di frequenti casi di sovradiagnosi.

Tratto da APA, 2000.

blemi di linguaggio: *ecolalia*, ossia la ripetizione esatta, anche a distanza di giorni (*ecolalia ritardata*), di frasi pronunciate dagli altri, ripetute con la medesima inflessione, ma senza alcun segno di comprensione; *inversione pronominale*, o confusione tra pronomi, ad esempio utilizzando «tu» anziché «io». Nel caso clinico di Mark, quando questi aveva fame diceva infatti «Vuoi la cena?». Inoltre, questi bambini possono manifestare problemi nel nominare gli oggetti e la tendenza a usare un linguaggio astratto o, ancora, la propensione a utilizzare un tono e un'inflessione non consona al contesto della frase e a non comprendere il discorso.

L'autismo è inoltre caratterizzato dal *gioco di immaginazione limitato* e da un *comportamento rigido e molto ripetitivo*. I bambini con questo disturbo spesso non sono capaci di giocare in modo variato e spontaneo. Diversamente dai coetanei, essi tendono a sviluppare forme ludiche solitarie, in cui non includono gli altri, e ap-

paiono restii a imitare l'altro (Kasari et al., 2006). In generale, questi soggetti sono molto sensibili ai minimi cambiamenti, questi generano in loro una forte ansia poiché contribuiscono a destrutturare le routine quotidiane ormai consolidate, capaci di donare a tali soggetti un senso di sicurezza. Nell'esempio di prima, Mark metteva in fila gli oggetti e urlava se questi venivano spostati. Similmente, altri bambini autistici possono andare in collera o fare scenate se un genitore cambia gli occhiali, se una sedia viene spostata o se si modifica una parola nel testo di una canzone. Tali reazioni di fronte ai cambiamenti, anche a quelli di minima entità, possono assumere un'intensità non giustificata e sono state definite *perseveranza della ripetitività* (Kanner, 1943). Inoltre, alcuni bambini autistici sviluppano un intenso attaccamento a oggetti particolari: coperchi di plastica, elastici, bottoni, acqua, talvolta arrivano a collezionare tali oggetti, a giocare costantemente con essi e a portarli ovun-

que vadano. Altri, sono affascinati dal movimento e possono osservare per ore oggetti rotanti, come per esempio i ventilatori.

Un'altra caratteristica tipica del disturbo autistico sono i *movimenti stereotipati*. Mark, per esempio, era solito saltare, agitare le braccia, torcersi le mani, schiacciare le dita, dondolare, ruotare su se stesso e fare smorfie. Tutti questi agiti rientrano nei cosiddetti *comportamenti autostimolanti*, ovvero movimenti corporei ripetitivi in grado di arrecare al soggetto piacere. Oltre a queste forme di stereotipia comportamentale, talvolta possono essere presenti *comportamenti autolesivi*, come sbattere ripetutamente la testa contro il muro o lanciarsi con tutto il corpo, tirarsi i capelli o mordersi diverse parti del corpo.

Questi sintomi suggeriscono un modello di reazione agli stimoli molto disturbato e contraddittorio. A volte i soggetti autistici sembrano *iperstimolati* da immagini e suoni e cercano apparentemente di bloccarli; altri appaiono, invece, *ipostimolati* e manifestano comportamenti autostimolanti a matrice consolatoria. Possono, per esempio, non reagire a un rumore forte e girarsi di scatto quando sentono versare una bibita in un bicchiere. Oppure, ancora, possono non accorgersi di essere sul bordo di un luogo alto e pericoloso o notare immediatamente quando un oggetto viene spostato nella loro stanza.

Disturbo di Asperger

Originariamente individuata dal medico viennese Hans Asperger (1944), tale sindrome si caratterizza per un buon funzionamento intellettivo e per l'assenza di ritardo nel linguaggio. Essa si presenta solitamente sotto forma di ecolalia, ripetizione stereotipata di frasi in modo non contestuale, tendenza a monopolizzare il discorso e a coinvolgere l'altro in una conversazione spesso unilaterale e focalizzata solo su argomenti collegati con l'interesse prevalente del soggetto con Asperger.

Il buon funzionamento cognitivo e la presenza del linguaggio rende questi bambini difficilmente individuabili dagli *screening* fatti nei primi anni di vita. Le peculiarità del linguaggio, la ripetitività e i contenuti spesso bizzarri e ossessivi che caratterizzano tale quadro clinico, diventano però via via più evidenti con l'incedere dell'età, per questi motivi la diagnosi viene generalmente fatta più tardi e attraverso l'invio a clinici esperti (Howlin, 2000).

Come per gli altri disturbi dello spettro autistico, è spesso assente il gioco simbolico e si osserva la presenza di rituali e di interessi ristretti, accanto a una rigidità e ripetitività comportamentale. Similmente all'autismo, tale quadro clinico appare caratterizzato da una deficitaria interazione sociale e da scarso interesse per i coetanei, laddove esso sia presente si evidenziano inoltre modalità relazionali inadeguate. Un aspetto che generalmente caratterizza i soggetti con Sindrome di Asperger è

l'impaccio motorio: tali soggetti, infatti, appaiono spesso goffi in difficoltà a causa del loro compromesso funzionamento sociale (ASA, 2006).

Tale quadro clinico è caratterizzato, quindi, dallo stesso tipo di deficit sociali, interessi bizzarri e comportamenti ristretti e ripetitivi presenti nell'autismo ma, a differenza di quest'ultimo, manifesta anche capacità intellettive, adattive e di linguaggio generalmente normali (Siegel, Ficcaglia, 2006).

Disturbo di Asperger (sindrome di Asperger): disturbo pervasivo dello sviluppo caratterizzato, come l'autismo, da una profonda compromissione dell'interazione sociale, in cui però permane un livello relativamente alto di funzionamento cognitivo e di abilità di linguaggio.

Teoria della mente: capacità di attribuire stati mentali a se stesso e agli altri e di prevedere il comportamento sulla base di tali stati.

La ricerca clinica indica che possono esistere diversi sottotipi del disturbo di Asperger. Un gruppo di ricercatori ha individuato tre di questi sottotipi: *rule boy*, *logic boy* ed *emotion boy* (Sohn, Grayson, 2005). I *rule boy* sono soggetti Asperger che necessitano di regole per la loro vita, estremamente ostinati nel seguirle, possono diventare aggressivi quando esse non sono definite chiaramente. I *logic boy* sono individui interessati soprattutto alle *ragioni* sottostanti alle regole, poiché queste ultime da sole non sono sufficienti.

Essi vogliono sapere come funziona il mondo, spesso mettono in dubbio la logica del ragionamento altrui e possono spiegare degli eventi secondo ragioni proprie. Sono però generalmente poco disposti ad accettare eventi illogici e spesso diventano fortemente analitici. Gli *emotion boy*, infine, tendono a farsi guidare dalle emozioni e pertanto tendono a reagire più frequentemente con scenate e scoppi di collera rispetto ai soggetti con gli altri due sottotipi di Asperger. Con loro le regole o il ragionamento sono inefficaci e, spesso, manifestano le loro emozioni in modo aperto ed esagerato.

A livello epidemiologico, si stima che circa 1 persona su 250 soffra di disturbo di Asperger, anche in questo caso, come nell'autismo, i maschi sono maggiormente colpiti: circa l'80% dei casi riguarda, infatti, la popolazione maschile (CADDRE, 2004). Appare di fondamentale importanza una diagnosi precoce del disturbo di Asperger, in modo tale da poter orientare i diversi percorsi terapeutici e da offrire al bambino maggiori possibilità di raggiungere un buon rendimento scolastico e di vivere in modo autonomo. Sebbene i soggetti con il disturbo di Asperger debbano far fronte a diverse problematiche, spesso riescono a progredire negli studi e arrivare alle scuole superiori. Molti, inoltre, riescono a svolgere un lavoro, soprattutto se questo comporta l'atten-

zione ai particolari e una limitata interazione sociale (ASA, 2005).

Quali sono le cause dei disturbi pervasivi dello sviluppo?

L'autismo è stato molto più studiato rispetto al disturbo di Asperger o agli altri disturbi pervasivi dello sviluppo. In questa sezione esamineremo solo le cause dell'autismo, tenendo comunque presente che possono esserci differenze sostanziali tra queste e le cause degli altri disturbi pervasivi dello sviluppo.

Le teorie avanzate per spiegare l'autismo sono molteplici. Le cause socioculturali sono state probabilmente sopravvalutate, tanto che all'inizio portarono gli studiosi in una direzione sbagliata. Ulteriori studi condotti in ambito sia psicologico sia biologico hanno postulato l'ipotesi che le cause primarie dell'autismo siano da ricercarsi nella presenza di deficit cognitivi e di anomalie cerebrali. Attualmente, queste spiegazioni eziologiche sono largamente condivise all'interno della comunità scientifica e rappresentano l'orientamento principale fra i teorici clinici.

Cause socioculturali. All'inizio si pensava che l'autismo fosse il risultato di un ambiente familiare disfunzionale e di rapporti sociali altamente stressogeni. Quando identificò il disturbo per la prima volta, Kanner (1943, 1954) affermò che particolari *caratteristiche di personalità dei genitori* potessero creare un clima sfavorevole allo sviluppo psichico del bambino, contribuendo così a produrre la patologia in esso. Kanner parlava di genitori molto intelligenti dal punto di vista cognitivo, ma emotivamente inaccessibili, incapaci di esprimere la loro affettività e di dividerla con il loro bambino. Inizialmente, tali affermazioni ebbero un impatto enorme, sia pubblico sia sull'autostima dei genitori stessi, sebbene dalla ricerca non giunsero conferme a sostegno di tale ipotesi (Jones, Jordan, 2008).

Alcuni teorici clinici hanno ipotizzato che un elevato grado di *stress sociale e ambientale* sia un fattore implicato nell'autismo, ma anche in questo caso dalla ricerca non sono arrivate conferme in merito. Negli studi comparativi tra bambini autistici e bambini senza disturbo non sono state riscontrate differenze nei tassi di morte dei genitori, divorzio, separazione, problemi finanziari o stimoli ambientali (Cox et al., 1975).

Cause psicologiche. Secondo alcuni teorici, le persone autistiche hanno un disturbo percettivo o cognitivo di fondo che rende impossibili la comunicazione e le interazioni normali. Una spiegazione autorevole sostiene che i soggetti con questo disturbo, siano essi bambini o adulti, non riescono a sviluppare una **teoria della mente**, ossia la capacità di attribuire stati mentali a se stessi e agli altri e di prevedere il comportamento sulla base di

tali stati (Hale, Tager-Flusberg, 2005; Frith, 2000). Il mancato sviluppo di questa capacità sembrerebbe spiegare le gravi difficoltà che i bambini con autismo incontrano nel gioco di finzione e nel linguaggio. La compromissione di questa capacità, infatti, da un lato inficia la possibilità di «far finta» e dall'altro, implica una comprensione letterale del linguaggio. In tale ottica, l'inganno, l'ironia, il sarcasmo, l'adulazione e le metafore sono difficilmente comprensibili dai soggetti autistici che presentano interpretazione letterale del contenuto dei messaggi veicolati.

Solitamente, i bambini di età compresa fra i 3 e i 5 anni sono in grado di tenere in considerazione il punto di vista di un'altra persona e di utilizzarlo per capire cosa farà quella persona. Pensiamo, ad esempio, di osservare Jessica mentre mette una biglia in un contenitore e poi di vedere Frank spostare la biglia in un'altra stanza mentre Jessica dorme. Sappiamo che più tardi Jessica andrà a cercare per prima cosa nel contenitore dove lei stessa ha riposto la biglia, perché non è consapevole del fatto che è stata spostata da Frank. Un bambino normodotato direbbe correttamente la stessa cosa perché in grado di considerare il punto di vista di Jessica, mentre, al contrario, una persona autistica non in grado di farlo, tenderebbe a rispondere che Jessica andrà a cercare la biglia nell'altra stanza dove l'ha spostata Frank.

Gli studi hanno evidenziato che le persone autistiche presentano questa sorta di «cecità mentale», una rigidità cognitiva presente anche in altri tipi di disturbi (Jones, Jordan, 2008). Questa comprometterebbe la possibilità di prendere parte al gioco immaginario («facciamo finta che...»), di utilizzare il linguaggio in modi che includano il punto di vista degli altri e di sviluppare relazioni sociali. Alcuni teorici ritengono che il deficit cognitivo tipico di questi soggetti abbia in realtà un'eziologia biologica.

Cause biologiche. Per anni i ricercatori hanno tentato di determinare quali anomalie biologiche possano causare i deficit nella teoria della mente e le altre caratteristiche dell'autismo. Sebbene non sia stata ancora avanzata una spiegazione biologica dettagliata, sono stati individuati alcuni indizi promettenti (Teicher et al., 2008; Rodier, 2000). Per prima cosa, dalla valutazione dei familiari dei soggetti autistici emerge costantemente l'ipotesi di un *fattore genetico* del disturbo. La prevalenza dell'autismo tra i fratelli dei familiari, per esempio, arriva al 6-8% (Teicher et al., 2008; Gillis, Romanczyk, 2007), un tasso molto superiore a quello della popolazione generale. Inoltre, la prevalenza di autismo tra i gemelli identici arriva al 60%. Infine, circa nel 10% dei casi sono state scoperte alcune anomalie dei cromosomi (Sudhalter et al., 1990).

Alcuni studi hanno inoltre collegato l'autismo a *problemi prenatali* o a *complicazioni durante il parto* (Tei-

UN TALENTO TUTTO SPECIALE

Quasi tutti conoscono la *sindrome di savant* o dell'idiota sapiente, grazie al film *Rain Man*, in cui Dustin Hoffman interpretava un autistico. Le abilità raffigurate sullo schermo da Hoffman (contare 246 stuzzicadenti appena caduti sul pavimento, memorizzare tutti i cognomi con la G dell'elenco telefonico ed eseguire calcoli a una velocità estrema) erano basate sulle incredibili capacità di alcune persone reali, affette da questo tipo di disturbo autistico.

Un *savant* (dal francese «sapiente») è una persona che presenta un grave disturbo mentale o con una grave disabilità intellettiva, ma al tempo stesso alcune capacità stupefacenti. Spesso tali capacità sono notevoli solo se paragonate alla compromissione delle altre sfere di vita, mentre talvolta sono incredibili in assoluto (Yewchuk, 1999).

Un'abilità comune nei *savant* è il calcolo del calendario, os-

sia la capacità di calcolare in quale giorno della settimana cadrà una certa data, ad esempio il giorno di Capodanno del 2050 (Kennedy, Squire, 2007; Heavey et al., 1999). Tra le abilità artistiche è stata riscontrata la capacità di suonare a memoria e in modo impeccabile un brano di musica classica, dopo averlo sentito una sola volta, o quella di dipingere repliche esatte di scene viste anni prima (Hou et al., 2000). Alcuni teorici ritengono che le abilità dei *savant* rappresentino realmente forme speciali di funzionamento cognitivo, mentre per altri esse sarebbero semplicemente il lato positivo di alcuni deficit cognitivi (Scheuffgen et al., 2000; Miller, 1999). Capacità di memoria particolari, per esempio, possono essere agevolate dall'attenzione concentrata e intensa che si riscontra spesso nell'autismo.

cher, 2008; Rodier, 2000). Le probabilità di sviluppare il disturbo risultano maggiori se, durante la gravidanza, la madre ha contratto la rosolia, è stata esposta a sostanze chimiche tossiche o ha avuto complicazioni durante il parto.

La ricerca ha individuato, inoltre, specifiche *anomalie biologiche* che potrebbero avere un ruolo nell'autismo. In particolare, si ipotizzano anomalie del **cervelletto** (Teicher et al., 2008; Pierce, Courchesne, 2002, 2001). Dalle scansioni cerebrali e dalle autopsie emerge nei soggetti autistici uno sviluppo anomalo di questa area cerebrale. Com'è noto tale area riveste la funzione di coordinare i movimenti del corpo, ma oggi gli scienziati sospettano che possa avere un ruolo anche nel controllo della capacità di spostare rapidamente l'attenzione. Da questa prospettiva, si ipotizza che lo sviluppo anomalo del cervelletto determini una notevole difficoltà nel mantenere l'attenzione focalizzata, nel decifrare indizi verbali e facciali e nel comprendere le informazioni sociali, tutte caratteristiche ascrivibili all'autismo.

Cervelletto: area del cervello che coordina i movimenti del corpo e che riveste un ruolo nel controllo della capacità di spostare rapidamente l'attenzione.

Altre ricerche hanno riscontrato in molti bambini autistici un maggior volume cerebrale e della sostanza bianca (Wicker, 2008), oltre ad anomalie strutturali che riguardano il sistema limbico, i nuclei del tronco encefalico e l'amigdala (Gillis, Romanczyk, 2007). In molti autistici si rileva, inoltre, un'attività ridotta nei lobi temporali e frontali del cervello nel momento della produzione linguistica e motoria (Escalante et al., 2003).

Sulla base di queste scoperte, molti ricercatori ritengono che l'autismo abbia molteplici cause biologiche (Cook, 2006; Mueller, Courchesne, 2000). È possibile che tutti i fattori biologici rilevanti (genetici, prenatali, relativi al parto e postnatali) concorrano a determinare un problema a livello cerebrale, un «percorso comune finale», come difetti della neurotrasmissione che causano problemi cognitivi e altre caratteristiche del disturbo.

TRA LE RIGHE

Intuito speciale

Temple Grandin, docente di scienze animali all'università del Colorado, è tra le persone autistiche più famose al mondo. Applicando il suo punto di vista personale e le sue particolari capacità di visualizzazione, la Grandin è riuscita a intuire e prevedere le sensazioni del bestiame da reddito e ha progettato attrezzature e allevamenti di bovini meno stressanti per gli animali. La Grandin sostiene che i *savant* autistici e gli animali hanno molti aspetti in comune dal punto di vista cognitivo.

Come vengono trattati i disturbi pervasivi dello sviluppo da clinici ed educatori?

Sebbene non esista nessun trattamento in grado di guarire completamente il quadro clinico autistico, le persone autistiche che si sono sottoposte a trattamento psicoterapeutico sono riuscite a sviluppare modalità adattive più funzionali. In particolare, sono risultate particolarmente efficaci la *terapia comportamentale* e *psicodinamica*, l'*addestramento alla comunicazione*, la *formazione dei genitori* (*parent training*) e l'*integrazione nella comunità*.

Anche la terapia psicofarmacologica (farmaci psico-

tropi e alcune vitamine) in associazione con altri approcci si è dimostrato utile (Teicher et al., 2008; Volkmar, 2001).

Terapia comportamentale. Gli approcci comportamentali sono utilizzati da oltre 35 anni nel trattamento dell'autismo, con l'obiettivo di insegnare agli autistici dei comportamenti appropriati. Le metodologie maggiormente utilizzate prevedono l'addestramento alla comunicazione, alle abilità sociali, al corretto comportamento in classe e alle abilità di auto-aiuto, riducendo allo stesso tempo i comportamenti negativi e disfunzionali (Bock et al., 2009). I terapeuti comportamentali utilizzano normalmente il modellamento e il condizionamento operante. Nel modellamento viene mostrato un comportamento gratificante e la persona autistica viene guidata a imitarlo. Nel condizionamento operante tali comportamenti vengono rinforzati: essi vengono dapprima scomposti in sequenze di comportamenti più facilmente appresi, in seguito l'apprendimento di ognuno di essi viene premiato (Campbell et al., 2008; Lovaas, 2003, 1987).

In uno studio a lungo termine sono stati messi a confronto i progressi di due gruppi di bambini autistici (Campbell et al., 2008; McEachin et al., 1993; Lovaas, 1987), il primo sottoposto a un trattamento comportamentale intensivo, il secondo senza alcun tipo di trattamento. Il trattamento ha avuto inizio all'età di tre anni e si è protratto fino ai sette anni. A sette anni, il gruppo sottoposto a trattamento aveva fatto più progressi a scuola e aveva ottenuto punteggi più elevati nei test d'intelligenza rispetto ai coetanei del gruppo di controllo. Molti bambini andavano regolarmente a scuola, in classi normali. I progressi sono continuati fino all'adolescenza.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«L'autismo è [...] geneticamente letale [per i ricercatori]. Ciò significa che le persone che ne sono affette di solito non hanno figli. Se il disturbo non viene ereditato, è difficile studiarne la componente genetica» Marwin Schwalb, genetista molecolare, 1999.

Un programma comportamentale recente che si è dimostrato molto efficace è il *LEAP*, o *Learning Experiences an Alternative Program*, specificamente studiato per i bambini autistici in età prescolare (Kohler, Strain, Goldstein, 2005). Il programma prevede l'integrazione di quattro bambini autistici in una classe di dieci bambini normali. Questi ultimi imparano a servirsi del modellamento e del condizionamento operante allo scopo di insegnare ai bambini autistici abilità sociali, di comunicazione e di gioco. Si è constatato che in questo modo il funzionamento cognitivo dei piccoli autistici migliora notevolmente, così come le loro interazioni sociali con il gruppo dei pari e il comportamento ludico. Inoltre, i

bambini normali non risentono di effetti negativi nella loro particolare attività.

Come si evince dai vari programmi disponibili, le terapie per l'autismo, e in particolare quelle comportamentali, tendono a essere più efficaci se iniziate il più precocemente possibile (Campbell et al., 2008; Palmer, 2003). I bambini autistici molto piccoli spesso iniziano con le terapie domiciliari, ma già a tre anni è auspicabile che frequentino programmi specifici fuori casa. Negli USA una legge federale considera l'autismo uno dei dieci disturbi per i quali i distretti scolastici hanno l'obbligo di fornire programmi di sostegno specifici e gratuiti dalla nascita ai 22 anni. I servizi vengono solitamente erogati dalle agenzie scolastiche, sanitarie o dai servizi sociali fino al compimento del terzo anno; successivamente a tale età è il dipartimento dell'istruzione di ciascuno stato a stabilire quali servizi verranno offerti ai bambini autistici (NRC, 2001).

Visti i recenti aumenti nella prevalenza dell'autismo negli Stati Uniti, molti distretti scolastici stanno cercando di fornire istruzione e programmi specifici per bambini autistici in classi speciali, allestite nelle strutture distrettuali stesse. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, i distretti non sono attrezzati per rispondere al meglio alle esigenze complesse degli studenti autistici. I bambini più fortunati vengono inviati dai distretti in scuole speciali, in cui è previsto l'abbinamento di istruzione e terapia: in queste scuole insegnanti appositamente formati aiutano i bambini a migliorare le loro capacità linguistiche e l'interazione con il mondo esterno.

I ragazzi autistici ad alto funzionamento passano almeno una parte della giornata nelle classi normali della scuola di appartenenza (Smith et al., 2002).

I bambini con disturbo di Asperger, invece, sembrano avere bisogni educativi e terapeutici meno complessi rispetto agli autistici. Una volta che è stato diagnosticato il disturbo, in molti casi questi bambini vengono inseriti in programmi appositi (nella propria scuola di appartenenza o in scuole speciali) in cui viene fornita una combinazione di istruzione e di terapia cognitivo-comportamentale adattata ai loro particolari problemi. Uno di questi programmi, la *terapia cognitiva per l'integrazione sociale*, prevede di insegnare ai bambini una maggiore flessibilità riguardo alle regole sociali, alla risoluzione di problemi e alle scelte di comportamento (Sohn, Grayson, 2005).

L'insegnante lavora con gruppi di studenti affetti dal disturbo di Asperger, riconoscendone pensieri ed emozioni, insegnando loro come affrontare i cambiamenti e aiutandoli a sviluppare nuove abilità sociali e relazionali. Il docente, inoltre, fa in modo che le abilità di nuova acquisizione vengano applicate in tutti gli ambiti della vita del soggetto, utilizzando tecniche come il teatro, il gioco di ruolo e l'immaginazione visiva in sessioni di gruppo.

Terapia psicodinamica. In ambito psicodinamico, la prima a occuparsi dell'autismo infantile fu la psicoanalista inglese M. Mahler, secondo la quale «l'isolamento e le altre manifestazioni della sindrome psicotica autistica richiamano alla mente quello stadio di completa non-differenziazione tra l'Io e l'Es, tra il Sé e il mondo oggettuale, che si ritiene sia predominante nel neonato fino alla fine del secondo mese di vita» (Mahler, Pine, Bergman, 1975, p. 75). In questa prospettiva l'autismo andrebbe distinto dalle psicosi simbiotiche: come nella prima settimana di vita del neonato, il bambino autistico, attraverso una «barriera allucinatoria», manterrebbe un totale distacco percettivo e relazionale dalla madre e dall'ambiente che lo circonda. In questo senso la relazione terapeutica con un soggetto autistico, pur mirando alla creazione di una simbiosi correttiva, deve procedere con modalità miste di approccio: il terapeuta deve mettersi a disposizione del paziente, in modo da incarnare le sue parti autistiche o quelle simbiotiche a seconda di come si manifestano nella seduta.

Meltzer, psicoanalista di scuola kleiniana, ha preso in considerazione le difficoltà terapeutiche riscontrabili nella relazione con soggetti autistici: il terapeuta si troverebbe, infatti, a dover abbandonare il suo mondo a tre dimensioni per entrare in contatto con una psiche unidimensionale nella quale i contenuti sono completamente privi di significato (Meltzer et al. 1975).

Frances Tustin (1988, 1983, 1981) autrice e psicoanalista della Scuola Inglese, pone maggiormente l'accento sulla relazione madre-neonato: l'autismo, e in generale le psicosi simbiotiche, sarebbero causate da una separazione eccessivamente precoce del bambino dalla madre, in un momento, cioè, in cui il neonato non è ancora in grado di far fronte da solo agli stimoli dell'ambiente interno ed esterno. In questi casi si attuerebbe un'interruzione della continuità corporea accompagnata da ansie intollerabili dovute alla percezione di una vera e propria perdita di parti del corpo.

La psicoanalista inglese Anne Alvarez (1993) si è occupata dell'autismo infantile attraverso la descrizione della ventennale analisi di un bambino di sette anni, Robbie. Per sottolineare l'estrema difficoltà della relazione terapeutica con soggetti autistici, l'Autrice ha introdotto il termine «*reclamation*». Questa particolare funzione di richiamo è da riferire all'espressione che il suo paziente, diventato adulto, usava per descrivere certi momenti della sua analisi: Robbie parlava di una «lunga fune», che l'aveva tirato su dal profondo pozzo in cui giaceva. Alvarez ha ricollegato questa espressione fortemente simbolica alla relazione primaria, nella quale la madre, proprio come l'analista nella relazione con il paziente autistico, ha il compito di aiutare il bambino a organizzare i propri contenuti psichici, attraverso il loro contenimento e la loro trasformazione e, nel caso di neonati meno vitali e maggiormente passivi, di attivarli, su-

scitando interesse e partecipazione. L'approccio terapeutico seguito da Alvarez, e adottato al Tavistock Institute, può essere definito «tripartito», in quanto sottolinea la necessità di prendere in considerazione la personalità del bambino, i suoi sintomi autistici e le parti non autistiche, che rappresentano una fondamentale risorsa.

Addestramento alla comunicazione. La metà dei soggetti autistici, anche dopo un trattamento comportamentale intensivo, non riesce a sviluppare alcuna capacità linguistica. Spesso si insegnano loro altre forme di comunicazione, quali la *lingua dei segni* e la *comunicazione simultanea*, un metodo che abbina lingua dei segni e parola. In alcuni casi, tali soggetti possono apprendere l'uso dei **sistemi di comunicazione aumentativa**, come «tabelle per la comunicazione» o software che utilizzano immagini, simboli o parole scritte per rappresentare oggetti o richieste (Gillis, Romanczyk, 2007). Il bambino può, per esempio, indicare l'immagine della forchetta per dare il messaggio «ho fame» o quella della radio per «vorrei sentire della musica».

Sistema di comunicazione aumentativa: metodo per migliorare le capacità di comunicazione dei soggetti con disturbo autistico, ritardo mentale o paralisi cerebrale che prevede il ricorso a immagini, simboli, lettere o parole su un apposito tabellone o su un computer.

Alcuni programmi utilizzano le *interazioni avviate dal bambino* per aiutare i bambini autistici a migliorare la capacità di comunicazione (Koegel et al., 2005). Gli insegnanti cercano in questo caso di identificare rinforzi *intrinseci* anziché quelli più semplici, come cibo o caramella. I bambini vengono prima invitati a scegliere oggetti di loro interesse, quindi imparano a porre domande («Cos'è questo?», «Dove si trova?», «Di chi è?») per ottenere tali oggetti. Gli studi indicano che gli interventi di questo tipo, pilotati dal bambino, spesso migliorano la comunicazione spontanea, lo sviluppo del linguaggio e la partecipazione sociale (Koegel et al., 2005).

Formazione dei genitori (*parent training*). I programmi di trattamento attuali coinvolgono i genitori a più livelli. I programmi comportamentali, per esempio, prevedono spesso una formazione che renda capaci i genitori di applicare le tecniche comportamentali a casa (Schreibman, Koegel, 2005). Tali programmi comprendono in molti casi veri e propri manuali di istruzioni per le famiglie e visite a domicilio degli insegnanti. La ricerca ha dimostrato che la presenza di genitori adeguatamente formati a relazionarsi con i loro bambini autistici comporta benefici i sovrapponibili, se non superiori, a quelli ottenuti dagli insegnanti che hanno una preparazione specifica su tale argomento.

Approfondimento

PSICOANALISI E NEUROSCIENZE

L'autismo, o meglio i disturbi riconducibili allo spettro autistico, appaiono di difficile comprensione per un duplice motivo. Innanzitutto, perché essi si situano al crocevia di molteplici discipline, quali psicoanalisi, psichiatria e neuroscienze. In secondo luogo, perché lo sviluppo delle attuali neuroscienze e delle tecniche di diagnosi funzionale e *neuroimaging* ha comportato un vero e proprio mutamento di prospettiva.

Una lettura attenta di tali fenomeni, e più in generale delle diverse forme in cui si declina la sofferenza psichica, non può prescindere dall'assumere un vertice osservativo intersoggettivo e dall'analisi dell'affettività, pur senza tralasciare i recenti contributi apportati dalla neurobiologia cerebrale (Granieri, 2011). Nello specifico, questi ultimi hanno determinato, da un lato, l'abbandono della tradizionale visione psicogenetica secondo cui l'autismo era una fissazione/regressione a una «normale fase autistica» dello sviluppo dovuta a una sostanziale inadeguatezza dell'ambiente primario, incapace di mitigare le angosce catastrofiche che popolavano il mondo interno del bambino (Mahler, 1975). Dall'altro, hanno evidenziato come l'eziologia di tale disturbo sia in realtà da ricercarsi in una vulnerabilità biologica sottostante, intimamente connessa alle precoci esperienze con l'altro. I recenti contributi della neurofisiologia dell'intersoggettività hanno, infatti, evidenziato come alla base della deficitaria capacità di imitazione e sintonizzazione intersoggettiva che caratterizza l'autismo siano presenti una difficoltà nel riconoscere e «decifrare» gli stimoli sociali, le espressioni mimiche e gli aspetti prosodici della comunicazione (Hobson, Ouston, Lee, 1988; Hobson, 2011).

La lettura dell'autismo passò, così, progressivamente da

«fortezza vuota», eretta difensivamente dal bambino sia contro un mondo esterno carente e mortifero sia contro un mondo interno abitato da angosce catastrofiche, a «debolezza piena» (Barale, Ucelli di Nemi, 2006). In altre parole, i fenomeni dello spettro autistico sono da intendersi come peculiari modalità di essere-nel-mondo che si strutturano a partire da un'originaria difficoltà neurobiologica nella costituzione e integrazione degli stimoli di natura sociale. Essa determina nel soggetto autistico, sia esso bambino sia esso adulto, una visione della realtà confusiva e indifferenziata e l'attivazione di specifiche modalità organizzatrici dell'esperienza che svolgono una funzione vicariante (ritualismi, stereotipie, routine più o meno elaborate). È importante sottolineare che non si tratta di un semplice funzionamento difettuale, bensì di uno sviluppo ritardato e atipico (Williams et al., 2004; Charman, Howlin, 2003; Smith, Bryson, 1994; Rogers, 1999) che non comporta un'assenza dei legami affettivi, quanto piuttosto una sua tragica atipicità. In tale ottica, il riconoscimento e la comunicazione delle emozioni non sono semplicemente assenti nell'autismo, ma seguono invece vie diverse, peculiari e tortuose (Barale et al., 2009). Centrale è nel soggetto autistico la ricerca di sensazioni: l'altro viene concepito come un mero mezzo in grado di fornire i vissuti enterocettivi che l'autistico anela (Tustin, 1981, 1983, 1988). Da questa prospettiva, i deficit riscontrabili nelle dimensioni affettive ed emozionali, così come la strutturazione di modalità relazionali strumentali prive del riconoscimento empatico degli stati affettivi dell'altro che caratterizzano l'autismo, appare volta esclusivamente alla ricerca di sensazioni corporee enterocettive e non dell'oggetto (Di Chiara, 1990, 2008).

Oltre a questi programmi di formazione, i genitori dei bambini autistici oggi dispongono di un numero sempre maggiore di terapie individuali e di gruppi di supporto volti a insegnar loro a gestire i bisogni e le difficili emozioni connesse alla disabilità di un figlio (Hastings, 2008). Esistono, inoltre, numerose associazioni di genitori e di gruppi dove trovare sostegno emotivo e aiuto pratico.

Integrazione nella comunità. Molti programmi attuali per l'autismo, basati sull'attività a scuola e a casa, hanno l'obiettivo di insegnare fin da subito ai bambini l'autaiuto e l'autogestione, oltre a capacità di vita autonoma, sociali e lavorative, in modo da favorire l'integrazione nella comunità. Inoltre, attualmente, sono disponibili numerose *residenze protette* e *laboratori protetti* per adolescenti e giovani adulti autistici. Questi e altri programmi analoghi aiutano l'inserimento di questi soggetti nella comunità e costituiscono una sicurezza in più per i

genitori anziani con figli autistici a basso funzionamento, che hanno bisogno di un supporto costante.

14.7.2 Ritardo mentale

Ed Murphy, di 26 anni, spiega cosa significhi essere dichiarati ritardati mentali nel **Caso 14.5**.

CASO 14.5

Cos'è il ritardo mentale? È difficile da spiegare. Credo che voglia dire avere problemi a pensare. Certe persone credono di riuscire a capire con una sola occhiata se una persona è ritardata. Chi pensa questo non lascia alla gente il beneficio del dubbio. Si giudica una persona dall'aspetto o da come parla o dai risultati dei suoi test, ma in realtà non si può mai sapere cosa c'è davvero dentro quella persona (Bogdan, Taylor, 1976, p. 51).

Per buona parte della sua vita Ed era stato giudicato ritardato ed era vissuto in istituto. Diventato adulto, i medici scoprirono che le capacità intellettive di Ed erano in realtà superiori rispetto a quanto pensassero. Nel frattempo, tuttavia, lui aveva vissuto l'infanzia e l'adolescenza da ritardato, e le sue affermazioni rivelano il tipo di difficoltà che si trovano ad affrontare le persone con questo disturbo.

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«I test d'intelligenza sono stati inventati per fare previsioni sulle prestazioni scolastiche delle persone, niente di più. Se volessimo qualcosa che possa prevedere il successo nella vita, dovremmo inventare un test completamente diverso» Robert Zajonc, psicologo, 1984.

La definizione «ritardo mentale» è stata applicata a una popolazione alquanto eterogenea, dai bambini ricoverati in istituto che si dondolano avanti e indietro per ore, ai giovani che lavorano dopo essere stati assunti nelle categorie speciali, fino a uomini e donne che mantengono la propria famiglia facendo lavori semplici e non impegnativi. Negli ultimi anni, la definizione meno stigmatizzante *disabilità intellettiva* o psichica è divenuta sinonimo di ritardo mentale in molti ambiti clinici. Fino a 3 persone su 100 rientrano nei criteri diagnostici del disturbo (Brown et al., 2008; APA, 2000). Circa i tre quinti sono maschi e nella stragrande maggioranza dei casi sono considerati *lievemente* ritardati.

TRA LE RIGHE

Il programma Head Start

Gli studi indicano che il punteggio del QI e il rendimento scolastico dei bambini delle categorie svantaggiate possono migliorare, se l'ambiente in cui vivono viene arricchito di stimoli sin dalla più tenera età.

Secondo il DSM-IV-TR, si può parlare di **ritardo mentale** quando si ha un funzionamento intellettivo molto inferiore alla media, accompagnato da significative limitazioni del *comportamento adattivo* (APA, 2000). Quindi, oltre ad avere un QI basso (con un punteggio di 70 o inferiore), un individuo con ritardo mentale deve avere gravi difficoltà in aree diverse: comunicazione, vita in famiglia, autodeterminazione, lavoro o sicurezza (APA, 2000). I sintomi inoltre devono manifestarsi prima dei 18 anni. Sebbene questi criteri del DSM-IV-TR possano sembrare semplici e chiari, la loro applicazione non è facile.

Valutare l'intelligenza

Educatori, insegnanti e clinici somministrano test di intelligenza per misurare il funzionamento intellettivo (si

veda il Capitolo 3). I test sono costituiti da numerose domande e prove che si basano su diversi aspetti dell'intelligenza, come conoscenza, ragionamento e capacità di giudizio. Si ritiene che il punteggio generale di un individuo, o **quoziente intellettivo (QI)** indichi la capacità intellettiva generale.

Da molte parti viene messa in discussione la validità dei test del QI: ci si chiede se misurino effettivamente ciò che dovrebbero misurare. La correlazione tra QI e rendimento scolastico è piuttosto alta, circa .50, ossia molti bambini con QI basso non vanno bene a scuola, come si può immaginare, mentre molti di coloro che hanno un QI elevato hanno risultati migliori (Sternberg et al., 2001). Allo stesso tempo, tale correlazione suggerisce che non si tratta di un rapporto perfetto: infatti, il rendimento scolastico di un bambino in particolare è spesso inferiore o superiore rispetto a quanto parrebbe indicare il suo QI. Inoltre non è stata adeguatamente valutata l'accuratezza dei test del QI nella misurazione dell'intelligenza estremamente bassa, pertanto risulta difficile valutare correttamente persone con grave ritardo mentale (Bebko, Weiss, 2006).

Ritardo mentale: disturbo caratterizzato da un funzionamento intellettivo e da un comportamento adattivo molto al di sotto della media.

Quoziente intellettivo (QI): punteggio ottenuto tramite test dell'intelligenza, che in teoria rappresenta la capacità intellettiva generale di un individuo.

I test di intelligenza presentano poi dei pregiudizi di tipo socioculturale, come abbiamo visto nel Capitolo 3 (Gopaul-McNicol, Armour-Thomas, 2002). I bambini cresciuti in famiglie di classe socioeconomica media e alta tendono a essere avvantaggiati nei test, poiché sono regolarmente esposti al tipo di linguaggio e di pensiero valutati dai test. Questi raramente misurano il «buon senso» necessario alla sopravvivenza delle persone che vivono in zone povere e ad alto tasso di criminalità, un genere di know-how che richiede certamente delle capacità intellettive. Così, negli Stati Uniti i membri delle minoranze culturali e le persone per le quali l'inglese è la seconda lingua, per esempio, appaiono spesso svantaggiati in questi test.

TRA LE RIGHE

Un intervento malriuscito

Una delle sorelle del presidente John F. Kennedy, Rosemary, era affetta da lieve ritardo mentale. Negli anni Quaranta, a 23 anni, le fu praticata una lobotomia che la ridusse in stato vegetativo (Weil, 2005).

Se i test del QI non riescono molte volte a misurare l'intelligenza in modo accurato e obiettivo, anche la diagnosi di ritardo mentale può essere falsata. Per questo

Approfondimento

LEGGERE, SCRIVERE E FAR DI CONTO

Tra il 15 e il 20% dei bambini, soprattutto maschi, ha uno sviluppo più lento e un funzionamento più scarso rispetto ai coetanei nelle aree dell'apprendimento, della comunicazione o della coordinazione (Watson et al., 2008; APA, 2000). Questi bambini non sono affetti da ritardo mentale e spesso sono anzi molto brillanti, eppure i loro problemi possono interferire con il rendimento scolastico, la vita quotidiana e, in certi casi, con l'interazione sociale. Difficoltà analoghe si riscontrano sovente nei parenti biologici stretti (Watson et al., 2008). Secondo il DSM-IV-TR, questi bambini potrebbero avere un disturbo dell'apprendimento, un disturbo della comunicazione o un disturbo di sviluppo della coordinazione, problemi che possono causare una significativa sofferenza psicologica e imbarazzo (Piek et al., 2007; Alexander-Passe, 2006; Daniel et al., 2006).

I risultati che i bambini affetti dai *disturbi dell'apprendimento* ottengono in aritmetica, nell'espressione scritta o nella lettura sono molto al di sotto della loro capacità intellettiva (APA, 2000). In tutti gli Stati Uniti i bambini con disturbi dell'apprendimento costituiscono il sottogruppo più numeroso dei soggetti inseriti in classi speciali (Watson et al., 2008). Uno dei disturbi di questo gruppo è il *disturbo del calcolo* o *discalculia*, che viene diagnosticato nei bambini che hanno capacità matematiche significativamente al di sotto della media. Vi è poi il *disturbo della lettura* o *dislessia*, in cui i bambini manifestano molte difficoltà a riconoscere le parole e a comprenderle durante la lettura. Generalmente leggono lentamente, si interrompono spesso e possono omettere, storpiare o sostituire parole nel processo.

I *disturbi della comunicazione* possono assumere diverse forme (APA, 2000). I bambini con *disturbo della fonazione*

non riescono a usare i suoni dell'eloquio appropriati per l'età e il livello di sviluppo, tanto che molti di essi sembrano esprimersi come bambini molto più piccoli. I soggetti con disturbo dell'*espressione del linguaggio* incontrano difficoltà nell'imparare parole nuove, limitano l'eloquio a frasi brevi e semplici o manifestano una generale compromissione nello sviluppo del linguaggio. Nella *balbuzie* vi sono frequenti ripetizioni, prolungamenti o interiezioni di suoni o sillabe; blocchi prima di terminare una parola; eccessiva tensione fisica nel parlare.

Infine, i bambini con *disturbo di sviluppo della coordinazione* eseguono le attività che richiedono coordinazione motoria a un livello molto inferiore rispetto all'età cronologica (APA, 2000). I bambini con questo disturbo sono impacciati e lenti a padroneggiare abilità come allacciarsi le scarpe, abbottonare le asole e aprire e chiudere la cerniera lampo dei pantaloni. Crescendo, possono trovare difficoltà con i puzzle, le costruzioni, giocare a palla, nello scrivere in stampatello o in corsivo.

Non vi sono ricerche approfondite sulle cause di queste difficoltà dello sviluppo (Golden, 2008; Teicher et al., 2008; Watson et al., 2008). Esistono tuttavia dei trattamenti e alcuni di questi disturbi rispondono bene a interventi specifici (Watson et al., 2008; Pless, Carlsson, 2000). La terapia della lettura, per esempio, è molto utile nei casi lievi di dislessia; il disturbo della fonazione viene per lo più completamente guarito dalla terapia logopedica. Inoltre, i disturbi dell'apprendimento, della comunicazione e dello sviluppo della coordinazione spesso scompaiono prima dell'età adulta, anche senza alcun trattamento (APA, 2000).

alcune persone possono essere dichiarate affette da ritardo mentale anche a causa di difetti intrinseci dei test, differenze culturali, disagio per la situazione o pregiudizio dell'esaminatore.

La valutazione del funzionamento adattivo

Il diagnosta non può limitarsi unicamente a un punteggio limite di QI pari a 70 per determinare se un individuo è affetto da ritardo mentale. Alcune persone, pur con QI basso, sono comunque in grado di vivere autonomamente e di avere un funzionamento adeguato, mentre per altre non è così. I casi di Brian e Jeffrey (**Caso 14.6**) illustrano la gamma di capacità adattive.

Brian sembra bene adattato al suo ambiente extrascolastico. I limiti di Jeffrey invece sono diffusi; oltre ad avere un QI basso, Jeffrey ha problemi ad affrontare le

normali attività sia a casa che fuori. Sembra quindi che la diagnosi di ritardo mentale sia più appropriata nel caso di Jeffrey che in quello di Brian.

Per valutare il comportamento adattivo sono state ideate numerose scale. Ancora una volta, tuttavia, alcune persone hanno nella vita un funzionamento migliore di quanto indicato dalle scale, mentre altre non raggiungono un livello adeguato. Pertanto, per una diagnosi accurata del ritardo mentale, sarebbe opportuno osservare il funzionamento di ciascun individuo nel proprio ambiente quotidiano e prendere in considerazione sia il contesto in cui egli vive che gli standard della comunità di appartenenza. Anche in questo caso i giudizi potrebbero essere soggettivi, in quanto il clinico osservatore può non avere familiarità con gli standard di una particolare cultura o comunità.

CASO 14.6

Brian proviene da una famiglia a basso reddito. Il suo funzionamento è sempre stato adeguato, sia in casa che nella comunità. Si veste e mangia da solo e bada a se stesso ogni giorno, fino a quando sua madre non torna a casa dal lavoro. Gioca con i suoi amici. A scuola, invece, Brian si rifiuta di partecipare e di fare i compiti assegnati. In classe appare apatico, a volte perso. Inviato dall'insegnante presso lo psicologo scolastico, ha ottenuto un punteggio di QI pari a 60.

Jeffrey proviene da una famiglia benestante. Ha raggiunto in ritardo le tappe dello sviluppo, come stare seduto, alzarsi in piedi e dire le prime parole. Nei primi anni di vita ha iniziato uno speciale programma di stimolazione, e a casa è stato sempre seguito e curato con attenzione. Eppure Jeffrey ha ancora difficoltà a vestirsi da solo e non può essere lasciato senza sorveglianza in giardino, perché potrebbe farsi del male o allontanarsi da casa. A scuola ha molti e gravi problemi. L'insegnante deve procedere molto lentamente e seguirlo molto da vicino. A 6 anni Jeffrey aveva un QI di 60.

Quali sono le caratteristiche del ritardo mentale?

La caratteristica più evidente del ritardo mentale è la lentezza a imparare (Sturmey, 2008; Hodapp, Dykens, 2003). Altre aree problematiche sono la capacità di attenzione, la memoria a breve termine, l'organizzazione e il linguaggio. Gli individui con ritardo mentale che sono istituzionalizzati tendono più degli altri a presentare questi limiti. Tali difficoltà potrebbero essere esacerbate da un ambiente privo di stimoli e dall'interazione minima con il personale vigente in molti istituti.

Il DSM-IV-TR descrive quattro livelli di ritardo mentale: *lieve* (QI 50-70), *moderato* (QI 35-49), *grave* (QI 20-34) e *gravissimo* (QI inferiore a 20). L'Associazione americana per il ritardo mentale (1992) preferisce invece distinguere i vari tipi di ritardo mentale in base al livello di sostegno richiesto dall'individuo: *intermittente*, *limitato*, *esteso* e *massimo*.

Ritardo mentale lieve

Nella categoria del **ritardo mentale lieve** (QI 50-70) ricade una percentuale compresa tra l'80 e l'85% di tutti gli individui con ritardo mentale (Leonard, Wen, 2002; APA, 2000). Sono definiti anche «ritardati educabili» perché sono in grado di frequentare la scuola e di mantenersi da adulti. Il ritardo mentale lieve non viene identificato in genere fino a quando i bambini non iniziano ad andare a scuola. Gli individui tipicamente sviluppano capacità comunicative, sociali e di gioco, ma possono avere bisogno di appoggio e di assistenza quando si trovano in situazioni di stress, un limite che diviene sempre più evidente quando l'impegno scolastico e sociale au-

menta. È interessante notare che la performance intellettuale dei soggetti con ritardo mentale lieve spesso sembra migliorare con l'età; terminata la scuola, alcuni vengono dichiarati normali e riescono a vivere nella comunità senza particolari problemi (Sturmey, 2008). In generale svolgono lavori generici o poco specializzati.

TRA LE RIGHE**Comunicare con gli animali**

All'Acquario nazionale de L'Avana, Cuba, il contatto diretto e regolare con delfini, tartarughe marine e foche ha aiutato molti bambini autistici e altri con ritardo mentale a diventare più indipendenti, spontanei e socievoli.

La ricerca ha collegato il ritardo mentale lieve soprattutto a cause socioculturali e psicologiche, in particolare ad ambienti poveri e privi di stimoli, a interazioni inadeguate genitori/figlio e a esperienze di apprendimento insufficienti nei primi anni di vita (Sturmey, 2008; Stromme, Magnus, 2000). Tali rapporti sono stati osservati nel corso di studi che mettevano a confronto ambienti svantaggiati e non (si veda la **Figura 14.3**). Alcuni programmi di comunità prevedono l'invio di operatori domiciliari presso bambini con bassi punteggi di QI per rendere più stimolante il loro ambiente, e spesso con questi interventi il funzionamento dei bambini è migliorato. Se portati avanti per più tempo, i programmi di questo tipo sono utili anche per il rendimento scolastico e per la vita nell'età adulta (Sparling et al., 2005; Ramey, Ramey, 2004, 1992).

Ritardo lieve: livello di ritardo mentale con QI compreso tra 50 e 70, in cui gli individui traggono beneficio dall'istruzione e da adulti sono in grado di provvedere a se stessi.

Ritardo moderato: livello di ritardo mentale (QI compreso fra 35 e 50) che consente ai soggetti di badare a se stessi e di avere una formazione professionale.

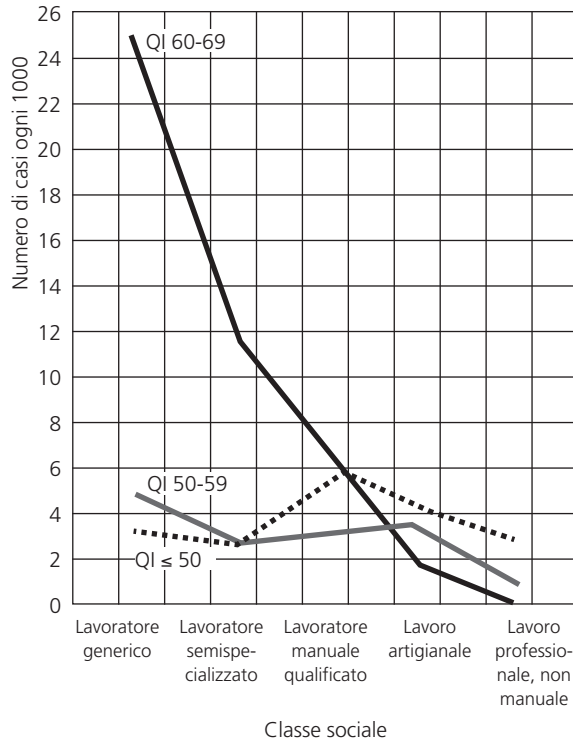
Ritardo grave: livello di ritardo mentale (QI compreso fra 20 e 34) per il quale i soggetti richiedono una supervisione attenta e possono imparare a eseguire lavori semplici in ambienti strutturati e protetti.

Ritardo gravissimo: livello di ritardo mentale (QI inferiore a 20) per il quale i soggetti hanno bisogno di strutture specializzate con assistenza e sorveglianza continue.

Sindrome di Down: forma di ritardo mentale causato da un'anomalia del cromosoma 21.

Sebbene le cause principali del ritardo mentale lieve sembrano essere fattori socioculturali e psicologici, potrebbero essere implicati anche alcuni fattori biologici. Gli studi suggeriscono, per esempio, che l'uso di alcol in

Figura 14.3 Ritardo mentale e classe socioeconomica. Il ritardo mentale lieve ha una maggiore prevalenza nelle classi socioeconomiche più basse rispetto alle classi più abbienti. Viceversa, altre forme di ritardo mentale sono uniformemente distribuite in tutte le classi.



Fonte: adattato da Popper, 1988; Birch et al., 1970.

gravidanza, seppure moderato, o di droghe, o un'alimentazione scorretta, possano danneggiare il potenziale intellettuale del nascituro (Ksir et al., 2008). Anche la malnutrizione del bambino nei primi anni di vita può essere dannosa per il suo sviluppo intellettuale, ma si tratta di un effetto che in genere può essere rovesciato, almeno in parte, se il bambino inizia a mangiare in modo adeguato prima che sia trascorso troppo tempo.

Ritardo mentale moderato, grave e gravissimo

Circa il 10% delle persone con ritardo mentale presenta un **ritardo moderato** (QI 35-49). In genere per questi soggetti la diagnosi viene formulata prima che nel ritardo lieve, in quanto manifestano evidenti deficit nello sviluppo del linguaggio e del gioco già in età prescolare. Nella scuola media hanno ritardi significativi nell'acquisizione delle capacità di lettura e di calcolo. Nell'età adulta, tuttavia, molti soggetti con ritardo mentale moderato riescono ad acquisire un livello discreto di abilità di comunicazione, sono in grado di badare a se stessi,

possono fruire di una formazione professionale e sono in grado di svolgere dei lavori generici o semispecializzati, anche sotto una supervisione. La maggior parte di questi individui ha un funzionamento adeguato nella comunità, se possono contare su un appoggio e una sorveglianza costanti (Bebko, Weiss, 2006; APA, 2000).

Circa il 3-4% delle persone con ritardo mentale ha un **ritardo grave** (QI 20-34). In genere questi soggetti manifestano deficit motori e della comunicazione elementare sin da piccolissimi. A scuola, quando parlano, riescono a pronunciare solo poche parole. Questi individui richiedono una sorveglianza attenta, possono ricevere un livello minimo di formazione professionale e imparare a svolgere compiti semplici in ambienti strutturati e protetti. In genere possiedono una comprensione discreta di quanto viene detto, migliore della loro capacità di esprimersi. Nella maggior parte dei casi il funzionamento nella comunità è adeguato se vivono in case famiglia, in residenze specializzate o con la loro famiglia (Bebko, Weiss, 2006; APA, 2000).

Il gruppo con **ritardo gravissimo** costituisce circa l'1-2% dei soggetti con ritardo mentale (QI inferiore a 20). Questo grado di ritardo è molto evidente già alla nascita o poco dopo. Con un'assistenza adeguata, gli individui con ritardo mentale gravissimo possono imparare o migliorare delle capacità elementari come camminare, esprimersi e mangiare da soli. Per loro è necessario un ambiente altamente specializzato, con assistenza e supervisione costanti; spesso una relazione personalizzata con la figura che si occupa di loro può aiutarli a sviluppare le proprie potenzialità (Sturmey, 2008; APA, 2000).

Il ritardo mentale grave e gravissimo spesso sono parte di una sindrome più vasta che implica handicap fisici gravi che sono in molti casi più invalidanti per i soggetti del funzionamento intellettuale e talora fatali.

Quali sono le cause del ritardo mentale moderato, grave e gravissimo?

Le cause principali del ritardo moderato, grave e gravissimo sono per lo più di origine biologica, sebbene svolga anche un ruolo notevole l'ambiente familiare e sociale (Sturmey, 2008; Hodapp, Dykens, 2003). Talvolta all'origine dei problemi biologici vi sono fattori genetici, come disordini a livello di cromosomi o metabolici.

I ricercatori hanno identificato un migliaio di cause genetiche del ritardo mentale, sebbene poche di esse siano state studiate a fondo (Dykens, Hodapp, 2001; Azar, 1995). Altre cause biologiche di questi tipi di ritardo mentale possono essere eventi dannosi che si verificano prima o durante la gravidanza, o sofferenze da parto.

Cause cromosomiche. Il difetto cromosomico che provoca più comunemente il ritardo mentale è la **sindrome di Down**, che prende il nome da Langdon Down, il me-

dico inglese che la identificò per primo. Meno di 1 ogni 1000 nati presenta la sindrome di Down, ma questa percentuale aumenta di molto quando la madre ha più di 35 anni. Oggi per le donne gravide oltre i 30-35 anni è di routine l'*amniocentesi* (esame del liquido amniotico nel quale è immerso il feto) entro il quarto mese di gravidanza per identificare la sindrome di Down e altre anomalie cromosomiche.

Gli individui con la sindrome di Down hanno dei tratti somatici caratteristici come testa piccola, faccia piatta, occhi allungati, zigomi alti e talvolta la lingua sporgente, che impedisce loro di pronunciare le parole con chiarezza. Spesso sono molto affettuosi con i familiari e per lo più hanno la stessa gamma di caratteristiche di personalità della popolazione in generale (Carr, 1994).

La sindrome di Down può essere causata da diversi tipi di anomalie cromosomiche (Teicher et al., 2008). Il tipo più comune (94% dei casi) è la *trisomia 21*, in cui l'individuo mostra tre cromosomi 21 anziché due (con il cromosoma 21 soprannumerario in tutte le cellule dell'individuo). Nella maggior parte degli individui con sindrome di Down il QI è compreso fra 35 e 55 (AAMR, 2005). Spesso c'è un invecchiamento precoce e molti hanno delle manifestazioni tipo Alzheimer intorno ai quarant'anni (Bebko, Weiss, 2006; Lawlor et al., 2001). Gli studi indicano che la sindrome di Down e la demenza precoce spesso si verificano assieme, in quanto i geni che la producono sono situati vicini sul cromosoma 21 (Selkoe, 1991).

La *sindrome dell'X fragile* è la seconda causa cromosomica più comune del ritardo mentale. I bambini nati con un cromosoma X fragile (ossia un cromosoma X con un'anomalia genetica che lo predispone alla rottura e all'instabilità) presentano in genere un grado di disfunzione intellettiva da lieve a moderata, compromissione del linguaggio e talora problemi comportamentali (Teicher et al., 2008; Eliez, Feinstein, 2001). Questi individui sono generalmente timidi e ansiosi (AAMR, 2005).

TRA LE RIGHE

Sul cromosoma X

Il cromosoma 23, la cui anomalia causa la sindrome dell'X fragile, è il cromosoma umano più piccolo.

Il cromosoma 23 determina il sesso dell'individuo ed è quindi definito cromosoma sessuale.

Nei maschi la ventitreesima coppia di cromosomi è costituita da un cromosoma X e da un cromosoma Y.

Nelle femmine la ventitreesima coppia di cromosomi è costituita da due cromosomi X.

Cause metaboliche. Nelle persone affette da disturbi metabolici la degradazione o la produzione di sostanze chimiche è problematica. I disturbi metabolici con effet-

ti sull'intelligenza e sullo sviluppo sono generalmente causati dall'appaiamento di due *geni recessivi* difettosi, uno di ciascun genitore. Mentre un solo gene non avrebbe alcun influsso se fosse appaiato a un gene normale, l'appaiamento con un altro gene difettoso determina gravi problemi per il bambino.

Il disturbo metabolico più comune nel ritardo mentale è la *fenilchetonuria (PKU)*, che colpisce 1 bambino su 14.000. Alla nascita i bambini con PKU appaiono normali, ma il loro organismo non è in grado di trasformare l'aminoacido *fenilalanina*. La sostanza si accumula e viene convertita in sostanze tossiche, causando ritardo grave e diversi altri sintomi. Oggi è possibile effettuare una diagnosi precoce della PKU in tutti i neonati e far seguire loro una dieta speciale prima dei tre mesi di età, che assicura lo sviluppo di un'intelligenza normale.

I bambini con la *malattia di Tay-Sachs*, un altro disturbo metabolico causato dall'appaiamento di geni recessivi, perdono gradualmente il funzionamento mentale, la vista e l'abilità motoria entro i due-quattro anni e alla fine muoiono. Una persona su trenta, tra gli ebrei ashkenaziti di origine europea, è portatrice del gene recessivo responsabile della malattia; pertanto, 1 coppia ebrea su 900 è a rischio di avere un figlio con la malattia di Tay-Sachs.

Cause prenatali e legate al parto. Durante lo sviluppo del feto, alcuni problemi fisici della madre potrebbero rivelarsi pericolosi per la salute del nascituro (Bebko, Weiss, 2006; Neisser et al., 1996). Quando manca iodio nella dieta di una donna gravida, per esempio, il bambino può essere colpito da *cretinismo*, caratterizzato da anomalie della tiroide, ritardo di sviluppo, ritardo mentale e nanismo. Oggi il disturbo è raro, perché il sale in commercio molto spesso è iodato. Inoltre, ai neonati con questo disturbo vengono subito somministrati estratti tiroidei per favorire uno sviluppo normale.

Anche altri problemi prenatali possono causare ritardo mentale. Come abbiamo visto nel Capitolo 10, se la madre ha assunto alcol in modo eccessivo in gravidanza può partorire un figlio con **sindrome alcolico fetale**, un insieme di gravi problemi tra cui uno scarso funzionamento intellettuale. In realtà il livello massimo di alcol consentito in gravidanza non è stato determinato dalla ricerca. Inoltre, alcune malattie contratte dalla madre in gravidanza, come la *rosolia* e la *sifilide*, per esempio, possono causare problemi nel nascituro, compreso il ritardo mentale.

Anche le complicazioni al momento del parto possono determinare ritardo mentale. Una prolungata assenza di ossigeno (*anossia*) durante il travaglio o il parto può causare danni al cervello e ritardo nel neonato. Infine, anche se la nascita prematura non comporta necessariamente problemi a lungo termine per i bambini, la ricerca ha rivelato che un peso alla nascita inferiore a 1,5 kg può

a volte essere collegata a un ritardo mentale (Neisser et al., 1996).

Sindrome alcolico fetale: insieme di problemi del bambino, tra cui scarso funzionamento intellettivo, basso peso alla nascita, anomalie delle mani e del volto che derivano da una eccessiva assunzione di alcol da parte della madre in gravidanza.

State school (USA): istituzione pubblica per persone con ritardo mentale.

Normalizzazione: principio secondo il quale istituzioni e strutture di comunità dovrebbero esporre le persone con ritardo mentale a condizioni di vita e a opportunità simili a quelle esistenti per il resto della società.

Problemi dell'infanzia. Dopo la nascita, soprattutto fino ai sei anni, alcuni eventi e incidenti possono influire sul funzionamento intellettivo e causare in certi casi ritardo mentale. Particolarmente a rischio sono le intossicazioni, i gravi traumi alla testa per incidenti o maltrattamenti, l'eccessiva esposizione ai raggi X e l'uso eccessivo di certe sostanze (Evans, 2006). Per esempio, un grave *avvelenamento da piombo*, tramite l'assunzione di vernici a base di piombo o l'inalazione di gas di scarico delle automobili in quantità elevata, come pure le intossicazioni da mercurio, radiazioni, nitriti e pesticidi, possono provocare ritardo mentale nei bambini. Alcune infezioni, inoltre, come la *meningite* e l'*encefalite*, possono portare a ritardo mentale se non vengono diagnosticate e curate tempestivamente (MFA, 2008; Baroff, Olley, 1999).

Interventi per gli individui con ritardo mentale

La qualità della vita delle persone affette da ritardo mentale dipende in gran parte da fattori socioculturali: dove vivono, con chi, come vengono educati, le opportunità di crescita presenti nell'ambiente domestico e nella comunità. I programmi di intervento per questi individui cercano di fornire residenze gradevoli e stimolanti, un'istruzione adeguata, opportunità sociali ed economiche. Allo stesso tempo, con tali programmi si intende migliorare l'immagine di sé e aumentare per quanto possibile l'autostima delle persone con ritardo mentale. Quando questi bisogni fondamentali sono soddisfatti, in alcuni casi possono essere utili anche dei trattamenti psicologici o biologici.

Qual è il tipo di residenza migliore? Fino ad alcuni decenni fa, negli USA i bambini con ritardo mentale venivano inviati dalle famiglie in istituti pubblici, le cosiddette **state school**, il prima possibile. Questi luoghi, sorta di sovraffollati riformatori per disabili psichici, fornivano un'assistenza di base, ma i bambini erano comunque trascurati, spesso maltrattati, e isolati dalla società.

Nel corso degli anni Sessanta e Settanta si è sviluppata una maggiore consapevolezza riguardo a queste tristi condizioni e, nell'ambito del movimento di *deistituzionalizzazione* (cfr. Capitolo 12), si iniziò a fare in modo che molti individui con ritardo mentale venissero dimessi da questi istituti (Beyer, 1991). In molti casi, queste azioni avvennero senza una preparazione o una supervisione adeguata. Come gli schizofrenici dimessi dai centri di cura, anche le persone con ritardo mentale furono reinserite nel loro territorio, ma in molti casi questo tentativo fallì e i malati dovettero essere nuovamente internati.

TRA LE RIGHE

Cambio di residenza

91.562 I bambini e gli adolescenti con ritardo mentale internati in grandi istituzioni statali nel 1964.

1641 I bambini e gli adolescenti con ritardo mentale che vivono attualmente in grandi istituzioni statali.

(Breedlove et al., 2005)

Da allora le riforme in merito hanno condotto alla creazione di *piccole istituzioni* e vari tipi di *residenze protette* (case famiglia, centri di reinserimento sociale, sezioni staccate di grandi istituzioni, abitazioni indipendenti) in cui si insegna l'autosufficienza, si dedica più tempo alla cura del singolo paziente e si forniscono servizi educativi e assistenza sanitaria. Molte di queste situazioni seguono i principi della **normalizzazione** avviati da Svezia e Danimarca per prime; esse cercano di ricreare situazioni di vita simili a quelle vigenti nel resto della società, routine flessibili e normali esperienze formative, comprese le opportunità per l'autodeterminazione, l'appagamento sessuale e la libertà economica (Hodapp, Dykens, 2003).

Attualmente la stragrande maggioranza dei bambini con ritardo mentale vive in famiglia anziché in istituto. Quando diventano adulti e i loro genitori invecchiano, tuttavia, la famiglia può non essere più in grado di fornire il tipo di assistenza e le opportunità di cui ha bisogno l'individuo. Una casa protetta diventa in alcuni casi un'alternativa adeguata. La maggior parte delle persone adulte con ritardo mentale, e praticamente quasi tutte quelle affette da ritardo lieve, oggi vive in famiglia o in una casa protetta (Sturmei, 2008).

Qual è il programma educativo migliore? Poiché l'intervento tempestivo sembra promettente, i programmi educativi per gli individui con ritardo mentale dovrebbero iniziare nei primi anni di vita. Ovviamente l'istruzione adeguata dipende dal grado di ritardo del soggetto (Bebko, Weiss, 2006; Patton et al., 2000). Vi è, tuttora, un animato dibattito riguardante se sia più appropriato l'inserimento dei bambini in età scolare in classi norma-

li o speciali (Hardman et al., 2002). L'**istruzione speciale** prevede classi composte solo da bambini con ritardo mentale, che seguono un programma apposito. Viceversa, il **mainstreaming** o **inclusione** è l'inserimento dei disabili psichici in classi regolari di scolari non ritardati. Nessuno dei due approcci si è però dimostrato nettamente superiore all'altro (Bebko, Weiss, 2006); probabilmente l'inclusione è migliore per alcune aree dell'apprendimento e per certi bambini, mentre in altri casi sono più consigliabili le scuole speciali (Cummins, Lau, 2003).

La *preparazione dell'insegnante* è un altro fattore che può fare propendere per la decisione di inserire un bambino con problemi in una scuola speciale o normale. Molti insegnanti affermano di non sentirsi preparati a gestire bambini con ritardo mentale, sia dal punto di vista dell'istruzione che del sostegno, specie quando vi sono anche altri problemi (Scheuermann et al., 2003). Negli appositi corsi per gli insegnanti si affrontano proprio questi temi (Campbell et al., 2003).

Gli insegnanti specializzati che lavorano con alunni con ritardo mentale utilizzano in molti casi i principi del condizionamento operante per migliorarne l'autonomia e la comunicazione, nonché le abilità sociali e scolastiche (Sturmei, 2008; Ardoin et al., 2004). Gli obiettivi di apprendimento vengono suddivisi in piccoli blocchi e si dà un rinforzo positivo ogni volta che viene acquisita un'abilità.

TRA LE RIGHE

Bisogni normali

I bisogni sociali e sessuali delle persone con ritardo mentale sono identici a quelli di tutti gli altri. Molte di loro dimostrano di essere perfettamente in grado di esprimere affetto e intimità.

Inoltre molte istituzioni, scuole e case private hanno istituito *programmi di rinforzo a premi (o a gettoni)*, dei programmi fondati sul condizionamento operante utilizzati anche nel trattamento di pazienti affetti da schizofrenia e da altri gravi disturbi mentali.

Quando è necessaria la terapia? Gli individui con ritardo mentale, come ogni altra persona, esperiscono a volte problemi emotivi e comportamentali. Circa nel 25% dei casi, oltre al ritardo mentale è presente anche un disturbo psicologico (Hodapp et al., 2006; McBrien, 2003). Alcuni soffrono anche di bassa autostima, problemi interpersonali e difficoltà ad adeguarsi alla vita nella comunità. Questi problemi possono essere alleviati con una terapia individuale o di gruppo. Inoltre, moltissime persone ritardate vengono trattate con farmaci psicotropi (Sturmei, 2008). Tuttavia molti clinici sostengono che troppo spesso i farmaci vengono usati al semplice scopo di rendere più tranquilli e perciò più gestibili questi soggetti.

Come possono essere aumentate le opportunità di crescita personale, sociale e lavorativa? Le persone hanno bisogno di sentirsi capaci e competenti per essere in grado di progredire nella vita. Coloro che manifestano un ritardo mentale hanno più probabilità di sentirsi meglio se la loro comunità di appartenenza consente loro di crescere e di fare delle scelte autonome. Ancora una volta i paesi leader in questo campo sono la Danimarca e la Svezia, dove ha avuto origine il movimento di normalizzazione e dove sono stati creati club giovanili in cui le persone con ritardo mentale sono stimolate ad assumersi dei rischi e a funzionare in modo autonomo (Flynn, Lemay, 1999; Perske, 1972). Special Olympics, il programma di allenamento per persone con disabilità intellettiva, incoraggia i partecipanti a porsi degli obiettivi reali, a prendere parte alla vita della propria comunità e a interagire socialmente con gli altri (Weiss et al., 2003).

Istruzione speciale: approccio educativo per bambini con ritardo mentale che prevede classi separate e un'istruzione mirata e specifica.

Mainstreaming: inserimento di bambini con ritardo mentale in classi scolastiche regolari. Detto anche *inclusione*.

Laboratorio protetto: luogo di lavoro protetto e con supervisione costante, che fornisce opportunità e formazione professionale a un ritmo e a un livello adeguati a persone con disabilità psichiche diverse.

Socializzazione, sesso e matrimonio sono questioni difficili per i disabili intellettivi e per le loro famiglie; con un adeguato insegnamento e un po' di pratica essi sono in grado di imparare a utilizzare metodi contraccettivi e attuare una pianificazione familiare responsabile (Lumley, Scotti, 2001; Bennett-Gates, Zigler, 1999). La National Association for Retarded Citizens offre una guida su questi temi, e alcuni clinici hanno sviluppato *programmi di educazione all'affettività* (Segal, 2008; Valenti-Hein et al., 1994).

TRA LE RIGHE

Ragazzi in difficoltà

La metà degli adolescenti con disturbi emotivi significativi abbandona la scuola.

Attualmente negli USA vi è un counselor ogni 513 studenti, quando il rapporto consigliato è 1 ogni 250 studenti.

(Gruttadaro, 2005)

Con l'adozione della Legge numero 18 (marzo 2009) si è sancita, in Italia, la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con la quale viene preservato il diritto all'unione matrimoniale delle persone con disabilità psi-

chica. Contrariamente a quanto si crede, queste unioni sono spesso felici e durature. Inoltre, sebbene alcuni disabili psichici non siano sempre in grado di allevare dei figli, molti se la cavano bene, sia da soli che con l'assistenza di servizi di comunità o con l'aiuto di altri (Sturme, 2008).

Per concludere, gli adulti con ritardo mentale, di qualsiasi grado, hanno bisogno della gratificazione personale ed economica che deriva dall'aver un'occupazione (Kiernan, 2000). Molti lavorano in **laboratori protetti**, luoghi di lavoro dove possono ricevere una formazione a un ritmo e a un livello adeguati alle loro capacità. Dopo un periodo di formazione più o meno lungo, molte persone con ritardo lieve o moderato sono in grado di svolgere anche lavori regolari (Moore, Flowers, Taylor, 2000).

TRA LE RIGHE

Hanno detto

«È un inganno affermare che i giovani siano felici, un inganno realizzato ad opera di coloro che non lo sono più» W. Somerset Maugham, *Schiavo d'amore*, 1915.

Sebbene negli ultimi trent'anni vi sia stato un netto miglioramento nella qualità dei programmi di formazione per i disabili psichici, a tutt'oggi ve ne sono troppo pochi. Di conseguenza la maggior parte di questi individui non riceve una formazione adeguata, né dal punto di vista dell'istruzione né professionale. Sono necessari altri programmi perché più persone con problemi di ritardo possano sviluppare le proprie potenzialità, sia come lavoratori che come esseri umani.

Sintesi

Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia

I disturbi pervasivi dello sviluppo e il ritardo mentale sono problemi che emergono molto presto e perdurano in genere per tutta la vita. Le persone con disturbo autistico, il disturbo pervasivo dello sviluppo maggiormente studiato, appaiono estremamente isolate dagli altri, mostrano scarse capacità di comunicazione e si comportano in modo rigido e ripetitivo. Il disturbo di Asperger, anch'esso un disturbo pervasivo dello sviluppo, è caratterizzato da una profonda compromissione sociale e, parallelamente, da livelli relativamente elevati di funzionamento cognitivo e di capacità di linguaggio.

Le spiegazioni prevalenti per l'autismo individuano tra i fattori causali i deficit cognitivi, come il non essere in grado di sviluppare una teoria della mente, e anomalie biologiche, come uno sviluppo anormale del cervello. Non esistono trattamenti in grado di trasformare del tutto il modello autistico, ma molto si può fare con i trattamenti comportamentali, l'adde-

stramento alla comunicazione, il trattamento e l'istruzione dei genitori e l'integrazione nella comunità.

Le persone con ritardo mentale presentano un'intelligenza e una capacità adattiva significativamente al di sotto della media. Si calcola che circa 3 persone su 100 abbiano una forma di ritardo mentale. Il ritardo lieve, il livello più comune di ritardo mentale, è stato ricondotto principalmente a fattori ambientali come la mancanza di stimoli, interazioni inadeguate genitori-figlio ed esperienze di apprendimento insufficienti nei primi anni di vita. Il ritardo mentale moderato, grave e gravissimo sono, invece, causati da fattori biologici, sebbene anche la famiglia e l'ambiente sociale abbiano un ruolo essenziale. Le cause biologiche principali sono anomalie cromosomiche, disturbi metabolici, problemi prenatali, complicazioni al momento del parto, malattie e traumi nell'infanzia.

Gli attuali programmi di intervento rivolti a persone con disabilità psichica attribuiscono molta importanza al fatto di risiedere in un luogo gradevole e stimolante, come potrebbe essere la casa di famiglia o un piccolo istituto, o ancora una casa protetta dove vengano applicati i principi della normalizzazione. Altri interventi importanti prevedono un'istruzione adeguata, terapia per i problemi psicologici concomitanti e programmi di istruzione per la socializzazione, il sesso, il matrimonio, l'essere genitori e la formazione professionale. Tuttora in ambito educativo si discute se sia meglio per i disabili psichici frequentare scuole speciali oppure essere inseriti in classi di studenti normodotati.

14.8 I CAMBIAMENTI PROPOSTI NEL DSM-5

Nel 2011, la *task force* del DSM-5 ha suggerito una serie di cambiamenti importanti relativi ai disturbi analizzati in questo capitolo. Primo, ha proposto l'eliminazione dell'intero gruppo «Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza.» Infatti, anche se molti disturbi hanno inizio, naturalmente, nei primi anni di vita, la *task force* ha concluso che i gruppi dovrebbero essere fondati sui sintomi e non sul periodo della loro manifestazione. Per tale ragione ha proposto che tutte le categorie dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza siano incluse in altri gruppi, alcuni nuovi e altri già presenti nel DSM-IV-TR. Uno dei nuovi gruppi proposti è «Disturbi dello sviluppo neurologico», ossia i disturbi che comportano delle anomalie nella crescita e nello sviluppo del cervello. Basandosi sull'analisi delle ricerche svolte, la *task force* ha proposto di includere in questo gruppo il ritardo men-

tale, l'autismo, l'ADHD e i disturbi dell'apprendimento, della comunicazione e della coordinazione. La *task force* ha suggerito, inoltre, che anche la designazione «ritardo mentale», al fine di risultare più adeguata ai cambiamenti già avvenuti in altri ambiti o istituzioni, cambiasse in «disturbo dello sviluppo intellettivo». Nel settore della formazione, per esempio, attualmente si usa il termine «disabilità intellettiva» e il principale gruppo di sostegno per le persone affette da tale disturbo, l'American Association of Mental Retardation (AAMR), ha di recente cambiato il proprio nome in American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. Inoltre, nel gruppo «Disturbi dello sviluppo neurologico», la *task force* del DSM-5 ha consigliato di far convergere il disturbo autistico, la sindrome di Asperger e il disturbo *disintegrativo* dell'infanzia associati in una sola categoria, nei «disturbi dello spettro autistico». I criteri di questa nuova categoria sono simili a quelli della categoria del disturbo autistico elencati nel DSM-IV-TR: la presenza di deficit significativi nella comunicazione e nell'interazione sociale, e modelli limitati e ripetitivi di funzionamento. Fondendo queste tre categorie in una sola, la *task force* ha proposto, in realtà, l'eliminazione della categoria della sindrome di Asperger poiché era convinta che molti dei casi già diagnosticati come sindrome di Asperger fossero in realtà casi di autismo ad

alto funzionamento, mentre altri fossero modelli non connessi a un funzionamento di tipo autistico. Secondo il DSM-5, ai primi individui sarebbe diagnosticato il disturbo dello spettro autistico, mentre agli altri dei disturbi appartenenti a categorie diverse, ad esempio quello appena proposto, il disturbo dell'interazione sociale. La *task force* ha suggerito che gli altri disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza facciano parte di gruppi diversi. Ha consigliato, per esempio, di inserire il disturbo d'ansia di separazione nei «Disturbi d'ansia», il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta in un nuovo gruppo «Disturbi da controllo degli impulsi distruttivi e disturbi della condotta»; e l'enuresi e l'encopresi nel gruppo «Disturbi della Evacuazione.» Infine, ha proposto l'aggiunta di molte categorie nuove. Una, il disturbo dirompente di disregolazione dell'umore, presenta un modello con attacchi di collera ricorrenti ed emozioni negative persistenti che si manifesta prima dei dieci anni. A questa categoria potrebbero appartenere la maggior parte dei bambini e adolescenti ai quali è stato diagnosticato il disturbo bipolare negli ultimi anni. Un'altra categoria nuova, le ferite autoinflitte non-suicidarie, presenta un modello di danni causati intenzionalmente al proprio corpo, ad esempio ferite o lesioni. Questo modello può manifestarsi in persone di età diversa, ma è particolarmente frequente tra gli adolescenti.

Riflessioni critiche

1. Sebbene i ragazzi con disturbi psicologici siano più delle ragazze, nell'età adulta il rapporto si inverte e le donne con problemi mentali sono più degli uomini. Come si potrebbe spiegare questa inversione?
2. I videogiochi violenti potrebbero avere un ruolo nell'indurre il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo della condotta o altri problemi dell'infanzia e dell'adolescenza?
3. Quali effetti psicologici potrebbe avere il bullismo sulle vittime? Perché tanti individui riescono a superare il trauma di essere stati vittima di bullismo e altri no?
4. Il tasso generale di arresti ripetuti di adolescenti inviati a centri di detenzione giovanile o di formazione è stato stimato vicino all'80%. In che modo i centri stessi possono contribuire alle recidive?
5. Quali possono essere i vantaggi e gli svantaggi delle scuole speciali e dell'inserimento in classi normali per i soggetti con disabilità psichiche?

Parole chiave

- Cervelletto, p. 424
- Disturbo autistico, p. 420
- Disturbo d'ansia di separazione, p. 405
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), p. 413
- Disturbo della condotta, p. 409
- Disturbo di Asperger, p. 422
- Disturbo oppositivo provocatorio, p. 409
- Encopresi, p. 419
- Enuresi, p. 418
- Istruzione speciale, p. 434
- Laboratorio protetto, p. 434
- Ludoterapia, p. 407
- Mainstreaming o inclusione, p. 434
- Metilfenidato (Ritalin), p. 415
- Normalizzazione, p. 433
- Quoziente intellettivo (QI), p. 428
- Ritardo grave, p. 430
- Ritardo gravissimo, p. 430
- Ritardo lieve, p. 430
- Ritardo mentale, p. 428
- Ritardo moderato, p. 430
- Sindrome alcolico fetale, p. 433
- Sindrome di Down, p. 430
- Sistema di comunicazione aumentativa, p. 426
- State school, p. 433
- Teoria della mente, p. 422

Domande di riepilogo

1. Quali sono i tassi di prevalenza e la distribuzione maschi/femmine dei vari disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza?
2. Quali sono i diversi tipi di ansia e di disturbi dell'umore del bambino e dell'adolescente? Quali sono attualmente le spiegazioni più autorevoli e i trattamenti più usati per questi disturbi?
3. Descrivete il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta. Quali fattori contribuiscono a causare i disturbi della condotta e come vengono trattati questi disturbi?
4. Quali sono i sintomi del disturbo da deficit di attenzione/iperattività? Quali sono i trattamenti attuali per questo disturbo? Qual è la loro efficacia?
5. Cosa sono l'enuresi e l'encopresi? Come vengono trattati questi problemi?
6. Quali sono i sintomi del disturbo autistico e del disturbo di Asperger?
7. Quali sono le possibili cause dell'autismo? Quali sono gli obiettivi generali del trattamento dell'autismo e quali sono gli interventi che si sono dimostrati più utili per i soggetti con questo disturbo?
8. Descrivete i diversi livelli del ritardo mentale.
9. Quali sono le cause del ritardo mentale lieve? Quali le cause del ritardo mentale moderato, grave e gravissimo?
10. Quale tipo di residenza, di programmi educativi, di trattamenti e di programmi di comunità sono utili per gli individui con disabilità psichiche?



DISTURBI DELL'INVECCHIAMENTO E COGNITIVI

Harry aveva 58 anni e stava benissimo, almeno così sembrava [...] Lavorava nell'impianto comunale per il trattamento delle acque reflue di un piccolo centro e fu proprio al lavoro che si manifestarono i primi segni della sua malattia mentale. Mentre stava cercando di risolvere una piccola emergenza, si confuse sul corretto ordine nel quale dovevano essere spinte le leve che controllavano il deflusso delle acque e, per tale ragione, migliaia di litri di liquami furono scaricati in un fiume. Poiché Harry era un lavoratore scrupoloso ed efficiente, il suo errore sembrò inizialmente inspiegabile, ma si finì per attribuirlo a un'influenza e si lasciò perdere.

Molte settimane dopo, Harry tornò a casa con una teglia da forno che la moglie gli aveva detto di comprare, ma si era dimenticato di aver portato a casa una teglia identica due giorni prima. Quella stessa settimana, due sere dopo andò a prendere la figlia al ristorante dove lavorava, forse si era dimenticato che la figlia aveva cambiato i turni e che allora lavorava di giorno. Un mese dopo si mise a discutere, cosa per lui alquanto insolita, con un dipendente della compagnia telefonica perché stava cercando di pagare una bolletta che aveva già pagato tre giorni prima. [...]

Passarono alcuni mesi e la moglie di Harry era sempre più incerta sul da farsi. Si rendeva conto che le sue condizioni peggioravano, ma lei non riusciva ad aiutarlo; inoltre, Harry era sempre più risentito e talvolta si mostrava diffidente nei confronti dei suoi tentativi. Continuava a insistere di non avere nulla e che era lei a volerlo tenere costantemente sotto controllo. [...] Certe volte si arrabbiava, delle piccoli esplosioni d'ira senza una causa evidente. [...] Ciò che risultava più difficile per la moglie era il fatto che Harry ridicesse sempre le stesse cose: raccontava spesso le storie del passato e certe volte ripeteva frasi singole e alcuni frammenti di dialoghi avuti di recente. Queste frasi erano decontestualizzate e gli argomenti non avevano alcun legame con la situazione. [...]

A due anni dall'incidente all'impianto delle acque, Harry era un uomo del tutto diverso. La maggior parte del tempo sembrava preoccupato, di solito sul volto aveva un sorriso assente e quelle poche cose che diceva erano così vaghe che non si riusciva a comprenderne il significato

[...]. Fu la moglie a doversi progressivamente occupare di farlo alzare, lavare e vestire ogni mattina. [...]

Le condizioni di Harry continuarono a peggiorare lentamente. Quando sua moglie era impegnata a scuola, la figlia stava con lui per alcuni giorni e i vicini offrivano il loro aiuto. Saltuariamente riusciva ad allontanarsi di casa e vagava. In quelle occasioni salutava tutti quelli che incontrava, sia i vecchi amici sia le persone che non conosceva con «Ciao, tutto bene». Di queste poche parole consisteva la sua conversazione, anche se poteva ripetere «bene, bene, bene» tante, tantissime volte. [...] Dopo che lasciò la caffettiera a sciogliersi sul fornello elettrico, sua moglie, alla ricerca disperata di aiuto, lo accompagnò da un altro dottore per un'ennesima visita. Di nuovo risultò che Harry stava bene. [Tuttavia] il dottore prescrisse una TAC [e alla fine concluse] che Harry era affetto dalla «malattia di Pick-Alzheimer», le cui cause erano sconosciute, e che non vi era una cura efficace. [...]

Poiché Harry era un veterano di guerra [...] poté essere ricoverato in un ospedale regionale per veterani a circa 600 chilometri da casa [...]. Cinque anni dopo l'incidente nel luogo di lavoro, [la moglie], disperata, accettò [questo] ricovero con riconoscenza. [...]

Nell'ospedale gli infermieri si occupavano di mettere Harry a sedere su una sedia ogni giorno e si assicuravano che, aiutato dai volontari, mangiasse abbastanza. Tuttavia perse peso e si indebolì. Piangeva quando sua moglie lo andava a trovare, ma non parlava e non manifestava con nessun altro segno di riconoscerla. Un anno dopo, non piangeva più. Per la moglie vederlo in quello stato era insopportabile. Aveva appena compiuto sessantacinque anni quando, un giorno, un pezzo di pane gli andò di traverso, si ammalò di polmonite e questa malattia finì per condurlo alla morte (Heston, 1992, pp. 87-90).

Harry era affetto da una forma della malattia di Alzheimer, un disturbo che ormai quasi tutti conoscono. Questa patologia, come è già accaduto in passato per altre malattie, sembra destinata a suscitare una paura generalizzata poiché la diagnosi è terribile ed equivale a una condanna a morte. In passato erano tali le diagnosi di cancro, poi di AIDS, ma nel trattamento di queste malattie la medicina

ha compiuto passi avanti notevoli e le persone che ne soffrono possono, oggi, nutrire delle speranze in possibili miglioramenti. La malattia di Alzheimer, invece, è tuttora incurabile e per lo più non esistono trattamenti, sebbene, come vedremo, i ricercatori stiano ora facendo enormi progressi nella comprensione della sua natura e nel cercare di bloccarne o almeno rallentarne la progressione. La malattia di Alzheimer risulta particolarmente spaventosa non solo perché causa una morte fisica certa, ma anche perché determina, come nel caso di Harry, una lenta morte psicologica: una *demenza* progressiva ossia il deterioramento della propria memoria e delle facoltà cognitive ad essa correlate. Tra le numerose cause della demenza, la malattia di Alzheimer è quella più comune. Sebbene la demenza sia attualmente il problema psicologico maggiormente riscontrato nella popolazione anziana, essa non è affatto la sola. Il soggetto anziano, infatti, è spesso portatore di patologie cronico-degenerative, sia che viva nella sua casa sia che risieda in una struttura, e richiede da parte dei caregivers o dal personale socio-sanitario una specifica capacità di prendersi cura e di legittimare i suoi bisogni psicologici, siano essi di natura sanitaria o di tipo assistenziale.

L'invecchiamento biologico, come è noto, comporta la perdita di strutture e funzioni dell'organismo. In questa ottica, la «normalità» dell'anziano consiste in una minore riserva funzionale e una maggiore fragilità rispetto al giovane. Essa predispone, il più delle volte, all'insorgenza della malattia cronica e alla temuta compromissione dell'autonomia. Diverse sono le patologie di questa fase della vita che procurano invalidità di varia entità e che necessitano di specifiche forme di riabilitazione e dell'apprendimento di un nuovo stile di vita da parte della persona.

Corpo e mente nascono, crescono e invecchiano in parallelo, sino alla perdita dell'autosufficienza nei casi più gravi, con una reciproca influenza per certi versi conscia per altri inconscia.

Il corpo, dal suo canto, ha un linguaggio fatto di apparati, organi, cellule e funzioni biochimiche che spesso risponde a postulati che i medici riescono a decifrare. È ormai noto e condiviso scientificamente, però, che il corpo elabora gli eventi e i risvolti emozionali ad essi congiunti attraverso la modificazione della sua biologia in un movimento congiunto con la mente, tanto nello stato che viene definito «salute», quanto in quello chiamato «malattia». La mente, peraltro, ha regole e codici propri, produce atti psichici quali la proiezione, l'introiezione, l'identificazione, che traduce in condotte familiari a psicologi, psichiatri ecc.

Di fronte alla difficoltà e al dolore di sopravvivere agli aspetti critici e ai conseguenti cambiamenti che le diverse fragilità impongono nella vita dell'anziano, il corpo e la mente invecchiati, spesso malati, reclamano insieme la medesima attenzione, la stessa partecipazione affettiva nell'ascolto di ciò che accade (Borgogno, 2004; Granieri, 2009). Tali fragilità e le trasformazioni che esse comportano (psichiche, corporee e interpersonali) vengono vissu-

te dall'anziano come un evento traumatico di complessa elaborazione.

Il fatto che il moderno pensiero scientifico abbia raggiunto una visione condivisa che supera la necessità di stabilire un primato tra corpo e psiche non può che facilitare una sua applicazione anche nelle realtà che hanno in carico l'anziano divenuto fragile. Come dimostrano le osservazioni di numerosi casi clinici, l'intreccio tra biologia, genetica, rapporti familiari, sentimenti e affetti è complesso, ma onnipresente (Granieri, 2011). Lo spazio relazionale, così come quello della cura, non può essere abitato unicamente dalle patologie, dai risultati ottenuti nei test, dalle diverse condizioni cliniche e di vita concreta perché genererebbe profonda solitudine nella persona. Per mezzo della ricerca e della clinica, tanto medica che psicologica, il binomio corpo-mente inteso in senso funzionale può ampliare le conoscenze e quindi le ricadute nella terapia ed eventualmente nei farmaci da usare; tutto questo senza mortificare nell'anziano il desiderio di significare, insieme a una persona competente, ciò che gli sta accadendo in termini di «deficit», per comprendere se ha ancora un senso la speranza, pur sempre viva, di poter ancora bastare a se stesso.

Diversi autori afferenti al pensiero psicoanalitico, per esempio Bleger (1967), hanno sottolineato come i tempi siano maturi per pensare in termini di patologia da deficit e hanno tratteggiato stati mentali propri di questa sintomatologia poco simbolizzati, ineffabili e non esprimibili con le parole che solitamente descrivono e portano in campo gli affetti: difficili da maneggiare clinicamente, quindi, se non a fronte di una profonda formazione anche corporea dello psicologo clinico. Diverse sono le discipline psicologiche che, insieme a quelle neurologiche, hanno consentito progressi enormi in questo ambito.

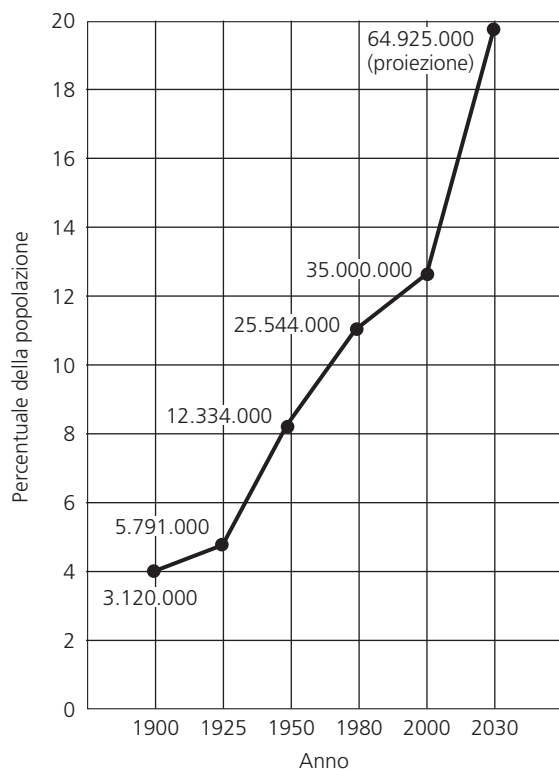
Si è ormai concordi sul fatto che l'anziano, paziente fragile affetto da pluripatologia, richiede un intervento personalizzato. È la fragilità stessa a predisporre l'insorgenza della malattia cronica che finisce per compromettere l'autonomia del soggetto, e la cura non può certo prefiggersi lo scopo di guarire, quanto quello di mantenere o ripristinare l'autonomia dell'individuo; ma la parsimonia terapeutica non giustifica l'astensionismo terapeutico nell'anziano. La riabilitazione nella terza età persegue il raggiungimento della migliore funzione residua auspicabile e monitorizza la riorganizzazione possibile della vita dell'anziano colpito da disabilità nel rispetto delle limitazioni motorie e cognitive sopraggiunte. Indispensabile a qualsiasi approccio riabilitativo è l'accettazione da parte delle persone intorno a lui della sua diversità in modo da condividere i bisogni primari di riconoscimento, accettazione e comprensione.

Solo se i diversi livelli della sofferenza dell'anziano possono incontrare nella realtà istituzionale una rete di professionisti formati, in grado di accogliere e curare i diversi aspetti collegati alla paura di perdere l'autosufficienza e di morire, i protocolli di cura incrementeranno la qualità di vita e degli interventi sulla persona avanti negli anni.

15.1 ETÀ AVANZATA E STRESS

Nella nostra società si definiscono come appartenenti all'età avanzata persone con più di 65 anni. Secondo l'Oms, dal 1980 a oggi gli over 60 sono raddoppiati e si prevede che raggiungeranno i 2 miliardi per il 2050. I dati riferiscono che nei 53 Paesi della Regione europea dell'Oms si registra l'età media più alta su scala mondiale, comprendendo 9 dei 10 Paesi con la più elevata aspettativa di vita che di media è 72 per gli uomini e 80 per le donne. I dati demografici mondiali, europei e nazionali confermano dunque il costante incremento della vita media della popolazione e il suo progressivo invecchiamento. Negli Stati Uniti sono «di età avanzata» circa 36 milioni di persone, ossia il 12% dell'intera popolazione. Tale percentuale, confrontata a quella degli inizi del 1900, corrisponde a un aumento di ben 11 volte (Edelstein et al., 2008) (si veda la **Figura 15.1**). Inoltre, si

Figura 15.1 Ascesa progressiva. La percentuale di persone di 65 anni e oltre negli Stati Uniti è aumentata di 11 volte nel corso del Novecento e si calcola che nel 2030 la percentuale di persone anziane raggiungerà il 20% della popolazione.



Fonte: Edelstein et al., 2008; U.S. Census, 2000.

calcola che, nel 2030, la popolazione americana sarà costituita da 65 milioni di anziani, corrispondenti al 20% della popolazione (Cherry et al., 2007). Non solo la popolazione complessiva degli anziani sta aumentando, ma la quantità di persone con più di 85 anni, secondo la classificazione Oms, raddoppierà nei prossimi 10 anni e le donne più anziane superano gli uomini in un rapporto di 3 a 2 (Etaugh, 2008).

L'età avanzata, come l'infanzia, è connessa a pressioni particolari, sconvolgimenti singolari e grandi cambiamenti biologici (Edelstein et al., 2008). Infatti, con il passare degli anni si è sempre più esposti a malattie e a problemi fisici, ed è più probabile subire il dolore della perdita di persone care (del/la proprio/a compagno/a, amici, figli adulti) oppure la sofferenza connessa all'abbandono di attività svolte o ruoli rivestiti (Etaugh, 2008). Con la pensione molti non sono più in grado di porsi degli obiettivi.

Psicogeriatría: ambito della psicologia che studia il benessere psicologico delle persone di età avanzata.

Ma gli stress non sempre determinano problemi psicologici (Edelstein et al., 2008; Cherry et al., 2007); infatti, se alcune persone sviluppano delle difficoltà nell'affrontare gli stress dell'età avanzata, altre trasformano i cambiamenti connessi all'incedere dell'età in opportunità di apprendimento e crescita (Aldwin et al., 2006). Gli studi indicano che il 50% degli anziani potrebbero essere aiutati dai servizi di salute mentale, ma meno del 20% può usufruirne. La **psicogeriatría** è l'ambito della psicologia che studia il benessere psicologico delle persone anziane e si è sviluppata quasi interamente negli ultimi 30 anni e attualmente meno del 4% di tutti clinici lavora principalmente con le persone di età avanzata (Meyers, 2006; Dittman, 2005).

TRA LE RIGHE

Può essere diverso

Alcuni anziani, tra i più interessati allo scambio interpersonale, per evitare l'insorgere di sentimenti di inutilità e di bassa autostima, si mettono a disposizione dei più giovani e trasmettono le loro conoscenze a quelli che cercano di acquisire nuove competenze, dare inizio ad attività commerciali e così via.

I problemi psicologici delle persone anziane possono essere divisi in due gruppi. Del primo fanno parte i disturbi di cui possono soffrire le persone di tutte le fasce di età e che, quando insorgono in persone di età avanzata, sono spesso connessi al processo dell'invecchiamento. Tra questi vi sono i *disturbi depressivi*, *d'ansia* e *correlati a sostanze*. Del secondo gruppo fanno, invece, parte i disturbi cognitivi come il *delirium* e la *demenza*, causati da anomalie cerebrali. Le anomalie cerebrali, co-

me nel caso di Harry, sono molto spesso connesse all'invecchiamento, ma possono talvolta insorgere anche in individui più giovani. Le persone di età avanzata che manifestano uno di questi problemi, spesso ne presentano anche altri. Per esempio, molti pazienti affetti da demenza soffrono anche di depressione e ansia (Apostolova, Cummings, 2008).

15.2 DEPRESSIONE IN ETÀ AVANZATA

La depressione è uno degli aspetti più ricorrenti negli anziani. Essa presenta caratteristiche simili ai quadri depressivi riscontrabili nei soggetti più giovani, quali la presenza di una profonda tristezza, vissuto di vuoto, bassa autostima, senso di colpa, pessimismo, alterazioni del ciclo sonno-veglia e dell'appetito. Questo disturbo è particolarmente comune tra coloro che hanno vissuto un trauma recente, come la perdita del coniuge o di un amico intimo, o l'insorgere di una malattia fisica grave (Edelstein et al., 2008; Etagh, 2008).

Complessivamente il 20% delle persone soffre di depressione in qualche momento dell'età avanzata (Knight et al., 2006; Blazer, 2002) e le donne ne soffrono in misura maggiore. La percentuale degli anziani affetti da

depressione è quasi identica a quella dei giovani adulti, perfino più bassa secondo certi studi. Tuttavia, tra le persone anziane che vivono nelle case di riposo, aumenta notevolmente (Carlson, Snowden, 2007).

Da molti studi è emerso che la depressione accresce le possibilità che un soggetto anziano sviluppi problemi medici gravi (Edelstein et al., 2008; Alexopoulos, 2005). Per esempio, le persone anziane ipertese e depresse hanno circa il triplo delle probabilità di essere colpite da ictus rispetto agli anziani non depressi con gli stessi problemi. Parimenti, negli anziani depressi il recupero da infarto, rottura del bacino, polmonite e altre infezioni o malattie è più lento e più compromesso. Perciò non stupisce che tra gli anziani l'aumento della depressione clinica sia connesso all'aumento del tasso di mortalità (Hollerda et al., 2007).

Tra le persone in età avanzata, come abbiamo visto nel Capitolo 8, il suicidio è molto più frequente che tra quelle più giovani e in questa fascia di età è spesso connesso alla depressione (Vannoy et al., 2007). Tra i casi di suicidi in Italia in un caso su 3 è un over 65 a togliersi la vita. La percentuale, secondo dati ISTAT, è praticamente stabile negli anni. Il tasso complessivo dei suicidi negli Stati Uniti è di 12 persone su 100.000, mentre tra gli anziani è di 19 persone su 100.000. In particolare, nella fascia di età 80-85 anni è di 27 persone su 100.000 e tra gli americani bianchi maschi con più di 85 anni è di 65 persone su 100.000 (NCHS, 2006; CDC, 2001).

Gli individui più anziani, al pari dei più giovani adulti, possono essere aiutati dalla terapia cognitivo-comportamentale, della terapia interpersonale di matrice psicodinamica, dai farmaci antidepressivi o da una combinazione di questi approcci (Knight et al., 2006; Alexopoulos, 2005). Si è constatato che con le terapie, sia individuali sia di gruppo, più della metà dei pazienti depressi migliora. Al contempo, risulta talora difficile utilizzare gli antidepressivi in modo efficace e non dannoso, poiché nell'età avanzata il fisico reagisce ai farmaci in modo diverso (Rubin, 2005; Sadavoy, 2004). Inoltre, tra gli anziani, l'uso degli antidepressivi può causare con maggiore probabilità danni cognitivi (Edelstein et al., 2008).

CASO 15.1

Aveva 83 anni [Oscar], era sposato ed era affetto da disturbo depressivo maggiore [...] Disse che un anno, un anno e mezzo prima di iniziare la cura, era morto suo fratello e nei mesi successivi erano morti due suoi amici d'infanzia. In seguito a queste perdite, Oscar [...] era diventato sempre più pessimista. Con riluttanza, ammise «Ho perfino pensato di porre fine alla mia vita...»

Nel corso [...] della cura [Oscar] parlò della sua relazione con il fratello. Raccontò di quanto fosse rimasto sconvolto nell'assistere al suo deterioramento fisico a causa di una lunga malattia. Descrisse la scena nel letto di morte del fratello e l'attimo «in cui spirò». Si sentì in colpa per non aver potuto assicurargli il tipo di servizio funebre che suo fratello avrebbe desiderato. [...] Successivamente, nel corso della terapia, riesaminò anche i diversi aspetti della sua relazione con i suoi due amici scomparsi. Si mostrò triste per la fine di un lungo periodo dell'esistenza passato insieme [...] La sua vita consisteva delle visite a casa del fratello e delle gite con i suoi amici [...] [Mentre] sua moglie lo aveva spinto a frequentare altri amici e le loro famiglie, per lui era diventato sempre più difficile farlo perché era sempre più depresso (Hinrichsen, 1999, p. 433).

TRA LE RIGHE

Genere e indice di mortalità

In Italia i vedovi e le vedove che hanno più di sessantacinque anni di età sono 3.636.915.

3,8 milioni di vedove in Italia

0,7 milioni di uomini vedovi in Italia

11,1 milioni di vedove negli Stati Uniti

2,6 milioni di vedovi negli Stati Uniti

(Istituto nazionale di statistica (ISTAT) 2010; Etagh, 2008; U.S. Census Bureau, 2005)

15.3 DISTURBO D'ANSIA IN ETÀ AVANZATA

L'ansia è piuttosto comune tra le persone anziane (Schurmans et al., 2005). Circa il 6% degli uomini e l'11% delle donne negli Stati Uniti è affetto costantemente da almeno uno dei disturbi d'ansia (Gum et al., 2009). Le ricerche indicano che il disturbo d'ansia generalizzato è particolarmente diffuso: ne soffre, infatti, quasi il 7% di tutte le persone anziane (Holwerda et al., 2007). Anche la prevalenza dell'ansia aumenta nell'età avanzata. Per esempio, tra gli individui con più di 85 anni la percentuale di persone affette da ansia è superiore rispetto alla fascia di età compresa tra 65 e 84 anni. In realtà, tutte queste percentuali potrebbero essere inferiori a quelle reali poiché l'ansia tra gli anziani spesso non viene individuata dai medici e perciò non viene diagnosticata (Jeste, Blazer, First, 2005).

TRA LE RIGHE

Perdere il coniuge

I vedovi soffrono maggiormente di depressione, altri disturbi psicologici e malattie fisiche rispetto alle vedove.

Negli Stati Uniti, due anni dopo la morte del coniuge, il 19% delle donne ha una nuova relazione sentimentale e nel 5% dei casi si è risposata.

Negli Stati Uniti, due anni dopo la morte della propria moglie, il 61% degli uomini ha una nuova relazione sentimentale e il 25% si è risposato.

(Etaugh, 2008; Fields, 2004; Wortman et al., 2004; Canetto, 2003)

I livelli di ansia di certi individui possono aumentare a causa dei vari fattori connessi all'invecchiamento. Per esempio, si è spesso fatto riferimento al peggioramento delle condizioni di salute nei soggetti anziani affetti da malattie o problemi di salute gravi: essi presentano livelli di ansia più alti rispetto ai loro coetanei in condizioni di salute buone o senza patologie (Nordhus, Nielsen, 2005). I ricercatori, tuttavia, non sono stati in grado di precisare perché alcuni individui che soffrono di questi problemi in età avanzata diventino ansiosi mentre in altri con problemi simili l'ansia non si scatena.

Gli adulti in età avanzata con disturbi d'ansia vengono trattati con diversi tipi di psicoterapia, sia essa cognitiva o psicodinamica. A molti vengono prescritti benzodiazepine o altri ansiolitici; gli antidepressivi che aumentano il livello della serotonina, come la fluoxetina (Prozac), vengono utilizzati per curare le persone anziane, e anche quelle più giovani, affette dal disturbo ossessivo-compulsivo o dal disturbo di panico. Di nuovo, tuttavia, occorre ribadire che è necessario osservare molta

cautela nel prescrivere questi vari farmaci alle persone anziane (Tamblyn et al., 2005).

15.4 ABUSO DI SOSTANZE IN ETÀ AVANZATA

Sebbene l'abuso di alcol e di altre sostanze costituiscano un problema grave per molti anziani, la prevalenza di questi modelli sembra in realtà diminuire dopo i 60 anni, forse a causa del peggioramento delle condizioni di salute o di una situazione economica più difficile (Berks, McCormick, 2008; Aldwin et al., 2006). La maggior parte degli individui di età avanzata non eccede nel consumo di alcol o di altre sostanze, nonostante il fatto che l'invecchiamento possa talvolta essere un periodo di notevole stress. Al contempo, è difficile raccogliere dati precisi sul tasso di abuso di sostanze tra gli individui di età avanzata, poiché molti non si rendono conto di avere un simile problema (Jeste et al., 2005).

Dalle ricerche è emerso che la media annua di anziani, soprattutto uomini, che hanno disturbi correlati all'alcol oscilla tra il 4% e il 7% (Knight et al., 2006); mentre gli uomini con meno di 30 anni hanno il quadruplo di probabilità rispetto agli ultrasessantenni di essere affetti da un problema comportamentale connesso all'abuso di alcol, ad esempio cadute ripetute, vertigini o vuoti di memoria, bere di nascosto o tendenza a isolarsi. Tuttavia, tra i pazienti anziani ricoverati negli istituti il tasso di abuso di alcol è alto. Per esempio, le percentuali di anziani con problemi di alcol tra i ricoverati negli ospedali psichiatrici e generali oscillano tra il 15% e il 49% e le stime di problemi connessi all'alcol tra pazienti delle case di cura indicano una percentuale compresa tra il 26% e il 60% (Klein, Jess, 2002; Gallagher-Thompson, Thompson, 1995).

I ricercatori spesso distinguono tra bevitori di lunga data con problemi preesistenti connessi all'alcol (in certi casi iniziati a partire dai vent'anni) e quelli che invece iniziano a bere tra i cinquanta e i sessant'anni. Quest'ultimo gruppo in genere inizia ad abusare di alcol in seguito a eventi dolorosi dell'invecchiamento, come la morte del coniuge o un pensionamento accettato malvolentieri (Onen et al., 2005). Le cure per l'abuso e la dipendenza da alcol negli anziani sono identiche a quelle utilizzate nelle persone più giovani (si veda il Capitolo 10), con approcci come la disintossicazione, il Disulfiram, l'aiuto prestatato dall'associazione degli Alcolisti Anonimi (AA) e la terapia cognitivo-comportamentale (Knight et al., 2006; Gurnack et al., 2002).

Nell'abuso di sostanze rientra l'uso scorretto di farmaci prescritti, molto diffuso tra gli anziani (Beckman et al., 2005) e non intenzionale in buona parte dei casi. Negli USA le persone anziane comprano il 30% di farma-

IL SONNO E I DISTURBI DEL SONNO TRA GLI ANZIANI E NON SOLO

Il sonno è influenzato da fattori fisici e psicosociali. La deprivazione del sonno per 100 ore o più causa allucinazioni, paranoia e comportamenti inusuali, e una deprivazione superiore a 200 ore, determina frequentemente la comparsa di «microsonni», sonnellini che durano da due a tre secondi. Il corpo semplicemente non accetta di essere privato completamente del sonno per lungo periodo.

Per studiare il sonno, i ricercatori analizzano le persone nei laboratori registrando le loro attività mentre dormono con diversi tipi di apparecchi di registrazione. Si è scoperto, per esempio, che gli occhi si muovono rapidamente circa il 25% del tempo in cui una persona dorme: tale fenomeno viene chiamato *Rapid Eye Movement* o fase REM. La fase REM viene spesso definita «sonno paradosso» poiché somiglia sia al sonno profondo sia alla veglia (Wickwire et al., 2008). Nonostante i piccoli movimenti e le contrazioni muscolari, il corpo è immobile, quasi paralizzato, ma, al contempo, gli occhi si muovono bruscamente, il flusso del sangue al cervello aumenta e il tracciato delle onde cerebrali è quasi identico a quello di una persona sveglia e attenta. L'80% dei soggetti svegliati durante la fase REM riferisce che stava sognando.

Tra i disturbi del sonno elencati nel DSM-IV-TR vi sono le *dissonnie*, dei problemi nella quantità, qualità o tempi del sonno (insonnia primaria, ipersonnia, disturbo del sonno correlato alla respirazione, narcolessia e disturbo del ritmo circadiano del sonno) e le *parasonnie*, degli eventi anomali che si verificano durante il sonno (disturbo da incubi, disturbo da terrore nel sonno e disturbo da sonnambulismo).

Il più comune di questi disturbi è l'*insonnia*, una dissonnia in cui le persone ripetutamente hanno grande difficoltà nell'addormentarsi e nel restare addormentate (Taylor et al., 2008). Più del 20% di tutta la popolazione nel corso di un anno soffre di questo modello (APA, 2000). Gli insonni si sentono come se fossero costantemente svegli, spesso soffrono di sonnolenza durante il giorno e hanno problemi a funzionare in modo efficace. Le cause dell'insonnia possono essere molteplici (ansia o depressione, malattie fisiche, dolore o effetti collaterali dei farmaci) (Andreasen, Black, 2006).

Disturbi del sonno tra gli anziani

L'insonnia è più comune tra le persone anziane che tra i giovani (Knight et al., 2006): almeno il 50% della popolazione oltre i 65 anni ha in qualche misura problemi di insonnia (Edelstein et al., 2008). La loro particolare esposizione a questo disturbo può essere dovuta a problemi di salute, patologie dolorose, farmaci, ansia o depressione: è noto che questi vari fattori contribuiscono all'insonnia (Taylor et al., 2008; Asplund, 2005). Inoltre, alcuni dei normali cambiamenti fisici che si verificano con l'invecchiamento possono

accentuare le possibilità dell'insorgere dell'insonnia. Invecchiando, per esempio, i ritmi fisici cambiano, il sonno profondo è naturalmente meno duraturo, le interruzioni sono più frequenti e riaddormentarsi diventa più difficoltoso (Edelstein et al., 2008).

Un altro disturbo da cui spesso risultano affetti gli anziani è il *disturbo del sonno correlato alla respirazione*, un problema respiratorio che causa un'interruzione del sonno dovuta al ridotto afflusso di ossigeno al cervello. L'*apnea nel sonno*, la forma più comune di questo disturbo, può colpire più del 10% della popolazione anziana, mentre è meno comune nei gruppi di età più giovani (Wickwire et al., 2008; APA, 2000). Coloro che ne sono affetti, in genere persone sovrappeso che russano molto, cessano di respirare per 30 secondi o più mentre dormono. Durante il sonno, possono verificarsi centinaia di questi episodi senza che la persona che ne è affetta ne sia consapevole.

Disturbi del sonno nel corso della vita

L'insonnia e il disturbo del sonno correlato alla respirazione, come abbiamo detto, pur essendo più comuni tra le persone anziane, sono presenti anche in quelle più giovani. Altri disturbi del sonno sono altrettanto diffusi, in pochi casi più diffusi, tra gli altri gruppi di età.

A differenza dell'insonnia, l'*ipersonnia* è un disturbo del sonno caratterizzato da un bisogno eccessivo di sonno e da una forte sonnolenza. Le persone che ne sono affette possono aver bisogno di molte ore di sonno ogni notte e sentono la necessità di dormire anche durante il giorno (APA, 2000).

La *narcolessia*, un disturbo caratterizzato da attacchi ricorrenti e improvvisi di sonno REM nelle ore di veglia, colpisce più di 135.000 persone negli Stati Uniti (NINDS, 2006). Sebbene la narcolessia sia un disturbo biologico, gli attacchi di sonno REM sono spesso scatenati da emozioni intense, infatti coloro che ne soffrono possono cadere improvvisamente nel sonno REM nel corso di una discussione oppure durante un'interessante azione di una partita di calcio.

Le persone affette dal *disturbo del ritmo circadiano del sonno* soffrono di eccessiva sonnolenza o insonnia a causa di uno sfasamento tra il loro modello sonno-veglia e l'organizzazione sonno-veglia della maggior parte delle persone del proprio ambiente. Spesso, a causa di questo disturbo, ci si addormenta tardi e ci si sveglia tardi. Questa dissonnia può essere dovuta a turni di lavoro notturni, cambiamenti frequenti di turni di lavoro o episodi ripetuti di jet-lag (Ohayon et al., 2002).

Il *disturbo da incubi* è la più comune delle parasonnie. Gli incubi, che caratterizzano saltuariamente il sonno della maggior parte delle persone, nelle persone affette da questo

disturbo diventano frequenti e causano un così grande disagio da richiedere una cura. Gli incubi aumentano nei periodi di stress.

Le persone affette dal *disturbo da terrore nel sonno* si svegliano improvvisamente nel primo terzo del periodo principale del sonno notturno in uno stato di notevole agitazione, spesso anche gridando. Sono in uno stato di panico, spesso sono disorientate e hanno la tachicardia. I terrori notturni appaiono più frequentemente nei bambini e scompaiono durante l'adolescenza.

Le persone con il *disturbo da sonnambulismo*, in genere bambini, si alzano dal letto e si mettono a vagare, senza essere coscienti di quello che fanno e senza conservarne il

ricordo. Gli episodi si verificano nel primo terzo del sonno notturno. Se vengono svegliate durante l'episodio sonnambulico restano confusi per un po' di tempo, e se non si interviene, alla fine tornano a letto. I sonnambuli di solito riescono a evitare gli ostacoli, possono salire le scale e svolgere attività complesse in uno stato apparentemente privo di emozioni. Durante tali episodi, possono anche verificarsi degli incidenti, ad esempio, in certi casi, si può inciampare, battere contro un mobile o perfino cadere da una finestra. Fino al 5% di bambini può essere affetto da questo disturbo e il 40% ha episodi occasionali di sonnambulismo (Wickwire et al., 2008; APA, 2000). Di solito, il sonnambulismo scompare entro i 15 anni.

ci su ricetta e il 40% di farmaci senza prescrizione medica. In realtà, agli anziani sono prescritti il doppio dei farmaci rispetto ai più giovani, e l'individuo medio anziano prende quattro farmaci prescritti e due farmaci senza ricetta medica (Edelstein et al., 2008; Wilder-Smith, 2005), perciò il rischio di confondere i farmaci o la posologia è alto (Cooper et al., 2005). Per cercare di aiutarli ad affrontare questo problema, i medici e i farmacisti spesso cercano di semplificare le cure, informare i pazienti più anziani sulle prescrizioni, chiarire le istruzioni e insegnare loro a stare attenti agli effetti collaterali (Rubin, 2005). D'altronde, ai medici stessi deve essere in parte attribuita la responsabilità di un uso errato dei farmaci prescritti, sia per la prescrizione di troppi farmaci a pazienti anziani sia per il loro abbinamento poco meditato (Spinewine et al., 2005; Wilder-Smith, 2005).

Un altro problema connesso ai farmaci, apparentemente in crescita, è il cattivo uso nelle case di cura di farmaci molto forti. La ricerca suggerisce che ad almeno il 30% dei residenti in case di cura negli Stati Uniti vengono somministrati farmaci antipsicotici, nonostante il fatto che molti individui non siano affatto psicotici (Lagnado, 2007). Sembra che questi farmaci, forti e in alcuni casi pericolosi, siano spesso somministrati per calmarli e riuscire a tenere a bada i pazienti.

15.5 DISTURBI PSICOTICI IN ETÀ AVANZATA

La percentuale di persone anziane con sintomi psicotici è più alta rispetto a quella riscontrata nei più giovani (Broadway, Mintzer, 2007). Tra gli anziani questi sintomi sono in genere causati da problemi medici come il delirium e la demenza (che saranno affrontati nella prossima sezione), ma possono anche essere dovuti alla *schizofrenia* o al *disturbo delirante*.

In realtà, la schizofrenia è meno comune nelle persone

anziane rispetto a quelle giovani e con l'età in molti schizofrenici i sintomi si attenuano (Meeks, Jeste, 2008). Nelle persone che hanno sofferto per 30 anni o di più di schizofrenia può avere luogo un miglioramento, come dimostra il caso del matematico John Nash, che ricevette il Premio Nobel nel 1994 e la cui vita viene narrata nel libro *A Beautiful Mind*, da cui è stato tratto il film omonimo.

Un altro tipo di disturbo psicotico tra gli anziani è il *disturbo delirante*, in cui gli individui sviluppano delle convinzioni false, ma non bizzarre. Questo disturbo è raro nella maggior parte dei gruppi di età (circa 3 casi ogni 100.000 persone), con una prevalenza superiore nella popolazione anziana (Chae, Kang, 2006). Gli anziani con disturbo delirante possono sviluppare la convinzione profonda di essere perseguitati: ritengono infatti che gli altri, spesso membri della famiglia, medici o amici, cospirino contro di loro, li ingannino, li spiino oppure li calunnino. Spinti da queste idee, possono diventare molto irritabili, collerici, apparire depressi o perfino intraprendere azioni legali. Non è chiaro perché il disturbo aumenti tra le persone anziane, ma alcuni clinici suggeriscono che l'incremento sia connesso a problemi di udito, isolamento sociale, stress crescente o maggiori difficoltà economiche vissute da molti di loro.

Sintesi

Disturbi dell'età avanzata

I problemi degli anziani sono spesso connessi a perdite affettive e ad altri stress e cambiamenti che si accompagnano all'invecchiamento. Metà degli anziani trarrebbe beneficio dai servizi di salute mentale, però meno del 20% può usufruirne. In questa fascia di età, uno dei problemi mentali più diffuso è la depressione, ma gli anziani possono soffrire anche di disturbi d'ansia. Una percentuale annua tra il 4% e il 6% ha problemi connessi all'alcol e molti altri fanno un cattivo uso dei farmaci prescritti. Inoltre, alcuni anziani sono affetti da disturbi psicotici come la schizofrenia o il disturbo delirante.

15.6 DISTURBI COGNITIVI

Il timore di perdere la memoria o altre capacità mentali si fa strada di tanto in tanto nella maggior parte delle persone. Si esce di casa in fretta dimenticando le chiavi, si incontra una persona conosciuta e non se ne ricorda il nome, o si dimentica tutto durante un esame importante. In realtà questi imprevisti sono eventi comuni e alquanto normali dovuti allo stress o all'invecchiamento (Edelstein et al., 2008). Man mano che si supera la mezza età questi vuoti di memoria e i problemi di attenzione aumentano, e dopo i 60 o i 70 anni possono verificarsi regolarmente. Certe volte, tuttavia, le alterazioni cognitive sia della memoria sia di altro tipo sono molto più estese e problematiche.

I problemi di memoria e i processi cognitivi ad essi correlati, come abbiamo visto nel Capitolo 6, possono verificarsi senza cause biologiche, sotto forma di *disturbi dissociativi*. Più spesso, tuttavia, i disturbi cognitivi hanno origini organiche, soprattutto quando appaiono in età avanzata; quelli più diffusi tra gli anziani sono il *delirium* e la *demenza*.

15.6.1 Delirium

Il **delirium** è un'alterazione di coscienza caratterizzata da una progressiva riduzione di lucidità nella percezione dell'ambiente circostante e da problemi crescenti nella concentrazione, nell'attenzione e nello sviluppo di un pensiero coerente: ciò causa fraintendimenti, illusioni e, talvolta, allucinazioni (Trzepacz, Meagher, 2008; APA, 2000). Coloro che ne soffrono possono pensare che sia mattino a notte fonda oppure di essere a casa quando invece si trovano in ospedale.

Questo stato di profonda confusione in genere si sviluppa in un breve periodo di tempo, di solito ore o giorni. Negli Stati Uniti, il delirium solitamente colpisce ogni anno più di due milioni di persone (Clary, Krishnan, 2001). Può avere luogo in qualunque fascia di età, anche tra i bambini, ma è più comune tra gli anziani. Ad esempio, in caso di ricovero ospedaliero per qualche problema medico, 1 anziano su 10 mostra dei sintomi di delirium (Trzepacz, Meagher, 2008; APA, 2000) e almeno un altro 10% sviluppa il delirium durante la degenza (Inouye et al., 2003; Inouye, 1999).

Il delirium può essere causato non solo da febbre, alcune malattie e infezioni, malnutrizione, ferite alla testa, ictus e stress (ad esempio il trauma di un intervento chirurgico) (Wetterling, 2005), ma anche da intossicazioni da certe sostanze, ad esempio i farmaci prescritti. Proprio perché le persone anziane sono esposte a molti di questi problemi, è più probabile che soffrano di delirium rispetto ai giovani. Il delirium, se diagnosticato in tempo, può essere curato facilmente, intervenendo ad esempio sull'infezione che lo ha scatenato, o cambiando i

farmaci prescritti al paziente (Sadavoy, 2004). Tuttavia, la sindrome solitamente non viene individuata correttamente (Hustey et al., 2003). Da un importante studio condotto in un reparto ospedaliero per esempio è emerso che i medici all'accettazione individuavano solo 1 su 15 casi consecutivi di delirium (Cameron et al., 1987). Le diagnosi errate di questo tipo possono contribuire a un tasso di mortalità elevata tra le persone anziane affette da delirium (Trzepacz, Meagher, 2008).

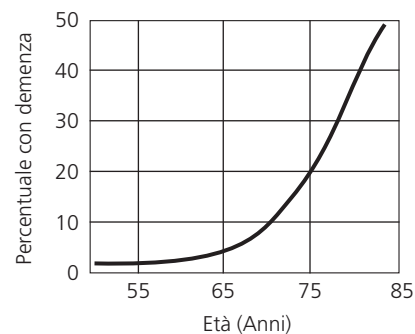
15.6.2 Demenza

La **demenza** determina una perdita rilevante di memoria e di altre funzioni cognitive, come il pensiero astratto o il linguaggio (APA, 2000). Alcune forme di demenza possono causare anche dei cambiamenti di personalità, ad esempio gli individui malati possono iniziare a comportarsi in modo inappropriato, e i loro sintomi in genere si aggravano progressivamente.

Nella popolazione mondiale adulta tra il 3% e il 9% di persone soffre di demenza (Berr et al., 2005). L'occorrenza è strettamente connessa all'età (si veda la **Figura 15.2**): tra i sessantacinquenni, la prevalenza oscilla tra l'1% e il 2% circa, e raggiunge il 50% tra gli individui oltre gli 85 anni (Apostolova, Cummings, 2008).

Complessivamente, 5 milioni di persone negli Stati Uniti sono affette da qualche forma di demenza (Geldmacher, 2009) e le forme identificate sono più di settanta. La demenza, come il delirium, è talvolta causata da problemi nella dieta o di altro tipo che possono essere curati. La maggior parte delle demenze, tuttavia, è causata da malattie cerebrali o traumi cranici, come la malattia di Alzheimer o l'ictus, sui quali è invece difficile o impossibile intervenire.

Figura 15.2 Demenza ed età. Tra i sessantenni, meno dell'1% è affetto da demenza, mentre tra gli ottantacinquenni la percentuale sale al 50%.



Fonte: adattato da Julien, 2008; Nussbaum e Ellis, 2003.

Delirium: alterazione di coscienza che si sviluppa in un breve periodo di tempo e che causa grandi problemi nella concentrazione, nel focalizzare l'attenzione e nell'averne un flusso coerente di pensiero.

Demenza: sindrome caratterizzata da problemi gravi di memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva.

Malattia di Alzheimer: forma più diffusa di demenza che insorge di solito dopo i 65 anni.

Malattia di Alzheimer

La **malattia di Alzheimer** prende il nome dal medico tedesco che formalmente la identificò nel 1907. Alzheimer descrisse la sindrome per la prima volta nel 1901, narrando i sintomi di una sua paziente, Auguste D.

La malattia di Alzheimer è la forma di demenza più diffusa, infatti è causa dei due terzi di tutti i casi. Sono quasi cinque milioni le persone negli Stati Uniti attualmente affette da questa malattia dal decorso progressivo (Julien, 2008; Hebert et al., 2003), che insorge talvolta nella mezza età, ma che nella maggior parte dei casi si

manifesta dopo i 65 anni, e tra la fine dei settanta e gli inizi degli ottanta anni la sua prevalenza aumenta marcatamente (si veda la **Tabella 15.1**).

Sebbene alcune persone affette dalla malattia di Al-

Tabella 15.1 Demenza tipo Alzheimer.

DSM Checklist

Sviluppo di vari deficit cognitivi manifestati sia da difficoltà di memoria sia da almeno uno dei seguenti disturbi cognitivi:

- afasia
- aprassia
- agnosia
- turbe motorie.

Compromissione significativa nel funzionamento sociale o lavorativo insieme a significativo declino rispetto al livello di funzionamento precedente.

Insorgenza graduale e progressiva di un declino cognitivo.

Tratto da APA, 2000.

CASO 15.2

Il 25 novembre 1901 una [...] donna priva di una storia personale o familiare di malattia mentale fu fatta ricoverare dal marito in un ospedale psichiatrico di Francoforte, in Germania, costretto a prendere tale decisione a causa delle manie e dei vuoti di memoria di cui soffriva da alcuni mesi. Auguste D. aveva avuto inizialmente delle esplosioni di rabbia, seguite da una serie di problemi di memoria. Diventò sempre più incapace di trovare le cose in casa e cominciò a compiere errori mai fatti in cucina. Quando arrivò allo Städtische Irrenanstalt, l'ospedale di Francoforte per i malati di mente e gli epilettici, la sua condizione era grave e bizzarra. Il medico responsabile, il dirigente Alois Alzheimer, iniziò la sua scheda con questi appunti...

È seduta sul letto con un'espressione indifesa.

«Come si chiama?»

«Auguste».

«Il cognome?»

«Auguste».

«Qual è il cognome di suo marito?»

«Auguste, penso».

«Da quanto tempo è qui?»

(Sembra che stia cercando di ricordarselo).

«Tre settimane».

Era il secondo giorno di ricovero. Il dottor Alzheimer, un neuropatologo e clinico di trentasette anni, [...] osservava nella sua nuova paziente un notevole insieme di sintomi: grave disorientamento, capacità di comprensione ridotta, afasia (difficoltà nel parlare), paranoia, allucinazioni, e tali difficoltà nella memoria a breve termine che, quando il

medico pronunciò il suo nome per intero, Signora Auguste D _____, e le chiese di scriverlo, la paziente scrisse appena «Signora» e poi ebbe bisogno che il medico ripetesse il resto.

Il medico ripeté nuovamente il nome. La paziente scrisse «Augu» e di nuovo si fermò.

Quando Alzheimer la stimolò per la terza volta, riuscì a scrivere per intero il suo nome e l'iniziale «D» prima di rinunciare definitivamente dicendo al medico «Mi sono persa».

La sua condizione non migliorava. Era evidente che non vi era nulla che qualcuno in quell'ospedale o in un altro potesse fare per la signora D. se non garantire la sua incolumità e assicurarle delle condizioni di vita e igieniche il più possibile confortevoli per il resto dei suoi giorni. Nel corso dei quattro anni e mezzo successivi, la signora D. divenne sempre più disorientata, delirante e incoerente. Spesso appariva anche ostile.

«I suoi gesti mostravano una completa impotenza», annotò Alzheimer successivamente in un trattato. «Aveva un disorientamento spazio-temporale. Di tanto in tanto affermava di non capire nulla, di sentirsi confusa e completamente persa. [...] Spesso urlava per ore e ore con una voce spaventosa.»

Nel novembre 1904, tre anni e mezzo dopo essere stata colpita dalla malattia, Auguste D. era allettata, incontinente e per lo più immobile. [...] Degli appunti risalenti all'ottobre 1905 indicano che era costantemente raggomitata in posizione fetale, con le ginocchia sul petto, mormorava, ma era incapace di parlare, e per mangiare doveva essere imboccata (Shenk, 2001, pp. 12-14).

zheimers possono vivere anche per 20 anni, il periodo tra la manifestazione della malattia e la morte ha una durata in genere di 8-10 anni (Julien, 2008; Soukup, 2006). Solitamente inizia con lievi problemi di memoria, cali di attenzione e difficoltà nel linguaggio e nella comunicazione (Apostolova, Cummings, 2008). Con il progredire dei sintomi, l'ammalato ha difficoltà nel portare a termine compiti complessi o ricordare impegni importanti e, alla fine, è incapace anche di svolgere compiti semplici, non possiede più i ricordi lontani nel tempo e anche la sua personalità spesso cambia in maniera molto evidente (per esempio, un uomo può diventare insolitamente aggressivo).

È possibile che i malati di Alzheimer neghino inizialmente il problema, ma presto diventano ansiosi e depressi per la loro condizione mentale, e appaiono in molti casi anche estremamente agitati. Nel **Caso 15.3** riportiamo la descrizione che compie una donna della Virginia della sua perdita progressiva di memoria con l'avanzare della malattia.

Con l'accentuarsi dei sintomi della demenza, gli ammalati di Alzheimer sono sempre meno consapevoli dei loro deficit. Nelle fasi estreme del disturbo si isolano dagli altri, sono sempre più confusi su tempo e spazio, vagano e mostrano di possedere una capacità limitatissima di giudizio. Alla fine diventano del tutto dipendenti da altre persone. Possono perdere quasi completamente ogni tipo di conoscenza acquisita e non riconoscere neppure il viso delle persone più care. Diventano sempre più inquieti la notte e si addormentano spesso durante il giorno (Edelstein et al., 2008; Tractenberg et al., 2005). Nelle ultime fasi del disturbo, gli ammalati richiedono assistenza costante.

Le vittime dell'Alzheimer in genere conservano uno stato di salute abbastanza buono fino alle fasi finali della malattia. Con il peggioramento della loro salute mentale, però, essi diventano meno attivi e passano molto tempo seduti o distesi a letto (Apostolova, Cummings, 2008); di conseguenza, sono più esposti ad alcune patologie, come la polmonite, che li può condurre alla morte. Ogni anno negli Stati Uniti muoiono 71.000 persone a causa della malattia di Alzheimer che è, perciò, la settima causa di morte del paese (CDC, 2008).

Nella maggior parte dei casi, la malattia di Alzheimer

CASO 15.3

Spassissimo vago alla ricerca di qualcosa che ritengo importante, ma poi, dopo un po', dimentico cosa stavo cercando [...]. Una volta che quel pensiero scompare, non mi ricordo più nulla e non posso fare niente altro se non vagare per cercare di immaginare cos'era quella cosa tanto importante (Shenk, 2001, p. 43).

può essere diagnosticata con certezza solo dopo la morte (Julien, 2008; APA, 2000), quando i mutamenti nella struttura cerebrale, ossia l'eccesso di *agglomerati neurofibrillari* e di *placche senili* possono essere sottoposti a un esame microscopico. Gli **agglomerati neurofibrillari**, depositi proteici intercellulari dell'ippocampo e di certe altre aree cerebrali, si sviluppano con l'invecchiamento (si veda la **Figura 15.3**), ma nei malati di Alzheimer il loro numero è particolarmente alto. Le **placche senili** sono depositi sferici di una piccola molecola, detta *proteina beta-amiloide*, che si forma negli spazi *intercellulari* nell'ippocampo, nella corteccia cerebrale e in certe altre aree cerebrali, come anche in alcuni vasi sanguigni delle aree limitrofe. La formazione delle placche è un processo connesso all'invecchiamento, ma anche queste nei malati di Alzheimer sono in quantità eccessiva (Selkoe, 2002, 2000, 1992). Non è ancora chiaro se il numero elevato di agglomerati e di placche contribuisca a causare la malattia di Alzheimer oppure sia una conseguenza di altri processi degenerativi che si verificano nel cervello delle persone affette da questo disturbo (Meyer-Luehmann et al., 2008; O'Connor et al., 2008).

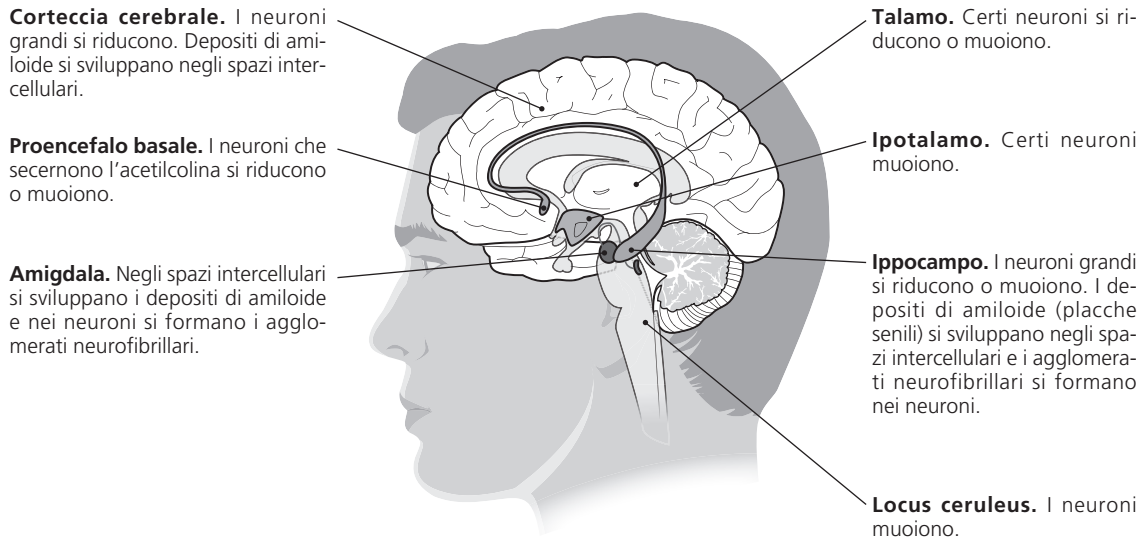
Agglomerati neurofibrillari: depositi proteici intercellulari che si formano con l'invecchiamento. Nei malati di Alzheimer questi agglomerati sono presenti in numero elevato.

Placche senili: depositi sferici della beta-amiloide che si formano negli spazi intercellulari del cervello e in certi vasi sanguigni con l'invecchiamento. Le persone con l'Alzheimer hanno un numero elevato di queste placche.

Quali sono le cause genetiche della malattia di Alzheimer? La malattia di Alzheimer sembra avere spesso una base genetica (Geldmacher, 2009). Dei geni particolari, secondo alcuni studi, sono responsabili della produzione di certe proteine (*proteina precursore della beta amiloide (beta-APP)*, *presenilina* e *interleuchina-1*). Molti teorici ritengono che alcune famiglie trasmettano *mutazioni*, ossia forme anomale, di quei geni facendo aumentare la probabilità della formazione di placche e agglomerati e lo sviluppo della malattia di Alzheimer (Jia et al., 2005; Doran, Lerner, 2004; Farlow et al., 2001). Studi genetici hanno connesso certi tipi di malattia di Alzheimer anche a difetti dei cromosomi 1, 14, 19 e 21 (Apostolova, Cummings, 2008).

Quali sono le cause strutturali e biochimiche della malattia di Alzheimer? Per comprendere la malattia di Alzheimer, anche se vi sono fattori predisponenti genetici o di altro tipo, è necessario conoscere le anomalie cerebrali che la scatenano. Ossia, quali anomalie nella

Figura 15.3 Invecchiamento del cervello. Nell'età avanzata il cervello subisce dei cambiamenti che influenzano le funzioni cognitive come la memoria, l'apprendimento e, in qualche misura, il ragionamento. Questi stessi cambiamenti nel cervello si verificano, ma in modo più accentuato, nei malati di Alzheimer.



Fonte: adattato da Selkoe, 1992, p. 136.

struttura cerebrale o nella chimica cerebrale causano la malattia di Alzheimer e il numero eccessivo di agglomerati e di placche che sono la sua caratteristica? I ricercatori hanno individuato delle risposte possibili.

TRA LE RIGHE

Fanno parte del gioco?

Dei colpi violenti alla testa, piuttosto frequenti negli sport di contatto come il calcio, l'hockey e la boxe, spesso causano traumi cranici. Urti ripetuti possono, in realtà, causare commozione cerebrale, danneggiare la memoria e altre funzioni cognitive e, in certi casi, mettere in pericolo l'integrità fisica o la vita dello sportivo.

Quando si formano nuovi ricordi, vengono prodotte delle *proteine* in cellule cerebrali specifiche. Secondo una linea di ricerca, alcune di queste proteine possono assumere una forma anomala e creare dei depositi nei malati di Alzheimer (Apostolova, Cummings, 2008; Graff-Radford, 2005). Gli studi suggeriscono, per esempio, che due importanti proteine, la *proteina beta-amiloide* e la *proteina tau*, funzionano in maniera anomala in questi individui. Come abbiamo già detto, la struttura e l'attività anomala della proteina beta-amiloide sembrano essere coinvolte nella formazione delle placche nell'ippocampo e in certe altre aree cerebrali. Similmente, l'attività anomala della proteina tau sembra determinare la formazione dei agglomerati in queste aree cerebrali.

TRA LE RIGHE

Perdi colpi? È la vecchiaia... o forse no

Se un ventenne dimentica un nome o non ricorda dove ha messo il bancomat, non diremmo che sta perdendo colpi. Pertanto i clinici non dovrebbero automaticamente pensare che se un anziano ha un vuoto di memoria, stia necessariamente perdendo colpi (Cherry et al., 2007; Cruikshank, 2003).

Un'altra linea di ricerca indaga sull'attività anomala dei neurotrasmettitori e di altre sostanze chimiche coinvolte nella produzione delle proteine della memoria. Molti studi hanno scoperto, per esempio, che il cervello delle vittime dell'Alzheimer presenta dei livelli bassi o almeno un funzionamento diverso dei neurotrasmettitori *acetilcolina* e *glutammato* (Chin et al., 2007; Akaike, 2006). Altri studi ancora suggeriscono che le vittime possono essere affette da uno squilibrio nel metabolismo del *calcio*, una delle sostanze chimiche deputate alla produzione delle proteine nelle cellule.

Secondo una terza spiegazione, certe sostanze presenti in natura potrebbero agire come tossine e danneggiare il cervello. Per esempio, i ricercatori hanno scoperto alti livelli di *zinco* nel cervello delle vittime dell'Alzheimer (Shcherbatykh, Carpenter, 2007). Questa scoperta ha suscitato una particolare attenzione poiché in alcuni studi sugli animali si è constatato che lo zinco

DISTURBI AMNESTICI: DIMENTICARE PER RICORDARE

A differenza degli individui con demenza, che hanno gravi problemi di memoria e altri deficit cognitivi, quelli con *disturbi mnestici*, un altro gruppo di disturbi causati da malattie o danni cerebrali, hanno solo problemi di memoria. Le probabilità di essere colpiti dai disturbi amnestici sono identiche nei giovani e negli anziani.

L'amnesia può essere retrograda (incapacità di ricordare eventi passati) oppure *anterograda* (incapacità perdurante di formare nuovi ricordi). Le persone con disturbi amnestici talvolta sono affetti da amnesia retrograda, causata dal disturbo particolare, ma più spesso sono colpiti da amnesia anterograda. In quest'ultima, è come se l'informazione della memoria a breve termine non riuscisse a passare in quella a lungo termine. Nei casi più gravi, le nuove conoscenze sono dimenticate quasi subito e i problemi risolti un giorno potrebbero ripresentarsi di nuovo il giorno successivo. È possibile che gli individui non ricordino nulla di ciò che è avvenuto dopo l'insorgere dei problemi o della malattia; ciononostante, potrebbero continuare a conservare la maggior parte delle loro capacità verbali e di risoluzione dei problemi e a mantenere inalterato il loro QI.

Tra i disturbi amnestici più noti vi sono la *sindrome di Korsakoff* e quelli conseguenti a *traumi cerebrali* o a *interventi di chirurgia cerebrale*.

La sindrome di Korsakoff

Fred, 69 anni, fu ricoverato in stato confusionale in un ospedale psichiatrico a causa della *sindrome di Korsakoff*, un disturbo amnestico che determina nei malati il dimenticare le informazioni appena apprese (amnesia anterograda).

Fred [...] per anni era stato un accanito bevitore, ma negava di aver bevuto negli anni più recenti. Quando fu visitato nel reparto accettazione, il paziente era ben vestito, ma vi erano segni di deterioramento delle sue abitudini personali. Pur mostrandosi gentile e cordiale durante il colloquio iniziale e con il personale del reparto, era certamente confuso. Vagava nel reparto osservando oggetti e provandosi i vestiti di altre persone. Parlava a ruota libera, ma i suoi discorsi tendevano a essere sconclusionati e talvolta incoerenti. La maggior parte della sua conversazione spontanea riguardava se stesso e con essa si esprimevano varie lamentele su presunte malattie. Fred era disorientato sul tempo e sul luogo, ma era in grado di dire il suo nome. Non rammentava il suo indirizzo esatto, sosteneva di avere 91 anni e non riusciva a ricordarsi il giorno, il mese o l'anno correnti. Non sapeva dove si trovasse, nonostante dicesse di essere stato mandato lì dal suo padrone di casa perché beveva. Ammise di essere stato arrestato per aver fatto a botte e per ubriachezza, ma disse di non aver mai avuto un attacco di delirium tremens. [Fred] mostrava il quadro caratteristico della sindrome di Korsakoff (disorientamento, confusione e una

forte tendenza alla confabulazione). Quando gli fu chiesto dove si trovasse, rispose di essere in una fabbrica di birra. Precisò il nome della fabbrica, ma quando gli fu posta la stessa domanda alcuni minuti dopo, disse il nome di un'altra fabbrica di birra. Affermò inoltre di conoscere il medico che lo stava visitando, lo chiamò con un nome sbagliato e un po' di tempo dopo cambiò nome e si rivolse a lui con un nome diverso. Nel lasciare l'ambulatorio delle visite, lo salutò educatamente con un altro nome ancora «Arrivederci, signor Wolf!» (Kisker, 1977, p. 308)

Circa il 5% delle persone affette da alcolismo cronico, come abbiamo visto nel Capitolo 10, sviluppa la sindrome di Korsakoff. Il consumo eccessivo di alcol unito alla malnutrizione produce una carenza di *vitamina B (tiamina)* che determina un danno nelle regioni cerebrali implicate nella memoria (Sadock, Sadock, 2007; Harding et al., 2000). Le persone affette da questa sindrome innanzitutto perdono i ricordi delle conoscenze fattuali, ma conservano ancora le loro competenze intellettive e linguistiche. Perciò, come Fred, molti riescono a *confabulare*: creano ripetutamente storie e bugie sforzandosi di rimpiazzare i ricordi che hanno cominciato a perdere.

Traumi cerebrali e interventi chirurgici al cervello

I disturbi amnestici possono essere causati anche da traumi cerebrali o da interventi chirurgici al cervello (Bigler, 2009; Richardson, 2002) che possono danneggiare o distruggere le strutture cerebrali deputate alla memoria. In spettacoli televisivi o film spesso assistiamo a scene in cui violenti colpi sul cranio causano una perdita immediata e diretta della propria memoria. In realtà, dei traumi cranici di *media entità*, ad esempio una commozione cerebrale, non causano il coma o una fase di perdita di coscienza, e di rado determinano una notevole perdita di memoria. Viceversa, quasi la metà di tutti i traumi cranici *gravi* alla testa causa alcuni problemi permanenti di apprendimento e di memoria, sia anterograda sia retrograda. Nella vita quotidiana, le cause principali di traumi cerebrali gravi sono gli incidenti automobilistici e le cadute.

A causa di questi rischi, è notevolmente cresciuta la preoccupazione in seguito alla recente diffusione di informazioni secondo le quali decine di migliaia di soldati americani in Iraq e in Afghanistan avrebbero subito dei traumi cranici dovuti alle esplosioni verificatesi durante i combattimenti. Si stima che almeno 20.000 veterani, ma il numero reale potrebbe essere forse 320.000, hanno subito tali traumi (RAND, 2008; Marchione, 2007). Mentre è possibile che la maggior parte di tali traumi fossero di media entità, i medici generici e i ricercatori avvertono che in realtà non sanno davvero quanto gravi o duraturi questi traumi potrebbero rivelarsi.

La chirurgia cerebrale può creare problemi di memoria più specifici. Il caso più famoso di perdita di memoria causata da un intervento chirurgico è stato quello di un uomo chiamato H.M. dai ricercatori (Kensinger et al., 2001). Nel 1953, H.M., affetto da *epilessia*, subì un intervento chirurgico in cui furono rimossi parzialmente i suoi lobi temporali insieme

all'amigdala e all'ippocampo. In quegli anni l'importanza di queste aree cerebrali nella formazione dei ricordi non era nota. A partire dal giorno dell'intervento, H.M. soffrì di una grave amnesia anterograda. Per il resto della sua vita, circa cinquanta anni, fu incapace di riconoscere o ricordare tutte le persone che incontrò dopo l'intervento.

provoca un'aggregazione della proteina beta-amiloide simile alle placche presenti nel cervello dei malati di Alzheimer (Turkington, Harris, 2009, 2001).

Un'ulteriore spiegazione avanza l'ipotesi che il piombo, uno dei metalli responsabili dell'inquinamento dell'ambiente, possa contribuire allo sviluppo della malattia di Alzheimer (Ritter, 2008). Il piombo è stato eliminato dai prodotti petroliferi tra il 1976 e il 1991 determinando una diminuzione dell'80% dei livelli di piombo nel sangue; tuttavia coloro che oggi sono in età avanzata, sono stati esposti ad alti livelli di piombo negli anni Sessanta e Settanta, respirando costantemente i gas di scarico delle automobili: questa esposizione può aver danneggiato o distrutto molti neuroni. Numerosi studi suggeriscono che l'assorbimento di piombo e di altri inquinanti risalente a periodi passati può ripercuotersi successivamente sul funzionamento cognitivo degli individui (Ritter, 2008; Schwartz, Stewart, 2007).

Infine, per spiegare la malattia di Alzheimer sono state formulate altre due ipotesi. Una è la *teoria autoimmune*. Molti ricercatori, basandosi su certe irregolarità presenti nel sistema immunitario dei malati di Alzheimer, hanno ipotizzato che i cambiamenti nelle cellule cerebrali che invecchiano possano scatenare una *risposta autoimmune* (ossia, un attacco errato del sistema immunitario contro se stesso) (Zipp, Aktas, 2006). L'altra spiegazione è la *teoria virale*. Poiché la malattia di Alzheimer somiglia alla *malattia di Creutzfeldt-Jakob*, un'altra forma di demenza scatenata da un virus ad azione lenta, alcuni ricercatori propongono che un virus simile potrebbe causare la malattia di Alzheimer (Doty, 2008; Prusiner, 1991), anche se un virus di questo tipo non è stato trovato nel cervello delle vittime dell'Alzheimer.

Altre forme di demenza

La demenza può essere causata anche da numerosi altri disturbi (Apostolova, Cummings, 2008). La **demenza vascolare**, conosciuta anche come **demenza multi-infarto**, può far seguito a un incidente cerebrovascolare, o *ictus*, durante il quale si interrompe il flusso sanguigno in aree specifiche del cervello con conseguente danno di queste aree. In molti casi, il paziente non si accorge neppure dell'ictus. La demenza vascolare, come la malattia di Alzheimer, è progressiva, ma i suoi sintomi iniziano all'improvviso e non gradualmente. Inoltre, il funzionamento

cognitivo può continuare a essere normale nelle aree del cervello che non sono state colpite dall'ictus, mentre nei malati di Alzheimer i deficit cognitivi sono molto ampi. La demenza vascolare causa una percentuale di casi di demenza che oscilla dal 10 al 30% (Sadock, Sadock, 2007; Corey-Bloom, 2004). Alcuni individui sono affetti sia dalla malattia di Alzheimer sia dalla demenza vascolare.

Demenza vascolare: demenza causata da un incidente cerebrovascolare o ictus che limita il flusso sanguigno in certe aree del cervello. Detta anche demenza multi-infarto.

Depressione mascherata: è caratterizzata dai tradizionali sintomi cognitivi e affettivi sono sostituiti da sintomi somatici che «mascherano» appunto la caduta del tono dell'umore. In tale ottica, il dolore cronico in diverse parti del corpo, la presenza di disturbi gastroenterici o genitourinari tipicamente riscontrate negli anziani, possono essere letti come epifenomeni di angosce inelaborate.

La *malattia di Pick*, un disturbo raro che colpisce i lobi frontali e temporali, presenta un quadro clinico simile alla malattia di Alzheimer ed è possibile distinguere la da quest'ultima solo con un'autopsia. La *malattia di Creutzfeldt-Jakob*, un'altra causa della demenza, produce, tra gli altri sintomi, degli spasmi muscolari. Questa malattia, come abbiamo già detto, è causata da un virus ad azione lenta che può rimanere per anni nel corpo in uno stato di latenza prima dello sviluppo della malattia che, una volta conclamata, ha un decorso rapido. La *malattia di Huntington* è un disturbo ereditario progressivo che causa un'alterazione nel corso del tempo della memoria, insieme a un mutamento di personalità e di umore. Le vittime della malattia di Huntington hanno anche problemi motori (contrazioni e spasmi dolorosi). La *malattia di Parkinson*, un disturbo neurologico a decorso progressivo lento caratterizzato da tremori, rigidità e problemi di equilibrio, può causare demenza soprattutto nelle persone anziane o nello stadio avanzato della malattia. Infine, i casi di demenza possono essere causati anche da *disturbi infettivi* virali o batterici (come l'HIV e l'AIDS, la meningite e la sifilide), da *disturbi convulsivi*, dall'*abuso di droghe* o da *agenti inquinanti* come mercurio e monossido di carbonio.

«VOI SIETE LA MUSICA, FINCHÉ LA MUSICA DURA», CLAYTON S. COLLINS

Oliver Sacks [notissimo neurologo autore del libro *Risvegli*] ha ballato con la musica dei Dead. Per tre ore buone. A sessant'anni. E con «due ginocchia malandate» [...]

Il potere della musica [...] per «riportare indietro» gli individui resi immobili e silenziosi da danni e disturbi neurologici: su questo si basa il lavoro di Sacks in questo periodo. [Sacks] sta lavorando a un altro libro su un caso clinico, un caso che riguarda in parte il ruolo di stimolo della musica per quelle menti che hanno demolito le rigide barriere tra i sensi [...] [Nota: Il libro *Musicofilia* è già stato pubblicato].

«L'importanza della musica per le funzioni cerebrali è evidente» dice Sacks. «Anche se si perdono tutte le facoltà, non si perde il senso della musica e dell'identità». [...]

Molte delle esperienze che ha fatto lavorando soprattutto con i pazienti del Beth Abraham Hospital, nel Bronx, a New York [...] hanno a che fare con la musica. [...]

«Anche le persone del tutto dementi reagiscono alla musica, i bambini reagiscono alla musica, i feti forse reagiscono alla musica. Diversi animali reagiscono alla musica», dice Sacks. «Vi è qualcosa nel sistema nervoso degli animali [...] che sembra reagire alla musica in ogni caso [...]», continua Sacks, riferendo il caso di un paziente con danni ai lobi frontali del cervello.

«Quando canta, si ha quasi la sensazione che [la musica] gli abbia restituito i suoi lobi frontali, che gli abbia restituito, per un po' di tempo, delle funzioni che organicamente erano andate perdute» afferma Sacks, aggiungendo una citazione da T. S. Eliot: «Voi siete la musica, finché la musica dura».

Gli effetti della musicoterapia possono anche avere una durata limitata, ma Sacks intende trarne tutto ciò che è possibile. «Organizzare una persona disorganizzata per un minuto è un miracolo. E per una mezzora, lo è ancora di più». [...]

Il segreto, dice Sacks, per i pazienti è «imparare a stare bene» di nuovo. La musica può restituire loro, dice, l'identità di cui la malattia li ha privati. «Nella musica c'è la salute, nella musica c'è la vita». [...]

«Greg» soffriva di amnesia a causa di un tumore al cervello

e i suoi ricordi successivi al 1969 circa erano incoerenti, ma conservava una memoria enciclopedica degli anni precedenti e una passione autentica per i pezzi dei Grateful Dead.

Sacks accompagnò una sera Greg a un loro concerto. «Nella prima metà del concerto hanno riproposto brani del passato e Greg era affascinato da tutto», ricorda Sacks. «Voglio dire che non era un amnestico. Era totalmente orientato e organizzato e seguiva tutto». Durante una pausa Sacks andò dietro il palco e presentò Greg a Micky Hart, un membro della band, che restò colpito dalla conoscenza che Greg aveva del gruppo, ma rimase alquanto stupito quando Greg chiese notizie di Pigpen. Quando gli risposero che l'ex componente della band era morto 20 anni prima «Greg fu molto colpito», ricorda Sacks. «E poi, 30 secondi dopo chiese "Come sta Pigpen?"».

Nella seconda parte del concerto, la band eseguì dei brani nuovi. E il mondo di Greg iniziò ad andare in frantumi. «Era confuso, incantato e spaventato. Perché la musica per lui — e lui era un uomo con un grande senso della musica, che capiva il linguaggio dei Grateful Dead — era conosciuta e ignota [...]. Disse "È come la musica del futuro"».

Sacks cercava di mantenere vivi i nuovi ricordi, ma il giorno successivo Greg non si ricordava più il concerto. Sembrava che tutto fosse andato perduto. «Ma, e questo è strano, quando veniva eseguito un pezzo nuovo, che aveva sentito durante il concerto per la prima volta, lo cantava e se lo ricordava».

È un passo avanti incoraggiante [...]. Si è scoperto che i bambini apprendono velocemente i contenuti che sono inseriti in una canzone. Sacks, un tempo ricercatore riservato e di poche parole, si sente incoraggiato da queste possibilità. Si chiede perché la musica potrebbe veicolare tali informazioni, restituire al paziente una parte mancante della sua vita. Per dare a Greg «un qualche senso di ciò che è accaduto negli ultimi venti anni, durante i quali lui non possiede una autobiografia propria».

Ci aspettiamo perciò che Sacks si metta a ballare nelle corsie. Riproduzione autorizzata dei brani tratti da «*Profiles*», la rivista della Continental Airlines, febbraio, 1994.

Individuare e prevenire la demenza

La maggior parte dei casi di malattia di Alzheimer, come abbiamo già visto, può essere diagnosticata con certezza assoluta solo dopo la morte, con un'autopsia. Tuttavia, la scansione cerebrale, rivelando le anomalie cerebrali, viene attualmente usata come uno strumento per individuarla e spesso fornisce agli specialisti una maggiore sicurezza nella diagnosi (Apostolova, Cummings, 2008;

Julien, 2008). Inoltre, molti gruppi di ricerca stanno ora cercando di sviluppare degli strumenti in grado di identificare le persone che potrebbero con maggiore probabilità sviluppare la demenza. Una linea promettente di lavoro giunge dagli studi svolti sul cervello da Lisa Mosconi e dai suoi colleghi (Mosconi et al., 2008; de Leon et al., 2007). Usando un tipo particolare di scansione PET, questo gruppo di ricerca ha esaminato l'attività in

certe parti dell'*ippocampo* in decine di anziani partecipanti alla ricerca e ha poi condotto degli studi di follow-up di questi individui anche per 24 anni. (L'*ippocampo* svolge un ruolo centrale nella memoria a lungo termine.) Alla fine, il 43% dei partecipanti allo studio mostrava dei *deficit cognitivi di media entità* (demenza di gravità media) o la malattia di Alzheimer conclamata. I ricercatori hanno scoperto che gli individui che svilupparono questi deficit cognitivi avevano mostrato un'attività più bassa dell'*ippocampo* nella loro PET iniziale rispetto ai partecipanti che non avevano problemi di questo tipo. Dall'analisi delle PET particolari, effettuate alcuni anni prima dell'insorgere dei sintomi, era possibile prevedere i deficit cognitivi medi con una precisione pari al 71% e la malattia di Alzheimer con una precisione dell'83%.

Come vedremo tra poco, gli interventi più efficaci per la malattia di Alzheimer e per altri tipi di demenza sono quelli volti a *prevenire* quei problemi o almeno quelli praticati all'insorgere del disturbo. È chiaro, allora, che è necessario possedere degli strumenti per identificare i disturbi il prima possibile, preferibilmente anni prima del manifestarsi dei sintomi. E questo è ciò che rende i progressi della ricerca nell'individuazione e nella diagnosi così interessanti.

TRA LE RIGHE

Centro per il benessere cognitivo

Numerosi programmi di comunità con attività rivolte ad anziani prevedono oggi la creazione di centri per la salute cognitiva, in cui gli utenti si servono del computer per esercitarsi con programmi per la memoria e cognitivi. I clinici sperano che la «calistenica cognitiva» di questo tipo aiuti a prevenire o ad arrestare certi sintomi dell'invecchiamento.

Quali trattamenti vengono praticati per curare la demenza?

I trattamenti per i problemi cognitivi causati dalla malattia di Alzheimer e dalla maggior parte delle altre forme di demenza si sono rivelati nel migliore dei casi di aiuto modesto. Un approccio diffuso è l'uso di farmaci che agiscono sull'acetilcolina e il glutammato, i neurotrasmettitori che svolgono un importante ruolo nella memoria. Tra questi farmaci vi sono la *tacrina* (nome commerciale Cognex), il *donepezil* (Aricept), la *rivastigmina* (Exelon), la *galantamina* (Reminyl) e la *memantina* (Namenda). In alcuni malati di Alzheimer che assumono questi farmaci si sono rilevati miglioramenti lievi nella memoria a breve termine e nella capacità di ragionare, come anche nell'uso del linguaggio e nella loro capacità di coping quando sono sotto pressione (Apostolova, Cummings, 2008; Julien, 2008). Sebbene questi farmaci arrechino benefici ridotti e comportino talvolta un alto rischio di possibili effetti dannosi, sono stati approvati

dalla FDA (*Food and Drug Administration*). Nel 2007, la FDA ha approvato anche un cerotto per la somministrazione transdermica di uno di questi farmaci, la *rivastigmina*, (Hitti, 2007). I clinici pensano che questi farmaci possano essere utili soprattutto per i pazienti nelle fasi iniziali della malattia di Alzheimer o per quelli con deficit cognitivi medi. Anche la *vitamina E*, da assumersi sia da sola sia in combinazione con uno di questi farmaci, sembra contribuire a rallentare il declino cognitivo delle persone con demenza di media gravità (Sano, 2003). Su diversi altri possibili trattamenti farmacologici si stanno attualmente conducendo delle ricerche.

I farmaci di cui abbiamo parlato sono prescritti *dopo* che una persona ha sviluppato un deficit cognitivo medio o la malattia di Alzheimer. Molti gruppi di ricerca stanno ora cercando di rendere i soggetti *immuni* alla malattia (Bussière et al., 2004). In una linea simile, numerosi studi suggeriscono che alcune sostanze possono aiutare a prevenire o a ritardarne l'insorgere. Per esempio, una serie di ricerche ha indicato che le donne che hanno preso dopo la menopausa per anni *estrogeni*, gli ormoni sessuali femminili, hanno il 50% di probabilità in meno di ammalarsi di Alzheimer (Kawas et al., 1997); altre ricerche sembrano indicare che l'uso di *farmaci antinfiammatori non-steroidi* come l'*ibuprofene* e il *naprossene* (principi attivi presenti in Moment, Antalgin, Cibalgina, Naproxen, Aleve e in altri antidolorifici) possa contribuire a ridurre il rischio della malattia di Alzheimer, sebbene le scoperte della ricerca su questa possibilità siano contraddittorie (Julien, 2008).

TRA LE RIGHE

Più stimoli per un cervello più sano

I ricercatori hanno scoperto la presenza di meno placche e agglomerati nel cervello di topi di laboratorio che vivono in un ambiente stimolante, ad esempio con giocattolini da addentare, ruote girevoli e tunnel, rispetto a quelli che vivono in un ambiente meno stimolante (Lazarov et al., 2005).

In alcuni casi, con i malati di Alzheimer sono stati utilizzati trattamenti cognitivi con qualche successo temporaneo (Sadock, Sadock, 2007; Knight et al., 2006). In Giappone, per esempio, molti malati frequentano regolarmente delle lezioni durante le quali svolgono calcoli semplici e leggono ad alta voce componimenti e romanzi. I sostenitori di questo approccio affermano che questo esercizio mentale aiuta a riattivare quelle aree del cervello connesse alla memoria, al ragionamento e al giudizio. Tale convinzione sembra confermata da alcune ricerche secondo le quali le attività cognitive possono davvero aiutare a prevenire o a ritardare l'insorgere di deficit cognitivi medi o la malattia di Alzheimer in certi individui (Meyers, 2008). Da uno studio svolto su 700 ottantenni è emerso che i partecipanti alla ricerca che

DOTTORE, NON MI FACCIA MALE

Laurie Tarkan, «New York Times», 24 giugno 2008.

Ramona Lamascola pensava che avrebbe perso la madre di 88 anni a causa della demenza, invece la stava perdendo per un uso eccessivo di farmaci.

L'autunno precedente alla madre, Theresa Lamascola, che abitava nel Bronx, affetta da ansia e confusione [oltre che da demenza], era stato prescritto il farmaco antipsicotico Risperdal. Quando cominciò ad avere dei problemi nella deambulazione, la figlia la portò da un altro medico [...]

Theresa Lamascola fu ricoverata in una casa di cura per tenere questi problemi sotto controllo, ma le cose non fecero che peggiorare. «Mia madre urlava e, oltre a questo, parlava a vanvera e aveva degli spasmi» racconta la signora Lamascola, un'infermiera pediatrica. Lo psichiatra della casa di cura decise di interrompere l'assunzione del Risperdal, che poteva causare gli spasmi e i tic vocali, e prescrisse un sedativo e altri due antipsicotici. «Sapevo che erano quei farmaci a causarle tutti quei problemi» disse la figlia. «Gli ho detto di sospendere la terapia e stare lontano da mia madre.» Ma finché un altro medico non fece interrompere l'assunzione dei farmaci alla signora Lamascola, lei non iniziò a migliorare.

L'uso dei farmaci antipsicotici per ridurre l'agitazione, il comportamento aggressivo e le esplosioni di rabbia nei malati di demenza è aumentato vertiginosamente, soprattutto tra gli anziani. Le vendite degli antipsicotici più recenti come Risperdal, Seroquel e Zyprexa hanno raggiunto un ammontare complessivo di 13,1 miliardi di dollari nel 2007, un notevole aumento rispetto ai 4 miliardi di dollari del 2000 [...]. Parte di questo aumento può essere dovuto alle prescrizioni delle case di cura. I ricercatori calcolano che a circa un terzo di tutti i ricoverati nelle case di cura sono stati somministrati farmaci antipsicotici. [...] [La] Food and Drug Administration [...] non ha approvato la commercializzazione di questi farmaci per gli anziani affetti da demenza, ma sono comu-

nemente prescritti a quei pazienti «nonostante quell'uso non rientri tra quelli consigliati dal produttore». [...]

Molti medici sostengono che il cattivo uso di questi farmaci è diffuso: «Questi antipsicotici rischiano di essere utilizzati troppo e male» dice il dottor Johnny Matson, professore di psicologia alla Louisiana State University. «E in molte case di riposo si continua a farne un uso esagerato». [...] Le case di cura non hanno molto personale e gli assicuratori in genere non pagano per l'assistenza medica scrupolosa e per la pratica della terapia psicosociale che raccomandano i garanti della salute. È molto più facile usare sedativi e antipsicotici, nonostante gli effetti collaterali. [...]

Assunti in modo corretto, i farmaci hanno una loro funzione nella cura di alcuni malati gravi affetti da demenza, che possono essere resi inabili da paranoia o sono autodistruttivi o violenti. L'eliminazione di comportamenti eccessivi può garantire la loro sicurezza e fare sì che possano restare a casa, e che non debbano essere ricoverati in una casa di cura. [Ma] se ai pazienti vengono prescritti degli antipsicotici, dovrebbe trattarsi di una dose molto bassa per il periodo minimo necessario, dice il dottor Dillip V. Jeste, professore di psichiatria e neuroscienze all'Università della California, a San Diego. [...]

[Perciò, non è del tutto sorprendente che Theresa Lamascola sia migliorata profondamente dopo che un medico ebbe sospeso gli antipsicotici]. «Non è chiaro se con ciò si fosse riusciti a tenere i problemi medici finalmente sotto controllo oppure se la si stesse liberando da farmaci dannosi» disse [il medico]. «Ma il miglioramento fu miracoloso.»

Theresa Lamascola è ancora malata di demenza, ma [...] come ha detto la figlia «Ho riavuto mia madre».

Testo pubblicato con il titolo *Doctors Say Medication is Overused in Dementia*, «New York Times», Sezione nazionale. Copyright © 2008 «New York Times». Tutti i diritti riservati. Riproduzione autorizzata.

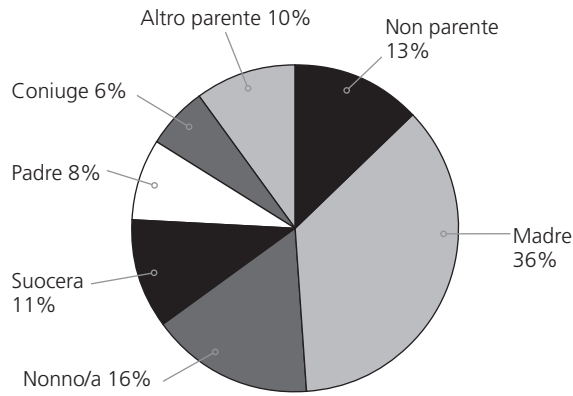
avevano svolto attività cognitive per un periodo di cinque anni (per esempio scrivere lettere, leggere libri o giornali, assistere a concerti o a rappresentazioni teatrali) sviluppavano con minore probabilità l'Alzheimer rispetto ai partecipanti inattivi (Wilson et al., 2007).

Con i malati di Alzheimer sono stati utilizzati anche interventi comportamentali, ma con modesto successo. Gli approcci si concentrano in genere sul mutare le abitudini quotidiane dei malati che risultano stressanti per la famiglia, ad esempio vagare la notte, perdere il controllo della vescica, esigere un'attenzione costante e avere una cura personale inadeguata (Knight et al., 2006). I

terapeuti comportamentali usano una combinazione di esercizi di gioco di ruolo, modellamento e pratica per insegnare ai membri della famiglia come e quando applicare il rinforzo per creare dei comportamenti più positivi.

Assistere i malati di demenza può comportare un impegno notevole per i parenti prossimi (Sadock, Sadock, 2007; Cummings, 2005), i quali si occupano di quasi il 90% di tutte le persone affette da demenza (Alzheimer's Association, 2007; Kantrowitz, Springen, 2007) (si veda la **Figura 15.4**). È difficile prendersi cura di qualcuno che progressivamente diventa più smarrito, indifeso e

Figura 15.4 Il familiare di cui ci si prende cura. Le persone che prestano la propria assistenza alla propria madre sono il 36%, alla propria suocera l'11% e ai nonni il 16%.



Fonte: adattato da Kantrowitz e Springen, 2007; Alzheimer's Association, 2007.

fisicamente dipendente, ed è molto doloroso assistere al declino mentale e fisico di una persona cara. Molti di coloro che prestano assistenza soffrono di depressione e ansia e spesso anche la loro salute mentale e fisica peggiora (Kantrowitz, Springen, 2007; Sherwood et al., 2005). I clinici ora riconoscono che uno degli aspetti più importanti nella cura della malattia di Alzheimer e di altre forme di demenza è concentrarsi sui bisogni emotivi di coloro che assistono il malato, tra i quali vi è il bisogno di tempo libero, di conoscenze relative alla malattia e di psicoterapia (Knight et al., 2006; Gaugler et al., 2003). Alcuni clinici assicurano l'aiuto dei gruppi di sostegno a coloro che prendono in carico l'assistenza dei malati (Pillemer, Sultor, 2002).

TRA LE RIGHE

Invecchiamento, genere e razza

80,5 anni	Aspettativa media di vita per le americane bianche
76,1 anni	Aspettativa media di vita per le afroamericane
75,4 anni	Aspettativa media di vita per gli americani bianchi
69,2 anni	Aspettativa media di vita per gli afroamericani

(Etaugh, 2008; Hoyert et al., 2005)

Negli ultimi anni, gli approcci socioculturali hanno iniziato ad acquisire un ruolo importante nel trattamento (Brooks, 2005; Hirshom, 2004; Kalb, 2000). Sono stati creati numerosi *centri di cura diurni* per malati di de-

menza, nei quali vengono forniti programmi e attività di trattamento durante il giorno ai pazienti ambulatoriali che tornano a casa la sera. Sono state realizzate inoltre molte *strutture residenziali con assistenza* in cui i malati di demenza vivono in appartamenti accoglienti, ricevono il controllo necessario e prendono parte ad attività che arrecano più gioia e stimoli alle loro vite. Gli studi indicano che queste strutture spesso aiutano a rallentare il declino cognitivo dei residenti e accrescono la loro gioia di vivere.

TRA LE RIGHE

Rapporti sociali

Consapevoli che le persone anziane continuano ad avere bisogno di rapporti e di stimoli sociali, molte case di riposo hanno creato dei programmi di visita rivolti a studenti. L'espressione interessata sul viso dei residenti mentre discutono con gli studenti è ben diversa dai volti persi e assenti che spesso caratterizzano gli anziani ricoverati in case di riposo e di cura prive di stimoli.

Dati i progressi attualmente in atto nella comprensione e nel trattamento della malattia di Alzheimer e di altre forme di demenza, i ricercatori attendono ulteriori sviluppi per gli anni a venire. I mutamenti cerebrali che causano la demenza sono alquanto complessi, ma viste le innumerevoli ricerche in atto, la maggior parte dei ricercatori ritiene che degli stimolanti passi in avanti stiano per essere compiuti.

Sintesi

Disturbi cognitivi

Le persone di età avanzata hanno maggiori probabilità rispetto alle persone di altre fasce di età di essere colpite da delirium, un'alterazione di coscienza in cui si hanno molte difficoltà a concentrarsi, mantenere l'attenzione e nell'aver un flusso coerente di pensiero. La demenza, una sindrome caratterizzata da una grave perdita di memoria e da altri disturbi cognitivi, è anch'essa molto comune nei gruppi di età avanzata. Può essere causata da decine di malattie o traumi cerebrali, più spesso dalla malattia di Alzheimer o dalla demenza vascolare. Si è scoperto che il cervello dei malati di Alzheimer presenta una quantità insolitamente alta di agglomerati neurofibrillari e di placche senili. Tra le cause alle quali questa malattia è stata ricondotta vi sono fattori genetici, un'attività anomala delle proteine e dei neurotrasmettitori, livelli elevati di zinco, piombo o numerose sostanze tossiche, problemi al sistema immunitario e infezioni ad azione lenta.

I ricercatori stanno facendo dei progressi per meglio diagnosticare la demenza e perfino per identificare delle persone che potrebbero svilupparla. Per trattare la demenza si è fatto ricorso alla terapia farmacologi-

ca, cognitiva e comportamentale con un successo limitato. Affrontare i bisogni di coloro che si occupano dell'assistenza è ora considerato un elemento importante del trattamento. Inoltre, sono in aumento gli approcci socioculturali come le strutture di cura diurne.

15.7 PROBLEMI RIGUARDANTI LA SALUTE MENTALE DELLE PERSONE ANZIANE

Il progredire dello studio e del trattamento delle persone anziane pone oggi i clinici di fronte a tre punti nodali preoccupanti: i problemi affrontati dagli anziani appartenenti a gruppi razziali ed etnici minoritari, l'inadeguatezza dell'assistenza a lungo termine e il bisogno di un approccio alla cura medica volto al mantenimento della salute in un mondo che invecchia (Gallagher-Thompson, Thompson, 1995).

Primo, la *discriminazione razziale ed etnica* (si veda il Capitolo 2) è un problema che molti negli Stati Uniti subiscono da tempo, soprattutto gli anziani (Utsey et al., 2002). Essere anziano e membro di un gruppo minoritario viene considerato una sorta di «rischio doppio» da molti osservatori. Le donne anziane di gruppi minoritari corrono talvolta il cosiddetto «rischio triplo» visto che molte più donne vivono sole, sono vedove e povere. La razza, l'etnia e il genere dei pazienti più anziani devono essere presi in considerazione dai clinici quando tentano di diagnosticare e curare i loro problemi di salute mentale (Knight et al., 2006; Sadavoy et al., 2004).

Alcuni anziani dei gruppi minoritari devono affrontare barriere linguistiche che ostacolano la cura della salute fisica e mentale. Altri possono avere convinzioni culturali che impediscono loro di usufruire di alcuni servizi. Inoltre, molti membri dei gruppi minoritari non hanno fiducia nelle istituzioni dell'etnia dominante o non conoscono i servizi di salute fisica e mentale che sono sensibili alla loro cultura e ai loro bisogni particolari (Ayalon, Huyck, 2001). Di conseguenza, è comune per i membri anziani di gruppi razziali ed etnici minoritari affidarsi in gran parte a familiari o ad amici per i rimedi e la cura della salute.

Oggi, tra il 10 e il 20% di persone anziane vive con i figli o altri parenti, di solito per i crescenti problemi di salute (Etaugh, 2008). Negli Stati Uniti, questo tipo di sistemazione abitativa è più comune per le persone anziane appartenenti a gruppi etnici minoritari che per gli americani bianchi anziani. La probabilità di vivere con i figli è più alta tra gli asiatici americani anziani, meno alta tra gli afroamericani e gli ispanoamericani, e lo è ancora meno tra gli americani bianchi (Etaugh, 2008; Armstrong, 2001).

Secondo, molti anziani hanno bisogno di *assistenza a*

lungo termine, un'espressione generica che si può riferire variamente ai servizi offerti fuori della famiglia in appartamenti con supervisione parziale, in un complesso abitativo per anziani in cui risiedono persone con problemi di salute medi o in case di riposo in cui le cure mediche e l'assistenza sono disponibili costantemente. La qualità della cura in queste residenze varia ampiamente.

Nel 2006, in Italia, oltre il 19% della popolazione anziana risiedeva costantemente in case di riposo o strutture socio-assistenziali (ISTAT, 2010). Questo dato fa pensare che molti adulti di età avanzata possano vivere con il timore di essere «mandati via». Hanno paura di doversi trasferire, perdere l'indipendenza e vivere in una sorta di ospedale. Molti hanno inoltre il problema del costo della degenza in tali strutture (Papastavrou et al., 2007) poiché l'assistenza costante è dispendiosa e le rette delle case di cura aumentano costantemente. La preoccupazione per problemi di questo tipo potrebbe rivelarsi molto dannosa per la salute mentale degli anziani e causare depressione e ansia, come anche conflitti familiari.

Infine, i medici ritengono che la generazione attuale di giovani adulti dovrebbe assumere un approccio volto a *salvaguardare la salute* o a *promuovere il benessere* nel corso del processo di invecchiamento (Meyers, 2008; Aldwin et al., 2006). In altre parole, sono raccomandati comportamenti volti a mantenere la salute mentale e fisica quali: evitare il fumo, fare pasti equilibrati e sani, svolgere regolarmente attività fisica, conservare relazioni sociali positive e avvalersi di programmi per la gestione dello stress e per la salute mentale (Cherry et al., 2007; Peterson, 2006). Vi è una crescente convinzione che gli adulti di età avanzata si adattino più rapidamente ai mutamenti e agli eventi negativi se la loro salute fisica e psicologica è buona.

15.7.1 Prospettiva psicodinamica

Come si è detto, l'invecchiamento rappresenta un processo che influenza ogni persona fin dalla nascita, un processo dinamico, universale e inevitabile, che comporta nel soggetto profonde modificazioni biologiche, cognitive, affettive e relazionali. Spesso si è soliti interpretare tale fase della vita secondo una prospettiva centrata sui deficit, siano essi, mnestici, cognitivi di deambulazione o relazionali. Tuttavia tale lettura non tiene conto appieno della componente psicologica del soggetto anziano, limitandosi a vedere tale periodo come un declino inesorabile che finisce con la morte.

Nella prospettiva psicoanalitica, al contrario, occorre prestare particolare attenzione agli aspetti inconsci che caratterizzano tutte le fasi dell'esistenza umana e, quindi, anche l'invecchiamento. Spesso l'anziano non è in grado di concepire in maniera evolutiva l'avanzare dell'età e le conseguenti modificazioni psicofisiche che

Approfondimento

PROTOCOLLO CORPOREO CON PAZIENTI GERIATRICI

Si tratta di un protocollo di lavoro calibrato sulla possibilità di attribuire significati nuovi delle percezioni corporee distorte e delle relative modificazioni di condotta. L'obiettivo di questo tipo di approccio è creare un nuovo rapporto con il corpo stesso, alla ricerca di nuove possibilità espressive non solo connotate dal deficit della patologia. In tal senso, un intervento specialistico basato su procedure corporee codificate e specifiche, può facilitare l'emergere del disagio e delle tracce da esso lasciate in un contesto di forte sofferenza mentale e fisica, e di stimolare e rinforzare le capacità

neurocognitive e psicomotorie del malato al fine di migliorare l'esecuzione dei compiti della vita quotidiana. Nella pratica clinica è assai frequente riscontrare nell'anziano il desiderio di un contatto fisico, un contatto che rimanda al bisogno di condividere vissuti emotivi, di cui può non essere del tutto consapevole. In altre parole, attraverso l'esperienza della corporeità il soggetto veicola all'altro sfumature e significati personali e privati, spesso inconsci, che trovano così una loro modalità espressiva.

esso comporta. In tali situazioni si assiste a un progressivo disinvestimento emotivo rispetto al futuro e a una graduale riduzione della capacità di *agency*. Ciò finisce col far sì che l'anziano si releghi in una posizione di passività e di fissità, sviluppando vissuti depressivi che possono assumere diverse forme.

In particolare, l'avvicinarsi della morte genera nel soggetto anziano intensi vissuti mortiferi, che si manifestano sotto forma di depressione dell'umore, sentimenti di impotenza, di vuoto e di rabbia. Nello specifico, il vissuto di impotenza appare intimamente connesso all'impossibilità di «ricalibrare» il desiderio in relazione alle reali risorse egoiche (capacità cognitive, affettive, espressive e strumentali) e, di conseguenza, alla sua mancata realizzazione. Similmente, i vissuti di rabbia per la propria condizione, appaiono derivare dallo scarto esistente tra ciò che si è stati e che inevitabilmente non si può più essere.

Nella terza età, la genesi di tali vissuti è intimamente collegata alla realtà esterna, una realtà spesso traumatica, che il soggetto fatica ad accettare ed elaborare: si pensi per esempio alle malattie gravi e invalidanti, al dolore fisico, alla morte del coniuge o di persone care o ancora alle situazioni di abbandono e/o di dipendenza dall'altro.

Occorre ricordare che vi sono casi in cui l'affetto depressivo lascia il posto all'ansia. A tal proposito Bleichmar afferma che tale vissuto «deriva dalla sensazione che ha il soggetto di sentirsi in pericolo in seguito alla perdita di un oggetto sentito fino ad allora come protettore, o in seguito alla perdita di fiducia nella sua capacità di affrontare diversi tipi di minacce» (Bleichmar, 1997, p. 42). In tale ottica, le preoccupazioni ipocondriache e le ansietà circa il proprio futuro, tipiche del soggetto anziano, derivano dal vissuto di impotenza che finisce con l'invasione la sfera affettiva e le rappresentazioni mentali. Ecco allora che si struttura una rappresentazione del

Sé come incapace, inferiore e debole, non in grado di affrontare né la realtà esterna né i pericoli provenienti dal suo stesso corpo, che vengono vissuti in modo minaccioso (Bleichmar, 1986). In altre parole, la perdita di funzioni investite narcisisticamente causa nell'anziano lo sviluppo di una sintomatologia ansioso-depressiva che spesso si accompagna a una posizione di passività nei confronti dell'incedere del tempo.

Le Gouès (1975) afferma che i quadri depressivi che caratterizzano la vecchiaia possono assumere tre differenti tipologie di espressione: depressione per la perdita dell'oggetto esterno, depressione per la ferita narcisistica e depressione per la disarmonia relazionale. A prescindere dalla forma in cui la depressione si manifesta nell'anziano, appare qui importante ricordare che l'accettazione emotivo-affettiva determina il grado di funzionamento cognitivo, influenzando così le *performance* dei soggetti. In altre parole, i quadri depressivi possono apparire in forme diverse, talvolta «mascherate», si pensi per esempio a quei pazienti affetti da **pseudodemenza**.

Pseudodemenza: quadro clinico caratterizzato da un deterioramento cognitivo che in realtà sottende una depressione sotto-soglia o non diagnosticata. Esso differisce dalla demenza per: insorgenza improvvisa, progressione rapida, consapevolezza dei deficit, disturbi della memoria, enfasi della disabilità, comportamento incongruo alla gravità del deficit, risposte «globali» (per esempio «non so»), assenza di variazioni notturne, umore depresso, frequenti sintomi vegetativi, precedenti psichiatrici, rischio di suicidio (Trabucchi, 1998).

Per far fronte a tali vissuti i soggetti anziani possono ricorrere a due differenti modalità: alcuni negano onnipotentemente le angosce mortifere e i vissuti di rabbia e vergogna narcisistica che popolano il loro mondo inter-

no; altri, invece, regrediscono in una posizione di dipendenza, in cui instaurano fantasie salvifiche nei confronti delle persone che si prendono cura di loro, siano esse il coniuge, i figli o il personale paramedico.

I primi, tenderanno allora a protrarre le abitudini e gli stili di vita anche durante la vecchiaia, incapaci di elaborare l'entrata in una nuova fase della loro esistenza e, di conseguenza, l'uscita dai ruoli consueti e familiari, si pensi per esempio al procrastinare l'uscita dal mondo lavorativo e, quindi, dal ruolo lavorativo che ci connota e identifica per molti anni della nostra vita.

TRA LE RIGHE

Durata diversa della vita

78 anni:	durata media della vita umana
200 anni:	durata della vita di alcuni molluschi
150 anni:	durata della vita di alcune tartarughe giganti
90 anni:	durata della vita dell'orca marina
50 anni:	durata della vita dei pipistrelli
13 anni:	durata della vita dei canarini
2 anni:	durata della vita dei topi
24 giorni:	durata della vita dei vermi
17 giorni:	durata della vita delle mosche

Nei secondi, invece, la fantasia della morte imminente comporta la destrutturazione di alcune funzioni psichiche e il passaggio a un funzionamento più arcaico in cui l'Es, con le sue pulsioni e la sua atemporalità, s'impone violentemente nello psichismo del soggetto. In questi casi, si assiste alla necessità del soggetto di instaurare un profondo legame psico-corporeo con un oggetto prescelto, un legame teso a ri-creare l'*ultima diade* (de M'Uzan, 2005). È evidente qui il rimando al legame che il bambino instaura con la madre, di cui l'oggetto rappresenta il sostituto simbolico.

Queste due modalità, però, appaiono modalità disfunzionali, che non permettono all'anziano di compensare i ruoli perduti acquisendone di nuovi, di sviluppare la cultura, la curiosità per il sapere e gli interessi durevoli, nuove reti amicali e uno scambio intergenerazionale connotato affettivamente, elementi questi che possono essere letti come specifiche condotte di **resilienza** che l'anziano attiva al fine di contrastare in modo efficace e adattivo le rappresentazioni di paura, inutilità e rabbia che l'età che avanza genera (Ardern et al., 1998).

Resilienza: rappresenta un processo attraverso il quale un soggetto colpito da un evento traumatico può mettere in atto, proprio a partire da questo, la capacità di scoprire e intraprendere nuovi atteggiamenti e comportamenti, trasformando, laddove ciò sia possibile, gli ostacoli in potenzialità.

Potremmo quindi concludere dicendo che l'obiettivo di colui che invecchia è dunque mantenere un senso di integrità e coesione del Sé; in questo modo il «divenire vecchi» permetterà al soggetto di includere anche aspetti positivi di questa fase dell'esistenza. Per poter invecchiare serenamente occorre allora conservare in se stessi ciascuna delle età della propria vita – ancoraggio sano a una dimensione profonda del Sé – e integrarle tra loro, ovvero prendere coscienza del tempo che passa e delle trasformazioni che condizionano il corpo e la mente, e capire che il bruco deve sparire affinché la farfalla possa prendere il volo (Quinodoz, 2009).

Sintesi

Problemi riguardanti la salute mentale delle persone anziane

Nello studiare e trattare i problemi dell'età avanzata, i clinici si sono occupati di tre problemi: le difficoltà dei membri anziani di gruppi minoritari razziali ed etnici, le inadeguatezze dell'assistenza a lungo termine e la necessità di salvaguardare la salute da parte dei giovani adulti.

15.8 I CAMBIAMENTI PROPOSTI NEL DSM-5

Nel 2011, la *task force* del DSM-5 ha proposto di inserire i disturbi cognitivi analizzati in questo capitolo in un gruppo definito «Disturbi neurocognitivi». Questa designazione rende evidente che alcuni tipi di disfunzione cerebrale sono sempre presenti in questi disturbi e causano dei deficit cognitivi. La *task force* ha suggerito solo cambiamenti minimi per la categoria del delirium, ma ha espresso due proposte chiave per le categorie caratterizzate dai sintomi di demenza. Primo, ha suggerito di eliminare proprio il termine «demenza» poiché, secondo la *task force*, questo termine ha assunto un significato stigmatizzante e umiliante nella nostra società. Perciò, oltre ad aver proposto di sostituire il termine «ritardo mentale» a causa della connotazione sempre più negativa, ha suggerito per la stessa ragione di sostituire «demenza» con «disturbo neurocognitivo maggiore». Di conseguenza, secondo questa proposta, la categoria nota nel DSM-IV-TR come demenza tipo Alzheimer sarebbe designata nel DSM-5 «disturbo neurocognitivo maggiore associato alla malattia di Alzheimer». Similmente, la categoria del DSM-IV-TR della demenza vascolare diventerà nel DSM-5 il «disturbo neurocognitivo maggiore associato alla malattia vascolare». La seconda proposta più importante della *task force* è stata l'aggiunta di una nuova categoria al DSM-5, il disturbo neurocognitivo lieve. In questo capitolo è stato utilizzato il «decadimento *cogni-*

tivo lieve» per descrivere i sintomi lievi tipo demenza, quelli che potrebbero rivelare una fase iniziale della malattia di Alzheimer o di un altro disturbo cognitivo. La *task force* ha concluso che questo tipo di sintomi della fase iniziale dovrebbero essere considerati un disturbo diverso per due ragioni. Primo, le persone con questi sintomi hanno spesso bisogni clinici sostanziali, ma possono ancora rimanere indipendenti. Secondo, l'esistenza di una categoria distinta può meglio incoraggiare gli individui a cercare aiuto nella fase iniziale del deteriora-

mento cognitivo. Talvolta, un intervento precoce può contribuire a rallentare un decadimento cognitivo ulteriore, mentre, come avete visto, gli interventi tardivi nella malattia di Alzheimer e in altri disturbi neurocognitivi tendono a rivelarsi in genere di poco aiuto. Coerentemente con la designazione di disturbi neurocognitivi maggiori, i vari disturbi lievi sarebbero designati disturbo neurocognitivo lieve associato alla malattia di Alzheimer, disturbo neurocognitivo lieve associato alla malattia vascolare e così via.

Riflessioni critiche

1. L'invecchiamento conduce necessariamente alla depressione e ad altri problemi psicologici? Quali tipi di comportamenti, preparazione e attività possono aiutare un individuo ad affrontare l'età avanzata con tranquillità, se non con uno stato d'animo positivo?
2. Quali cambiamenti nella pratica clinica, nella formazione dei pazienti o nelle interazioni familiari potrebbero opporsi al problema sempre più diffuso tra gli anziani del cattivo uso dei farmaci prescritti?
3. Gli sviluppi attuali della ricerca suggeriscono che si potrebbe riuscire a identificare le vittime della malattia di Alzheimer molti anni prima che la memoria cominci a mostrare danni evidenti. Sarebbe meglio sapere o ignorare di poter sviluppare una malattia devastante per cui attualmente non esiste una cura?
4. Le persone che si occupano dell'assistenza dei propri familiari spesso si sentono ansiose, depresse e scoraggiate. Tali stati d'animo possono essere avvertiti dagli individui anziani, anche da quelli affetti da demenza? In che modo potrebbe avvenire e quale impatto potrebbe avere?

Parole chiave

- Agglomerati neurofibrillari, p. 448
- Delirium, p. 447
- Demenza vascolare, p. 451
- Demenza, p. 447
- Depressione mascherata, p. 451

- Malattia di Alzheimer, p. 447
- Placche senili, p. 448
- Pseudodemenza, p. 457
- Psicogeriatría, p. 441
- Resilienza, p. 458

Domande di riepilogo

1. Cos'è la geropsicologia? Quale tipo di pressioni e di mutamenti particolari devono affrontare gli anziani?
2. Quanto è comune la depressione tra gli anziani? Quali sono le cause possibili di questo disturbo nelle persone in età avanzata e come viene trattato?
3. Qual è la prevalenza dei disturbi d'ansia tra gli anziani? In che modo i teorici spiegano l'insorgere di questi disturbi nelle persone anziane e come vengono curati dai clinici?
4. Descrivete e spiegate i tipi di abuso di sostanze riscontrati talvolta negli anziani.
5. Quali tipi di disturbi psicotici possono colpire gli anziani?
6. Cos'è il delirium e in cosa differisce dalla demenza?
7. Quanto è comune la demenza tra gli anziani? Quali sono le malattie e i problemi che possono causare la demenza?
8. Descrivete gli aspetti clinici e il decorso della malattia di Alzheimer. Quali sono le possibili cause?
9. La malattia di Alzheimer può essere prevista? Quali tipi di interventi vengono praticati in questo caso e in altre forme di demenza?
10. Quali sono i problemi relativi all'invecchiamento che più generano preoccupazione tra i clinici?



GLOSSARIO

Abbuffata: episodio di ingestione incontrollata di una quantità spropositata di cibo.

Abuso di sostanze: comportamento che consiste nel ricorso eccessivo e regolare a una droga e influenza negativamente le relazioni sociali, le prestazioni lavorative e con il quale il soggetto mette in pericolo se stesso o gli altri.

Addestramento alla masturbazione: un approccio della terapia sessuale che insegna alle donne con disturbo dell'eccitazione o dell'orgasmo femminile in che modo masturbarsi efficacemente per raggiungere l'orgasmo durante l'attività sessuale.

Addestramento alle abilità sociali: approccio terapeutico che insegna ad acquisire o a migliorare le proprie abilità sociali e la comunicazione assertiva attraverso il gioco di ruolo e la messa in pratica di comportamenti desiderabili.

Addestramento comportamentale all'autocontrollo: approccio cognitivo-comportamentale per il trattamento dell'alcolismo in cui si insegna ai soggetti a tenere sotto controllo le proprie abitudini nel bere e ad applicare strategie di *coping* in situazioni che in genere stimolano il desiderio di bere.

Addestramento per la prevenzione delle ricadute: approccio per il trattamento dell'alcolismo simile al precedente, che richiede ai soggetti di individuare le situazioni a rischio e di pianificare i propri comportamenti.

Affettività appiattita: sintomo della schizofrenia consistente nella significativa assenza di espressione delle emozioni.

Affettività inappropriata: manifestazione di emozioni inadeguate alla situazione; è un sintomo della schizofrenia.

Affidabilità: misura della coerenza dei risultati di un test o di una ricerca.

Agglomerati neurofibrillari: depositi proteici intercellulari che si formano con l'invecchiamento. Nei malati di Alzheimer questi agglomerati sono presenti in numero elevato.

Agorafobia: disturbo d'ansia in cui una persona ha paura di trovarsi in luoghi o situazioni in cui potrebbe essere difficile (o imbarazzante) allontanarsi o non essere disponibile aiuto se dovessero presentarsi dei sintomi correlati a un attacco di panico o tipo panico.

Alcol: bevanda contenente alcol etilico, come birra, vini, liquori e superalcolici.

Alcolisti Anonimi (AA): organizzazione di auto-aiuto che fornisce assistenza e guida alle persone con problemi di abuso o dipendenza da alcol.

Allucinazione: percezione visiva, uditiva o di altro tipo in assenza di stimoli esterni.

Allucinogeno: sostanza che induce gravi alterazioni e amplificazioni della percezione sensoriale, oltre a illusioni e allucinazioni. È detto anche *droga psichedelica*.

Alogia: sintomo della schizofrenia consistente nell'impoverimento dell'eloquio o del suo contenuto. È detto anche *eloquio impoverito*.

Amenorrea: assenza del ciclo mestruale.

Amfetamina: sostanza stimolante prodotta in laboratorio.

Amigdala: piccola struttura cerebrale a forma di mandorla che elabora le informazioni emotive.

Amnesia dissociativa: disturbo caratterizzato dall'incapacità di ricordare eventi e informazioni personali importanti.

Analisi retrospettiva: autopsia psicologica in cui i clinici e i ricercatori mettono insieme le informazioni riguardanti il passato della vittima del suicidio.

Annullamento: meccanismo di difesa dell'Io in cui le persone cancellano inconsciamente desideri o atti ritenuti inaccettabili mettendo in atto comportamenti dal significato opposto.

Anoressia nervosa: disturbo caratterizzato dalla ricerca di un'estrema magrezza e di un'estrema perdita di peso.

Ansia: reazione psicologica ed emotiva del sistema nervoso centrale in presenza di una vaga sensazione di minaccia o di pericolo.

Ansia da prestazione: timore di non riuscire a realizzare una prestazione perfetta e conseguente tensione durante i rapporti sessuali.

Antigene: sostanza estranea che si introduce nell'organismo, come un batterio o un virus.

Apprendimento stato-dipendente: apprendimento connesso alle condizioni in cui esso è avvenuto, in questo modo i contenuti appresi si ricordano meglio quando si è nel medesimo stato in cui sono stati originariamente appresi.

Approccio costruttivista: approccio teorico fondato sulla comprensione della struttura e della dinamica del sistema di significati soggettivi dell'altro. Nell'ambito della matrice epistemologica costruttivista, viene messa in discussione la possibilità di una conoscenza «oggettiva», in quanto sapere

totale che rappresenti in modo fedele un ordine esterno indipendente dall'osservatore; la stessa osservazione diretta dei fenomeni non è più considerata fonte privilegiata di conoscenza obiettiva.

Approccio epistemologico: l'epistemologia è quell'attività speculativa che tende a scoprire e indicare i criteri per distinguere le proposizioni scientifiche da quelle non scientifiche; l'epistemologia mira all'esplicitazione consapevole e sistematica del metodo e delle condizioni di validità delle asserzioni scientifiche.

Asma: malattia respiratoria caratterizzata da un restringimento della trachea e dei bronchi, che provoca difficoltà di respirazione, respiro affannoso, tosse e senso di soffocamento.

Asse ipotalamo-ipofisi-surrene (IIS): sistema per mezzo del quale l'encefalo e gli organi producono allarme e paura.

Associazioni labili: un disturbo comune del pensiero nella schizofrenia caratterizzato da rapidi cambiamenti da un argomento di conversazione a un altro. È detto anche *deragliamento*.

Astinenza: reazioni spiacevoli e talora pericolose che possono verificarsi quando l'utilizzo cronico di una droga viene interrotto o ne viene ridotta l'assunzione.

Attacchi di panico: brevi accessi periodici di panico che si verificano all'improvviso, raggiungono un picco nell'arco di pochi minuti e gradualmente passano.

Autoipnosi: processo in cui ci si autoipnotizza, talvolta allo scopo di dimenticare eventi spiacevoli.

Autorealizzazione: concetto della psicologia umanistica che designa un processo tramite il quale l'individuo è portato a sviluppare le proprie potenzialità per raggiungere l'apagamento e la crescita personale.

Barbiturici: farmaci sedativo-ipnotici, ansiolitici e sonniferi, che danno assuefazione.

Base libera (cocaina base): tecnica di assunzione della cocaina in cui l'alcaloide della cocaina pura viene chimicamente separato dalla sostanza raffinata, vaporizzato tramite il calore di una fiamma e inalato con una pipa.

Benzodiazepine: gli ansiolitici oggi più diffusi, come Valium e Xanax.

Biofeedback: tecnica in cui a un soggetto vengono date informazioni sulle reazioni psicologiche nel momento in cui si verificano, in modo che impari a controllare volontariamente le proprie reazioni.

Bulimia Nervosa: disturbo caratterizzato da frequenti abbuffate seguite dal vomito autoindotto o da altri comportamenti compensatori estremi per evitare di aumentare di peso. È detta anche *sindrome binge-purge* o con crisi bulimiche/condotte di compensazione.

Cardiopatía coronarica: affezione cardiaca causata da un blocco nelle arterie coronarie.

Catatonía: sintomatologia psicomotoria estrema associata ad alcune forme di schizofrenia, come stupor catatonico, rigidità o tendenza alla postura fissa.

Cefalea muscolo-tensiva: mal di testa causato da una contrattura muscolare dei muscoli cranici.

Censura: è il meccanismo psichico che agisce per proteggere la coscienza affinché i desideri, minacciosi, non diventino consapevoli per il soggetto.

Centro di gratificazione: circuito cerebrale ricco di dopamina, che produce sensazioni di piacere quando è attivato.

Centro di salute mentale di comunità: struttura pubblica in cui vengono forniti farmaci, psicoterapia e pronto soccorso a persone con problemi psicologici e dove vengono coordinati i trattamenti all'interno della comunità.

Centro di trattamento residenziale: luogo in cui gli ex tossicodipendenti vivono, lavorano e socializzano in un ambiente dove non circola droga mentre si sottopongono a trattamenti di disintossicazione. È detto anche *comunità terapeutica*.

Centro diurno: struttura che offre un programma di trattamento di tipo ospedaliero solo durante la giornata. Detto anche *day hospital*.

Cercatore di morte: persona che in modo evidente cerca di porre fine alla propria vita con il suicidio.

Cervelletto: area del cervello che coordina i movimenti del corpo e che riveste un ruolo nel controllo della capacità di spostare rapidamente l'attenzione.

Challenge test biologico: procedura utilizzata per produrre il panico nei partecipanti alla ricerca o nei pazienti sottoponendoli a intense attività fisiche o facendo loro eseguire qualche altra attività potenzialmente in grado di indurre il panico, in presenza del ricercatore o del terapeuta.

Cocaina: sostanza stimolante ricavata dalle foglie di coca che dà dipendenza. È la sostanza stimolante naturale più potente che si conosca.

Comprensione idiografica: comprensione del comportamento di un individuo.

Compulsione: comportamento ripetitivo e rigido o atto mentale che una persona si sente obbligata a mettere in pratica allo scopo di prevenire o ridurre l'ansia.

Condizionamento: processo che si verifica con l'associazione di uno stimolo incondizionato (naturale) a uno condizionato (artificiale) in un organismo; lo stimolo condizionato induce naturalmente una risposta della cui prossimità lo stimolo incondizionato (arbitrario) si avvale. La scoperta empirica del condizionamento è attribuita al fisiologo russo Ivan Pavlov che, studiando il fenomeno della secrezione psichica nelle reazioni dei cani alla presentazione di cibo, vi si imbatté casualmente. Egli notò che gli animali salivavano appena entrava nella stanza, associando la sua presenza (stimolo condizionato) al cibo (stimolo incondizionato, poiché naturalmente il cibo provoca salivazione). L'esperimento fu verificato da Pavlov utilizzando come stimolo condizionato il suono di un campanello.

Condizionamento classico: processo di apprendimento che ha luogo attraverso l'associazione temporale di due eventi che si verificano ripetutamente l'uno dopo l'altro e che, fondendosi nella mente di una persona, producono la stessa risposta.

Condizionamento operante: processo di apprendimento in cui un comportamento che produce effetti soddisfacenti ha maggiori probabilità di essere ripetuto.

Corteccia orbitofrontale: regione cerebrale in cui hanno origine gli impulsi connessi con l'escrezione, la sessualità, la violenza e altre attività primitive.

Corticosteroidi: ormoni come il cortisolo, prodotti dalle ghiandole surrenali nei momenti di stress.

Crack: forma molto potente di cocaina a base libera pronta da fumare.

Credeze irrazionali di fondo: convinzioni erronee e fuori luogo nutrite, secondo Albert Ellis, da persone con diversi problemi psicologici.

Criterio di scientificità: conoscenza di carattere generale su un determinato fenomeno attraverso il reperimento delle leggi causali e della loro verifica empirica.

Cura della salute mentale di comunità: tipo di trattamento che pone l'accento sulla cura della comunità.

Debriefing psicologico: forma di intervento in situazioni di crisi, diretto ad aiutare le vittime ad esprimere le proprie emozioni e reazioni nei confronti di un evento traumatico. Detto anche CISD, o *criticalincident stress debriefing*.

Deistituzionalizzazione: dimissione di un elevato numero di pazienti ricoverati da molti anni in strutture psichiatriche e indirizzati ai programmi di trattamento sul territorio.

Delirio: convinzione strana ed erronea a cui si crede fermamente, nonostante l'evidenza del contrario.

Delirium: alterazione di coscienza che si sviluppa in un breve periodo di tempo e che causa grandi problemi nella concentrazione, nel focalizzare l'attenzione e nell'avere un flusso coerente di pensiero.

Delirium tremens (DT): grave reazione dovuta all'astinenza che colpisce alcuni alcolisti. È caratterizzato da confusione, scarsa lucidità, allucinazioni visive terrificanti. È detto anche *delirium da astinenza alcolica*.

Demenza: sindrome caratterizzata da problemi gravi di memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva.

Demenza vascolare: demenza causata da un incidente cerebrovascolare o ictus che limita il flusso sanguigno in certe aree del cervello. Detta anche demenza multi-infarto.

Depressione: condizione di umore triste e deflesso caratterizzata da mancanza di energia, bassa autostima, senso di colpa e/o sintomi correlati.

Depressione mascherata: è caratterizzata dai tradizionali sintomi cognitivi e affettivi sono sostituiti da sintomi somatici che «mascherano» appunto la caduta del tono dell'umore. In tale ottica, il dolore cronico in diverse parti del corpo, la presenza di disturbi gastroenterici o genitourinari tipicamente riscontrate negli anziani, possono essere letti come epifenomeni di angosce inelaborate.

Depressione unipolare: depressione senza manifestazioni maniacali.

Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR): terapia di esposizione comportamentale in cui il soggetto compie movimenti oculari ritmici (saccadici) laterali mentre nella sua mente vengono riversate immagini di oggetti e situazioni che normalmente cerca di evitare.

Desensibilizzazione sistematica: trattamento comportamentale che impiega tecniche di rilassamento e una gerarchia di elementi ansiogeni per guidare il soggetto fobico a reagire con calma di fronte agli oggetti o alle situazioni temuti.

Diagnosi: identificazione di un disturbo particolare attraverso i problemi di una persona.

Dipendenza da sostanze: comportamento nel quale il

proprio stile di vita viene organizzato esclusivamente attorno a una droga, verso la può essere sviluppata tolleranza, con sintomi di astinenza quando si smette di assumerla. È detta anche *assuefazione*.

Discinesia tardiva: effetti extrapiramidali che compaiono in alcuni pazienti dopo l'uso continuato di farmaci antipsicotici convenzionali.

Disfunzione sessuale: disturbo caratterizzato da incapacità costante di avere un funzionamento normale in certe aree del ciclo di risposta sessuale.

Disintossicazione: astinenza sistematica e sotto controllo medico dall'assunzione di una sostanza.

Dispareunia: disturbo caratterizzato da dolore genitale associato al rapporto sessuale.

Disperazione: convinzione pessimistica secondo la quale le proprie condizioni, i problemi o l'umore di quel momento non cambieranno mai.

Disturbi dissociativi: disturbi caratterizzati da importanti alterazioni nella memoria, senza cause fisiche evidenti.

Disturbi psicofisiologici: patologie risultanti dall'interazione di fattori psicosociali e organici. Sono detti anche *disturbi psicosomatici*.

Disturbi somatoformi da preoccupazione: disturbi in cui le persone travisano e reagiscono in modo eccessivo a sintomi o ad anomalie dell'aspetto fisico trascurabili.

Disturbi somatoformi di tipo isterico: disturbi che causano mutamenti reali nel funzionamento fisico.

Disturbo acuto da stress: disturbo d'ansia in cui la paura e i relativi sintomi iniziano subito dopo un evento traumatico e durano meno di un mese.

Disturbo algico associato con fattori psicologici: disturbo somatoforme caratterizzato da dolore, con fattori psicologici che svolgono un ruolo centrale sull'esordio, sul grado di gravità o nel mantenimento del dolore.

Disturbo antisociale di personalità: disturbo della personalità caratterizzato da un quadro pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri.

Disturbo autistico (autismo): disturbo pervasivo dello sviluppo caratterizzato da un'estrema compromissione dell'interazione sociale, scarsa capacità di comunicazione e comportamento altamente ripetitivo e rigido.

Disturbo bipolare: disturbo caratterizzato da un'alternanza o da periodi misti di mania e depressione.

Disturbo bipolare I: tipo di disturbo bipolare caratterizzato da alternanza di episodi maniacali e di depressione maggiore.

Disturbo bipolare II: tipo di disturbo bipolare caratterizzato da alternanza di episodi ipomaniacali e di depressione maggiore.

Disturbo borderline di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da instabilità pervasiva nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nell'umore, e da comportamento impulsivo.

Disturbo d'ansia di separazione: disturbo infantile caratterizzato da ansia eccessiva, talora panico, ogni volta che il bambino viene allontanato da casa o da un genitore.

Disturbo d'ansia generalizzato: disturbo caratterizzato da sensazioni persistenti ed eccessive di ansia e preoccupazione riguardo a numerose situazioni e attività.

Disturbo da avversione sessuale: disturbo caratterizzato da avversione ed evitamento del contatto sessuale genitale.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD): disturbo caratterizzato da persistente disattenzione e/o da comportamento iperattivo e impulsivo.

Disturbo da desiderio sessuale ipoattivo: disturbo caratterizzato da assenza del desiderio di attività sessuale e, quindi, da un limitato livello di attività sessuale.

Disturbo da poliabuso di sostanze: comportamento maladattivo di lunga durata basato sull'abuso o sulla dipendenza da una combinazione di più sostanze.

Disturbo dell'eccitazione sessuale femminile: disfunzione della donna caratterizzata da un'incapacità persistente di raggiungere l'eccitazione sessuale e un'adeguata lubrificazione e tumescenza dei genitali durante l'attività sessuale.

Disturbo dell'identità di genere: disturbo in cui una persona si sente costantemente a disagio nei confronti del proprio sesso biologico e desidera intensamente appartenere al sesso opposto.

Disturbo dell'orgasmo femminile: disfunzione in cui una donna raggiunge l'orgasmo di rado oppure con ricorrente e notevole ritardo.

Disturbo dell'orgasmo maschile: disfunzione maschile caratterizzata dall'incapacità ricorrente o da un lungo ritardo nel raggiungere l'orgasmo dopo una fase di normale eccitazione sessuale.

Disturbo della condotta: disturbo dell'infanzia in cui il bambino viola ripetutamente i diritti degli altri, ha un comportamento aggressivo e può arrivare a distruggere la proprietà altrui, rubare o scappare da casa.

Disturbo depressivo maggiore: depressione grave, invalidante e non causata da fattori come farmaci o una condizione medica generale.

Disturbo di Asperger (sindrome di Asperger): disturbo pervasivo dello sviluppo caratterizzato, come l'autismo, da una profonda compromissione dell'interazione sociale, in cui però permane un livello relativamente alto di funzionamento cognitivo e di abilità di linguaggio.

Disturbo di conversione: disturbo somatoforme in cui un bisogno o un conflitto intrapsichico o interpersonale viene convertito in sintomi fisici gravi che interessano la funzione motoria volontaria e/o sensitiva.

Disturbo di dismorfismo corporeo: disturbo caratterizzato da preoccupazione eccessiva per qualche difetto nel proprio aspetto fisico. È detto anche dismorfofobia.

Disturbo di panico: disturbo d'ansia caratterizzato da attacchi di panico ricorrenti e imprevedibili.

Disturbo di personalità: modello molto rigido dell'esperienza interiore e del comportamento esteriore, che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e conduce a un disfunzionamento.

Disturbo di personalità passivo-aggressiva: un particolare disturbo di personalità ora incluso nel DSM come «disturbo di personalità non altrimenti specificato» o NAS, caratterizzato da un quadro pervasivo di atteggiamenti negativi e resistenza alle richieste degli altri.

Disturbo di somatizzazione: disturbo somatoforme ca-

atterizzato da lamentele fisiche molteplici e ricorrenti senza una base organica. Conosciuto anche come *sindrome di Briquet*.

Disturbo dipendente di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da un modello di attaccamento e dipendenza, timore della separazione e costante bisogno di essere accuditi.

Disturbo dissociativo dell'identità: disturbo in cui una persona sviluppa due o più personalità diverse. È detto anche *disturbo da personalità multipla*.

Disturbo distimico: disturbo dell'umore simile al disturbo depressivo maggiore, ma di durata maggiore e meno invalidante.

Disturbo evitante di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da disagio e inibizione nelle situazioni sociali, da sensazione di costante inadeguatezza e da un'estrema sensibilità alle critiche.

Disturbo fittizio: malattia senza cause fisiche identificabili in cui si ritiene che il paziente stia intenzionalmente producendo o simulando i sintomi per assumere il ruolo di malato.

Disturbo formale del pensiero: anomalia nella produzione e nell'organizzazione del pensiero.

Disturbo istrionico di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da un'emotività eccessiva e da un comportamento di ricerca di attenzione. Un tempo era detto *disturbo isterico di personalità*.

Disturbo maschile dell'erezione: disfunzione caratterizzata dall'incapacità persistente da parte di un uomo di raggiungere o mantenere l'erezione nel corso dell'attività sessuale.

Disturbo narcisistico di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da un quadro pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia.

Disturbo oppositivo-provocatorio: disturbo dell'infanzia in cui il bambino si oppone polemicamente agli adulti, perde la calma, usa un linguaggio volgare, manifesta intensa rabbia e risentimento.

Disturbo ossessivo-compulsivo: disturbo in cui una persona ha pensieri ricorrenti e indesiderati, prova la necessità di eseguire azioni rigide e ripetitive, o presenta entrambi gli aspetti.

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da una preoccupazione eccessiva per l'ordine, il perfezionismo e il controllo, tanto da comportare una perdita di flessibilità, apertura ed efficienza.

Disturbo paranoide di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da una fondamentale diffidenza e sospettosità nei confronti degli altri.

Disturbo post-traumatico da stress (DSPT): disturbo d'ansia in cui la paura e i relativi sintomi persistono a distanza di molto tempo dall'evento traumatico.

Disturbo schizoide di personalità: disturbo di personalità caratterizzato da una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive.

Disturbo schizotipico di personalità: disturbo di perso-

nalità caratterizzato da estremo disagio nelle relazioni strette, da strane forme di pensiero e percezione e da eccentricità nel comportamento.

Disturbo somatoforme: malattia o problema fisico spiegabile attraverso cause psicologiche, i cui sintomi non sono intenzionali e non sono controllati dal paziente.

Disturbi somatoformi di tipo isterico: disturbi che causano mutamenti reali nel funzionamento fisico.

Dualismo cartesiano: secondo Cartesio la realtà è divisa in due sostanze, *res cogitans* e *res extensa*. Con *res cogitans* si intende la realtà psichica a cui Cartesio attribuisce le seguenti qualità: inestensione, libertà e consapevolezza. La *res extensa* rappresenta invece la realtà fisica, che è estesa, limitata e inconsapevole.

Effetti extrapiramidali: movimenti involontari e indesiderati, come tremori incontrollabili, smorfie, contorsioni ed estrema irrequietezza, causati talora dai farmaci antipsicotici convenzionali.

Effetto sinergico: in farmacologia viene così definito un incremento degli effetti che si verificano quando più di una sostanza agisce nell'organismo nello stesso momento.

Eiaculazione precoce: disfunzione caratterizzata da orgasmo ed eiaculazione prima o subito dopo la penetrazione e prima che il soggetto lo desideri. Detta anche *eiaculazione prematura*.

Elettromiografia (EMG): dispositivo che produce un feedback sul livello di tensione muscolare a livello fisico.

Emicrania: mal di testa forte e invalidante che colpisce solo una metà della testa, preceduto spesso da sintomi che annunciano l'attacco e accompagnato talvolta da senso di vertigine, nausea o vomito.

Emotività espressa: livello generale di critica, disapprovazione e ostilità espressa in una famiglia. Le persone in remissione dalla schizofrenia hanno un alto rischio di ricaduta se nelle loro famiglie il livello di emotività espressa è elevato.

Encopresi: disturbo infantile caratterizzato dall'eliminazione di feci in luoghi inappropriati e/o negli indumenti.

Endorfine: neurotrasmettitori dotati di proprietà analgesiche e calmanti, in grado di ridurre la tensione emotiva. Vengono così chiamate le sostanze simili agli oppiacei prodotte dal cervello.

Enuresi: disturbo dell'infanzia caratterizzato dalla perdita di urina nel letto o negli abiti.

Eroina: sostanza derivata dall'oppio, che induce elevata dipendenza.

Esame dello stato mentale: batteria di domande e di osservazioni all'interno di un colloquio tese a rivelare il grado e la natura del funzionamento anormale di una persona.

Esibizionismo: parafilia in cui una persona ha impulsi o fantasie ricorrenti, sessualmente eccitanti, di mostrare i propri genitali ad altre persone e può agire spinta da questi impulsi.

Esposizione e prevenzione della risposta: trattamento comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo che espone il soggetto a pensieri o situazioni ansiogeni e successivamente gli impedisce di mettere in atto gli atti compulsivi a cui è abituato. È detto anche *esposizione e prevenzione del rituale*.

Euforia: stato o episodio di euforia con attività frenetica, illimitata fiducia nelle proprie capacità, a volte con idee di grandezza.

Falsificabilità: per Popper le ipotesi scientifiche sono controllabili dall'esperienza, nel senso che è possibile elaborare test per controllarne la falsità. In altri termini l'unico elemento che raccomanda un'ipotesi scientifica è la sua resistenza ai vari tentativi di falsificarla. È questo che dà carattere empirico alle teorie scientifiche e non l'assunzione della validità di procedimenti induttivi che cerchino di giustificare il passaggio da esempi particolari a una legge generale.

Farmaci antipsicotici: farmaci che aiutano a correggere un'attività di pensiero confusa o distorta.

Farmaci antipsicotici atipici: gruppo di farmaci antipsicotici relativamente nuovi, con un'azione biologica diversa da quella degli antipsicotici tradizionali.

Farmaci neurolettici: farmaci antipsicotici convenzionali, così definiti per la loro capacità di produrre effetti collaterali simili ai sintomi dei disturbi neurologici.

Farmaci psicotropi: medicinali che agiscono principalmente sul cervello e riducono molti sintomi delle disfunzioni cerebrali. Si dice sostanza psicotropa 1) una sostanza chimica farmacologicamente attiva; 2) una sostanza dotata di azione psicotropa, ovvero capace di alterare l'attività mentale; 2) una sostanza in grado di indurre, in diverso grado, fenomeni di tolleranza, assuefazione e dipendenza attiva.

Farmaco sedativo-ipnotico: farmaco che usato a dosi basse riduce l'ansia e a dosi più alte è un sonnifero. Detto anche *ansiolitico*.

Fase del desiderio: fase del ciclo di risposta sessuale consistente nel desiderio di praticare attività sessuale, fantasie sessuali e attrazione sessuale per altre persone.

Fase dell'eccitazione: fase del ciclo di risposta sessuale caratterizzata da modificazioni nella zona pelvica, eccitazione fisica generale e aumento del battito cardiaco, della tensione muscolare, della pressione sanguigna e della frequenza della respirazione.

Fase dell'orgasmo: fase del ciclo di risposta sessuale durante la quale il piacere sessuale di un individuo e la tensione sessuale raggiungono l'apice mentre i muscoli della regione pelvica si contraggono ritmicamente.

Fenotiazine: gruppo di farmaci antistaminici, tra i primi farmaci antipsicotici efficaci.

Feticismo: parafilia consistente in impulsi, fantasie e comportamenti sessuali ricorrenti e intensi che comportano l'uso di oggetti inanimati ed escludono spesso qualunque altro stimolo.

Feticismo da travestimento: parafilia consistente in impulsi, fantasie e comportamenti sessuali ripetuti e intensi che comportano l'indossare i vestiti del sesso opposto. Conosciuto anche come travestitismo o *cross-dressing*.

Flooding: anche immersione, indica un trattamento delle fobie in cui il soggetto viene esposto ripetutamente e senza gradualità all'oggetto temuto, per fargli capire che esso è in realtà innocuo.

Fobia: paura persistente e irrazionale di un oggetto, di un'attività o di una situazione particolare.

Fobia sociale: paura intensa e persistente di situazioni sociali in cui si è esposti a un possibile giudizio da parte degli altri e si teme di agire in modo tale da essere imbarazzati.

Fobia specifica: paura intensa e persistente di un oggetto o di una situazione specifica (diversa dall'agorafobia e dalla fobia sociale).

Formazione reattiva: meccanismo di difesa dell'Io in cui le persone sopprimono desideri ritenuti inaccettabili assumendo comportamenti che esprimono desideri opposti.

Frenologia: dottrina dell'Ottocento e da tempo abbandonata secondo la quale vi sarebbe una correlazione tra caratteristiche psichiche e forma del cranio.

Frotteurismo: parafilia consistente in impulsi, fantasie o comportamenti sessuali ricorrenti e intensi di toccare o sfregarsi contro una persona ignara.

Fuga dissociativa: disturbo in cui una persona si allontana dalla propria residenza abituale e può assumere una nuova identità, dimenticando il suo passato.

Funzionalismo: è un indirizzo di ricerca che interpreta i fenomeni psichici non come elementi disgiunti fra loro ma come funzioni mediante le quali l'organismo si adatta all'ambiente sociale e fisico.

Funzione riflessiva: si intende la capacità di riconoscere e comprendere l'esperienza psicologica propria e degli altri. Lo sviluppo di tale capacità, permette al bambino di dare un senso e rendere prevedibile il comportamento altrui, di interpretarlo e mettere in atto delle risposte adattive.

Fusione: processo di unione di due o più subpersonalità nel disturbo da personalità multipla.

GABA: acido gamma-aminobutirrico, un neurotrasmettitore il cui malfunzionamento è stato collegato al disturbo d'ansia generalizzato.

Gene: è l'unità ereditaria fondamentale degli organismi viventi. Concretamente, essa corrisponde a una sequenza di acidi nucleici (DNA o, più raramente, di RNA) composta da regioni trascritte e regioni regolatorie. La somma delle sequenze geniche codificanti (ovvero gli esoni, anche se esistono esoni non codificanti), insieme a quelle non codificanti (introni), è detta genoma.

Generalizzazione dello stimolo: fenomeno in cui le reazioni a un determinato stimolo vengono prodotte anche da altri stimoli simili.

Gestore di casi psichiatrici: terapeuta di comunità che offre una gamma completa di servizi rivolti a pazienti schizofrenici o affetti da altre psicopatologie, come consulenza terapeutica, somministrazione di terapie, assistenza e difesa dei diritti dei pazienti.

Gruppo di auto aiuto: gruppo costituito da persone con problemi simili che si aiutano e si sorreggono reciprocamente senza la guida diretta di un clinico. Chiamato anche *gruppo di aiuto reciproco*.

Holding: termine introdotto da Winnicott per definire la capacità della madre di fungere da contenitore delle angosce del bambino.

Ignoratore di morte: persona che tenta il suicidio senza aver piena coscienza del carattere definitivo della morte.

Impotenza appresa: percezione, basata sulle esperienze passate, di non avere il controllo sui rinforzi nella propria vita.

Inibitore MAO: farmaco antidepressivo che blocca l'azione dell'enzima monoaminossidasi.

Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): gruppo di farmaci antidepressivi di seconda generazione che aumentano specificamente l'attività della serotonina, senza influsso su altri neurotrasmettitori.

Iniziatore di morte: persona che tenta il suicidio con la convinzione che il processo di morte sia già in corso e che stia soltanto accelerandolo.

Insonnia: difficoltà di addormentamento o a restare addormentati.

Intervento chirurgico per cambiare sesso: operazione chirurgica che cambia gli organi sessuali di un individuo e, di conseguenza, l'identità sessuale. Detto anche *intervento chirurgico per la riassegnazione del sesso*.

Intervento in caso di crisi: approccio terapeutico che tenta di aiutare le persone in crisi psicologica a considerare la propria situazione in modo più attento, prendere decisioni migliori, comportarsi in modo più costruttivo e superare la crisi.

Introspezione: metodo che utilizza un certo tipo di indagine, nella quale si chiede al soggetto di riferire verbalmente circa gli eventi (contenuti e/o processi) che si sono svolti nella sua mente durante l'esecuzione di un dato compito.

Inventari reattivi: tipi di test messi a punto per misurare le reazioni di un soggetto riguardanti un'area specifica di funzionamento, come l'affettività, le abilità sociali e i processi cognitivi.

Inventario di personalità: test messo a punto per misurare caratteristiche generali di personalità e costituito da affermazioni su comportamenti, credenze e sentimenti che le persone giudicano rappresentativi o non rappresentativi di sé.

Ipertensione: pressione sanguigna costantemente elevata.

Ipocondria: disturbo in cui le persone si convincono che manifestazioni fisiologiche normali siano sintomi di una malattia grave.

Ipotalamo: struttura cerebrale che controlla numerose funzioni somatiche, comprese la fame e il desiderio di mangiare.

Ipotesi dopaminergica: teoria secondo la quale la schizofrenia è il risultato di una eccessiva attività del neurotrasmettitore dopamina.

Isolamento: meccanismo difensivo dell'Io in cui le persone si isolano inconsciamente e disconoscono i pensieri indesiderabili e non voluti, interpretandoli come interferenze estranee.

Istruzione speciale: approccio educativo per bambini con ritardo mentale che prevede classi separate e un'istruzione mirata e specifica.

Laboratorio protetto: luogo di lavoro protetto e con supervisione costante, che fornisce opportunità e formazione professionale a un ritmo e a un livello adeguati a persone con disabilità psichiche diverse.

Linfociti: globuli bianchi, cellule del sangue che circolano nel sistema linfatico e nel flusso sanguigno, con la funzione di aiutare l'organismo a identificare e distruggere antigeni e cellule cancerose.

Litio: elemento metallico che si trova in natura come sale minerale ed è un trattamento efficace dei Disturbi Bipolari.

Locus ceruleus: piccola area cerebrale che sembra essere attiva nella regolazione delle emozioni. Molti dei suoi neuroni utilizzano noradrenalina.

LSD (dietilamide dell'acido lisergico): sostanza allucinogena ricavata dagli alcaloidi dell'ergot.

Ludoterapia: approccio per il trattamento dei disturbi infantili che ha lo scopo di aiutare i bambini a esprimere i conflitti interiori e le emozioni attraverso il disegno, il gioco con gli oggetti e l'invenzione di storie.

Mainstreaming: inserimento di bambini con ritardo mentale in classi scolastiche regolari. Detto anche *inclusione*.

Malattia di Alzheimer: forma più diffusa di demenza che insorge di solito dopo i 65 anni.

Marijuana: sostanza derivata da germogli, foglie e fiori della canapa, *Cannabis sativa*.

Masochismo sessuale: parafilia caratterizzata da impulsi, fantasie e comportamenti sessuali ricorrenti e intensi che comportano l'essere umiliati, percossi, legati o subire altri tipi di sofferenza.

Memoria: capacità di ricordare eventi e nozioni apprese in passato.

Metamfetamina: potente sostanza amfetaminica molto diffusa negli ultimi anni, tanto da essere causa di gravi problemi di salute e di ordine pubblico.

Metilfenidato: farmaco stimolante meglio noto con il nome commerciale Ritalin, usato per il trattamento dell'ADHD.

Metodica neurologica: tecnica che misura direttamente la struttura o l'attività cerebrale.

Modellamento: processo di apprendimento in cui una persona osserva e quindi imita gli altri. Indica anche un approccio terapeutico basato sullo stesso principio.

Modello: l'insieme di concezioni teoriche che aiutano gli scienziati a spiegare e a interpretare le osservazioni. È chiamato anche *paradigma*.

Modello familiare invischiato: sistema familiare in cui i membri sono eccessivamente coinvolti nelle vite di tutti gli altri e troppo preoccupati del loro benessere.

Morfina: sostanza derivata dall'oppio particolarmente efficace nel ridurre il dolore; induce elevata dipendenza.

Morte subintenzionale: morte in cui la vittima svolge un ruolo indiretto, nascosto, parziale o inconscio.

Neurone: l'unità cellulare che costituisce il tessuto nervoso, il quale concorre alla formazione, insieme al tessuto della nevroglia e al tessuto vascolare, del sistema nervoso. Grazie alle sue peculiari proprietà fisiologiche e chimiche è in grado di ricevere, integrare e trasmettere impulsi nervosi, nonché di produrre sostanze denominate neurosecreti.

Neurotrasmettitore: è la sostanza chimica rilasciata da un neurone nello spazio sinaptico e captata dai recettori sui dendriti dei neuroni prossimi.

Neutralizzazione: tentativo di eliminare pensieri indesiderati pensando e comportandosi in modo da sistemare le cose interiormente per contrastare i pensieri inaccettabili.

Noradrenalina (o norepinefrina): neurotrasmettitore la cui attività anomala è collegata al disturbo di panico e alla depressione.

Normalizzazione: principio secondo il quale istituzioni e strutture di comunità dovrebbero esporre le persone con ritardo mentale a condizioni di vita e a opportunità simili a quelle esistenti per il resto della società.

Nuclei caudati: strutture cerebrali che hanno sede nella regione detta dei gangli basali, attiva nella conversione delle informazioni sensoriali in pensieri e azioni.

Oggetto scientifico: secondo la recente epistemologia è un'entità astratta poiché prodotto delle manipolazioni strumentali, fascio di relazioni che si sceglie di indagare dopo aver stabilito i criteri di protocollarietà; l'oggetto è dunque un costrutto, un'entità teorica direttamente sperimentabile attraverso una rete di nessi logici, esplicita e ispezionabile, che consenta in qualunque momento e a chiunque di coglierne in modo oggettivo l'articolazione e la consequenzialità.

Opiacei: oppio e qualsiasi sostanza da esso derivata, come morfina, eroina e codeina.

Oppio: sostanza ricavata dalla linfa lattiginosa del papavero da oppio.

Ormoni: è un messaggero chimico che trasmette segnali da una cellula (o un gruppo di cellule) a un'altra cellula (o altro gruppo di cellule). Tale sostanza è prodotta da un organismo con il compito di modularne il metabolismo e/o l'attività di tessuti e organi dell'organismo stesso.

Ospedali statali: negli Stati Uniti, ospedali psichiatrici pubblici gestiti dai singoli stati.

Osservazione: è una pratica comune utilizzata per conoscere la realtà che ci circonda, è il tentativo di acquisire conoscenze, in maniera più o meno precisa, più o meno sistematica. La persona che osserva assume un ruolo di notevole importanza: l'osservatore è in qualche modo la persona che «seleziona» i dati dell'osservazione.

Ossessione: pensiero o idea, impulso o immagine persistente che si ripresenta costantemente in modo intrusivo e provoca ansia.

Parafilie: disturbi caratterizzati da impulsi, fantasie o comportamenti sessuali ricorrenti e intensi che riguardano oggetti inanimati, bambini, adulti non consenzienti o esperienze di sofferenza e umiliazione.

Parasuicidio: tentativo di suicidio fallito.

Paura: reazione psicologica ed emotiva del sistema nervoso centrale in presenza di una seria minaccia al proprio benessere.

Pedofilia: parafilia in cui una persona ha impulsi e fantasie sessuali ripetuti e intensi di guardare, toccare o avere rapporti sessuali con bambini prepuberi, e può attuare questi impulsi o fantasie.

Pensieri automatici: flusso costante di pensieri negativi e sgradevoli che contribuiscono a causare o a mantenere depressione, ansia o altri disturbi psicologici.

Pensiero dicotomico: atteggiamento consistente nel considerare i problemi e le soluzioni in termini rigidi di o/oppure.

Personalità secondaria: due o più personalità diverse presenti nelle persone affette dal disturbo dissociativo dell'identità. Sono dette anche *personalità alternative*.

Placche senili: depositi sferici della beta-amiloide che si

formano negli spazi intercellulari del cervello e in certi vasi sanguigni con l'invecchiamento. Le persone con l'Alzheimer hanno un numero elevato di queste placche.

Placebo: farmaco fittizio considerato vero dal paziente.

Predisposizione: tendenza a sviluppare determinate paure.

Principio di costanza: l'apparato psichico tende a mantenere al livello più basso possibile l'eccitazione.

Principio di realtà: regola i processi secondari che sono modificazioni dei processi primari. Con le parole di Freud: «[con il processo secondario] non è più stato rappresentato quanto era piacevole ma ciò che è reale anche se doveva risultare spiacevole» (Freud, 1911, p. 454).

Processo primario: è la caratteristica del sistema Inconscio ed è rappresentato dal libero fluire dell'energia psichica da una rappresentazione all'altra: ne consegue la tendenza all'immediata gratificazione. Di questo principio sono caratteristici il fenomeno della «condensazione» ovvero dell'unione di diverse rappresentazioni in una sola e dello «spostamento» ovvero del meccanismo in base al quale i sentimenti legati ad una rappresentazione psichica vengono spostati su un'altra emotivamente neutra per il soggetto.

Processo secondario: è un modo di funzionamento dell'apparato psichico che caratterizza il sistema Preconscio e Conscio; prevede un differimento della scarica psichica con differimento della gratificazione. L'energia è controllata e il suo fluire non è libero.

Programma di mantenimento con metadone: metodo di trattamento della dipendenza da eroina che prevede la somministrazione legale di dosi di metadone, una sostanza sintetica sostitutiva, sotto stretto controllo medico.

Programma di prevenzione del suicidio: programma che tenta di identificare le persone a rischio di suicidio e di offrire loro un intervento in caso di crisi.

Programma di rinforzo a premi: programma comportamentale in cui un comportamento adeguato viene sistematicamente rinforzato con l'attribuzione di gettoni che possono essere scambiati con beni o servizi.

Prospettiva di rischio multifattoriale: questa teoria identifica diversi tipi di fattori di rischio che si ritiene agiscano in combinazione nel causare un disturbo. Più sono i fattori presenti, maggiore è il rischio di sviluppare il disturbo.

Prospettiva multicultural: visione secondo la quale ogni cultura possiede un insieme di valori e di convinzioni, ma subisce anche pressioni esterne particolari che aiutano a spiegare il comportamento dei suoi membri. Chiamata anche *prospettiva culturalmente diversa*.

Protocollo: nella filosofia neopositivista costituisce la registrazione di un dato dell'esperienza immediata in un'enunciazione elementare, quest'ultima detta proposizione protocollare.

Pseudodemenza: quadro clinico caratterizzato da un deterioramento cognitivo che in realtà sottende una depressione sotto-soglia o non diagnosticata. Esso differisce dalla demenza per: insorgenza improvvisa, progressione rapida, consapevolezza dei deficit, disturbi della memoria, enfasi della disabilità, comportamento incongruo alla gravità del

deficit, risposte «globali» (per esempio «non so»), assenza di variazioni notturne, umore depresso, frequenti sintomi vegetativi, precedenti psichiatrici, rischio di suicidio (Trabucchi, 1998).

Psicochirurgia: chirurgia cerebrale per disturbi mentali, detta anche *neurochirurgia*.

Psicogeriatra: ambito della psicologia che studia il benessere psicologico delle persone di età avanzata.

Psiconeuroimmunologia: studio dei collegamenti fra stress, sistema immunitario e malattia.

Psicosi: condizione in cui una persona perde il contatto con la realtà in maniera essenziale.

Psicoterapia interpersonale (IPT): trattamento della depressione unipolare basata sull'ipotesi che identificare e modificare i problemi interpersonali aiuti a guarire dalla depressione.

Pulsione: è un concetto limite tra lo psichico e il somatico ed è da intendersi come il rappresentante psichico degli stimoli che traggono origine dall'interno del corpo e pervengono alla psiche: una misura delle operazioni che sono richieste alla sfera psichica in forza della connessione con quella corporea (Freud, 1915). In altre parole, è l'eccitazione di tipo somatico che promuove i processi psichici, premendo sull'individuo e spingendolo a sviluppare quei comportamenti che permettono una scarica della tensione provocata dalla spinta pulsionale. Freud usò il termine «Trieb», che nel linguaggio corrente tedesco ha molteplici e generici significati, ipotizzando che le tendenze (trieb, appunto) riscontrate nel comportamento umano fossero originate da cariche di energia biologica di origine somatica. La pulsione avrebbe pertanto, in comune con gli istinti, un'origine biologica. Le pulsioni si svilupperebbero in maniera plastica, con un'economia idonea a dare soddisfazione e a scaricare la carica di energia somatica. Il concetto fu definito da Freud stesso come «psicobiologico».

Quoziente di intelligenza (QI): punteggio complessivo ottenuto tramite un test di intelligenza.

Quoziente intellettuale (QI): punteggio ottenuto tramite test dell'intelligenza, che in teoria rappresenta la capacità intellettuale generale di un individuo.

Rap group: gruppo che si riunisce per parlare dei problemi dei diversi membri e quelli individuali in un'atmosfera di aiuto e sostegno reciproco.

Residenza assistita: residenza per persone affette da schizofrenia o altri gravi psicopatologie, spesso gestita da paraprofessionisti. Detta anche *residenza protetta* o *terapeutica*.

Resilienza: rappresenta un processo attraverso il quale un soggetto colpito da un evento traumatico può mettere in atto, proprio a partire da questo, la capacità di scoprire e intraprendere nuovi atteggiamenti e comportamenti, trasformando, laddove ciò sia possibile, gli ostacoli in potenzialità.

Rêverie: secondo Bion processo attraverso il quale la madre elabora e trasforma le proiezioni del suo bambino, tra le quali angoscia e terrore, e glielo restituisce bonificate dal pensiero e dall'affetto.

Rimozione: è tra i principali concetti della psicoanalisi. In senso generale si può dire che la rimozione è un'operazione

psichica che respinge (rimuove) nell'inconscio una rappresentazione legata a una pulsione.

Riorientamento orgasmico: procedimento per trattare certe parafilie che insegna ai clienti a rispondere a fonti di stimolo sessuale nuove e più adeguate.

Ritardo grave: livello di ritardo mentale (QI compreso fra 20 e 34) per il quale i soggetti richiedono una supervisione attenta e possono imparare a eseguire lavori semplici in ambienti strutturati e protetti.

Ritardo gravissimo: livello di ritardo mentale (QI inferiore a 20) per il quale i soggetti hanno bisogno di strutture specializzate con assistenza e sorveglianza continue.

Ritardo lieve: livello di ritardo mentale con QI compreso tra 50 e 70, in cui gli individui traggono beneficio dall'istruzione e da adulti sono in grado di provvedere a se stessi.

Ritardo mentale: disturbo caratterizzato da un funzionamento intellettivo e da un comportamento adattivo molto al di sotto della media.

Ritardo moderato: livello di ritardo mentale (QI compreso fra 35 e 50) che consente ai soggetti di badare a se stessi e di avere una formazione professionale.

Ruolo dello spettatore: stato psicologico che alcune persone vivono durante il sesso, concentrandosi sulla performance sessuale a un livello tale che il rapporto e il piacere ne risultano ridotti.

Sadismo sessuale: parafilìa caratterizzata da impulsi, fantasie o comportamenti sessuali ripetuti e intensi che implicano l'infliggere sofferenza alle altre persone.

Saturazione masturbatoria: trattamento comportamentale in cui un cliente si masturba per un periodo di tempo molto lungo ricorrendo a fantasie specifiche e dettagliate su un oggetto parafilico. Con questa cura si intende generare una sensazione di noia che a sua volta dovrebbe trasferirsi all'oggetto.

Schizofrenia: disturbo psicotico in cui il funzionamento personale, sociale e occupazionale si deteriora a causa di percezioni strane, emozioni insolite e anomalie motorie.

Secondi messaggeri: cambiamenti chimici che avvengono all'interno di un neurone subito dopo la ricezione di un messaggio tramite neurotrasmettitore e subito prima della risposta.

Sensibilità all'ansia: tendenza a fissarsi sulle sensazioni fisiche, a valutarle in modo illogico e a interpretarle negativamente.

Serotonina: neurotrasmettitore la cui attività anomala è connessa a depressione, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi dell'alimentazione.

Set point ponderale: peso che ciascun individuo è predisposto a mantenere, controllato in parte dall'ipotalamo.

Sfidatore di morte: persona con pensieri ambivalenti riguardo al desiderio di morire perfino nell'atto di suicidio.

Sinapsi: è il punto di contatto tra la terminazione nervosa di un neurone e il dendrite di un altro.

Sindrome: insieme di sintomi che in genere si presentano contemporaneamente.

Sindrome alcolico fetale: insieme di problemi del bambino, tra cui scarso funzionamento intellettivo, basso peso alla nascita, anomalie delle mani e del volto che derivano da

una eccessiva assunzione di alcol da parte della madre in gravidanza.

Sindrome da carenza di gratificazioni: condizione che si presume sia presente in alcuni individui, in cui il centro di gratificazione non viene prontamente attivato dai normali eventi della vita.

Sindrome di Down: forma di ritardo mentale causato da un'anomalia del cromosoma 21.

Sindrome di Korsakoff: disturbo correlato all'uso di alcol, caratterizzato da estrema confusione e problemi di memoria.

Sindrome di Münchhausen: forma estrema e cronica di un disturbo fittizio.

Sindrome di Münchhausen per procura: disturbo fittizio nel quale i genitori inducono o procurano malattie ai propri figli. Noto anche come disturbo fittizio per procura.

Sintomi negativi: sintomi di schizofrenia che sembrano deficit del pensiero, delle emozioni o del comportamento normali.

Sintomi positivi: sintomi di schizofrenia che appaiono come eccessi o aggiunte bizzarre a pensieri, emozioni o comportamenti peraltro normali.

Sistema: insieme di elementi coordinati tra loro in una unità funzionale.

Sistema di classificazione: elenco di disturbi, descrizioni dei sintomi e indicazioni per effettuare diagnosi corrette.

Sistema di comunicazione aumentativa: metodo per migliorare le capacità di comunicazione dei soggetti con disturbo autistico, ritardo mentale o paralisi cerebrale che prevede il ricorso a immagini, simboli, lettere o parole su un apposito tabellone o su un computer.

Sistema endocrino: sistema di ghiandole localizzate in tutto il corpo che contribuisce al controllo di attività importanti come la crescita e l'attività sessuale.

Sistema immunitario: sistema di attività e di cellule che identificano e distruggono antigeni e cellule cancerose.

Sistema nervoso autonomo (SNA): insieme di fibre nervose che collegano il sistema nervoso centrale a tutti gli altri organi.

Sistema nervoso parasimpatico: fibre nervose del sistema nervoso autonomo che rallentano il funzionamento degli organi dopo lo stimolo e riportano altri processi fisiologici alla normalità.

Sistema nervoso simpatico: fibre nervose del sistema nervoso autonomo che fanno accelerare il battito cardiaco e producono altri cambiamenti percepiti come allarme e paura.

Sostanze antagoniste: sostanze che bloccano o modificano gli effetti di una droga che induce dipendenza.

Sostanze cannabinoidi: sostanze ricavate dalle varietà della canapa *Cannabis sativa*. Provocano effetti allo stesso tempo allucinogeni, depressivi e stimolanti.

Standardizzazione: processo nel quale viene somministrato un test a un ampio campione di persone; i risultati servono poi da standard o norma rispetto alla quale misurare il punteggio individuale di altre persone.

State school (USA): istituzione pubblica per persone con ritardo mentale.

Stile di personalità di Tipo A: modello di personalità caratterizzato da ostilità, cinismo, tensione costante, impazienza, competitività e ambizione.

Stile di personalità di Tipo B: modello di personalità in cui le persone sono più rilassate, meno aggressive e meno preoccupate del tempo.

Studio del pedigree familiare: tipo di ricerca in cui gli studiosi stabiliscono quanti e quali familiari di una persona con un disturbo psicologico hanno lo stesso problema.

Stupro: rapporto sessuale o altro atto sessuale imposto con la forza a una persona non consenziente, o rapporto sessuale con una persona minorenni.

Suicidio: morte che si causa a se stessi intenzionalmente, direttamente e consciamente.

Tecniche di neuroimaging: metodiche neurologiche che forniscono immagini della struttura o dell'attività cerebrale, come TAC, PET e i due tipi di risonanza magnetica; dette anche tecniche di scansione cerebrale.

Teoria dei sistemi familiari: teoria secondo la quale la famiglia è un sistema di parti interagenti, le cui interazioni seguono modelli costanti e regole non espresse.

Teoria della mente: capacità di attribuire stati mentali a se stesso e agli altri e di prevedere il comportamento sulla base di tali stati.

Terapia avversiva: trattamento in cui vengono ripetutamente abbinati stimoli spiacevoli alla messa in atto di comportamenti che si vogliono eliminare, come l'assunzione di una sostanza.

Terapia centrata sul paziente: terapia umanistica sviluppata da Carl Rogers, nella quale il rapporto del terapeuta con il paziente è fondato su accettazione, empatia e autenticità.

Terapia cognitiva: terapia sviluppata da Aaron Beck orientata a far acquisire al paziente una consapevolezza dei propri processi di pensiero erronei e a modificarli.

Terapia della Gestalt: terapia umanistica sviluppata da Fritz Perls in cui i clinici stimolano attivamente i clienti alla considerazione e all'accettazione di sé usando alcune tecniche (gioco di ruolo ed esercizi di autoscoperta).

Terapia di comunità: approccio umanistico per il trattamento istituzionale, basato sull'idea che le istituzioni possano agevolare il recupero dei pazienti attraverso la creazione di un clima che favorisca il rispetto di sé, il comportamento responsabile e un'attività significativa.

Terapia di coppia: tipo di terapia in cui il terapeuta lavora con due persone che intrattengono una relazione duratura. Viene definita anche *terapia coniugale*.

Terapia di gruppo: tipo di terapia in cui un gruppo di persone con problemi simili incontra un terapeuta per affrontare quei problemi.

Terapia elettroconvulsiva (TEC): tipo di trattamento biologico usato soprattutto con pazienti depressi in cui vengono provocate delle convulsioni quando una scarica elettrica passa attraverso gli elettrodi posti sulla fronte del paziente.

Terapia esistenziale: terapia che incoraggia i pazienti ad accettare le responsabilità della propria vita, ad attribuire ad essa un maggiore significato e a credere nei suoi valori.

Terapia familiare: tipo di terapia in cui un terapeuta in-

contra tutti i membri di una famiglia e li aiuta a cambiare attraverso metodi terapeutici.

Terapia ipnotica: trattamento in cui un paziente si sottopone all'ipnosi e viene poi guidato a ricordare eventi dimenticati o a svolgere altre attività terapeutiche. È detta anche *ipnoterapia*.

Terapia post-dimissioni: programma di trattamento di comunità successivo a un ricovero in ospedale.

Terapia razionale-emotiva: terapia cognitiva elaborata da Albert Ellis per aiutare i pazienti a identificare e a modificare le convinzioni e i pensieri irrazionali che contribuiscono a provocare i loro disturbi psicologici.

Terapie culturalmente sensibili: approcci che cercano di analizzare i problemi specifici affrontati dai membri dei gruppi minoritari.

Terapie sensibili al genere: approcci che affrontano le problematiche specifiche dell'essere donna nella società occidentale. Chiamate anche *terapie femministe*.

Test: sistema di raccolta di informazioni su alcuni aspetti del funzionamento psicologico di una persona, dalle quali è possibile inferire altre informazioni riguardo a essa.

Test di intelligenza: test ideato per misurare l'abilità intellettuale di una persona.

Test neuropsicologico: test che rileva l'esistenza di problemi cerebrali attraverso la misurazione delle capacità cognitive, percettive e motorie di una persona.

Test proiettivo: test costituito da materiale ambiguo, soggetto all'interpretazione e alla risposta della persona.

Test psicofisiologico: test che misura le reazioni fisiche (come il battito cardiaco e la tensione muscolare) come possibili indizi di problemi psicologici.

Tetraidrocannabinolo (THC): il principale principio attivo delle sostanze cannabinoidi.

Tolleranza: adattamento del cervello e del fisico all'uso regolare di determinate droghe, di modo che sono necessarie dosi sempre maggiori per ottenere prima lo stesso effetto.

Tortura: uso di strategie brutali, degradanti e disorientanti per ridurre le vittime a uno stato di completa impotenza.

Training autogeno: procedura terapeutica che insegna ai soggetti a rilassarsi volontariamente, in modo da riuscire a calmarsi in situazioni di stress.

Trattamenti di esposizione: trattamenti comportamentali che prevedono l'esposizione del soggetto fobico all'oggetto o alla situazione temuti.

Triade cognitiva: le tre forme di pensiero negativo che nella teoria di Aaron Beck portano a sentirsi depressi. La triade è costituita dalla visione negativa delle proprie esperienze, di se stessi e del futuro.

Triciclico: farmaco antidepressivo come l'imipramina, con una struttura molecolare costituita da tre anelli.

Tumescenza notturna del pene (TNP): erezione nel sonno.

Ulcera: lesione che si forma nella parete della stomaco o del duodeno.

Vaginismo: condizione caratterizzata da spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina, che ostacola la penetrazione.

Validità: accuratezza di un test o dei risultati di uno studio,

ossia la misura in cui quel test o studio effettivamente verifica o dimostra ciò che afferma.

Valutazione: processo di raccolta e interpretazione di informazioni di rilievo su un paziente o un soggetto partecipante a una ricerca.

Voyeurismo: parafilia in cui una persona ha desideri sessuali ricorrenti e intensi di osservare, in segreto, persone ignare mentre si svestono, o di spiare coppie mentre hanno rapporti sessuali; può agire spinto da questi desideri.



BIBLIOGRAFIA

- AA World Services (2008), *AA fact file*, AA World Services, New York, NY.
- AAAAI (American Academy of Allergy Asthma & Immunology), (2005, June), *Topic of the Month: Enjoy summer vacation with allergies and asthma*, Author, Milwaukee, WI.
- AAMR (American Association on Mental Retardation) (2005), *AAMR fact sheets*, from AAMR.
- Abbey S. E. (2005), *Somatization and somatoform disorders*, in Levenson J. L. (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Abbugao M. (2007), *Asian lives: Singapore transsexual battles culture of shame*, «AFP», september 10, 2007.
- Abel G. G., Becker J. V., Cunningham-Rathner J. (1984), *Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults*, «Inter. J. Law Psychiat.», 7, 89-103.
- Abel G. G., Jordan A., Hand C. G., Holland L. A., Phipps A. (2001), *Classification models of child molesters utilizing the Abel Assessment for child sexual abuse interest*, «Child Abuse Negl.», 25(5), pp. 703-18.
- Abel G. G., Lawry S. S., Karlstrom E., Osborn C. A., et al. (1994), *Screening tests for pedophilia*, «Criminal Justice and Behavior», 2(1), pp. 115-31.
- Abela J. R. Z., Brozina K., Seligman M. E. P. (2004), *A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression*, «Brit. J. Clin. Psychol.», 32(2), pp. 111-28.
- Abela J. R. Z., Hankin B. L. (2008), *Depression in children and adolescents: Causes, treatment, and prevention*, in Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Abercrombie H. C., Schaefer S. M., Larson C. L., Oakes T. R., Lindgren K. A., Holden J. E., et al. (1998), *Metabolic rate in the right amygdala predicts negative affect in depressed patients*, «Neuroreport», 9, pp. 3301-7.
- Abraham K. (1916), *Ricerche sul primissimo stadio evolutivo della libido*, in *Opere I*, Bollati Boringhieri, Torino 1997.
- Abraham K. (1921), *Contributions to the theory of the anal character*, in Stein D. J., Stone M. H. (Eds.), *Essential papers on obsessive-compulsive disorders*, New York University Press, New York, NY 1997.
- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (1984), *Eating disorders: The facts*, Oxford University Press, New York, NY.
- Abramowitz J. S. (2008), *Is nonparaphilic compulsive sexual behavior a variant of OCD?*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), (2008), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Abramowitz S. I. (1986), *Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 54(2), 183-9.
- Abramson L. Y., Alloy L. B., Hankin B. L., Haeffel G. J., MacCoon D. G., Gibb B. E. (2002), *Cognitive vulnerability—Stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Abramson L. Y., Metalsky G. I., Alloy L. B. (1989), *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*, «Psychol. Rev.», 96(2), pp. 358-72.
- Abramson L. Y., Seligman M. E., Teasdale J. D. (1978), *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*, «J. Abnorm. Psychol.», 87(1), pp. 49-74.
- Acocella J. (1999), *Creating hysteria: Women and multiple personality disorder*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Acosta M. C., Haller D. L., Schnoll S. H. (2005), *Cocaine and stimulants*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Adam K. S., Bouckoms A., Streiner D. (1982), *Parental loss and family stability in attempted suicide*, «Arch. Gen. Psychiat.», 39(9), 1081-5.
- Adams R. E., Boscarino J. A. (2005), *Stress and well-being in the aftermath of the World Trade Center attack: The continuing effects of a communitywide disaster*, «J. Comm. Psychol.», 33(2), pp. 175-90.
- Addington D., Addington J. (2008), *First-episode psychosis*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.

- Adler G. (2000); *The alliance and the more disturbed patient*, in Levy S. T. (Ed.), *The therapeutic Alliance*, «Workshop series of the American Psychoanalytic Association», Monograph 9, International Universities Press, Madison, CT.
- Adler N. E., Boyce T., Chesney M. A., Cohen S., Folkman S., Kahn R. L., et al. (1994), *Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient*, «Amer. Psychologist», 49(1), pp. 15-24.
- Affatati V., Di Nicola V., Santoro M., Bellomo A., Todarello G., Todarello O. (2004), *Psychotherapy of gender identity disorder: Problems and perspectives*, «Medica Psicosomatica», 49(1-2), pp. 57-64.
- Agazzi E. (1976), *La natura del modello*, in Dalle Fratte G. (Ed.) *Teoria dei modelli in pedagogia. Atti del simposium internazionale (Trento, 13-14 ottobre 1983)*, Federazione Provinciale Scuole Materne, Trento 1984.
- Agronin M. E. (2006), *Personality disorders*, in Jeste D. V., Friedman J. H. (Eds.), *Psychiatry for neurologists*, Humana Press, Totowa, NJ.
- AHA (American Heart Association), (2005), *Coronary heart disease and angina pectoris*, Author, Dallas, TX.
- Ahrens C. E., Dean K., Rozee P. D., McKenzie M. (2008), *Understanding and preventing rape*, in Denmark F.L., Paludi M. A. (Eds.), *Psychology of women: A handbook of issues and theories* (2nd ed.), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Airan R. D., Meltzer L. A., Madhuri R., Gong Y., Chen H., Deisseroth K. (2007), *Highspeed imaging reveals neurophysiological links to behavior in an animal model of depression*, «Science», 317, pp. 819-23.
- Ajdacic-Gross V., Ring M., Gadola E., Lauber C., Bopp M., Gutzwiller F., et al. (2008), *Suicide after bereavement: An overlooked problem*, «Psychol. Med.», 38(5), pp. 673-6.
- Akaike A. (2006), *Preclinical evidence of neuroprotection by cholinesterase inhibitors*, «Alz. Disease Assoc. Disord.», 20(2, Suppl. 1), S8-S11.
- Akashi Y. J., Nakazawa K., Sakakibara M., Miyake F., Musha H., Sasaka K. (2004), *123I-MIBG myocardial scintigraphy in patients with "takotsubo" cardiomyopathy*, «J. Nuclear Med.», 45(july), pp. 1121-27.
- Akhtar S., Byrne J. P., Doghramji K. (1986), *The demographic profile of borderline personality disorder*, «J. Clin. Psychiat.», 47, pp. 196-8.
- Akhtar S., Wig N. H., Verma V. K., Pershod D., Verma S. K. (1975), *A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neuroses*, «Brit. J. Psychiat.», 127, pp. 342-8.
- Akins C. K. (2004), *The role of Pavlovian conditioning in sexual behavior: A comparative analysis of human and nonhuman animals*, «Inter. J. Compat. Psychol.», 17(2-3), pp. 241-62.
- Albert U., Maina G., Forner F., Bogetto F. (2004), *DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects*, «Comprehen. Psychiat.», 45(5), pp. 325-32.
- Alcántara C., Gone J. P. (2008), *Suicide in Native American communities: A transactional-ecological formulation of the problem*, in Leach M. M., Leong F. T. L. (Eds.), *Suicide among racial and ethnic minority groups: Theory, research, and practice*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Aldwin C. M., Spiro A., III, Park C. L. (2006), *Health, behavior, and optimal aging: A life span developmental perspective*, in Birren J. E., Schaie K. W. (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.), Elsevier, San Diego, CA.
- Alegria A. A., Petry N. M., Hasin D. S., Liu S. M., Grant B. F., Blanco C. (2009), *Disordered gambling among racial and ethnic groups in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*, «CNS Spectrums», 14(3), pp. 132-142.
- Alegria M., Mulvaney-Day N., Torres M., Polo A., Cao Z., Canino G. (2007), *Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States*, «Amer. J. Publ. Hlth.», 97(1), pp. 68-75.
- Alegria M., Takeuchi D. T., Canino G., Duan N., Shrout P. E., Meng X. L. (2004), *Considering Context, Space and Culture: The National Latino and Asian American Study*, «Inter. J. Methods Psychiatr. Res.», 13(2), pp. 208-20.
- Alexander J. F., Sexton T. L., Robbins M. A. (2002), *The developmental status of family therapy in family psychology intervention science*, in Liddle H. A., Santisteban D. A., Levant R. F., Bray J. H. (Eds.), *Family Psychology Intervention Science*, American Psychological Association Press, Washington, DC.
- Alexander-Passe N. (2006), *How dyslexic teenagers cope: An investigation of self-esteem, coping and depression*, «Dyslexia: Inter. J. Res. Pract.», 12(4), pp. 256-75.
- Alexopoulos G. S. (2005), *Depression in the elderly*, «Lancet», 365(9475), pp. 1961-70.
- Allard J., Truitt W. A., McKenna K. E., Coolen L. M. (2005), *Spinal cord control of ejaculation*. «World J. Urol.», 23(2), pp. 119-26.
- Allen C. (2005), *The links between heroin, crack cocaine and crime: Where does street crime fit in?*, «Brit. J. Criminol.», 45(3), pp. 355-72.
- Allen D. F. (Ed.) (1985), *The cocaine crisis*, Plenum Press, New York, NY.
- Allen J. G. (1993), *Dissociative processes: Theoretical underpinnings of a working model for clinician and patient*, «Bull. Menninger Clin.», 57(3), pp. 287-308.
- Allen R. M. (2009), *Tolerance, sensitization, and physical dependence*, in Cohen L. M., Collins, Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- Allison K. C., Friedman L. S. (2004, september 27), *Soothing a sensitive gut*, «Newsweek», 144(13), p. 71.
- Al-Subaie A., Alhamad A. (2000), *Psychiatry in Saudi Arabia*, in Al-Jun I. (Eds.), *Mental illness in the Islamic world*, International Universities Press, Madison, CT.

- Althof S. E. (1995), *Pharmacologic treatment of rapid ejaculation, Special issue: Clinical sexuality*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 18(1), pp. 85-94.
- Althof S. E. (2007), *Treatment of rapid ejaculation: Psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Alvarez A. (1992), *Live company : psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*; trad. it. *Il compagno vivo : si può strappare un bambino alla pazzia?*, Astrolabio, Roma 1993.
- Alzheimer's Association (2007), *Care in the U.S.*, graph cited in «Newsweek», CXLIX(25), p. 56.
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2004), *11.9 million cosmetic procedures in 2004: American society for aesthetic plastic surgery reports 44 percent increase*, Press release from ASAPS.
- Anderson D. (1994), *Breaking the tradition on college campuses: Reducing drug and alcohol misuse*, George Mason University Press, Fairfax, VA.
- Anderson K. G., Sankis L. M., Widiger T. A. (2001), *Pathology versus statistical infrequency: Potential sources of gender bias in personality disorder criteria*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 189(10), pp. 661-8.
- Anderson S. (2007, June 4), *Ritalin use doubles after divorce, study finds*, «Yahoo! News», retrieved June 5, 2007, from <http://news.yahoo.com>
- Anderson S. W., Booker M. B. (2006), *Cognitive behavioral therapy versus psychosurgery for refractory obsessive-compulsive disorder*, «The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences», 18(1), p. 129.
- Andrasik F., Walch S. E. (2003). Headaches. in Nezu A. M., Nezu C. J., Geller P. A., Weiner I. B. (Eds.), *Handbook of psychology: Health psychology* (Vol. 9), Wiley, New York.
- Andreasen N. C. (2001), *Brave new brain: Conquering mental illness in the era of the genome*, Oxford University Press, New York.
- Andreasen N. C. (2005), *Research avances in genetics and genomics: Implications for psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Andreasen N. C., Black D. W. (2006), *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Andresen J. (2000), *Meditation meets behavioral medicine: The story of experimental research on meditation*, «J. Consciousness. Stud.», 7(11-12), pp. 17-73.
- Andrews B., Wilding J. M. (2004), *The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students*, «Brit. J. Psychol.», 95(4), pp. 509-21.
- Anglin D. M., Link B. G., Phelan J. C. (2006), *Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness*, «Psychiatr. Serv.», 57(6), pp. 857-62.
- Angst J., Gamma A., Endrass J., Goodwin R., Ajdacic V., Eich D., et al. (2004), *Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course*, «Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.», 254(3), pp. 156-64.
- Annunziato R. A., Lee J. N., Lowe M. R. (2007), *A comparison of weight-control behaviors in African American and Caucasian women*, «Ethnicity Dis.», 17, pp. 262-7.
- Anthony J. C., Arria A. M., Johnson E. O. (1995), *Epidemiological and public health issues for tobacco, alcohol, and other drugs*, in Oldham J. M., Riba M. B. (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 14), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Antoni M. H. (2005), *Behavioural interventions and psychoneuroimmunology*, in Vedhara K., Irwin M. (Eds.), *Human psychoneuroimmunology*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- APA (American Psychiatric Association) (1993), *Practice guideline for major depressive disorder in adults*, Author, Washington, DC.
- APA (American Psychiatric Association) (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Author, Washington, DC.
- APA (American Psychiatric Association) (2000), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Elsevier, Milano, 2001.
- APA (American Psychological Association), (2005, March 3), *American Psychological Association announces plans for next phase of tsunami relief efforts*, press release.
- APA (American Psychological Association), (2008), *The American Psychological Association's disaster response network*, APA Online, retrieved August 7, 2008, from <http://www.apa.org/practice/drindex.html>
- Apfelbaum B. (2000), *Retarded ejaculation: A much misunderstood syndrome*, in Rosen R. C., Leiblum S. R. (Eds.), *Erectile failure: Diagnosis and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Apostolova L. G., Cummings J. L. (2008), *Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease and other dementing illnesses*, in Yudofsky S. C., Hales R. E. (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of neuropsychiatry and behavioral neurosciences* (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Apter A., Wasserman D. (2007), *Suicide in psychiatric disorders during adolescence*, in Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Archer D., McDaniel P. (1995), *Violence and gender: Differences and similarities across societies*, in Ruback R. B., Weiner N. A. (Eds.), *Interpersonal violent behaviors: Social and cultural aspects*, Springer, New York, NY.
- Archibald M. E. (2007), *The evolution of self-help: How a health movement became an institution*, Palgrave Macmillan, New York, NY.
- Arderm M., Garner J., Porter R. (1998), *Curious Bedfellows: Psychoanalytic Understanding and Old Age Psychiatry*, «Psychoanal. Psychother.», 12, pp. 47-56.
- Ardoin S. P., Martens B. K., Wolfe L. A., Hilt A. M., Rosenthal B. D. (2004), *A method for conditioning reinforcer preferences in students with moderate mental retardation*, «J. Dev. Phys. Disabil.», 16(1), pp. 33-51.

- Arias E., Anderson R. N., Kung H. C., Murphy S. L., Kochanek K. D. (2003), *Deaths: Final data for 2001*, «National Vital Statistics Reports», 52, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
- Arieti S. (1974), *Interpretation of schizophrenia*; trad. it. *Interpretazione della schizofrenia*, Feltrinelli, Milano 1968.
- Arieti S., Bemporad J. (1978), *Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach*, Basic Books, New York, NY.
- Armstrong M. J. (2001), *Ethnic minority women as they age*, in Garner J. D., Mercer S. O. (Eds.), *Women as they age* (2nd ed.), Haworth, New York, NY.
- Arnett J. J., Balle-Jensen L. (1993), *Cultural bases of risk behavior: Danish adolescents*, «Child Dev.», 64(6), pp. 1842-55.
- Arnou B. A., Post L. I. (2010), *Depression*, in McKay D., Abramowitz J. S., Taylor S. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Arntz A. (2005), *Introduction to special issue: Cognition and emotion in borderline personality disorder*, «J. Behav. Ther. Exp. Psychiat.», 36(3), pp. 167-72.
- ASA (Autism Society of America) (2005), *Asperger's syndrome*, retrieved from www.autism-society.org
- ASA (Autism Society of America) (2006), *Asperger's syndrome*, retrieved from www.autism-society.org
- Ash R. (1998), *The top 10 of everything 1999*, DK Publishing, New York, NY.
- Ash R. (1999), *Fantastic book of 1001 facts*, DK Publishing, New York, NY.
- Ash R. (2001), *The top 10 of everything 2002* (American ed.), DK Publishing, New York, NY.
- Asch S. S. (1980), *Suicide, and the Hidden Executioner*, «Int. R. Psycho-Anal.», 7, pp. 51-60.
- Ashton A. K. (2007), *The new sexual pharmacology: A guide for the clinician*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Ashton J. R., Donnan S. (1981), *Suicide by burning as an epidemic phenomenon: An analysis of 82 deaths and inquests in England and Wales in 1978-9*, «Psychol. Med.», 11(4), pp. 735-9.
- Asimov I. (1997), *Isaac Asimov's book of facts*, Random House, New York, NY.
- Asmundson G. J. G., Taylor S. (2008), *Health anxiety and its disorders*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Asnis G. M., Kohn S. R., Henderson, M., Brown N. L. (2004), *SSRIs versus non-SSRIs in posttraumatic stress disorder: An update with recommendations*, «Drugs», 64(4), pp. 383-404.
- Asplund R. (2005), *Sleep and sensory organ functions in the elderly*, «Sleep Hyp.», 7(2), pp. 68-76.
- Astin J. A. (2004), *Mind-body therapies for the management of pain*, «Clin. J. Pain», 20(1), pp. 27-32.
- Atkinson R.C., Shiffrin R.M. (1971), *The control of short-term memory*, «Scientific American», 225(2), pp. 82-90.
- Ator N. A. (2005), *Contributions of GABA-sub(A) receptor subtype selectivity to abuse liability and dependence potential of pharmacological treatments for anxiety and sleep disorders*, «CNS Spectrums», 10(1), pp. 31-9.
- Avenevoli S., Knight E., Kessler R. C., Merikangas K. R. (2008), *Epidemiology of depression in children and adolescents*, in Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Awata S., Seki T., Koizumi Y., Sato S., Hozawa A., Omori K., et al. (2005), *Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: A community-based, cross-sectional study*, «Psychiat. Clin. Neurosci.», 59(3), pp. 327-36.
- Axelrod B. N., Wall J. R. (2007), *Expectancy of impaired neuropsychological test scores in a non-clinical sample*, «Internat. J. Neurosci.», 117(11), 1591-602.
- Ayalon L., Huyck M. H. (2001), *Latino caregivers of relatives with Alzheimer's disease*, «Clin. Geront.», 24(3-4), pp. 93-106.
- Ayalon L., Young M. A. (2003), *A comparison of depressive symptoms in African Americans and Caucasian Americans*, «J. Cross-Cult. Psychol.», 34(1), pp. 111-24.
- Aybek S., Kanaan R. A., David A. S. (2008), *The neuropsychiatry of conversion disorder*, «Current Opinion in Psychiatry», 21(3), pp. 275-80.
- Ayd F. J., Jr. (1956), *A clinical evaluation of Frenquel*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 124, pp. 507-9.
- Ayllon T. (1963), *Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement*, «Behav. Res. Ther.», 1, pp. 53-62.
- Ayllon T., Michael J. (1959), *The psychiatric nurse as a behavioural engineer*, «J. Exp. Anal. Behav.», 2, pp. 323-34.
- Ayoub C. C. (2006), *Munchausen by proxy*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millenium: Biology and function* (Vol. 3), Praeger Publishers/Greenwood Publishing, Westport, CT.
- Azar B. (1995), *Mental disabilities and the brain-gene link*, «APA Monitor», 26(12), p. 18.
- Baber K., Bean G. (2009), *Frameworks: A community-based approach to preventing youth suicide*, «Journal of Community Psychology», 37(6), pp. 684-96.
- Bach A. K., Wincze J. P., Barlow D. H. (2001), *Sexual dysfunction*, in Barlow D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.), Guilford Press, New York.
- Bach P. A. (2007), *Psychotic disorders*, in Woods D. W., Kanter J. W. (Eds.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective*, Context Press, Reno, NV.
- Badaracco J.G. (1990), *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*; trad. it. *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli, Milano 1997.
- Baer L. (2001). *The imp of the mind: Exploring the silent*

- epidemic of obsessive bad thoughts*, Dutton/Penguin Books, New York, NY.
- Bagby E. (1922), *The etiology of phobias*, «J. Abnorm. Psychol.», 17, pp. 16-8.
- Baggot M., Mendelson J. (2001), *Does MDMA cause brain damage?*, in Holland J. (Ed.), *Ecstasy: The complete guide: A comprehension look at the risks and benefits of MDMA*, Park Street Press, Rochester, VT.
- Bahrnick H. (1996), cited in Neimeyer G., *Anecdotes for education*, «Newsletter for Abnormal Psychology».
- Bailey D. S. (2003), *Help the media prevent copycat suicides*, «Monitor Psychol.», 34(9), p. 14.
- Bailey J. E., Argyropoulos S. V., Lightman S. L., Nutt D. J. (2003), *Does the brain noradrenaline network mediate the effects of the CO-sub-2 challenge?*, «J. Psychopharmacol.», 17(3), pp. 252-9.
- Bailey J. M. (2003), *The man who would be queen: The science of gender-bending and transsexualism*, National Academy Press, Washington, DC.
- Baker R. (1992), *Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe*, in Basoglu M. (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Bakker A., van Kesteren P. J., Gooren L. J. G., Bezemer P. D. (1993), *The prevalence of transsexualism in the Netherlands*, «Acta Psychiatrica Scandinavica», 87, pp. 237-8.
- Baldessarini R. J., Tondo L. (2007), *Psychopharmacology for suicide prevention*, in Tatarelli R, Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Baldwin J. S., Dadds M. R. (2008), *Anxiety disorders*, in Reitman D. (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 2: Children and adolescents*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Balint M. (1960), *Primary narcissism and primary love*, «Psychoanalytic Quarterly», 29, pp. 6-43.
- Balint M. (1965), *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*; trad. it. *L'amore primario*, Guaraldi, Rimini 1973).
- Bancroft J., Loftus J., Long J. S. (2003), *Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships*, «Arch. Sex. Behav.», 32(3), pp. 193-208.
- Bandura A. (1971), *Psychotherapy based upon modeling principles*, in Bergin A. E., Garfield S. L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York, NY.
- Bandura A. (1977), *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*, «Psychol. Rev.», 84(2), pp. 191-5.
- Bandura A. (2004), *Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative mainstream*, «Behav. Res. Ther.», 42(6), pp. 613-30.
- Bandura A., Adams, N. E., Beyer, J. (1977), *Cognitive processes mediating behavioral change*, «J. Pers. Soc. Psychol.», 35(3), pp. 125-39.
- Bandura A., Rosenthal T. (1966), *Vicarious classical conditioning as a function of arousal level*, «J. Pers. Soc. Psychol.», 3, 54-62.
- Bandura A., Roth D., Ross S. (1963), *Imitation of film-mediated aggressive models*, «J. Abnorm. Soc. Psychol.», 3, pp. 54-62.
- Barbato A., D'Avanzo B. (2008), *Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis*, «Psychiatric Quarterly», 79(2), pp. 121-32.
- Barale F., Ucelli di Nemi S. (2006), *La debolezza piena. Il disturbo autistico dall'infanzia all'età adulta*, in Ballerini A., Barale F., Gallese V., Ucelli di Nemi S. (2006), *Autismo. L'umanità nascosta*, Einaudi, Torino.
- Barale F., Politi P., Boso M., Broglia D., Pace A., Ucelli di Nemi S. (2009), *L'autismo a partire dalla sua evoluzione nell'età adulta: nuove conoscenze, criticità, implicazioni abilitative*, in «Noos», 15(3), pp. 257-291.
- Bareggi S. R., Bianchi L., Cavallaro R., Gervasoni M., Siliprandi F., Bellodi L. (2004), *Citalopram concentrations and response in obsessive-compulsive disorder: Preliminary results*, «CNS Drugs», 18(5), pp. 329-35.
- Barkley R. A. (2004), *Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments*, «J. Psychiatr. Pract.», 10(1), pp. 39-56.
- Barkley R. A. (2006), *Attention deficit hyperactivity disorder* (3rd ed.), Guilford Press, New York.
- Barkley R. A. (Ed.) (2002), *Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents, revised edition*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 41(1), pp. 101-2.
- Barnes A. (2004), *Race, schizophrenia, and admission to state psychiatric hospitals*, «Admin. Policy Ment. Hlth», 31(3), pp. 241-52.
- Barnes G. E., Prosen H. (1985), *Parental death and depression*, «J. Abnorm. Psychol.», 94(1), pp. 64-9.
- Baroff G. S., Olley J. G. (1999), *Mental retardation: Nature, cause, and management* (3rd ed.), Brunner/Mazel, Philadelphia.
- Baron, M. (2002), *Manic-depression genes and the new millennium: Poised for discovery*, «Mol. Psychiat.», 7(4), pp. 342-58.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S. (2003), *The Friendship Questionnaire: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences*, «J. Autism Dev. Disorders», 33, pp. 509-17.
- Barrowclough C., Lobban F. (2008), *Family intervention*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Barry D., Petry N. M., Alessi S. M. (2009), *Cocaine*, in Cohen L. M., Collins, Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- Bartholomew K. (2000), *Clinical protocol*, «Psychoanal. Inq.», 20(2), pp. 227-48.
- Bartrop R. W., Lockhurst E., Lazarus L., Kiloh L. G., Pen-

- ny R. (1977), *Depressed lymphocyte function after be-reavement*, «Lancet», 1, pp. 834-6.
- Bartz J., Kaplan A., Hollander E. (2007), *Obsessive-compulsive personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles.
- Baskin K. (2007), *Not just any old butterflies*, «The Washington Post», January 9, 2007, HE01.
- Basoglu M., Jaranson J. M., Mollica R., Kastrup M. (2001), *Torture and mental health: A research overview*, in Gerity E., Keane T. M., Tuma F. (Eds.), *The mental health consequences of torture*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY.
- Basson R. (2007), *Sexual desire/arousal disorders in women*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Bastiani A. M., Altemus M., Pigott T. A., Rubenstein C., et al. (1996), *Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder*, «Biol. Psychiat.», 39, pp966-9.
- Bates G. W., Thompson J. C., Flanagan C. (1999), *The effectiveness of individual versus group induction of depressed mood*, «J. Psychol.», 133(3), pp. 245-52.
- Bateson G. (1974), *Perceval's narrative: A patient's account of his*; trad. it. *Perceval: un paziente narra la propria psicosi, 1830-1832*, Bollati Boringhieri, Torino 2005.
- Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J. (1956), *Toward a theory of schizophrenia*, «Behav. Sci.», 1, pp. 251-64., *Verso una teoria della schizofrenia*, in Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1988.
- Batki S. L., Nathan K. I. (2008), *HIV/AIDS and hepatitis C*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Baucom B., Atkins D., Simpson L., Christensen A. (2009), *Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of couple therapy: A 2-year follow-up*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 77, pp. 160-73.
- Baucom D. H., Epstein N. B., Gordon K. C. (2000), *Marital therapy: Theory, practice, and empirical status*, in Snyder C. R., Ingram R. E. (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy process & practices for the 21th century*, Wiley, New York, NY.
- Baucom D. H., Epstein N. B., Stanton S. (2006), *The treatment of relationship distress: Theoretical perspectives and empirical findings*, in Vangelisti A., Perlman D. (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships*, Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- Bauer M. E. (2005), *Stress, glucocorticoids and ageing of the immune system*, «Stress: Inter. J. Biol. Stress», 8(1), pp. 69-83.
- Baum A., Wallander J. L., Boll T. J., Frank R. G. (Eds.), (2004), *Handbook of clinical health psychology, Vol. 3: Models and perspectives in health psychology*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Baxter L. R., Jr., Ackermann R. F., Swerdlow N. R., Brody A., Saxena S., Schwartz J. M., et al. (2000), *Specific brain system mediation of obsessive-compulsive disorder responsive to either medication or behavior therapy*, in Goodman W. K., Rudorfer M.V., Maser J. D. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Baxter L. R., Jr., Clark E. C., Iqbal M., Ackermann R. F. (2001). *Cortical-subcortical systems in the mediation of obsessive-compulsive disorder: Modeling the brain's mediation of a classic "neurosis"*, in Lichter D. G., Cummings J. L. (Eds.), *Frontal-subcortical circuits in psychiatric and neurological disorders*, Guilford Press, New York, NY.
- Baxter L. R., Schwartz J. M., Bergman K. S., Szuba M. P., Guze B. H., Mazziotta J. C., et al. (1992), *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder*, «Arch. Gen. Psychiat.», 49, pp. 681-9.
- Baxter L. R., Schwartz J. M., Guze B. H., Bergman K., et al. (1990), *PET imaging in obsessive compulsive disorder with and without depression. Symposium: Serotonin and its effects on human behavior (1989, Atlanta, GA)*, «J. Clin. Psychiat.», 51(Suppl.), pp. 61-9.
- Bazargan M., Bazargan-Hejazi S., Baker R. S. (2005), *Treatment of self-reported depression among Hispanics and African Americans*, «J. Hlth Care Poor Underserved», 16, pp. 328-44.
- Beach S. R. H., Dreifuss J. A., Franklin K. J., Kamen C., Gabriel B. (2008), *Couple therapy and the treatment of depression*, in Gurman A. S. (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Beals J., Manson S. M., Whitesell N. R., Spicer P., Novins D. K., Mitchell C. M. (2005), *Prevalence of DSM-IV Disorders and Attendant Help-Seeking in 2 American Indian Reservation Populations*, «Arch. Gen. Psych.», 62(1), pp. 99-108.
- Beals K. A. (2004), *Disordered eating among athletes*, Human Kinetics, Champaign, IL.
- Beautrais A., Joyce P., Mulder R. (2000), *Unmet need following serious suicide attempt: Follow-up of 302 individuals for 30 months*, in Andrews G., Henderson S. (Eds.), *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Bebbington P., Kuipers E. (2008), *Psychosocial factors*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Bebko J. M., Weiss J. A. (2006), *Mental retardation*, in Hersen M., Thomas J. C. (Series Eds.), Ammerman R. T. (Vol. Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Vol. 3: Child psychopathology*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Beck A. T. (1967), *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, Harper & Row, New York.
- Beck A. T. (1991), *Cognitive therapy: A 30-year retrospective*, «Amer. Psychologist», 46(4), pp. 368-75.

- Beck A.T. (2002), *Theoretical perspective on clinical anxiety*, in Turna A. H., Maser J. D. (Eds.), *Anxiety and anxiety disorders*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Beck A. T. (2004), *A cognitive model of schizophrenia*, «J. Cog. Psychother.», 18(3), pp. 281-8.
- Beck A. T. (2004), *Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum*, in Mahoney M. J., DeVito P., Martin D., Freeman A. (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (2nd ed.) Springer Publishing, New York, NY.
- Beck A. T., Butler A. C., Brown G. K., Dahlsgaard K. K., Newman C. F., Beck J. S. (2001), *Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders*, «Behav. Res. Ther.», 39(10), pp. 1213-25.
- Beck A. T., Emery G., Greenberg R. L. (1985), *Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis*, «J. Abnorm. Psychol.», 96, pp. 179-83.
- Beck A. T., Freeman A., Davis D. D., et al. (2004), *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.), Guilford Press, New York.
- Beck A. T., Rector N. A., Stolar N., Grant P. (2009), *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therap*, Guilford Press, New York.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. (1979), *Cognitive therapy of depression*; trad. it. *Terapia cognitiva della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J. E., Erbaugh J. (1962), *Reliability of psychiatric diagnosis: 2. A study of consistency of clinical judgments and ratings*, «Amer. J. Psychiat.», 119, pp. 351-7.
- Beck A. T., Weishaar M. E. (2008), *Cognitive therapy*, in Corsini R. J., Wedding D. (Eds.), *Current Psychotherapies* (8th ed.), Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Becker A. E., Burwell R. A., Gilman S. E., Herzog D. B., Hamburg P. (2002), *Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls*, «Brit. J. Psychiat.», 180, pp. 509-14.
- Becker A. E., Burwell R. A., Narvara K., Gilman S. E. (2003), *Binge eating and binge eating disorder in a small scale indigenous society: The view from Fiji*, «Inter. J. Eat. Disorders», 34, pp. 423-31.
- Becker A. E., Fay A., Gilman S. E., Stiegel-Moore R. (2007), *Facets of acculturation and their diverse relations to body shape concerns in Fiji*, «Inter. J. Eat. Disorders», 40(1), pp. 42-50.
- Becker A. E., Grinspoon S. K., Klibanski A., Herzog D. B. (1999), *Eating disorders*, «New England Journal of Medicine», 340, pp. 1092-8.
- Becker D. R. (2008), *Vocational rehabilitation*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Beckman A. G. K., Parker M. G., Thorslund M. (2005), *Can elderly people take their medicine?*, «Patient Educ. Couns.», 59(2), pp. 186-91.
- Beebe D. K. (1991), *Emergency management of the adult female rape victim*, «Amer. Fam. Physician», 43, pp. 2041-6.
- Beidel D. C., Turner S. M. (2005), *Childhood anxiety disorders: A guide to research and treatment*, Routledge/Taylor & Francis, New York, NY.
- Beier E. G., Young D. M. (1984), *The silent language of psychotherapy: Social reinforcement of the unconscious processes* (2nd ed.), Howthorne, New York, NY.
- Belkin L. (1990, June 6), *Doctor tells of first death using his suicide device*, «New York Times», A1, p. 3.
- Bell J. (2008, February 6), *When anxiety is at the table*, «New York Times».
- Bellinger D. L., Madden K. S., Felten S. Y., Felten D. L. (1994), *Neural and endocrine links between the brain and the immune system*, in Lewis C. S., O'Sullivan C., Barraclough J. (Eds.), *The psychimmunology of cancer: Mind and body in the fight for survival*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Benaron L. D. (2009), *Autism*, Greenwood Press/Greenwood Publishing Group, Westport, CT.
- Bender D. S. (2005), *The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders*, «J. Psychiat. Pract.», 11(2), pp. 73-87.
- Bender D. S., Farber B. A., Geller J. D. (2001), *Cluster B personality traits and attachment*, «J. Amer. Acad. Psychoanal.», 29(4), pp. 551-63.
- Bender D. S., Oldham J. M. (2005), *Psychotherapies for borderline personality disorder*, in Gunderson J. G., Hoffman P. D. (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Bender D. S., Skodol A. E., Dyck I. R., Markowitz J. C., Shea M. T., Yen S., et al. (2007), *Ethnicity and mental health treatment utilization by patients with personality disorders*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 75(6), pp. 992-9.
- Bender E. (2006, June 16), *APA, AACAP suggest ways to reduce high suicide rates in Native Americans*, «Psychiat. News», 41(12), p. 6.
- Bender R., Jockel K. H., Trautner C., Spraul M., Berger M. (1999), *Effect of age on excess mortality in obesity*, «JAMA», 281(16), pp. 1498-504.
- Benedict S., Campbell M., Doolen A., Rivera I., Negussi T., Turner-McGrievy G. (2007), *Seeds of HOPE: A model for addressing social and economic determinants of health in a women's obesity prevention project in two rural communities*, «J. Women's Hlth.», 16(8), pp. 1117-24.
- Benezech M., De Witte J. J. E., Bourgeois M. (1989), *A lycanthropic murderer [Letter to the editor]*, «Amer. J. Psychiat.», 146(7), p. 942.
- Bennett-Gates D., Zigler E. (1999), *Effectance motivation and the performance of individuals with mental retardation*, in Zigler E., Bennett-Gates D. (Eds.), *Personality development in individuals with mental retardation*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Ben-Porath Y. S., Forbey J. D. (2003), *Non-gendered norms for the MMPI-2*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Ben-Porath Y. S., Sherwood N. E. (1993), *The MMPI-2 content component scales: Development, psychometric*

- characteristics, and clinical application*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Ben-Porath Y. S., Tellegen A. (2008/2011), *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Bergeron S., Brown C., Lord M., Oala M., Binik Y. M., Khalife S. (2002), *Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: A retrospective study*, «J. Sex Marital Ther.», 28, pp. 183-92.
- Bergler E. (1951), *Neurotic counterfeit sex*, Grune & Stratton, New York, NY.
- Berk S. N., Efran J. S. (1983), *Some recent developments in the treatment of neurosis*, in Walker C. E. (Ed.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice* (Vol. 2), Dow Jones-Irwin, Homewood, IL.
- Berks J., McCormick R. (2008), *Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: A systematic literature review*, «International Psychogeriatrics», 20(6), pp. 1090-103.
- Berlin F. S. (2000), *The etiology and treatment of sexual offending*, in Fishbein D. H. (Ed.), *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors: Application to the criminal justice system*, Civic Research Institute, Kingston, NJ.
- Berman A. L. (1986), *Helping suicidal adolescents: Needs and responses*, in Corr C. A., McNeil J. N. (Eds.), *Adolescence and death*, Springer, New York.
- Berman A. L. (2009), *Depression and suicide*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Bernstein D. (1993), *Female identity conflict in clinical practice*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Bernstein D. P., Useda J. D. (2007), *Paranoid personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S. O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles.
- Berr C., Wancata J., Ritchie K. (2005), *Prevalence of dementia in the elderly in Europe*, «Eur. Neuropsychopharmacology», 15(4), pp. 463-71.
- Berrettini W. (2006), *Genetics of bipolar and unipolar disorders*, in Stein D. J., Kupfer D. J., Schatzberg A. F. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Berrigan D., Dodd K., Triano R. P., Krebs-Smith S. M., Barbash R. B. (2003), *Patterns of health behavior in U.S. adults*, «Prev. Med.: Inter.J. Devoted to Pract. Theory», 36(5), pp. 615-23.
- Berrigan D., Troiano R. P., McNeel T., DiSogra C., Ballard-Barbash R. (2006), *Active transportation increases adherence to activity recommendations*, «Amer. J. Prev. Med.», 31(3), pp. 210-6.
- Bertrando P., Toffanetti D. (2000), *Storia della terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Beutler L. E., Malik M. L. (Eds.) (2002), *Rethinking the DSM: A psychological perspective. Decade of behavior*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Beyer H. A. (1991), *Litigation involving people with mental retardation*, in Matson J. L., Mulick J. A. (Eds.), *Handbook of mental retardation* (2nd ed.), Pergamon Press, New York.
- Biederman J., Spencer T., Wilens T. (2004), *Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder*, «Inter. J. Neuropsychopharmacol.», 7, pp. 77-97.
- Biederman J., Spencer T., Wilens T. (2005), *Evidence-based pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder*, in Stein D. J., Lerer B., Stahl S., *Evidence-based psychopharmacology*, Cambridge University Press, New York.
- Bigler E. D. (2009), *Traumatic brain injury*, in Weiner M. F., Lipton A. M. (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of Alzheimer disease and other dementias*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Bills C. B., Li G. (2005), *Correlating homicide and suicide*, «Inter. J. Epidemiol.», 34(4), pp. 837-45.
- Binet A., Simon T. (1916), *The development of intelligence in children (The Binet-Simon Scale)*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Binik Y. M., Bergeron S., Khalife S. (2007), *Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Binik Y. M., Reissing E., Pukall C., Flory N., Payne K. A., Khalife S. (2002), *The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction?*, «Arch. Sex. Behav.», 31(5), pp. 425-9.
- Bion W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma 1972.
- Bion W.R. (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando Editore, Roma 1970.
- Birch H. G., Richardson S. A., Baird D., et al. (1970), *Mental subnormality in the community – A clinical and epidemiological study*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Birmingham C. L., Beumont P. (2004), *Medical management of eating disorders: A practical handbook for health care professionals*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Bisaga A. (2008), *Benzodiazepines and other sedatives and hypnotics*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Bishop F. M. (2008), *Alcohol abuse*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Bisson J. I., Deahl M. P. (1994), *Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress: More research is needed*, «Brit. J. Psychiat.», 165(6), pp. 717-20.
- Bisson J. I., Jenkins P. L., Alexander J., Bannister C. (1997), *Randomised controller trial of psychological de-*

- briefing for victims of acute burn trauma, «Brit. J. Psychiat.», 171, pp. 78-81.
- Björgvinsson T., Hart J. (2008), *Obsessive-compulsive disorder*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Black D. W., Shaw M. C., Allen J. (2008), *Extended release carbamazepine in the treatment of pathological gambling: An open-label study*, «Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry», 32(5), pp. 1191-4.
- Black D. W., Shaw M., Forbush K. T., Allen J. (2007), *An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling*, «Clin. Neuropharmacol.», 30(4), pp. 206-12.
- Black D. W., Stephan A., Coryell W. H., Argo T., Forbush K. T., Shaw M. C., Perry P., Allen J. (2007), *Bupropion in the treatment of pathological gambling: A randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study*, «J. Clin. Psychopharmacol.», 27(2), pp. 143-50.
- Black K. J. (2005), *Diagnosis*, in Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Blackledge J. T., Ciarrochi J., Deane F. P. (Eds.), (2009), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research and practice*, Australian Academic Press, Bowen Hills, QLD, Australia.
- Blackmore E. R., Craddock N., Walters J., Jones I. (2008), *Is the perimenopause a time of increased risk of recurrence in women with a history of bipolar affective post-partum psychosis? A case series*, «Arch. Women's Ment. Hlth.», 11(1), pp. 75-8.
- Blagov P. S., Fowler K. A., Lilienfeld S. O. (2007), *Histrionic personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S. O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles.
- Blair J., Mitchell D., Blair K. (2005), *The psychopath: Emotion and the brain*, Blackwell Publishing, Malden, MA.
- Blair R. J. R., Peschardt K. S., Budhani S., Pine D. S. (2006), *Neurobiology of aggression in children*. in Nelson R. J. (Ed.), *Biology of aggression*, Oxford University Press, New York.
- Blanch A. (2007), *Integrating religion and spirituality in mental health: the promise and the challenge*, «Psychosoc. Rehab. J.», 30(4), pp. 251-60.
- Blanchard E. B., Rowell D., Kuhn E., Rogers R., Wittrock D. (2005), *Posttraumatic stress and depression symptoms in a college population one year after the September 11 attacks: The effect of proximity*, «Behav. Res. Ther.», 43(1), pp. 143-50.
- Blanchard R., Hucker S. J. (1991), *Age, transvestism, bondage, and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia*, «Brit. J. Psychiat.», 159, pp. 371-7.
- Blandino G., Granieri B. (2002), *Le risorse emotive nella scuola : gestione e formazione nella scuola dell'autonomia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Blandino, G. (1996), *Le capacità relazionali. Prospettive psicodinamiche*, UTET Università, Torino.
- Blatt S. J. (2004), *Developmental origins (distal antecedents)*, in Blatt S. J., *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Blazer D. (2002), *Depression in late life* (3rd ed.), Springer, New York, NY.
- Blazer D. G., Hughes D., George L. K., Swartz M., Boyer R.** (1991), *Generalized anxiety disorder*, in Robins L. H., Regier D. A. (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The epidemiologic catchment area study*, New York Free Press, New York, NY.
- Bleger J. (1967), *Simbiosi y ambigüedad; estudio psicoanalítico*; trad. it. *Simbiosi e ambiguità : studio psicoanalitico*, Armando, Roma 2010.
- Bleichmar H. (1986), *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Bleichmar H. (1997), *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*; trad. it. *Psicoterapia psicoanalitica, Verso una tecnica di interventi specifici*, Astrolabio, Roma 2008.
- Bleuler E. (1911), *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*; trad. it. *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1985.
- Bliss E. L. (1980), *Multiple personalities: A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria*, «Arch. Gen. Psychiat.», 37(12), pp. 1388-97.
- Bliss E. L. (1980), *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*, Oxford University Press, New York.
- Bliss E. L. (1985), "How prevalent is multiple personality?" Dr. Bliss replies. «Amer. J. Psychiat.», 142(12), p. 1527.
- Block J. J. (2008), *Issues for DSM-V: Internet addiction*, «Amer. J. Psychiat.», 165(3), pp. 306-7.
- Blood R. W., Pirkis J., Holland K. (2007), *Media reporting of suicide methods: An Australian perspective*, «Crisis: J. Crisis Intervent. Suic. Prev.», 28(Suppl. 1), pp. 64-9.
- Bloom B. L. (1984), *Community mental health: A general introduction* (2nd ed.), Brooks/Cole, Monterey, CA.
- Bloom M. (2008), *Principles and approaches to primary prevention*, in Gullotta T. P., Blau G. M. (Eds.), *Handbook of Childhood Behavioral Issues: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, Routledge, New York.
- Blow F. C., Zeber J. E., McCarthy J. F., Valenstein M., Gilton L., Bingham C. R. (2004), *Ethnicity and diagnostic patterns in veterans with psychoses*, «Soc. Psychiatr. Epidemiol.», 39(10), pp. 841-51.
- Bluglass K. (2001), *Treatment of perpetrators*, in Adshear G., Brooke D. (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research*, Imperial College Press, London.
- Blum K., Braverman E. R., Holder J. M., Lubar J. F., Monastera V. J., Miller D., et al. (2000), *Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors*, «J. Psychoact. Drugs», 32(Suppl.), pp. 1-68.

- Blum K., Cull J. G., Braverman E. R., Comings D. E. (1996), *Reward deficiency syndrome*, «Amer. Sci.», 84(2), pp. 132-44.
- Blum K., Noble E. P., Sheridan P. J., Montgomery A., Ritchie T., Jagadeeswaran P., et al. (1990), *Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism*, «JAMA», 263(15), pp. 2055-60.
- Blume A. W., Resor M. R., Villanueva M. R., Braddy L. D. (2009), *Evidence-based practices to treat alcohol problems*, in Cohen L. M., Collins, Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- Blyler C. R. (2003), *Understanding the employment rate of people with schizophrenia: Different approaches lead to different implications for policy*, in Lenzenweger M. F., Hooley J. M. (Eds.), *Principles of experimental psychopathology: Essays in honor of Brendan A. Maher*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Bock S. J., Bakken J. P., Kempel-Michalak N. (2009), *Behavioral interventions for children and youth with autism spectrum disorders*, in Spencer V. G., Simpson C. G. (Eds.), *Teaching children with autism in the general classroom: Strategies for effective inclusion and instruction in the general education classroom*, Prufrock Press, Waco, TX.
- Bogart L. M., Benotsch E. G., Pavlovic J. D. (2004), *Feeling superior but threatened: The relation of narcissism to social comparison*, «Basic Appl. Soc. Psychol.», 26(1), pp. 35-44.
- Bogdan R., Taylor S. (1976, January), *The judged, not the judges: An insider's view of mental retardation*, «Amer. Psychologist», 31(1), pp. 47-52.
- Bollini A. M., Walker E. F. (2007), *Schizotypal personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles, CA.
- Bonanno G. A. (2004), *Loss, trauma, and human resilience*, «Amer. Psychologist», 59(1), 20-8.
- Bond C. (2004). *International reception*, Presentation at congressional briefing: *Detecting deception: Research to secure the Homeland*, March 19, Washington, DC.
- Bonner R. L. (1992), *Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars*, in Maris R. W., Berman A. L., Maltzberger J. T., Yufit R. I. (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*, Guilford Press, New York.
- Boodman S. G. (2006, April 4), *Treat mom, help child*, «Washingtonpost.com», retrieved July 6, 2007, from <http://www.washingtonpost.com>
- Borgogno F. (1995), *Introduzione all'edizione italiana di Rayner E., Gli indipendenti nella psicoanalisi britannica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. IX-XXIV.
- Borgogno F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Borgogno, F. (Ed.) (2004), *Ferenczi oggi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Boris H. N. (1984a), "On the treatment of anorexia nervosa", «Int. J. Psycho-Anal.», 65, pp. 435-42.
- Boris H. N. (1984b), "The problem of anorexia nervosa", «Int. J. Psycho-Anal.», 65, pp. 315-22.
- Bornstein R. A., Schwarzkopf S. B., Olson S. C., Nasrallah H. A. (1992), *Third-ventricle enlargement and neuropsychological deficit in schizophrenia*, «Biol. Psychiatry», 31(9), pp. 954-61.
- Bornstein R. F. (1993), *The Dependent Personality*, Guilford Press, New York, NY.
- Bornstein R. F. (2005), *The Dependent Patient: A Practitioner's Guide*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Bornstein R. F. (2007), *Dependent personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles.
- Bornstein R. F. (2007), *Might the Rorschach be a projective test after all? Social projection of an undesired trait alters Rorschach Oral Dependency scores*, *J. Pers. Assess.*, 88(3), 354-37.
- Bornstein R. F. (2007), *Nomothetic psychoanalysis*, «Psychoanal. Psychol.», 24(4), pp. 590-602.
- Borowsky I. L., Ireland M., Resnick M. D. (2001), *Adolescent suicide attempts: Risks and protectors*, «Pediatrics», 107, pp. 485-93.
- Bott E. (1928), *Teaching of psychology in the medical course*, «Bull. Assoc. Amer. Med. Colleges», 3, pp. 289-304.
- Bouman T. K. (2008), *Hypochondriasis*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Bourin M., Malinge M., Guitton B. (1995), [*Provocative agents in panic disorder*], «Thérapie» 50(4), pp. 301-6. [French]
- Bourne E. J., Brownstein A., Garano L. (2004), *Natural relief for anxiety: Complementary strategies for easing fear, panic & worry*, New Harbinger Publications, Oakland, CA.
- Bowen, M. (1960), *A family concept of schizophrenia*, in Jackson D. D. (Ed.), *The Etiology of Schizophrenia*, Basic Books, New York.
- Bower G. H. (1981), *Mood and memory*, «Amer. Psychologist», 36(2), 129-48.
- Bowlby J. (1944), *Forty-four juvenile thieves: Their characters and home lives*, «International Journal of Psycho-Analysis», 25, pp. 19-52.
- Bowlby J. (1969), *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*; trad. it. *Attaccamento e perdita. 1: L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J. (1973) *Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger*; trad. it. *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre*, **Bollati Boringhieri, Torino 1975.**
- Bowlby J. (1988), *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*; trad. it. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

- Bowman D. H. (2002), *Lethal school shootings resemble workplace rampages, report says*, «Education Week», 21(38), p. 10.
- Bowman S. A., Gortmaker S. L., Ebbeling C. B., Pereira M. A., Ludwig D. S. (2003), *Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey*, «Pediatrics», 113, pp. 112-8.
- Boxer P., Frick P. J. (2008), *Treating conduct problems, aggression, and antisocial behavior in children and adolescents: An integrated view*, in R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C. Roberts (Eds.), in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York.
- Boyce W. T., Chesney M., Alkon A., Tschann J. M., et al. (1995), *Psychobiologic reactivity to stress and childhood respiratory illnesses: Results of two prospective studies*, «Psychosom. Med.», 57, pp. 411-22.
- Boye B., Bentsen H., Malt U. F. (2002), *Does guilt proneness predict acute and long-term distress in relatives of patients with schizophrenia?*, «Acta Psychiatr. Scand.», 106(5), pp. 351-7.
- Boyles S. (2002, January 8), *More people seeking treatment for depression*, WebMDHealth, retrieved January 9, 2002, from www.webcenter.health.web
- Bradizza C. M., Stasiewicz P. R. (2009), *Alcohol and drug use disorders*, in Salzinger K., Serper M. R. (Eds.), *Behavioral mechanisms and psychopathology: Advancing the explanation of its nature, cause, and treatment*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Bradley R., Conklin C. Z., Westen D. (2007), *Borderline personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles, CA.
- Bradley S. J. (1995), *Psychosexual disorders in adolescence*, in Oldham J. M., Riba M. B. (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 14), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Brady K. T., Back S. E. (2008), *Women and addiction*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Brainerd C. J., Reyna V. F., Ceci S. J. (2008), *Developmental reversals in false memory: A review of data and theory*, «Psychol. Bull.», 134(3), pp. 343-82.
- Bram T., Björgvinsson T. (2004), *A psychodynamic clinician's foray into cognitive-behavioral therapy utilizing exposure-response prevention for obsessive-compulsive disorder*, «Am. J. Psychother.», 58, pp. 304-20.
- Brambrink D. K. (2004), *A comparative study for the treatment of anxiety in women using electromyographic biofeedback and progressive relaxation and coping with stress: A manual for women*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. B: Sci. Eng.», 65(6-B), p. 3146.
- Brandon T. H., Drobos D. J., Ditte J. W., Elibero A. (2009), *Nicotine*, in Cohen L. M., Collins, Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Braun D. L. (1996, July 28), *Interview*, in Gilbert S., *More men may seek eating-disorder help*, «New York Times».
- Breedlove L., Decker C., Lakin K. C., Prouty R., Coucouvanis, K. (2005), *Placement of children and youth in state institutions: Forty years after the high point, it is time to just stop*, «Ment. Retard.», 43(3), pp. 235-8.
- Bremner J. D. (2002). *Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind/body perspective*, Norton, New York, NY.
- Bremner J. D., Vythilingam M., Vermetten E., Vaccarino V., Charney D. S. (2004), *Deficits in hippocampal and anterior cingulate functioning during verbal declarative memory encoding in midlife major depression*, «Amer. J. Psychiat.», 161(4), pp. 637-45.
- Brent D. A. (2001), *Assessment and treatment of the youthful suicidal patient*, in Hendin H., Mann J. J. (Eds.), *The clinical science of suicide prevention* (Vol. 932), Annals of the New York Academy of Sciences, New York, NY.
- Brent D. A. (2009), *Youth depression and suicide: Selective serotonin reuptake inhibitors treat the former and prevent the latter*, «The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne De Psychiatrie», 54(2), pp. 76-7.
- Breslau J., Aguilar-Gaxiola S., Kendler K. S., Su M., Williams D., Kessler R. C. (2006), *Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample*, «Psychol. Med.», 36, pp. 57-68.
- Breslau N., Roth T., Burduvali E., Kapke A., Schults L., Roehrs T. (2005), *Sleep in lifetime posttraumatic stress disorder: A community-based polysomnographic study: Correction*, «Arch. Gen. Psychiat.», 62(2), p. 172.
- Britt R. R. (2005, January 6), *The odds of dying*, retrieved January 20, 2005, from <http://www.livescience.com>.
- Broadway J., Mintzer J. (2007), *The many faces of psychosis in the elderly*, «Curr. Opin. Psychiat.», 20(6), pp. 551-8.
- Brock D. W. (2001), *Physician-assisted suicide—The worry about abuse*, in Kopelman L. M., De Ville K. A. (Eds.), *Physician-assisted suicide: What are the issues?*, Kluwer Academic, Dordrecht, Netherlands.
- Brody H. (2000), *Better health from your inner pharmacy*, «Psychol. Today», 32(4), pp. 60-7.
- Bromberg P. (1998), *Standing in the Spaces*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Bromberg P. (2001a), *The Gorilla Did It: Some Thoughts on Dissociation, the Real, and the Really Real*, «Psychoanal. Dial.», 11, pp. 385-404.
- Bromberg P. (2001b), *Treating patients with symptoms and symptoms with patience: reflection on shame, dissociation, and eating disorders*, «Psychoanal. Dial.», 11, pp. 891-912.
- Bromberg P. (2003), *Something Wicked This Way Comes: Trauma, Dissociation, and Conflict: The Space Where Psychoanalysis, Cognitive Science, and Neuroscience Overlap*, «Psychoanal. Psychol.», 20, pp. 558-74.

- Brommelhoff J. A., Conway K., Merikangas K., Levy B. R. (2004), *Higher rates of depression in women: Role of gender bias within the family*, «J. Women's Hlth.», 13(1), pp. 69-76.
- Bronisch T., Lieb R. (2008), *Maternal suicidality and suicide risk in offspring*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 31(2), 213-21.
- Brook D. W. (2008), *Group therapy*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Brooks G. R., Richardson F. C. (1980), *Emotional skills training: A treatment program for duodenal ulcer*, «Behav. Ther.», 11(2), pp. 198-207.
- Brooks M. K. (2005), *Dementia and wandering behavior: Concern for the lost elder*, «Soc. Work Hlth. Care», 41(2), pp. 95-7.
- Brown A. S. (2003), *A review of the déjà vu experience*, «Psychol. Bull.», 129(3), pp. 394-413.
- Brown A. S. (2004), *The déjà vu illusion*, «Curr. Dir. Psychol. Sci.», 13(6), pp. 256-9.
- Brown A. S., Begg M. D., Gravenstein S., Schaefer C. A., Wyatt R. J., Bresnahan M., Babulas V. P., Susser E. S. (2004), *Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia*, «Arch. Gen. Psychiat.», 61(8), pp. 774-80.
- Brown G. R., Ceniceros S. (2001), *Human sexuality in health and disease*, in Wedding D. (Ed.), *Behavior and medicine* (3rd ed.), Hogrefe & Huber, Seattle, WA.
- Brown G. W., Harris T. O. (1978), *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*, Tavistock, London, UK.
- Brown G. W., Harris T. O., Hepworth C. (1995), *Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison*, «Psychol. Med.», 25, pp. 7-21.
- Brown J. H., Henteloff P., Barakat S., Rowe C. J. (1986), *Is it normal for terminally ill patients to desire death?*, «Amer. J. Psychiat.», 143(2), pp. 208-11.
- Brown R. J., Cardena E., Nijenhuis E., Sar V., van der Hart O. (2007), *Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM-V?*, «Psychosom.: J. Cons. Liaison Psychiat.», 48(5), pp. 369-78.
- Brown R. J., Schrag A., Trimble M. R. (2005), *Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder*, «Amer. J. Psychiat.», 162(5), pp. 899-905.
- Brown R. T., Antonuccio D. O., DuPaul G. J., Fristad M. A., King C. A., Leslie L. K., McCormick G. S., Pelham Jr. W. E., Piacentini J. C., Vitiello B. (2008), *Autism spectrum disorders and mental retardation*, in Brown R. T., DuPaul G. J., Fristad M. A., King C. A., et al. (Eds.), *Childhood mental health disorders: Evidence base and contextual factors for psychosocial, psychopharmacological, and combined interventions*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Brownell K. D., Napolitano M. A. (1995), *Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken dolls*, «Inter. J. Eat. Disorders», 18(3), pp. 295-8.
- Brownell K. D., O'Neil P. M. (1993), *Obesity*, in Barlow D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Bruch H. (1962), *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*, «Psychosom. Med.», 24, pp. 187-94.
- Bruch H. (1973), *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*, Basic Books, New York, NY.
- Bruch H. (1978), *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Bruch H. (1982), *Psychoterapy in anorexia nervosa*, «International Journal of Eating Disorders», 1(4), pp. 3-14.
- Bruch H. (1987), *The changing picture of an illness: anorexia nervosa*, in Sacksteder J. L., Schwartz D. P., Akabian Y. (Eds.), *Attachment and the Therapeutic Process*, International Universities Press, Madison, WI.
- Brumberg J. J. (1988), *Fasting girls: The history of anorexia nervosa*, Penguin Books, New York, NY.
- Bruner J. (1986), *Actual minds, possible words*; trad. it. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Roma-Bari 1988.
- Bruner J. (1990), *Act of meaning*; trad. it. *La ricerca del significato: per una psicologia culturale*, **Bollati Boringhieri, Torino 1992**.
- Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Nixon R. D. V. (2005), *The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 73(2), pp. 334-40.
- Buccino G., Binkofski F., Fink G.R., Fadiga L., Fogassi L., Gallese V., Seitz R.J., Zilles K., Rizzolatti G., Freund H.-J. (2001), *Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study*, in «European Journal of Neuroscience», 13, pp. 400-4.
- Buccino G., Vogt S., Ritzl A., Fink G.R., Zilles K., Freund H.-J., Rizzolatti G. (2004c), *Neural circuits underlying imitation learning of hand actions: an event-related fMRI study*, in «Neuron», 42, pp. 323-34.
- Buccino G., Binkofski F., Riggio L. (2004a), *The mirror neuron system and action recognition*, in «Brain and Language», 89, pp. 370-6.
- Buccino G., Lui F., Canessa N., Patteri I., Lagravinese G., Benuzzi F., Porro C.A., Rizzolatti G. (2004b), *Neural circuits involved in the recognition of actions performed by non conspecifics: an fMRI study*, in «Journal of Cognitive Neuroscience», 16, pp. 114-26.
- Buchanan, J. A., Houlihan, D. (2008), *The use of in vivo desensitization for the treatment of a specific phobia of earthworms*, «Clinical Case Studies», 7, pp. 12-24.
- Buckley P. F., Meyer J. M. (2009), *Substance abuse and schizophrenia*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Buist A., Ross L. E., Steiner M. (2006), *Anxiety and mood disorders in pregnancy and the postpartum period*, in Castle D. J., Kulkarni J., Abel K.M. (Eds.), *Mood and anxiety disorders in Women*, Cambridge University Press, New York, NY.

- Bureau of Justice Statistics (1999), *Report on U.S. prison population*, Washington, DC.
- Burgess J. L. (2001), *Phosphine exposure from a methamphetamine laboratory investigation*, «J. Toxicol. Clin. Toxicol.», 39, p. 165.
- Buri C., Von Bonin B., Strik W., Moggi F. (2009), *Predictors of attempted suicide among Swiss patients with alcohol-use disorders*, «Journal of Studies on Alcohol and Drugs», 70(5), pp. 668-74.
- Burijon B. N. (2007), *Biological bases of clinical anxiety*, W. W. Norton & Company, New York, NY.
- Burkholder A. (2008), *Jolting the brain fights deep depression*, CNN.com/health,may 2, 2008.
- Burns R. C., Kaufman S. H. (1970), *Kinetic Family Drawings (KFD): An introduction to understanding children through kinetic drawings*, Brunner Mazel, New York.
- Burns R. C., Kaufman S. H. (1972), *Actions, styles and symbols in kinetic family drawings (K-F-D): An interpretative manual*, Brunner Mazel, New York.
- Burt D. R., Creese I., Snyder S. H. (1977), *Anti-schizophrenic drugs: Chronic treatment elevates dopamine receptor binding in brain*, «Science», 196(4287), pp. 326-8.
- Busch F. N., Rudden M. G., Shapiro T. (2004), *Psychodynamic treatment of depression*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Bushman B. J., Baumeister R. F., Stack A. D. (1999), *Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies?*, «J. Pers. Soc. Psychol.», 76(3), pp. 367-76.
- Bussière T., Bard F., Barbour R., Grajeda H., Guido T., Kahn K. et al. (2004), *Morphological characterization of Thioflavin-S-positive amyloid plaques in transgenic Alzheimer mice and effect of passive Abeta immunotherapy on their clearance*, «Am. J. Pathol.», 165, pp. 987-95.
- Bussing R., Koro-Ljungberg M. E., Gary F., Mason D. M., Garvan C. W. (2005), *Exploring help-seeking for ADHD symptoms: A mixed-methods approach*, «Harvard Rev. Psychiat.», 13(2), pp. 85-101.
- Bussing R., Zima B. T., Belin T. R. (1998), *Differential access to care for children with ADHD in special education programs*, «Psychiatr. Serv.», 49(9), pp. 1226-9.
- Bussing R., Zima B. T., Gary F. A., Garvan C. W. (2003), *Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms*, «J. Behav. Hlth. Serv. Res.», 30(2), pp. 176-89.
- Butcher, J. N. (1987), *The use of computers in psychological assessment: An overview of practices and issues*, in Butcher J. N. (Ed.), *Computerized psychological assessment: A practitioner's guide*, Basic Books, New York.
- Butcher J. N. (1996), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications*, **University of Minnesota Press, Minneapolis.**
- Butcher J. N. (2011), *A beginner's guide to the MMPI-2* (3rd ed.), APA Press, Washington, DC.
- Butcher J. N., Dahlstrom W. G., Graham J. R., Tellegen A., Kaemmer B. (1989), *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*, **University of Minnesota Press, Minneapolis.**
- Butcher J. N., Derksen J., Sloore H., Sirigatti S. (2003), *Objective personality assessment of people in diverse cultures: European adaptations of the MMPI-2*, «Behavior Research and Therapy», 41, pp. 819-80.
- Butcher J. N., Graham J. R., Ben-Porath Y. S., Tellegen A., Dahlstrom W. G., Kaemmer B. (2001), *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring* (2nd ed.), University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Butcher J. N., Graham J. R., Williams C. L., Ben-Porath Y. S. (1990), *Development and use of the MMPI-2 content scales*, **University of Minnesota Press, Minneapolis.**
- Butcher J. N., Pancheri P. (1976), *Handbook of cross-national MMPI research*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Butcher J. N., Williams C. L. (1992), *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Butler R. J. (2004), *Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework*, «Clin. Psychol. Rev.», 24, pp. 909-31.
- Button E. J., Warren R. L. (2001), *Living with anorexia nervosa: The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service*, «Eur. Eating Disord. Rev.», 9(2), pp. 74-96.
- Bydlowski S., Corcos M., Jeammet P., Paterniti S., Berthoz S., Laurier C., et al. (2005), *Emotion-processing deficits in eating disorders*, «Inter. J. Eat. Disorders», 37(4), pp. 321-9.
- Byrne M., Carr A., Clark M. (2004), *The Efficacy of Behavioral Couples Therapy and Emotionally Focused Therapy for Couple Distress*, «Contemp. Fam. Ther.: Inter. J.», 26(4), pp. 361-87.
- Cabaj R. P. (2008), *Gay men and lesbians*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Cachelin, F. M., Phinney J. S., Schug R. A., Striegel-Moore R. M. (2006), *Acculturation and eating disorders in a Mexican American community sample*, «Psychol. Women Quart.», 30(4), pp. 340-7.
- CADDRE (Center for Autism and Developmental Disabilities Research and Epidemiology) (2004), *The epidemiology and etiology of autistic spectrum disorder: A prospective study*, «Children's Hospital of Pennsylvania», retrieved october 7, 2005, from www.aboard.org/aboard/presentations/Levy/CADDRE_files/Default.htm
- Cadoret R. J., Yates W. R., Troughton E., Woodworth G., Stewart M. A. (1995), *Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse*, «Arch. Gen. Psychiatry», 52, pp. 42-52.
- Caetano R., Babor T. F. (2007), *Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: An epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement error?* in Sirovatka P. J., Regier D. A., Saunders J. B.,

- Schuckit M. A. (Eds.), *Diagnostic issues in substance use disorders: Refining the research agenda for DSM-V*, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Cahn W., Pol H. E. H., Bongers M., Schnack H. G., Mandi R. C. W., Van Haren N. E. M., et al. (2002), *Brain morphology in antipsychotic-naïve schizophrenia: A study of multiple brain structures*, «Brit. J. Psychiat.», 181(Suppl.43), s66-s72.
- Cahsseguet-Smirgel J. (2003), *Le corps comme miroir du monde*; trad. it *Il corpo come specchio del mondo*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
- Cain D. J. (2007), *What Every Therapist Should Know, Be and Do: Contributions from Humanistic Psychotherapies*, «J. Contemp. Psychother.», 37(1), pp. 3-10.
- Caldeiro R. M., Meredith C. W., Saxon A. J., Calsyn D. A. (2009), *Pharmacological approaches to the treatment of substance use disorders*, in Cohen L. M., Collins, Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- Caldwell A.B. (1969), *MMPI critical items. Unpublished mimeograph*. (Available from Caldwell Report, 1545 Sawtelle Boulevard, Ste. 14, Los Angeles, CA 90025.)
- Calev A., Gaudino E. A., Squires N. K., Zervas I. M., Fink M. (1995), *ECT and nonmemory cognition: A review*, «Br. J. Clin. Psychol.», 34, pp. 505-15.
- Calev A., Nigal D., Shapira B., Tubi N., Chazan M. A., Ben-Yehuda B. A., et al. (1991), *Early and long-term effects of electroconvulsive therapy and depression on memory and other cognitive functions*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 179(9), pp. 526-33.
- Camacho E. B., Leon E. C., Uribe M. P. O. (2005), *Nature and schizophrenia*, «Salud Mental.», 28(2), pp. 59-72.
- Cameron A., Rosen R. C., Swindle R. W. (2005), *Sexual and relationship characteristics among an Internet-based sample of U.S. men with and without erectile dysfunction*, «J. Sex Marital Ther.», 31(3), pp. 229-42.
- Cameron D. J., Thomas R. I., Mulvihill M., Bronheim H. (1987), *Delirium: A test of the Diagnostic and Statistical Manual III criteria on medical inpatients*, «J. Amer. Ger. Soc.», 35, pp. 1007-10.
- Campbell J. M., Herzinger C. V., James C. L. (2008), *Evidence-based therapies for autistic disorder and pervasive developmental disorders*, in R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C. Roberts (Eds.), in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York, NY.
- Campbell J., Gilmore L., Cuskelly M. (2003), *Changing student teachers' attitudes towards disability and inclusion*, «J. Intell. Dev. Disab.», 28, pp. 369-79.
- Campbell S., Marriott M., Nahmias C., MacQueen G. M. (2004), *Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: A meta-analysis*, «The American Journal of Psychiatry», 161(4), pp. 598-607.
- Canals J., Sancho C., Arija M. V. (2009), *Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents*, «European Child & Adolescent Psychiatry», 18(6), pp. 353-9.
- Cancrini, L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*, Carocci, Genova.
- Canetto S. S. (1995), *Elderly women and suicidal behavior*, in Canetto S. S., Lester D. (Eds.), *Women and suicidal behavior*, Springer, New York, NY.
- Canetto S.S. (2003), *Older adulthood*, in Slater L., Daniel J. H., Banks A. (Eds.), *The complete guide to women and mental health*, Beacon Press, Boston, MA.
- Cantor J. M., Blanchard R., Christensen B. K., Dickey R., Klassen P. E., Beckstead A. L., et al. (2004), *Intelligence, memory, and handedness in pedophilia*, «Neuropsychol.», 18(1), pp. 3-14.
- Capuzzi D., Gross D. R. (Eds.) (2008), *Youth at risk: A prevention resource for counselors, teachers, and parents*, American Counseling Association, Alexandria, VA.
- Cardena E. (2008), *Dissociative disorders measures*, in Rush A. J., Jr., First M. B., Blacker D. (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* (2nd ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Cardena E., Gleaves D. H. (2007), *Dissociative disorders*, in Hersen M., Turner S. M., Beidel D. C. (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (5th ed.), Wiley, Hoboken, NJ.
- Carducci B. (2000), *Shyness: The new solution*, «Psychol. Today», 33(1), pp. 38-45.
- Caretti V., Di Cesare G. (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Caretti V., La Barbera D. (Eds.) (2005a), *Le dipendenze patologiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Caretti V., La Barbera D. (2005b), *Alessitimia: valutazione e trattamento*, Astrolabio, Roma.
- Caretti V., La Barbera D. (Eds.) (2010), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carey B. (2007, september 4), *Bipolar illness soars as a diagnosis for the young*, «New York Times Online», retrieved september 17, 2007, from <http://www.nytimes.com>
- Carey B. (2008, february 10), *Making sense of the great suicide debate*, «New York Times», retrieved february 23, 2008, from www.nytimes.com
- Carey B. (2008, may 27), *Lotus therapy*, «New York Times Online», retrieved august 2, 2008, from <http://www.nytimes.com/2008/05/27/health/research/27budd.html>
- Carll E. K. (Ed.) (2007), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Carlson N. R. (2008), *Foundations of physiological psychology* (7th ed.), Pearson, Boston, MA.
- Carlson W. L., Snowden M. (2007), *Improving treatment for depression in the nursing home population: Integrating the model of depression care manager*. «Harvard Rev. Psychiat.», 15(3), pp. 128-32.
- Carmichael M. (2004, september 27), *Cut stress—cut sugar*, «Newsweek», 144(13), p. 56.
- Carney S. M., Goodwin G. M. (2005), *Lithium: A continu-*

- ing story in the treatment of bipolar disorder, «Acta Psychiatr. Scandin.», 111(Suppl. 426), pp. 7-12.
- Caron J., Julien M., Huang J. H. (2008), *Changes in suicide methods in Quebec between 1987 and 2000: The possible impact of Bill C-17 requiring safe storage of firearms*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 38(2), pp. 195-208.
- Carr J. E. (1994), *Annotation: Long term outcome for people with Down syndrome*, «J. Child Psychol. Psychiat. Allied Disc», 35(3), pp. 425-39.
- Carr J. E. (2001), *Stress and illness*, in Wedding D. (Ed.), *Behavior and medicine* (3rd ed.), Hogrefe & Huber, Seattle.
- Carroll K. M. (2005), *Matching and differential therapies: Providing substance abusers with appropriate treatment*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York.
- Carroll K. M. (2008), *Cognitive-behavioral therapies*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Carroll R. A. (2007), *Gender dysphoria and trans gender experiences*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Carten A. J. (2006), *African Americans and mental health*, in Rosenberg S., Rosenberg J. (Eds.), *Community mental health: Challenges for the 21st century*, Routledge, New York, NY.
- Carter R. T. (2007), *Racism and psychological and emotional injury: Recognizing and assessing race-based traumatic stress*, «The Counseling Psychologist», 35(1), pp. 13-105.
- Casey D. E., Hansen T. E. (2009), *Excessive mortality and morbidity associated with schizophrenia*, in Meyer J. M., Nasrallah H. A. (Eds.), *Medical illness and schizophrenia* (2nd ed.), American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Casey L. M., Oei T. P. S., Newcombe P. A. (2004), *An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions*, «Clin. Psychol. Rev.», 24(5), pp. 529-55.
- Casey P. (2001), *Multiple personality disorder*, «Prim. Care Psychiat.», 7(1), pp. 7-11.
- Cash T. F., Henry P. E. (1995), *Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A.*, «Sex Roles», 33(1/2), pp. 19-28.
- Casimir G. J., Morrison B. J. (1993), *Rethinking work with "multicultural populations"*, «Comm. Ment. Hlth. J.», 29, pp. 547-59.
- Cassells C., Paterson B., Dowding D., Morrison R. (2005), *Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: A review of the literature*, «Crisis», 26(2), pp. 53-63.
- Castellazzi V. L. (1996), *Il test del disegno della famiglia*, LAS, Roma.
- Castellazzi V. L. (2010), *Il test del disegno della figura umana*, LAS, Roma.
- Castiglioni M., Corradini A. (2003), *Modelli epistemologici in psicologia*, Carocci, Roma.
- Castro Y., Holm-Denoma J. M., Buckner, J. D. (2007), *Introduction to empirically informed mental health services for diverse populations*, in Buckner J. D., Castro Y., Holm-Denoma J. M., Joiner T. E. (Eds.), *Mental health care for people of diverse backgrounds within an empirically informed framework*, Radcliffe Publishing, Abingdon, UK.
- Castrogiovanni P., Pieraccini F., Di Muro A. (1998), *Suicidality and aggressive behavior*, «Acta Psychiatr. Scandin.», 97(2), pp. 144-8.
- Cauchon D. (1999, february), *Patients often aren't informed of danger*, «USA Today».
- Cautela J. R. (2000), *Rationale and procedures for covert conditioning*, «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale», 6(2), pp. 194-205.
- CBC (2008, may 13), *The world's worst natural disasters: Calamities of the 20th and 21st centuries*, CBC News.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2001), *Report*, Author, Atlanta, GA.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2007), *Four percent of American adults never had sex*, report cited in «YAHOO! News», june 22, 2007.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2008), *Chronic liver disease/cirrhosis*, NCHS, Hyattsville, MD.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2008), *U.S. life expectancy hits new high of nearly 78 years*, News Release, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Hyattsville, MD.
- Celani D. (1976), *An interpersonal approach to hysteria*, «American Journal of Psychiatry», 133, pp. 1414-8.
- Cerel J., Jordan J. R., Duberstein P. R. (2008), *The impact of suicide on the family*, «Crisis: J. Crisis Intervent. Suic. Prev.», 29(1), pp. 38-44.
- Cerletti U., Bini L. (1938), *L'elettroshock*, «Arch. Gen. Neurol. Psychiat. & Psychoanal.», 19, pp. 266-8.
- Cerny C. A., Noffsinger S. (2006), *Prisoner rights and suicide*, «J. Amer. Acad. Psychiat. Law», 34(4), pp. 549-51.
- Chacón F., Vecina M. L. (2007), *The 2004 Madrid terrorist attack: Organizing a largescale psychological response*, in Carl E. K. (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Chae B. J., Kang B. J. (2006), *Quetiapine for delusional jealousy in a deaf elderly patient*, «Inter. Psychoger.», 18(1), pp. 187-8.
- Chalamat M., Mihalopoulos C., Carter R., Vos T. (2005), *Assessing cost-effectiveness in mental health: Vocational rehabilitation for schizophrenia and related conditions*, «Austral. New Zeal. J. Psychiat.», 39(8), pp. 693-700.
- Chamberlain S. R., Blackwell A. D., Fineberg N. A., Robbins T. W., Sahakian B. J. (2005), *The neuropsychology*

- of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers, «Neurosci. Biobehav. Rev.», 29(3), pp. 399-419.
- Chaparro S. (2004), cited in Sauthoff T., *Professor assigns 48 hours without using cell phone*, «The Daily Targum», april 5, 2004, p. 1.
- Charman T., Howlin P. (2003), *Research into early intervention for children with autism related disorders: Methodological and design issues* (Report on a workshop funded by the Wellcome Trust, Institute of Child Health, London, november 2001), «Autism», 7, pp. 217-25.
- Charney D. S., Woods S. W., Goodman W. K., Heninger G. R. (1987), *Neurobiological mechanisms of panic anxiety: Biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced anxiety*, «Amer. J. Psychiat.», 144(8), pp. 1030-6.
- Charney D. S., Woods S. W., Price L. H., Goodman W. K., Glazer W. M., Heninger G. R. (1990), in Ballenger J. C. (Ed.), *Neurobiology of panic disorder*, Wiley-Liss, New York.
- Charuvastra A., Cloitre M. (2008), *Social bonds and post-traumatic stress disorder*, in Fiske S., Schacter D. L., Sternberg R. (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 59), Annual reviews, Palo Alto, CA.
- Chasseguet-Smirgel J. (1985), *Creativity and perversion*; trad. it. *Creatività e perversione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1987.
- Chasseguet-Smirgel J. (2003), *Le corps comme miroir du monde*, Presses Universitaires de France, Paris, France.
- Chassin L., Collins R. L., Ritter J., Shirley M. C. (2001), *Vulnerability to substance use disorders across the life span*, in Ingram R. E., Price J. M. (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*, Guilford Press, New York, NY.
- Chavira D. A., Grilo C. M., Shea M. T., Yen S., Gunderson J. G., Morey L. C., et al. (2003), *Ethnicity and four personality disorders*, «Comprehen. Psychiat.», 44(6), pp. 483-91.
- Chekki C. (2004, november 10), *Treaty 3 cries for help*, «The Chronicle Journal» (Thunder Bay, Ontario, Canada), p. A3.
- Chen T.-J., Yu Y. W.-Y., Chen M.-C., Wang S.-Y., Tsai S.-J., Lee T.-W. (2005), *Serotonin dysfunction and suicide attempts in major depressives: An auditory event-related potential study*, «Neuropsychobiology», 52(1), pp. 287-96.
- Cheng A. T. A., Hawton K., Lee C. T. C., Chen T. H. H. (2007), *The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: A population-based study*, «Inter. J. Epidemiol.», 36(6), pp. 1229-34.
- Cherry K. E., Galea S., Silva J. L. (2007), *Successful aging in very old adults: Resiliency in the face of natural disaster*, in Hersen M., Gross A. M. (Eds.), *Handbook of clinical psychology, Vol. 1: Adults*, Wiley, Hoboken, NJ.
- CHI Conference (2005), *The Human Factors in Computing Systems*, Portland, OR, April 2-7, 2005.
- Chin J. H., Ma L., MacTavish D., Jhamandas J. H. (2007), *Amyloid beta protein modulates glutamate-mediated neurotransmission in the rat basal forebrain: Involvement of presynaptic neuronal nicotinic acetylcholine and metabotropic glutamate receptors*, «J. Neurosci.», 27(35), pp. 926-9.
- Chochinov H. M., Schwartz L. (2002), *Depression and the will to live in the psychological landscape of terminally ill patients*, in Foley K., Hendin H. (Eds.), *The case against assisted suicide: For the right to end-of-life care*, The John Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Chodoff P. (1978), *Psychotherapy of the hysterical personality disorder*, «Journal of the American Academy of Psychoanalysis», 6, pp. 496-510.
- Chodoff P. (1982), *The hysterical personality disorder: A psychotherapeutic approach*, in Roy A. (Eds.), *Hysteria*, Wiley, New York, NY.
- Christensen A. J., Dornick R., Ehlers S. L., Schultz S. K. (1999), *Social environment and longevity in schizophrenia*, «Psychosom. Med.», 61(2), pp. 141-5.
- Christensen A., Atkins D. C., Yi J., Baucom D. H., George W. H. (2006), *Couple and individual adjustment for two years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 74, pp. 1180-91.
- Christophersen E. R., Purvis P. C. (2001), *Toileting problems in children*, in Walker C. E., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of clinical child psychopathology* (3rd ed.), Wiley, New York, NY.
- Chung M. C., Dennis I., Easthope Y., Werrett J., Farmer S. (2005), *A multiple-indicator multiple-case model for posttraumatic stress reactions: Personality, coping, and maladjustment*, «Psychosom. Med.», 67(2), 251-9.
- Ciano-Federoff L. M., Sperry J. A. (2005), *On "converting" hand pain into psychological pain: Treating hand pain vicariously through exposure-based therapy for PTSD*, «Clin. Case Stud.», 4(1), pp. 57-71.
- Clark D. A., Guyitt B. D. (2008), *Pure obsessions: Conceptual misnomer or clinical anomaly?*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Clark L. A. (2005, november), *Dimensional bases of diagnosis*, «Clinician's Res. Digest, Suppl. Bull.», 33, pp. 1-2.
- Clarke J. C., Saunders J. B. (1988), *Alcoholism and problem drinking: Theories and treatment*, Pergamon Press, Sydney, Australia.
- Clary G. L., Krishnan K. R. (2001), *Delirium: Diagnosis, neuropathogenesis and treatment*, «J. Psychiatr. Prac.», 7(5), pp. 310-23.
- Clay R. A. (2009), *Suicide prevention*, «SAMHSA News», jan.-feb., 2009. 17(1).
- Clayton A. H., Pradko J. F., Croft H. A., Montano C. B., Leadbetter R. A., Bolden-Watson C., et al. (2002), *Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants*, «J. Clin. Psychiat.», 63(4), pp. 357-66.

- Clayton R. R., Segress M. J. H., Caudill C. A. (2008), *Prevention of substance abuse*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Clifford, J. S., Norcross, J. C., Sommer, R. (1998), *Autobiographies of mental health clients: Psychologists' uses and recommendations*, Paper presented at the 69th annual meeting of the Eastern Psychological Association, Boston, MA.
- Cloninger C. F., Svrakic D. M. (2005), *Personality disorders*, in Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed., pp.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Clum G. A., Febraro G. A. R. (2001), *Phobias*, in Friedman H. S. (Ed.), *Specialty articles from the encyclopedia of mental health*, Academic Press, San Diego, CA.
- CNN (2004, June 4), *Porn 3X more popular than searches*, «CNNmoney».
- Coccaro E. F., Siever L. J. (2009), *Neurobiology*, in Oldham J. M., Skodol A. E., Bender D. S. (Eds.), *Essentials of personality disorders*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Coetzer B. R. (2004), *Obsessive-compulsive disorder following brain injury: A review*, «Inter. J. Psychiat. Med.», 34(4), pp. 363-77.
- Cogan J. C., Bhalla S. K., Sefa-Dedeh A., Rothblum E. D. (1996), *A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and thinness*, «J. Cross-Cult. Psychol.», 27, pp. 98-113.
- Cohen L., Ardjoen R. C., Sewpersad K. S. M. (1997), *Type A behaviour pattern as a risk factor after myocardial infarction: A review*, «Psychology and Health», 12, pp. 619-32.
- Cohen P. (2008), *Midlife suicide rises, puzzling researchers*, «New York Times», 157(54), p. 225.
- Cohen S. (2002), *Psychosocial stress, social networks, and susceptibility to infection*, in Koenig H. G., Cohen H. J. (Eds.), *The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*, Oxford University Press, New York, NY.
- Cohen S. (2005), *Psychological stress, immunity and upper respiratory infections*, in Miller G., Chen E. (Eds.), *Current directions in health psychology*, Pearson, Upper Saddle River, NJ.
- Cohen S., Tyrrell A. D., Smith A. P. (1991), *Psychological stress and susceptibility to the common cold*, «N. Engl. J. Med.», 325, pp.606-12.
- Cohen-Kettenis P. T. (2001), *Gender identity disorder in DSM?*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 40(4), p. 391.
- Colburn D. (1996, November 19), *Singer's suicide doesn't lead to "copycat" deaths*, «Washington Post Health», p. 5.
- Coldwell C. M., Bender W. S. (2007), *The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis*, «Amer. J. Psychiat.», 164(3), pp. 393-9.
- Cole D. A., Turner J. E., Jr. (1993), *Models of cognitive mediation and moderation in child depression*, «J. Abnorm. Psychol.», 102(2), pp. 271-81.
- Cole E., Daniel J. H. (Eds.) (2005), *Featuring females: Feminist analyses of media*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Coles M. E., Heimberg R. G., Frost R. O., Steketee G. (2005), *Not just right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives*, «Behav. Res. Ther.», 43, pp. 153-67.
- Coles M. E., Pietrefesa A. S. (2008), *Symmetry, ordering, and arranging*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Collins C. S. (1994), *You are the music while the music lasts*, «Profiles magazine/Continental airlines», February 1994.
- Comas-Diaz L. (2006), *Cultural variation in the therapeutic relationship*, in Goodheart C., Kazdin A., Sternberg R. J. (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Combs D. R., Basso M. R., Wanner J. L., Ledet S. N. (2008), *Schizophrenia*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Comer R. (1973), *Therapy interviews with a schizophrenic patient*, Unpublished manuscript.
- Compas B. E., Gotlib I. H. (2002), *Introduction to clinical psychology: Science and practice*, McGraw-Hill, Boston, MA.
- Conklin C. Z., Westen D. (2005), *Borderline personality disorder in clinical practice*, «Amer. J. Psychiat.», 162, pp. 867-75.
- Connor J. P., Young R. McD., Lawford B. R., Ritchie T. L., Noble E. P. (2002), *D2 dopamine receptor (DRD2) polymorphism is associated with severity of alcohol dependence*, «Eur. Psychiat.», 17(1), pp. 17-23.
- Conrad N. (1992), *Stress and knowledge of suicidal others as factors in suicidal behavior of high school adolescents*, «Issues Ment. Hlth. Nurs.», 13(2), pp. 95-104.
- Conus P., Cotton S., Schimmelmann B. G., McGorry P. D., Lambert M. (2007), *The first-episode psychosis outcome study: Premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients*, «Early Intervent. Psychiat.», 1(2), pp. 191-200.
- Conwell Y., Caine E. D., Olsen K. (1990), *Suicide and cancer in late life*, «Hosp. Comm. Psychiat.», 43, pp. 1334-8.
- Cook C. E., Jeffcoat A. R., Perez-Reyes M. (1985), *Pharmacokinetic studies of cocaine and phencyclidine in man*, in Barnett G., Chiang C. N. (Eds.), *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychoactive drugs*, Biomedical Publications, Foster City, CA.
- Cook R. E. (2006), *Autism spectrum disorders: A crisis of urgent public concern*, in Plante T.G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium: Vol. 3, Biology and function*, Praeger Publishers, Westport, CT.

- Coon D., Mitterer J. O. (2007), *Introduction to psychology: Gateways to mind and behavior* (11th ed.); trad. it. *Psicologia generale*, UTET Università, Torino 2011.
- Coons P. M., Bowman E. S. (2001), *Ten-year follow-up study of patients with dissociative identity disorder*, «J. Trauma Dissoc.», 2(1), pp. 73-89.
- Coons P. M., Bowman E. S., Milstein V. (1988), *Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 176(9), pp. 519-27.
- Cooper A. M., Scherer C. R., Boies S. C., Gordon B. L. (1999), *Sexuality on the internet: From sexual exploration to pathological expression*, «Profess. Psychol. Res. Pract.», 30(2), pp. 154-64.
- Cooper J. L. (2004), *Treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. B: Sci. Eng.», 65(5-B), p. 2338.
- Cooper J., Carty J., Creamer M. (2005), *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Empirical review and clinical recommendations*, «Austral. New Zeal. J. Psychiat.», 39(8), pp. 674-82.
- Cooper S. (2008), *Self cutting: The wound that will not heal*, «Orato», July 30, 2008.
- Copley J. (2008, May 8), *Psychology of heavy metal music*, Suite101.com., retrieved June 14, 2008, from www.suite101.com
- Corey G. (2004), *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy (with web site, chapter quiz booklet, and Info Trac.*, Wadsworth Publishing, Stamford, CT.
- Corey G. (2008), *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (8th ed.), Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Corey-Bloom J. (2004), *Alzheimer's disease*, «Continuum Lifelong Learn. Neurol.», 10, pp. 29-57.
- Cornblatt B. A., Keilp J. G. (1994), *Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia*, «Schizo. Bull.», 20(1), pp. 31-46.
- Cornish J. W., McNicholas L. F., O'Brien C. P. (1995), *Treatment of substance-related disorders*, in Schatzberg A. F., Nemeroff C. B. (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Corrigan P. W. (2007), *How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness*, «Soc. Work», 52(1), pp. 31-9.
- Costa E. (1983), *Are benzodiazepine recognition sites functional entities for the action of endogenous effectors or merely drug receptors?*, «Adv. in Biochem. & Psychopharm.», 38, pp. 249-59.
- Costa E. (1985), *Benzodiazepine-GABA interactions: A model to investigate the neurobiology of anxiety*, in Tuma A. H., Maser J. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Costa J. L., Brennen M. B., Hochgeschwender U. (2002), *The human genetics of eating disorders: Lessons from the leptin/melanocortin system*, «Child Adol. Psychiat. Clin. N. Amer.», 11(2), pp. 387-97.
- Costa P. T., Jr., McCrae R. R. (2005), *A five-factor model perspective on personality disorders*, in Strack S. (Ed.), *Handbook of personality and psychopathology*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Costantino G., Dana R. H., Malgady R. G. (2007), *TEMAS (Tell-Me-A-Story) assessment in multicultural societies*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Couturier J., Lock J. (2006), *Eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium, Vol. 3: Biology and function*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Covell N. H., Jackson C. T., Evans A. C., Essock M. S. (2002), *Antipsychotic prescribing practices in Connecticut's public mental health system: Rates of changing medications and prescribing styles*, «Schizo. Bull.», 28(1), pp. 17-29.
- Covington M. A., He C., Brown C., Naci L., McClain J. T., Fjordbak B. S., et al. (2005), *Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view*, «Schizo. Res.», 77(1), pp. 85-98.
- Cox A., Rutter M., Newman S., Bartak L. (1975), *A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder: II. Parental characteristics*, «Brit. J. Psychiat.», 126, pp. 146-59.
- Cox D. J., Morris J. B., Jr., Borowitz S. M., Sutphen J. L. (2002), *Psychological differences between children with and without chronic encopresis*, «J. Pediatr. Psychol.», 27(7), pp. 585-91.
- Cox P. D., Vinogradov S., Yalom I. D. (2003), *Group therapy*, in Hales R. E., Yudofsky S. C., Talbot J. A., *American Psychiatric Press Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Coyne J. C. (2001), *Depression and the response of others*, in Parrott W. G. (Ed.), *Emotions in social psychology: Essential readings*, Psychology Press/Taylor & Francis, Philadelphia, PA.
- Coyne J. C., Calarco M. M. (1995), *Effects of the experience of depression: Application of focus group and survey methodologies*, «Psychiat.: Interpers. Biol. Proc.», 58(2), pp. 149-63.
- Coyne J. C., Schwenk T. L., Fechner-Bates S. (1995), *Non-detection of depression by primary care physicians reconsidered*, «Gen. Hosp. Psychiat.», 17(1), 3-12.
- Cozier-D'Amico Y. C. (2004), *Social factors, genetics, and hypertension in United States Black women*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. B: Sci. Eng.», 65(3-B), p. 1275.
- Crandall C. S., Preisler J. J., Aussprung J. (1992), *Measuring life events stress in the lives of college students: The Undergraduate Stress Questionnaire (USQ)*, «Journal of Behavioral Medicine», 15(6), pp. 627-62.
- Crary D. (2007), *Psychologists to review stance on gays*, «Yahoo! News», retrieved July 10, 2007, from http://news.yahoo.com
- Creed F. (2009), *Somatization and pain syndrome*, in Mayer E. A., Bushnell M. C. (Eds.), *Functional pain syndromes: Presentation and pathophysiology*, IASP Press, Seattle, WA.
- Creese I., Burt D. R., Snyder S. H. (1977), *Dopamine receptor binding enhancement accompanies lesion-induced behavioral supersensitivity*, «Science», 197, pp. 596-8.

- Crisp M. (2001, april 8), *Sticks & stones: 'New Kid' puts comic spin on a serious situation*, «Sunday News» (Lancaster, PA), p. H-1.
- Crits-Christoph P., Barber J. P. (2002), *Psychological treatments for personality disorders*, in Nathan P. E., Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed.), Oxford University Press, London.
- Crits-Christoph P., Wilson G. T., Hollon S. D. (2004), *Empirically supported psychotherapies: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner*, «Psychol. Bull.», 131(3), pp. 412-7.
- Crocetti G. (2008), *I disegni dei bambini: metafore e simboli del benessere bambino*, **Armando, Roma**.
- Crosby A. E., Espitia-Hardeman V., Hill H. A., Ortega L., Clavel-Arcas C. (2009), *Alcohol and suicide among racial/ethnic populations—17 states, 2005–2006*, «JAMA: Journal of the American Medical Association», 302(7), pp. 733-4.
- Crossman A. M., Lewis M. (2006), *Adults' ability to detect children's lying*, «Behav. Sci. Law», 24(5), pp. 703-15.
- Crow S. J. (2010), *Eating disorders in young adults*, in Grant J. E., Potenza M. N. (Eds.), *Young adult mental health* (pp. 397–405), Oxford University Press, New York, NY.
- Crow T. J. (1980), *Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine: II*, «Brit. J. Psychiat.», 137, pp. 383-6.
- Crow T. J. (1985), *The two-syndrome concept: Origins and current status*, «Schizo. Bull.», 11(3), pp. 471-86.
- Crow T. J. (1995), *Brain changes and negative symptoms in schizophrenia*, «Psychopathology», 28(1), pp. 18-21.
- Crow T. J. (2008), *The "big bang" theory of the origin of psychosis and the faculty of language*, «Schizo. Res.», 102(1-3), pp. 31-52.
- Crowther J. H., Snaftner J., Bonifazi D. Z., Shepherd K. L. (2001), *The role of daily hassles in binge eating*, «Inter. J. Eat. Disorders», 29(4), pp. 449-54.
- Cruikshank M. (2003), *Learning to be old: Gender, culture, and aging*, Rowman & Littlefield, Lanham, MD.
- Cukan A. (2001, march 8), *Confronting a culture of cruelty*, *General feature release*, «United Press International».
- Culbert K. M., Klump, K. L. (2008), *Should eating disorders be included in the obsessive-compulsive spectrum?*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Culp A. M., Clyman M. M., Culp R. E. (1995), *Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help*, «Adolescence», 30(120), pp. 827-37.
- Cummings C. J., Fristad M. A. (2008), *Mood disorders in childhood*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York.
- Cummings J. L. (2005), *The neuropsychiatric burden of neurological diseases in the elderly*, «Inter. Psychogeriatrics», 17(3), pp. 341-51.
- Cummins R. A., Lau A. L. (2003), *Community integration or community exposure? A review and discussion in relation to people with an intellectual disability*, «Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities», 16, pp. 145-57.
- Curlin F. A., Nwodim C., Vance J. L., Chin M. H., Lantos J. D. (2008), *To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support*, «Amer. J. Hospice Pall. Med.», 25(2), pp. 112-20.
- Curry J. F., Becker S. J. (2008), *Empirically supported psychotherapies for adolescent depression and mood disorders*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York.
- Curtis R., Groarke A. M., Coughlan R., Gsel A. (2004), *The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: A 1-year follow-up*, «Psychol. Hlth. Med.», 9(4), pp. 456-75.
- Cutler D. M., Glaeser E. L., Norberg K. E. (2001), *Explaining the rise in youth suicide*, in Gruber J. (Ed.), *Risky behavior among youths: An economic analysis*, University of Chicago Press, Chicago.
- Cutright P., Fernquist R. M. (2001), *The relative gender gap in suicide: Societal integration, the culture of suicide and period effects in 20 developed countries, 1955–1994*, «Soc. Sci. Res.», 30(1), pp. 76-99.
- Cutright P., Stack S., Fernquist R. (2007), *Marital status integration, suicide disapproval, and societal integration as explanations of marital status differences in female age-specific suicide rates*, «Suic., Life-Threat. Behav.», 37(6), pp. 715-24.
- Cutting J. C. (1997), *Principles of Psychopathology: Two Worlds - Two Minds - Two Hemispheres*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Cuvellier M. (2002), *Victim, not villain. The mentally ill are six to seven times more likely to be murdered*, «Psychol. Today», 35(3), p. 23.
- Cytryn L., McKnew D. H., Jr. (1996), *Growing up sad: Childhood depression and its treatment*, Norton, New York, NY.
- Dahle K. P., Lohner J. C., Konrad N. (2005), *Suicide prevention in penal institutions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention*, «Inter. J. Forens. Ment. Hlth.», 4(1), pp. 53-62.
- Dahlstrom G. W., Dahlstrom L. E. (1980), Basic readings on the MMPI: A new selection on personality measurement, University of Minnesota Press, Minneapolis.**
- Dahlstrom G. W., Welsh G. S., Dahlstrom L. E. (1960), *An MMPI Handbook*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Dale R. C., Heyman I., Surtees R. A., Church A., Giovannoni J., Goodman R. et al. (2004) *Dyskinesias and associated psychiatric disorders following streptococcal infections*, «Arch. Dis. Child.», 89(7), pp. 604-10.

- Dana R. H. (2000), *Culture and methodology in personality assessment*, in Cuellar I., Paniagua F. A. (Eds.), *Handbook of multicultural mental health*, Academic, San Diego, CA.
- Dana R. H. (2005), *Multicultural assessment: principles, applications, and examples*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Daniel S. S., Walsh A. K., Goldston D. B., Arnold E. M., Reboussin B. A., Wood F. B. (2006), *Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents*, «J. Learn. Disabil.», 39(6), pp. 507-14.
- Daniels C. W. (2002), *Legal aspects of polygraph admissibility in the United States*, in Klener M. (Ed.), *The handbook of polygraph testing*, Academic, San Diego, CA.
- Danner M. (2004), *Torture and truth: America, Abu Ghraib, and the war on terror*, New York Review of Books, New York, NY.
- Dare C., Crowther C. (1995), *Psychodynamic models of eating disorders*, in Szukler G., Dare C., Treasure J. (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*, Wiley, Chichester, UK.
- Darke S., Dufflou J., Torok M. (2009), *Drugs and violent death: Comparative toxicology of homicide and non-substance toxicity suicide victims*, «Addiction», 104(6), pp. 1000-5.
- Darke S., Williamson A., Ross J., Teesson M. (2005), *Attempted suicide among heroin users: 12-month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS)*, «Drug Alc. Depend.», 78(2), pp. 177-86.
- Darwin C. (1859), *The origin of species*; trad. it. *L'origine delle specie*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Dass R., Levine S. (2002), *Guided meditation*, in Sheikh A. A. (Ed.), *Handbook of therapeutic imagery techniques. Imagery and human development series*, Baywood Publishing Co, Amityville, NY.
- Dattilio F. M. (2001), *Variations in cognitive responses to fear in anxiety disorder subtypes*, «Arch. Psychiat. Psychother.», 3(1), pp. 17-30. Davidson J. R. T., Connor K. M., Hertzberg M. A., Weisler R. H., Wilson W. H., Payne V. M. (2005), *Maintenance therapy with fluoxetine in posttraumatic stress disorder: A placebo-controlled discontinuation study*, «J. Clin. Psychopharmacol.», 25(2), pp. 166-9.
- Davidson K. (2008), *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for clinicians*, (2nd ed.), Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Davis M. (1992), *Analysis of aversive memories using the fear potentiated startle paradigm*, in Butters N., Squire L. R. (Eds.), *The neuropsychology of memory* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Davis S. R. (1998), *The clinical use of androgens in female sexual disorders*, «J. Sex Marital Ther.», 24(3), pp. 153-63.
- Davis S. R. (2000), *Testosterone and sexual desire in women*, «J. Sex Educ. Ther.», 25(1), pp. 25-32.
- Dawes R. M., Faust D., Meehl P. E. (2002), *Clinical versus actuarial judgment*, in Kahneman D., Gilovich T., Griffin D. (Eds.), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment*, Cambridge University Press, New York, NY.
- DAWN (Drug Abuse Warning Network) (2008), *Publications and tables from DAWN Emergency Department Data*, retrieved november 24, 2008, from www.dawninfo.net
- Dawson G. R., Collinson N., Atack J. R. (2005), *Development of subtype selective GABA-sub(A) modulators*, «CNS Spectrums», 10(1), pp. 21-27.
- de l'Etoile S. K. (2002), *The effect of musical mood induction procedure on mood state-dependent word retrieval*, «J. Music Ther.», 39(2), pp. 145-60.
- De Leo D., Evans R. (2004), *International suicide rates and prevention strategies*, Hogrefe & Huber, Cambridge, MA.
- De Leon G. (2008), *Therapeutic communities*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- de Leon M. J., Mosconi L., Blennow K., De Santi S., Zinkowski R., Mehta P. D., et al. (2007), *Imaging and CSF studies in the preclinical diagnosis of Alzheimer's disease*, in Federoff H., de Leon M. J., Snider D. A. (Eds.), *Imaging and the aging brain*, Blackwell, Malden, MA.
- De Matteo D., Heilbrun K., Marczyk G. (2005), *Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample*, «Inter. J. Forens. Ment. Hlth.», 4(2), pp. 147-57.
- De Sousa A. A., De Sousa J. A., Kapoor H. (2008), *An open randomized trial comparing disulfiram and topiramate in the treatment of alcohol dependence*, «J. Substance Abuse Treat.», 34(4), pp. 460-3.
- de Wit H., Phan L. (2010), *Positive reinforcement theories of drug use*, in Kassel J. D. (Ed.), *Substance abuse and emotion*, American Psychological Association Washington, DC.
- DEA (Drug Enforcement Administration) (1996), *Consumption of ritalin*, Author, Washington, DC.
- DEA (Drug Enforcement Administration) (2000, may 16), *DEA congressional testimony before the committee on education and the workforce: Subcommittee on early childhood and families*.
- DEA (Drug Enforcement Administration) (2002), cited in Holland R., *The reaction against Ritalin*, «Lexington Institute Issue Brief», february, 2002.
- DeAngelis T. (2008), *Helping families cope with PTSD*, «Monitor on Psychology», 39(1), pp. 44-5.
- DeAngelis T. (2008), *PTSD treatments grow in evidence, effectiveness*, «Monitor on Psychology», 39(1), pp. 40-3.
- Deas D., Gray K., Upadhyaya H. (2008), *Evidence-based treatments for adolescent substance use disorders*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents*, Springer, New York.
- Dedman B. (2000), *Deadly lessons: School shooters tell why*, «Chicago Sun-Times», Digital Chicago, Inc., october 15, 2000.

- Degun-Mather M. (2002), *Hypnosis in the treatment of a case of dissociative amnesia for a 12-year period*, «Contemp. Hyp.», 19(1), pp. 34-41.
- Delahanty D. L., Nugent N. R., Christopher N. C., Walsh M. (2005), *Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims*, «Psychoneuroendocrinology», 30(2), pp. 121-8.
- Delisle J. R. (1986), *Death with honors: Suicide among gifted adolescents* [Special issue], «J. Couns. Dev.», 64(9), pp. 558-60.
- DeLuca N. L., Moser L. L., Bond G. R. (2008), *Assertive community treatment*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Deplanque D. (2005), *Recreational cannabis use: not so harmless!*, «J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.», 76(3), p. 306.
- DeRubeis R. J., Hollon S. D., Amsterdam J. D., Shelton R. C., Young P. R., Salomon R. M., et al. (2005), *Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression*, «Arch. Gen. Psychiat.», 62, pp. 409-16.
- Dervic K., Brent D. A., Oquendo M. A. (2008), *Completed suicide in childhood*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 31(2), pp. 271-91.
- DeVeugh-Geiss J., Moroz G., Biederman J., Cantwell D. P., et al. (1992), *Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive compulsive disorder. A multicenter trial*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 31(1), pp. 45-9.
- Deveny K. (2003, June 30), *We're not in the mood*, «Newsweek», 141(26), pp. 40-6.
- Devineni T., Blanchard E. B. (2005), *A randomized controlled trial of an Internet-based treatment for chronic headache*. «Behav. Res. Ther.», 43, pp. 277-92.
- Dhossche D., van der Steen F., Ferdinand R. (2002), *Somatiform disorders in children and adolescents: A comparison with other internalizing disorders*, «Ann. Clin. Psychiat.», 14(1), pp. 23-31.
- Diamond L. M. (2003), *What does sexual orientation orient? A biobehavioral model, distinguishing romantic love and sexual desire*, «Psychol. Rev.», 110(1), pp. 173-92.
- Di Chiara G. (1990), *La stupida meraviglia, l'autismo e la competenza difensiva*, «Rivista di Psicoanalisi», 36, pp. 441-457.
- Di Chiara G. (2008), *Autismo e psicoanalisi: un libro, un congresso, un problema*, «Rivista di Psicoanalisi», 54, pp. 225-234.
- Dickens B. M., Boyle J. M., Jr., Ganzini L. (2008), *Euthanasia and assisted suicide*, in Viens A. M., Singer P. A. (Eds.), *The Cambridge textbook of bioethics*, Cambridge University Press, New York.
- Dickerson F. B., Tenhula W. N., Green-Paden L. D. (2005), *The token economy for schizophrenia: Review of the literature and recommendations for future research*, «Schizo. Res.», 75(2-3), pp. 405-16.
- DiClemente C. C., Garay M., Gemmell L. (2008), *Motivational enhancement*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Dietrich A. M. (2007), *Traumatic impact of violence against women*, in Carl E. K. (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness* (Vol. 2), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Dike C. C., Baranoski M., Griffith E. E. H. (2005), *Pathological lying revisited*, «J. Amer. Acad. Psychiat. Law», 33(3), pp. 342-9.
- Dike C. C., Baranoski M., Griffith E. E. H. (2006), *What is pathological lying?*, «Brit. J. Psychiat.», 189(1), p. 86.
- Dimaggio G., Semerari A (2003), *I disturbi di Personalita. Modelli di trattamento*. Editori Laterza, Roma.
- Dittman M. (2005), *Postgrad growth areas: Geopsychology*, «gradPSYCH», 3(3), september.
- Dobbs D. (2006, April 2), *A depression switch?*, «New York Times», retrieved May 25, 2008, from <http://www.nytimes.com/2006/04/02/magazine/02depression.html>
- Dobson V., Sales B. (2000), *The science of infanticide and mental illness*, «Psychol. Pub. Pol. Law», 6(4), pp. 19-25.
- Doctor R. (2003), *The role of violence in perverse psychopathology*, in Doctor R. (Ed.), *Dangerous patients: A psychodynamic approach to risk assessment and management*, Karnac Books, London, UK.
- Doctor R. M., Neff B. (2001), *Sexual disorders*, in Friedman H. S. (Ed.), *Specialty articles from the encyclopedia of mental health*, Academic Press, San Diego, CA.
- Dohrmann R. J., Laskin D. M. (1978), *An evaluation of electromyographic feedback in the treatment of myofascial pain-dysfunction syndrome*, «JAMA», 96, pp. 656-62.
- Dolder C. R. (2008), *Side effects of antipsychotics*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York.
- Dole V. P., Nyswander M. (1965), *A medical treatment for heroin addiction*, «JAMA», 193, pp. 646-50.
- Dole V. P., Nyswander M. (1967), *Heroin addiction, a metabolic disease*, «Arch. Internal Med.», 120, pp. 19-24.
- Dorahy M. J., Huntjens R. J. C. (2007), *Memory and attentional processes in dissociative identity disorder: A review of the empirical literature*, in Spiegel D., Vermetten E., Dorahy M. (Eds.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Doran M., Larner A. J. (2004), *Prominent behavioural and psychiatric symptoms in early-onset Alzheimer's disease in a sib pair with the presenilin-1 gene R269G mutation*, «Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.», 254(3), pp. 187-9.
- Doss B. D., Mitchell A. E., De la Garza-Mercer F. (2008), *Marital distress*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Doty R. L. (2008), *The olfactory vector hypothesis of neu-*

- rodegenerative disease: *Is it viable?*, «Ann. Neurol.», 63(1), pp. 7-15.
- Doweiko H. E. (2006), *Concepts of chemical dependency* (6th ed.), Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Downar, J., Kapur, S. (2008). *Biological theories*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York.
- Draguns J. G. (2006), *Culture in psychopathology-psychopathology in culture: Taking a new look at an old problem*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium, Vol. 2: Public and social problems*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Draine J., Salzer M. S., Culhane D. P., Hadley T. R. (2002), *Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness*, «Psychiatric Services», 53(5), 565-73.
- Dratcu L. (2000), *Panic, hyperventilation and perpetuation of anxiety*, «Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiat.», 24(7), pp. 1069-89.
- Drevets W. C. (2000), *Functional anatomical abnormalities in limbic and prefrontal cortical structures in major depression*, «Prog. Brain Res.», 126, pp. 413-31.
- Drevets W. C. (2001), *Neuroimaging and neuropathological studies of depression: Implications for the cognitive-emotional features of mood disorders*, «Curr. Opin. Neurobiol.» 11, pp.240-9.
- Drevets W. C., Todd R. D. (2005), *Depression, mania, and related disorder*, in Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Driessen E., Cuijpers P., de Maat S. C. M., Abbass A. A., de Jonghe F., Dekker J. J. M. (2009), *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis*, «Clinical Psychology Review», 30, pp. 25-36.
- Drobes D. J., Saladin M. E., Tiffany S. T. (2001), *Classical conditioning mechanisms in alcohol dependence*, in Heather N., Peters T. J., Stockwell T. (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems*, Wiley, New York, NY.
- Duarte-Velez Y. M., Bernal G. (2008), *Suicide risk in Latino and Latina adolescents*, in Leach M. M., Leong F. T. L. (Eds.), *Suicide among racial and ethnic minority groups: Theory, research, and practice*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Dugas M. J., Brillon P., Savard P., Turcotte J., Gaudet A., Ladouceur R., Leblanc R., Gervais N. J. (2009), *A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder*, «Behavior Therapy».
- Dugas M. J., Buhr K., Ladouceur R. (2002), *The role of intolerance of uncertainty in the etiology and maintenance of generalized anxiety disorder*, in Heimberg R. G., Turk C. L., Mennin D. S. (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, Guilford Press, New York.
- Dugas M. J., Buhr K., Ladouceur R. (2004), *The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance*, in Heimberg R. G., Turk C. L., Mennin D. S. (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, Guilford Press, New York.
- Dugas M. J., Marchand A., Ladouceur R. (2005), *Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity*, «J. Anx. Disorders», 19(3), pp. 329-43.
- Dunbar F. (1948). *Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment*, Mosby, St. Louis.
- Dunn A. L., Trivedi M. H., Kampert J. B., Clark C. G., Chambliss H. O. (2005), *Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response*, «Amer. J. Prev. Med.», 28(1), pp. 1-8.
- Dunner D. L. (2005), *Atypical antipsychotics: Efficacy across bipolar disorder subpopulations*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 3), pp. 20-7.
- DuPaul G. J., Barkley R. A. (2008), *Attention deficit hyperactivity disorder*, in Morris R. J., Kratochwill T. R. (Eds.), *The practice of child therapy* (4th ed.), Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Dupont R. L., Dupont C. M. (2005), *Sedatives/hypnotics and benzodiazepines*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York.
- Durkheim E. (1897), *Suicide*; trad. it. *Il suicidio: l'educazione morale*, UTET, Torino 1969.
- Durkin K. F., Hundertmarck S. (2008), *Pedophiles and child molesters*, in Goode E., Vail D. A. (Eds.), *Extreme deviance*, Pine Forge Press, Los Angeles, CA.
- Dwight-Johnson M., Lagomasino I. T. (2007), *Addressing depression treatment preferences of ethnic minority patients*, «Gen. Hosp. Psychiat.», 29(3), pp. 179-81.
- Dykens E. M., Hodapp R. M. (2001), *Research in mental retardation: Toward an etiologic approach*, «J. Child Psychol. Psychiat. Allied Discl.», 42(1), pp. 49-71.
- Echeverry J. J., Nettles C. D. (2009), *Club drugs: An overview*, in Cohen L. M., Collins, Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- Eddy K. T., Dutra L., Bradley R., Westen D. (2004), *A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder*, «Clin. Psychol. Rev.», 24, pp. 1011-30.
- Edelman G.M. (1987), *Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Group Selection*; trad. it. *Darwinismo neurale. La teoria della selezione dei gruppi neuronali*, Einaudi, Torino 1995.
- Edelman G.M. (1989), *The Remembered Present. A Biological Theory of Consciousness*; trad. it. *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*, Rizzoli, Milano 1991.
- Edelstein B. A., Stoner S. A., Woodhead E. (2008), *Older adults*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment*, Vol. 1: Adults, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.

- Edlinger M., Hofer A., Rettenbacher M. A., Baumgartner S., Widschwendter C. G., Kemmler G., Neco N. A., Fleischhacker W. W. (2009), *Factors influencing the choice of new generation antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia*, «Schizophrenia Research», 113(2-3), pp. 246-51.
- Edwards O. W., Oakland T. D. (2006), *Factorial invariance of Woodcock-Johnson III Scores for African Americans and Caucasian Americans*, «J. Psychoeduc. Assess.», 24(4), pp. 358-66.
- Ehlers A., Clark D. M., Hackman A., McManus F., Fennell M. (2005), *Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation*, «Behav. Res. Ther.», 43(4), pp. 413-31.
- Ehnvall A., Parker G., Hadzi P. D., Malhi G. (2008), *Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females—but not for males*, «Acta Psychiatr. Scand.», 117(1), pp. 50-6.
- Eifert G. H., Greco L. A., Heffner M., Louis A. (2007), *Eating disorders: A new behavioural perspective and acceptance-based treatment approach*, in Woods D. W., Kanter J. W. (Eds.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective*, Context Press, Reno, NV.
- Eifert G. H., Zvolensky M. J., Louis A. (2008), *Somatoform disorders: Nature, psychological processes, and treatment strategies*, in Maddux J. E., Winstead B. A. (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (2nd ed.), Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Eigen M. (1999), *Toxic nourishment*; trad. it. *Cibo tossico*, Astrolabio, Roma 2003.
- Eisner A. (2005), *Odd U.S. state laws ban owning skunks, swearing*, «Reuters», may 25, 2005.
- Ekman P., O'Sullivan M., Frank M. G. (1999), *A few can catch a liar*, «Psychol. Sci.», 10(3), pp. 263-6.
- Eliez S., Feinstein C. (2001), *The fragile X syndrome: Bridging the gap from gene to behavior*, «Curr. Opin. Psychiat.», 14(5), pp. 443-9.
- Elkins G., Perfect M. M. (2007), *Hypnotherapy for the treatment of childhood somatoform disorders*, in Sugarman L., Wester W. C., III (Eds.), *Therapeutic hypnosis with children and adolescents*, Crown House Publishing Limited, Norwalk, CT.
- Ellenberger H. F. (1970), *The discovery of the unconscious*; trad. it. *La scoperta dell'inconscio: storia della psichiatria dinamica*, Bollati Boringhieri, Torino 1972.
- Ellenberger H. F. (1972), *The story of "Anna O.": A critical review with new data*, «J. History Behav. Sci.», 8, pp. 267-79.
- Ellis A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Secaucus, NJ.
- Ellis A. (2002), *The role of irrational beliefs in perfectionism*, in Flett G. L., Hewitt P. L. (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Ellis A. (2005), *Rational-emotive therapy*, in Corsini R., Wedding D. (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed.), Thomson/Brooks-Cole, Boston, MA.
- Ellis A. (2008), *Rational emotive behavior therapy*, in Corsini R. J., Wedding E. (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed.), Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Ellis A., Dryden W. (1997), *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*, Springer, New York, NY 2007.
- Elliott D. S., Hamburg B., Williams K. R. (2002), *Violence in American schools: An overview*, in CSPV (Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado), *Violence in American Schools*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Ellman L. M., Cannon T. D. (2008), *Environmental pre- and perinatal influences in etiology*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- El-Mallakh R. S. (2006), *Lithium and antiepileptic drugs in bipolar depression*, in El-Mallakh R. S., Ghaemi S. N. (Eds.), *Bipolar depression: A comprehensive guide*, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC.
- El-Mallakh R. S., Huff M. O. (2001), *Mood stabilizers and ion regulation*, «Harvard Rev. Psychiat.», 9(1), pp. 23-32.
- Emmelkamp P. M. (1982), *Exposure in vivo treatments*, in Goldstein A., Chambless D. (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*, Wiley, New York, NY.
- Engel J. (2009), *Migraines/chronic headaches*, in O'Donohue W. T., Tolle L. W. (Eds.), *Behavioral approaches to chronic disease in adolescence: A guide to integrative care*, Springer Science + Business Media, New York.
- Engel J. M., Jensen M. P., Schwartz L. (2004), *Outcome of biofeedback-assisted relaxation for pain in adults with cerebral palsy: Preliminary findings*, «Appl. Psychophysiol. Biofeedback», 29(2), pp. 135-40.
- Epstein R. (2001), *In her own words*, «Psychol. Today», 34(6), pp. 36-7, 87.
- Erickson S. J., Gerstle M. (2007), *Investigation of ethnic differences in body image between Hispanic/biethnic-Hispanic and non-Hispanic white preadolescent girls*, «Body Image», 4(1), pp. 69-78.
- Erikson E. H. (1950), *Childhood and society*; trad. it. *Infanzia e società*, Armando, Roma 1963.
- Erikson E.H. (1968), *Identity: Youth and crisis*; trad. it. *Gioventù e crisi di identità*, Armando, Roma 1981.
- Erlangsen A., Vach W., Jeune B. (2005), *The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: A population-based register study*, «J. Amer. Ger. Soc.», 53(5), pp. 771-6.
- Ervin R. A., Schaughency E., Matthews A., Goodman S. D., McGlinchey M. T. (2007), *Primary and secondary prevention of behavior difficulties: Developing a data-informed problem-solving model to guide decision making at a schoolwide level*, «Psychology in the Schools», 44, pp.7-18.
- Escalante P. R., Minshew N. J., Sweeney J. A. (2003), *Abnormal brain lateralization in high-functioning autism*, «J. Autism Dev. Disorders», 33, pp. 539-43.

- Eschweiler G. W., Vonthein R., Bode R., Huell M., Conca A., Peters O. (2007), *Clinical efficacy and cognitive side effects of bifrontal versus right unilateral electroconvulsive therapy (ECT): a short-term randomised controlled trial in pharmaco-resistant major depression*, «J. Affect. Disorders», 101(1-3), 149-57.
- Escobar J. I. (1995), *Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 18(3), pp. 555-69.
- Escobar J. I. (1998), *Immigration and mental health: Why are immigrants better off?*, «Arch. Gen. Psychiat.», 55(9), 781-2.
- Escobar J. I. (2004, april 15), *Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders*, «Psychiatr. Times», XXI(5), p. 10.
- Escobar J. I., Canino G., Rubio-Stipec M., Bravo M. (1992), *Somatic symptoms after a natural disaster: A prospective study*, «Amer. J. Psychiat.», 149(7), pp. 965-7.
- Escobar J. I., Gara M., Silver R. C., Waitzkin H., Holman A., Compton W. (1998), *Somatisation disorder in primary care*, «Brit. J. Psychiat.», 173, pp. 262-6.
- Escobar J. I., Randolph E. T., Puente G., Spiwak F., Asamen J. K., Hill M., et al. (1983), *Posttraumatic stress disorder in Hispanic Vietnam veterans clinical phenomenology and sociocultural characteristics*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 171, pp. 585-96.
- Eser A. (1981), *"Sanctity" and "quality" of life in a historical comparative view*, in Wallace S. E., Eser A. (Eds.), *Suicide and euthanasia: The rights of personhood*, University of Tennessee Press, Knoxville.
- Etaugh C. (2008), *Women in the middle and later years*, in Denmark F. L., Paludi M. A. (Eds.), *Psychology of women: A handbook of issues and theories* (2nd ed.), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Evans G. W. (2006), *Child development and the physical environment*, «Annu. Rev. Psychol.», 57, pp. 423-51.
- Evans J., Heron J., Lewis G., Araya R., Wolke D. (2005), *Negative self-schemas and the onset of depression in women: Longitudinal study*, «Brit. J. Psychiat.», 186(4), pp. 302-7.
- Everson S. A., Goldberg D. E., Kaplan G. A., Cohen R. D., et al. (1996), *Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer*, «Psychosom. Med.», 58, pp. 113-21.
- Eyler L. T. (2008), *Brain imaging*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Fábrega H., Jr (1990), *The concept of somatization as a cultural and historical product of Western medicine*, «Psychosom. Med.», 52 (6), pp. 653-672.
- Fábrega H. Jr. (2002), *Origins of psychopathology: The phylogenetic and cultural basis of mental illness*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.
- Fábrega H. Jr. (2006), *Why psychiatric conditions are special: An evolutionary and cross-cultural perspective*, «Perspective in Biology and Medicine», 49, pp. 586-601.
- Fábrega H. Jr. (2007), *How psychiatric conditions were made*, «Psychiat.: Interpers. Biol. Process.», 79(2), pp. 130-53.
- Fahrenberg J., Foerster F., Wilmers F. (1995), *Is elevated blood pressure level associated with higher cardiovascular responsiveness in laboratory tasks and with response specificity?* «Psychophysiology», 32(1), pp. 81-91.
- Fairbairn R. (1952), *Psychoanalytical Studies of Personality*; trad. it. *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- Fairbank J. A., Keane T. M. (1982), *Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories*, «Behav. Ther.», 13, pp. 499-10.
- Fairburn C. G. (1985), *Cognitive-behavioural treatment for bulimia*, in Garner D. M., Garfinkel P. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, Guilford Press, New York, NY.
- Fairburn C. G., Agras W. S., Walsh B. T., Wilson G. T., Stice E. (2004), *Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment*, «Amer. J. Psychiat.», 161(12), pp. 2322-4.
- Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. (2003), *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment*, «Behav. Res. Ther.», 41(5), pp. 509-28.
- Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R., Wilson G. T. (2008), *Eating disorders: A transdiagnostic Protocol*, in Barlow D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.), Guilford Press, New York.
- Farberow N. L., Litman R. E. (1970), *A comprehensive suicide prevention program*, Unpublished final report, Suicide Prevention Center of Los Angeles, Los Angeles, CA.
- Farlow M. R., Murrell J. R., Unverzagt F. W., Phillips M., Takao M., Hulette C., et al. (2001), *Familial Alzheimer's disease with spastic paraparesis associated with a mutation at codon 261 of the presenilin 1 gene*, in Khalid I., Sisodia S. S., Winblad B. (Eds.), *Alzheimer's disease: Advances in etiology, pathogenesis and therapeutics*, Wiley, Chichester, UK.
- Farmer R. F., Chapman A. L. (2008), *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Farmer R. F., Chapman A. L. (2008), *Exposure-based interventions*, in R. F. Farmer, Chapman A. L. (Eds.), *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Farmer R. F., Chapman A. L. (2008), *Overview*, in Farmer R. F., Chapman A. L. (Eds.), *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Farmer R. F., Nelson-Gray R. O. (2005), *Behavioral treat-*

- ment of personality disorders, in Farmer R. F., Nelson-Gray R. O. (Eds.), *Personality-guided behavior therapy*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Farrell C., Lee M., Shafran R. (2005), *Assessment of body size estimation: A Review*, «Eur. Eat. Disord. Rev.», 13(2), pp. 75-88.
- Fatality Facts (2004), *Alcohol*, Insurance Institute for Highway Safety, Washington, DC.
- Faust J., Chapman S., Stewart L. M. (2008), *Neglected, physically abused, and sexually abused children*, in Reitman D. (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 2: Children and adolescents*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Fava M., Farabaugh A. H., Sickinger A. H., Wright E., Alpert J. E., Sonawalla S., et al. (2002), *Personality disorders and depression*, «Psychol. Med.», 32(6), pp. 1049-57.
- Fawcett J. (2007), *Comorbid anxiety and suicide in mood disorders*, «Psychiatr. Ann.», 37(10), pp. 667-71.
- Fawcett J. (2007), *What has the "black box" done to reduce suicide?*, «Psychiatr. Ann.», 37(10), pp. 657, 662.
- FBI (2004), *UCR: Uniform Crime Reporting Handbook*, retrieved from <http://www2.fbi.gov/ucr/handbook/ucrhandbook04.pdf>
- Federn P., 1947, *Principles of psychotherapy in latent schizophrenia*, «Am. J. Psychotherapy», 1(2), pp. 129-44.
- Feigelman W., Gorman B. S. (2008). Assessing the effects of peer suicide on youth suicide, «Suic. Life-Threat. Behav.», 38(2), pp. 181-94.
- Feldman M. B., Meyer I. H. (2007), *Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men*, «Inter. J. Eat. Disorders», 40(5), pp. 418-23.
- Feldman M. D. (2004), *Playing sick? Untangling the web of Munchausen syndrome, Munchausen by proxy, malingering and factitious disorder*, Routledge, New York.
- Feldman M. D., Ford C. V., Reinhold T. (1994), *Patient or pretender: Inside the strange world of factitious disorders*, Wiley, New York.
- Felix A., Herman D., Susser E. (2008), *Housing instability and homelessness*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Fenichel O. (1945), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*; trad. it., *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma 1951.
- Fennig S., Fennig S., Roe D. (2002), *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change*, «Gen. Hosp. Psychiat.», 24(2), pp. 87-92.
- Ferenczi S. (1929), *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte*, in *Opere*, vol. 4, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- Ferenczi S. (1932), *Diario clinico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.
- Fernquist R. M. (2007), *How do Durkheimian variables impact variation in national suicide rates when proxies for depression and alcoholism are controlled?*, «Arch. Suic. Res.», 11(4), pp. 361-74.
- Ferrari P.F., Gallese V., Rizzolatti G., Fogassi L. (2003), *Mirror neurons responding to the observation of ingestive and communicative mouth actions in the monkey ventral premotor cortex*, in «European Journal of Neuroscience», 17, pp. 1703-14.
- Ferrari R. (2006), *The whiplash encyclopedia: The facts and myths of whiplash*, Jones and Bartlett, Boston, MA.
- Ferreira A. J. (1966), *Family myths*; trad. it. *Miti familiari*, in Watzlawick P (a cura di) *La Prospettiva Relazionale*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1978.
- Fichter M. M., Pirke K. M. (1995), *Starvation models and eating disorders*, in Szukler G., Dare C., Treasure J. (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*, Wiley, Chichester, UK.
- Fichtner C. G., Kuhlman D. T., Gruenfeld M. J., Hughes J. R. (1990), *Decreased episodic violence and increased control of dissociation in a carbamazepine-treated case of multiple personality*, «Biol. Psychiat.», 27(9), pp. 1045-52.
- Fields J. (2004), *America's families and living arrangements, 2003*, Current Population Reports, P20-553, U.S. Census Bureau, Washington, DC.
- Fieve R. R. (1975), *Moodswing*, Morrow, New York, NY.
- Figley C. R. (1978), *Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans*, «Military Med.», 143(2), pp. 107-10.
- Fine C. G., Madden N. E. (2000), *Group psychotherapy in the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders*, in Klein R. H., Schermer V. L. (Eds.), *Group psychotherapy for psychological trauma*, Guilford Press, New York, NY.
- Finfgeld D. L. (2002), *Anorexia nervosa: Analysis of long-term outcomes and clinical implications*, «Arch. Psychiatr. Nursing», 16(4), pp. 176-86.
- Fink M. (2001), *Convulsive therapy: A review of the first 55 years*, «J. Affect. Disorders», 63(1-3), pp. 1-15.
- Fink M. (2007), *What we learn about continuation treatments from the collaborative electroconvulsive therapy studies*, «J. ECT», 23(4), pp. 215-8.
- Fink P., Hansen M. S., Oxhoj M. L. (2004), *The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients*, «J. Psychosom. Res.», 56(4), pp. 413-8.
- Finkelhor D., Asdigian N., Dziuba-Leatherman J. (1995), *Victimization prevention programs for children: A follow-up*, «Amer. J. Pub. Hlth.», 85(12), pp. 1684-9.
- Finn S. E. (1996), *Manual for using the MMPI-2 as a therapeutic intervention*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Finn S. E. (2007), *In Our Clients' Shoes: Theory and Techniques of Therapeutic Assessment*; trad. it. *Nei panni dei nostri clienti. Teoria e tecniche dell'assessment terapeutico*, Giunti O.S., Firenze 2009.
- Finn S. E., Tonsager M. E. (1992), *Therapeutic effects of providing MMPI-2 Test feedback to college students awaiting therapy*, «Psychol. Assess.», 4(3), PP. 278-87.
- Finnegan L. P., Kandall S. R. (2008), *Perinatal substance abuse*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse*

- treatment (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Fischer B. A., IV, Carpenter W. T., Jr. (2008), *Remission*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Fishbain D. A. (2000), *Re: The meeting of pain and depression. Comorbidity in women*, «Canad. J. Psychiat.», 45(1), p. 88.
- Fisher P. H., Masia-Warner C., Klein R. G. (2004), *Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents*, «Clin. Child Fam. Psychol. Rev.», 7(4), pp. 241-9.
- Fisher S. (1970), *Body experience in fantasy and behavior*, Appleton-Century-Crofts, New York, NY.
- Fisher S., Greenberg R. P. (1977), *The Scientific credibility of Freud's theories and therapy*; trad. it. *La credibilità scientifica delle concezioni teoriche e della pratica terapeutica di Freud*, **Astrolabio, Roma** 1979.
- Fitz A. (1990), *Religious and familial factors in the etiology of obsessive-compulsive disorder: A review*, «J. Psychol. Theol.», 18(2), 141-7.
- Flavin D. K., Franklin J. E., Frances R. J. (1990). Substance abuse and suicidal behavior, in Blumenthal S. J., Kupfer D. J. (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*, American Psychiatry Press, Washington, DC.
- Fleck D. E., Keck P. E., Corey K. B., Strakowski S. M. (2005), *Factors associated with medication adherence in African American and white patients with bipolar disorder*, «J. Clin.Psychiat.», 66(5), pp.646-52.
- Fletcher T. B. (2000), *Primary nocturnal enuresis: A structural and strategic family systems approach*, «J. Ment. Hlth Couns.», 22(1), pp. 32-44.
- Flynn R. J., Lemay R. A. (Eds.) (1999), *A quarter-century of normalization and social role valorization: Evolution and impact*, University of Ottawa Press, Ottawa, ON.
- Foa E. B., Hearst-Ikeda D., Perry K. L. (1995), *Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 63, pp. 948-55.
- Foa E. B., Liebowitz M. R., Kozak M. J., Davies S., Campeas R., Franklin M. E., et al. (2005), *Randomized placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, Clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder*, «Amer. J. Psychiat.», 162(1), pp. 151-61.
- Foley K., Hendin H. (2002), *Introduction: A medical, ethical, legal, and psychosocial perspective*, in Foley K., Hendin H. (Eds.), *The case against assisted suicide: For the right to end-of-life care*, The John Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Foley K., Hendin H. (Eds.) (2003), *The case against assisted suicide: For the right to end-of-life care*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 191(1), pp. 62-4.
- Folsom D. P., Fleisher A. S., Depp C. A. (2006), *Schizophrenia*, in Jeste D. V., Friedman J. H. (Eds.), *Psychiatry for neurologists*, Humana Press, Totowa, NJ.
- Fombonne E. (2003), *Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update*, «J. Autism Dev. Disorders», 33, pp. 365-82.
- Fombonne E., Zinck S. (2008), *Psychopharmacological treatment of depression in children and adolescents*, in Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, Guilford Press, New York.
- Fonagy, P. (2001), *Attaccamento theory and psychoanalysis*; trad. it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- Forbey J.D., Lee T.T.C., Handel R.W. (2010), *Correlates of the MMPI-2-RF in a college setting*, «Psychol. Assess.», 22, pp. 737-44.
- Forcano L., Fernández-Aranda F., Álvarez-Moya E., Bulik C., Granero R., Gratacòs M., Jiménez-Murcia S., Krug I., Mercader J. M., Riesco N., Saus E., Santamaría J. J., Estivill X. (2009), *Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates*, «European Psychiatry», 24(2), pp. 91-7.
- Ford C. V. (2005), *Deception syndromes: Factitious disorders and malingering*, in Levenson J. L. (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Ford C. V., King B. H., Hollender M. H. (1988), *Lies and liars: Psychiatric aspects of prevarication*, «Amer. J. Psychiat.», 145(5), pp. 554-62.
- Ford D. Y. (2008), *Intelligence testing and cultural diversity: The need for alternative instruments, policies, and procedures*, in VanTassel-Baska J. L. (Ed.), *Alternative assessments with gifted and talented students*, Prufrock Press, Waco, TX.
- Ford M. R., Widiger T. A. (1989), *Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 57(2), pp. 301-5.
- Ford T. (2000), *The influence of womanist identity on the development of eating disorders and depression in African American female college students*, «Diss. Abstr. Inter., Sect. A: Human. Soc. Sci.», 61,p. 2194.
- Foreman W. (2005, June 26), *Ghost fears keep visitors from Thailand*, Boston.com News.
- Foreyt J. P., Poston W. S. C., Goodrick G. K. (1996), *Future directions in obesity and eating Disorders*, «Addic. Behav.», 21(6), pp. 767-78.
- Fortune S. A., Hawton K. (2007), *Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents*, «Paediatrics Child Hlth.», 17(11), pp. 443-7.
- Foster J. D., Campbell W. K., Twenge J. M. (2003), *Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world*, «Journal of Research in Personality», 37, pp. 469-86.
- Fontaine E. (2000), *Stakes are high for overweight jockeys*, «New York Thoroughbred Horsemen's Association Newsletter», June, online, available at www.nytha.com
- Fowler J. S., Volkow N. D., Wolf A. P. (1995), *PET studies of cocaine in human brain*, in Biegona A., Volkow N. D. (Eds.), *Sites of drug action in the human brain*, CRC Press, Boca Raton, FL.

- Fowler K. A., O'Donohue W., Lilienfeld S. O. (2007), *Introduction: Personality disorders in perspective*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S. O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles.
- Frankel F. H. (1993), *Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality literature*, «Amer. J. Psychiat.», 150(6), pp. 954-8.
- Franklin J., Markarian M. (2005), *Substance abuse in minority populations*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York.
- Fraser G. A. (1993), *Special treatment techniques to access the inner personality system of multiple personality disorder patients*, «Dissociat.: Prog. Dissociat. Disorders», 6(2-3), pp. 193-8.
- Fraser J. S., Solovey A. D. (2007), *Couples therapy*, in Scott J. S., Solovey A. D. (Eds.), *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Fredericks L. E. (2001), *The use of hypnosis in surgery and anesthesiology: Psychological preparation of the surgical patient*, Thomas, Springfield, IL.
- Freedman N., Lavender J. (2002), *On desymbolization: The concept and observation on anorexia and bulimia*, «Psychoanalysis and Contemporary Thought», 25, pp. 165-99.
- Freeman A. (2002), *Cognitive-behavioral therapy for severe personality disorders*, in Hofmann S. G., Tompson M. C. (Eds.), *Treating chronic and severe mental disorders: A handbook of empirically supported interventions*, Guilford Press, New York, NY.
- Freilone F. (2005), *La personalità borderline al test di Rorschach*, UTET, Novara 2010.
- Freking K. (2007, august 27), *Obesity rates show no decline in US*, «Yahoo! News», retrieve august 27, 2007, from <http://news.yahoo.com>
- Frese F. J., III. (2008), *Self-help activities*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Freud A. (1966), *Cure residenziali e cure del bambino in affidamento*, in *Opere*, vol. 2, Bollati Boringhieri, Torino 1985.
- Freud S. (1885), *Lettera di Sigmund Freud a Martha Bernays*, March 31, 1885, in *Epistolari. Lettere alla fidanzata e ad altri corrispondenti 1873-1939*, Bollati Boringhieri, Torino 1990.
- Freud S. (1894), *Studi sull'isteria e altri scritti (1886-1895)*, in *Opere*, Vol. 1, Bollati Boringhieri, Torino 1967.
- Freud S. (1896), *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 2, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1901), *Frammento di un'analisi d'isteria. Il caso di Dora*, in *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, vol. 4, Torino, 1967-1974.
- Freud S. (1905), *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*; trad. it. *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, vol. 4, Boringhieri, Torino 1970.
- Freud S. (1908), *Carattere ed erotismo anale*, in *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, vol. 5, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1909), *Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'uomo dei topi)*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 6, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1910 [1911]), *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 6, Bollati Boringhieri, Torino 1974.
- Freud S. (1911), *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico* in *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino, 1967-1974, vol. 6.
- Freud S. (1913), *La disposizione alla nevrosi ossessiva. Contributo al problema della scelta della nevrosi*, vol. 7, in *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1914), *Introduzione al narcisismo*, in *Operedi Sigmund Freud*, Vol. 7, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1915), *Metapsicologia*, in *Opere di Sigmund Freud*, Vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- Freud S. (1917a), *Lutto e melanconia*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1917b), *Trasformazioni pulsionali, particolarmente dell'erotismo anale*, in *Operedi Sigmund Freud*, vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1918), *Dalla storia di una nevrosi infantile (caso clinico dell'uomo dei lupi)*, in *Opere*, vol. 7, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Freud S. (1922), *Psicoanalisi, una voce d'enciclopedia*, in *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino, 1967-1974, vol. 18.
- Freud S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 10, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1974.
- Frey K. S., Hirschstein M. K., Snell J. L., Edstrom L. V., MacKenzie E. P., Broderick C. J. (2005), *Reducing playground bullying and supporting beliefs: An experimental trial of the Steps to Respect program*, «Dev. Psychol.», 41, pp. 479-91.
- Friedman M., Rosenman R. (1959), *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcis senillis and clinical coronary artery disease*, «Journal of American Medical Association», 169, pp. 1286-96.
- Friedman M., Rosenman R. H. (1974), *Type a behavior and your heart*, Knopf, New York, NY.
- Friman P. C. (2008), *Evidence-based terapie for enuresis and encopresis*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York, NY.

- Frith U. (2000), *Cognitive explanations of autism*, in Lee K. (Ed.), *Childhood cognitive development: The essential readings. Essential readings in development psychology*, Blackwell, Malden, MA.
- Frodl T., Meisenzahl E. M., Zetzsche R., Hohne T., Banac S., Schorr C., et al. (2004), *Hippocampal and amygdale changes in patients with major depressive disorder and healthy controls during a 1-year follow-up*, «J. Clin. Psychiat.», 65(4), pp. 492-9.
- Frohman E. M. (2002), *Sexual dysfunction in neurological disease*, «Clin. Neuropharmacol.», 25(3), pp. 126-32.
- Frosch W. A., Robbins E. S., Stern M. (1965), *Untoward reactions to lysergic acid diethylamide (LSD) resulting in hospitalization*, «N. Engl. J. Med.», 273, pp. 1235-9.
- Frost R. O., Steketee G. (2001) *Obsessive-compulsive disorder*, in Friedman H. S. (Ed.), *Specialty articles from the encyclopedia of mental health*, Academic Press, San Diego, CA.
- Fu K., Yip P. S. F. (2009), *Estimating the risk for suicide following the suicide deaths of 3 Asian entertainment celebrities: A metaanalytic approach*, «Journal of Clinical Psychiatry», 70(6), pp. 869-78.
- Fuller R. L., Luck S. J., Braun E. L., Robinson B. M., McMahon R. P., Gold J. M. (2009), *Impaired visual working memory consolidation in schizophrenia*, «Neuropsychology», 23(1), pp. 71-80.
- Gabbard G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*; trad. it. *Psichiatria psicodinamica* (4th ed.), Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.
- Gabbard G. O. (2001), *A contemporary psychoanalytic model of countertransference*, «Journal of Clinical Psychology», 57(8), pp. 983-91.
- Gabbard G. O. (2009), *Psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy*, in Oldham J. M., Skodol A. E., Bender D. S. (Eds.), *Essentials of personality disorders*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Gaburri E. (1992), *Emozioni, affetti e personificazione*, «Rivista di Psicoanalisi, Vol. 38, pp. 325-51.
- Gadalla T. M. (2009), *Eating disorders in men: A community-based study*, «International Journal of Men's Health», 8(1), pp. 72-81. doi:10.3149/jmh.0801.72
- Galanter M. (2008), *Network therapy*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Galanter M., Kleber H. D. (Eds.) (2008), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Galea S., Ahern J., Resnick H., Kilpatrick D., Bucuvalas M., Gold J., Vlahov D. (2002), *Psychological sequelae of September 11 terrorist attacks in New York City*, «New. Engl. J. Med.», 13, pp. 982-7.
- Galea S., Ahern J., Resnick H., Vlahov D. (2006), *Post-traumatic stress symptoms in the general population after a disaster: Implications for public health*, in Neria Y., Gross R., Marshall R. D., Susser E. S. (Eds.), 9/11: *Mental health in the wake of terrorist attacks*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Galea S., Ahern J., Resnick H., Kilpatrick D., Bucuvalas M., Gold J., Vlahov D. (2007), *Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City*, in Trappler B. (Ed.), *Modern terrorism and psychological trauma*, Gordian Knot Books/Richard Altschuler & Associates, New York, NY.
- Gallagher-Thompson D., Thompson L. W. (1995), *Problems of aging*, in Comer R. J. (Ed.), *Abnormal psychology*, W. H. Freeman, New York, NY.
- Gallese V., Migone P., Eagle M. N. (2006), *La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*, «Psicoterapia e Scienze Umane», 3, 543-580.
- Gamwell L., Tomes N. (1995), *Madness in America: Cultural and medical perceptions of mental illness before 1914*, Cornell University Press, Ithaca, NY.
- Garb H. N. (2006), *The conjunction effect and clinical judgment*, «J. Soc. Clin. Psychol.», 25(9), pp. 1048-56.
- Garber K. (2008), *Who's behind the bible of mental illness*, «U.S. News & World Report», december 31, 2007/ january 7, 2008, p. 25.
- Gardner R. A. (2004), *The psychodynamics of patients with False Memory Syndrome (FMS)*, «J. Amer. Acad. Psychoanal. Dynamic Psychiat.», 32(1), pp. 77-90.
- Garlow S. J. (2002), *Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide*, «Amer. J. Psychiat.», 159(4), pp. 615-9.
- Garner D. M. (2005), *Eating Disorder Inventory TM-3 (EDI TM-3)*, Psychological Assessment Resources, Inc. (PAR), Lutz, FL.
- Garner D. M., Fairburn C. G. (1988), *Relationship between anorexia nervosa and bulimia nervosa: Diagnostic implications*, in Garner D. M., Garfinkel P. E. (Eds.), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*, Brunner/Mazel eating disorders monograph series, No. 2, Brunner/Mazel, New York, NY.
- Garner D. M., Garfinkel P. E., Schwartz D., Thompson M. (1980), *Cultural expectations of thinness in women*, «Psychol. Rep.», 47, pp. 483-91.
- Garner D. M., Olmsted M. P., Polivy, J. (1984), *The EDI*, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Garralda M. E. (1996), *Somatisation in children*, «J. Child Psychol. Psychiat.», 37(1), pp. 13-33.
- Garrett B. (2009), *Brain and behavior: An introduction to biological psychology* (2nd ed.), Sage, Los Angeles, CA.
- Garssen B., Goodkin K. (1999), *On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression*, «Psychiat. Res.», 85(1), pp. 51-61.
- Gatchel R. J. (2001), *Biofeedback and self-regulation of physiological activity: A major adjunctive treatment modality in health psychology*, in A. Baum, T. A. Revenson, J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Gatchel R. J., Peng Y. B., Peters M. L., Fuchs P. N., Turk

- D. C. (2007), *The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific avances and future directions*, «Psychol. Bull.», 133(4), pp. 581-624.
- Gaugler J. E., Jarrott S. E., Zarit S. H., Stephens M. A. P., Townsend A., Greene R. (2003), *Adult day service use and reductions in caregiving hours: Effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers*, «Inter. J. Ger. Psychiat.», 18(1), pp. 55-62.
- Gay P. (1999), *Psychoanalist Sigmund Freud*, «Time», march 29, pp. 66-9.
- Gay P. (2006), *Freud: A life for our time*, W. W. Norton & Co., New York.
- Gaynor S. T., Baird S. C. (2007), *Personality disorders*, in Woods D. W., Kanter J. W. (Eds.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective*, Context Press, Reno, NV.
- Geary J., DePaulo B. M. (2007), *Issue 7: Can people accurately detect lies?*, in Nier J. A., *Taking sides: Clashing views in social psychology* (2nd ed.), McGraw-Hill, New York.
- Gebhard P. H. (1965), *Situational factors affecting human sexual behavior*, in Beach F. (Ed.), *Sex and behavior*, Wiley, New York, NY.
- Gehring D., Knudson G. (2005), *Prevalence of childhood trauma in a clinical population of transsexual people*, «Inter. J. Transgenderism», 8(1), pp. 23-30.
- Geldmacher D. S. (2009), *Alzheimer disease*, in Weiner M. F., Lipton A. M. (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of Alzheimer disease and other dementias*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Gelernter J., Kranzler H. R. (2008), *Genetics of addiction*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Gelfand D. M., Jenson W. R., Drew C. J. (1982), *Understanding child behavior disorders*, Holt, Rinehart & Winston, New York, NY.
- Genchi A. J., Alvarado R. I. N., Portocarrero A. N. (2004), *Sleep characteristics in subjects with major depression*, «Psiquiatria», 20(3), pp. 1-3.
- General Social Survey, University of Chicago (GSS), (1998, february), cited in «J. Student, Am. Demogr.».
- George T. P., Weinberger A. H. (2008), *Nicotine and tobacco*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Geremia G. M., Neziroglu F. (2001), *Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder*, «Clin. Psychol. Psychother.», 8, pp. 243-51.
- Germer J. (2005), *The relationship between acculturation and eating disorders among Mexican American college females: An investigation*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. B: Sci. Eng.», 65(7-B), pp. 3706.
- Gerrity E., Keane T. M., Tuma F. (2001), *Introduction*, in Gerrity E., Keane T. M., Tuma F. (Eds.), *The mental health consequences of torture*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY.
- Gever J. (2008, may 7), *APA: PTSD may be major combat scar of Iraq vets*, retrieved may 19, 2008, from <http://www.medpagetoday.com/MeetingCoverage/APA/tb/9368>
- Ghaderi A. (2010), *Eating disorders*, in McKay D., Abramowitz J. S., Taylor S. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Ghahramanlou-Holloway M., Brown G. K., Beck A. T. (2008), *Suicide*, in Whisman M. A. (Ed.), *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity*, Guilford Press, New York, NY.
- Ghazizadeh S., Nikzad M. (2004), *Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus*, «Obs. Gyn.», 104(5, Pt. 1), pp. 922-5.
- Gheorghiu V. A., Orleanu P. (1982), *Dental implant under hypnosis*, «Amer. J. Clin. Hyp.», 25(1), pp. 68-70.
- Gianaros P. J., May J. C., Siegle G. J., Jennings J. R. (2005), *Is there a functional neural correlate of individual differences in cardiovascular reactivity?*, «Psychosom. Med.», 67(1), pp. 31-9.
- Gibbons M. M., Studer J. R. (2008), *Suicide awareness training for faculty and staff: A training model for school counselors*, «Profess. School Couns.», 11(4), pp. 272-6.
- Giberti F., Rossi R. (2009), *Manuale di psichiatria*, Piccin-Nuova Libreria, Torino.
- Gilbert D. T. (1989), *Thinking lightly about others: Automatic components of the social inference process*, in Uleman J. S., Bargh J. A. (Eds.), *Unintended thought*, Guilford, New York, NY.
- Gilbert S. C., Keery H., Thompson J. K. (2005), *The media's role in body image and eating disorders*, in Daniel J. H., Cole E. (Eds.), *Featuring females: Feminist analyses of media*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Gillham J. E., Reivich K. J., Jaycox L. H., Seligman M. E. (1995), *Prevention of depressive symptoms in school-children: Two-year followup*, «Psychol. Sci.», 6(6), pp. 343-51.
- Gillham J. E., Shatte A. J., Freres D. R. (2000), *Preventing depression: A review of cognitive behavioral and family interventions*, «Appl. Prev. Psychol.», 9, pp. 63-88.
- Gillis J. M., Romanczyk R. G. (2007), *Autism spectrum disorders and related developmental disabilities*, in Hersen M., Gross A. M. (Eds.), *Handbook of clinical psychology* (Vol. 2), John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Gilmer T. P., Dolder C. R., Larco J. P., Folsom D. P., Lindamer L., Garcia P., Jeste D. V. (2004), *Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia*, «The American Journal of Psychiatry», 161(4), pp. 692.
- Gitlin M. J. (2002), *Pharmacological treatment of depression*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.

- Gjerdingen D. K., Center B. A. (2005), *First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities*, «Soc. Sci. Res.», 34(1), pp. 103-16.
- Glass C. R., Merluzzi T. V. (2000), *Cognitive and behavioral assessment*, in Watkins, C. E. Jr., Campbell V. L. (Eds.), *Testing and assessment in counseling practice* (2nd ed.), Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Glatt S. J. (2008), *Genetics*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Glazer M., Baer R. D., Weller S. C., de-Alba J. E. G., Liebowitz S. W. (2004), *Susto and soul loss in Mexicans and Mexican Americans*, «J. Comp. Soc. Sci.», 38(3), pp. 270-88.
- Gleaves, D. H., Latner J. D. (2008), *Evidence-based therapies for children and adolescents with eating disorders*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York.
- Gleaves D. H., Latner J. D., Ambwani S. (2009), *Eating disorders*, in Matson J. L., Andrasik F., Matson M. L. (Eds.), *Treating childhood psychopathology and developmental disabilities*, Springer Science + BusinessMedia, New York, NY.
- Glover E. (1925), *Notes on oral character formations*, «Int. J. Psycho-Anal.», 6, pp. 131-54.
- Goddard J. (2003, february 18), *Revellers crusche to death*, «The Scotsman».
- Godenzi A., DePuy J. (2001), *Overcoming boundaries: A cross-cultural inventory of primary prevention programs against wife abuse and child abuse*, «J. Primary Prev.», 21(4), pp. 455-75.
- Goisman R. M., Warshaw M. G., Keller M. B. (1999), *Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996*, «Amer. J. Psychiat.», 156(11), pp. 1819-21.
- Gold E. R. (1986), *Long-term effects of sexual victimization in childhood: An attributional approach*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 54, pp. 471-5.
- Golden C. J. (2008), *Neurologically impaired children*, in Reitman D. (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 2: Children and adolescents*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Goldenberg I., Goldenberg H. (2008), *Family therapy*, Corisni R. J., Wedding D. (Eds.), *Current Psychotherapies* (8th ed.), Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Goldfield G. S., Blouin A. G., Woodside D. B. (2006), *Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders*, «Canadian Journal of Psychiatry», 51(3), pp. 160-8.
- Goldiamond I. (1965), *Self-control procedures in personal behavior problems*, «Psychol. Rep.», 17(3), pp. 851-68.
- Goldman J. G. (1995), *A mutual story-telling technique as an aid to integration after abreaction in the treatment of MPD*, «Dissociat. Prog. Dissociat. Disorders», 8(1), pp. 53-60.
- Goldman-Rakic P. S., Castner S. A., Svensson T. H., et al. (2004), *Targeting the dopamine D1 receptor in schizophrenia: Insights for cognitive dysfunction*, «Psychopharmacology», 174, pp. 3-16.
- Goldstein A. (1994), *Addiction: From biology to drug policy*, W. H. Freeman, New York, NY.
- Goldston D. B., Molock S. D., Whitbeck L. B., Murakami J. L., Zayas L. H., Hall G. C. N. (2008), *Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment*, «Amer. Psychologist», 63(1), pp. 14-31.
- Goode E., Vail D. A. (Eds.) (2008), *Extreme deviance*, Pine Forge Press, Los Angeles.
- Goodman-Brown T. B., Edelman R. S., Goodman G. S., Jones D. P. H., Gordon D. S. (2003), *Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse*, «Child Abuse and Neglect», 27, pp. 525-40.
- Goodwin R. D., Stayner D. A., Chinman M. J., Wu P., Kraemer Tebes T., Davidson L. (2002), *The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders*, «Comprehensive Psychiatry», 43(4), pp. 245-52.
- Gopaul-McNicol S., Armour-Thomas E. (2002), *Assessment and culture: Psychological tests with minority populations*, Academic, San Diego, CA.
- Gordon K. H., Perez M., Joiner T. E., Jr. (2002), *The impact of racial stereotypes on eating disorder recognition*, «Int. J. Eat. Dis.», 32, pp. 219-24.
- Gormley M. (The Associated Press), (2008), *MySpace agrees to new safety measures*, cited in «YAHOO! News», January 14, 2008.
- Goshen C. E. (1967), *Documentary history of psychiatry: A source book on historical principles*, Philosophy Library, New York, NY.
- Goss K., Allan S. (2009), *Shame, pride and eating disorders*, «Clinical Psychology & Psychotherapy», 16(4), pp. 303-16.
- Gottesman I. I. (1991), *Schizophrenia genesis*, Freeman, New York.
- Gottesman I. I., Shields J. (1983), *Genetic theorizing and schizophrenia*, in Millon T. (Ed.), *Theories of personality and psychopathology* (3rd ed.), Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Gould M. S., Mittle J. B., Insel B., Kleinman M. (2007), *Suicide reporting content analysis: Abstract development and reliability*, «Crisis: J. Crisis Intervent. Suic. Prev.», 28(4), pp. 165-74.
- Grady D. (2008, January 8), *Empathy goes a long way*, «New York Times».
- Graff-Radford N. (2005), *Plasma Ab Levels as a premorbid biomarker for cognitive decline, mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer disease (AD)*, Alzheimer's Association International Conference on Prevention of Dementia, June 18, 2005, Washington, DC.
- Graham J. R. (2006), *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4th ed.), Oxford University Press, New York, NY.
- Graham M. (2007), *Brain "pacemaker" tickles your happy nerve*, «Wired», retrieved May 26, 2008, from <http://>

- www.wired.com/science/discoveries/news/2007/05/nerve
- Granieri A. (Ed.) (2004), *Incontrare l'altro: Dimensioni affettive in psicologia clinica*, UTET, Torino.
- Granieri A. (2008), *Amianto, risorsa e dramma di Casale. Risvolti psicologici nelle persone affette da mesotelioma e nei loro familiari*, Frilli, Genova.
- Granieri, A. (2009), *Esperienze di ascolto in situazioni di crisi*, Fratelli Frilli, Genova.
- Granieri A. (2011), *Corporeo, affetti e pensiero : intreccio tra psicoanalisi e neurobiologia*, UTET Università, Torino.
- Granieri B. (2008), *Storie complicate: la scuola al di là delle riforme*, Fratelli Frilli, Genova.
- Gray J. A., McNaughton N. (1996), *The neuropsychology of anxiety: Reprise*, in Hope D. A. (Ed.), *The Nebraska symposium on motivation* (Vol. 43), University of Nebraska Press, Lincoln, NE.
- Gray J., Nielsen D. R., Wood L. E., Andresen M., Dolce K. (2000), *Academic progress of children who attended a preschool for abused children: A follow-up of the Keep-safe Project*, «Child Abuse Negl.», 24(1), pp. 25-32
- Gray N. A., Zhou R., Du J., Moore G. J., Manji H. K. (2003), *The use of mood stabilizers as plasticity enhancers in the treatment of neuropsychiatric disorders*, «J. Clin. Psychiat.», 64(Suppl. 5), pp. 3-17.
- Grayson H. M. (1951), *A psychological admissions testing program and manual*, Veterans Administration Center, Neuropsychiatric Hospital, Los Angeles, CA.
- Green R. (2000), *Family cooccurrence of "gender dysphoria": Ten siblings or parent-child pairs*, «Arch. Sex. Behav.», 29(5), pp. 499-507.
- Green S. A. (1985), *Mind and body: The psychology of physical illness*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Greenberg J.R. (1986), *The problem of analytic neutrality*, «Contemporary Psychoanalysis», 22, pp.76-86.
- Greene R. L., Rouse S.V., Butcher J. N., Nichols D.S., Williams C. L. (2009), *The MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales and redundancy: Reply to Tellegen, Ben-Porath, and Sellbom*, «J. Personal. Assess.», 91, pp. 222-6.
- Greening L., Stoppelbein L., Fite P., Dhossche D., Erath S., Brown J., et al. (2008), *Pathways to suicidal behaviors in childhood*, «Suic., Life-Threat. Behav.», 38(1), pp. 35-45.
- Greenwald H. (1974), *Treatment of the psychopath*, in Greenwald H. (Ed.), *Active psychotherapy*, Jason Aronson, New York, NY.
- Greeven A., van Balkom A. J. L. M., Visser S., Merkelbach J. W., van Rood Y. R., van Dyck R., et al. (2007), *Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: A randomized controlled trial*, «Amer. J. Psychiat.», 164, pp. 91-9.
- Gregory R. J. (2004), *Psychological testing: History, principles, and applications*, Allyn and Bacon, Needham Heights, MA.
- Griffiths M. (2006), *An overview of pathological gambling*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium: Vol. 1. Behavioral issues*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Grigg J. R. (1988), *Imitative suicides in an active duty military population*, «Military Med.», 153(2), pp. 79-81.
- Grilly D. M. (2002), *Drugs and human behavior* (4th ed.), Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Grilly D. M. (2006), *Drugs and human behavior* (5th ed.), Pearson, Boston, MA.
- Grilo C. M. (2006), *Eating and weight disorders*, Psychology Press, New York, NY.
- Grilo C. M., Masheb R. M. (2002), *Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder*, «Acta Psychiatr. Scand.», 106(3), pp. 183-8.
- Grilo C. M., Masheb R. M., Brody M., Toth C., Burke-Martindale C. H., Rothschild B. S. (2005), *Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates*, «Obesity Res.», 13, pp. 123-30.
- Grinfield M. J. (1993, july), *Report focuses on jailed mentally ill*, «Psychiatr. Times», pp. 1-3.
- Grob G. N. (1966), *State and the mentally ill: A history of Worcester State Hospital in Massachusetts, 1830-1920*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC.
- Grof P. (2005), *Lithium in bipolar disorder*, in Kasper S., Hirschfeld R. M. A. (Eds.), *Handbook of bipolar disorder: Diagnosis and therapeutic approaches*, Taylor & Francis, New York, NY.
- Gross D. (2005, june 21), *Marijuana-flavored candy blasted*, Associated Press (Atlanta)/Netscape News.
- Grossman R. (2004), *Pharmacotherapy of personality disorders*, in Magnavita J. J. (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory and practice*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Grubin D. (2005), *Commentary: Getting at the truth about pathological lying*, «J. Amer. Acad. Psychiat. Law», 33(3), pp. 350-3.
- Gruetter T., Friege L. (2005), *Quetiapine in patients with borderline personality disorder and psychosis: A case series*, «Inter. J. Psychiat. Clin. Pract.», 9(3), pp. 180-6.
- Grunze H. (2005), *Reevaluating therapies for bipolar depression*, «J. Clin Psychiat.», 66(Suppl. 5), pp. 17-25.
- Gruttadaro D. (2005), *Federal leaders call on schools to help*, «NAMI Advocate», 3(1), p. 7.
- Guidano V. (1991), *The self in process: Toward a post-razionalist cognitive therapy*; trad. it. *Il Sè nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Guidano V. F. (1987), *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*; trad. it. *La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- Gum A. M., King-Kallimanis B., Kohn R. (2009), *Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication*, «The American Journal of Geriatric Psychiatry», 17(9), pp. 769-81.
- Gunter M. (2005), *Individual psychotherapy versus milieu*

- therapy in childhood and adolescence, «Ther. Comm.», 26(2), pp. 163-73.
- Gurman A. S. (2003), *Marital terapie*, in Gurman A. S., Messer S. B. (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (2nd ed.), Guilford Press, New York.
- Gurnack A. M., Atkinson R., Osgood N. J. (Eds.). (2002), *Treating alcohol and drug abuse in the elderly*, Springer, New York.
- Guth L. J., Lopez D. F., Rojas J., Clements K. D., Tyler J. M. (2004), *Experiential versus rational training: A comparison of student attitudes toward homosexuality*, «J. Homosexuality», 48(2), pp. 83-102.
- Gutheil T. G. (2005), *Boundary issues and personalità disorders*, «J. Psychiat. Pract.», 11(2), pp. 88-96.
- Gutheil T. G. (2009), *Boundary issues*, in Oldham J. M., Skodol A. E., Bender D. S. (Eds.), *Essentials of personality disorders*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Haberman C. (2007), *It's not the stress, it's how you deal with it*, «New York Times», 156(54), pp. 109.
- Hafner H., an der Heiden W. (1988), *The mental health care system in transition: A study in organization, effectiveness, and costs of complementary care for schizophrenic patients*, in Stefanis C. N., Rabavilis A. D. (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial developments*, Human Sciences Press, New York, NY.
- Hafner H., an der Heiden W. (2008), *Course and outcome*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford press, New York, NY.
- Hage S. M., Romano J. L., Conyne R. K., Kenny M., Matthews C., Schwartz J. P., Waldo M. (2007), *Best practices guidelines on prevention practice, research, training, and social advocacy for psychologists*, «Counsel. Psychologist», 35, pp. 493 - 566.
- Hakuhodo Institute of Life and Living (2001), *What price beauty?*, «HILL», 7(4).
- Hale C. M., Tager-Flusberg H. (2005), *Social communication in children with autism: The relationship between theory of mind and discourse development*, «Autism», 9(2), pp. 157-78.
- Haliburn J. (2005), *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa*, «Austral. New Zeal. J. Psychiat.», 39(7), pp. 639-40.
- Hall C. W., Webster R. E. (2002), *Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics*, «J. Drug Educ.», 32(3), pp. 195-211.
- Hall K. (2007), *Sexual dysfunction and childhood sexual abuse: Gender differences and treatment implications*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Hall L., Cohn L. (1980), *Eat without fear*, Gurze, Santa Barbara, CA.
- Halls S. B., Hanson J. (2003), *Women's average weight chart and percent distribution*, retrieved January 2006 from www.halls.md/chart/height-weight.htm
- Halmi K. A. (2009), *Eating disorders*, in Bourgeois J. A., Hales R. E., Young J. S., Yudofsky S. C. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing board review guide for psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Halpern J. H. (2003), *Hallucinogens: An update*, «Curr. Psychiatry Rep.», 5(5), pp. 347-54.
- Ham L. S., Hope D. A., White C. S., Rivers P. C. (2002), *Alcohol expectancies and drinking behavior in adults with social anxiety disorder and dysthymia*, «Cog. Ther. Res.», 26(2), pp. 275-88.
- Hammen C. L., Krantz S. (1976), *Effect of success and failure on depressive cognitions*, «J. Abnorm. Psychol.», 85(8), pp. 577-88.
- Hammen C., Kim E. Y., Eberhart N. K., Brennan P. A. (2009), *Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women*, «Depression and Anxiety», 26(8), pp. 718-23.
- Han C., Pae C. U., Lee B. H., Ko Y. H., Masand P. S., Patkar A. A., et al. (2008), *Fluoxetine versus sertraline in the treatment of patients with undifferentiated somatoform disorder: A randomized, open-label, 12-week, parallel-group trial*, «Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiat.», 32(2), pp. 437-44.
- Haney M. (2008), *Neurobiology of stimulants*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Hankin B. L., Grant K. E., Cheeley C., Wetter E., Farahmand F. K., Westerholm R. I. (2008), *Depressive disorders*, in Reitman D. (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 2: Children and adolescents*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Hansson L., Middelboe T., Sorgaard K. W., Bengtsson T. A., Bjarnason O., Merinder L., et al. (2002), *Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings*, «Acta Pyschiatr. Scand.», 106(5), pp. 343-50.
- Hardin S. B., Weinrich S., Weinrich M., Garrison C., Addy C., Hardin T. L. (2002), *Effects of a long-term psychosocial nursing intervention on adolescents exposed to catastrophic stress*, «Issues Ment. Hlth. Nurs.», 23(6), pp. 537-51.
- Harding A., Halliday G., Caine D., Kril J. (2000), *Degeneration of anterior thalamic nuclei differentiates alcoholics with amnesia*, «Brain», 123(1), pp. 141-54.
- Hardman M. L., Drew C. J., Egan M. W. (2002), *Human exceptionalism: Society, school and family*, Allyn & Bacon, Boston.
- Hare R. D. (1993), *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*, Pocket Books, New York, NY.
- Hare, R. D. (2003), *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd ed.), Multi-Health Systems, Toronto, Canada.
- Harkavy J. M., Asnis G. (1985), *Suicide attempts in adolescence: Prevalence and implications*, «N. Engl. J. Med.», 313, pp. 1290-1.
- Harkness A.R., McNulty, J. L. (2006), *An overview of per-*

- sonality: *The MMPI-2 Personality Psychopathology Five Scales*, in Butcher J. N. (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Harkness A. R., McNulty J. L., Ben-Porath Y. S. (1995), *The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales*, «Psychological Assessment», 7, pp. 104-14.
- Harkness K. L., Lumley M. N. (2008), *Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents*, in Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Harlow H. F., Harlow M. K. (1965) *The affectional systems*, in Schrier A., Harlow H., Stollnitz F. (Eds.), *Behavior of nonhuman primates* (Vol. 2), Academic Press, New York.
- Harris G. (2008, January 24), *F.D.A. requiring suicide studies in drug trials*, «New York Times», retrieved January 24, 2008, from www.nytimes.com
- Harris G. T., Rice M. E. (2006), *Treatment of psychopathy: A review of empirical findings*, in Patrick C. J. (Ed.), *Handbook of psychopathy*, Guilford Press, New York, NY.
- Harris Poll (2006, August 8), *Doctors and teachers most trusted among 22 occupations and professions: Fewer adults trust the president to tell the truth* (Harris Poll, No. 61), retrieved June 9, 2008, from http://www.harrisinteractive.com/harris_poll
- Harris Poll (2007, July 31), *Harris Poll shows number of "cyberchondriacs"—adults who have ever gone online for health information—increases to an estimated 160 million nationwide* (Harris Poll, No. 76), Harris Interactive, New York, NY.
- Harris Poll (2005, April 27), *Majorities of U.S. adults favor euthanasia and physician-assisted suicide by more than two-to-one* (Harris Poll, No. 32), retrieved June 9, 2008, from http://www.harrisinteractive.com/harris_poll
- Harrison P. J., Weinberger D. R. (2005), *Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: On the matter of their convergence*, «Mol. Psychiat.», 10(8), p. 804.
- Hartmann H. (1939), *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*; trad. it. *Psicologia dell'io*, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- Hartmann U., Waldinger M. D. (2007), *Treatment of delayed ejaculation*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Harway M. (Ed.) (2005), *Handbook of couples therapy*, Wiley, New York, NY.
- Hasman A., Holm S. (2004), *Nicotine conjugate vaccine: Is there a right to a smoking future?*, «J. Med. Ethics», 30(4), pp. 344-5.
- Hastings R. P. (2008), *Stress in parents of children with autism*, in McGregor E., Núñez M., Cebula K., Gómez J. C. (Eds.), *Autism: An integrated view from neurocognitive, clinical, and intervention research*, Blackwell Publishing, Malden, MA.
- Hawkins J. R. (2004), *The role of emotional repression in chronic back pain: A study of chronic back pain patients undergoing psychodynamically oriented group psychotherapy as treatment for their pain*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. B: Sci. Eng.», 64(8-B), p. 4038.
- Hawkrigg J. J. (1975), *Agoraphobia*, «Nursing Times», 71, pp. 1280-82.
- Hawton K. (2007), *Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention*, «Crisis: J. Crisis Intervent. Suic. Prev.», 28(Suppl. 1), pp. 4-9.
- Hayaki J., Friedman M. A., Brownell K. D. (2002), *Shame and severity of bulimic symptoms*, «Eat. Behav.», 3(1), pp. 73-83.
- Hayes L. M., Rowan J. R. (1988), *National study of jail suicides: Seven years later*, National Center for Institutions and Alternatives, Alexandria, VA.
- Hayes S. C. (2002), *Acceptance, mindfulness, and science*, «Clin. Psychol.: Sci. Prac.», 9, pp. 101-06.
- Hayes S. C. (2004), *Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapy*, in Hayes, S. C., Follette V. M., Linehan M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, Guilford Press, New York
- Hayes S. C., Luoma J. B., Bond F. W., Masuda A., Lillis J. (2006), *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*, «Behav. Res. Ther.», 44, pp. 1-25.
- Hayes S. C., Follette V. M., Linehan M. M. (Eds.) (2004), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, Guilford Press, New York, NY.
- Haynes S. G., Feinleib M., Kannel W. B. (1980), *The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease*, «Amer. J. Epidemiol.», 111, pp. 37-58.
- HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) (2001), *The standards of care for gender identity disorders* (6th version), «International Journal of Transgenderism», 5(1).
- Healy B., (2007, May 21), *Alone in a parallel life*, «U. S. News and World Report».
- Heard-Davison A., Heiman J. R., Briggs B. (2004), *Sexual disorders affecting women*, in Haas L. J. (Ed.), *Handbook of primary care Psychology*, Oxford University Press, New York, NY.
- Heavey L., Pring L., Hermelin B. (1999), *A date to remember: The nature of memory in savant calendrical calculators*, «Psychol. Med.», 29(1), pp. 145-60.
- Hebert L. E., Scherr P. A., Bienias J. L., Bennett D. A., Evans D. A. (2003), *Alzheimer disease in the US population*, «Archives of Neurology», 60(8), pp. 1119-22.
- Hechler T., Beumont P., Marks P., Touyz S. (2005), *How do clinical specialists understand the role of physical activity in eating disorders?*, «Eur. Eat. Disord. Rev.», 13(2), pp. 125-32.
- Hecimovic H., Gilliam F. G. (2006), *Neurobiology of depression and new opportunities for treatment*, in Gilliam

- F. G., Kanner A. M., Sheline Y. I. (Eds.), *Depression and brain dysfunction*, Taylor & Francis, New York, NY.
- Heilbrun K., Goldstein N. E. S., Redding R. E. (Eds.). (2005), *Juvenile delinquency: Prevention, assessment, and intervention*, Oxford University Press, New York, NY.
- Heiman J. R. (2000), *Organic disorders in women*, in Rosen R. C., Leiblum S. R. (Eds.), *Erectile failure: Diagnosis and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Heiman J. R. (2002), *Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them?*, «Arch. Sex. Behav.», 31, pp. 445-50.
- Heiman J. R. (2002), *Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments*, «J. Sex Res.», 39(1), pp. 73-8.
- Heiman, J. R. (2007), *Orgasmic disorders in women*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Heiman J. R., Gladue B. A., Roberts C. W., LoPiccolo J. (1986), *Historical and current factors discriminating sexually dysfunctional from sexually dysfunctional married couplet*, «J. Marital Fam. Ther.», 12(2), pp. 163-74.
- Heiman J. R., Heard-Davison A. R. (2004), *Child sexual abuse and adult sexual relationships: Review and perspective*, in Koenig L. K., Doll L., O'Leary A., Pequegnat W. (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention*, American Psychological Association, Washington.
- Heisel M. J. (2008), *Suicide*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Helgeson V. S. (2002), *The psychology of gender*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Helmeke K. B., Sori C. F. (Eds.) (2006), *The therapist's notebook for integrating spirituality in counseling II: More homework, handouts, and activities for use in psychotherapy*, Haworth, Binghamton, NY.
- Henderson S. (2005, June 7), *Court loss for medical marijuana*, «Philadelphia Inquirer».
- Hendin H. (2002), *The Dutch experience*, in Foley K., Hendin H. (Eds.), *The case against assisted suicide: For the right to end-of-life care*, The John Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Henggeler S. W., Lee T. (2003), *Multisystemic treatment of serious clinical problems*, in Kazdin A. E., Weisz J. R. (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Guilford Press, New York.
- Henn F. A., Vollmayr B. (2005), *Stress models of depression: Forming genetically vulnerable strains*, «Neurosci. Biobehav. Rev.», 29(4-5), pp. 799-804.
- Hennig C. W., Crabtree C. R., Baum D. (1998), *Mental health CPR: Peer contracting as a response to potential suicide in adolescents*, «Arch. Suic. Res.», 4(2), pp. 169-87.
- Henningsson S., Westberg L., Nilsson S., Lundstrom B., Ekselius L., Bodlund O., et al. (2005), *Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism*, «Psychoneuroendocrinology», 30(7), pp. 657-64.
- Hepp U., Kraemer B., Schnyder U., Miller N., Delsignore A. (2005), *Psychiatric comorbidity in gender identity disorder*, «J. Psychosom. Res.», 58(3), pp. 259-61.
- Herba C. M., Ferdinand R. F., van der Ende J., Verhulst F. C. (2007), *Long-term associations of childhood suicide ideation*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 46(11), pp. 1473-81.
- Herbeck D. M., West J. C., Ruditis I., Duffy F. F., Fitek D. J., Bell C. C., et al. (2004), *Variations in use of second-generation antipsychotic medication by race among adult psychiatric patients*, «Psychiatr. Serv.», 55(6), pp. 677-84.
- Herbert J. D. (2007); *Avoidant personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles.
- Herbert J. D., Gaudiano B. A., Rheingold A., Harwell V., Dalrymple K., Nolan E. M. (2005), *Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavior group therapy for social anxiety disorder*, «Behavior Therapy», 36, pp. 125-38.
- Herman N. J. (1999), *Road rage: An exploratory analysis*, «Michigan Sociol. Rev.», 13, pp. 65-79.
- Herning R. I., Better W. E., Tate K., Cadet J. L. (2005), *Cerebrovascular perfusion in marijuana users during a month of monitored abstinence*, «Neurology», 64, pp. 488-93.
- Hersen M. (Ed.) (2004), *Psychological assessment in clinical practice: A pragmatic guide*, Brunner-Routledge, New York, NY.
- Hersen M., Bellack A. S., Himmelhoch J. M., Thase M. E. (1984), *Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women*, «Behav. Ther.», 15, pp. 21-40.
- Hersen M., Thomas J. C. (Eds.) (2007), *Handbook of clinical interviewing with adults*, Sage Publishing, Thousand Oaks, CA.
- Herzig H. (2004), *Medical information*, Somerset and Wessex Eating Disorders Association, Somerset, UK.
- Herzog D. B., Dorer D. J., Keel P. K., Selwin S. E., Ekeblad E. R., Flores A. T., et al. (1999), *Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 38(7), pp. 829-37.
- Herzog T., Zeeck A., Hartmann A., Nickel T. (2004), *Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: A pilot study*, «Eur. Eat. Disord. Rev.», 12(3), pp. 164-8.
- Hess N. (1995), *Cancer as a defence against depressive pain. University College Hospital/ Middlesex Hospital Psychotherapy Department*, «Psychoanalytic Psychother.», 9(2), pp. 175-84.
- Heston L. L. (1992), *Mending minds: A guide to the new psychiatry of depression, anxiety, and other serious mental disorders*, W. H. Freeman, New York.
- Hettema J. M., Annas P., Neale M. C., Kendler K. S., Fredrikson M. (2003), *A twin study of the genetics of fear conditioning*, «Arch. Gen. Psychiat.», 60(7), pp. 702-8.

- Hettema J. M., Prescott C. A., Myers J. M., Heale M. C., Kendler K. S. (2005), *The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women*, «Arch. Gen. Psychiat.», 62(2), 182-9.
- Heyman R. E., Slep A. M. S. (2002), *Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence?*, «J. Marr. Fam.», 64(4), pp. 864-70.
- Heyne D., King N. J., Tonge B. J., Rollings S., Young D., Pritchard M., Ollendick T. H. (2002), *Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal*, «J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat.», 41(6), pp. 687-95.
- Hibbs E. D., Jensen P. S. (2005), *Analyzing the research*, in Hibbs E. D., Jensen P. S. (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed.), American Psychological Association, Washington, DC.
- Hickling E. J., Blanchard E. B. (2007), *Motor vehicle accidents and psychological trauma*, in K. Carl E. (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness* (Vol. 2), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Higgins E. S., George M. S. (2007), *The neuro science of clinical psychiatry: The pathophysiology of behavior and mental illness*, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Higgins S. T., Budney A. J., Bickel W. K., Hughes J., Foerg F., Badger G. (1993), *Achieving cocaine abstinence with a behavioural approach*, «Amer. J. Psychiat.», 150(5), pp. 763-9.
- Higgins S. T., Silverman K. (2008), *Contingency management*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Hight N., Thompson M., McNair B. (2005), *Identifying depression in a family member: The carers' experience*, «J. Affect. Disorders», 87(1), pp. 25-33.
- Hilarski C. (2007), *Antisocial personality disorder*, in Wodarski J. S., Thyer B. A. (Eds.), *Social work in mental health: An evidence-based approach*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Hilbert A., Schnur A. B., Wilfley D. E. (2005), *Obesity and binge eating disorder*, in E. H. Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Hildebrand K. M., Johnson D. J., Dewayne J., Bogle K. (2001), *Comparison of patterns of alcohol use between high school and college athlete and non-athletes*, «Coll. Student J.», 35, pp. 358-65.
- Hildebrandt T., Alfano L. (2009), *A review of eating disorders in males: Working towards an improved diagnostic system*, «International Journal of Child and Adolescent Health», 2(2), pp. 185-96.
- Hill A. J. (2006), *Body dissatisfaction and dieting in children*, in Cooper P. J., Stein A. (Eds.), *Childhood feeding problems and adolescent eating disorders*, Routledge (Taylor & Francis Group), London, UK.
- Hill D. L. (2009), *Relationship between sense of belonging as connectedness and suicide in American Indians*, «Archives of Psychiatric Nursing», 23(1), pp. 65-74.
- Hill J. (2003), *Childhood trauma and depression*, «Curr. Opin. Psychiat.», 16(1), pp. 3-6.
- Hingson R., Heeren T., Zakocs R., Kopstein A., Wechsler H. (2002), *Magnitude of alcohol-related morbidity, mortality, and alcohol dependence among U.S. college students age 18-24*, «J. Stud. Alc.», 63(2), pp. 136-44.
- Hinrichsen G. A. (1999), *Interpersonal psychotherapy for late-life depression*, in Duffy M. (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*, Wiley, New York.
- Hinshelwood R. P. (1989), *A dictionary of Kleinian thought*; trad. it. *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.
- Hiroeh U., Appleby L., Mortensen P.-B., Dunn G. (2001), *Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: A population-based study*, «Lancet», 358(9299), pp. 2110-2.
- Hirsch J. K., Duberstein P. R., Unützer J. (2009), *Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: Mitigating role of happiness*, «International Journal of Geriatric Psychiatry», 24(7), pp. 671-9.
- Hirschfeld R. M. (1999), *Efficacy of SSRIs and newer antidepressants in severe depression: Comparison with TCAs*, «J. Clin. Psychiat.», 60(5), pp. 326-35.
- Hirschfeld R. M., Lewis L., Vornik L. A. (2003), *Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Associations 2000 Survey of Individuals with Bipolar Disorder*, «J. Clin. Psychiat.», 64(2), pp. 161-74.
- Hirshom E. (2004), *Review of design for assisted living: Guidelines for housing the physically and mentally frail*, «Amer. J. Alz. Disease Other Dement.», 19(2), p. 136.
- Hitti M. (2004), *Brain chemicals suggest marijuana's effects*, «WebMD», retrieved September 24, 2004, from my.webmd.com/content/Article/94/102660.htm
- Hitti M. (2007, July 9), *FDA OKs 1st Alzheimer's skin patch: Once-daily exelon patch also approved to treat mild to moderate Parkinson's disease dementia*, «WebMD.com», retrieve August 13, 2008, from <http://www.webmd.com/alzheimers/news/20070709/fda-oks-1stalzheimer-skin-patch>
- Hjerl K., Andersen E. W., Keiding N., Mouridsen H. T., Mortensen P. B., Jorgensen T. (2003), *Depression as a prognostic for breast cancer mortality*, «Psychosom. J. Cons. Liaison Psychiat.», 44(1), pp. 24-30.
- HJK (The Henry J. Kaiser Family Foundation) (2008), *Kaiser Health Tracking Poll: Election 2008*, Issue 9, August.
- Ho T. P., Hung S. F., Lee C. C., Chung K. F. (1995), *Characteristics of youth suicide in Hong Kong*, «Soc. Psychiat. Epidemiol.», 30(3), pp. 107-12.
- Hoagwood K., Kelleher K. J., Feil M., Comer D. M. (2000), *Treatment services for children with ADHD: A national perspective*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 39(2), pp. 198-206.

- Hobson R. P. (2011). *On the relations between autism and psychoanalytic thought and practice*, «Psychoanalytic Psychotherapy», 25, pp. 229-244.
- Hobson R. P., Ouston J., Lee T. (1988), *Emotion recognition in autism: Coordinating faces and voices*, «Psychological Medicine», 18, pp. 911-23.
- Hodapp R. M., Dykens E. M. (2003), *Mental retardation (intellectual disabilities)*, in Mash E. J., Barkley R. A. (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Hodapp R. M., Kazemi-Adzhyan E., Rosner B. A., Dykens E. M. (2006), *Adolescents with mental retardation: A new frontier for dual diagnosis work?*, in Wolf D.A., Mash E.J. (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Hodgson R. J., Rachman S. (1972), *The effects of contamination and washing in obsessional patients*, «Behav. Res. Ther.», 10, pp. 111-7.
- Hoffman K. B. (2007, may 26), *Kevorkian's cause founders as he's freed*, «Yahoo! News», retrieve may 26, 2007, from <http://news.yahoo.com>
- Hogan R. A. (1968), *The implosive technique*, «Behav. Res. Ther.», 6, pp. 423-31.
- Hogarty G. E. (2002), *Personal therapy for schizophrenia and related disorders: A guide to individualized treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., McGurk D., Cotting D. I., Koffman R. L. (2004), *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care*, «N. Engl. J. Med.», 351, p. 13-22.
- Hohagen F., Winkelmann G., Rasche-Raeuchle H., Hand I., Koenig A., Muenchau N., et al. (1998), *Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo: Results of a multicentre study*, «Brit. J. Psychiat.», 173(Suppl. 35), pp. 71-8.
- Hojnoski R. L., Morrison R., Brown M. C., Matthews W. J. (2006), *Projective test use among school psychologists: A survey and critique*, «J. Psychoeduc. Assess.», 24(2), pp. 145-59.
- Holaway R. M., Rodebaugh T. L., Heimberg R. G. (2006), *The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder*, in Davey G. C. L., Wells A. (Eds.), *Worry and psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, Wiley, Chichester, UK.
- Holinger P. C., Offer D. (1982), *Prediction of adolescent suicide: A population model*, «Amer. J. Psychiat.», 139, pp. 302-7.
- Holinger P. C., Offer D. (1991), *Sociodemographic, epidemiologic, and individual attributes*, in Davidson L., Linnola M. (Eds.), *Risk factors for youth suicide*, Hemisphere, New York, NY.
- Holinger P. C., Offer D. (1993), *Adolescent suicide*, Guilford Press, New York, NY.
- Hollon S. D., Stewart M. O., Strunk D. (2006), *Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety*, «Annu. Rev. Psychol.», 57, pp. 285-315.
- Holmans P., Weissman M. M., Zubenko G. S., Scheftner W. A., Crowe R. R., De Paulo J. R. Jr. et al. (2007), *Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report*, «Amer. J. Psychiatr.», 164(2), pp. 248-58.
- Holmes T. H., Rahe R. H. (1967), *The Social Readjustment Rating Scale*, «J. Psychosom. Res.», 11, pp. 213-8.
- Holmes T. H., Rahe R. H. (1989), *The Social Readjustment Rating Scale*, in Holmes T. H., David E. M. (Eds.), *Life change, life events, and illness: Selected papers*, Praeger, New York.
- Holwerda T. J., Schoevers R. A., Dekker J., Deeg D. J. H., Jonker C., Beekman A. T. F. (2007), *The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age*, «Inter. J. Ger. Psychiat.», 22(3), pp. 241-9.
- Honberg R. (2005), *Decriminalizing mental illness*, «NA-MI Advocate», 3(1), pp. 4-5.
- Hong J. P., Samuels J., Bienvenu O. J., III, Cannistraro P., Grados M., Riddle M. A., et al. (2004), *Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder*, «Depress. Anx.», 20(2), pp. 86-91.
- Hopko D. R., Robertson S. M. C., Widman L., Lejuez C. W. (2008), *Specific phobias*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Horley J. (2001), *Frotteurism: A term in search of an underlying disorder?*, «J. Sex. Aggress.», 7(1), pp. 51-5.
- Horney K. (1937), *The neurotic personality of our time*; trad. it. *La personalità nevrotica del nostro tempo*, Newton Compton, Roma 1976.
- Horney K. (1939), *New ways in psychoanalysis*; trad. it. *Nuove vie della psicoanalisi*, Bompiani, Milano 1990.
- Horney K. (1945), *Our inner conflicts*; trad. it. *I nostri conflitti interni*, Martinelli, Firenze 1971.
- Hornyak L. M., Green J. P. (Eds.) (2000), *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Horowitz J. A., Damato E. G., Duffy M. E., Solon L. (2005), *The relationship of maternal attributes, resources, and perceptions of postpartum experiences to depression*, «Res. Nursing Hlth.», 28(2), pp. 159-71.
- Horowitz J. A., Damato E., Solon L., Metzsch G., Gill V. (1995), *Postpartum depression: Issues in clinical assessment*, «J. Perinat. Med.», 15(4), pp. 268-78.
- Hou C., Miller B. L., Cummings J. L., Goldberg M., Mychack P., Bottino V., et al. (2000), *Artistic savants*, «Neuropsychiat., Neuropsychol., Behav. Neurol.», 13(1), pp. 29-38.
- Houts A. C. (2003), *Behavioral treatment for enuresis*, in Kazdin A. E., Weisz J. R. (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Howland R. H. (2008), *Antidepressants and suicide: Putting the risk in perspective*, «Psychiatr. Ann.», 38(3), pp. 198-201.
- Howlin P. (2000), *Children with Autism and Asperger Syndrome*, John Wiley & Sons, New York.

- Hoyert D. L., Arias E., Smith B. L., Murphy S. L., Kochanek K. D. (2001), *Deaths: Final data for 1999*, in «National Vital Statistics Report», 49(8), National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
- Hoyert D. L., Kung H. C., Smith B. L. (2005), *Deaths: Preliminary data for 2003*, National Vital Statistics Reports 53, no. 15, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
- Hoza B., Kaiser N., Hurt E. (2008), *Evidence-based treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York.
- Hrobjartsson A., Gotzsche P. C. (2001), *Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment*, «N. Engl. J. Med.», 344(21), pp. 1594-602.
- Hudd S., Dumlaio J., Erdmann-Sager D., Murray D., Phan E., Soukas N., et al. (2000), *Stress at college: Effects on health habits, health status and self-esteem*, «Coll. Student J.», 34(2), pp. 217-27.
- Hugdahl K. (1995), *Psychophysiology: The mind-body perspective*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Humphrey J. A. (2006), *Deviant behavior*, Pearson/Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Humphry D., Wickett A. (1986), *The right to die: Understanding eutanasia*, Harper & Row, New York.
- Hunt C., Andrews G. (1995), *Comorbidity in the anxiety disorders: The use of a life-chart approach*, «J. Psychiatr. Res.», 29(6), 467-80.
- Huntjens R. J. C., Peters M. L., Postma A., Woertman L., Effting M., van der Hart O. (2005), *Transfer of newly acquired stimulus valence between identities in dissociative identity disorder (DID)*, «Behav. Res. Ther.», 43(2), pp. 243-55.
- Huprich S. K. (Ed.) (2006), *Rorschach assessment to the personality disorders*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Hurlbert D. F. (1991), *The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually non assertive women*, «J. Sex Marital Ther.», 17(3), pp. 183-90.
- Hurlbert D. F., Apt C., Rabehl S. M. (1993), *Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in non-distressed marriages*, «J. Sex Marital Ther.», 19, pp. 154-65.
- Hurt S., Oltmanns T. F. (2002), *Personality traits and pathology in older and younger incarcerated women*, «J. Clin. Psychol.», 58(4), pp. 457-64.
- Hustey F. M., Meldon S. W., Smith M. D., et al. (2003), *The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients*, «Ann. Emerg. Med.», 41, pp. 678-84.
- Hyde J. S. (2005), *The genetics of sexual orientation*, in Hyde J. S. (Ed.), *Biological substrates of human sexuality*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Hyman I. E., Jr., Loftus E. F. (2002), *False childhood memories and eyewitness memory errors*, in Eisen M. L. (Ed.), *Memory and suggestibility in the forensic interview. Personality and clinical psychology series*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Hymowitz N. (2005), *Tobacco*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Iacoboni M., Woods R.P., Brass M., Bekkering H., Mazziotta J.C., Rizzolatti G. (1999), *Cortical mechanisms of human imitation*, «Science», 286, pp. 2526-8.
- Iacono W. G. (2008), *Effective policing: Understanding how polygraph tests work and are used*, «Criminal Justice and Behavior», 35(10), pp. 1295-1308.
- Ihle W., Jahnke D., Heerwagen A., Neuperdt C. (2005), *Depression, anxiety, and eating disorders and recalled parental rearing behavior*, «Kindheit Entwicklung», 14(1), pp. 30-8.
- Imbasciati A. (1986), *Introduzione alle scienze Psicologiche: Istituzioni di Psicologia*, UTET Libreria, Torino.
- Imbasciati A. (2007), *Fondamenti Psicoanalitici dalla Psicologia Clinica*, UTET Università, Torino.
- Imbasciati A. (2010), *Psicopatologia e sessualità*, «Rivista di Psicologia clinica», n. 1, pp. 10-19.
- Imbasciati A., Cristini C., Dabrassi F., Buizza C. (a cura di) (2008), *Psicoterapie, orientamenti e Scuole: scienza, misconoscenza e caos nell'artigianato delle psicoterapie*, CSE Centro Scientifico Editore, Torino.
- Imbesi L. (2000), *On the etiology of narcissistic personality disorder*, «Issues Psychoanal. Psychol.», 22(2), pp. 43-58.
- Infoplease (2006), *Crime Rate by State*, retrieve from <http://www.infoplease.com/ipa/A0004912.html>
- Ingram, R. E., Nelson, T., Steidtmann, D. K., Bistricky, S. L. (2007), *Comparative data on child and adolescent cognitive measures associated with depression*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 75, pp. 390-403.
- Inouye S. K. (1999), *Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients*, «Dement. Ger. Cogn. Disord.», 10(5), pp. 393-400.
- Inouye S. K., Bogardus S. T., Jr., Williams C. S., et al. (2003), *The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions: Evidence from the delirium prevention trial*, «Arch. Internal Med.», 163, pp. 958-64.
- Insel T. R. (2007), *Shining light on depression*, «Science», 317(5839), pp. 757-8.
- Irvine M. (2005, may 30), *Cult-like lure of "Ana" attracts anorexics*, «Associated Press (Chicago)/ Netscape News with CNN».
- Irwin M. R., Cole J. C. (2005), *Depression and psychoneuroimmunology*, in Vedhara K., Irwin M. (Eds.), *Human psychoneuroimmunology*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Isenberg D. H., Loomis C., Humphreys K., Maton K. I. (2004), *Self-help research: Issues of power sharing*, in Jason L. A., Keys C. B., Suarez-Balcazar Y., Taylor R. R., Davis M. I. (Eds.) *Participatory community research:*

- Theories and methods in action*, American Psychological Association, Washington, DC.
- ISTAT (2010), *Rapporto annuale : la situazione del Paese nel 2010*, ISTAT, Roma.
- Iversen L. L. (1975), *Dopamine receptors in the brain*, «Science», 188, pp. 1084-9.
- Iverson G. L., Williamson D. J., Ropacki M., Reilly K. J. (2007), *Frequency of abnormal scores on the Neuropsychological Assessment Battery Screening Module (S-NAM) in a mixed neurological sample*, «Appl. Neuro-psychol.», 14(3), pp. 178-82.
- Jablensky A. (2000), *Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability*, «Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.», 250, pp. 274-85.
- Jackson D. D. (1957), *The question of family homeostasis*, in «Psychiatr. Quarterly. Suppl.», 31, pp. 79-90.
- Jackson, Y. (2006), *Encyclopedia of multicultural psychology*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Jacobs A. K. (2008), *Components of evidence-based interventions for bullying and peer victimization*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York.
- Jacobs M. (2003), *Sigmund Freud*, Sage, London.
- Jacobson E. (1964), *The self and the object world*; trad. it. *Sé e il mondo oggettuale*, Martinelli, Firenze 1974.
- Jacobson G. (1999), *The inpatient management of suicidality*, in Jacobs D. G. (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- James W. (1890), *Principles of psychology* (Vol. 1); trad. it. *Principi di psicologia*, Società editrice libraria, Milano 1900.
- Jamison K. R. (1995), *An unquiet mind*, Vintage Books, New York, NY.
- Jamison K. R. (1995, february), *Manic-depressive illness and creativity*, «Scientif. Amer.», pp. 63-7.
- Jang K. L., Vernon P. A. (2001), *Genetics*, in Livesley W. J. (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Janicak P. G., Davis J. M., Preskorn S. H., Ayd F. J. (2001), *Principles and practice of psychopharmacotherapy* (3rd ed.), Lippincott Williams & Wilkin, Philadelphia.
- Jannini E., Lenzi A. (2005), *Ejaculatory disorders: Epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping*, «World Journal of Urology», 23, pp. 68-75.
- Janus S. S., Janus C. L. (1993), *The Janus report on sexual behavior*, Wiley, New York, NY.
- Jefferson D. J. (2005, august 8), *America's most dangerous drug*, «Newsweek», 146(6), pp. 40-8.
- Jenike M. A. (1992), *New developments in treatment of obsessive-compulsive disorder*, in Tasman A., Riba M. B. (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 11), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Jensen G. M. (1998), *The experience of injustice: Health consequences of the Japanese American internment*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. A: Human Soc. Sci.», 58(7-A), p. 2718.
- Jeste D. V., Blazer D. G., First M. (2005), *Aging-related diagnostic variations: Need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients*, «Biol. Psychiat.», 58(4), pp. 265-71.
- Jewell T. C., Downing D., McFarlane W. R. (2009), *Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia*, «Journal of Clinical Psychology», 65(8), pp. 868-78.
- Jia J., Xu E., Shao Y., Jia J., Sun Y., Li D. (2005), *One novel presenilin-1 gene mutation in a Chinese pedigree of familial Alzheimer's disease*, «J. Alzheimer Dis.», 7(2), p. 119-24.
- Johns A. (2001), *Psychiatric effects of cannabis*, «Brit. J. Psychiat.», 178, pp. 116-22.
- Johnson B. R., Becker J. V. (1997), *Natural born killers?: The development of the sexually sadistic serial killer*, «J. Amer. Acad. Psychiat. Law.», 25(3), pp. 335-48.
- Johnson C. (1995, february 8), National Collegiate Athletic Association study, in «The Hartford Courant».
- Johnson L. A. (2005, july 21), *Lobotomy back in spotlight after 30 years*, Netscape News.
- Johnston C. A., Tyler C. (2008), *Evidence-based therapies for pediatric overweight*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York, NY.
- Johnston J. M. (2004), *Eating disorders and childhood obesity: Who are the real gluttons?*, «Canad. Med. Assoc. J.», 171(12), pp. 1459-60.
- Johnston L. D., O'Malley P. M., Bachman J. G. (1993), *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1992*, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.
- Johnston L. D., O'Malley P. M., Bachman J. G., Schulenberg J. E. (2007), *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2006* (NIH Publication No. 07-6202), National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD.
- Joiner T. E., Jr. (2002), *Depression in its interpersonal context*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Jones E. (1913), *Hate and anal eroticism in the obsessional neurosis*, in *Papers on Psycho-Analysis, revised and enlarged editions*, Balliere Tindall & Cox, London 1918.
- Jones E. (1932), *La fase fallica*, in *La teoria del simbolismo: Scritti sulla sessualità femminile e altri saggi (1948)*, Astrolabio, Roma 1972.
- Jones G., Jordan R. (2008), *Research base for intervention in autism spectrum disorders*, in McGregor E., Núñez M., Cebula K., Gómez J. C. (Eds.), *Autism: An integrated view from neurocognitive, clinical, and intervention research*, Blackwell Publishing, Malden, MA.
- Julien R. M. (2005), *A primer of drug action* (10th ed.), Worth Publishers, New York, NY.
- Julien R. M. (2008), *A primer of drug action* (11th ed.), Worth Publishers, New York, NY.
- Kabacki E., Batur S. (2003), *Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus?*, «J. Sex Marital Ther.», 29, pp. 277-88.

- Kabat-Zinn J. (2005), *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*, Hyperion, New York, NY.
- Kafka M. P. (2000), *The paraphilia-related disorders: Nonparaphilic hypersexuality and sexual compulsivity/addiction*, in Leiblum S. R., Raymond R. C. (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Kafka M. P. (2007), *Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of nonparaphilic hypersexuality*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Kagan J. (2003), *Biology, context and developmental inquiry*, «Ann. Rev. Psychol.», 54, pp. 1-23.
- Kagan J., Snidman N. (1991), *Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles*, «Psychol. Sci.», 2, pp. 40-4.
- Kagan J., Snidman N. (1999), *Early childhood predictors of adult anxiety disorders*, «Biol. Psychiat.», 46(11), pp. 1536-41.
- Kahn A. P., Fawcett J. (1993), *The encyclopedia of mental health*, Facts on File, New York, NY.
- Kajij L. (1960), *Alcoholism in twins: Studies on the etiology and sequels of abuse of alcohol*, Almqvist & Wiksell, Stockholm, Sweden.
- Kalb C. (2000, January 31), *Coping with the darkness: Revolutionary new approaches in providing care for helping people with Alzheimer's stay active and feel productive*, «Newsweek», pp. 52-4.
- Kalb C. (2004, September 6), *Know the numbers*, «Newsweek», 144(10), pp. 72-3.
- Kalin N. H. (1993, May), *The neurobiology of fear*, «Scientif. Amer.», pp. 94-101.
- Kalodner C. R., Coughlin J. W. (2004), *Psychoeducational and counseling groups to prevent and treat eating disorders and disturbances*, in DeLucia-Waack J. L., Gerrity D. A., Kalodner C. R., Riva M. T. (Eds.), *Handbook of group counseling and psychotherapy*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Kaminer Y., Burleson J. A., Jadamec A. (2002), *Gambling behavior in adolescent substance abuse*, «Subs. Abuse», 23(3), pp. 191-8.
- Kandel E. R. (1979) *Behavioral Biology of Aplysia: A Contribution to the Comparative Study of Opisthobranch Molluscs*, W.H. Freeman, San Francisco, CA.
- Kandel E.R. (1983), *From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety*, «American Journal of Psychiatry», 140 pp.1277-93.
- Kandel E.R., (1999), *La biologia e il futuro della psicoanalisi: una rilettura di 'Un nuovo contesto intellettuale per la psichiatria'*, in *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.
- Kane J. M. (1992), *Clinical efficacy of clozapine in treatment-refractory schizophrenia: An overview*, «Brit. J. Psychiat.», 160(Suppl. 17), pp. 41-5.
- Kanner B. (1995), *Are you normal? Do you behave like everyone else?*, St. Martin's Press, New York, NY.
- Kanner B. (1998a, February), *Are you normal? Turning the other cheek*, «Am. Demogr.».
- Kanner B. (1998b, May), *Are you normal? Creatures of habit*, «Am. Demogr.».
- Kanner B. (2004), *Are you normal about sex, love and relationship?*, St. Martin's Press, New York, NY.
- Kanner L. (1943), *Autistic disturbances of affective contact*, «Nerv. Child», 2, p. 217.
- Kanner L. (1954), *To what extent is early infantile autism determined by constitutional inadequacies?*, «Proceedings of the Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis.», 33, pp. 378-85.
- Kantor M. (2006), *The psychopathy of everyday life*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium, Vol. 1: Behavioral issues*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Kantrowitz B., Springen K. (2004, August 9), *What dreams are made of*, «Newsweek», 144(6), pp. 40-7.
- Kantrowitz B., Springen K. (2007), *Confronting Alzheimer's*, «Newsweek», 114(6), pp. 40-7.
- Kaplan A. S. (2005), *From genes to treatment response: New research into the psychobiology of anorexia nervosa*, «Inter. J. Eat. Disord.», 37(Suppl.), S87-S89.
- Kaplan H. S. (1974), *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*; trad. it. *Nuove terapie sessuali*, Bompiani, Milano 1976.
- Kaplan R. M. (2000), *Two pathways to prevention*, «Amer. Psychologist», 55(4), pp. 382-96.
- Kasari C., Freeman S., Paparella T. (2006), *Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controller intervention study*, «J. Child Psychol. Psychiat.», 47, pp. 611-20.
- Kasof J. (2009), *Cultural variation in seasonal depression: Cross-national differences in winter versus summer patterns of seasonal affective disorder*, «Journal of Affective Disorders», 115(1-2), pp. 79-86.
- Kassel J. D., Wagner E. F., Unrod M. (1999), *Alcoholism-behavior therapy*, in Hersen M., Bellack A. S. (Eds.), *Handbook of comparative interventions for adult disorders* (2nd ed.), Wiley, New York.
- Kassel J. D., Wardle M., Roberts J. E. (2007), *Adult attachment security and college student substance use*, «Addictive Behaviors», 32(6), pp. 1164-76.
- Katel P., Beck M. (1996, March 29), *Sick kid or sick Mom?*, «Newsweek», p. 73.
- Kauth M. R. (2000), *True nature: A theory of sexual attraction*, Kluwer Academic/Plenum, New York, NY.
- Kauth M. R. (2006), *Sexual orientation and identity*, in McAnulty R. D., Burnette M. M. (Eds.), (2006), *Sex and sexuality, Vol. 1: Sexuality today: Trends and controversies*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Kawas C., Resnick S., Morrison A., Brookmeyer R., Corrada M., Zonderman A., et al. (1997), *A prospective study of estrogen replacement therapy and the risk of developing Alzheimer's disease: The Baltimore Longitudinal Study of Aging*, «Neurology», 48(6), pp. 1517-21.
- Kaye W. H., Frank G. K., Bailer U. F., Henry S. E., Meltzer C. C., Price J. C., et al. (2005), *Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies*, «Physiol. Behav.», 85(1), pp. 73-81.

- Kaye W. H., Gendall K. A., Fernstrom M. H., Fernstrom J. D., McConaha C. W., Weltzin T. E. (2000), *Effects of acute tryptophan depletion on mood in bulimia nervosa*, «Biol. Psychiat.», 47(2), pp. 151-7.
- Kaye, W. H., Strober, M., & Rhodes, L. (2002), *Body image disturbance and other core symptoms in anorexia and bulimia nervosa*, in Castle D. J., Phillips K. A. (Eds.), *Disorders of body image*, Wrightson Biomedical, Petersfield, UK.
- Kazdin A. E. (2002), *Psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents*, in Nathan P. E., Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed.), Oxford University Press, London.
- Kazdin A. E. (2003), *Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder*, in Kazdin A. E., Weisz J. R. (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Kazdin A. E. (2005), *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*, Oxford University Press, New York, NY.
- Kazdin A. E. (2007), *Psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents*, in Nathan P. E., Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (3rd ed.), Oxford University Press, New York, NY.
- Kearney C. A. (1999), *Casebook in child behavior disorders*, Wadsworth, Belmont, CA.
- Kearney-Cooke A., Steichen-Asch P. (1990), *Men, body image, and eating disorders*, in Andersen A. E. (Ed.), *Males with eating disorders*, Brunner/Mazel, New York, NY.
- Keel P. K., Mitchell J. E., Miller K. B., Davis T. L., Crow S. J. (1999), *Long-term outcome of bulimia nervosa*, «Arch. Gen. Psychiat.», 56(1), pp. 63-9.
- Keen E. (1970), *Three faces of being: Toward an existential clinical psychology*, Appleton-Century-Crofts, New York, NY.
- Keenan K., Wakschlag L., Danis B., Hill C., Humphries J., Duax J., et al. (2007), *Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 46, pp. 457-68.
- Keesey R. E., Corbett S. W. (1983), *Metabolic defense of the body weight set-point*, in Stunkard A. J., Stellar E. (Eds.), *Eating and its disorders*, Raven Press, New York, NY.
- Keith S. J., Regier D. A., Rae D. S. (1991), *Schizophrenic disorders*, in Robins L. N., Regier D. S. (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*, Free Press, New York, NY.
- Kellerman H., Burry A. (2007), *Handbook of psychodiagnostic testing: Analysis of personality in the psychological report*, Springer Publishing, New York, NY.
- Kelly K. (2005), *Just don't do it!*, «U. S. News & World Report», 139(14), pp. 44-9.
- Kelly M. P., Strassberg D. S., Kircher J. R. (1990), *Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia*, «Arch. Sex. Behav.», 19, pp. 165-72.
- Kemp C. (2000, June 15-21), *The curse of the werewolf*, «Citybeat.com», retrieved July 30, 2008, from <http://citybeat.com/2005-06-15/scitech.shtml>
- Kendall J., Hatton D. (2002), *Racism as a source of health disparity in families with children with attention deficit hyperactivity disorder*, «Adv. Nurs. Sci.», 25(2), pp. 22-39.
- Kendall P. C. (2000), *Childhood disorders*, Psychology Press/Taylor & Francis, Hove, UK.
- Kendall P. C., Pimentel S. S. (2003), *On the physiological constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD)*, «J. Anx. Disorders», 17, pp. 211-21.
- Kendler K. S., Gruenberg A. M., Strauss J. S. (1981), *An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia, II: the relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia*, «Archives of General Psychiatry», 38, pp. 982-4.
- Kendler K. S., Heath A., Martin N. G. (1987), *A genetic epidemiologic study of self-report suspiciousness*, «Comprehen. Psychiat.», 28(3), pp. 187-96.
- Kendler K. S., McGuire M., Gruenberg A., et al. (1995), *Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study: the factors, structure and familial relationship with psychotic and affective disorders*, «Archives of General Psychiatry», 52, pp. 296-303.
- Kendler K. S., Myers J., Prescott C. A. (2005), *Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs*, «Amer. J. Psychiat.», 162(2), pp. 250-6.
- Kendler K. S., Neale M. C., Kessler R. C., Heath A. C., Eaves L. J. (1993), *Panic disorder in women: A population-based twin study*, «Psychol. Med.», 23, pp. 397-406.
- Kendler K. S., Ochs A. L., Gorman A. M., Hewitt J. K., Ross D. E., Mirsky A. F. (1991), *The structure of schizotypy: A pilot multitrait twin study*, «Psychiat. Res.», 36(1), pp. 19-36.
- Kendler K. S., Walters E. E., Kessler R. C. (1997), *The prediction of length of major depressive episodes: Results from an epidemiological sample of female twins*, «Psychol. Med.», 27(1), pp. 107-17.
- Kendler K. S., Walters E. E., Neale M. C., Kessler R. C., et al. (1995), *The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism*, «Arch. Gen. Psychiat.», 52(5), pp. 374-83.
- Kennedy D. P., Squire L. R. (2007), *An analysis of calendar performance in two autistic calendar savants*, «Learning & Memory», 14(8), pp. 533-8.
- Kensinger E. A., Ullman M. T., Corkin S. (2001), *Bilateral medial temporal lobe damage does not affect lexical or grammatical processing: Evidence from amnesic patient H. M.*, «Hippocampus», 11(4), pp. 347-60.
- Kernberg O.F. (1975), *Borderline conditions and pathological narcissism*; trad. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.

- Kernberg O.F. (1976), *Object relations theory and clinical psychoanalysis*; trad. it. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
- Kernberg O.F. (1984), *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*; trad. it. *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Kernberg P. F., Wiener J. M. (2004), *Personality disorders*, in Wiener J. M., Dulcan M. K. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of child and adolescent psychiatry* (3rd ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Kerr J. H., Lindner K. J., Blyden M. (2007), *Exercise dependence*, Routledge, London, UK.
- Kessing L. V. (2004), *Endogenous, reactive and neurotic depression: Diagnostic stability and longterm outcome*, «Psychopathology», 37(3), pp. 124-30.
- Kessler R. C. (2002), *Epidemiology of depression*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Kessler R. C., Adler L. A., Barkley R., Biederman J., Conners C. K., Demler O., et al. (2006), *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication*, «Amer. J. Psychiat.», 163(4), pp. 716-23.
- Kessler R. C., Adler L. A., Barkley R., Biederman J., Conners C. K., Faraone S. V., et al. (2005), *Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication*, «Biol. Psychiat.», 57(11), pp. 1442-51.
- Kessler R. C., Avenevoli S., Green J., Gruber M. J., Guyer M., He Y., Jin R., Kaufman J., Sampson N. A., Zaslavsky A. M., Merikangas K. R. (2009), *National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): III. concordance of DSM-IV/CIDI diagnoses with clinical reassessments*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry», 48(4), pp. 386-99.
- Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Walters E. E. (2005), *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, «Arch. Gen. Psychiat.», 62, pp. 593-602.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Walters E. E. (2005), *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, «Arch. Gen. Psychiat.», 62, pp. 617-27.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Jin R., Ruscio A. M., Shear K., Walters E. E. (2006), *The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication*, «Arch. Gen. Psychiat.», 63, 415-24.
- Kessler R. C., Coccaro E. F., Fava M., Jaeger S., Jin R., Walters E. (2006), *The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the national comorbidity survey replication*, «Arch. Gen. Psychiat.», 63(6), pp. 669-78.
- Kessler R. C., DuPont R. L., Berglund P., Wittchen H. U. (1999), *Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys*, «Amer. J. Psychiat.», 156(12), pp. 1915-23.
- Kessler R. C., Galea S., Gruber M. J., Sampson N. A., Ursano R. J., Wessely S. (2008), *Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina*, «Mol. Psychiat.», 13(4), pp. 374-84.
- Kessler R. C., Haro J.-M., Heeringa S. G., Pennell B. E., Ustun T. B. (2006), *The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative*, «Epidem.-e-Psichiatr. Soc.», 15(3), pp. 161-6.
- Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S., Nelson C. B., Hughes M., Eshleman S., et al. (1994), *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among persons aged 15-54 in the United States: Results from the National Comorbidity Survey*, «Arch. Gen. Psychiat.», 51(1), pp. 8-19.
- Kessler R. C., Ruscio A. M., Shear K., Wittchen H. (2009), *Epidemiology of anxiety disorders*, in Antony M. M., Stein M. B. (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, Oxford University Press, New York.
- Kessler R. C., Wang P. S. (2009), *Epidemiology of depression*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Kessler R. C., Zhao S. (1999), *The prevalence of mental illness*. in Horwitz A. V., Scheid T. L. (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Kestemberg E., Decobert S., Kestemberg J. (1972), *La Faim et le Corps: une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*; trad. it *La fame e il corpo*, Astrolabio, Roma 1974.
- Kety S. S. (1988), *Schizophrenic illness in the famiglie of schizophrenic adoptees: Findings from the Danish national sample*, «Schizophr. Bull.», 14(2), pp. 217-22.
- Kety S. S., Rosenthal D., Wender P. H., et al. (1968), *The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of schizophrenics*, «J. Psychiatr. Res.», 6, pp. 345-62.
- Kety S. S., Rosenthal D., Wender P. H., et al. (1971), *Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics*, «American Journal of Psychiatry», 128, pp. 302-6.
- Keyes C. L. M., Goodman S. H. (Eds.) (2006), *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Keys A., Brozek J., Henschel A., Mickelson O., Taylor H. L. (1950), *The biology of human starvation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Khan S., Murray R. P., Barnes G. E. (2002), *A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse*, «Addic. Behav.», 27(3), pp. 405-23.
- Khan M. M. R. (1963), *Il concetto di trauma cumulative*, in

- Lo spazio privato del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- Khan M. M. R. (1974), *The privacy of the self*; trad. it. *Lo spazio privato del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- Khandker R. K., Simoni-Wastila L. J. (1998), *Differences in prescription drug utilization and expenditures between blacks and whites in the Georgia Medicaid population*, «Inquiry», 35, pp. 78-87.
- Khantzian E. J. (1985), *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*, «American Journal of Psychiatry», 142(11), pp. 1259-64.
- Khantzian E. J. (1986), *A Contemporary Psychodynamic Approach to Drug Abuse Treatment*, «Am. J. Drug Alcohol Abuse», 12 (3), pp. 213-22.
- Khantzian E. J. (1993), *Affects and addictive suffering*, in Brown A. D., Khantzian E. J., Macks J. E. (Eds), *Human Feelings*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Khantzian E. J., (1995), *Self regulation vulnerabilities in substance abusers: treatment Implications*, in Dowling S. (Ed.), *The psychology and treatment of addictive behaviour*, International Universities Press, Madison, CT.
- Khantzian E. J. (1997a), *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*, «Harvard Review of Psychiatry», 4(5), pp. 231-44.
- Khantzian E. J. (1997b), *Self-regulation in cocaine dependence: A clinical perspective*, «Substance Use & Misuse», 32, pp. 1769-74.
- Khawaja N. G., Chapman D. (2007), *Cognitive predictors of worry in a non-clinical population*, «Clin. Psychologist», 11(1), pp. 24-32.
- Kiecolt-Glaser J. K., Garner W., Speicher C., Penn G. M., Holliday J., Glaser R. (1984), *Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students*, «Psychosom. Med.», 46, pp. 7-14.
- Kiecolt-Glaser J. K., Glaser R., Gravenstein S., Malarkey W. B., Sheridan J. (1996), *Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults*, «Proc. Natl. Acad. Sci. USA», 93, pp. 3043-7.
- Kiecolt-Glaser J. K., Page G. G., Marucha P. T., MacCallum R. C., Glaser R. (1998), *Psychological influences on surgical recovery. Perspectives from psychoneuroimmunology*, «Amer. Psychologist», 53(11), pp. 1209-18.
- Kiecolt-Glaser J. K., McGuire L, Robles T. F., Glaser R. (2002a), *Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: Back to the future*, «Psychosom. Med.», 64, pp. 15-28.
- Kiecolt-Glaser J. K., McGuire L, Robles T. F., Glaser R. (2002b), *Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 70, pp. 537-47.
- Kiernan W. (2000), *Where we are now: Perspectives on employment of persons with mental retardation*, «Focus Autism Other Dev. Disabil.», 15(2), pp. 90-6.
- Kiev A. (1989), *Suicide in adults*, in Howells J. G. (Ed.), *Modern perspectives in the psychiatry of the affective disorders*, Brunner/Mazel, New York, NY.
- Kihlström J. F. (2001), *Dissociative disorders*, Kluwer Academic/Plenum, New York, NY.
- Kimball A. (1993), *Nipping and tucking. In Skin deep: Our national obsession with looks*, «Psychol. Today», 26(3), p. 96.
- King L. (2002, march 19), *Interview with Russell Yates*, «Larry King Live», CNN.
- King N. J., Heyne D., Ollendick T. H. (2005), *Cognitive-behavioral treatments for anxiety and phobic disorders in children and adolescents: A review*, «Behav. Disorders», 30(3), pp. 241-57.
- King R. A. (2003), *Psychodynamic approaches to youth suicide*, in King R. A., Apter A. (Eds.), *Suicide in children and adolescents*, Cambridge University Press, New York, NY.
- King R. A., Apter A. (Eds.) (2003), *Suicide in children and adolescents*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Kinzie J., Leung P., Boehnlein J., Matsunaga D. (1992), *Psychiatric epidemiology of an Indian village: A 19-year replication study*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 180(1), pp. 33-9.
- Kirby M. (2000), *Psychiatry, psychology, law and homosexuality – Uncomfortable bedfellows*, «Psychiatry, Psychol. Law», 7(2), pp. 139-49.
- Kirmayer L. J. (2001), *Cultural variations in the clinical presentations of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment*, «J. Clin. Psychiat.», 62(Suppl. 13), pp. 22-8.
- Kirmayer L. J. (2002), *The refugee's predicament*, «Evol. Psychiat.», 67(4), pp. 724-42.
- Kirmayer L. J. (2003), *Failures of imagination: The refugee's narrative in psychiatry*, *Anthropol. Med.*, 10(2), pp. 167-85.
- Kirmayer L. J., Looper K. J. (2007), *Somatoform disorders*, in Hersen M., Turner S. M., Beidel D. C. (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (5th ed.), Wiley, Hoboken, NJ.
- Kisker G. W. (1977), *The disorganized personality*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Kleber H. D., Galanter M. (Eds.) (2008), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Kleiman K. (2009), *Therapy and the postpartum woman: Notes on healing postpartum depression for clinicians and the women who seek their help*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Klein D. F. (1964), *Delineation of two drug-responsive anxiety syndrome*, «Psychopharmacologia», 5, pp. 397-408.
- Klein D. F., Fink M. (1962), *Psychiatric reaction patterns to imipramine*, «Amer. J. Psychiat.», 119, pp. 432-8.
- Klein M. (1928), *Early stages of the Oedipus conflict*; trad. it. *I primi stadi del conflitto edipico*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino 1978.
- Klein M. (1935), *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*; trad. it *Contributo alla psico-*

- genesì degli stati maniaco-depressivi, in *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino 1978, pp. 297-325.
- Klein M. (1946), *Notes on some schizoid mechanisms*; trad. it. *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, in *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein M. (1948), *A contribution to the theory of anxiety and guilt*; trad. it. in *Scritti*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein M., (1952), *Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant*; trad. it. *Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia*, in *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein M. (1959), *Il nostro mondo adulto e altri saggi*, Martinelli, Firenze 1972.
- Klein M. (1961), *The psychoanalysis of children*; trad. it. *Analisi di un bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1971.
- Klein W. C., Jess C. (2002), *One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes*, «*Health Soc. Work.*», 27(3), pp. 193-203.
- Kleinman A. (1987), *Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness*, «*Brit. J. Psychiat.*», 151, pp. 447-54.
- Kleinman A. (2004), *Culture and depression*, «*New England Journal of Medicine*», 351(10), pp. 951-3.
- Klerman G. L., Weissman M. M. (1992), *Interpersonal psychotherapy*, in Paykel E. S. (Ed.), *Handbook of affective disorders*, Guilford Press, New York, NY.
- Kline N. S. (1958), *Clinical experience with iproniazid (Marsilid)*, «*J. Clin. Exp. Psychopathol.*», 19(Suppl. 1), pp. 72-8.
- Kluft R. P. (1985), *Hypnotherapy of childhood multiple personality disorder*, «*Amer. J. Clin. Hyp.*», 27(4), pp. 201-10.
- Kluft R. P. (1987), *The simulation and dissimulation of multiple personality disorder*, «*Amer. J. Clin. Hyp.*», 30(2), pp. 104-18.
- Kluft R. P. (1988), *The dissociative disorders*, in Talbot J., Hales R., Yudofsky S. (Eds.), *Textbook of psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Kluft R. P. (1991), *Multiple personality disorder*, in Tasman A., Goldfinger S. M. (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Kluft R. P. (1992), *Discussion: A specialist's perspective on multiple personality disorder*, «*Psychoanal. Inq.*», 12(1), pp. 139-71.
- Kluft R. P. (1999), *An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder*, «*Amer. J. Psychother.*», 53(3), pp. 289-319.
- Kluft R. P. (2000), *The psychoanalytic psychotherapy of dissociative identity disorder in the context of trauma therapy*, «*Psychoanal. Inq.*», 20(2), pp. 259-86.
- Kluft R. P. (2001), *Dissociative disorders*, in Friedman H. S. (Ed.), *Specialty articles from the encyclopedia of mental health*, Academic Press, San Diego, CA.
- Kluger J. (2004, December 6), *Blowing a gasket*, «*Time*», 164(23), pp. 72-80.
- Knight B. G., Kaskie B., Shurgot G. R., Dave J. (2006), *Improving the mental health of older adults*, in Birren J. E., Schaie K. W. (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.), Elsevier, San Diego, CA.
- Knudson R. M. (2006), *Anorexia dreaming: A case study*, «*Dreaming*», 16(1), pp. 43-52.
- Koch K. (1949), *Il reattivo dell'albero*, Giunti O.S., Firenze, 1999.
- Koch W. J., Haring M. (2008), *Posttraumatic stress disorder*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Koegel L. K., Koegel R. L., Brookman L. I. (2005), *Child-initiated interactions that are pivotal in intervention for children with autism*, in Hibbs E. D., Jensen P. S. (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed.), American Psychological Association, Washington, DC.
- Koenen K. C., Lyons M. J., Goldberg J., Simpson J., Williams W. M., Toomey R., et al. (2003), *Co-twin control study of relationships among combat exposure, combat-related PTSD, and other mental disorders*, «*J. Traum. Stress*», 16(5), pp. 433-8.
- Koenig, H.G. (2002), *The connection between psychoneuroimmunology and religion*, in Koenig H. G., Cohen H. J. (Eds.), *The Link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor*, Oxford University Press, New York, NY.
- Koenigsberg H. W., Harvey P. D., Mitropoulou V., Schmeidler J., New A. S., Goodman M., et al. (2002), *Characterizing affective instability in borderline personality disorder*, «*Amer. J. Psychiat.*», 159(5), pp. 784-8.
- Koenigsberg H. W., Reynolds D., Goodman M., New A. S., Mitropoulou V., Trestman R. L., et al. (2003), *Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder*, «*Journal of Clinical Psychiatry*», 64(6), pp. 628-34.
- Koh K. B., Kim D. K., Kim S. Y., Park J. K. (2005), *The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders*, «*J. Clin. Psychiat.*», 66(4), pp. 485-91.
- Koh M., Nishimatsu Y., Endo S. (2000), *Dissociative disorder*, «*J. Inter. Soc. Life Info. Sci.*», 18(2), pp. 495-8.
- Kohler E., Keysers C., Umiltà M.A., Fogassi L., Gallese V., Rizzolatti G. (2002) *Hearing sounds, understanding actions: action representation in mirror neurons*, in «*Science*», 297, pp. 846-8.
- Kohler F. W., Strain P. S., Goldstein H. (2005), *Learning experiences... An alternative program for preschoolers and parents: Peermediated interventions for young children with autism*, in Hibbs E. D., Jensen P. S. (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed.), American Psychological Association, Washington, DC.
- Kohut H. (1971), *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*; trad. it. *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

- Kohut H. (1977), *The restoration of the self*; trad. it. *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- Kokish R., Levenson J. S., Blasingame G. D. (2005), *Post-conviction sex offender polygraph examination: Client-reported perceptions of utility and accuracy*, «Sex. Abuse: J. Res. Treat.», 17(2), p. 211-221.
- Kolodny R., Masters W. H., Johnson V. (1979), *Textbook of sexual medicine*, Little Brown, Boston, MA.
- Komaroff A. L., Masuda M., Holmes T. H. (1986), *The Social Readjustment Rating Scale: A comparative study of Negro, white, and Mexican Americans*, «J. Psychosom. Res.», 12, pp. 121-8.
- Komaroff A. L., Masuda M., Holmes T. H. (1989), *The Social Readjustment Rating Scale: A comparative study of Black, white, and Mexican Americans*, in Holmes T. H. and David E. M. (Eds.), *Life change, life events, and illness*, Praeger, New York, NY.
- Konrad N., Daigle M. S., Daniel A. E., Dear G. E., Frottier P., Hayes L. M. (2007), *Preventing suicide in prisons, Part I: Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force in Prisons*, «J. Crisis Int. Suic. Prev.», 28, pp.113-21.
- Koob G. F. (2008), *Neurobiology of addiction*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Koob G. F. (2009), *Neurobiology of addiction*, in Cohen L. M., Collins Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- Koopman C., Palesh O., Marten B., Thompson B., Ismailji T., Holmes D. D., et al. (2004), *Child abuse and adult interpersonal trauma as predictors of posttraumatic stress disorder symptoms among women seeking treatment for intimate partner violence*, in Corales T. A. (Ed.), *Focus on posttraumatic stress disorder research*, Nova Science, Hauppauge, NY.
- Kopelowicz A., Liberman R. P., Zarate R. (2008), *Psychosocial treatments for schizophrenia*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Kordon A., Kahl K. G., Broocks A., Voderholzer U., Rasche-Rauchle H., Hohagen, F. (2005), *Clinical outcome in patients with obsessive compulsive disorder after discontinuation of SRI treatment: Results from a two-year follow-up*, «Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.», 255(1), pp. 48-50.
- Koren D., Norman D., Cohen A., Berman J., Klein E. M. (2005), *Increased PTSD risk with combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events*, «Am J Psychiatry», 162(2), pp. 276-82.
- Koss M. E., Butcher J. N., Hoffman N. (1976), *The MMPI "critical items": How well do they work?* «J. Consulting Clin. Psychol.», 44, pp. 921-28.
- Koss M. P. (1993), *Rape: Scope, impact, interventions, and public policy responses*, «Amer. Psychologist», 48(10), pp. 1062-69.
- Koss M. P. (2005), *Empirically enhanced reflections on 20 years of rape research*, «J. Interpers. Violence», 20(1), pp. 100-7.
- Koss M. P., Heslet L. (1992), *Somatic consequences of violence against women*, «Arch. Fam. Med.», 1(1), pp. 53-9.
- Koss M. P., Woodruff W. J., Koss P. (1991), *Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage*, «Behav. Sci. Law», 9, pp. 85-96.
- Kosten T. R., George T. P., Kleber H. D. (2005), *The neurobiology of substance dependence: Implications for treatment*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Kosten T. R., Sofuoglu M., Gardner T. J. (2008), *Clinical management: Cocaine*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Kosters M., Burlingame G., Nachtigall C., Strauss, B. (2006), *A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy*, «Group Dynamics: Theory, Research & Practice», 10(2), pp. 146-63.
- Koury M. A., Rapaport M. H. (2007), *Quality of life impairment in anxiety disorders*, in Ritsner M. S., Awad A. G. (Eds.), *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders: New perspectives on research and treatment*, Springer, The Netherlands.
- Kovacs M., Goldston D., Gatsonis C. (1993), *Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A longitudinal investigation*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 32, pp. 8-20.
- Kposowa A. J., McElvain J. P., Breault K. D. (2008), *Immigration and suicide: The role of marital status, duration of residence, and social integration*, «Arch. Suic. Res.», 12(1), pp. 82-92.
- Kraines S. H., Thetford E. S. (1972), *Help for the depressed*, Thomas, Springfield, IL.
- Krakauer S. Y. (2001), *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart*, Brunner-Routledge, Philadelphia.
- Krapohl D. J. (2002), *The polygraph in personnel screening*, in Kleiner M. (Ed.), *The handbook of polygraph testing*, Academic, San Diego, CA.
- Kreek M. J. (2008), *Neurobiology of opiates and opioids*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Kring A. M., Neale J. M. (1996), *Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion?*, «J. Abnorm. Psychol.», 105(2), pp. 249-57.
- Krippner S., Paulson C. M. (2006), *Posttraumatic stress disorder among U.S. combat veterans*, In Plante T. G.

- (Ed.), *Mental disorders of the new millennium: Vol. 2. Public and social problems*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Krueger R. G., Kaplan M. S. (2000), *Evaluation and treatment of sexual disorders: Frottage*, in Vandecreeed L., Jackson T. L. (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 18), Professional Resource Press, Sarasota, FL.
- Krueger R. G., Kaplan M. S. (2002), *Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders*, «J. Psychiatr. Prac.», 8(1), pp. 21-32.
- Ksir C., Hart C. L., Oakley R. (2008), *Drugs, society, and human behavior* (12th ed.), McGraw-Hill, Boston.
- Kubler A., Murphy K., Garavan H. (2005), *Cocaine dependence and attention switching within and between verbal and visuospatial working memory*, «Eur. J. Neurosci.», 21(7), pp. 1984-92.
- Kuhn R. (1958), *The treatment of depressive states with G-22355 (imipramine hydrochloride)*, «Amer. J. Psychiat.», 115, pp. 459-64.
- Kuhn T. S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press, Chicago.
- Kulka R. A., Schlesenger W. E., Fairbank J. A., Hough R. L., Jordan B. K., Marmar C. R., et al. (1990), *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Brunner/Mazel, New York, NY.
- Kurtz M. M., Mueser K. T. (2008), *A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 76(3), pp. 491-504.
- Kutcher S., Gardner D. M. (2008), *Use of selective serotonin reuptake inhibitors and youth suicide: Making sense from a confusing story*, «Curr. Opin. Psychiat.», 21(1), pp. 65-9.
- Kutscher E. C. (2008), *Antipsychotics*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Kyrios M. (2009), *Cognitive-behaviour therapy in medical illness*, in Simos G. (Ed.), *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician, vol 2*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- La Greca A. M., Silverman W. K. (2009), *Treatment and prevention of posttraumatic stress reactions in children and adolescents exposed to disasters and terrorism: What is the evidence?* «Child Development Perspectives», 3(1), pp. 4-10.
- Lachar D., Wrobel T. A. (1979), *Validating clinicians' hunches: Construction of a new MMPI critical item set*, «J. Consulting Clin. Psychol.», 47(2), pp. 277-84.
- Lagnado L. (2007, december 4), *Prescription abuse seen in U.S. nursing homes*. «Wall Street Journal Online», retrieved January 21, 2008, from <http://online.wsj.com/article/SB119672919018312521.htm>
- Lahey B. B. (2008), *Oppositional defiant disorder, conduct disorder, and juvenile delinquency*, in Hinshaw S. P., Beauchaine T. P. (Eds.), *Child and adolescent psychopathology*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Lahey B. B., Loeber R. (1994), *Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder*, in Routh D. K. (Ed.), *Disruptive behavior disorders in childhood*, Plenum, New York, NY.
- Lahti J., Räikkönen K., Sovio U., Miettunen J., Hartikainen A., Pouta A., Taanila A., Joukamaa M., Jarvelin M., Veijola J. (2009), *Early-life origins of schizotypal traits in adulthood*, «British Journal of Psychiatry», 195(2), pp. 132-7.
- Laing R.D. (1965), *The divided self: An existential study in sanity and madness*; trad. it. *Lo diviso, studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino 1969.
- Lalonde J. K., Hudson J. I., Gigante R. A., Pope H. G., Jr. (2001), *Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnoses*, «Canad. J. Psychiat.», 46(5), pp. 407-12.
- Lalonde J. K., Hudson J. I., Pope, H. G., Jr. (2002), *Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorder diagnoses: The authors reply*, «Canad. J. Psychiat.», 47(3), p. 1.
- Lambert K., Kinsley C. H. (2005), *Clinical Neuroscience: The neurological foundations of mental health*, Worth Publishers, New York, NY.
- Lambert M. T. (2003), *Suicide risk assessment and management: Focus on personality disorders*, «Curr. Opin. Psychiat.», 16(1), pp. 71-6.
- Lamprecht F., Kohnke C., Lempa W., Sack M., Matzke M., Munte T. F. (2004), *Event-related potentials and EMDR treatment of posttraumatic stress disorder*, «Neuroscience Research», 49(2), pp. 267-72.
- Lang A. J. (2004), *Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy*, «J. Clin. Psychiat.», 65(Suppl. 13), 14-9.
- Langevin R., Bain J., Wortzman G., Hucker S., et al. (1988), *Sexual sadism: Brain, blood, and behavior*, «Ann. N.Y. Acad. Sci.», 528, pp. 163-71.
- Långström N., Seto M. C. (2006), *Exhibitionist and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey*, «Arch. Sex. Behav.», 35, pp. 427-35.
- Långström N., Zucker K. J. (2005), *Transvestic fetishism in the general population: Prevalence and correlates*, «J. Sex Marital Ther.», 31(2), pp. 87-95.
- Lanning K. V. (2001), *Child molesters: A behavioral analysis* (4th ed.), National Center for Missing and Exploited Children, Washington, DC.
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*; trad. it. *Enciclopedia della psicanalisi*, Laterza, Bari 1968.
- Lara M. A. (2008), *Women and depression: The influence of gender in major depressive disorder*, in Aguilar-Gaxiola S., Guilotta T. P. (Eds.), *Depression in Latinos: Assessment, treatment, and prevention*, Springer Science + Business Media, New York.
- Larsson B., Ivarsson T. (1998), *Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide*, «Eur. Child Adol. Psychiat.», 7(4), pp. 201-8
- Lask B., Bryant-Waugh R. (Eds.) (2000), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adoles-*

- cence (2nd ed.), Psychology Press/Taylor & Francis, Hove, UK.
- Latzer Y., Lavee Y., Gal S. (2009), *Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders*, «Journal of Family Issues», 30(9), 1201-20.
- Laumann E. O., Gagnon J. H., Michael R. T., Michaels S. (1994), *The social organization of sexuality*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Laumann E. O., Nicolosi A., Glasser D. B., Paik A., Gingell C., Moreira E., et al. (2005), *Sexual problems among women and men aged 40-80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*, «International Journal of Impotence Research», 17, pp. 39-57.
- Laumann E. O., Paik A., Rosen R. C. (1999), *Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors*, «JAMA», 281(13), p. 1174.
- Lauronen E., Veijola J., Isohanni I., Jones P. B., Nieminen P., Isohanni M. (2004), *Link between creativity and mental disorder*, «Psychiatry: Interpers. Biol. Process.», 67(1), pp. 81-98.
- Lawlor B. A., McCarron M., Wilson G., McLoughlin M. (2001), *Temporal lobe-oriented CT scanning and dementia in Down's syndrome*, «Inter. J. Ger. Psychiat.», 16(4), pp. 427-9.
- Lawson W. B. (1986), *Racial and ethnic factors in psychiatric research*, «Hosp. Comm. Psychiat.», 37, pp. 50-4.
- Lawson W. B. (1996), *Clinical issues in the pharmacotherapy of African-Americans*, «Psychopharmacol. Bull.», 32, pp. 275-81.
- Lawson W. B. (2008), *Schizophrenia in African Americans*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Lazarov O., Robinson J., Tang Y. P., Hairston I. S., Korade-Mirnics Z., Lee V. M., et al. (2005), *Environmental enrichment reduces Abeta levels and amyloid deposition in transgenic mice*, «Cell», 120(5), pp. 572-4.
- Lazarus A. A. (1965), *The treatment of a sexually inadequate man*, in Ullman L. P., Krasner L. (Eds.), *Case studies in behavior modification*, Holt, Rinehart & Winston, New York, NY.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, Springer, New York, NY.
- Leach M. M., Leong F. T. L. (Eds.). (2008), *Suicide among racial and ethnic minority groups: Theory, research, and practice. Series in death, dying, and bereavement*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Leahy R. L. (2004), *Cognitive-behavioral therapy*, in Heimberg R. G., Turk C. J., Mennin D. S. (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, Guilford Press, New York, NY.
- Leahy R. L. (2005), *Special series: Cognitive therapy of bipolar disorder: Introduction*, «Cog. Behav. Pract.», 12(1), pp. 64-5.
- Leahy R. L., Beck J., Beck A. T. (2005), *Cognitive therapy for the personality disorders*, in Strack S. (Ed.), *Handbook of personality and psychopathology*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Leamon M. H., Feldman M. D., Scott C. L. (2007), *Factional disorders and malingering*, in Yudofsky S. C., Bourgeois J. A., Hales R. E. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Board prep and review guide for psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Leavitt V. M., Goldberg T. E. (2009), *Episodic memory in schizophrenia*, «Neuropsychology Review», 19(3), pp. 312-23.
- Ledoux S., Miller P., Choquet M., Plant M. (2002), *Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom*, «Alcohol Alcoholism», 37(1), pp. 52-60.
- Lee D. E. (1985), *Alternative self-destruction*, «Percept. Motor Skills», 61(3, Part 2), pp. 1065-6.
- Lee J., Sue S. (2001), *Clinical psychology and culture*, in Matsumoto D. (Ed.), *The handbook of culture and psychology*, Oxford University Press, New York, NY.
- Lee S. H., Ahn S. C., Lee Y. J., Choi T. K., Yook K. H., Suh S. Y. (2007), *Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder*, «Journal of Psychosomatic Research», 62(2), pp. 189-95.
- Leenaars A. A. (2004), *Altruistic suicide: A few reflections*, «Arch. Suic. Res.», 8(1), pp. 1-7.
- Leenaars A. A. (2007), *Gun-control legislation and the impact of suicide*, «Crisis: J. Crisis Intervent. Suic. Prev.», 28(Suppl. 1), pp. 50-7.
- Leenaars A. A., Lester D. (2004), *The impact of suicide prevention centers on the suicide rate in the Canadian provinces*, «Crisis», 25(2), pp. 65-8.
- Leenaars A. A., Wenckstern S., Appleby M., Fiske H., Grad O., Kalafat J., et al. (2001), *Current issues in dealing with suicide prevention in schools: Perspectives from some countries*, «Journal of educational and Psychological Consultation», 12, pp. 365-84.
- Le Gouès G. (1975). *La psicoanalisi e la vecchiaia*, Borla, Roma 1995.
- Lehman A. F., Kreyenbuhl J., Buchanan R. W., Dickerson F. B., Dixon L. B., Goldberg R., et al. (2004), *The schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2003*, «Schizo. Bull.», 30, pp. 193-217.
- Leiblum S. R. (2007), *Sex therapy today: Current issues and future perspectives*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Leibowitz R. Q. (2007), *Disclosure of trauma in the medical setting*, in Carll E. K. (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness* (Vol. 2), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Leichsenring F. (2001), *Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression. A meta-analytic approach*, «Clin. Psychol. Rev.», 21(3), pp. 401-19.
- Lejoyeux M., Huet F., Claudon M., Fichelle A., Casalino E., Lequen V. (2008), *Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption*, «Arch. Suic. Res.», 12(1), pp. 30-8.

- Lekander M. (2002), *Ecological immunology: The role of the immune system in psychology and Neuro science*, «Eur. Psychiat.», 7(2), pp. 98-115.
- Lemonick M. D., Goldstein A. (2002), *At your own risk*, «Time», april 14, pp. 46-57.
- Lenzenweger M. F., Lane M. C., Loranger A. W., Kessler R. C. (2007), *DSM-IV personalità disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, «Biol. Psychiat.», 62(6), pp. 553-64.
- Leon G. R. (1984), *Case histories of deviant behavior* (3rd ed.), Allyn & Bacon, Boston, MA.
- Leonard H., Wen X. (2002), *The epidemiology of mental retardation: Challenges and opportunities in the new millennium*, «Ment. Retard. Disabil. Res. Rev.», 8, pp. 117-34.
- Leonardo E. D., Hen R. (2006), *Genetics of affective and anxiety disorders*, «Annu. Rev. Psychol.», 57, pp. 117-37.
- Leor J., Poole W. K., Kloner R. A. (1996), *Sudden cardiac death triggered by an earthquake*, «N. Engl. J. Med.», 334(7), pp. 413-9.
- Lepore S. J., Revenson T. A., Weinberger S. L., Weston P., Frisina P. G., Robertson R., et al. (2006), *Effects of social stresses on cardiovascular reactivity in black and white woman*, «Ann. Behav. Med.», 31(2), pp. 120-7.
- Leshner A. I., et al. (1992), *Outcasts on the main street: Report of the Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness*, Interagency Council on the Homeless, Washington, DC.
- Lesser I. M., Castro D. B., Gaynes B. N., Gonzalez J., Rush A. J., Alpert J. E., et al. (2007), *Ethnicity/race and outcome in the treatment of depression: Results from STAR*D*, «Med. Care», 45(11), pp. 1043-51.
- Lester D. (1972), *Myth of suicide prevention*, «Comprehen. Psychiat.», 13(6), pp. 555-60.
- Lester D. (1985), *The quality of life in modern America and suicide and homicide rates*, «J. Soc. Psychol.», 125(6), pp. 779-80.
- Lester D. (1989), *Can we prevent suicide?*, AMS Press, New York, NY.
- Lester D. (2000), *Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide*, Charles C. Thomas, Springfield, IL.
- Lester D., Innamorati M., Pompili M. (2007), *Psychotherapy for preventing suicide*, in Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Levens S. M., Muhtadie L., Gotlib I. H. (2009), *Rumination and impaired resource allocation in depression*, «Journal of Abnormal Psychology», 118(4), pp. 757-66.
- Levesque R. J. R. (2002), *Dangerous adolescents, model adolescents: Shaping the role and promise of education*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY.
- Levi F., LaVecchia C., Lucchini F., Negri E., Saxena S., Maulik P. K., et al. (2003), *Trends in mortality from suicide, 1965-99*, «Acta Psychiatrica Scandinavica», 108(5), pp. 341-9.
- Levin E. (1983, february 21), *A sweet surface hit a troubled soul in the late Karen Carpenter, a victim of anorexia nervosa*, «People Weekly» (quoting Cherry Boone O'Neill).
- Levitan H. L. (1981), *Implications of certain dreams reported by patients in a bulimic phase of anorexia nervosa*, «Canad. J. Psychiat.», 26(4), pp. 228-31.
- Levy E., Shefler G., Loewenthal U., Umansky R., Bar G., Heresco-Levy U. (2005), *Characteristics of schizophrenia residents and staff rejection in community mental health hostels*, «Israel J. Psychiat. Rel. Sci.», 42(1), pp. 23-32.
- Levy K. N., Reynoso J. S., Wasserman R. H., Clarkin J. F. (2007), *Narcissistic personalità disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles, CA.
- Leweke F. M., Gerth C. W., Koethe D., Klosterkotter J., Ruslanova I., Krivogorsky B., et al. (2004), *Antibodies to infectious agents in individuals with recent onset schizophrenia*, «Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.», 254(1), pp. 4-8.
- Lewinsohn P. M., Antonuccio D. O., Steinmetz J. L., Teri L. (1984), *The coping with depression course*, Castalia, Eugene, OR.
- Lewinsohn P. M., Clarke G. N., Hops H., Andrews J. (1990), *Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents*, «Behav. Ther.», 21, pp. 385-401.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Teri L., Tilson M. (1990, April). Presentation. Western Psychological Association.
- Lewinsohn P. M., Sullivan J. M., Grosscup S. J. (1982), *Behavioral therapy: Clinical applications*, in Rush A. T. (Ed.), *Short-term psychotherapies for the depressed patient*, Guilford Press, New York, NY.
- Lewinsohn P. M., Youngren M. A., Grosscup S. J. (1979), *Reinforcement and depression*, in Depue R. A. (Ed.), *The psychobiology of the depressive disorders*, Academic Press, New York, NY.
- Lewis L. (2005), *Patient perspectives on the diagnosis, treatment, and management of bipolar disorder*, «Bipolar Disord.», 7(Suppl. 1), pp. 33-7.
- Lewis O., Chatoor I. (1994), *Eating disorders*, in Oldham J. M., Riba M. B. (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 13), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Li R., El-Mallakh R. S. (2004), *Differential response of bipolar and normal control lymphoblastoid cell sodium pump to ethacrynic acid*, «J. Affect. Disorders», 80(1), pp. 1-17.
- Li T. K. (2000), *Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influence alcohol drinking*, «J. Stud. Alc.», 61(1), pp. 5-12.
- Libow J. A. (1995), *Munchausen by proxy victims in adulthood: A first look*, «Child Abuse Negl.», 19(9), 1131-42.
- Libow J. A., Schreier H. A. (1998), *Factitious disorder by proxy*, in Ammerman R. T., Campo J. V. (Eds.), *Handbook of pediatric psychology and psychiatry, Vol. 1: Psychological and psychiatric issues in the pediatric setting*, Allyn & Bacon, Boston, MA.

- Lichtenberg J. D. (1989), *Psychoanalysis and Motivation*; trad. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Lickey M. E., Gordon B. (1991), *Medicine and mental illness: The use of drugs in psychiatry*, W. H. Freeman, New York, NY.
- Lidz T., Fleck S. (1965), *Family studies and a theory of schizophrenia*, in Lidz T., Fleck S., Cornelison A.R. (Eds.), *Schizophrenia and the family*, International Universities Press, New York.
- Lieb R., Merikangas K. R., Hoefler M., Pfister H., Isensee B., Wittchen H. U. (2002), *Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: A community study*, «Psychol. Med.», 32(1), pp. 63-78.
- Lieberman J. A., Chakos M., Wu H., Alvir J., Hoffman E., Robinson D., et al. (2001), *Longitudinal study of brain morphology in first episode schizophrenia*, «Biol. Psychiat.», 49(6), pp. 487-99
- Liebowitz, M. R., Mangano, R. M., Bradwejn, J., Asnis G. (2005), *A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder*, «J. Clin. Psychiat.», 66(2), pp. 238-47.
- Lifton R. J. (2005), *Home from the war: Learning from Vietnam veterans: With a new preface by the author on the war in Iraq*, Other Press, New York.
- Lightdale H. A., Mach A. H., Frances R. J. (2008), *Psychodynamics*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Lightstone J. (2004), *Dissociation and compulsive eating*, «Journal of Trauma and Dissociation», 5(4), pp.17-32.
- Limosin F., Rouillon F., Payan C., Cohen J. M., Strub N. (2003), *Prenatal exposure to influenza as a risk factor for adult schizophrenia*, «Acta Psychiatr. Scand.», 107, pp. 331-5.
- Lindahl V., Pearson J. L., Colpe L. (2005), *Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum*, «Arch. Women's Ment. Hlth.», 8(2), pp. 77-87.
- Lindau S. T., Schumm L. P., Laumann E. O., Levinson W., O'Muircheartaigh C. A., Waite L. J. (2007), *A study of sexuality and health among older adults in the United States*, «N. Engl. J. Med.», 357, pp. 762-74.
- Lindner M. (1968), *Hereditary and environmental influences upon resistance to stress*, Unpublished doctoral dissertation, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
- Lindsay D. S. (1994), *Contextualizing and clarifying criticisms of memory work in psychotherapy*, «Consciousness Cog.», 3, pp. 426-37.
- Lindsay D. S. (1996), *Contextualizing and clarifying criticisms of memory work in psychotherapy*, in Pezdek K., Banks W. P. (Eds.), *The recovered memory/false memory debate*, Academic Press, San Diego, CA.
- Lindsay J., Sykes E., McDowell I., Verreault R., Laurin D. (2004), *More than the epidemiology of Alzheimer's disease: Contributions of the Canadian Study of Health and Aging*, «Canad. J. Psychiat.», 49(2), pp. 83-91.
- Linehan, M. (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*; trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, **Raffaello Cortina, Milano 2001.**
- Linehan M. M. (1987), *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method*, «Bull. Menninger Clin.», 51, pp. 261-76.
- Linehan M. M. (1993), *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, Guilford Press, New York, NY.
- Linehan M. M., Cochran B. N., Kehrer C. A. (2001), *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*, in Barlow D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Linehan M. M., Comtois K. A., Murray A., Brown M. Z., Gallop R. J., Heard H. L., et al. (2006), *Two-year randomized trial + follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder*, «Arch. Gen. Psychiat.», 63, pp. 757-66.
- Linehan M. M., Dexter-Mazza E. T. (2008), *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*, in Barlow D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Linehan M. M., Dimeff L. A., Reynolds S. K., Comtois K., Shaw-Welch S., Heagerty P., et al. (2002), *Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12 step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder*, «Drug and Alcohol Dependence», 67, pp. 13-26.
- Link, B., Yang, L., **Phelan, J.**, Collins, P. Y., *Measuring mental illness stigma*, «Schizo. Bull.», 30(3), pp. 511-541.
- Link B. G., Phelan J. C. (2006), *Fundamental social causes: The ascendancy of social factors as determinants of distributions of mental illness in populations*, in Eaton, W. W. (Ed.), *Medical and Psychiatric comorbidity over the course of life*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Link B.G., Struening E. L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan J.C. (2001), *Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses*, «Psychiatr. Serv.», 52(12), pp. 1621-6.
- Links P. S., Stockwell M., MacFarlane M. M. (2004), *Is couple therapy indicated for patients with dependent personality disorder?*, «J. Fam. Psychother.», 15(3), pp. 63-79.
- Linz D., Imrich D. (2001), *Child pornography*, in White S. O. (Ed.), *Handbook of youth and justice*, Kluwer Academic/Plenum Press, New York, NY.
- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G. (2001), *Interazioni fra corredo genetico, esperienza relazionale e biochimica cerebrale: commenti ad un'indagine sperimentale*, «Rivista di terapia familiare», Franco Angeli, Milano.

- Lipkin P. H., Cozen M. A., Thompson R. E., Mostofsky S. H. (2005), *Stimulant dosage and age, race, and insurance type in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder*, «J. Child Adol. Psychopharmacol.», 15(2), pp. 240-8.
- Lissau I., Overpeck M. D., Ruan W. J., Due P., Holstein B. E., Hediger M. L. (2004), *Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States*, «Arch. Pediatr. Adoles. Med.», 159(1), pp. 27-33.
- Litman R. E., Farberow N. L. (1994), *Pop-rock music as precipitating cause in youth suicide*, «J. Forens. Sci.», 39, pp. 494-9.
- Liu A. (2007), *Gaining: The truth about life after eating disorders*, Warner Books, New York, NY.
- Livesley W. J. (2000), *A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 23(1), pp. 211-32.
- Loeb K. L., le Grange D. (2009), *Family-based treatment for adolescent eating disorders: Current status, new applications and future directions*, «International Journal of Child and Adolescent Health», 2(2), pp. 243-53.
- Loebel J. P., Loebel J. S., Dager S. R., Centerwall B. S. (1991), *Anticipation of nursing home placement may be a precipitant of suicide among the elderly*, «J. Amer. Ger. Soc.», 39(4), pp. 407-8.
- Loewenstein R. J. (1991), *Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review*, in Tasman A., Goldfinger S. M. (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Loewenstein R. J. (2007), *Dissociative identity disorder: Issues in the iatrogenesis controversy*, in Spiegel D., Vermetten E., Dorahy M. (Eds.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Loewenthal K. (2007), *Religion, culture and mental health*, Cambridge University Press, New York.
- Loftus E. F. (1993), *The reality of repressed memories*, «Amer. Psychologist», 48, pp. 518-37.
- Loftus E. F. (1997), *Repressed memory accusations: Devastated families and devastated patients*, «Appl. Cog. Psychol.», 11, pp. 25-30.
- Loftus E. F. (2001), *Imagining the past*, «Psychologist», 14(11), 584-7.
- Loftus E. F. (2003), *Make-believe memories*, «Amer. Psychologist», 58(11), 867-73.
- Loftus E. F. (2003), *Our changeable memories: Legal and practical implications*. «Nature Reviews: Neuroscience», 4, pp. 231-4.
- Loftus E. F., Cahill L. (2007), *Memory distortion: From misinformation to rich false memory*, in Nairne J. S. (Ed.), *The foundations of remembering: Essays in honor of Henry L. Roediger, III*, Psychology Press, New York.
- Logan T. K., Walker R., Jordan C. E., Leukefeld C. G. (2006), *Women and victimization: Contributing factors, interventions, and implications*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Logue A. W. (1991), *The psychology of eating and drinking*, W. H. Freeman, New York, NY.
- Lohner J., Konrad N. (2009), *Preventing suicide in penal institutions*, «Directions in Psychiatry», 29(1), pp. 39-48.
- Loomer H. P., Saunders J. C., Kline N. S. (1957), *A clinical and pharmacodynamic evaluation of iproniazid as a psychotropic energizer*, «Amer. Psychiat. Assoc. Res. Rep.», 8, p. 129.
- López S. R., Guarnaccia P. J. (2000), *Cultural psychopathology: uncovering the social world of mental illness*, «Annu Rev Psychol.», 51, pp. 571-98.
- López S. R., Guarnaccia P. J. (2005), *Cultural dimensions of psychopathology: The social world's impact on mental illness*, in Maddux J. E., Winstead B. A. (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding*, Routledge, New York, NY.
- López, S. R., Guarnaccia, P. J. (2008), *Cultural dimensions of psychopathology: The social world's impact on mental disorders*, in Maddux J. E., Winstead B. A. (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (2nd ed.), Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- LoPiccolo J. (1991), *Post-modern sex therapy for erectile failure*, in Rosen R. C., Leiblum S. R. (Eds.), *Erectile failure: Diagnosis and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- LoPiccolo J. (1992), *Paraphilias*, «Nord. Sex.», 10(1), pp. 1-14.
- LoPiccolo J. (1995), *Sexual disorders and gender identity disorders*, in Comer R. J., *Abnormal psychology* (2nd ed.), W. H. Freeman, New York, NY.
- LoPiccolo J. (1997), *Sex therapy: A post-modern model*, in Lynn S. J., Garske J. P. (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (2nd ed.), Merrill, Columbus, OH.
- LoPiccolo J. (2002), *Postmodern sex therapy*, in Kaslow F. W. (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Integrative/eclectic* (Vol. 4), Wiley, New York, NY.
- LoPiccolo J. (2004), *Sexual disorders affecting men*, in Haas L. J. (Ed.), *Handbook of primary care psychology*, Oxford University Press, New York, NY.
- LoPiccolo J., Stock W. E. (1987), *Sexual function, dysfunction, and counseling in gynecological practice*, in Rosenwaks Z., Benjamin F., Stone M. L. (Eds.), *Gynecology*, Macmillan, New York, NY.
- LoPiccolo J., Van Male L. M. (2000), *Sexual dysfunction*, in Kazdin A. E. (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (vol. 7), Oxford University Press/American Psychological Association, Washington, DC.
- Lorand S. (1968), *Dynamics and therapy of depressive states*, in Gaylin W. (Ed.), *The meaning of despair*, Jason Aronson, New York, NY.
- Lovaas O. I. (1987), *Behavioral treatment and normal educational/intellectual functioning in young autistic children*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 55, pp. 3-9.
- Lovaas O. I. (2003), *Teaching individuals with developmental delays: Basic intervention techniques*, Pro-Ed, Austin, TX.

- Lovejoy M. (2001), *Disturbances in the social body: Differences in body image and eating problems among African-American and white women*, «Gender Soc.», 15(2), pp. 239-61.
- Löwe B., Mundt C., Wolfgang H., Brunner R., Backenstrass M., Kronmüller K., et al. (2008), *Validity of current somatoform disorder diagnoses: Perspectives for classification in DSM-V and ICD-11*, «Psychopathology», 41(1), pp. 4-9.
- Lozano A. M., Mayberg H. S., Giacobbe P., Hamani C., Craddock R. C., Kennedy S. H. (2008), *Subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation for treatment-resistant depression*, «Biological Psychiatry», 64(6), pp. 461-7.
- Lu L. (1999), *Personal or environmental causes of happiness: A longitudinal analysis*, «J. Soc. Psychol.», 139(1), pp. 79-90.
- Luber M. (Ed.) (2009), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations*, Springer Publishing Co, New York, NY.
- Luborsky E. B., O'Reilly-Landry M., Arlow J. W. (2008), *Psychoanalysis*, in Corsini R. J., Wedding D. (Eds.), *Current Psychotherapies* (8th ed.), Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Lucas G. (2006), *Object relations and child psychoanalysis*, (French), «Revue Franc. Psychan.», 70(5), pp. 1435-73.
- Ludwig A. M. (1995), *The price of greatness: Resolving the creativity and madness controversy*, Guilford Press, New York, NY.
- Lumley V. A., Scotti J. R. (2001), *Supporting the sexuality of adults with mental retardation: Current status and future directions*, «J. Positive Behav. Interventions», 3(2), pp. 109-19.
- Lundqvist D., Ohman A. (2005), *Emotion regulates attention: The relation between facial configurations, facial emotion, and visual attention*, «Visual Cog.», 12(1), pp. 51-84.
- Lundqvist T. (2005), *Cognitive consequences of cannabis use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions*, «Pharmacol Biochem Behav.», 81, pp. 319-30.
- Lutgendorf S. K., Moore M. B., Bradley S., Shelton B. J., Lutz C. T. (2005), *Distress and expression of natural killer receptors on lymphocytes*, «Brain, Behav. Immun.», 19(3), pp. 185-94.
- Lutgendorf S. K., Russell D., Ullrich P., Harris T. B., Wallace R. (2004), *Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults*, «Hlth. Psychol.», 23(5), pp. 465-75.
- Lyman B. (1982), *The nutritional values and food group characteristics of foods preferred during various emotions*, «J. Psychol.», 112, pp. 121-7.
- Lyneham H. J., Abbott M. J., Rapee R. M. (2007), *Intra-rater reliability of the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child and parent version*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 46, pp. 731-6.
- Lyon K.A. (1992), *Shattered mirror: A fragment of the treatment of patient with multiple personality disorder*, «Psychoanal. Quarter», 12(1), pp. 71-94.
- MacDonald W. L. (1998), *The difference between blacks' and whites' attitudes toward voluntary eutanasia*, «J. Sci. Study Religion», 37(3), pp. 411-26.
- Machover K. (1949), *Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation*, **Charles C. Thomas, Springfield, IL; trad. it. Il disegno della figura umana: un metodo di indagine, Organizzazioni speciali, Firenze 1968.**
- Mack A., Joy J. (2001), *Marijuana as medicine? The science beyond the controversy*, National Academy Press, Washington, DC.
- MacLaren V. V. (2001), *A qualitative review of the Guilty Knowledge Test*, «J. Appl. Psychol.», 86(4), pp. 674-683.
- Madill A., Holch P. (2004), *A range of memory possibilities: The challenge of the false memory debate for clinicians and researchers*, «Clin. Psychol. Psychother.», 11(5), pp. 299-310.
- Maes M., DeVos N., VanHunsel F., VanWest D., Westenberg H., Cosyns P., et al. (2001), *Pedophilia is accompanied by increased plasma concentrations of catecholamines, in particular, epinephrine*, «Psychiat. Res.», 103(1), pp. 43-9.
- Mahler M., Pine F., Bergman A. (1975), *The psychological birth of the human infant symbiosis and individuation*; trad. it. *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Maier A. S. (2009), *Family therapy with eating disorders: Creating an alliance for change*, in Maine M., Davis W. N., Shure J. (Eds.), *Effective clinical practice in the treatment of eating disorders: The heart of the matter*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Maier W., Hofgen B., Zobel A., Rietschel M. (2005), *Genetic models of schizophrenia and bipolar disorder: Overlapping inheritance or discrete genotypes?*, «Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.», 255(3), pp. 159-66.
- Maina G., Portaleone F., Picco C., Bogetto F. (2003), *Definizione e strategie terapeutiche della depressione resistente al trattamento: Una revisione della letteratura*, «Rivista di Psichiatria», Vol. 38(5), pp. 225-40.
- Malberg J. E., Bonson K. R. (2001), *How MDMA works in the brain*, in Holland J. (Ed.), *Ecstasy: The complete guide: A comprehensive look at the risks and benefits of MDMA*, Park Street Press, Rochester, VT.
- Malcolm A. H. (1990, June 9), *Giving death a hand*, «New York Times», p. A6.
- Maldonado J. R., Spiegel D. (2003), *Dissociative disorders*, in Yudofsky S. C., Hales R. E. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of clinical psychiatry* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Maldonado J. R., Spiegel D. (2007), *Dissociative disorders*, in Yudofsky S. C., Bourgeois J. A., Hales R. E. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Board prep and review guide for psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.

- Maletzky B. M. (2000), *Exhibitionism*, in Hersen M., Biagio M. (Eds.), *Effective brief therapies: A clinicians guide*, Academic, San Diego, CA.
- Maletzky B. M. (2002), *The paraphilias: Research and treatment*, in Nathan P. E., Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed.), Oxford University Press, London, UK.
- Maletzky B. M. (2003), *A serial rapist treated with behavioral and cognitive techniques and followed for 12 years*, «Clin. Case Stud.», 2(2), pp. 127-53.
- Maletzky B. M., Steinhauer C. (2004), *Sexual deviations*, in Hersen M. (Ed.), *Psychological assessment in clinical practice: A pragmatic guide*, Brunner-Routledge, New York.
- Malik M. L., Beutler L. E. (2002), *The emergence of dissatisfaction with the DSM*, in Beutler L. E., Malik M. L. (Eds.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective. Decade of behavior*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Malik V., Schulze M., Hu F., (2006), Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: A systematic review, «Amer. J. Clin. Nutr.», 84, pp. 274-88.**
- Maller R. G., Reiss S. (1992), *Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987*, «J. Anx. Dis.», 6(3), pp. 241-7.
- Mammen O. K., Kolk D. J., Pilkonis P. A. (2002), *Negative affect and parental aggression in child physical abuse*, «Child Abuse Negl.», 26, pp. 407-24.
- Mancia M. (Ed.) (2006), *Psychoanalysis and Neuroscience*; trad. it. *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer Verlag, Milano 2007.
- Mann D. (2004), *Born to lie?*, «WebMD», june 28, 2004.
- Mann J. J., Currier D. (2007), *Neurobiology of suicidal behavior*, in Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York.
- Mann T., Tomiyama A. J., Westling E., Lew A.-M., Samuels B., Chatman J. (2007), *Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the ansie*, «Amer. Psychol.», 62, pp. 220-33.
- Manson J. E., Skerrett P. J., Willett W. C. (2004), *Obesity as a risk factor for major health outcomes*, in Bray G. A., Bouchard C. (Eds.), *Handbook of obesity: Etiology and pathophysiology* (2nd ed.), Marcel Dekker, New York, NY.
- Manson J. E., Willett W. C., Stampfer M. J., Colditz G. A., et al. (1995), *Body weight and mortality among women*, «N. Engl. J. Med.», 333(11), pp. 677-85.
- Marans, S. (2000), *“That's what my imagination says”. A study of antisocial behaviour in two boys*. «Psychoanalytic Study of the Child», 55, pp. 61-86.
- Marazziti D. et al (1999), *Alteration of the platelet serotonergic transporter in romantic love*, «Psychological Medicine», 29, pp. 741-5.
- Marchand A., Roberge P., Primiano S., Germain V. (2009), *A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up*, «Journal of Anxiety Disorders».
- Marchione M. (2007, september 10), *Thousands of GIs cope with brain damage*, «Yahoo! News», retrieved september 10, 2008, from <http://news.yahoo.com>
- Margo J. L. (1985), *Anorexia nervosa in adolescents*, «Brit. J. Med. Psychol.», 58(2), pp. 193-5.
- Maris R. W. (2001), *Suicide*, in Friedman H. S. (Ed.), *Specialty articles from the encyclopedia of mental health*, Academic Press, San Diego, CA.
- Mark T. L., Coffey R. M., Vandivort-Warren R., Harwood H. J., King E. C., et al. (2005), *U.S. spending for mental health and substance treatment, 1991-2001*, «Health Affairs» (Web Exclusive), march 29.
- Mark T. L., Dirani R., Slade E., Russo P. A. (2002), *Access to new medications to treat schizophrenia*, «J. Behav. Hlth. Serv. Res.», 29(1), pp. 15-29.
- Mark T. L., Harwood H. J., McKusick D. C., King E. D., Vandivort-Warren R., Buck J. A. (2008), *Mental health and substance abuse spending by age, 2003*, «J. Behav. Hlth. Serv. Res.», 35(3), pp. 279-89.
- Mark T. L., Palmer L. A., Russo P. A., Vasey J. (2003), *Examination of treatment pattern differences by race*, «Ment. Hlth. Serv. Res.», 5(4), pp. 241-50.
- Markovitz P. J. (2001), *Pharmacotherapy*, in Livesley W. J. (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Markovitz P. J. (2004), *Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders*, «J. Pers. Disorders», 18(1), pp. 90-101.
- Markowitz J. C. (2006), *The clinical conduct of interpersonal psychotherapy*, «Focus», 4, p. 179.
- Marks I. M. (1977), *Phobias and obsessions: Clinical phenomena in search of a laboratory Model*, in Maser J., Seligman M. (Eds.), *Psychopathology: Experimental models*, Freeman, San Francisco, CA.
- Marks I. M. (1987), *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety and their disorders*, Oxford University Press, New York, NY.
- Marks I. M., Gelder M. G. (1967), *Transvestism and fetishism: Clinical and psychological changes during faradic aversion*, «Brit. J. Psychiat.», 113, pp. 711-30.
- Marlatt G. A., Kosturn C. F., Lang A. R. (1975), *Provocation to anger and opportunity for retaliation as determinants of alcohol consumption in social drinkers*, «J. Abnorm. Psychol.», 84(6), pp. 652-9.
- Marques J. K., Wiederanders M., Day D. M., Nelson C., van Ommeren A. (2005), *Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP)*, «Sex. Abuse: J. Res. Treat.», 17(1), pp. 79-107.
- Marquis J. N., Morgan W. G. (1968), *A guide book for systematic desensitization*, Veterans Administration Hospital, Palo Alto, CA.
- Marshall J. J. (1997), *Personal communication.*
- Marshall M. A., Brown J. D. (2008), *On the psychological benefits of self-enhancement*, in Chang E. C. (Ed.), *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications*, American Psychological Association, Washington, DC.

- Marshall T., Jones D. P. H., Ramchandani P. G., Stein A., Bass C. (2007), *Intergenerational transmission of health benefits in somatoform disorders*, «Brit. J. Psychiat.», 191(4), pp. 449-50.
- Marshall W. L., Hucker S. J. (2006), *Severe sexual sadism: Its features and treatment*, in McAnulty R. D., Burnette M. M. (Eds.), (2006), *Sex and sexuality, Vol. 3: Sexual deviation and sexual offenses*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Marshall W. L., Kennedy P. (2003), *Sexual sadism in sexual offenders. An elusive diagnosis*, «Aggress. Viol. Behav.», 8 (1), pp. 1-22.
- Marshall W. L., Serran G. A., Marshall L. E., O'Brien M. D. (2008), *Sexual deviation*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment*, Vol. 1: Adults, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Marston W. M. (1917), *Systolic blood pressure changes in reception*, «J. Exp. Physiol.», 2, pp. 117-163.
- Mart E. G. (2004), *Factitious disorder by proxy: A call for the abandonment of an outmoded diagnosis*, «J. Psychiat. Law», 32(3), pp. 297-314.
- Martin A. R., Nieto J. M. M., Ruiz J. P. N., Jimenez L. E. (2008), *Overweight and obesity: The role of education, employment and income in Spanish adults*, «Appetite», 51(2), pp. 266-72.
- Martin S. (2002), *Easing migraine pain*, «Monit. Psychol.», 33(4), p. 71.
- Marx B. P., Sloan D. M. (2005), *Peritraumatic dissociation and experimental avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology*, «Behav. Res. Ther.», 43(5), pp. 569-83.
- Masdrakis V. G., Papakostas I. G. (2004), *The role of challenges in the research for the etiology of panic disorder*, «Psichiatriki», 15(2), pp. 129-42.
- Mashour G. A., Walker E. E., Martuza R. L. (2005), *Psychosurgery: Past, present, and future*, «Brain Res.», 48(3), pp. 409-19.
- Maslow, A. H. (1970), *Motivation and Personality*; trad. it. *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.
- Masters W. H., Johnson V. E. (1966), *Human sexual response*; trad. it. *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna: indagine sugli aspetti anatomici e fisiologici*, Feltrinelli, Milano 1967.
- Masters W. H., Johnson, V. E. (1970), *Human sexual inadequacy*; trad. it. *Patologia e terapia del rapporto coniugale: le insufficienze sessuali nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli, Milano 1970.
- Masterson J.F. (1976), *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*, Brunner/Mazel, New York.
- Mathews D. M., Wang M. (2007), *Anesthesia awareness and trauma*, in Carll E. K. (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness* (Vol. 2), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Matsumoto D. (2001), *The handbook of culture and psychology*, Oxford University Press, New York, NY.
- Matsumoto D. (2007), *Culture, context, and behavior*, «J. Pers.», 75(6), pp. 1285-1320.
- Matsumoto D., Juang L. (2008), *Culture and psychology* (4th ed.), Thomson Wadsworth, Australia.
- Mattia J. I., Zimmerman M. (2001), *Epidemiology*, in Livesley W. J. (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Maugh T. H., II (1995, may 31), *Researchers hone in on gene that may cause "werewolf" disorder*, «Los Angeles Times», p. A3.
- Mauri M. C., Volonteri L. S., Colasanti G., Panza G. (2005), *Acute, continuation and maintenance phases of antidepressant treatment*, «Minerva Psichiatrica», 46(2), pp. 89-98.
- Maurice W. L. (2007), *Sexual desire disorders in men*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- May P. R. A., Tuma A. H. (1964), *Choice of criteria for the assessment of treatment outcome*, «J. Psychiatr. Res.», 2(3), pp. 199-204.
- May P. R. A., Tuma A. H., Dixon W. J. (1981), *Schizophrenia: A follow-up study of the results of five forms of treatment*, «Arch. Gen. Psychiat.», 38, pp. 776-84.
- Mayahara K., Ito H. (2002), *Readmission of discharged schizophrenic patients with and without day care in Japan*, «Inter. Med. J.», 9(2), pp. 121-3.
- Mayberg H. S. (2003), *PET imaging in depression: A neurosystems perspective*, «Neuroimaging Clin. N. Amer.», 13, pp. 805-15.
- Mayberg H. S. (2006), *Defining neurocircuits in depression*, «Psychiatric Annals», 36, pp. 259-66.
- Mayberg H. S., Lozano A. M., Voon V., McNeely H. E., Seminowicz D., Hamani C., et al. (2005), *Deep brain stimulation for treatment-resistant depression*, «Neuron», 45, pp. 651-60.
- McAnulty R. D. (2006), *Pedophilia*, in McAnulty R. D., Burnette M. M. (Eds.), (2006), *Sex and sexuality, Vol. 3: Sexual deviation and sexual offenses*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- McAnulty R. D., Burnette M. M. (Eds.), (2006), *Sex and sexuality, Vol. 1: Sexuality today: Trends and controversies*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- McBrien J. A. (2003), *Assessment and diagnosis of depression in people with intellectual disability*, «J. Intell. Disab. Res.», 47(1), pp. 1-13.
- McCabe R. E., Antony M. M. (2005), *Panic disorder and agoraphobia* in Antony M. M., Ledley D. R., Heimberg R. G. (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*, Guilford Press, New York, NY.
- McCaghy C. H., Capron T. A., Jamieson J. D., Carey S. H. (2006), *Deviant behavior: Crime, conflict, and interest groups* (7th ed.), Pearson/Allyn & Bacon, New York, NY.
- McCance-Katz E. F., Kosten T. R. (2005), *Psychopharmacological treatments*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- McClelland S. (1998, september 21), *Grief crisis counsel-*

- lors under fire: Trauma teams were quick to descend on Peggy's Cove, Susan McClelland asks whether they do more harm than good*, «Ottawa Citizen», p. A4.
- McCloud A., Barnaby B., Omu N., Drummond C., Aboud A. (2004), *Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: In-patient prevalence study*, «Brit. J. Psychiat.», 184(5), pp. 439-45.
- McClung H. J., Boyne L. J., Linsheid T., Heitlinger L. A., Murray R. D., Fyda J., et al. (1993), *Is combination therapy for encopresis nutritionally safe?*, «Pediatrics», 91, pp. 591-4.
- McClure E. B., Monk C. S., Nelson E. E., Parrish J. M., Adler A., Blair R. J., et al. (2007), *Abnormal attention modulation of fear circuit function in pediatric generalized anxiety disorder*, «Arch. Gen. Psychiat.», 64, 97-106.
- McConaghy N. (2005), *Sexual dysfunctions and disorders*, in Winstead B. A., Maddux J. E. (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- McCoy S. A. (1976), *Clinical judgments of normal childhood behavior*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 44(5), pp. 710-4.
- McDermott B. M., Jaffa T. (2005), *Eating disorders in children and adolescents: An update*, «Curr. Opin. Psychiat.», 18(4), pp. 407-10.
- McDowell D. (2005), *Marijuana, hallucinogens, and club drugs*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York.
- McEachin J. J., Smith T., Lovaas O. I. (1993), *Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment*, «Amer. J. Ment. Retard.», 97(4), pp. 359-72.
- McEvoy P. M. (2007), *Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study*, «Behav. Res. Ther.», 45(12), pp. 3030-40.
- McFarlane T., Carter J., Olmsted M. (2005), *Eating disorders*, in Antony M. M., Ledley D. R., Heimberg R. G. (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*, Guilford Press, New York, NY.
- McGhie A., Chapman J. S. (1961), *Disorders of attention and perception in early schizophrenia*, «Brit. J. Med. Psychol.», 34, pp. 103-16.
- McGinn D., DePasquale R. (2004, august 23), *Taking depression on*, «Newsweek», pp. 59-60.
- McGlothlin J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and treatment*, American Counseling Association, Alexandria, VA.
- McGoldrick M., Loonan R., Wohlsifer D. (2007), *Sexuality and culture*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- McGowan S., Lawrence A. D., Sales T., Quedsted D., Grasby P. (2004). *Presynaptic dopaminergic dysfunction in schizophrenia: A positron emission tomography [18F] fluorodopa study*, «Arch. Gen. Psychiat.», 61, pp. 134-42.
- McGrath M. L., Mellon M. W., Murphy L. (2000), *Empirically supported treatments in pediatric psychology: Constipation and encopresis*, «J. Pediatr. Psychol.», 25(4), pp. 225-54.
- McGuffin P., Katz R., Watkins S., Rutherford J. (1996), *A hospital-based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression*, «Arch. Gen. Psychiat.», 53, pp. 129-36.
- McGuire P. A. (2000, february), *New hope for people with schizophrenia*, «Monit. Psychol.», 31(2), pp. 24-8.
- McGuire P. K., Silbersweig D. A., Wright I., Murray R. M., Frackowiak R. S., Frith C. D. (1996), *The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia: Relationship to auditory verbal hallucinations*, «Brit. J. Psychiat.», 169(2), pp. 148-59.
- McIntosh K., Kleiman A. M. (2007). "Natural" alternatives to antidepressants: *St. John's wort, kava kava, and others*, Mason Crest Publishers, Broomall, PA.
- McKay D., Gosselin J. T., Gupta S. (2008), *Body dysmorphic disorder*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- McKay D., Taylor S., Abramowitz J. S. (2010), *Obsessive-compulsive disorder*, in McKay D., Abramowitz J. S., Taylor S. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*, American Psychological Association, Washington, DC.
- McLeod H. J., Byrne M. K., Aitken R. (2004), *Automatism and dissociation: disturbances of consciousness and volition from a psychological perspective*, «Inter. J. Law Psychiat.», 27(5), 471-87.
- McMahon R. J., Frick P. J. (2005), *Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents*, «J. Clin. Child Adol. Psychol.», 34, pp. 477-505.
- McMahon R. J., Kotler J. S. (2008), *Evidence-based therapies for oppositional behavior in young children*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York.
- McNally R. J. (2001), *Vulnerability to anxiety disorders in adulthood*, in Ingram R. E., Price J. M. (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*, Guilford Press, New York.
- McNally R. J. (2004, april 1), *Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder*, «Psychiatr. Times», p. 71.
- McNally R. J., Clancy S. A., Barrett H. M. (2004), *Forgetting trauma?*, in Hertel P., Reisberg D. (Eds.), *Memory and emotion*, Oxford University Press, London.
- McNally R. J., Clancy S. A., Barrett H. M., Parker H. A. (2005), *Reality monitoring in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse*, «J. Abnorm. Psychol.», 114(1), pp. 147-52.

- McNeely H. E., Mayberg H. S., Lozano A. M., Kennedy S. H. (2008), *Neuropsychological impact of Cg25 deep brain stimulation for treatment-resistant depression: Preliminary results over 12 months*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 196(5), pp. 405-10.
- McNeil E. B. (1967), *The quiet furies*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- McPherson M., Smith-Lovin L., Brashears M. (2006), *Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades*, «Amer. Sociol. Rev.», 71, pp. 353-75.
- McSweeney S. (2004), *Depression in women*, in Cosgrove L., Caplan P. J. (Eds.), *Bias in psychiatric diagnosis*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- McWilliams N. (1994), *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*; trad. it. *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*, **Astrolabio, Roma 1999**.
- Mealy M., Stephan W., Urrutia I. C. (2007), *The acceptability of lies: A comparison of Ecuadorians and Euro-Americans*, «Inter. J. Intercult. Relations», 31(6), pp. 689-702.
- Medda P., Perugi G., Zanello S., Ciuffà M., Cassano G. B. (2009), *Response to ECT in bipolar I, bipolar II and unipolar depression*, «Journal of Affective Disorders», 118(1-3), pp. 55-9.
- Meehl P. E. (1960), *The cognitive activity of the clinician*, «Amer. Psychologist», 15, pp. 19-27.
- Meehl, P. E. (1996), *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Meeks T. W., Jeste D. V. (2008), *Older individuals*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Meichenbaum D. H. (1975), *A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training*, in Sarason I., Spielberger C. D. (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 2), Wiley, New York, NY.
- Meichenbaum D. H. (1977), *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*, Plenum Press, New York, NY.
- Meichenbaum D. H. (1993), *Stress inoculation training: A 20-year update*, in Lehrer P. M., Woolfolk R. L. (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Meichenbaum D. H. (1997), *The evolution of a cognitive-behavior therapist*, in Zeig J. K. (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*, Brunner/Mazel, New York, NY.
- Meissner W.W. (1986), *Psychotherapy and the Paranoid Process*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Melamed B. G., Kaplan B., Fogel J. (2001), *Childhood health issues across the life span*, in Baum A., Revenson T. A., Singer J. E. (Eds.), *Handbook of health psychology*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Melfi C. A., Croghan T. W., Hanna M. P., Robinson R. L. (2000), *Racial variation in antidepressant treatment in a Medicaid population*, «J. Clin. Psychiat.», 61(1), pp. 16-21.
- Melo J. A., Shendure J., Pociask K., Silver L. M. (1996, June), *Identification of sex-specific quantitative trait loci controlling alcohol preference in C57BL/6 mice*, «Nature Genetics», 13, pp. 147-53.
- Meloy J.R. (1988), *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Meltzer D. (1973), *Sexual states of mind*; trad. it. *Stati sessuali della mente*, Armando, Roma 1975.
- Meltzer D., Bremner J., Hoxter S., Weddel D., Wittenberg L., (1975), *Explorations in Autism*; trad. it. *Esplorazioni sull'autismo: studio psicoanalitico*, Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- Melville J. (1978), *Phobias and obsessions*, Penguin, New York, NY.
- Mendelowitz, E., Schneider, K. (2008). *Existential Psychotherapy*, in Corsini R. J., Wedding D. (Eds.), *Current Psychotherapies* (8th ed.), Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Mennin D. S., Heimberg R. G., Turk C. L., Fresco D. M. (2002), *Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder*, «Clin. Psychol.: Sci. Pract.», 9, pp. 85-90.
- Mennin D. S., Heimberg R. G., Turk C. L., Fresco D. M. (2005), *Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder*, «Behav. Res. Ther.», 43(10), pp. 1281-310.
- Mennin D. S., Turk C. L., Heimberg R. G., Carmin, C. (2004), *Regulation of emotion in generalized anxiety disorder*, in Reinecke M. A., Clark D. A. (Eds.), *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research, and practice*, Wiley, New York, NY.
- Menninger K.A. (1933), *Psychoanalytic aspects of suicide*, «Int. J. Psycho-Anal.», 14, pp. 376-390.
- Merenda R. R. (2008), *The posttraumatic and sociocognitive etiologies of dissociative identity disorder: A survey of clinical psychologists*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. B: Sci. Eng.», 68(8-B), pp. 55-84.
- Merikangas K. R., Akiskal H. S., Angst J., Greenberg P. E., Hirschfeld R. M. A., Petukhova M., et al. (2007), *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication*, «Arch. Gen. Psychiat.», 64(5), pp. 543-52.
- Merskey H. (1986), *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, «Pain», 3, p. 226.
- Merskey H. (2004), *Somatization, hysteria, or incompletely explained symptoms?*, «Canad. J. Psychiat.», 49(10), pp. 649-51.
- Metsänen M., Wahlberg K. -E., Saarento O., Hakko H., Tarvainen T., Koistinen P., et al. (2005), *Stability of thought disorder index among high-risk and low-risk adoptees in the Finnish adoptive family study of schizophrenia*, «European Psychiatry», 20(1), pp. 35-40.
- Metz M. E., Epstein N. (2002), *Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction*, «J. Sex Marital Ther.», 28(2), 139-64.
- Metzl J. M. (2004), *Voyeur nation? Changing definitions of voyeurism, 1950-2004*, «Harvard Rev. Psychiat.», 12(q), pp. 127-31.

- Meuret A. E., Ritz T., Wilhelm F. H., Roth W. T. (2005), *Voluntary hyperventilation in the treatment of panic disorder—functions of hyperventilation, their implications for breathing training, and recommendations for standardization*, «Clin. Psychol. Rev.», 25(3), pp. 285-306.
- Meyer J. S., Quenzer L. F. (2005), *Psychopharmacology: Drugs, the brain, and behavior*, Sinauer Associates, Sunderland, MA.
- Meyer R. G. (2005), *Case studies in Abnormal Behavior*, Allyn & Bacon, Needham Heights, MA.
- Meyer U., Nyffeler M., Schwendener S., Knuesel I., Yee B. K., Feldon J. (2008), *Relative prenatal and postnatal maternal contributions to schizophrenia-related neurochemical dysfunction after in utero immune challenge*, «Neuropsychopharmacology», 33(202), pp. 441-56.
- Meyer V. (1966), *Modification of expectations in cases with obsessional rituals*, «Behav. Res. Ther.», 4, pp. 273-80.
- Meyerhoff D. J., Blumenfeld R., Truran D., Lindgren J., Flenniken D., Cardenas V., et al. (2004, april), *Effects of heavy drinking, binge drinking, and family history of alcoholism on regional brain metabolites*, «Alcohol.: Clin. Exp. Res.», pp. 650-61.
- Meyer-Luehmann M., Spires-Jones T., Prada C., Garcia-Alloza M., de Calignon A., Rozkalne A., et al. (2008), *Rapid appearance and local toxicity of amyloid-beta plaques in a mouse model of alzheimer's disease*, «Nature», 451(7179), pp. 720-4.
- Meyers L. (2006), *Help wanted: Geropsychologists*, «Monitor on Psychology», 37(8), pp. 28-9.
- Meyers L. (2008), *Warding off dementia*, «Monitor on Psychology», 39(3), pp. 22-3.
- MFA (2008), *Common bacterial*, Meningitis Foundation of America, Phoenix, AZ.
- MHA (Mental Health America), (2008), *Americans reveal top stressors, how they cope*, Author, Alexandria, VA.
- Michel A., Anseau M., Legros J.-J., Pitchot W., Mormont C. (2002), *The transsexual: What about the future*, «Eur. Psychiat.», 17(6), pp. 353-62.
- Miller A. (1975), *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*; trad. it. *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé*, Bollati Borin-gieri, Torino 1997.
- Miller M. A., Rahe R. H. (1997), *Life changes scaling for the 1990s*, «J. Psychosom. Res.», 43(3), pp. 279-92.
- Miller M. C. (2004), *Hypochondria*, «Harvard Mental Health Letter», July 1, 2004.
- Miller M. C. (2005), *Falling apart: Dissociation and its disorders*, «Harvard Mental Health Letter», January 1, 2005.
- Miller M. C. (2005), *What is body dysmorphic disorder?*, «Harvard Mental Health Letter», July 1, 2005.
- Miller M., Kantrowitz B. (1999, January 25), *Unmasking Sybil: A re-examination of the most famous psychiatric patient in history*, «Newsweek», pp. 66-8.
- Miller N. E. (1948), *Studies of fear as an acquirable drive: I. Fear as motivation and fear-reduction as reinforcement in the learning of new responses*, «J. Exp. Psychol.», 38, pp. 89-101.
- Miller S. G. (1999), *Borderline personality disorder in cultural context: Commentary on Paris*, «Psychiatry», 59(2), pp. 193-5.
- Miller W. R. (1983), *Controlled drinking*, «Quart. J. Stud. Alcohol.», 44, pp. 68-83.
- Miller W. R., Leckman A. L., Delaney H. D., Tinchom M. (1992), *Long-term follow-up of behavioral self-control training*, «J. Stud. Alc.», 51, pp. 108-15.
- Miller W. R., Seligman M. E. (1975), *Depression and learned helplessness in man*, «J. Abnorm. Psychol.», 84(3), pp. 228-38.
- Millon T. (1969), *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*, Saunders, Philadelphia.
- Millon T. (1990), *The disorders of personalità*, in Pervin L. A. (Ed.), *Handbook of personality theory and practice*, Guilford Press, New York.
- Millon T. (1999), *Personality-guided therapy*, Wiley, New York.
- Mineka S., Ohman A. (2002), *Phobias and preparedness: The selective, automatic, and encapsulated nature of fear*, «Biol. Psychiat.», 51(9), pp. 927-37.
- Mingone P. (1999), *La terapia del disturbo ossessivo-compulsivo*, «Il Ruolo Terapeutico», 80, pp. 71-7.
- Minkowska, F. (1949), *De Van Gogh et Seurat aux dessins d'enfants: a la recherche du monde des formes (Rorschach)*, Presses du Temps Présent, Paris, France.
- Mintz I. L. (1988), *Self-destructive behavior in anorexia nervosa and bulimia*, in Schwartz H. J. (Ed.), *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*, International Universities Press, Madison, WI.
- Minuchin S. (1974), *Families and family therapy*; trad. it. *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1976.
- Minuchin S., Rosman B. L., Baker L. (1978), *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Mio J. S., Barker-Hackett L., Tumambing J. (2006), *Multicultural psychology: Understanding our diverse communities*, McGraw Hill Companies, Boston, MA.
- Miret M., Nuevo R., Ayuso-Mateos J. (2009), *Documentation of suicide risk assessment in clinical records*, «Psychiatric Services», 60(7), p. 994.
- Mirin S. M., Weiss R. D. (1991), *Substance abuse and mental illness*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York.
- Mirone V., Longo N., Fusco F., Mangiapia F., Granata A. M., Perretti A. (2001), *Can the BC reflex evaluation be useful for the diagnosis primary premature ejaculation?*, «International Journal of Impotence Research», 13, p. S47.
- Mirzaei S., Gelpi E., Roddrigues M., Knoll P., Gutierrez-Lobos K. (2005), *Progress in post-traumatic stress disorder research*, in Corales T. A. (Ed.), *Focus on post-traumatic stress disorder research* (pp. 157-177), Nova Science Publishers, Hauppauge, NY.
- Mishara B. L. (1999), *Conceptions of death and suicide in*

- children ages 6–12 and their implications for suicide prevention, «Suic. Life-Threat. Behav.», 29(2), pp. 105-18.
- Mitchell I. (2001), *Treatment and outcome for victims*, in Adshad G., Brooke D. (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research*, Imperial College Press, London, UK.
- Mitchell J. E., Devlin M. J., de Zwaan M., Crow S. J., Peterson C. B. (2008), *Binge-eating disorder: Clinical foundations and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Mitchell J. E., Halmi K., Wilson G. T., Agras W. S., Kraemer H., Crow S. (2002), *A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT*, «Inter. J. Eat. Disorders», 32(3), pp. 271-81.
- Mitchell J. T. (1983), *When disaster strikes. . . the critical incident stress debriefing process*, «J. Emerg. Med. Serv.», 8, pp. 36-9.
- Mitchell J. T. (2003), *Crisis intervention & CISM: A research summary*, retrieved from www.icisf.org/articles/cism_research_summary.pdf
- Mitchell L. (2004), *The great pretenders*, The Age.com.au, retrieved July 4, 2005, from global.factiva.com/en/arch/print_results.asp
- Mitchell S. A. (1993), *Hope and dread in psychoanalysis*; trad. it. *Speranza e timore in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- Mittal V. A., Kalus O., Bernstein D. P., Siever L. J. (2007), *Schizoid personality disorder*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles, CA.
- Mittendorfer-Rutz E., Rasmussen F., Wasserman D. (2008), *Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters: A register-based nested case control study*, «Soc. Psychiat. Psychiat. Epidemiol.», 43(1), pp. 28-36.
- Modlin T. (2002). *Sleep disorders and hypnosis: To cope or cure?* «Sleep Hyp.», 4(1), pp. 39-46.
- Modrow J. (1992), *How to become a schizophrenic: The case against biological psychiatry*, Apollyon Press, Everett, WA.
- Moene F. C., Spinoven P., Hoogduin K. A. L., van Dyck R. (2002), *A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type*, «Psychother. Psychosom.», 71(2), pp. 66-76.
- Mohler H., Okada T. (1977), *Benzodiazepine receptor: Demonstration in the central nervous system*, «Science», 198(4319), pp. 849-51.
- Mohler H., Richards J. G., Wu J.-Y. (1981), *Autoradiographic localization of benzodiazepine receptors in immunocytochemically identified Y-aminobutyric synapses*, «Proc. Natl. Acad. Sci.», USA, 78, pp. 1935-8.
- Moldavsky D. (2004, June 1), *Transcultural psychiatry for clinical practice*, «Psychiatr. Times», XXI(7), p. 36.
- Monguzzi F. (2010), *Curare la coppia: processi terapeutici e fattori mutativi*, Franco Angeli, Milano.
- Monroe S. M., Hadjiyannakis K. (2002), *The social environment and depression: Focusing on severe life stress*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression: Research and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Monti F., Agostini F., Martini A. (2004), *Depressione post-partum e interazioni madre-bambino*, «Età Evolutiva», 78, pp. 77-84.
- Moore C. L., Flowers C. R., Taylor D. (2000), *Vocational rehabilitation services: Indicators of successful rehabilitation for persons with mental retardation*, «J. Appl. Rehabil. Counsel.», 31(2), pp. 36-40.
- Moorhead D. J., Stashwick C. K., Reinherz H. Z., Giaconia R. M., Streigel-Moore R. M., Paradis A. D. (2003), *Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult women*, «Inter. J. Eat. Disorders», 33(1), pp. 1-9.
- Moos R. H., Cronkite R. C. (1999), *Symptom-based predictors of a 10-year chronic course of treated depression*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 187(6), pp. 360-8.
- Moos R. H., Timko C. (2008), *Outcome research on 12-step and other self-help programs*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Moreno C., Laje G., Blanco C., Jiang H., Schmidt A. B., Olfson M. (2007), *National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth*, «Arch. Gen. Psychiat.», 64(9), pp. 1032-39.
- Morgan A. B., Lilienfeld S. O. (2000), *A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function*, «Clinical Psychology Review», 20, pp. 113-36.
- Morgan C. D., Murray H. A. (1935), *A method of investigating fantasies: The Thematic Apperception Test*, «Arch. Neurol. Psychiat.», 34, 289-306.
- Morokoff P. J., Gilliland R. (1993), *Stress, sexual functioning, and marital satisfaction*, «J. Sex Res.», 30(1), pp. 43-53.
- Morrison A. P. (2008), *Cognitive-behavioral therapy*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Morrissey J. P., Cuddeback G. S. (2008), *Jail diversion*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Morse S. (2003, December 13), *Homeward hound: A case of dog fugue?*, «Animal News».
- Mosconi L., De Santi S., Li J., Tsui W. H., Li Y., Boppana M., et al. (2008), *Hippocampal hypometabolism predicts cognitive decline from normal aging*, «Neurobiol. Aging», 29(5), pp. 676-92.
- Moser L. L., Bond G. R. (2008), *Assertive community treatment*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Moskowitz E. S. (2001), *In therapy we trust: America's obsession with self-fulfillment*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.

- Moskowitz E. S. (2008), *In therapy we trust: America's obsession with self-fulfillment*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Moss D. (2002), *Biofeedback*, in Shannon S.(Ed.), *Handbook of complementary and alternative therapies in mental health*, Academic Press, San Diego, CA.
- Mosticoni R., Chiari G. (1979), *Una descrizione obiettiva della personalità: il Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)*, **Organizzazioni speciali**, Firenze.
- Mowrer O. H. (1939), *A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent*, «Psychol. Rev.», 46, pp. 553-66.
- Mowrer O. H. (1947), *On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving"*, «Harvard Educ. Rev.», 17, pp. 102-48.
- Mowrer O. H., Mowrer W. M. (1938), *Enuresis: A method for its study and treatment*, «Amer. J. Orthopsychiat.», 8, pp. 436-59.
- MTC (2008), *The Methadone treatment directory*, Methadone Treatment Centers.
- Mueller R. A., Courchesne E. (2000), *Autism's home in the brain: Reply*, «Neurology», 54(1), p. 270.
- Mueller S. E., Petitjean S., Boening J., http://www.biomedexperts.com/Profile.bme/1537360/Gerhard_A_WiesbeckWiesbeck G. A. (2007), *The impact of self-help group attendance on relapse rates after alcohol detoxification in a controlled study*, «Alcohol Alcoholism», 42(2), pp. 108-12.
- Munsey C. (2008), *DoD allocates \$25 million to study PTSD*, «Monitor on Psychology», 39(7), pp. 16-7.
- Muran E. (2007), *Rape trauma*, in Dattilio F. M., Freeman A. (Eds.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (3rd ed), Guilford Press, New York, NY.
- Murphy E., Carr A. (2000), *Enuresis and encopresis*, in Carr A. (Ed.), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*, Taylor & Francis/Routledge, Florence, KY.
- Murphy S. M. (1990), *Rape, sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection*, «Inter. J. STD AIDS», 1, pp. 79-82.
- Murphy W. D., Page I. J. (2006), *Exhibitionism*, in McAnulty R. D., Burnette M. M. (Eds.), *Sex and sexuality, Vol. 3: Sexual deviation and sexual offenses*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Murphy W. J. (2001), *The Victim Advocacy and Research Group: Serving a growing need to provide rape victims with personal legal representation to protect privacy rights and to fight gender bias in the criminal justice system*, «J. Soc. Distress Homeless», 10(1), pp. 123-38.
- M'uzan M. de (2005), *Aux confins de l'identité*, Gallimard, Paris.
- Mydans S. (1996, October 19), *New Thai tourist sight: Burmese "giraffe women"*, «New York Times», p. C1.
- Mylant M. L., Ide B., Guevas E., Meehan M. (2002), *Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient?*, «J. Amer. Psychiat. Nurs. Assoc.», 8(2), pp. 57-64.
- Myrick H., Wright T. (2008), *Clinical management of alcohol abuse and dependence*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Myrtek M. (2007), *Type A behavior and hostility as independent risk factors for coronary heart disease*, in Jordan J., Bardé B., Andreas A. M. (Eds.), *Contributions toward evidence-based psychocardiology: A systematic review of the literature*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Nace E. P. (2008), *The history of Alcoholics Anonymous and the experiences of patients*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Nahas Z., Marangell L. B., Husain M. M., Rush A. J., Sackeim H. A., Lisanby S. H., et al. (2005), *Two-year-outcome of vagus nerve stimulation (VNS) for treatment of major depressive episodes*, «J. Clin. Psychiat.», 66(9), pp. 1097-104.
- NAHIC (National Adolescent Health Information Center) (2006), *Fact sheet on suicide: Adolescents & young adults*, University of California, San Francisco, CA.
- Najman J. M., Andersen M. J., Bor W., O'Callaghan M. J., Williams G. M. (2000), *Postnatal depression—Myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child*, «Soc. Psychiat. Psychiat. Epidemiol.», 35(1), pp. 19-27.
- NAMI (National Alliance for the Mentally Ill) (2008), retrieved from www.nami.org
- Nantel-Vivier A., Pihl R. O. (2008), *Biological vulnerability to depression*, in Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, Guilford Press, New York.
- Nardi A. E., Valenca A. M., Nascimento I., Zin W. A. (2001), *Hyperventilation challenge test in panic disorder and depression with panic attacks*, «Psychiat. Res.», 105, pp. 57-65.
- Nash M. R. (2001, July), *The truth and the hype of hypnosis*, «Scientif. Amer.», pp. 47-55.
- Nash M. R. (2004), *Salient findings: Pivotal reviews and research on hypnosis, soma, and cognition*, «Inter. J. Clin. Exp. Hyp.», 52(1), pp. 82-8.
- Nash M. R. (2005), *Salient findings: A potentially groundbreaking study on the neuroscience of hypnotizability, a critical review of hypnosis' efficacy, and the neurophysiology of conversion disorder*, «Inter. J. Clin. Exp. Hyp.», 53(1), pp. 87-93.
- Nash M. R. (2006), *Salient findings: Identifying the building blocks of hypnotizability, and the neural underpinnings of subjective pain*, «Inter. J. Clin. Exp. Hyp.», 54(3), pp. 360-5.
- National Center for PTSD, (2008), *Appendix A. Case examples from Operation Iraqi Freedom. Iraq War Clinician Guide*. Department of Veteran Affairs, Washington, DC. National Crime Victimization Survey (NCVS) (1993), *Highlights from 20 years of surveying crime victims: The National Crime Victimization Survey*,

- 1973–1992, Bureau of Justice Statistics, Washington, DC.
- National Crime Victimization Survey (NCVS) (1996), Bureau of Justice Statistics, Washington, DC.
- National Crime Victimization Survey (NCVS) (1997), Bureau of Justice Statistics, Washington, DC.
- National Crime Victimization Survey (NCVS) (2006), Bureau of Justice Statistics, Washington, DC.
- Nazarian M., Craske M. G. (2008). *Panic and agoraphobia*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- NCASA (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University) (2007, march), *Wasting the best and the brightest: Substance abuse at America's colleges and universities*, Author, Washington, DC.
- NCH(National Coalition for the Homeless) (2007), *Interview*, «Schizophrenia Daily News Blog», retrieved July 30, 2005, from <http://www.schizophrenia.com/sznews/archives/002187.html>
- NCHS (National Center for Health Statistics) (2005), *Asthma prevalence, health care use and mortality, 2002*, Author, Hyattsville, MD.
- NCHS (National Center for Health Statistics) (2005), *National Vital Health Statistics Report*.
- NCHS (National Center for Health Statistics) (2006), *Self-inflicted injury/suicide*, NCHS, Hyattsville, MD, retrieved August 13, 2008, from www.cdc.gov
- Neal A. M., Lilly R. S., Zakis S. (1993), *What are African American children afraid of?*, «J. Anx. Disorders», 7, pp. 129-39.
- Neckelmann D., Mykletun A., Dahl A. A. (2007), *Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression*, «Sleep», 30(7), pp. 873-80.
- Neeleman J., Wessely S., Lewis G. (1998), *Suicide acceptability in African- and white Americans: The role of religion*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 186(1), pp. 12-6.
- Neisser U., Boodoo G., Bouchard T. J., Jr., Boykin A. W., et al. (1996), *Intelligence: Knowns and unknowns*, «Amer. Psychologist», 51(2), pp. 77-101.
- Nejad A. G. (2007), *Belief in transforming another person into a wolf: Could it be a variant of lycanthropy?*, «Acta Psychiatr. Scand.», 115(2), pp. 159-61.
- Nelson T. D. (2006), *The psychology of prejudice* (2nd ed.), Pearson/Allyn & Bacon, New York, NY.
- Nelson T. F., Wechsler H. (2001), *Alcohol and college athlete*, «Med. Sci. Sports Exercise», 33(1), pp. 43-7.
- Nemecek S. (1996, September), *Mysterious maladies*, «Scientif. Amer.», pp. 24-6.
- Nemiah J.C. (1961), *Foundations of Psychopathology*, Oxford University Press, New York, NY.
- Neto J. A. de S., Araujo L. M. (2004), *Melatonin and psychiatric disorders*, «J. Brasileiro de Psiquiatria», 53(1), pp. 38-45.
- Neumark-Sztainer D. R., Wall M. M., Haines J. I., Story M. T., Sherwood N. E., van den Berg P. A. (2007), *Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents*, «Amer. J. Prev. Med.», 33(5), pp. 359-69.
- Neumeister A., Charney D. S., Drevets W. C. (2005), *Hippocampus, VI: Depression and the Hippocampus*, «Amer. J. Psychiat.», 162(6), p. 1057.
- New A. S., Hazlett E. A., Buchsbaum M. S., Goodman M., Reynolds D., Mitropoulou V., et al. (2002), *Blunted prefrontal cortical 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to meta-chlorophenylpiperazine in impulse aggression*, «Arch. Gen. Psychiat.», 59, pp. 621-9.
- New A. S., Trestman R. F., Mitropoulou V., Goodman M., Koenigsberg H. H., Silverman J., et al. (2004), *Low prolactin response to fenfluramine in impulsive aggression*, «J. Psychiatr. Res.», 38, pp. 223-30.
- Neziroglu F., McKay D., Todaro J., Yaryura-Tobias J. A. (1996), *Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid Axis II diagnoses*, «Behav. Ther.», 27, pp. 67-77.
- Neziroglu F., Roberts M., Yaryura-Tobias J. A. (2004), *A behavioral model for body dysmorphic Disorder*, «Psychiatr. Ann.», 34(12), pp. 915-20.
- Nezlek J. B., Hampton C. P., Shean G. D. (2000), *Clinical depression and day-to-day social interaction in a community sample*, «J. Abnorm. Psychol.», 109(1), pp. 11-9.
- Nguyen K.-C. (1989), *La personnalite et l'épreuve de dessins multiples : maison-arbre-deux personnes, d'après le test house-tree-person de J.N. Buck; trad. it. La personalità nei disegni : casa, albero, due persone: un metodo proiettivo (dal test House-Tree-Person di J. N. Buck)*, **Sharòn, Torino 1998**.
- Ni H., Cohen R. (2004), *Trends in health insurance coverage by race/ethnicity among persons under 65 years of age: United States 1997–2001*, National Center for Health Statistics, retrieved from www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/healthinsur.htm
- Nichols M., Shernoff M. (2007), *Therapy with sexual minorities: Queering practice*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Nichols W. C. (2004), *Integrative marital and family treatment of dependent personality disorders*, in MacFarlane M. M. (Ed.), *Family treatment of personality disorders: Advances in clinical practice*, Haworth Clinical Practice Press, Binghamton, NY.
- Nield L. S., Kamat D. (2004), *Enuresis: How to evaluate and treat*, «Clin. Pediatr.», 43(5), pp. 409-15.
- Ninan P. T., Dunlop B. W. (2005), *Neurobiology and etiology of panic disorder*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 4), pp. 3-7.
- NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) (2006), *Narcolepsy fact sheet*, Author, Bethesda, MD.
- Nishina A., Juvonen J., Witkow M. R. (2005), *Sticks and stones may break my bones, but names will make me feel sick: The psychosocial, somatic, and scholastic consequences of peer harassment*, «J. Clin. Child Adol. Psychol.», 34(1), pp. 37-48.
- Nishino S., Mignot E., Dement W. C. (1995), *Sedative hypnotics*, in Schatzberg A. F., Nemeroff C. B. (Eds.), *The*

- American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Nock M. K., Kazdin A. E., Hiripi E., Kessler R. C. (2006), *Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication*, «Psychol. Med.», 36(5), pp. 699-710.
- Noeker M. (2004), *Factitious disorder and factitious disorder by proxy*, «Praxis der Kinderpsychol. Kinderpsych.», 53(7), pp. 449-67.
- Noh Y. (2009), *Does unemployment increase suicide rates? the OECD panel evidence*, «Journal of Economic Psychology», 30(4), pp. 575-82.
- Nolen-Hoeksema S. (1990), *Sex differences in depression*, Stanford University Press, Stanford, CA.
- Nolen-Hoeksema S. (1995), *Gender differences in coping with depression across the lifespan*, «Depression», 3, pp. 81-90.
- Nolen-Hoeksema S. (2000), *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*, «J. Abnorm. Psychol.», 109, pp. 504-11.
- Nolen-Hoeksema S. (2002), *Gender differences in depression*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression: Research and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Nolen-Hoeksema S., Corte C. (2004), *Gender and self-regulation*, in Vohs K. D., Baumeister R. F. (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, Guilford Press, New York.
- Nomura H., Inoue S., Kamimura N., Shimodera S., Mino Y., Gregg L., Tarrier N. (2005), *A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England*, «Soc. Psychiatr. Epidemiol.», 40(7), pp. 564-70.
- Nonacs R. M. (2002, march 12), *Postpartum psychiatric illness*, «eMed. J.», 3(3).
- Nonacs R. M. (2007), *Postpartum depression*, «eMedicine Clinical Reference», retrieved July 30, 2008, from <http://www.emedicine.com/med/topic3408.htm>
- Noonan D. (2003, June 16), *A healthy heart*, «Newsweek», 141(24), pp. 48-52.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.) (2005), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.), Oxford University Press, New York, NY.
- Nordhus I. H., Nielsen G. H. (2005), *Mental disorders in old age: Clinical syndromes, prevalence and benefits of psychological treatment*, «Nordisk Psykologi», 57(1), pp. 86-103.
- Norra C., Mrazek M., Tuchtenhagen F., Gobbele R., Buchner H., Sass H., Herpertz S. C. (2003), *Enhanced intensity dependence as a marker of low serotonergic neurotransmission in borderline personality disorder*, «J. Psychiatr. Res.», 37(1), pp. 23-33.
- North C. S. (2005), *Somatoform disorders*, in Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- North C. S., Yutzy S. H. (2005), *Dissociative disorders, factitious disorders, and malingering*, in Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Norton A. (2007, July 18), *Weight bias may harm obese children*, «Yahoo! News», retrieved July 22, 2007, from <http://news.yahoo.com>
- Noyes R., Jr. (2001), *Comorbidity in generalized anxiety disorder*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 24(1), pp. 41-55.
- Noyes R., Jr., Stuart S., Langbehn D. R., Happel R. L., Longley S. L., Muller B. A., et al. (2003), *Test of an interpersonal model of hypochondriasis*, «Psychosom. Med.», 65(2), pp. 292-300.
- Noyes R., Jr., Stuart S. P., Watson D. B. (2008), *A reconceptualization of the somatoform disorders*, *Psychosom. J. Cons. Liaison Psychiat.*, 49(1), pp. 14-22.
- NRC (National Research Council) (2001), *Educating children with autism*, National Academy Press, Washington, DC.
- NSDUH (2005), *National survey on drug use*, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Washington, DC.
- NSDUH (2007), *National survey on drug use*, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Washington, DC.
- NSDUH (2008), *National survey on drug use*, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Washington, DC.
- Nussbaum R. L., Ellis C. E. (2003), *Alzheimer's disease and Parkinson's disease*, «N. Engl. J. Med.», 348, pp. 1356-64.
- Nydegger R. (2006), *Postpartum depression: More than the "baby blues"?*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium, Vol. 3: Biology and function*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Nydegger R. V., Paludi M. (2006), *Obsessive-compulsive disorder: Diagnostic, treatment, gender, and cultural issues*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium* (Vol. 3), Praeger, New York, NY.
- O'Brien C., Kampman K. M. (2008), *Antagonists of opioids*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- O'Brien C. P., Lyons F. (2000), *Alcohol and the athlete*, «Sports Med.», 29, pp. 295-300.
- O'Brien C. P., McKay J. (2002), *Pharmacological treatments for substance use disorders*, in Nathan P. E., Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed.), Oxford University Press, London, UK.
- O'Brien C. P., O'Brien T. J., Mintz J., Brady J. P. (1975), *Conditioning of narcotic abstinence symptoms in human subjects*, «Drug. Alc. Dep.», 1, pp. 115-23.
- O'Brien K. M., Vincent N. K. (2003), *Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence and causal relationships*, «Clin. Psychol. Rev.», 23(1), pp. 57-74.
- O'Brien W. H., Tabaczynski T. (2007), *Unstructured Interviewing*, in Hersen M., Thomas J. C. (Eds.), *Handbook*

- of clinical interviewing with children, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- O'Connor B. P. (2008), *Other personality disorders*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- O'Hara M. W. (2003), *Postpartum depression*, «Clinician's Research Digest», Supplemental Bulletin 29.
- Oesterreich L. (2003, november), *Understanding children: Fears*, Iowa State University Extension, Ames, IA.
- OFWW (2004, december 25), *Drivers admit to experiencing road rage*, «Obesity, Fitness & Wellness Week», p. 1209.
- Ogden C. L., Flegal K. M., Carroll M. D., Johnson C. L. (2002), *Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999–2000*, JAMA, 288, pp. 1728-32.
- Ogden T.H. (1979), *On Projective Identification*, «Int. J. Psychoanal.», 60, pp. 357-73.
- Ogden T.H. (1982), *Projective identification and psychotherapeutic technique*; trad. it. *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*, Astrolabio, Roma 1994.
- Ohayon M. M. (2009), *About suicide and its prevention*, «Journal of Psychiatric Research», 43(10), pp. 885-6.
- Ohayon M. M., Lemoine P., Arnaud-Briant V., Dreyfus M. (2002), *Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population*, «J. Psychosom. Res.», 53(1), pp. 577-83.
- Ohman A., Erixon G., Lofberg I. (1975), *Phobias and preparedness: Phobic versus neutral pictures as continued stimuli for human autonomic responses*, «J. Abnorm. Psychol.», 84, pp. 41-5.
- Ohman A., Mineka S. (2003), *The malicious serpent: Snakes as a prototypical stimulus for an evolved module of fear*, «Curr. Direct. Psychol. Sci.», 12(1), pp. 5-9.
- Okawa J. B., Gaby L., Griffith J. L. (2003, november), *Dissociation and auditory hallucinations in survivors of torture*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Chicago, IL.
- Okawa J. B., Hauss R. B. (2007), *The trauma of politically motivated torture*, in Carll E. K. (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Okazaki S., Liu J. F., Longworth S. L., Minn J. Y. (2002), *Asian American-White American differences in expressions of social anxiety: A replication and extension*, «Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology», 8(3), 234-47.
- Oldham J. M. (2009), *Personality disorders: Recent history and the DSM system*, in Oldham J. M., Skodol A. E., Bender D. S. (Eds.), *Essentials of personality disorders*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Oloff M., Langeland W., Draijer N., Gersons B. (2007), *Gender differences in posttraumatic stress disorder*, «Psychol. Bull.», 133(2), 183-204.
- Olfman S. (2007), *Bipolar children: Cutting-edge controversy*, in Olfman S. (Ed.), *Bipolar children: Cutting-edge controversy, insights, and research*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Oliver R. J., Spilsbury J. C., Osiecki S. S., Denihan W. M., Zureick J. L. (2008), *Brief report: Preliminary results of a suicide awareness mass media campaign in Cuyahoga County, Ohio*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 38(2), pp. 245-9.
- Olmsted M. P., Kaplan A. S., Rockert W. (1994), *Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa*, «Amer. J. Psychiat.», 151(5), pp. 738-43.
- Olmsted M. P., Kaplan A. S., Rockert W. (2005), *Defining remission and relapse in bulimia nervosa*, «Inter. J. Eat. Disorders», 38(1), pp. 1-6.
- Olsson S. E., Moller A. R. (2003), *On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden*, «Arch. Sex. Behav.», 32(4), pp. 381-6.
- ONDCP (Office of National Drug Control Policy), (2008), *Drug facts*.
- Onen S. H., Onen F., Mangeon J. P., Abidi H., Courpron P., Schmidt J. (2005), *Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients*, «Arch. Geront. Geriat.», 41(2), pp. 191-200.
- Oquendo M. A., Brent D. A., Birmaher B., Greenhill L., Kolko D., Stanley B., et al. (2005); *Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior*, «Amer. J. Psychiat.», 162(3), pp. 580-6.
- Oquendo M. A., Dragatsi D., Harkavy-Friedman J., Dervic K., Currier D., Burke A. K., et al. (2005), *Protective factors against suicidal behavior in Latinos*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 193(7), pp. 438-43.
- Oquendo M. A., Lizardi D., Greenwald S., Weissman M. M., Mann J. J. (2004), *Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States*, «Acta Psychiatr. Scand.», 110(6), pp. 446-51.
- Oquendo M. A., Russo S. A., Underwood M. D., Kassir S. A., Ellis S. P., Mann J. J., Arango V. (2006), *Higher post mortem prefrontal 5-HT_{2A} receptor binding correlates with lifetime aggression in suicide*, «Biol. Psychiat.», 59, pp. 235-43.
- Orbach I., Iohan M. (2007), *Stress, distress, emotional regulation and suicide attempts in female adolescents*, in Tatarelli R, Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- ORR (United States Department of Health and Human Services, Office of Refugee Resettlement), (2006), *Office of Refugee Resettlement (ORR) Services for Survivors of Torture Program: Program description*, retrieved october 5, 2006, from http://www.acf.hhs.gov/programs/orr/programs/services_survivors_torture.htm
- Ortiz D. (2001), *The survivors' perspective: Voices from the center*, in Gerrity E., Keane T. M., Tuma F. (Eds.), *The mental health consequences of torture*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY.
- Osberg T. M., Haseley E. N., Kamas M. M. (2008), *The*

- MMPI-2 Clinical Scales and Restructured Clinical (RC) Scales: Comparative psychometric properties and relative diagnostic efficiency in young adults*, «J. Personal. Assess.», 90, pp. 81-92.
- Oslin D. W. (2006), *Addictions*, in Jeste D. V., Friedman J. H. (Eds.), *Psychiatry for neurologists*, Humana Press, Totowa, NJ.
- Osman A., Barrios F. X., Gutierrez P. M., Williams J. E., Bailey J. (2008), *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples*, «J. Clin. Psychol.», 64(10), pp. 83-102.
- Osterweil N. (2003, october 16), *Halloween: The truth is out there*, available from MedicineNet.com
- Otto M. W., Deveney C. (2005), *Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: Efficacy and strategies*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 4), pp. 28-32.
- Ouellette S. C., DiPlacido J. (2001), *Personality's role in the protection and enhancement of health: Where the research has been, where it is stuck, how it might move*, in Baum A., Revenson T. A., Singer J. E. (Eds.), *Handbook of health psychology*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Overton D. (1964), *State-dependent or "dissociated" learning produced with pentobarbital*, «J. Compar. Physiol. Psychol.», 57, pp. 3-12.
- Overton D. (1966), *State-dependent learning produced by depressant and atropine-like drugs*, «Psychopharmacologia», 10, pp. 6-31.
- Ovsiew F. (2006), *Hysteria in neurological practice: The somatoform and dissociative disorders*, in Jeste D. V., Friedman J. H. (Eds.), *Psychiatry for neurologists*, Humana Press, Totowa, NJ.
- Owen-Howard M. (2001), *Pharmacological aversion treatment of alcohol dependence. I. Production and prediction of conditioned alcohol aversion*, «Amer. J. Drug Alc. Abuse», 27(3), pp. 561-85.
- Ozer E. J. (2005), *The impact of violence on urban adolescents: Longitudinal effects of perceived school connection and family support*, «J. Adol. Res.», 20(2), 167-92.
- Pagnin D., de Queiroz V., Pini S., Cassano G. B. (2004), *Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review*, «J. ECT», 20(1), pp. 13-20.
- Painot D., Jotterand S., Kammer A., Fossati M., Golay A. (2001), *Simultaneous nutritional cognitive-behavioral therapy in obese patients*, «Patient Educ. Counsel.», 42(1), pp. 47-52.
- Palmer A. (2003), *Behavioral program helps autistic children make progress*, «Monit. Psychol.», 34(9), p. 15.
- Palmer L., Fiorito M., Tagliareni L. (2007), *Mental Status Examination: A Comprehensive Multicultural, Developmental Approach*, in Hersen M., Thomas J. C. (Eds.), *Handbook of clinical interviewing with adults*, Sage Publishing, Thousand Oaks, CA.
- Pamuk E., Makuc D., Heck K., Reuben C., Lochner K. (1998), *Socioeconomic status and health chartbook*, in National Center for Health Statistics, *Health, United States, 1998*. National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
- Panati C. (1987), *Panati's extraordinary origin of everyday things*; trad. it. *Invenzioni e inventori. La straordinaria storia delle cose comuni*, Armenia, Milano 1989.
- Pancheri P., Biondi Massimo (1996), *La coscienza e i suoi disturbi*, Il pensiero scientifico, Roma.
- Pancheri P., Sirigatti S., Biondi M. (1996), *Adaptation of the MMPI-2 in Italy*, in Butcher J. N. (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Papastavrou E., Kalokerinou A., Papacostas S. S., Tsangari H., Sourtzis P. (2007), *Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden*, «J. Adv. Nurs.», 58(5), pp. 446-57.
- Paris J. (1991), *Personality disorders, parasuicide, and culture*, «Transcult. Psychiatr. Res. Rev.», 28(1), pp. 25-39.
- Paris J. (2001), *Cultural risk factors in personality disorders*, in Schumaker J. F., Ward T. (Eds.), *Cultural cognition and psychopathology*, Praeger, Westport, CT.
- Paris J. (2001), *Psychosocial adversity*, in Livesley W. J. (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, Guilford Press, New York.
- Paris J. (2005), *Borderline personality disorder*, «Canad. Med. Assoc. J.», 172(12), pp. 1579-83.
- Parker G. (1992), *Early environment*, in Paykel E. S. (Ed.), *Handbook of affective disorders*, Guilford Press, New York, NY.
- Parker G. B., Brotchie H. L. (2004), *From diathesis to dimorphism: The biology of gender differences in depression*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 192(3), pp. 210-6.
- Parker S., Nichter M., Vuckovic N., Sims C., Ritenbaugh C. (1995), *Body image and weight concerns among African American and white adolescent females: Differences that make a difference*, «Human Organization», 54(2), pp. 103-14.
- Patrick C. J. (2007), *Antisocial personality disorder and psychopathy*, in O'Donohue W. T., Fowler K. A., Lilienfeld S.O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM V*, Sage Publications, Los Angeles.
- Patton J. R., Polloway E. A., Smith T. E. C. (2000), *Educating students with mild mental retardation*, «Focus Autism Other Dev. Disabil.», 15(2), pp. 80-9.
- Paul G. L. (2000), *Milieu therapy*, in Kazdin A. E. (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 5), Oxford University Press, New York, NY.
- Paul G. L., Lentz R. (1977), *Psychosocial treatment of the chronic mental patient*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Pauls C. A., Stemmler, G. (2003), *Repressive and defensive coping during fear and anger*, «Emotion», 3(3), 284-302.
- Paykel E. S. (2003), *Life events and affective disorders*, «Acta Psychiatr. Scand.», 108(Suppl. 418), pp. 61-6.
- Paykel E. S. (2003), *Life events: Effects and genesis*, «Psychol. Med.», 33(7), pp. 1145-8.
- Paykel E. S. (2006), *Editorials: Depression: Major problem for public health*, «Epidem.-e-Psichiatri. Soc.», 15(1), pp. 4-10.

- Paykel E. S., Cooper Z. (1992), *Life events and social stress*, in Paykel E. S. (Ed.), *Handbook of affective disorders*, Guilford Press, New York, NY.
- PDM Task Force (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*; tr. it *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Pearlman E. (2005), *Terror of desire: The etiology of eating disorders from an attachment theory perspective*, «Psychoanal. Rev.», 92(2), pp. 223-35.
- Pender D. A., Prichard K. K. (2009), *ASGW best practice guidelines as a research tool: A comprehensive examination of the critical incident stress debriefing*. «Journal for Specialists in Group Work», 34(2), 175-92.
- Penn D. L., Nowlin-Drummond A. (2001), *Politically correct labels and schizophrenia: A rose by any other name?*, «Schizo. Bull.», 27(2), pp. 197-203.
- Perez-Alvarez M., Garcia-Montes J. M., Perona-Garcelan S., Vallina-Fernandez O. (2008), *Changing relationships with voices: New therapeutic perspectives for treating hallucinations*, «Clin. Psychol. Psychother.», 15, pp. 75-85.
- Perilla J. L., Norris F. H., Lavizzo E. A. (2002), *Ethnicity, culture, and disaster response: Identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew*. «J. Soc. Clin. Psychol.», 21, pp. 20-45.
- Perkins H. W. (2002), *Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations*, «J. Alcohol Stud.», Suppl. 14, pp. 91-100.
- Perry J. C. (2005), *Dependent personality disorder*, in Gabbard G. O., Beck J. S., Holmes J. (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy*, Oxford University Press, New York.
- Perske R. (1972), *The dignity of risk and the mentally retarded*, «Ment. Retard.», 10, pp. 24-7.
- Peters R. H., Sherman P. B., Osher F. C. (2008), *Treatment in jails and prisons*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Peterson C. (2006), *A primer in positive psychology*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Petrie K. J., Fontanilla I., Thomas M. G., Booth R. J., Pennebaker J. W. (2004), *Effect of written emotional expression on immune function in patients with human immunodeficiency virus infection: A randomized trial*, «Psychosom. Med.», 66(2), pp. 272-5.
- Petry N. M. (2001), *Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness*, «Drug Alc. Dep.», 63(1), pp. 29-38.
- Petry N. M. (2005), *Conclusions*, in Petry N. M. (Ed.), *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Pew Research Center for the People and the Press (1997), *Trust and citizen engagement in metropolitan Philadelphia: A case study*, Author, Washington, DC.
- Pfeffer C. R. (2003), *Assessing suicidal behavior in children and adolescents*, in King R. A., Apter A. (Eds.), *Suicide in children and adolescents*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Phares V. (2003), *Understanding abnormal child psychology*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Phares V. (2008), *Understanding abnormal child psychology (2nd ed.)*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Phillips D. P. (1974), *The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the "Werther" effect*, «Amer. Sociol. Rev.», 39, pp. 340-54.
- Phillips D. P., Ruth T. E. (1993), *Adequacy of official suicide statistics for scientific research and public policy*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 23(4), pp. 307-19.
- Phillips E. L., Greydanus D. E., Pratt H. D., Patel D. R. (2003), *Treatment of bulimia nervosa: Psychological and psychopharmacologic considerations*, «J. Adol. Res.», 18(3), pp. 261-79.
- Phillips K. A. (2005), *Olanzapine augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder*, «Amer. J. Psychiat.», 162(5), 1022.
- Phillips K. A. (2005), *Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder*, «Amer. J. Psychiat.», 162(2), pp. 377-9.
- Phillips K. A., Castle D. J. (2002), *Body dysmorphic disorder*, in Castle D. J., Phillips K. A. (Eds.), *Disorders of body image*, Wrightson Biomedical Publishing, Ltd, Petersfield, UK.
- Phillips K. A., Fallon B. A., King T. (2008), *Somatiform and factitious disorders and malingering measures*, in Rush A. J., Jr., First M. B., Blacker D. (Eds.), *Handbook of psychiatric measures (2nd ed.)*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Phillips K. A., McElroy S. L., Keck P. E., Pope H. G., et al. (1993), *Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness*, «Amer. J. Psychiat.», 150(2), pp. 302-8.
- Piek J. P., Rigoli D., Pearsall-Jones J. G., Martin N. C., Hay D. A., Bennett K. S., et al. (2007), *Depressive symptomatology in child and adolescent twins with attention-deficit hyperactivity disorder and/or developmental coordination disorder*, «Twin Res. Human Genet.», 10(4), pp. 587-96.
- Pierce K., Courchesne E. (2001), *Evidence for a cerebellar role in reduced exploration and stereotyped behavior in autism*, «Biol. Psychiat.», 49(8), pp. 655-64.
- Pierce K., Courchesne E. (2002), *"A further support to the hypothesis of a link between serotonin, autism and the cerebellum": Reply*, «Biol. Psychiat.», 52(2), p. 143
- Pike K. M., Borovoy A. (2004), *The rise of eating disorders in Japan: Issues of culture and limitations of the model of "westernization"*, «Cult. Med. Psychiat.», 28(4), pp. 493-531.
- Pillemer K., Suitor J. J. (2002), *Peer support for Alzheimer's caregivers: Is it enough to make a difference?*, «Res. Aging», 24(2), pp. 171-92.
- Ping, W. (2000), *Aching for beauty: Footbinding in China*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Pingitore D., Snowden L. R., Sansone R., Klikman M. (2001), *Persons with depressive symptoms and the treatments they receive: A comparison of primary care physicians and psychiatrists*, «Inter. J. Psychiat. Med.», 31, pp. 41-60.

- Pinhas L., Toner B. B., Ali A., Garfinkel P. E., Stuckless N. (1999), *The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction*, «Inter. J. Eat. Disorders», 25(2), pp. 223-26.
- Pinto, A., Eisen, J. L., Mancebo, M. C., & Rasmussen, S. A. (2008). Obsessive-compulsive personality disorder, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Piper A., Merskey H. (2004), *The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder. Part I. The excesses of an improbable concept*, «Canad. J. Psychiat.», 49(9), pp. 592-600.
- Piper A., Merskey H. (2004), *The persistence of folly: Critical examination of dissociative identity disorder. Part II: The defence and decline of multiple personality or dissociative identity disorder*, «Canad. J. Psychiat.», 49(10), pp. 678-83.
- Piper A., Merskey H. (2005), *Reply: The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder*, «The Canadian Journal of Psychiatry», 50(12), p. 814.
- Piper W. E., Joyce A. S. (2001), *Psychosocial treatment outcome*, in Livesley W. J. (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, Guilford Press, New York, NY.
- Plante T. (2006), *How can we prevent abnormal behavior from occurring and developing?*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Pless M., Carlsson M. (2000), *Effects of motor skill intervention on developmental coordination disorder: A meta-analysis*, «Adap. Phys. Activ. Q.», 17(4), pp. 381-401.
- Pole N., Best S. R., Weiss D. S., Metzler T., Liberman A. J., Fagan J. (2001), *Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 189(7), pp. 442-8.
- Pollack M. H. (2005), *The pharmacotherapy of panic disorder*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 4), pp. 23-7.
- Polydorou S., Kleber H. D. (2008), *De-toxification of opioids*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Pompili M., Lester D. (2007), *Suicide risk in schizophrenia*, in Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Pompili M., Lester D., Grispi A., Calandro F., De Pisa E., Innamorati M. (2007). *Suicide and attempted suicide in anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity and weight-image concern*, in Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York.
- Pompili M., Lester D., Leenaars A. A., Tatarelli R., Girardi P. (2008), *Psychache and suicide: A preliminary investigation*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 38(1), pp. 116-21.
- Pope H. G., Jr., Poliakoff M. B., Parker M. P., Boynes M., Hudson J. I. (2007), *Is dissociative amnesia a culture-bound syndrome? Findings from a survey of historical literature: Reply*, «Psychol. Med.», 37(7), 1065-7.
- Popper C. W. (1988), *Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence*, in Talbot J., Hales R. S., Yudofsky S. C. (Eds.), *Textbook of psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Porcerelli J., Dauphin B., Ablon J. S., et al. (2007), *Psychoanalysis of avoidant personality disorder: A systematic case study*, «Psychother.: Theory Res. Prac.», 44, pp. 1-13.
- Poretz M., Sinrod B. (1991), *Do you do it with the lights on?*, Ballantine Books, New York.
- Porter S., ten Brinke L. (2008), *Reading between the lies: Identifying concealed and falsified emotions in universal facial expressions*, «Psychol. Sci.», 19(5), pp. 508-14.
- Post R. M. (2005), *The impact of bipolar depression*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 5), pp. 5-10.
- Post R. M., Ballenger J. C., Goodwin F. K. (1980), *Cerebrospinal fluid studies of neurotransmitter function in manic and depressive illness*, in Wood J. H. (Ed.), *The neurobiology of cerebrospinal fluid* (Vol. 1), Plenum Press, New York.
- Post R. M., Lake C. R., Jimerson D. C., Bunney J. H., Ziegler M. G., Goodwin F. K. (1978), *Cerebrospinal fluid norepinephrine in affective illness*, «Amer. J. Psychiat.», 135(8), pp. 907-12.
- Potter B. (2002), *Researchers aim to understand school shootings*, «Harvard University Gazette», may 30, 2002.
- Powder J. (2004, february 4), *Course to help relatives cope with mental illness; class seeking to promote understanding of ailments*, «Baltimore Sun» [Howard ed.], Local Section, p. 4B.
- Prasad K. M., Talkowski M. E., Chowdari K. V., McClain L., Yolken R. H., Nimgaonkar V. L. (2009), *Candidate genes and their interactions with other genetic/environmental risk factors in the etiology of schizophrenia*, «Brain Research Bulletin», 83(3-4), pp. 86-92.
- Preuss U. W., Zill P., Koller G., Bondy B., Soyka M. (2007), *D2 dopamine receptor gene haplotypes and their influence on alcohol and tobacco consumption magnitude in alcohol-dependent individuals*, «Alcohol Alcoholism», 42(3), pp. 258-66.
- Price D. D., Finniss D. G., Benedetti F. (2008), *A comprehensive review of the placebo effect: Recent advances and current thought*, in Fiske S., Schacter D. L., Sternberg R. (Eds.), «Annual review of psychology» (Vol. 59), Annual reviews, Palo Alto, CA.
- Priebe S., Fakhoury W. K. H. (2008), *Quality of life*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Prien R. F., Caffey E. M., Jr., Klett C. J. (1974), *Factors associated with treatment success in lithium carbonate prophylaxis*, «Arch. Gen. Psychiat.», 31, pp. 189-92.
- Prochaska J. O., Norcross J. C. (2003), *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5th ed.), Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.

- Prochaska J. O., Norcross J. C. (2006), *Systemsof psychotherapy: A transtheoretical analysis*, Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
- Prochaska J. O., Norcross J. C. (2007), *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (6th ed.), Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
- Protopopescu X., Pan H., Tuesher O., Cloitre M., Goldstein, M., Engelen W., et al. (2005), *Differential time courses and specificity of amygdala activity in posttraumatic stress disorder subjects and normal control subjects*, «Biol. Psychiat.», 57(5), 464-73.
- Prusiner S. B. (1991), *Molecular biology of prion diseases*, «Science», 252, pp. 1515-22.
- Pull C. B. (2005), *Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety disorders*, «Curr. Opin. Psychiat.», 18(1), pp. 7-14.
- Putnam F. W. (1984), *The psychophysiologic investigation of multiple personality disorder*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 7, pp. 31-40.
- Putnam F. W. (1985), *Multiple personality disorder*, «Med. Aspects Human Sex.», 19(6), pp. 59-74.
- Putnam F. W. (1988), *The switch process in multiple personality disorder and other state-change disorders*, «Dissociation», 1, pp. 24-32.
- Putnam F. W. (1992), *Are alter personalities fragments of figments?*, «Psychoanal. Inq.», 12(1), pp. 95-111.
- Putnam F. W. (2000), *Dissociative disorders*, in Sameroff A. J., Lewis M. et al. (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed.), Kluwer Academic/Plenum Press, New York.
- Putnam F. W. (2001), *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*; trad. it. *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*, Astrolabio Ubaldini, Roma 2005.
- Putnam F. W., Zahn T. P., Post R. M. (1990), *Differential autonomic nervous system activity in multiple personality disorder*, «J. Psychiatr. Res.», 31(3), pp. 251-60.
- Quas A., Malloy L. C., Melinder A., Goodman G. S., Schaaf J., D-Mello M. (2007), *Developmental differences in the effects of repeated interviews and interviewer bias on young children's event memory and false reports*, «Dev. Psychol.», 43(4), 823-37.
- Querido J. G., Eyberg S. M. (2005), *Parent-child interaction therapy: Maintaining treatment gains of preschoolers with disruptive behavior disorders*, in Hibbs E. D., Jensen P. S. (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed.), American Psychological Association, Washington, DC.
- Quinodoz D. (2008), *Viellir: une découverte*; trad. it. *Invecchiare : una scoperta*, Borla, Roma 2009.
- Raab K. A. (2007), *Manic depression and religious experience: The use of religion in therapy*, «Ment. Hlth, Religion Culture», 10(5), pp. 473-87.
- Rabinowitz J., Levine S. Z., Brill N., Bromet E. J. (2007), *The premorbid adjustment scale structured interview (PAS-SI): Preliminary findings*, «Schizophrenia Research», 90(1-3), pp. 255-7.
- Raboch J., Raboch J. (1992), *Infrequent orgasm in women*, «J. Sex Marital Ther.», 18(2), pp. 114-20.
- Racamier P.C. (1980), *Les schizophrènes*, Payot, Paris, France; trad. it. a cura di S. Tacconi, *Gli schizofrenici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1983.
- Rachman S. (1966), *Sexual fetishism: An experimental analog*, «Psychol. Rec.», 18, pp. 25-7.
- Rachman S. (1993), *Obsessions, responsibility and guilt*, «Behav. Res. Ther.», 31(2), pp. 149-54.
- Radomsky A. S., Ashbaugh A. R., Gelfand L. A., Dugas M. J. (2008), *Doubting and compulsive checking*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK.
- Rajkowska G. (2000), *Postmortem studies in mood disorders indicate altered numbers of neurons and glial cells*, «Biol. Psychiat.», 48, pp. 766-77.
- Ralevski E., Sanislow C. A., Grilo C. M., Skodol A. E., Gunderson J. G., Shea M. T., et al. (2005), *Avoidant personality disorder and social phobia: Distinct enough to be separate disorders?*, «Acta Psychiatr. Scand.», 112(3), pp. 208-14.
- Ramaekers J. G., Kauert G., van Ruitenbeek P., Theunissen E. L., Schneider E., Moeller M. R. (2006), *High-potency marijuana impairs executive function and inhibitory motor control*, «Neuropsychopharmacology», 31(10), pp. 2296-303.
- Ramchandani P., Stein A., Evans J., O'Connor T. G., AL-SPAC Study Team (2005), *Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study*, «Lancet», 365(9478), pp. 2201-5.
- Ramey C. T., Ramey S. L. (1992), *Effective early intervention*, «Ment. Retard.», 30(6), pp. 337-45.
- Ramey C. T., Ramey S. L. (1998), *Early intervention and early experience*, «Amer. Psychologist», 53, pp. 109-20.
- RAND Corporation (2008, april 17), *1 in 5 Iraq, Afghanistan vets has PTSD, major depression*, «Science Blog», retrieved may 19, 2008, from <http://www.sciencelog.com/cms/1-5-iraq-afghanistan-vet-has-ptsd-major-depression-rand-15954.html>
- Rank O. (1924), *Das Trauma der Geburt*; trad. it. *Il trauma della nascita*, Guaraldi, Rimini 1972.
- Rapoport J. (1989), *Il ragazzo che si lavava in continuazione*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
- Rapp C. A., Goscha R. J. (2008), *Strengths-based case management*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Rappaport M. D., Kofler M. J., Alderson R. M., Raiker J. S. (2008), *Attention-deficit/hyperactivity disorder*, in Reitman D. (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 2: Children and adolescents*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Raskin D. C., Honts C. R. (2002), *The comparison question test*, in Kleiner M. (Ed.), *The handbook of polygraph testing*, Academic, San Diego, CA.
- Raskin, N. J., Rogers, C. R., & Witty, M. C. (2008), *Client-centered therapy*, in Corsini R. J., Wedding D. (Eds),

- Current psychotherapies*, Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Rathbone J. (2001), *Anatomy of masochism*, Kluwer Academic/Plenum, New York, NY.
- Rawson R. A., Ling W. (2008), *Clinical management: Methamphetamine*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Ray L. A., Hutchison K. E. (2009), *Genetics of addiction*, in Cohen L. M., Collins Jr. F. L., Young A. M., McChargue D. E., Leffingwell T. R., Cook K. L. (Eds.), *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- Raymond K. B. (1997), *The effect of race and gender on the identification of children with attention deficit hyperactivity disorder*, «Diss. Abstr. Inter.: Sect. A: Human Soc. Sci.», 57(12-A), p. 5052.
- Read J., Agar K., Barker-Collo S., Davies E., Moskowitz A. (2001), *Assessing suicidality in adults: Integrating childhood trauma as a major risk factor*, «Profess. Psychol.: Res. Pract.», 32(4), pp. 367-72.
- Read K., Purse M. (2007, march 22), *Postpartum psychosis: Linked to bipolar disorder*, «About.com», retrieved July 30, 2008, from <http://bipolar.about.com/od/relateddisorders/a/postpartumpsychem.htm>
- Redick R. W., Witkin M. J., Atay J. E., Manderscheid R. W. (1992), *Specialty mental health system characteristics*, in Manderscheid R. W., Sonnenschein M. A. (Eds.), *Mental health, United States, 1992*, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Redmond D. E. (1977), *Alterations in the function of the nucleus locus coeruleus: A possible model for studies of anxiety*, in Hanin I., Usdin E. (Eds.), *Animal models in psychiatry and neurology*, Pergamon Press, New York, NY.
- Redmond D. E. (1979), *New and old evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety*, in Fann W. E., Karacan I., Pokorny A. D., Williams R. L. (Eds.), *Phenomenology and treatment of anxiety*, Spectrum, New York, NY.
- Redmond D. E. (1981), *Clonidine and the primate locus coeruleus: Evidence suggesting anxiolytic and anti-withdrawal effects*, in Lal H., Fielding S. (Eds.), *Psychopharmacology of clonidine*, Alan R. Liss, New York, NY.
- Redmond D. E. (1985), *Neurochemical basis for anxiety and anxiety disorders: Evidence from drugs which decrease human fear or anxiety*, in Tuma A. H., Maser J. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Reeb R. N. (2000), *Classification and diagnosis of psychopathology: Conceptual foundations*, «J. Psychol. Pract.», 6(1), pp. 3-18.
- Rees W. D., Lutkin S. G. (1967), *Mortality of bereavement*, «Brit. Med. J.», 4, pp. 13-6.
- Regier D. A., Narrow W. E., Kuhl E. A., Kupfer D. J. (2009), *The conceptual development of DSM-V*, «The American Journal of Psychiatry», 166(6), pp. 645-50.
- Regier D. A., Narrow W. E., Rae D. S., Manderscheid R. W., Locke B. Z., Goodwin F. K. (1993), *The de facto U.S. Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders in services*, «Arch. Gen. Psychiat.», 50, pp. 85-94.
- Reich A. (1960), *Pathological forms of self-esteem regulation*, «Psychoanalytic Study of the Child», 15, pp. 215-31.
- Reinecke M. A., Ginsburg G. S. (2008), *Cognitive-behavioral treatment of depression during childhood and adolescence*, in Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Reinecke M. A., Washburn J. J., Becker-Weidman E. (2007), *Depression and suicide*, in Dattilio F. M., Freeman A. (Eds.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*, Guilford Press, New York, NY.
- Reisch T., Schuster U., Michel K. (2007), *Suicide by jumping and accessibility of bridges: Results from a national survey in Switzerland*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 37(6), pp. 681-7.
- Reissing E. D., Binik Y. M., Khalife S., Cohen D., Amsel R. (2003), *Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema and relationship adjustment*, «J. Sex Marital Ther.», 29(1), pp. 47-59.
- Reitan R. M., Wolfson D. (1996), *Theoretical, methodological, and validation bases of the Halstead-Reitan neuropsychological test battery*, in Grant I., Adams K. M. (Eds.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders* (2nd ed.), Oxford University Press, New York, NY.
- Ren M., Senatorov V. V., Chen R.-W., Chuang D.-M. (2003), *Postinsult treatment with lithium reduces brain damage and facilitates neurological recovery in a rat ischemia/reperfusion model*, «Proc. Natl. Acad. Sci.», 100, pp. 6210-5.
- Renaud J., Berlim M. T., McGirr A., Tousignant M., Turecki G. (2008), *Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personalità dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study*, «J. Affect. Disorders», 105(1-3), pp. 221-8.
- Rende R., Slomkowski C., McCaffery J., Lloyd-Richardson E. E., Niaura R. (2005), *A twinsibling study of tobacco use in adolescence: Etiology of individual differences and extreme scores*, «Nicotine and Tobacco Res.», 7(3), pp. 413-9.
- Report of the Surgeon General (1988), *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*, Center for Health Promotion and Education.
- Ressler K., Davis M. (2003), *Genetics of childhood disorders: L. Learning and memory, part 3: Fear conditioning*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 42(5), pp. 612-5.
- Reulbach U., Biermann T., Markovic K., Kornhuber J.,

- Bleich S. (2007), *The myth of the birthday blues: A population-based study about the association between birthday and suicide*, «Comprehen. Psychiat.», 48(6), pp. 554-7.
- Rezayof A., Alijanpour S., Zarrindast M. R., Rassouli Y. (2008), *Ethanol state-dependent memory: Involvement of dorsal hippocampal muscarinic and nicotinic receptors*, «Neurobiol. Learn. Memory», 89(4), pp. 441-7.
- Richard I. H., Lyness J. M. (2006), *An overview of depression*, in Jeste D. V., Friedman J. H. (Eds.), *Psychiatry for neurologists*, Humana Press, Totowa, NJ.
- Richard M. (2005), *Effective treatment of eating disorders in Europe: Treatment out come and its predictors*, «Eur. Eat. Disord. Rev.», 13(3), pp. 169-79.
- Richards, P. S., Bergin, A. E. (2000), *Toward religious and spiritual competency for mental health professionals*, in Richards, P. S., Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and religious diversity*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Richards, P. S., Bergin, A. E. (2004), *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Richards, P. S., Bergin, A. E. (2005), *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2nd ed.), American Psychological Association, Washington, DC.
- Richardson J. T. E. (2002), *The aetiology, assessment, and rehabilitation of memory impairment following mild head injury*, «Tidsskrift for Norsk Psykologforening», 39(8), pp. 700-6.
- Ridgway P. (2008), *Supported housing*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York.
- Ridout N., Astell A. J., Reid I. C., Glen T., O'Carroll R. E. (2003), *Memory bias for emotional facial expressions in major depression*, «Cog. Emot.», 17(1), 101-22.
- Rieber R. W. (1999), *Hypnosis, false memory and multiple personality: A trinity of affinity*, «Hist. Psychiat.», 10(37), pp. 3-11.
- Rieber R. W. (2002), *The duality of the brain and the multiplicity of minds: Can you have it both ways?*, «Hist. Psychiat.», 13(49, pt1), pp. 3-18.
- Riesch S. K., Jacobson G., Sawdey L., Anderson J., Henriques J. (2008), *Suicide ideation among later elementary school-aged youth*, «J. Psychiatr. Ment. Hlth. Nurs.», 15(4), pp. 263-77.
- Riess H. (2002), *Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa*, «Inter. J. Group Psychother.», 52(1), pp. 1-26.
- Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H. (1995), *Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners*, «J. Affect. Disorders», 35, pp. 147-52.
- Riskind J. H., Williams N. L. (2005), *The looming cognitive style and generalized anxiety disorder: Distinctive danger schemas and cognitive phenomenology*, «Cog. Ther. Res.», 29(1), pp. 7-27.
- Ritsner M. S., Gibel A. (2007), *Quality of life impairment syndrome in schizophrenia*, in Ritsner M. S., Awad A. G. (Eds.), *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders: New perspectives on research and treatment*, Springer, The Netherlands.
- Ritter M. (2008), *Lead linked to aging in older brains*, «Yahoo! News», January, 27, 2008.
- Ritter M. R., Blackmore M. A., Heimberg R. G. (2010), *Generalized anxiety disorder*, in McKay D., Abramowitz J. S., Taylor S. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Ritvo J. I., Causey H. L., III. (2008), *Community-based treatment*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Rivas L. A. (2001), *Controversial issues in the diagnosis of narcissistic personality disorders: A review of the literature*, «Journal of Mental Health Counseling», 23, pp. 22-35.
- Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L. (1996), *Premotor cortex and the recognition of motor actions*, «Cogn. Brain Res.», 3, pp. 131-141
- Ro O., Martinsen E. W., Hoffart A., Sexton H., Rosenvinge J. H. (2005), *Adults with chronic eating disorders: Two-year follow-up after inpatient treatment*, «Eur. Eat. Disord. Rev.», 13(4), pp. 255-63.
- Robb A. S., Silber T. J., Orrell-Valente J. K., Valadez-Meltzer A., Ellis N., Dadson M., et al. (2002), *Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa*, «Amer. J. Psychiat.», 159(8), pp. 1347-53.
- Robertson P. K. (2004), *The historical effects of depathologizing homosexuality on the practice of counseling*, «Fam. J.: Couns. Ther. Couples Fam.», 12(2), pp. 163-9.
- Robinson M. S., Alloy L. B. (2003), *Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study*, «Cog. Ther. Res.», 27(3), pp. 275-92.
- Roche B., Quayle E. (2007), *Sexual disorders*, in Woods D. W., Kanter J. W. (Eds.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective*, Context Press, Reno, NV.
- Roche T. (2002, January 20), *The Yates odyssey*, «TIME.com: Nation».
- Rodebaugh T. L., Holaway R. M., Heimberg R. G. (2004), *The treatment of social anxiety disorder*. «Clin. Psychol. Rev.», 24, 883-908.
- Rodier P. M. (2000, February), *The early origins of autism*, «Scientif. Amer.», pp. 56-63.
- Rodriguez B. F., Weisberg R. B., Pagano M. E., Machan J. T., Culpepper L., Keller M. B. (2004), *Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders*, «Comprehen. Psychiat.», 45(2), pp. 129-37.
- Roe D., Davidson L. (2008), *Recovery*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York.

- Roelofs K., Hoogduin K. A. L., Keijsers G. P. J., Naering G. W. B., Moene F. C., Sandijck P. (2002), *Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder*, «J. Abnorm. Psychol.», 111(2), pp. 390-5.
- Roemer L., Salters K., Raffa S. D., Orsillo S. M. (2005), *Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model*, «Cog. Ther. Res.», 29(1), pp. 71-88.
- Roesch R. (1991), *The encyclopedia of depression*, Facts on file, New York, NY.
- Roe-Sepowitz D., Bedard L. E., Pate K. (2007), *The impact of child abuse on dissociative symptoms: A study of incarcerated women*, «J. Trauma Dissociat.», 8(3), pp. 7-26.
- Roesler T. A., McKenzie N. (1994), *Effects of childhood trauma on psychological functioning of adults sexually abused as children*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 182(3), pp. 145-50.
- Rogers C. (1951), *Client-centered therapy*; trad. it. *La terapia centrata sul cliente: teoria e ricerca*, Martinelli, Firenze 1970.
- Rogers C. (1987), *Rogers, Kohut & Erickson: A personal perspective on some similarities and differences*, in Zeig J. K. (Ed.), *The evolution of psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York.
- Rogers C. (2000), *Interview with Carl Rogers on the use of the self in the therapy*, in Baldwin M. (Ed.), *The use of self in therapy* (2nd ed.), Haworth, Binghamton, NY.
- Rogers C. R. (1954), *The case of Mrs. Oak: A research analysis*, in Rogers, C. R., Dymond R. F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Rogers M. A., Kasai K., Fukuda M. (2007), *Executive deficits in schizophrenia and mood disorder: Similarities and differences*, in Pletson J. E. (Ed.), *Psychology and schizophrenia*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Rogers R. (2004), *Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: Extrapolations from malingering and reception*, «Child Abuse Negl.», 28(2), pp. 225-38.
- Rogers S. (1999), *An examination of the imitation deficits in autism*, in Nadel J., Buittenworth G. (Eds.), *Imitation in infancy: Cambridge studies in cognitive perceptual development*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Rohrer G. E. (2005), *The problem of assessment and diagnosis*, in Rohrer G., *Mental health and literature: Literary lunacy and lucidity*, Lyceum Books, Chicago, IL.
- Rollin H. R. (1980), *Coping with schizophrenia*, Burnett, London, UK.
- Romito S., Bottanelli M., Pellegrini M., Vicentini S., Rizzuto N., Bertolasi L. (2004), *Botulinum toxin for the treatment of genital pain syndromes*, «Gynecologic and Obstetric Investigation», 58(3), pp. 164-7.
- Rosen E. F., Anthony D. L., Booker K. M., Brown T. L., et al. (1991), *A comparison of eating disorder scores among African American and white college females*, «Bull. Psychon. Soc.», 29(1), pp. 65-6.
- Rosen J.B., Schulkin J. (1998), *From normal fear to pathological anxiety*, «Psychological Review», 105, pp. 325-50.
- Rosen L. W., Hough D. O. (1988), *Pathogenic weight-control behaviors of female college Gymnasts*, «Physician Sports Med.», 16(9), pp. 141-4.
- Rosen L. W., McKeag D. B., Hough D. O., Curley V. (1986), *Pathogenic weight-control behavior in female athlete*, «Physician Sports Med.», 14(1), pp. 79-86.
- Rosen R. C. (2007), *Erectile dysfunction: Integration of medical and psychological approaches*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Rosen R. C., Rosen L. R. (1981), *Human sexuality*, Knopf, New York, NY.
- Rosenbaum T. Y. (2007), *Physical therapy management and treatment of sexual pain disorders*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Rosenberg A., Ledley D. R., Heimberg R. G. (2010), *Social anxiety disorder*, in McKay D., Abramowitz J. S., Taylor S. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Rosenberg S. D., Mueser K. T. (2008), *Trauma and post-traumatic stress syndromes*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Rosenfeld B. (2004), *Influence of depression and psychosocial factors on physician-assisted suicide*, in Rosenfeld B., *Assisted suicide and the right to die: The interface of social science, public policy, and medical ethics*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Rosenhan, D.L. (1973), *On being sane in insane places*, «Science», 179, 250-8.
- Rosenthal D. L., Wender P. H., Kety S. S., Welner J., et al. (1971), *The adopted-away offspring of schizophrenics*, «American Journal of Psychiatry», 128, pp. 307-11.
- Rosenthal R. N., Levounis P. (2005), *Polysubstance use, abuse, and dependence*, in Frances R. J., Mack A. H., Miller S. I. (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Rosenwald G.C. (1972), *Effectiveness of defenses against anal impulse arousal*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 39, pp. 292-8.
- Ross C. A., Gahan P. (1988), *Techniques in the treatment of multiple personality disorder*, «Amer. J. Psychother.», 42(1), pp. 40-52.
- Roth A., Fonagy P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Rothbaum B. O., Foa E. B., Riggs D. S., Murdock T., Walsh W. (1992), *A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims*, «J. Traum. Stress», 5(3), pp. 455-75.
- Rothschild D. (2009), *On becoming one-self: Reflections on the concept of integration as seen through a case of dissociative identity disorder*, «Psychoanalytic Dialogues», 19(2), pp. 175-87.

- Rowan P. (2005, July 31), cited in Thompson J., "Hungry for love": Why 11 million of us have serious issues with food, «Independent on Sunday».
- Roy A. (1992), *Genetics, biology, and suicide in the family*, in Maris R. W., Berman A. L., et al. (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*, Guilford Press, New York, NY.
- Roy A. (2009), *Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide*, «Archives of Suicide Research», 13(1), pp. 46-51.
- Roy-Byrne P. P. (2005), *The GABA benzodiazepine receptor complex: Structure, function, and role in anxiety*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 2), pp. 14-20.
- Roy-Byrne P. P., Arguelles L., Vitek M. E., Goldberg J., Keane T. M., True W. R., et al. (2004), *Persistence and change of PTSD symptomatology: A longitudinal twin control analysis of the Vietnam Era Twin Registry*, «Soc. Psychiat. Psychiat. Epidemiol.», 39(9), pp. 681-85.
- Rozee P. D. (2005), *Resistance: Successes and challenges*, in Barnes A. (Ed.), *The handbook of women, psychology, and the law*, Wiley, New York, NY.
- Rubertsson C., Waldenström U., Wickberg B., Radestad I., Hildingsson I. (2005), *Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample*, «J. Reprod. Infant Psychol.», 23(2), pp. 155-66.
- Rubin E. H. (2005), *Psychiatry and old age*, in Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed., pp.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Rubinstein S., Caballero B. (2000), *Is Miss America an undernourished role model?*, «JAMA», 283(12), p. 1569.
- Rudd M. D., Berman L., Joiner T. E., Nock M., Mandrusiak M., Van Orden K., et al. (2006), *Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical application*, «Suicide Life-Threat. Behav.», 36, pp. 255-62.
- Rufer M., Hand I., Alsleben H., Braatz A., Ortmann J., Katenkamp B., et al. (2005), *Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: A 7-year follow-up of a randomized double-blind trial*, «Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.», 255(2), pp. 121-8.
- Rurup M. L., Onwuteaka-Philipsen B. D., Van Der Wal, G., Van Der Heide A., Van Der Mass P. J. (2005), *A "suicide pill" for older people: Attitudes of physicians, the general population, and relatives of patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide in The Netherlands*, «Death Stud.», 29(6), pp. 519-34.
- Ruscio A. M., Brown T. A., Chiu W. T., Sareen J., Stein M. B., Kessler R. C. (2008), *Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication*, «Psychol. Med.», 38(1), pp. 15-28.
- Ruscio A. M., Chiu W. T., Roy-Byrne P., Stang P. E., Stein D. J., Wittchen H. U., Kessler R. C. (2007), *Broadening the definition of generalized anxiety disorder: Effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, «J. Anx. Disorders», 21(5), pp. 662-76.
- Russell G. (1979), *Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa*, «Psychol. Med.», 9(3), pp. 429-48.
- Russo N. F., Tartaro J. (2008) *Women and mental health*, in Denmark F. L., Paludi M. A. (Eds.), *Psychology of women: A handbook of issues and theories* (2nd ed.), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Ruta N., Cohen L. S. (1998), *Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines*, «J. Clin. Psychiat.», 59(Suppl. 2), pp. 34-40.
- Rycroft C. (1968), *Critical Dictionary of Psychoanalysis*; trad. it. *Dizionario critico di psicoanalisi*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1978.
- Saba G., Mekaoui L., Leboyer M., Schurhoff F. (2007), *Patients' health literacy in psychotic disorders*, «Neuropsychiat. Dis. Treat.», 3(4), pp. 511-7.
- Sachdev P. S., Chen X. (2009), *Neurosurgical treatment of mood disorders: traditional psychosurgery and the advent of deep brain stimulation*, «Current Opinion in Psychiatry» 22(1), pp. 25-31.
- Sackett P. R., Borneman M. J., Connelly B. S. (2008), *High stakes testing in higher education and employment*, «Amer. Psychologist», 63(4), pp. 215-27.
- Sacks O. (2000, May), *An anthropologist on Mars: Some personal perspectives on autism*, Keynote address, Eden Institute Foundation's Sixth Annual Princeton Lecture Series on Autism, Princeton, NJ.
- Sadavoy J. (2004), *Psychotropic drugs and the elderly: Fast facts*, W. W. Norton, New York, NY.
- Sadavoy J., Meier R., Ong A. Y. M. (2004), *Barriers to access to mental health services for ethnic seniors*, «The Toronto Study. Canad. J. Psychiat.», 49(3), pp. 192-9.
- Sadock B. J., Sadock V. A. (2007), *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.), Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Sajatovic M., Madhusoodanan S., Fuller M. A. (2008), *Clozapine*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Sakheim D. K., Hess E. P., Chivas A. (1988), *General principles for short-term inpatient work with multiple personality-disorder patients*, «Psychotherapy», 24, pp. 117-24.
- Salkovskis P. M. (1985), *Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis*, «Behav. Res. Ther.», 23, pp. 571-84.
- Salkovskis P. M. (1999), *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder*, «Behav. Res. Ther.», 37(Suppl. 1), S29-S52.
- Salkovskis P. M., Thorpe S. J., Wahl K., Wroe A. L., Forrester E. (2003), *Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients*, «J. Abnorm. Psychol.», 112(4), pp. 709-15.
- Salvatore G., Nicolo G., Dimaggio G. (2005), *Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder*, «Amer. J. Psychother.», 59(3), pp. 247-65.
- Salvini Palazzoli M. (1995), *L'anoressia mentale: dalla te-*

- rapia individuale alla terapia familiare*, Feltrinelli, Milano.
- Salzberger-Wittenberg I. (1970), *Psycho-analytic insight and relationships: Kleinian approach*; trad. it. *Teorie psicoanalitiche kleiniane e servizio sociale*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1971.
- Salzer M. S., Kaplan K., Atay J. (2006); *State psychiatric hospital census after the 1999 Olmstead decision: Evidence of decelerating deinstitutionalization*, «Psychiatr. Serv.», 57(10), pp. 1501-4.
- Salzman L. (1980), *Treatment of the Obsessive Personality*, Jason Aronson Inc. Publishers, New York, NY.
- SAMHSA (2007, January 26), *The NSDUH Report: Methamphetamine use*, Department of Health and Human Services, Washington DC.
- SAMHSA (2007, March 13). *Emergency room visits climb for misuse of prescription and over-the-counter drugs*, Department of Health and Human Services, Washington DC.
- SAMHSA (2008, June 16), *National survey on drug use and health*, Department of Health and Human Services, Washington DC.
- Samnaliev M., Clark R. E. (2008), *The economics of schizophrenia*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Sample I. (2005, November 30), *Mental illness link to art and sex*, «Guardian.co.uk», retrieved July 6, 2007, from <http://www.guardian.co.uk>
- Samuel V. J., Curtis S., Thornell A., George P., Taylor A., Brome D. R., et al. (1997), *The unexplored void of ADHD and African-American research: A review of the literature*, «J. Atten. Disorders», 1(4), pp. 197-207.
- Sánchez F. J., Vilain E. (2009), *Collective self-esteem as a coping resource for male-to-female transsexuals*, «Journal of Counseling Psychology», 56(1), pp. 202-9.
- Sandler J. C., Freeman N. J., Socia K. M. (2008), *Does a watched pot boil? A time-series analysis of New York State's sex offender registration and notification law*, «Psychology, Public Policy, and Law», 14(4), pp. 284-302.
- Sandler J. (1987), *The concept of projective identification*, in Sandler J., *Projection, identification, projective identification*, International Universities Press, Madison, CT.
- Sandler M. (1990), *Monoamine oxidase inhibitors in depression: History and mythology*, «J. Psychopharmacol.», 4(3), pp. 136-9.
- Sano M. (2003), *Noncholinergic treatment options for Alzheimer's disease*, «J. Clin. Psychiatr.», 64(Suppl. 9), pp. 23-8.
- Sansone R. A., Levitt J. L., Sansone L. A. (2005), *The prevalence of personality disorders among those with eating disorders*, «Eat. Disord.: J. Treat. Prev.», 13(1), pp. 7-21.
- Sansone R. A., Sansone L. A. (2009), *Suicide physician: A fleeting moment of despair*, «Psychiatry», 6(1), 18-22.
- Santisteban, D. A., Muir-Malcolm, J. A., Mitrani, V. B., Szapocznik, J. (2004), *Integrating the study of ethnic culture and family intervention science*, in Liddle H., Santisteban D. A., Levant R., Bray J. (Eds.), *Family psychology: Science-based interventions*, American Psychological Association Press, Washington, DC.
- Santtila P., Sandnabba N. K., Alison L., Nordling N. (2002), *Investigating the underlying structure in sado-masochistically oriented behavior*, «Arch. Sex. Behav.», 31(2), pp. 185-96.
- Santtila P., Sandnabba N. K., Nordling N. (2006), *Sado-masochism*. in McNulty R. D., Burnette M. M. (Eds.), (2006), *Sex and sexuality, Vol. 3: Sexual deviation and sexual offenses*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Sapolsky R. M. (2000), *Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders*, «Arch. Gen. Psychiatr.», 57, pp. 925-35.
- Sapolsky R. M. (2004), *Is impaired neurogenesis relevant to the affective symptoms of depression?*, «Biol. Psychiatr.», 56, pp. 137-9.
- Sar V., Akyuz G., Dogan O. (2007), *Prevalence of dissociative disorders among women in the general population*, «Psychiat. Res.», 149(1-3), pp. 169-76.
- Sareen J., Enns M. W., Cox B. J. (2004), *Potential for misuse of sedatives*, «Amer. J. Psychiatr.», 161, pp. 1722-3.
- Sarter M., Bruno J. P., Parikh V. (2007), *Abnormal neurotransmitter release in behavioral and cognitive disorders: toward concepts of dynamic and function-specific dysregulation*, «Neuropsychopharmacology», 32, 1452-61.
- Sarwer D. B., Gibbons L. M., Crerand C. E. (2004), *Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy*, «Psychiatr. Ann.», 32(12), pp. 934-41.
- Sassi R. B., Soares J. C. (2002), *Neural circuitry and signaling in bipolar disorder*, in Kaplan G. B., Hammer R. P. (Eds.), *Brain circuitry and signaling in psychiatry: Basic science and clinical implications*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Satterfield J. M. (2002), *Culturally sensitive cognitive-behavioral therapy for depression with low-income and minority clients*, in Patterson T., Kaslow F. W. (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Cognitive-behavioral approaches (vol.2)*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Savic I., Berglund H., Lindström P., Gustafsson J. A. (2005), *Brain response to putative pheromones in homosexual men*, «PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America», 102(20), pp. 7356-61.
- Savla G. N., Moore D. J., Palmer B. W. (2008), *Cognitive functioning*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Scher C. D., Steidtmann D., Luxton D., Ingram R. E. (2006), *Specific phobia: A common problem, rarely treated*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium, Vol. 1: Behavioral issues*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Scheuermann B., Webber J., Boutot E. A., Goodwin M. (2003), *Problems with personnel preparation in autism*

- spectrum disorders, «Focus Autism Other Dev. Disabil.», 18, pp. 197-206.
- Scheuffgen K., Happe F., Anderson M., Frith U. (2000), *High "intelligence," low "IQ"? Speed of processing and measured IQ in children with autism*, «Dev. Psychopathol.», 12(1), pp. 83-90.
- Schiffman J., Abrahamson A., Cannon T., LaBrie J., Parnas J. Schulsinger F., et al. (2001). *Early rearing factors in schizophrenia*, «Inter. J. Ment. Hlth.», 30(1), pp. 3-16.
- Schiffman J., LaBrie J., Carter J., Cannon T., Schulsinger F., Parnas J., et al. (2002), *Perception of parent-child relationships in high-risk families, and adult schizophrenia outcome of offspring*, «J. Psychiatr. Res.», 36(1), pp. 41-7.
- Schildkraut J. J. (1965), *The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence*, «Amer. J. Psychiat.», 122(5), pp. 509-22
- Schlesinger J., Ismail H. (Eds.) (2004), *Heroic, not disordered: Creativity and mental illness revisited: Comment*, «Brit. J. Psychiat.», 184(4), pp. 363-4.
- Schneider, K. J. (2003), *Existential-humanistic psychotherapies*, in Gurman A. S., Messer S. B.(Eds), *Essential Psychotherapies*, Guilford Press, New York, NY.
- Schneider, K.J. (2008), *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice*, Routledge, New York, NY.
- Schneider K. L., Shenassa E. (2008), *Correlates of suicide ideation in a population-based sample of cancer patients*, «J. Psychosoc. Oncology», 26(2), pp. 49-62.
- Schottenfeld R. S. (2008), *Opioid maintenance treatment*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Schreiber F. R. (1973), *Sybil*; trad. it *Sybil*, Mondadori, Milano 1974.
- Schreiber G. B., Robins M., Striegel-Moore R., Obarzanek E., Morrison J. A., Wright D. J. (1996), *Weight medication efforts reported by Black and White preadolescent girls: National heart, lung, and blood institute growth and health study*, «Pediatrics», 98, pp. 63-70.
- Schreibman L., Koegel R. L. (2005), *Training for parents of children with autism: Pivotal responses, generalization, and individualization of interventions*, in Hibbs E. D., Jensen P. S. (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed.), American Psychological Association, Washington, DC.
- Schroder M., Carroll R. (1999), *Sexological outcomes of gender reassignment surgery*, «J. Sex Educ. Ther.», 24(3), 137-46.
- Schuel H., Burkman L. J., Lippes J. Crickard K., Mahony M. C., Giuffrida A., et al. (2002), *Evidence that andamide-signalling regulates human sperm functions required for fertilization*, «Molecular Reproduction and Development», 63, pp. 376-87.
- Schultz L. T., Heimberg R. G., Rodebaugh T. L. (2008), *Social anxiety disorder*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Schultz L. T., Heimberg R. G., Rodebaugh T. L., Schneier F. R., Liebowitz M. R., Telch M. J. (2006), *The Appraisal of Social Concerns scale: Psychometric validation with a clinical sample of patients with social anxiety disorder*, «Behav. Ther.», 37(4), pp. 393-405.
- Schulze T. G., McMahon F. J. (2009), *The genetic basis of bipolar disorder*, in Zarate C. Jr., Manji H. K. (Eds.), *Bipolar depression: Molecular neurobiology, clinical diagnosis and pharmacotherapy*, Birkhauser, Cambridge, MA.
- Schuster M. A., Stein B. D., Jaycox L. H., Collins R. L., Marshall G. N., Elliot M. N., et al. (2001), *A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks*, «N. Engl. J. Med.», 20, pp. 1507-12.
- Schuurmans J., Comijs H. C., Beekman A. T. F., de Beurs E., Deeg D. J. H., Emmelkamp P. M. G., et al. (2005), *The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam*, «Acta Psychiatr. Scand.», 111(6), pp. 420-8.
- Schwab M. (1999), interviewed in Baum M. S., *Autism: Locked in a solitary world*, «HealthState», 17(2), pp. 18-22.
- Schwartz B. S., Stewart W. F. (2007), *Lead and cognitive function in adults: A questions and answers approach to a review of the evidence for cause, treatment, and prevention*, «Inter. Rev. Psychiat.», 19(6), pp. 671-92.
- Schwartz S. (1993), *Classic studies in abnormal psychology*, Mayfield Publishing, Mountain View, CA.
- Schwartz S., Johnson J. J. (1985), *Psychopathology of childhood*, Pergamon Press, New York.
- Scott J., Colom F. (2005), *Psychosocial treatments for bipolar disorders*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 28(2), pp. 371-84.
- Searles H.F. (1965), *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, International University Press, New York; *Scritti sulla schizofrenia*, Bollati Boringhieri, Torino 1974.
- Seeman M. V. (2008), *Gender*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Segal R. (2008), *The national association for retarded citizens*, The Arc, Silver Spring, MD.
- Segraves T., Althof S. (2002), *Psychotherapy and pharmacotherapy for sexual dysfunctions*, in Nathan P. E., Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed.), Oxford University Press, London, UK.
- Segrin C. (2000), *Social skills deficits associated with depression*, «Clin. Psychol. Rev.», 20(3), pp. 379-403.
- Seidman S. N., Rieder R. O. (1995), *Sexual behavior through the life cycle: An empirical approach*, in Oldham J. M., Riba M. B. (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 14), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Seligman M. E. P. (1971), *Phobias and preparedness*, «Behav. Ther.», 2, pp. 307-20.

- Seligman M. E. P. (1975), *Helplessness*, Freeman, San Francisco, CA.
- Selvini Palazzoli M. (1963), *L'anoressia mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
- Selkoe D. J. (1991), *Amyloid protein and Alzheimer's disease*, «Scientif. Amer.», 265, pp. 68-78.
- Selkoe D. J. (1992), *Alzheimer's disease: New insights into an emerging epidemic*, «J. Geriat. Psychiat.», 25(2), pp. 211-27.
- Selkoe D. J. (2000), *The origins of Alzheimer's disease: A is for amyloid*, «JAMA», 283(12), pp. 1615-7.
- Selkoe D. J. (2002), *Alzheimer's disease is a synaptic failure*, «Science», 298(5594), pp. 789-91.
- Sellbom M., Bagby R.M. (2010) *The Detection of Over-Reported psychopathology with the MMPI-2-RF (Restructured Form) Validity Scales*, «Psychol. Assess.», 22, pp. 757-67.
- Sellbom M., Toomey A., Wygant D. B., Kucharski L. T., Duncan S. (2010), *Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) Validity Scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-groups design*, Psychol. Assess., 22, pp. 22-3.
- Seto M. C., Maric A., Barbaree H. E. (2001), *The role of pornography in the etiology of sexual aggression*, «Aggress. Viol. Behav.», 6(1), pp. 35-53.
- Shadish W., Baldwin S. (2005), *Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 73, pp. 6-14.
- Shafan R. (2005), *Cognitive-behavioral models of OCD*, in Abramowitz J. S., Houts A. C. (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder*, Springer Science + Business Media, New York, NY.
- Shain B. N. (2007), *Suicide and suicide attempts in adolescents*, «Pediatrics», 120(3), pp. 669-78.
- Shapiro D. (1965), *Neurotic Styles*; trad. it. *Stili nevrotici*, Astrolabio, Roma 1969.
- Shapiro E. R. (2004), *Discussion of Ernst Prelinger's "Thoughts on hate and aggression"*, «Psychoanal. Study Child», 39, pp. 44-51.
- Shapiro J. L., Bernadett-Shapiro S. (2006), *Narcissism: Greek tragedy, psychological syndrome, cultural norm*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium, Vol. 1: Behavioral issues*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Sharf R. S. (2008), *Theories of Psychotherapy & Counseling: Concepts and Cases* (4th ed.), Thomson Brooks Cole, Belmont, CA.
- Sharma B. R. (2009), *Is attempted suicide an offense?*, «Aggression and Violent Behavior», 14(2), pp. 139-45.
- Sharma M. (Ed.) (2005), *Editorial: Improving interventions for prevention and control of alcohol use in college students*, «J. Alcohol Drug Educ.», 49(2), pp. 3-6.
- Shastry B. S. (2005), *Bipolar disorder: An update*, «Neurochem. Inter.», 46(4), pp. 273-9.
- Shaughnessy M. F., Main D., Madewell J. (2007), *An interview with Irvin Yalom*, «N. Amer. J. Psychol.», 9(3), pp. 511-8.
- Shaw K. (2004), *Oddballs and eccentrics*, Castle Books, Edison, NJ.
- Shcherbatykh I., Carpenter D. O. (2007), *The role of metals in the etiology of Alzheimer's disease*, «J. Alzheimer's Dis.», 11, pp. 191-205.
- Shear K., Jin R., Ruscio A. M., Walters E. E., Kessler R. C. (2006), *Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication*, «Amer. J. Psychiat.», 163(6), pp. 1074-83.
- Shedler J., Westen, D. (2004), *Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model*, «American Journal of Psychiatry», 161, pp. 1743-54.
- Shenefelt P. D. (2003), *Hypnosis-facilitated relaxation using self-guided imagery during dermatologic procedures*, «Amer. J. Clin. Hyp.», 45(3), pp. 225-32.
- Shenk D. (2001), *The forgetting: Alzheimer's: Portrait of an epidemic*, Doubleday, New York, NY.
- Sher L., Oquendo M. A., Falgalvy H. C., Grunebaum M. F., Burke A. K., Zalsman G., et al. (2005), *The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism*, «Addic. Behav.», 30(6), pp. 1144-53.
- Sheras P., Worchel S. (1979), *Clinical psychology: A social psychological approach*, Van Nostrand, New York, NY.
- Sherlock R. (1983), *Suicide and public policy: A critique of the "new consensus"*, «Bioethics», 4, pp. 58-70.
- Sherrer M. V., O'Hare T. (2008), *Clinical case management*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Sherry A., Whilde M. R. (2008), *Borderline personality disorder*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Sherwood P. R., Given C. W., Given B. A., Von Eye A. (2005), *Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients*, «J. Aging Hlth.», 17(2), pp. 125-47.
- Shirts B. H., Kim J. J., Reich S., Dickerson F. B., Yolken R.H., Devlin B., Nimgaonkar V.L. (2007), *Polymorphisms in MICB are associated with human herpes virus seropositivity and schizophrenia risk*, «Schizo Res.», 94(1-3), pp. 342-53.
- Shneidman E. S. (1963), *Orientations toward death: Subintentioned death and indirect suicide*, in White R. W. (Ed.), *The study of lives*, Atherton, New York, NY.
- Shneidman E. S. (1981), *Suicide*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 11(4), pp. 198-220.
- Shneidman E. S. (1985), *Definition of suicide*, Wiley, New York, NY.
- Shneidman E. S. (1987, march), *At the point of no return*, «Psychol. Today», pp. 55-8.
- Shneidman E. S. (1993), *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Shneidman E. S. (2001), *Comprehending suicide: Land-*

- marks in 20th-century suicidology, American Psychological Association, Washington, DC.
- Shneidman E. S. (2005), *Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide*, «Clin. Neuropsychiat.: J. Treat. Eval.», 2(1), pp. 7-12.
- Shneidman E. S. (2005), *How I read*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 35(2), pp. 117-20.
- Shneidman E. S. (2005), *Prediction of suicide revisited: A brief methodological note*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 35(1), pp. 1-2.
- Shneidman E. S., Farberow N. (1968), *The Suicide Prevention Center of Los Angeles*, in Resnick H. L. P. (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnosis and management*, Little Brown, Boston, MA.
- Shneidman E. S., Mandelkorn P. (1983, 1967), *How to prevent suicide*, Public Affairs Pamphlets, New York City.
- Siegel B., Ficcaglia M. (2006), *Pervasive developmental disorders*, in Hersen M., Thomas J. C. (Series Eds.), Ammerman R. T. (Vol. Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Vol. 3: Child psychopathology*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Siegel R. K. (1990), in Sherlock J., *Getting high - Animals do it, too*, «USA Today», p. 1A.
- Sifneos P. E. (1973), *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*, «Psychotherapy and Psychosomatics», 22, 255-62.
- Sikstrom S., Soderlund G. (2007), *Stimulus-dependent dopamine release in attention-deficit/hyperactivity disorder*, «Psychol. Rev.», 114(4), pp. 1047-75.
- Silbersweig D. A., Stern E., Frith C., Cahill C., et al. (1995), *A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia*, «Nature», 378, pp. 176-9.
- Silverman I. W., Ragusa D. M. (1992), *A short-term longitudinal study of the early development of self-regulation*, «Journal of Abnormal Child Psychology», 20, pp. 415-35.
- Simard V., Nielsen T. A., Tremblay R. E., Boivin M., Montplaisir J. Y. (2008), *Longitudinal study of bad dreams in preschool-aged children: Prevalence, demographic correlates, risk and protective factors*, «Sleep», 31(1), pp. 62-70.
- Simmon J. (1990), *Media and market study. In skin deep: Our national obsession with looks*, «Psychol. Today», 26(3), p. 96.
- Simms L. J., Casillas A., Clark L. A., Watson D., Doebbeling B. N. (2005), *Psychometric evaluation of the Restructured Clinical scales of the MMPI-2*, «Psychol. Assess.», 17, pp. 345-58.
- Simon W. (2009), *Follow-up psychotherapy out come of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review*, «International Journal of Psychiatry in Clinical Practice», 13(2), pp. 153-65.
- Singer M.T., Wynne L.C. (1965), *Thought disorder and family relations of schizophrenics: III. Methodology using projective techniques*, «Archives of General Psychiatry», 12, pp. 187-200.
- Sirigatti S., Casale S. (2011), *Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: Motivi della ristrutturazione, descrizione dello strumento e prime applicazioni*, «ITEMS», 20, pp. 1-3.
- Sirigatti S., Casale S., Giangrasso B. (2011), *Counseling universitario: Il contributo del MMPI-2 e del MMPI-2-RF nell'assessment dei problemi psicologici degli studenti*, «Counseling», 4(1), pp. 39-53.
- Sirigatti S., Faravelli C. (in press), *MMPI-2-RF: Adattamento italiano. Taratura, proprietà psicometriche e correlati empirici*, Giunti O.S., Firenze.
- Sirigatti S., Stefanile C. (2011), *MMPI-2: aggiornamento all'adattamento italiano*, Giunti O.S., Firenze.
- Sit D., Rothschild A. J., Wisner K. L. (2006), *A review of postpartum psychosis*, «J. Women's Hlth.», 15(4), pp. 352-68.
- Sizemore C. C. (1991), *A mind of my own: The woman who was known as "Eve" tells the story of her triumph over multiple personality disorder*, William Morrow, New York, NY.
- Sizemore C. C., Pittillo E. S. (1977), *I'm Eve*, Doubleday, Garden City, NY.
- Sjolie I. I. (2002), *A logotherapist's view of somatization disorder and a protocol*, «Int. For. Logo Therapy», 25(1), 24-9.
- Skelton G. (2004, may 6), *The State; George Skelton/CAPITOL JOURNAL; For mentally ill, ballot box budgeting might be the ansie*, «Los Angeles Times» [Home ed.], part B, p. 8.
- Skodol A. E. (2005), *The borderline diagnosis: Concepts, criteria, and controversies*, in Gunderson J. G., Hoffman P. D. (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Skodol A. E. (2009), *Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity*, in Oldham J. M., Skodol A. E., Bender D. S. (Eds.), *Essentials of personality disorders*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA.
- Skodol A. E., Grilo C. M., Pagano M. E., Bender D. S., Gunderson J. G., Shea M. T., et al. (2005), *Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder*, «J. Psychiat. Pract.», 11(6), pp. 363-8.
- Skodol A. E., Gunderson J. G., McGlashan T. H., Dyck I. R., Stout R. L., Bender D. S., et al. (2002), *Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder*, «Amer. J. Psychiat.», 159(2), pp. 276-83.
- Sloan D. M. (2002), *Does warm weather climate affect eating disorder pathology?*, «Inter. J. Eat. Disorders», 32, pp. 240-4.
- Sloboda Z. (2009), *School prevention*, in Leukefeld C. G., Guillotha T. P., Staton-Tindall M. (Eds.), *Adolescent substance abuse: Evidence-based approaches to prevention and treatment*, Springer Science + Business Media, New York, NY.
- Slovenko R. (2006), *Editorial: Patients who deceive*, «Inter. J. Offender Ther. Compar. Criminology», 50(3), pp. 241-4.

- Smerud P. E., Rosenfarb I. S. (2008), *The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 76(3), pp. 505-10.
- Smith A. (2006), *Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution*, «Psychol. Record», 56(1), pp. 3-21.
- Smith D. B. (2007, march 25), *Can you live with the voices in your head?*, «New York Times», retrieved from <http://www.nytimes.com>
- Smith I., Bryson S. (1994), *Imitation and action in autism: A critical review*, «Psychological Bulletin», 116, pp. 259-73.
- Smith T., Lovaas N. W., Lovaas O. I. (2002), *Behaviors of children with high-functioning autism when paired with typically developing versus delayed peers: A preliminary study*, «Behav. Intervent.», 17(3), pp. 129-43.
- Smoller J. W., Rosenbaum J. F., Biederman J., Kennedy J., Dai D., Racette S. R., et al. (2003), *Association of a genetic marker at the corticotropin-releasing hormone locus with behavioral inhibition*, «Biol Psychiat.», 54(12), pp. 1376-81.
- Smyth J. M., Pennebaker J. W. (2001), *What are the health effects of disclosure?*, in Baum A., Revenson T. A., Singer J. E. (Eds.), *Handbook of health psychology*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Snipes J. B., Maguire E. R. (1995), *Country music, suicide, and spuriousness*, «Soc. Forces», 74, pp. 327-9.
- Snow E. (1976, december), *In the snow*, «Tex. Mon. Mag.».
- Snow M. S., Wolff L., Hudspeth E. F., Etheridge L. (2009), *The practitioner as researcher: Qualitative case studies in play therapy*, «International Journal of Play Therapy», 18(4), pp. 240-50.
- Snyder D. K., Castellani A. M. (2006), *Current status and future directions in couple therapy*, «Annu. Rev. Psychol.», 57, pp. 317-44.
- Snyder D. K., Castellani A. M., Whisman M. A. (2006), *Current status and future directions in couple therapy*, «Annu. Rev. Psychol.», 57, pp. 317-44.
- Snyder W. V. (1947), *Casebook of non-directive counseling*, Houghton Mifflin, Boston, MA.
- So J. K. (2008), *Somatization as cultural idiom of distress: Rethinking mind and body in a multicultural society*, «Counseling Psychology Quarterly», 21(2), pp. 167-74.
- Soban C. (2006), *What about the boys? Addressing issues of masculinity within male anorexia nervosa in a feminist therapeutic environment*, «Inter. J. Men's Hlth.», 5(3), pp. 251-67.
- Sobczak S., Honig A., van Duinen M. A., Riedel W. J. (2002), *Serotonergic dysregulation in bipolar disorders: A literature review of serotonergic challenge studies*, «Bipolar Disord.», 4(6), pp. 347-56.
- Sohn A., Grayson C. (2005), *Parenting your Asperger child*, Perigree, New York, NY.
- Soliman M., Santos A. M., Lohr J. B. (2008), *Emergency, inpatient, and residential treatment*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Soloff P. H. (2005), *Pharmacotherapy in borderline personality disorder*, in Gunderson J. G., Hoffman P. D. (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Soloff P. H., Fabio A., Kelly T. M., Malone K. M., Mann J. J. (2005), *High-lethality status in patients with borderline personality disorder*, «J. Pers. Disorders», 19(4), pp. 386-99.
- Solter V., Thaller V., Bagaric A., Karlovic D., Crnkovic D., Potkonjak J. (2004), *Study of schizophrenia comorbid with alcohol addiction*, «Eur. J. Psychiat.», 18(1), pp. 15-22.
- Somers J. M., Goldner E. M., Waraich P., Hsu L. (2004), *Prevalence studies of substance-related disorders: A systematic review of the literature*, «Canad. J. Psychiat.», 49(6), pp. 373-84.
- Sommers-Flanagan J., Sommers-Flanagan R. (2003), *Clinical interviewing* (3rd ed.), Wiley, New York, NY.
- Sommers-Flanagan J., Sommers-Flanagan R. (2007), *Our favorite tips for interviewing couples and families*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 30(2), 275-81.
- Sontag D., Alvarez L. (2008), *In More Cases, Combat Trauma Is Taking the Stand*, «New York Times», January 27, 2008.
- Sorensen J. L., Copeland A. L. (2000), *Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: A review*, «Drug Alc. Rev.», 59(1) pp. 17-31.
- Sorrentino D., Mucci A., Merlotti E., Galderisi S., Maj M. (2005), *Modified nutritional counselling to increase motivation to treatment in anorexia nervosa* «Eur. Psychiat.», 20(2), pp. 186-7.
- Soukup J. E. (2006), *Alzheimer's disease: New concepts in diagnosis, treatment, and management*, in Plante T. G. (Ed.), *Mental disorders of the new millennium, Vol. 3: Biology and function*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Spagnolo A. B., Murphy A. A., Librera L. A. (2008), *Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness*, «Psychiatr. Rehab. J.», 31(3), pp. 186-93.
- Spalter A. R., Gwirtsman H. E., Demitrack M. A., Gold P. W. (1993), *Thyroid function in bulimia nervosa*, «Biol. Psychiat.», 33, pp. 408-14.
- Sparling J., Dragomir C., Ramey S. L., Florescu L. (2005), *An educational intervention improves developmental progress of young children in a Romanian orphanage*, «Infant Ment. Hlth. J.», 26(2), pp. 127-42.
- Sperry L. (2003), *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders* (2nd ed.), Brunner-Routledge, New York, NY.
- Sperry L. (2009), *Hypertension*, in Sperry L., *Treatment of chronic medical conditions: Cognitive behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Speziale-Bagliacca R. (1997), *Colpa: considerazioni su rimorso, vendetta e responsabilità*, **Astrolabio, Roma**.
- Speziale-Bagliacca R. (2010), *Come vi stavo dicendo: nuove tecniche in psicoanalisi*, Astrolabio, Roma
- Spiegel A. (2005), *The dictionary of disorder*, «The New Yorker», January 3, p. 56-63.

- Spiegel D. (1990), *Hypnosis, dissociation and trauma: Hidden and overt observers*, in Singer J. L. (Ed), *Repression and dissociation: Implication for personality theory, psychopathology, and health*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Spiegel D. (1994), *Dissociative disorders*, in Hales R. E., Yudofsky S. C., Talbott J. A. (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Spiegel D., Fawzy F. I. (2002), *Psychosocial interventions and prognosis in cancer*, in Koenig H. G., Cohen H. J. (Eds.), *The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*, Oxford University Press, New York, NY.
- Spiegler M. D., Guevremont D. C. (2003), *Contemporary behavior therapy*, Thomson/Wadsworth, Belmont, CA.
- Spielberger C. D. (1966), *Theory and research on anxiety*, in Spielberger C. D. (Ed.), *Anxiety and Behavior*, Academic Press, New York, NY.
- Spielberger C. D. (1972), *Anxiety as an emoziona state*, in Spielberger C. D. (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1), Academic Press, New York, NY.
- Spielberger C. D. (1985), *Anxiety, cognition, and affect: A state-trait perspective*. in Tuma A. H., Maser J. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Spinewine A., Swine C., Dhillon S., Franklin B. D., Tulkins P. M., Wilmotte L., et al. (2005), *Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: Qualitative study*, «Brit. Med. J.», 331(7522), october, [np].
- Spirito A., Esposito-Smythers C. (2008), *Evidence-based therapies for adolescent suicidal behavior*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York, NY.
- Spitz, R. A. (1945), *Hospitalism: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood*, «Psychoanalytic Study of the Child», 1, pp. 53-74.
- Spitz R. A. (1963), *La première année de la vie de l'enfant*; trad. it. *Il primo anno di vita*, Armando, Roma 1973.
- Spitz R. A. (1965), *The first year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*, International Universities Press, New York, NY.
- Spitzer R. L., Gibbon M., Skodol A. E., Williams J. B. W., First M. B. (Eds.) (1994), *DSM-IV casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Spitzer R. L., Skodol A., Gibbon M., Williams J. B. W. (1981), *DSM-III case book* (1st ed.), American Psychiatric Press, Washington, DC
- Spitzer R. L., Skodol A., Gibbon M., Williams J. B. W. (1983), *Psychopathology: A Case Book*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Sprecher S., Hatfield E. (1996), *Premarital sexual standards among U. S. college students: Comparison with Russian and Japanese students*, «Arch. Sex. Behav.», 25(3), pp. 261-88.
- Springman R. E., Wherry J. N., Notaro P. C. (2006), *The effects of interviewer race and child race on sexual abuse disclosures in forensic interviews*, «J. Child Sex. Abuse», 15(3), pp. 99-116.
- Squire L. R. (1977), *ECT and memory loss*, «Amer. J. Psychiat.», 134, pp. 997-1001.
- Squire L. R., Slater P. C. (1983), *Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction: A prospective three-year follow-up study*, «Brit. J. Psychiat.», 142, pp. 1-8.
- Sramek J. J., Pi E. H. (1996), *Ethnicity and antidepressant response*, «Mt. Sinai J. Med.», 63, pp. 320-5.
- Stacciarini J. M. R., O'Keefe M., Mathews M. (2007), *Group therapy as treatment for depressed Latino women: A review of the literature*, «Issues Ment. Hlth. Nurs.», 28(5), pp. 473-88.
- Stack S. (1987), *Celebrities and suicide: A taxonomy and analysis, 1948-1983*, «Amer. Sociol. Rev.», 52, pp. 401-12.
- Stack S. (2003), *Media coverage as a risk factor in suicide*, «J. Epidemiol. Comm. Hlth.», 57(4), pp. 238-40.
- Stack S. (2004), *Emile Durkheim and altruistic suicide*, «Arch. Suic. Res.», 8(1), pp. 9-22.
- Stack S. (2005), *Suicide in the media: A quantitative review of studies based on nonfictional stories*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 35(2), pp. 121-33.
- Stack S., Gundlach J. (1992), *The effect of country music on suicide*, «Soc. Forces», 71, pp. 211-8.
- Stack S., Gundlach J., Reeves J. L. (1994), *The heavy metal subculture and suicide*, «Suic. Life-Threat. Behav.», 24, pp. 15-23.
- Stack S., Kposowa A. J. (2008), *The association of suicide rates with individual-level suicide attitudes: A cross-national analysis*, «Soc. Sci. Quart.», 89(1), pp. 39-59.
- Stack S., Wasserman I. (2009), *Gender and suicide risk: The role of wound site*, «Suicide and Life-Threat. Behavior», 39(1), pp. 13-20.
- Stagnitti M. N. (2005, may), *Antidepressant use in the U.S. civilian noninstitutionalized population, 2002* (MEPS-HC, Statistical Brief No. 77).
- Stanley B., Brodsky B. S. (2005), *Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality disorder: A self-regulation model*, in Gunderson J. G., Hoffman P. D. (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Stanley B., Molcho A., Stanley M., Winchel R., Gameroff M. J., Parsons B., et al. (2000), *Association of aggressive behavior with altered serotonergic function in patients who are not suicidal*, «Amer. J. Psychiat.», 157(4), pp. 609-14.
- Stanley M., Stanley B., Traskman-Bendz L., Mann J. J., Meyendorff E. (1986), *Neurochemical findings in suicide completers and suicide attempters*, in Maris R. W. (Ed.), *Biology of suicide*, Guilford Press, New York, NY.

- Stanley M., Virgilio J., Gershon S. (1982), *Tritiated imipramine binding sites are decreased in the frontal cortex of suicides*, «Science», 216, pp.1337-9.
- Steege J. F., Ling F. W. (1993), *Dyspareunia: A special type of chronic pelvic pain*, «Obstet. Gynecol. Clin. North Am.», 20, pp. 779-93.
- Steele R. G., Roberts M. C., Elkin T. D. (2008), *Evidence-based therapies for children and adolescents: Problems and prospects*, in Steele R. G., Elkin T. D., Roberts M. C. (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, Springer, New York, NY.
- Steffen K. J., Roerig J. L., Mitchell J. E., Uppala S. (2006), *Emerging drugs for eating disorder treatment*, «Expert Opinion on Emerging Drugs», 11(2), pp. 315-36.
- Stein D. J., Fineberg N. A. (2007), *Obsessive-compulsive disorder*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Stein J. (2003, august 4), *Just say Om*, «Time», 162(5), pp. 48-56.
- Steiner H., Smith C., Rosenkranz R. T., Litt I. (1991), *The early care and feeding of anorexics*, «Child Psychiat. Human Dev.», 21(3), pp. 163-7.
- Steinhausen H. C. (2009), *Outcome of eating disorders*, «Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America», 18(1), pp. 225-42.
- Steinhausen H. C. (2002), *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*, «Amer. J. Psychiat.», 159(8), pp. 1284-93.
- Steinhausen H. C., Boyadjieva S., Grigoriou-Serbanescu M., Seidel R., Winkler-Metzke C. (2000), *A transcultural outcome study of adolescent eating disorders*, «Acta Psychiatr. Scand.», 101(1), pp. 60-6.
- Steketee G., Frost R., Bhar S., Bouvard M., Clamari J., Carmin C., et al. (2003), *Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Part I*, «Behav. Res. Ther.», 41(8), pp. 863-78.
- Stern A. (1938), *Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses*, «Psychoanal. Q.», 7, pp. 467-89.
- Sternberg R. J., Grigorenko E. L., Bundy D. A. (2001), *The predictive value of IQ*, «Merrill-Palmer Q.», 47(1), pp. 1-41.
- Stetter F., Kupper S. (2002), *Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies*, «Appl. Psychophysiol. Biofeedback», 27(1), pp. 45-98.
- Stevens J., Harman J. S., Kelleher K. J. (2005), *Race/ethnicity and insurance status as factors associated with ADHD treatment patterns*, «J. Child Adol. Psychopharmacol.», 15(1), pp. 88-96.
- Stevens L. M., Lynn C., Glass R. M. (2002), *Postpartum depression*, «JAMA», 287(6), p. 802.
- Stevenson R. W. D., Elliott S. L. (2007), *Sexuality and illness*, in Leiblum S. R. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Stewart A. (2004), *Prevention of eating disorders*, in Harper P. B., Dwivedi K. N. (Eds.), *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health: A handbook*, Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia, PA.
- Stewart T. M., Williamson D. A. (2008), *Bulimia nervosa*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Stice E., Hayward C., Cameron R. P., Killen J. D., Taylor C. B. (2000), *Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study*, «J. Abnorm. Psychol.», 109(3), pp. 438-44.
- Stolberg R. A., Clark D. C., Bongar B. (2002), *Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Stone M. H. (1989), *Schizoid personality disorder*, in Karasu B. T. (Ed.) *Treatments of psychiatric disorders: A task force report of the American Psychiatric Association*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Stone M.H. (Eds.) (1986), *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*, New York University Press, New York, NY.
- Stone T. H., Winslade W. J., Klugman C. M. (2000), *Sex offenders, sentencing laws and pharmaceutical treatment: A prescription for failure*, «Behav. Sci. Law», 18(1), pp. 83-110.
- Strain E. C., Lofwall M. R. (2008), *Buprenorphine maintenance*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Stratton V. N., Zalanowski A. H. (1994), *Affective impact of music vs. lyrics*, «Empir. Stud. Arts», 12(2), pp. 173-84.
- Strickland B. R., Hale W. D., Anderson L. K. (1975), *Effect of induced mood states on activity and self-reported affect*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 43(4), p. 587.
- Strickland T. L., Ranganath V., Lin K. M., Poland R. E., Mendoza R., Smith M. W. (1991), *Psychopharmacologic considerations in the treatment of black American populations*, «Psychopharmacol. Bull.», 27, pp. 441-8.
- Striegel-Moore R. H., Fairburn C. G., Wilfley D. E., Pike K. M., Dohm F.-A., Kraemer H. C. (2005), *Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: A community-based case-control study*, «Psychol. Med.», 35(6), pp. 907-17.
- Strober M., Freeman R., Lampert C., Diamond J., Kaye W. (2000), *Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndrome*, «Amer. J. Psychiat.», 157(3), pp. 393-401.
- Strober M., Freeman R., Lampert C., Diamond J., Kaye W. (2001), *Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives*, «Inter. J. Eat. Disorders», 29(3), pp. 264-9.
- Strober M., Yager J. (1985), *A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents*, in

- Garner D. M., Garfinkel P.E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, Guilford Press, New York, NY.
- Stromme P., Magnus P. (2000), *Correlations between socioeconomic status, IQ and aetiology in mental retardation: A population-based study of Norwegian children*, «Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.», 35(1), pp. 12-8.
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J. (2008), *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*, New Harbinger Publications, Oakland, CA.
- Strothers H. S., Rust G., Minor P., et al. (2005), *Prescription of pharmacotherapy for depression in elderly people varies with age, race, gender, and length of care*, «J. Amer. Ger. Soc.», 53, pp. 456-61.
- Strümpfel U. (2006), *Therapie der Gefühle: Forschungsbefunde zur Gestalttherapie*, Edition Humanistische Psychologie - Ehp, Köln.
- Strümpfel, U. (2004), *Research on Gestalt Therapy*, «International Gestalt Journal», 27(1), pp. 9-54.
- Stuart S. (2008), *What is IPT? the basic principles and the inevitability of change*, «Journal of Contemporary Psychotherapy», 38(1), pp. 1-10.
- Stuart S., Noyes R., Jr., Starcevic V., Barsky A. (2008), *An integrative approach to somatoform disorders combining interpersonal and cognitive-behavioral theory and techniques*, «J. Contemp. Psychother.», 38(1), pp. 45-53.
- Stuart S., O'Hara M. W., Gorman L. L. (2003), *The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression*, «Arch. Women's Ment. Hlth.», 6(Suppl. 2), pp. s57-s69.
- Stunkard A. J. (1975), *From explanation to action in psychosomatic medicine: The case of obesity*, «Psychosom. Med.», 37, pp. 195-236.
- Stunkard A. J., Sorenson T. I. A., Hanis C., Teasdale T. W., et al. (1986), *An adoption study of human obesity*, «N. Engl. J. Med.», 314, pp. 193-8.
- Sturmey P. (2008), *Adults with intellectual disabilities*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Suarez E. C. (2004), *C-reactive protein is associated with psychological risk factors of cardiovascular disease in apparently healthy adults*, «Psychosom. Med.», 66(5), pp. 684-91.
- Sudak H., Maxim K., Carpenter M. (2008), *Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections*, «Academ. Psychiat.», 32(2), pp. 136-42.
- Sudhalter V., Cohen I. L., Silverman W., Wolf-Schein, E. G. (1990), *Conversational analyses of males with fragile X, Down syndrome, and autism: Comparison of the emergence of deviant language*, «Amer. J. Ment. Retard.», 94, pp. 431-41.
- Sue D. W., Sue D. (2003), *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (4th ed.), Wiley, New York, NY.
- Suhail K., Nisa Z. (2002), *Prevalence of eating disorders in Pakistan: Relationship with depression and body shape*, «Eat. Weight Disord.», 7(2), pp. 131-8.
- Suinn R. M. (2001), *The terrible twos—anger and anxiety*, «Amer. Psychologist», 56(1), pp. 27-36.
- Sullivan H.S. (1924-35 [1962]), *Schizophrenia as a human process*; trad. it. *Scritti sulla schizofrenia*, Feltrinelli, Milano 1993.
- Sullivan H. S. (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*, Norton, New York, NY; trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1962.
- Suppes T., Baldessarini R. J., Faedda G. L., Tohen M. (1991), *Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder*, «Arch. Gen. Psychiat.», 48(12), pp. 1082-8.
- Suppes T., Kelly D. I., Perla J. M. (2005), *Challenges in the management of bipolar depression*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 5), pp. 11-6.
- Svartberg M., Stiles T. C., Seltzer M. H. (2004), *Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders*, «American Journal of Psychiatry», 161, pp. 810-7.
- Swaab D. F. (2005), *The role of hypothalamus and endocrine system in sexuality*, in Hyde J. S. (Ed.), *Biological substrates of human sexuality*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Swann A. C. (2005), *Long-term treatment in bipolar disorder*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 1), pp. 7-12.
- Swayze V. W. (1995), *Frontal leukotomy and related psychosurgical procedures in the era before antipsychotics (1935-1954): A historical overview*, «Amer. J. Psychiat.», 152(4), pp. 505-15.
- Swendsen J. D., Mazure C. M. (2000), *Life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodology*, «Clin. Psychol.: Sci. Prac.», 7(1), pp. 17-31.
- Szabo M., Lovibond P. F. (2004), *The cognitive content of thought-listed worry episodes in clinic-referred anxious and nonreferred children*, «J. Clin. Child Adol. Psychol.», 33(3), pp. 613-22.
- Szegedy-Maszak M. (2005), *The worst of all bets*, «U. S. News & World Report», 138(19), pp. 53-4.
- Tacon A., Caldera Y. (2001), *Behavior modification*, in McComb R., Jacalyn J. (Eds.), *Eating disorders in women and children: Prevention, stress management, and treatment*, CRC Press, Boca Raton, FL.
- TADS (Treatment for Adolescents with Depression Study Team, U.S.) (2004), *Fluoxetine, cognitive behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial*, «JAMA», 292(7), pp. 807-20.
- TADS (Treatment for Adolescents with Depression Study Team, U.S.) (2007), *The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Long-term effectiveness and safety outcomes*, «Arch. Gen. Psychiat.», 64(10), pp. 1132-44.

- Tafet G. E., Feder D. J., Abulafia, D. P., Roffman S. S. (2005), *Regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal activity in response to cognitive therapy in patients with generalized anxiety disorder*, «Cog. Affect. Behav. Neurosci.», 5(1), pp. 37-40.
- Tallis F., Davey G., Capuzzo N. (1994), *The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation*, in Davey G., Tallis F. (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*, John Wiley, Chichester, UK.
- Tamblin R., Abrahamowicz M., du Berger R., McLeon P., Bartlett G. (2005), *A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users*, «J. Amer. Ger. Soc.», 53(2), pp. 233-41.
- Tamminga C. A., Shad M. U., Ghose S. (2008), *Neuropsychiatric aspects of schizophrenia*, in Yudofsky S. C., Hales R. E. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of neuropsychiatry and behavioral neurosciences* (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Tanner L. (2008, may 8), *Medical know-how raises suicide risk for doctors*, «Yahoo! News», retrieved may 8, 2008, from <http://news.yahoo.com>
- Tarkan L. (2008, June 24), *Doctors Say Medication is Overused in Dementia*, «New York Times», retrieved from <http://www.nytimes.com>
- Tarrier N. (2008), *Schizophrenia and other psychotic disorders*, in Barlow D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Tarrier N., Taylor K., Gooding P. (2008), *Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and metaanalysis*, «Behav. Mod.», 32(1), pp. 77-108.
- Tashkin D. P. (2001), *Airway effects of marijuana, cocaine, and other inhaled illicit agents*, «Curr. Opin. Pulm. Med.», 7(2), pp. 43-61.
- Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. (Eds.), (2007), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Tate D. C., Reppucci N. D., Mulvey E. P. (1995), *Violent juvenile delinquents*, «Amer. Psychologist», 50(9), pp. 777-81.
- Taube-Schiff M., Lau M. A. (2008), *Major depressive disorder*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Taylor D. J., McCrae C. M., Gehrman P., Dautovich N., Lichtein K. L. (2008), *Insomnia*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization and treatment, Vol. 1: Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Taylor G. M., Ste. Marie D. M. (2001), *Eating disorders symptoms in Canadian female pair and dance figure skaters*, «Int. J. Sport Psychol.», 32(1), pp. 21-8.
- Taylor, S. (2010), *Posttraumatic stress disorder*, in McKay D., Abramowitz J. S., Taylor S. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Taylor S. E. (2004), *The accidental neuroscientist: Positive resources, stress responses, and course of illness*, in Bertson G. G., Cacioppo J. T. (Eds.), *Essays in social neuroscience*, The MIT Press, Cambridge, MA.
- Taylor S. E. (2006), *Health psychology* (6th ed.), McGraw-Hill, New York, NY.
- Teicher M. H., Andersen S. L., Navalta C. P., Tomoda A., Polcari A., Kim D. (2008), *Neuropsychiatric disorders of childhood and adolescence*, in Yudofsky S. C., Hales R. E. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of neuropsychiatry and behavioral neurosciences* (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Telch C. F., Agras W. S. (1993), *The effects of a very low calorie diet on binge eating*, «Behav. Ther.», 24, pp. 177-93.
- Tellegen A. (1988), *The Analysis of Consistency in Personality Assessment*, «Journal of Personality», 56, pp. 621-663.
- Tellegen A., Ben-Porath Y. S., McNulty J. L., Arbisi P. A., Graham J. R. e Kaemmer B. (2003), *The MMPI-2 Restructured Clinical Scales: Development, validation, and interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Tenhula W. N., Bellack A. S. (2008), *Social skills training*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- ter Kuile M. M., Bulté I., Weijenberg P. T. M., Beekman A., Melles R., Onghena P. (2009), *Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A replicated single-case design*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 77(1), pp. 149-59.
- Teri L., Lewinsohn P. M. (1986), *Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome*, «Behav. Ther.», 17(3), pp. 215-28.
- Thakker J., Ward T. (1998), *Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM- IV*, «Clin. Psych. Rev.», 18, pp. 501-29.
- Thase M. E. (2005), *Correlates and consequences of chronic insomnia*, «Gen. Hosp. Psychiat.», 27(2), pp. 100-12.
- Thase M. E., Jindal R., Howland R. H. (2002), *Biological aspects of depression*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Thase M. E., Trivedi M. H., Rush A. J. (1995), *MAOIs in the contemporary treatment of depression*, «Neuropsychopharmacology», 12(3), pp. 185-219.
- Theodorou S., Haber P. S. (2005), *The medical complications of heroin use*, «Curr. Opin. Psychiat.», 18(3), pp. 257-63.
- Thigpen C. H., Cleckley H. M. (1957), *The three faces of Eve*; trad. it. *La donna dai tre volti*, Longanesi e C., Milano 1959.

- Thöma H. (1967), *Anorexia nervosa*, International University Press, New York, NY.
- Thomas M. L., Locke D. E. C. (2010), *Psychometric properties of the MMPI-2-RF Somatic Complaints (RC1) Scale*, «Psychol. Assess.», 22, pp. 492-503.
- Thompson A. H., Stuart H., Bland R. C., Arboleda-Florez J., Warner R., Dickson R. A. (2002), *Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia*, «Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.», 37(10), pp. 475-82.
- Thompson-Brenner H., Weingeroff J., Westen D. (2009), *Empirical support for psychodynamic psychotherapy for eating disorders*, in Levy R. A., Ablon J. S. (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*, Humana Press, Totowa, NJ.
- Thoresen C. E., Plante T. G. (2005), *Spirituality, religion, and health: What we know and what should you know?* «Clinician's Res. Dig., Suppl. Bull.» 32, pp. 1-2.
- Tierney A. J. (2000), *Egas Moniz and the origins of psychosurgery: A review commemorating the 50th anniversary of Moniz's Nobel Prize*, «J. Hist. Neurosci.», 9(1), pp. 22-36.
- «Time», (1982, october 25), p. 70.
- Tjaden P., Thoennes N. (2000), *Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey*, «Violence Against Women», 6(2), pp. 142-61.
- Tolan P., Gorman-Smith D., Henry D. (2006), *Family violence*, «Annu. Rev. Psychol.», 57, pp. 557-83.
- Tolin D. F., Meunier S. A. (2008), *Contamination and decontamination*, in Abramowitz J. S., McKay D., Taylor S. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*, Elsevier, Oxford, UK
- Tonigan J. S., Connors G. J. (2008), *Psychological mechanisms in Alcoholics Anonymous*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Torgersen S. (1983), *Genetic factors in anxiety disorders*, «Arch. Gen. Psychiat.», 40, pp. 1085-9.
- Torgersen S. (1983), *Genetics of neurosis: The effects of sampling variation upon the twin concordance ratio*, «Brit. J. Psychiat.», 142, pp. 126-32.
- Torgersen S. (1984), *Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders: A twin study*, «Arch. Gen. Psychiat.», 41, pp. 546-54.
- Torgersen S. (1990), *Comorbidity of major depression and anxiety disorders in twin pairs*, «Amer. J. Psychiat.», 147, pp. 1199-202.
- Torgersen S. (2000), *Genetics of patients with borderline personality disorder*, «Psychiatr. Clin. N. Amer.», 23(1), pp. 1-9.
- Toro J., Cervera M., Feliu M. H., Garriga N., Jou M., Martínez E., Toro E. (2003), *Cue exposure in the treatment of resistant bulimia nervosa*, «Inter. J. Eat. Disorders», 34(2), pp. 227-34.
- Toro J., Gila A., Castro J., Pombo C., Guete O. (2005), *Body image, risk factors for eating disorders and socio-cultural influences in Spanish adolescents*, «Eat. Weight Disord.», 10(2), pp. 91-7.
- Torrey E. F. (1991), *A viral-anatomical explanation of schizophrenia*, «Schizo. Bull.», 17(1), pp. 15-8.
- Torrey E. F. (1999, april 16), interviewed in Lang J., *Local jails dumping grounds for mentally ill: 700,000 acutely ill held yearly*, «Detroit News».
- Torrey E. F. (2001), *Surviving schizophrenia: A manual for families, consumers, and providers* (4th ed.), HarperCollins, New York, NY.
- Torrey E. F., Bowler A. E., Taylor E. H., Gottesman I. I. (1994), *Schizophrenia and manic-depressive disorder*, Basic Books, New York, NY.
- Trabucchi M. (1998), *Le demenze*, UTET periodici, Milano.
- Tractenberg R. E., Singer C. M., Kaye J. A. (2005), *Symptoms of sleep disturbance in persons with Alzheimer's disease and normal elderly*, «J. Sleep Res.», 14(2), pp. 177-85.
- Tramontin M., Halpern J. (2007), *The psychological aftermath of terrorism: The 2001 World Trade Center attack*, in Carll E. K. (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Travis C. B. (2005), *Heart disease and gender inequity*, «Psychol. Women Quart.», 29, pp. 15-23.
- Travis C. B., Meltzer A. L. (2008), *Women's health: Biological and social systems*, in Denmark F. L., Paludi M. A. (Eds.), *Psychology of women: A handbook of issues and theories* (2nd ed.), Praeger Publishers, Westport, CT.
- Tribich D., Messer S. (1974), *Psychoanalytic type and status of authority as determiners of suggestibility*, «Journal of Counseling and Clinical Psychology», 42, pp. 842-8.
- Triggs W. J., McCoy K. J., Greer R., Rossi F., Bowers D., Kortenkamp S., et al. (1999), *Effects of left frontal transcranial magnetic stimulation on depressed mood, cognition, and corticomotor threshold*, «Biol. Psychiat.», 45, pp. 1440-46.
- Troiano R. P., Frongillo E. A., Sobal J., Levitsky D. A. (1996), *The relationship between body weight and mortality: A quantitative analysis of combined information from existing studies*, «Inter. J. Obesity», 20, pp. 63-75.
- True W., Rice L., Eisen S. A., Heath A. C., Goldberg J., Lyons M. J., et al. (1993), *A twin study of genetic and environmental contributions to the liability for posttraumatic stress symptoms*, «Arch. Gen. Psychiatry», 50, pp. 257-64.
- Trzepacz P. T., Meagher D. J. (2008), *Neuropsychiatric aspects of delirium*, in Yudofsky S. C., Hales R. E. (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of neuropsychiatry and behavioral neurosciences* (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Tsai J. L., Chentsova-Dutton Y. (2002), *Understanding depression across cultures*, in Gotlib I. H., Hammen C. L.

- (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Tsai J. L., Ying Y. W., Lee P. A. (2001), *Cultural predictors of self-esteem: A study of Chinese American female and male young adults*, «Cult. Div. Ethnic Minority Psychol.», 7, 284-97.
- Tsuang M. T., Bar J. L., Harley R. M., Lyons M. J. (2001), *The Harvard twin study of substance abuse: What we have learned*, «Harv. Rev. Psychiat.», 9(6), pp. 267-9.
- Tsuang M., Domschke K., Jerkey B. A., Lyons M. J. (2004), *Agoraphobic behavior and panic attack: A study of male twins*, «J. Anx. Disord.», 18(6), pp. 799-807.
- Tuber S., Goudsmit N., Fuerst A., Shagrin S., Wolitzky R. (2008), *A review of projective testing with children*, in Coulacoglou C., (Ed.), *Exploring the child's personality: Developmental, clinical and cross-cultural applications of the fairy tale test*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, IL.
- Turk C. L., Heimberg R. G., Luterek J. A., Mennin D. S., Fresco D. M. (2005), *Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder*, «Cog. Ther. Res.», 29(1), pp. 89-106.
- Turkat I. D., Keane S. P., Thompson-Pope S. K. (1990), *Social processing errors among paranoid personalities*, «J. Psychopathol. Behav. Assess.», 12(3), pp. 263-9.
- Turkington C., Harris J. R. (2001), *The encyclopedia of memory and memory disorders* (2nd ed.), Facts on File, New York, NY.
- Turkington C. Harris J. R. (2009), *The encyclopedia of the brain and brain disorders* (3rd ed.), Facts On File, Inc, New York, NY.
- 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*, «N. Engl. J. Med.», 358, pp. 252-60.
- Turner J., Batik M., Palmer L. J., Forbes D., McDermott B. M. (2000), *Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa*, «J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.», 39(3), pp. 378-85
- Turner S. M., Beidel D. C., Frueh B. C. (2005), *Multicomponent behavioral treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder: Trauma management therapy*, «Behav. Mod.», 29(1), pp. 39-69.
- Turton M. D., O'Shea D., Gunn I., Beak S. A., et al. (1996, January 4), *A role for glucagon-like peptide-1 in the central regulation of feeding*, «Nature», 379, pp. 69-72.
- Tustin F. (1981), *Autistic States in Children*; trad. it. *Stati autistici nei bambini*, Armando Editore, Roma 1983.
- Tustin F. (1983), *Thoughts on Autism with Special Reference to a Paper by Melanie Klein*, «Journal of Child Psychotherapy», 9, pp. 119-131.
- Tustin F. (1988), *The black hole – a significant element in autism*, «Free Associations», 11, pp. 35-50.
- Twemlow S. W., Fonagy P., Sacco F. C. (2003), *Modifying social aggression in schools*, «J. Appl. Psychoanal. Stud.», 5(2), pp. 211-22.
- Tyre P. (2005, December 5), *Fighting anorexia: No one to blame*, «Newsweek», 146(23), pp. 50-9.
- Tyrer P., Mitchard S., Methuen C., Ranger M. (2003), *Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and type S*, «J. Pers. Disorders», 17(3), pp. 263-8.
- Tyson A. S. (2006, December 20), *Repeat Iraq tours raise risk of PTSD, Army finds*, «Washington Post», retrieved July 6, 2007, from www.washingtonpost.com
- U.S. Census Bureau. (1990), *Statistical abstract of the United States*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- U.S. Census Bureau (1994). *Statistical abstract of the United States*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- U.S. Census Bureau. (2000), *Statistical abstract of the United States*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- U.S. Census Bureau. (2005), *Statistical abstract of the United States*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- U.S. Census Bureau, (2006), *Table H101. Health insurance coverage status and type of coverage by selected characteristics: 2005 all races*, «Annu. Demogr. Survey.», March supplement, retrieved January 21, 2007, from http://pubdb3.census.gov/macro/032006/health/h01_001.htm
- U.S. Census Bureau (2008), *Statistical abstract of the United States: 2008*, retrieved June 17, 2008, from <http://www.census.gov/statab/www>
- U.S. Department of Justice (1994), *Violence between inmates: Domestic violence*, Bureau of Justice Statistics Clearinghouse, Annapolis Junction, MD.
- U.S. Department of Justice (2000), *Report*, Author, Washington, DC.
- U.S. Department of Justice (2006, September 10), *Teens and young adults experience the highest rates of violent crime*, Bureau of Justice Statistics, retrieved August 11, 2008, from <http://ojp.usdoj.gov/bjs/glance/vage.html>
- Ugazio V. (1998), *Storie permesse storie proibite: polarità semantiche familiari e psicopatologie*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Umiltà M.A., Kohler E., Gallese V., Fogassi L., Fadiga L., Keysers C., Rizzolatti G. (2001), *I know what you are doing: A neurophysiological study*, «Neuron», 31, pp. 155-65
- Ungar W. J., Mirabelli C., Cousins M., Boydell K. M. (2006), *A qualitative analysis of a dyad approach to health-related quality of life measurement in children with asthma*. «Soc. Sci. Med.», 63(9), pp. 2354-66.
- Urcuyo K. R., Boyers A. E., Carver C. S., Antoni M. H. (2005), *Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being*, «Psychol. Hlth.», 20(2), pp. 175-92.
- Ursano R. J., Boydston J. A., Wheatley R. D. (1981), *Psychiatric illness in U.S. Air Force Vietnam prisoners of war: A five-year follow-up*, «Amer. J. Psychiat.», 138(3), pp. 310-4.
- Ursano R. J., Fullerton C. S., Epstein R. S., Crowley B.,

- Kao T. C., Vance K., et al. (1999), *Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims*, «Amer. J. Psychiat.», 156(4), pp- 589-95.
- Ursano R. J., McCarroll J. E., Fullerton C.S. (2003), *Traumatic death in terrorism and disasters: The effects of posttraumatic stress and behavior*, in Ursano R. J., Fullerton C. S., Norwood A. E. (Eds.), *Terrorism and disaster: Individual and community mental health interventions*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Utsey S. O., Payne Y. A., Jackson E. S., Jones A. M. (2002), *Race-related stress, quality of life indicators, and life satisfaction among elderly African Americans*, «Cult. Div. Ethnic Minority Psychol.», 8(3), pp. 224-33.
- Utsey S. O., Stanard P., Hook J. N. (2008), *Understanding the role of cultural factors in relation to suicide among African Americans: Implications for research and practice*, in Leach M. M., Leong F. T. L. (Eds.) (2008), *Suicide among racial and ethnic minority groups: Theory, research, and practice. Series in death, dying, and bereavement*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Vahia I. V., Cohen C. I. (2008), *Psychopathology*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Vahia V. N., Vahia I. V. (2008), *Schizophrenia in developing countries*, in Mueser K. T., Jeste D. V. (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, Guilford Press, New York, NY.
- Valbak K. (2001), *Good outcome for bulimic patients in long-term group analysis: A singlegroup Study*, «Eur. Eat. Disord. Rev.», 9(1), pp. 19-32.
- Valenstein E. S. (1986), *Great and desperate cures*; trad. it. *Cure disperate : Illusioni e abusi nel trattamento delle malattie mentali*, Giunti, Firenze 1993.
- Valenti-Hein D. C., Yarnold P. R., Mueser K. T. (1994), *Evaluation of the dating skills program for improving heterosocial interactions in people with mental retardation*, «Behav. Mod.», 18(1), pp. 32-46
- van der Kolk B. A. (1997), *The psychobiology of post-traumatic stress disorder*, «J. Clin. Psychiatry», 58(Suppl. 9), pp. 16-24.
- Van Dyke C. J., Regan J., Albano A. M. (2009), *Separation anxiety disorder*, in McKay D., Storch E. A. (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for children: Treating complex and refractory cases*, Springer Publishing Co, New York, NY.
- van Egmond J. J. (2003), *The multiple meanings of secondary gain*, «Amer. J. Psychoanal.», 63(2), pp. 137-47.
- van Emmerik A. A., Kamphuis J. H., Hulsbosch A. M., Emmelkamp P. M. (2002), *Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis*, «Lancet», 360(9335), pp. 766-71.
- Van Gogh V. (1889), *Lettera a Théo*, Arles, april 21, 1889, in *Lettere a Théo*, Guanda, Milano 2009.
- Van Heeringen K., Hawton K., Williams J.M.G. (2000), *Pathways to suicide: An integrative approach*, in K. Hawton, K. Van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley, Chichester, UK.
- Van Orden K. A., Witte T. K., Selby E. A., Bender T. W., Joiner T. E., Jr. (2008), *Suicidal behavior in youth*, in Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.
- Van Rossen & Associates (2002), *Modeling advice*, retrieved January 2006 from www.modelingadvice.com
- Van Wagner K. (2007), *Phobia List - An A to Z List of Phobias*, retrieved July 22, 2008, from <http://psychology.about.com/od/phobias/a/phobialist.htm>
- VandeCreek L. (Ed.), (2005), *Innovations in clinical practice: Focus on adults*, Professional Resource Press, Sarasota, FL.
- Vannoy S. D., Duberstein P., Cukrowicz K., Lin E., Fan M. Y., Unutzer J. (2007), *The relationship between suicide ideation and late-life depression*, «Amer. J. Ger. Psychiat.», 15(12), pp. 1024-33.
- Vartanian L. R., Polivy J., Herman C. P. (2004), *Implicit cognitions and eating disorders: Their application in research and treatment*, «Cog. Behav. Prac.», 11, pp. 160-7.
- Vasiliadis H. M., Lesage A., Adair C., Wang P. S., Kessler R. C. (2007), *Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services?*, «Psychiatr. Serv.», 58(1), pp. 63-71.
- Vasquez M. J. T. (2007), *Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based Analysis*, «American Psychologist», 62(8), pp. 878-85.
- Veale D. (2004), *Body dysmorphic disorder*, «Postgrad. Med. J.», 80, pp. 67-71.
- Vedantam S. (2005, June 26), *Patients' diversity is often discounted: Alternatives to mainstream medical treatment call for recognizing ethnic, social differences*, «Washington Post», p. A01.
- Veglia F. (Ed.) (1999), *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Veiga-Martinez C., Perez-Alvarez M., Garcia-Montes J. M. (2008), *Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations*, «Clin. Case Stud.», 7, pp. 118-35.
- Venditti E., Wing R., Jakicic J., Butler B., Marcus M. (1996), *Weight cycling, psychological health, and binge eating in obese women*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 64(2), pp. 400-5.
- Verhaeghe P., Vanheule S., De Rick A. (2007), *Actual neurosis as the underlying psychic structure of panic disorder, somatization, and somatoform disorder: An integration of Freudian and attachment perspectives*, «Psychoanal. Quart.», 76(4), pp. 1317-50.
- Verschuere B., Crombez G., Koster E. H. W., Uzieblo K. (2006), *Psychopathy and physiological detection of concealed information: A review*, «Psychologica Belgica», 46(1-2), pp. 99-116.
- Vieta E. (2005), *The package of care for patients with bipolar depression*, «J. Clin. Psychiat.», 66(Suppl. 5), pp. 34-9.
- Vieta E., Phillips M. L. (2007), *Deconstructing bipolar disorder: A critical review of its diagnostic validity and a*

- proposal for DSM-V and ICD-11, «Schiz. Bull.», 33(4), pp. 886-92.
- Vitaliano P. P., Persson R., Kiyak A., Saini H., Echeverria D. (2005), *Caregiving and gingival symptom reports: Psychophysiological mediators*, «Psychosom. Med.», 67(6), pp. 930-8.
- Volkmar F. R. (2001), *Pharmacological interventions in autism: Theoretical and practical issues*, «J. Clin. Child Psychol.», 30(1), pp. 80-7.
- Volkow N. D., Fowler J. S., Wang G. J. (2004), *The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: Brain circuits and treatment strategies*, «Neuropharmacology», 47(Suppl. 1), pp. 3-13.
- Volkow N. D., Fowler J. S., Wang G. J., Swanson J. M. (2004), *Dopamine in drug abuse and addiction: Results from imaging studies and treatment implications*, «Mol. Psychiat.», 9(6), pp. 557-69.
- Vrij A. (2004), *The polygraph and lie detection*, «Howard J. Criminal Justice», 43(1), pp. 108-10.
- Vrij A. (2008), *Detecting lies and deceit: Pitfalls and opportunities* (2nd ed.), Wiley, New York, NY.
- Waldinger M., Berendsen H., Blok B., Olivier B., Holstege B. (1998), *Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: The involvement of the serotonergic system*, «Behavior, Brain and Research», 92(2), pp. 111-8.
- Walker C. E. (2003), *Elimination disorders: Enuresis and encopresis*, in Roberts M. C. (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (3rd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Walker R. L., Townley G. E., Asiamah D. D. (2008), *Suicide prevention in U.S. ethnic minority populations*, in Leach M. M., Leong F. T. L. (Eds.), *Suicide among racial and ethnic minority groups: Theory, research, and practice*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Walkup J. T., Albano A. M., Piacentini J., Birmaher B., Compton S. N., Sherrill J. T., et al. (2008), *Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety*, «New England Journal of Medicine», 359, pp. 2753-66.
- Wall T. L., Shea S. H., Chan K. K., Carr L. G. (2001), *A genetic association with the development of alcohol and other substance use behavior in Asian Americans*, «J. Abnorm. Psychol.», 110(1), pp. 173-8.
- Wallis C. (2005, January 17), *The new science of happiness*, «Time», 165(3), A2-A9.
- Wallis C. (2005, February 28), *The right (and wrong) way to treat pain*, «Time», 165(9), 46-57.
- Walsh T., McClellan J. M., McCarthy S. E., Addington A. M., Pierce S. B., Cooper G. M., et al. (2008), *Rare structural variants disrupt multiple genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia*, «Science», 320(5875), pp. 539-43.
- Walters G. D. (2002), *The heritability of alcohol abuse and dependence: A meta-analysis of behavior genetic research*, «Amer. J. Drug Alc. Abuse», 28(3), pp. 557-84.
- Wampold B. E. (2007), *Psychotherapy: The humanistic (and effective) Treatment*, «Amer. Psychologist», 62, pp. 857-73.
- Wang G., Pratt M., Macera C. A., Zheng Z.-J., Heath G. (2004), *Physical activity, cardiovascular disease, and medical expenditures in U.S. adults*, «Ann. Behav. Med.», 28(2), pp. 88-94.
- Wang P. S., Berglund P., Olfson M., Pincus H. A., Wells K. B., Kessler R. C. (2005), *Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, «Arch. Gen. Psychiat.», 62, pp. 603-13.
- Wang P. S., Demler O., Kessler R. C. (2002), *Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States*, «Amer. J. Pub. Hlth.», 92(1), pp. 92-8.
- Wang P. S., Demler O., Olfson M., Pincus H. A., Wells K. B., Kessler R. C. (2006), *Changing profiles of service sectors used for mental health care in United States*, «Amer. J. Psychiat.», 163(7), pp. 1187-98.
- Wang P. S., Lane M., Olfson M., Pincus H. A., Wells K. B., Kessler R. C. (2005), *Twelve-month use of mental health services in the United States*, «Arch. Gen. Psychiat.», 62, pp. 629-40.
- Wang S. S. (2007, December 4), *The grazing of shock therapy*, «Wall Street Journal Online», retrieved August 14, 2008, from http://online.wsj.com/public/article_print/SB119673737406312767.html
- Ward E. C. (2007), *Examining differential treatment effects for depression in racial and ethnic minority women: A qualitative systematic review*, «JAMA», 99(3), pp. 265-74.
- Warner J. (2004), *How Americans rank at spotting a liar*, «WebMD», April 2, 2004.
- Warner J. (2004, June 25), *Alien abduction tales offer clues on memory: Study: Distress doesn't necessarily validate traumatic memories*, «WebMD Health».
- Warren R. (1997), *REBT and generalized anxiety disorder*, in Yankura J., Dryden W. (Eds.), *Using REBT with common psychological problems: A therapist's casebook*, Springer, New York.
- Waschbusch D. A. (2002), *A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems*, «Psychol. Bull.», 128, pp. 118-50.
- Wass H., Miller M. D., Redditt C. A. (1991), *Adolescents and destructive themes in rock music: A follow-up*, «Omega: J. Death Dying», 23, pp. 199-206.
- Waters A. M., Craske M. G. (2005), *Generalized anxiety disorder*, in Antony M. M., Ledley D. R., Heimberg R. G. (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*, Guilford Press, New York, NY.
- Waters F. A. V., Badcock J. C., Maybery M. T. (2007), *Hearing voices: What are they telling us?*, in Pletson J. E. (Ed.), *Psychology and schizophrenia*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Watson J. B. (1913), *Psychology as the Behaviorist Views it*, «Psychological Review», 20, pp. 158-77.
- Watson J. B., Rayner R. (1920), *Conditioned emotional reaction*, «Journal of Experimental Psychology», 3, pp. 1-14.
- Watson P. J., Shalev A. Y. (2005), *Assessment and treat-*

- ment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events, «CNS Spectrums», 10(2), pp. 123-31.
- Watson T. S., Watson T. S., Ret J. (2008), *Learning, motor, and communication disorders*, in Reitman D. (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 2: Children and adolescents*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Watt T. T. (2002), *Marital and cohabiting relationships of adult children of alcoholics: Evidence from the National Survey of Family and Households*, «J. Fam. Issues», 23(2), pp. 246-65.
- Weaver M. F., Schnoll S. H. (2008), *Hallucinogens and club drugs*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Wechsler H., Davenport A., Dowdall G., Moeykens B., Castillo S. (1994), *Health and behavioral consequences of binge drinking in college*, «JAMA», 272(21), pp. 1672-7.
- Wechsler H., Dowdell G. W., Davenport A., Castillo S. (1995), *Correlates of college student binge drinking*, «Amer. J. Pub. Hlth.», 85(7), pp. 921-6.
- Wechsler H., Lee J. E., Kuo M., Lee H. (2000), *College binge drinking in the 1990s: A continuing problem: Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study*, «J. Amer. Coll. Hlth.», 48(5), pp. 199-210.
- Wechsler H., Lee J. E., Kuo M., Seibring M., Nelson T. F., Lee H. (2002), *Trends in alcohol use, related problems and experience of prevention efforts among US college students 1993 to 2001: Results from the 2001 Harvard School of Public Health college alcohol study*, «J. Amer. Coll. Hlth.», 50, pp. 203-17.
- Wechsler H., Nelson T. F. (2008), *What we have learned from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study: Focusing attention on college student alcohol consumption and the environmental conditions that promote it*, «J. Stud. Alc. Drugs», 69, pp. 481-90.
- Wechsler H., Seibring M., Liu I. C., Ahl M. (2004), *Colleges respond to student binge drinking: Reducing student demand or limiting access*, «J. Amer. Coll. Hlth.», 52(4), pp. 159-68.
- Wechsler H., Wuethrich B. (2002), *Dying to drink: Confronting binge drinking on college campuses*, Rodale Press, Emmaus, PA.
- Weder N. D., Muralee S., Penland H., Tampi R. R. (2008), *Catatonia: A review*, «Ann. Clin Psychiat.», 20 (2), pp. 97-107.
- Weil M. (2005, January 8), *Rosemary Kennedy, 86: President's disabled sister*, «Washington Post», p. B06.
- Weinberg I., Maltsberger J. T. (2007), *Suicidal behaviors in borderline personality disorder*, in Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. (Eds.), *Suicide in psychiatric disorders*, Nova Science Publishers, New York, NY.
- Weiner I. B., Greene R. L. (2008), *Handbook of personality assessment*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Weinstein D. D. (2007), *Review of pathological gambling: A clinical guide to treatment*, «J. Clin. Psychiat.», 68(5), p. 807.
- Weis R., Smenner L. (2007), *Construct validity of the Behavior Assessment system for Children (BASC) Self-Report of Personality: Evidence from adolescents referred to residential treatment*, «J. Psychoeduc. Assess.», 25(2), pp. 111-26.
- Weisman R. L. (Ed.) (2004), *Introduction to the special section on integrating community mental health and the criminal justice systems for adults with severe mental illness: Bridges and barriers*, «Psychiatr. Quart.», 75(2), pp. 105-6.
- Weiss B., Garber J. (2003), *Developmental differences in the phenomenology of depression*, «Dev. Psychopathol.», 15, pp. 403-30.
- Weiss D. E. (1991), *The great divide*, Poseidon Press/Simon & Schuster, New York, NY.
- Weiss D. S., Marmar C. R., Schlenger, W. E., Fairbank J. A., Jordan B. K., Hough R. L., et al. (1992), *The prevalence of lifetime and partial posttraumatic stress disorder in Vietnam theater veterans*, «J. Traum. Stress», 5(3), pp. 365-76.
- Weiss J., Diamond T., Demark J., Lovald B. (2003), *Involvement in Special Olympics and its relations to self-concept and actual competency in participants with developmental disabilities*, «Res. Dev. Disabil.», 24, pp. 281-305.
- Weiss R. D., Potter J. S., Iannucci R. A. (2008), *Inpatient treatment*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Weissberg R. P. (2000), *Improving the lives of millions of school children*, «Amer. Psychologist», 55, pp. 1360-72.
- Weissman M. M., Livingston B. M., Leaf P. J., Florio L. P., Holzer C., III. (1991), *Affective disorders*, in Robins L. N., Regier D. A. (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, Free Press, New York, NY.
- Weissman M. M., Markowitz J. C. (2002), *Interpersonal psychotherapy for depression*, in Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Weisz J. R., McCarty C. A., Valeri S. M. (2006), *Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis*, «Psychol. Bull.», 132(1), pp. 132-49.
- Wekerle C., MacMillan H. L., Leung E., Jamieson E. (2007), *Child mal treatment*, in Hersen M., Gross A. M. (Eds.), *Handbook of clinical psychology* (Vol. 2), John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Welby K. R., Fraser G. A., Jordan S. A., Cameron C., Webb L. M., Raine D. (2003), *Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview*, «J. Traum. Dissoc.», 4(2), pp. 109-30.
- Welch W. M. (2007), *Post-traumatic stress disorder is a*

- serious problem for Iraq War veterans, in Quigley A. (Ed.), *Current controversies: Mental health*, Greenhaven Press/Thomson Gale, Detroit.
- Wells A. (2000). *Emotional Disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, Wiley, Chichester, UK.
- Wells A. (2005), *The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder*, «Cog. Ther. Res.», 29(1), pp. 107-21.
- Wells A. (2008), *Terapia metacognitiva*. «Psicoterapia cognitiva e comportamentale», 36, pp. 651-658.
- Wells A. (2009), *Metacognitive therapy for anxiety and depression*, Guilford Press, New York, NY.
- Wells A., Carter K. (1999), *Preliminary tests of a cognitive model of generalised anxiety disorder*, «Behav. Res. Ther.», 37, pp. 585-94.
- Welsh C. J., Liberto J. (2001), *The use of medication for relapse prevention in substance dependence disorders*, «J. Psychiatr. Prac.», 7(1), pp. 15-31.
- Wenzel A., Brown G. K., Beck A. T. (2009), *Conclusion: A public health model for suicide Prevention*, in Wenzel A., Brown G. K., Beck A. T. (Eds.), *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Werth J. L., Jr. (2000), *Recent developments in the debate over physician-assisted death*, in Maris R. W., Canetto S. S., McIntosh J. L., Silverman M. M. (Eds.), *Review of suicidology, 2000*, Guilford Press, New York, NY.
- Werth J. L., Jr. (2004), *The relationships among clinical depression, suicide, and other actions that may hasten death*, «Behav. Sci. Law», 22(5), pp. 627-49.
- Wertheimer A. (2001), *A special scar: The experiences of people bereaved by suicide* (2nd ed.), Brunner-Routledge, East Sussex, UK.
- Westen D., Muderrisoglu S. (2006), *Clinical assessment of pathological personality traits*, «Amer. J. Psychiat.», 163, pp. 1285-7.
- Westermeyer J. (1993), *Substance use disorders among young minority refugees: Common themes in a clinical sample*, «NIDA Res. Monogr.», 130, pp. 308-20.
- Westermeyer J. (2001), *Alcoholism and co-morbid psychiatric disorders among American Indians*, «Americ. Indian and Alsk. Native Ment. Health Res.», 10(2), pp. 27-51.
- Westermeyer J. (2004), *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research*, «J. Nerv. Ment. Dis.», 192(5), 391-2.
- Westermeyer J., Dickerson D. (2008), *Minorities*, in Kleber H. D., Galanter M. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Westheimer R. K., Lopater S. (2005), *Human sexuality: A psychosocial perspective* (2nd ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD.
- Wetherell J. L., Lang A. J., Stein M. B. (2006), *Anxiety disorders*, in D. V. Jeste, Friedman J. H. (Eds.), *Psychiatry for neurologists*, Humana Press, Totowa, NJ.
- Wetterling T. (2005), *Somatic diseases in elderly patients with delirium*, «Zeitschrift Gerontopsychol. Psychiat.», 18(1), pp. 3-7.
- Wetzel R. D., Murphy G. E. (2005), *Suicide*, in Rubin E. H., Zorumski C. F. (Eds.), *Adult psychiatry* (2nd ed.), Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Weyandt L. L. (2006), *The physiological basis of cognitive and behavioral disorders*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Wheeler B. W., Gunnell D., Metcalfe C., Stephens P., Martin R. M. (2008), *The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: Ecological study*, Brit. Med. J., 336(7643), p. 542.
- Whiffen V. E., Demidenko N. (2006), *Mood disturbance across the life span*, in Worell J., Goodheart C. D. (Eds.), *Handbook of girls' and women's psychological health*, Oxford University Press, New York, NY.
- Whisman M. A. (2001), *The association between depression and marital dissatisfaction*, in Beach S. R. H. (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Whisman M. A., McGarvey A. L. (1995), *Attachment, depressotypic cognitions, and dysphoria*, «Cog. Ther. Res.», 19(6), pp. 633-50.
- Whitehead W. E., Crowell M. D., Heller B. R., Robinson J. C., et al. (1994), *Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior*, «Psychosom. Med.», 56, pp. 541-50.
- Whitty M. T., Carville S. E. (2008), *Would I lie to you? Self-serving lies and other-oriented lies told across different media*, «Computers Human Behav.», 24(3), pp. 1021-31.
- WHO (World Health Organization) (1983), *Depressive disorders in different cultures: Report of the WHO collaborative study of standardized assessment of depressive disorders*, World Health Organization, Genève, Switzerland.
- WHO (World Health Organization) (2004), *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*, «JAMA», 291(21), pp. 2581-90.
- Wicker B. (2008), *New insights from neuroimaging into the emotional brain in autism*, in McGregor E., Núñez M., Cebula K., Gómez J. C. (Eds.), *Autism: An integrated view from neurocognitive, clinical, and intervention research*, Blackwell Publishing, Malden, MA.
- Wickwire E. M., Jr., Roland M. M. S., Elkin T. D., Schumacher J. A. (2008), *Sleep disorders*, in Reitman D. (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol. 2: Children and adolescents*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Widiger T. A. (2006), *Understanding personality disorders*, in Huprich S. K., (Ed.), *Rorschach assessment of the personality disorders*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.

- Widiger T. A. (2007), *Alternatives to DSM-IV: Axis II*, in Lilienfeld S. O., O'Donohue W., Fowler K. A. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM-V*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Widiger T. A. (2007), *Current controversies in nosology and diagnosis of personality disorders*, «Psychiatr. Ann.», 37(2), pp. 93-9.
- Widlocher D. (1965), *L'interprétation des dessins d'enfants*; trad. it. *L'interpretazione dei disegni infantili*, Armando, Roma 1968.
- Widloecher D. (2001), *The treatment of affects: An interdisciplinary issue*, «Psychoanal. Q.», 70(1), pp. 243-64.
- Widom C. S. (2001), *Child abuse and neglect*, in White S. O. (Ed.), *Handbook of youth and justice*, Kluwer Academic/Plenum Press, New York.
- Wiederhold B. K., Wiederhold M. D. (2005), *Posttraumatic stress disorder*, in Wiederhold M. D., Wiederhold B. K. (Eds.), *Virtual reality therapy for anxiety disorders: Advances in evaluation and treatment*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Wiederman M. W. (2001), "Don't look now": *The role of self-focus in sexual dysfunction*, «Fam. J. Counsel. Ther. Couples Fam.», 9(2), pp. 210-14.
- Wiegand T., Thai D., Benowitz N. (2008), *Medical consequences of the use of hallucinogens: LSD, mescaline, PCP, and MDM ("ecstasy")*, in Brick J. (Ed.), *Handbook of the medical consequences of alcohol and drug abuse* (2nd ed.), Haworth Press/Taylor & Francis Group, New York.
- Wilder-Smith O. H. G. (2005), *Opioid use in the elderly*, «Eur. J. Pain», 9(2), pp. 137-40.
- Wiley-Exley E. (2007), *Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: A 10-year review of the literature*, «Soc. Sci. Med.», 64(6), pp. 1231-41.
- Williams G. (1997), *Reflection on some dynamics of eating disorders: "no-entry" defenses and foreign bodies*, «Int. J. Psycho-Anal.», 78, pp. 927-41.
- Williams J. H. G., Whiten A., Singh T. (2004), *A systematic review of action imitation in autistic spectrum disorder*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», 34, pp. 285-99.
- Williams N., Simpson A. N., Simpson K., Nahas Z. (2009), *Relapse rates with longterm antidepressant drug therapy: A metaanalysis*, «Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental», 24(5), pp. 401-8.
- Williams P. G. (2004), *The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis*, «Cog. Ther. Res.», 28, pp. 629-44.
- Williams R. B. (2001), *Hostility (and other psychosocial risk factors): Effects on health and the potential for successful behavioral approaches to prevention and treatment*, in Baum A., Revenson T. A., Singer J. E. (Eds.), *Handbook of health psychology*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
- Williams T. M. (2008), *Black pain: It just looks like we're not hurting*, Scribner, New York, NY.
- Williams T. O. Jr., Eaves R. C., Woods-Groves S., Maria-
no, G. (2007), *Stability of scores for the Slosson Full-Range Intelligence Test*, «Psychol. Rep.», 101(1), pp. 135-40.
- Williamson D. A., White M. A., York-Crowe E., Stewart T. M. (2004), *Cognitive-behavioral theories of eating disorders*, «Behavior Modification», 28(6), pp. 711-38.
- Wilson G. T. (2005), *Psychological treatment of eating disorders*, «Ann. Rev. Clin. Psychol.», 1(1), pp. 439-65.
- Wilson G. T. (2008), *Behavior therapy*, in Corsini R. J., Wedding D. (Eds.), *Current psychotherapies*, Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Wilson G. T., Becker C. B., Heffernan K. (2003), *Eating disorders*, in Mash E. J., Barkley R. A. (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Wilson G. T., Heffernan K., Black C. M. D. (1996), *Eating disorders*, in Mash E. J., Barkley R. A. (Eds.), *Developmental psychopathology*, Guilford Press, New York, NY.
- Wilson K. A., Hayward C. (2005), *A prospective evaluation of agoraphobia and depression symptoms following panic attacks in a community sample of adolescents*, «J. Anx. Dis.», 19(1), pp. 87-103.
- Wilson R. S., Scherr P. A., Schneider J. A., Tang Y., Bennett D. A. (2007), *Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease*, «Neurology», 69(20), pp. 1911-20.
- Wincze J. P., Bach A. K., Barlow D. H. (2008), *Sexual dysfunction*, in Barlow D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.), Guilford Press, New York, NY.
- Winerman L. (2005), *A virtual cure*, «Monitor Psychol.», 36(7), pp. 87-9.
- Wing L. (1976), *Early childhood autism*; trad. it. *Autismo infantile precoce: aspetti clinici, educativi e sociali*, Armando Editore, Roma 1970.
- Winnicott D. W. (1936), *Appetite and emotion disorder*, in *Collected papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*; trad. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi: scritti scelti*, **Martinelli, Firenze 1975**.
- Winnicott D. W. (1952), *Psychosis and child care*, in Winnicott D. W. (1958), *Collected papers*, Basic Books, New York, NY.
- Winnicott D.W. (1960), *La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1970, pp. 177-94.
- Winnicott D.W. (1961), *La teoria del rapporto infante-genitore*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma 1970.
- Winnicott D. W. (1962), *Ego integration in child development*, in Winnicott D. W. (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*; trad. it. *L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1970.
- Winnicott D.W. (1965), *The family and individual development*; trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1970.
- Witkiewitz K. A., Marlatt G. A. (2004), *Relapse prevention*

- for alcohol and drug problems: *That was zen, this is tao*, «Amer. Psychologist», 59(4), pp. 224-35.
- Witkiewitz K. A., Marlatt G. A. (Eds.) (2007), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*, Elsevier, San Diego, CA.
- Witte T. K., Merrill K. A., Stellrecht N. E., Bernert R. A., Hollar D. L., Schatschneider C., et al. (2008), "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive, «J. Affect. Disorders», 107(1-3), pp. 107-16.
- Wittstein I. S., Thiemann D. R., Lima J. A. C., Baughman K. L., Schulman S. P., Gerstenblith G., et al. (2005), *Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotion stress*, «N. Engl. J. Med.», 352(6), pp. 539-48.
- Wolf E. J., Miller M. W., Orazem R. J., Weierich M. R., Castillo D. T., Milford J., et al. (2008), *The MMPI-2 Restructured Clinical Scales in the assessment of Posttraumatic Stress Disorder and comorbid disorders*, «Psychol. Assess.», 20(4), pp. 327-40.
- Wolfe B. E. (2005), *The application of the integrative model to specific anxiety disorder*, in Wolfe B. E., *Understanding and treating anxiety disorders: An integrative approach to healing the wounded self*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Wolfe D. A., Edwards B., Manion I., Koverola C. (1988), *Early intervention for parents at risk for child abuse and neglect: A preliminary investigation*, «J. Cons. Clin. Psychol.», 56, pp. 40-7.
- Wolff S. (1991), *Schizoid personality in childhood and adult life I: The vagaries of diagnostic labeling*, «Br. J. Psychiatry», 159, pp. 615-20.
- Wolff S. (2000), *Schizoid personality in childhood and Asperger syndrome*, in Sparrow S. S., Klin A., Volkmar F. R. (Eds.), *Asperger syndrome*, Guilford Press, New York, NY.
- Wolpe J. (1958), *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford University Press, Stanford, CA.
- Wolpe J. (1969), *The practice of behavior therapy*, Pergamon Press, Oxford, UK.
- Wolpe J. (1987), *The promotion of scientific psychotherapy: A long voyage*, in Zeig J. K. (Ed.), *The evolution of psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York, NY.
- Wolpe J. (1990), *The practice of behavior therapy* (4th ed.), Pergamon Press, Elmsford, NY.
- Wolpe J. (1995), *Reciprocal inhibition: Major agent of behavior change*, in O'Donohue W. T., Krasner L. (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Wolpe J. (1997), *From psychoanalytic to behavioral methods in anxiety disorders: A continuing evolution*, in Zeig J. K. (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*, Brunner/Mazel, New York.
- Wong J. P. S., Stewart S. M., Claassen C., Lee P. W. H., Rao U., Lam T. H. (2008), *Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents*, «Soc. Sci. Med.», 66(2), pp. 232-41.
- Wong P. W. C., Yeung A. W. M., Chan W. S. C., Yip P. S. F., Tang A. K. H. (2009), *Suicide notes in Hong Kong in 2000*, «Death Studies», 33(4), pp. 372-81.
- Wong Y., Huang Y. (2000), *Obesity concerns, weight satisfaction and characteristics of female dieters: A study on female Taiwanese college students*, «J. Amer. Coll. Nutr.», 18(2), pp. 194-9.
- Wood J. M., Garb H. N., Lilienfeld S. O., Nezworski M. T. (2002), *Clinical assessment*, «Annu. Rev. Psychol.», 53, pp. 519-43.
- Woodruff P. (2004), *Auditory hallucinations: Insights and questions from neuroimaging*, «Cog. Neuropsychiat.», 9(1/2), pp. 73-9.
- Woods, B. (2008), *Suicide and attempted suicide in later life*, in Woods R., Clare L. (Eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (2nd ed.), Wiley, New York, NY.
- Woods S. J. (2005), *Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: What we know and need to know*, «J. Interpers. Violence», 20(4), pp. 394-402.
- Woodside D. B., Bulid C. M., Halmi K. A., Fichter M. M., Kaplan A., Berrettini W. H. et al. (2002), *Personality, perfectionism, and attitudes towards eating in parents of individuals with eating disorders*, «Inter. J. Eat. Disorders», 31(3), pp. 290-9.
- Woodward J. (2008, June 12), *Bullies blamed after suicide of "Emo" music fan*, «The Independent», retrieved June 14, 2008, from www.independent.co.uk
- Woolhouse H., Brown S., Krastev A., Perlen S., Gunn J. (2009), *Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the maternal health study*, «Archives of Women's Mental Health», 12(2), pp. 75-83.
- Wortman C. M., Wolff K., Bonanno G. A. (2004), *Loss of an intimate partner through death*, in Mashek D. J., Aron A. (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Wright L. W., Jr., Hatcher A. P. (2006), *Treatment of sex offenders*, in McAnulty R. D., Burnette M. M. (Eds.), *Sex and sexuality, Vol. 3: Sexual deviation and sexual offenses*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Wright N. R., Thompson C. (2002), *Withdrawal from alcohol using monitored alcohol consumption: A case report*, «Alcohol Alcoholism», 37(4), pp. 344-6.
- Wright S., Truax P. (2008), *Behavioral Conceptualization*, in Hersen M., Rosqvist J. (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, vol. 1, Adults*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Wroble M. C., Baum A. (2002), *Toxic waste spills and nuclear accidents*, in La Greca A. M., Silverman W. K., Vernberg E. M., Roberts M. C. (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Wu G., Shi J. (2005), *The problem of AIM and countermeasure for improvement in interviews*, «Psychol. Sci. (China)», 28(4), pp. 952-5.
- Wurmser L. (1974), *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use*, «J. Amer. Psychoanal. Association», 22, pp. 820-43.

- Yehuda R., Bierer L. M. (2007), *Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk*, «Prog. Brain Res.», 167, pp. 121-35.
- Yen C. F., Kuo C. Y., Tsai P. T., Ko C. H., Yen J. Y., Chen T. T. (2007), *Correlations of quality of life with adverse effects of medication, social support, course of illness, psychopathology, and demographic characteristics in patients with panic disorder*, «Depress. Anx.», 24(8), pp. 563-70.
- Yewchuk C. (1999), *Savant syndrome: Intuitive excellence amidst general deficit*, «Dev. Disabil. Bull.», 27(1), pp. 58-76.
- Yi H. Y., et al. (2005), *Trends in alcohol-related traffic fatalities in the United States, 1977-2003*, (NIAAA Surveillance Report No. 71), USPHS, Bethesda, MD.
- Yontef G., Jacobs J. (2008), *Gestalt therapy*, in Corsini R. J., Wedding D. (Eds.), *Current psychotherapies*, Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA.
- Yoshimasu K., Kiyohara C., Ohkuma K. (2002), *Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: A comparison between out-patients with and without day care treatment*, «Psychiat. Clin. Neurosci.», 56(4), pp. 397-401.
- Young K. S. (2005), *Classifying sub-types, consequences, and causes of Internet addiction*, «Psicol. Cond. Rev. Inter. Psicol. Clin. Salud» (Spanish), 13(3), pp. 463-80.
- Young K. S. (2007), *Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and Implications*, «CyberPsychol. Behav.», 10(5), pp. 671-9.
- Young M., Benjamin B., Wallis C. (1963), *Mortality of widowers*, «Lancet», 2, pp. 454-6.
- Yu D. L., Seligman M. E. P. (2002), *Preventing depressive symptoms in Chinese children*, «Prev. Treat.», 5, pp. 1-39.
- Yusko D. (2008), *At home, but locked in war*, retrieved from: Times-Union (Albany) Online.
- Yutzy S. H. (2007), *Somatoform disorders*, in Yudofsky S. C., Bourgeois J. A., Hales R. E. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Board prep and review guide for psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Zakzanis K. K., Campbell Z., Jovanovski D. (2007), *The neuropsychology of ecstasy (MDMA) use: A quantitative review*, «Human Psychopharmacol.: Clin. Exp.», 22(7), pp. 427-35.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Hennen J., Reich D. B., Silk K. R. (2005), *Psychosocial functioning of borderline patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for six years*, «J. Pers. Disorders», 19, pp. 19-29.
- Zerbe K. J. (1993), *The body betrayed: Women, eating disorders, and treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Zerbe K. J. (2001), *The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders*, «Psychiatr. Clin. North Am.», 24, 305-13.
- Zerbe K. J. (2008), *Integrated treatment of eating disorders beyond the body betrayed*, W. W. Norton, New York, NY.
- Zettle R. D. (2007), *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*, New Harbinger, Oakland, CA.
- Zhou J.-N., Hofman M. A., Gooren L. J. G., Swaab D. F. (1995), *A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality*, «Nature», 378, pp. 68-70.
- Zhou J.-N., Hofman M.A., Gooren L.J., Swaab D.F (1997), *A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality*. IJT, 1,1. <http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtc0106.htm>
- Zimbardo P. (1976), *Rational paths to madness*, presentation at Princeton University, Princeton, NJ.
- Zipp F., Aktas O. (2006), *The brain as a target of inflammation: Common pathways link inflammatory and neurodegenerative diseases*, «Trends Neurosci.», 29(9), pp. 518-27.
- Zito J. M., Safer D. J., dos Reis S., Gardner J. F., Boles M., Lynch F. (2000), *Trends in prescribing of psychotropic medications to preschoolers*, «JAMA», 283(8), pp. 1025-30.
- Zivin J. (2000), *Understanding clinical trials*, «Scientif. Amer.», april, p. 69.
- Zoellner T. (2000, november), *"Don't get even, get mad"*, «Men's Health», 15(9), p. 56.
- Zohar J., Pato M. T. (1991), *Diagnostic considerations*, in Pato M. T., Zohar J. (Eds.), *Current treatments of obsessive-compulsive disorder*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Zucker K. J., Bradley S. J. (1995), *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*, Guilford Press, New York, NY.

INDICE DEI NOMI

- AAMR (American Association of Mental Retardation), 432, 436
Abbey, S.E., 159-60
Abbott, M.J., 86
Abbugao, M., 332
Abdul, P., 265
Abel, G.G., 325
Abela, J.R.Z., 407
Abela, J.R.Z., 202
Abercrombie, H.C., 192
Abraham, K., 119, 266, 349-50
Abramowitz, J.S., 122, 117, 322
Abramowitz, S.I., 334
Abramson, L.Y., 202
Acocella, J., 180
Acosta, M.C., 280, 282
Adam, K.S., 230, 283
Adams, N.E., 137
Addington, D., 359, 363
Addington, J., 359, 363
Ader, R., 32
Adkins, J., 236
Adler, G., 147, 391
Affatati, V., 333
Agazzi, E., 9, 15-6
Agras, W.S., 249
Agronin, M.E., 373, 381, 386
Ahrens, C.E., 135-6
Airan, R.D., 192
Ajdacic, V., 224, 235
Akaike, A., 449
Akashi, Y.J., 147
Akhtar, S., 118, 398
Akins, C.K., 322, 328
Aktas, O., 451
Alateen, 296
Alba, J., 265
Albert, U., 396
Alcantara, C., 235, 237
Alcolisti Anonimi, 56, 269-70, 295-7, 443
Aldwin, C.M., 441, 443, 456
Alegria, M., 59
Alexander-Passe, N., 58, 429
Alexopoulos, G.S., 442
Alfano, L., 260
Alhamad, A., 258
Allan, S., 248
Allen, C., 355
Allen, D.F., 61, 182, 270, 278-9
Allison, K.C., 153
Allman, G., 296
Alloy, L.B., 202
Al-Subaie, A., 258
Althof, S.E., 310-11, 318-9
Alvarez, A., 351, 426
Alvarez, L., 141
Alzheimer, A. (malattia di), 85, 150, 218, 236, 440, 446-9, 451, 453-5, 458-9
Alzheimer's Association, 446, 454-5
American Association of Intellectual and Development Disabilities, 436
an der Heiden, W., 342, 355
Anderson, J., 274, 354, 386, 394, 415
Andrasik, F., 145
Andreasen, N.C., 29, 333, 344, 444
Andresen, J., 152
Andrews, B., 92
Anglin, D.M., 351
Angst, J., 94, 117
Annunziato, R.A., 259
Anthony, J.C., 282
Antoni, M.H., 154
Antony, M.M., 114-5
APA, 84, 93-4, 100, 103-4, 112, 116, 133, 143-4, 159, 160, 162-3, 169-70, 172-4, 188-90, 194, 197, 210-1, 244, 246-7, 249, 265, 270, 274, 277-9, 281-2, 286, 289-90, 304-5, 308, 310-11, 314, 321-2, 324-8, 330, 337-8, 342, 358, 370-1, 373-75, 377, 381-2, 386, 388-9, 391, 393-4, 396, 401, 409-10, 414, 418-21, 428-31, 444-8
Apfelbaum, B., 312
Apostolova, L. G., 442, 446, 448, 449, 451-2
Apple, F., 265
Applewhite, M.H., 229
Apter, A., 233-4
Araujo, L.M., 191
Archer, D., 380
Archibald, M.E., 366
Ardoin, S.P., 434
Arias, E., 232
Arieti, S., 197, 338
Armour-Thomas, E., 428
Armstrong, M.J., 456
Arnett, J.J., 255
Arnow, B.A., 204
Arntz, A., 383
ASA (Autism Society of America), 422
Asberg, M., 231
Asch, S.S., 229
Ashton, A.K., 228, 306, 311, 317-9
Asimov, I., 33, 118, 123, 376
Asmundson, G.J.G., 162, 167
Asnis, G.M., 140, 237
Asperger, H. (disturbo di), 85, 419-22, 425, 436
Asplund, R., 444
Astin, J.A., 102
Atkinson, R., 21
Ator, N.A., 101
Auvinen, P.E., 239
Avenevoli, S., 186, 407
Axelrod, B.N., 83
Ayalon, L., 456
Aybek, S., 158
Ayd, F.J., 190
Ayllon, T., 356
Ayoub, C.C., 161
Azar, B., 417, 431
Baber, K., 240
Babor, T.F., 88
Bach, A.K., 305, 315-7, 320

- Bach, P.A., 340, 347-8, 351, 361
 Back, S.E., 271, 297
 Badaracco, J.G., 349
 Badcock, J.C., 340
 Baer, R.D., 122
 Bagby, E., 77, 105
 Baggot, M., 283
 Bagliacca, R., 119, 197
 Bahrick, H., 66
 Bailey, D.S., 226, 325
 Bailey, K.G., 6, 113, 226, 325
 Baird, S.C., 380
 Baker, L., 257
 Bakker A., 333
 Baldessarini, R.J., 237
 Baldwin, J.S., 404-6
 Baldwin, J.S., 58
 Balint, M., 44, 95, 389
 Balle-Jensen, L., 255
 Ballou, H., 372
 Bancroft, J., 308, 312
 Bandura, A., 45, 47, 106, 109
 Banissoni, P., 77
 Barale, F., 427
 Barbato, A., 206
 Barber, J.P., 393
 Barbie, 259, 267
 Bareggi, S.R., 124
 Barkley, R.A., 415-6
 Barkley, C., 200
 Barlow, D.H., 305
 Barnes, A., 198, 351
 Baroff G. S., 433
 Baron, M., 212
 Baron-Cohen, S., 420
 Barrowclough, C., 352, 361-2, 365
 Barry, D., 280, 293
 Barrymore, D., 296
 Bart Simpson, 411
 Bartholomew, K., 181
 Bartrop, R., 150
 Bartz, J., 396-7
 Baskin, K., 115
 Basoglu, M., 135, 137-8
 Basson, R., 304, 306-7, 317
 Bastiani, A.M., 245
 Bateman, J., 265
 Bates, G.W., 203
 Bateson, G., 374
 Batki, S.L., 278
 Batman, 375
 Batur, S., 319
 Baucom, D.H., 58
 Bauer, M.E., 151
 Baum, A., 93
 Baxter, L.R., 124
 Bazargan, M., 207-8
 Beach, S.R.H., 206
 Beals, J., 59, 273
 Beals, K.A., 259
 Bean, G., 240
 Beatrice di Nazaret, 246
 Beautrais, A., 237
 Bebbington, P., 342
 Bebkko, J.M., 428, 431-34
 Beck A.T., 48-50, 86, 97, 99, 161, 202-4, 208, 296, 359, 373, 375, 377, 388, 391-5, 397
 Becker, A.E., 258
 Becker, D.R., 363-4
 Becker, J.V., 328
 Becker, S.J., 407-8
 Beckham, V., 265
 Beckinsale, K., 265
 Beckman, A.J., 443
 Beebe, D.K., 136
 Beethoven, L., 117
 Beidel, D.C., 404
 Belkin, L., 236
 Bell, J., 120
 Bellack A.S., 341
 Bellinger, D.L., 151
 Belushi J., 288
 Bemporad, J., 197
 Ben-Porath, Y.S., 73, 75, 77
 Benaron, L.D., 420
 Bender, D.S., 373, 383, 385
 Bender, E., 235
 Bender, R., 254
 Bender, W.S., 362, 366, 397
 Benedetti, F., 166
 Benedict, S., 254
 Benezech M., 347
 Bennett, J., 6, 154
 Bennett-Gates, D., 434
 Benoit, C., 232
 Bergeron, S., 314
 Bergin, A.E., 52
 Bergler E., 315
 Bergman, A., 426
 Berks, J., 443
 Berlin, F.S., 325
 Berman, A., 6, 226, 233
 Bernadett-Shapiro, S., 389
 Bernal, G., 235
 Bernstein, D.P., 372-3, 394
 Berr, C., 446
 Berrigan, D., 254
 Bertalanffy, L. von, 18
 Bertrando, P., 57
 Beth Abraham Hospital, 452
 Beumont, P., 249
 Beutler, L.E., 86
 Beyer, H.A., 433
 Biancaneve e i sette nani, 400
 Biederman, J., 416
 Bierer, L.M., 138
 Bigler, E.D., 450
 Billings, J., 183
 Bills, C.B., 230
 Binet, A., 83
 Bini, L., 192
 Binik, Y.M., 314, 319
 Bion, W., 22, 38, 250, 350, 353, 376
 Biondi, M., 77, 178
 Birch, H.G., 431
 Birmingham, C. L., 249
 Bisaga, A., 276
 Bishop, F.M., 294-5
 Bisson, J.I., 143
 Björgvinsson, T., 117, 121
 Black, D.W., 333, 344, 381, 444
 Black, E., 80, 86, 174, 333, 344
 Black Sabbath, 227
 Blackledge, J.T., 100
 Blackmore, E.R., 93, 346
 Blackwell, A., 115
 Blagov, P.S., 387-8
 Blair, J., 379-80
 Blair, K., 379
 Blair, R.J.R., 410
 Blanch, A., 52
 Blanchard, R., 135, 137, 152-4, 327
 Blanchett, C., 323
 Blandino G., 40, 411
 Blatt, S.J., 196
 Blazer, D., 59, 93-4, 442-3
 Bleger, J., 440
 Bleichmar, H., 196, 289, 394, 457
 Bleuer, E., 349
 Bliss, E.L., 178, 181
 Block, J.J., 396
 Blood, R.W., 228
 Bloom B.L., 355
 Bloom, M., 59, 355
 Blow, F.C., 351
 Bluglass, K., 161
 Blum K., 291-2
 Blume, A.W., 294
 Blyler, C.R., 364
 Bobcats, C., 200
 Bock S.J., 425
 Bogart, L.M., 389
 Bogdan, R., 427
 Bogetto, F., 192
 Bolena, A., 248
 Bollini, A.M., 370, 376-7
 Bonanno, G.A., 139, 151, 198
 Bonaparte, N., 108
 Bond, C., 362, 390
 Bond, J., 86
 Bonson, K.R., 283
 Boodman, S.G., 405
 Booker, M.B., 354

- Borgogno, F., 44, 251, 440
 Boris, H.N., 250
 Borkovec, T., 98-9
 Borneman, M.J., 63
 Bornstein, R.A., 348
 Bornstein, R.F., 63, 71, 394
 Borovoy, A., 259
 Borowsky, I. L., 234
 Boscarino, J.A., 137
 Bott, E., 144
 Boucher, J., 226
 Bouman, T.K., 162-3, 167
 Bourgeois, M., 347
 Bourin, M., 112
 Bourne, A., 102, 172
 Bowen, M., 57
 Bowlby, J., 49-50, 95, 196, 198, 289, 376, 389
 Bowman, D.H., 404
 Bowman, S.A., 254
 Boxer, P., 412-3
 Boyce, T., 146
 Boye, B., 352
 Boyles, S., 214
 Bradizza, C.M., 290
 Bradley, R., 385
 Bradley, S. J., 330-1
 Brady, K.T., 271, 297
 Brainerd, C.J., 171
 Bram, T., 121
 Brambrink, D.K., 102
 Brandon, T.H., 281
 Brashears, M., 200
 Braun, D.L., 259
 Breedlove, L., 433
 Bremner, J.D., 135, 138-9, 169, 172, 187, 426
 Brent, D.A., 232-4
 Breslau, N., 104, 133
 Briquet, P., 159, 168
 Broadway, J., 445
 Brock, D.W., 236
 Brodsky, B. S., 383
 Brody, M., 166-7
 Bromberg, P., 178, 251-2
 Bronisch, T., 231
 Brontolo, 400
 Brook, D.W., 296
 Brooks, M.K., 154, 455
 Brotchie, H.L., 207
 Brown, A.I., 172
 Brown, A.S., 179, 348, 428
 Brown, B., 6
 Brown, G.K., 428
 Brown, G.R., 306
 Brown, G.W., 205
 Brown, J.H., 226
 Brown, R.J., 158, 165
 Brownell, K. D., 254, 267
 Bruch H., 245, 251-2, 268
 Brumberg J. J., 246, 260
 Bruner, J., 50
 Bryant, R.A., 133, 262
 Bryarton, C., 304
 Bryson, S., 427
 Buccino, G., 19
 Buchanan, G.M., 6, 47
 Buchanan, J.A., 6, 47
 Buckley, P.F., 363
 Buckner, J.D., 60
 Buhr, K., 97
 Buist, A., 188
 Bureau of Justice Statistics, 296
 Burgess, A., 282, 328
 Buri, C., 226
 Buriyon, B.N., 93, 101-2, 109, 113, 133, 135, 138-40, 142
 Burkholder, A., 196
 Burnette, M.M., 306
 Burns, R.C., 69
 Burry, A., 83
 Burt, D.R., 347
 Busch, F.N., 198
 Bushman, B.J., 380
 Bussière, T., 453
 Bussing, R., 416
 Butcher, J.N., 72-3, 75, 77, 79
 Butler, R.J., 418
 Button, E.J., 252
 Bydlowski, S., 252
 Byrne, M., 59, 101, 134
 Byron, G.G., 260
 Cabaj, R.P., 297
 Caballero, B., 256
 Cachelin, F.M., 259
 CADDRE (Center for Autism and Developmental Disabilities Research and Epidemiology), 422
 Cadoret, R.J., 291
 Caetano, R., 88
 Cahill, L., 171
 Cahn, W., 348
 Cain, D.J., 53
 Caldeiro, R.M., 294-5
 Caldera, Y., 261
 Caldwell, A.B., 73
 Calev, A., 193
 Calvin e Hobbes, 411
 Camacho, E.B., 362
 Cameron, A., 309
 Cameron, D.J., 446
 Campbell, J.M., 425, 434
 Campbell, W.K., 391
 Campbell, A., 6, 192
 Camus, A., 400
 Canals, J., 257
 Cancrini, L., 289
 Canetto, S.S., 443
 Cannon, T., 348
 Cantor, J.M., 326
 Capote, T., 213
 Capuzzi, D., 233
 Cardena, E., 72, 176
 Carducci, B., 392
 Caretti, V., 251, 289
 Carey, B., 152, 234
 Carey, D., 204, 408
 Carll, E.K., 143
 Carlson, W.L., 138-9, 150, 190-2, 195, 442
 Carlsson, M., 429
 Carlsson, A., 31
 Carmichael, M., 152
 Caro I., 253
 Caron J., 239
 Carpenter, K., 243, 245, 342, 432, 449
 Carr, J.E., 145, 419
 Carrol, L., 340
 Carroll, R., 292-4, 330-1, 333-4
 Carten, A., 60, 208
 Carter, R.T., 59, 97
 Cartesio, 11
 Cartman, 400
 Carville, S.E., 390
 Casale, S., 77, 79
 Casey, D.E., 114, 176, 179, 337
 Cash, T.F., 258
 Casimir, G.J., 398
 Cassells, C., 238
 Castellazzi, V., 68-9
 Castiglioni, M., 57
 Castle, D.J., 163
 Castrogiovanni, P., 230
 Cat Power, 399
 Cauchon, D., 193
 Causey, H.L., 296
 Cautela, J.R., 293
 Cave, N., 296
 CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 223, 232, 275, 306, 404, 448
 Ceci, S.J., 171
 Celani, D., 388
 Cenicerros, S., 306
 Center, 188
 Cerel, J., 237
 Cerletti, U., 192
 Chacón, F., 137
 Chae, B.J., 445
 Chalamat, M., 364
 Chamberlain, S.R., 124
 Chaparro, S., 394

- Chapman, A. L., 47, 97, 109, 198, 200, 203, 340
 Charman, T., 427
 Charney, D.S., 112
 Charuvastra, A., 139
 Chasseguet-Smirgel, J., 250, 322
 Chassin, L., 290
 Chatoor, I., 263
 Chavira, D.A., 398
 Chekki, C., 235
 Chen, T.-J., 31, 231, 285
 Cheng, A.T.A., 234
 Chentsova-Dutton, Y., 207
 Cher, 108, 257
 Cherry, K.E., 441, 449, 456
 Cheung, L., 228
 Chiari, G., 77
 Chin, J.H., 449
 Cho, S.-H., 376
 Chochinov, H.M., 236
 Chodoff, P., 388
 Christensen, A., 58, 363
 Christoph, P., 95
 Christophersen, E.R., 418
 Chung, M.C., 139, 147
 Churchill, W., 187
 Ciano-Federoff, L.M., 168
 Clapton, E., 291
 Clark, L.A., 133, 399
 Clark, R., 115
 Clark, R.E., 118, 365
 Clarke, J.C., 293
 Clary, G.L., 446
 Clay, R.A., 226
 Clayton, A.H., 311
 Clayton, R.R., 297
 Cleckley, H.M., 174
 Clifford, J.S., 56
 Cloitre, M., 139
 Cloninger, C. F., 398
 Clum, G.A., 114
 Clyman, M., 232
 CNN, 135, 325
 Cobain, K., 217, 221, 225, 228, 245
 Cocainomani Anonimi, 56, 296
 Coccaro, E.F., 376
 Coetzer, B.R., 124
 Coga, J.C., 258
 Cohen, C.I., 339
 Cohen, L., 154, 346
 Cohen, P., 109, 232
 Cohen, R., 358
 Cohen, S., 149, 151
 Cohen-Kettenis, P.T., 331
 Colburn, D., 225, 228
 Coldwell, C.M., 362, 366
 Cole, E., 151, 203, 259
 Coles, M.E., 6, 118, 123
 Collins, C., 452
 Colom, F., 214
 Colomba da Rieti, 246
 Comas-Diaz, L., 60
 Combs, D.R., 356-59
 Comer, R., 356
 Conklin, C.Z., 382
 Connelly, B.S., 63
 Connor, J.P., 413
 Connors, G.J., 296-97
 Conrad, N., 233
 Conus, P., 342
 Conwell, 224
 Cook, C.E., 279
 Cook, R.E., 424
 Cooley, M., 386
 Coon, D., 344
 Coons, P.M., 175, 182
 Cooper, J. L., 416
 Cooper, J., 325, 445
 Cooper, S., 384
 Copeland, A.L., 295
 Copley, J., 227
 Corbett, S.W., 255
 Corey, K.B., 55
 Corey-Bloom J., 451
 Corkin, S., 451
 Corman, L., 69
 Cornblatt, B.A., 340
 Cornish, J.W., 292
 Corradini, A., 57
 Corrigan, P.W., 88
 Corte, C., 207
 Costa, J.L., 101, 254
 Costa, P.T., 399
 Costantino, 71
 Coughlin, J.W., 265
 Courchesne, E., 424
 Couturier, J., 244, 249, 256
 Covell, N.H., 358
 Covington, M.A., 340
 Cox, A., 56, 419, 423
 Coyne, 65, 200
 Cozier, 148
 Crandall, 149-50
 Crary, D., 329
 Craske, M.G., 93, 99, 112
 Creed, F., 160
 Creese, I., 347
 Creuzfeld, H.G., 451
 Creuzfeld-Jacob (malattia di), 451
 Crisp, M., 411
 Crits-Christoph, P., 95, 393
 Crocetti, G., 70
 Cronkite, R.C., 205
 Crosby, D., 225, 296
 Crossman, A.M., 390
 Crow, S.J., 244, 248
 Crow, T.J., 343
 Crowther, J.H., 248
 Cruikshank, M., 449
 Cuddeback, G.S., 365-66
 Cukan, A., 411
 Culbert, K. M., 244-45
 Culp A. M., 232
 Cummings, C.J., 407-8
 Cummings, J.L., 442, 446, 448-9, 451-4
 Curlin, F.A., 236
 Currier, D., 231
 Curry, J.F., 407-8
 Curtis, R., 151
 Cuskelly, M., 434
 Cutler, D.M., 221, 234
 Cutright, P., 222, 231
 Cutting, 196
 Cuvelier, M., 365
 Cypress Hill, 291
 Cytryn, L., 232
 D'Amico, Y.C., 148
 D'Avanzo, V., 206
 d'Oignies, M., 246
 Dadds, M.R., 404-6
 Dahlstrom, G.W., 72
 Dahmer, J., 353
 Dale, R.C., 6, 29
 Dana, R.H., 71
 Daniel, J.H., 259
 Daniel, S.S., 429
 Daniels, C.W., 81
 Danner, M., 137
 Darke, S., 225
 Darwin, C., 12
 Darwin, J., 178
 Dass, R., 152
 Dattilio, F.M., 114
 Davidson, L., 140, 342, 353, 381
 Davis, S., 106, 134, 318
 Dawes, R.M., 88
 DAWN (Drug Abuse Warning Network), 282
 Dawson, G.R., 101
 De Angelis, 140, 142
 De Leo, D., 239-40
 De Leon, G., 296-7
 De Leon, M.J., 452
 De Leon, G., 296
 De Matteo, D., 379
 De Rick, A., 165
 De Sousa, J.A., 295
 De Vaugh-Geiss, J., 124
 De Wit, H., 291
 De Witte, J.J., 347
 DEA (Drug Enforcement Administration), 415

- Dea, D., 294
 Decobert, S., 250
 Dedman, B., 404
 Degun-Mather, M., 181
 Delahanty, D.L., 138
 Delisle, J.R., 233
 Delp, B., 228
 DeLuca, N.L., 362-3, 366, 417
 Demidenko, N., 206-7
 Denoma, J.M., 60
 Depasquale, R., 199
 DePaulo, B.M., 390
 Deplanque, D., 286
 Depp, J., 108
 DePuy, J., 417
 Derksen, J., 77
 Dervic, K., 232
 Deveny, K., 115, 320
 Devineni, T., 152-4
 Dewey, J., 12
 Dexter-Mazza, E. T., 385-86
 Dhossche, D., 166
 Di Cesare, G., 289
 Diamond, L. M., 329
 Dickens, B. M., 236
 Dickerson, D., 297
 Dickerson, F. B., 356
 Di Clemente, C.C., 293-5
 Didion, J., 315
 Dietrich, A.M., 137
 Dike, C.C., 390
 Dillon, J., 360
 Dimaggio, G., 49
 DiPlacido, J., 151
 Dittman, M., 441
 Dixon, W. J., 357
 Dobbs, D., 196
 Dobson, V., 346
 Doctor, R., 323-5, 328, 333
 Doherty, P., 296
 Dohrmann, R.J., 152
 Dolder, C.R., 359
 Dole, V.P., 295
 Donnan, S., 228
 Dorahy, M.J., 180
 Doran, M., 448
 Dorsett, S., 175
 Doty, R.L., 451
 Doweiko, H.E., 274-75, 280, 286
 Down, L. (sindrome di), 430-2
 Downar, J., 343
 Downey, Jr.R., 296
 Dr. John, 296
 Draguns, J.G., 166
 Draine, J., 59
 Dratcu, L., 114
 Drevets, W.C., 191-2
 Drew, C.J., 413, 434
 Drobos, D.J., 290
 Dryden, W., 49
 Duarte-Velez, Y.M., 235
 Dugas, M.J., 97-8
 Dunbar, F., 144
 Dunlop, B.W., 112
 DuPaul, G.J., 415
 Dupont, C.M., 276
 Dupont, R.L., 276
 Durkheim, E., 229-32
 Durkin, K.F., 325-6
 Dwight-Johnson, M., 174, 207
 Dykens, E.M., 430-1, 433
 Dylan, B., 323
 Eastman, G., 235
 Echeverry, J.J., 282
 Eddy K. T., 123, 249
 Edelman, G., 21
 Edelstein, B.A., 441-2, 444-6, 448
 Edipo, 302-3
 Edlinger, M., 359
 Edwards, O.W., 83
 Efran, J.S., 122
 Egan, M.W., 434
 Egas Moniz, de, A., 31, 354
 Ehlers, A., 140
 Ehnvall, A., 230
 Eifert, G. H., 168, 244, 249, 252-4,
 257, 263, 265
 Eigen, M., 251
 Eisner, A., 328
 Ekman, P., 390
 Eliez, S., 432
 Eliot, G., 376
 Eliot, T.S., 452
 Elisabetta I, 108
 Elkin, T.D., 404
 Elkins, G., 168
 Elliot, M.N., 404
 Elliot, S.L., 307, 309, 311, 318, 320
 Ellis, A., 48-50, 96-7, 99, 109-10, 446
 Ellman, L.M., 348
 El-Mallakh, R.S., 212-3
 Emery, G., 97
 Eminem, 291, 296
 Emmelkamp, P.M., 110, 122
 Engel, J., 102, 145
 Epstein, R., 211, 313, 317
 Erickson, S.J., 259
 Erikson, E.H., 121, 389
 Erlangsen, A., 235
 Ervin, R.A., 59
 Escalante, P.R., 424
 Eschweiler, G.W., 31
 Escobar, J.I., 140, 166
 Eser, A., 236
 Esposito-Smythers, C., 407
 Etaugh, C., 441-3, 455-6
 Evanescence, 291
 Evans, G.W., 433
 Evans, R., 203, 239-40
 Everson, S.A., 151
 Exodus, 296
 Eyberg, S.M., 412
 Eyster, L.T., 348
 Fábrega, 29, 166
 Fahrenberg, J., 146
 Fairbairn, R., 38, 40, 44, 389
 Fairbank, J.A., 140
 Fairburn, C.G., 245, 247-9, 252-3,
 261-6
 Fakhoury, W.K.H., 337
 Fallis, J., 141
 Fallon, B.A., 158
 Faravelli, C., 77, 79
 Farberow, N., 227, 238, 240
 Farley, C., 288
 Farlow, M.R., 448
 Farmer, R.F., 47, 109, 198, 200, 203,
 373, 375, 377, 393, 395
 Farrell, C., 245
 Fatality Facts, 276
 Faulkner, W., 183
 Faust, J., 88, 417
 Fava, M., 393, 395
 Fawcett J., 225, 234, 312
 Fawzy, F.I., 151, 154
 FBI, 81, 379
 FDA (Food and Drug Administration), 30, 195, 212, 234, 408-9
 Febbraro, G.A.R., 114
 Federn, P., 349
 Feigelman, W, 226
 Feinstein, C., 432
 Feldman, M.B., 161-248
 Felix, A., 365
 Fenichel, O., 229
 Fenning, S., 263
 Ferenczi, 177, 196
 Fernquist, R.M., 230-1
 Ferrari, P.F., 19, 160
 Ferreira, A.J., 55
 Fetto, 147
 Ficcaglia, M., 422
 Fichter, M.M., 263
 Fichtner, C.G., 182
 Field, S., 265
 Fields, J., 443
 Fields, W.C., 201
 Fieve, R.R., 202, 209
 Figley, C.R., 134
 Fine, C.G., 182, 283
 Fineberg, N.A., 123-4
 Finfgeld, D.L., 263

- Fink, M., 112, 192
 Fink, P., 160
 Finkelhor, D., 417
 Finn, S.E., 79
 Finnegan, L.P., 275, 297
 Finniss, D.G., 166
 Fiorito, M., 66
 First, M., 443
 Fischer, B.A., 342
 Fishbain, D.A., 187
 Fisher, P.H., 6, 111, 119, 133, 396
 Fisher, C., 211
 Fitz, A., 121
 Flavin, D.K., 225
 Flaxenberg, G.M., 397
 Fleck, D. E., 374
 Fletcher, T.B., 418
 Flores, F., 173
 Flores, J., 173
 Flowers, C.R., 435
 Flynn, R.J., 434
 Foa, E.B., 122-3
 Foley, K., 236
 Folkman, 130
 Folsom, D.P., 337, 344, 351, 365
 Fombonne, E., 408, 420
 Fonagy, P., 104, 178, 289
 Fonda, H., 252
 Fonda, J., 252
 Forbes, B.C., 372
 Forbey, J.D., 75, 79
 Forcano, L., 249
 Ford, C.V., 162, 390
 Ford, D.Y., 83
 Ford, M.R., 387
 Ford, T., 259
 Foreman, W., 140
 Foreyt, J.P., 256
 Fortune, S.A., 232
 Foster, J.D., 391
 Fountaine, E., 260
 Fowler, J.S., 279
 Fowler, K.A., 370, 386, 398, 400
 Franklin, J., 288
 Franklin, A., 108
 Fraser, G.A., 182
 Fraser, J.S., 58
 Fredericks, L.E., 153
 Freedman, N., 251
 Freeman, W., 354, 395
 Freilone, F., 385, 389
 Freking, K., 254
 Frese, F.J., III, 366
 Freud J., 418
 Freud, A., 43
 Freud, S., 13, 33-4, 37-41, 44-5, 52, 94-5, 102, 118-20, 164-5, 168, 177, 196, 229-30, 280, 289, 301-2, 320-1, 349, 387, 389, 396, 418
 Frey, K. S., 411
 Frick, P.J., 410, 412-3
 Friedman, M., 6, 147, 153
 Friege, L., 386
 Friman, P.C., 418-9
 Fristad, M.A., 407-8
 Frith, U., 423
 Frodl, T., 192
 Frohman, E.M., 318
 Fromm, E., 38
 Frosch, W.A., 285
 Frost, R., 121-2
 Fu, K., 227
 Fuller, R.L., 340
 Furr, J., 6
 Gabbard, G.O., 31-2, 35, 37, 39-44, 229, 290, 388, 391, 393, 395
 Gaburri, E., 251
 Gadalla, T.M., 259
 Gahan, P., 182
 Galanter, M., 291, 295-96
 Galea, S., 93, 137, 139, 441
 Gall, F. J., 11, 371
 Gallagher, R., 199
 Gallagher-Thompson, D., 443, 456
 Gallese, V., 19
 Gamwell, L., 315
 Garb, H.N., 83
 Garber, K., 88, 407
 Gardner, D.M., 171, 234, 408
 Garlow, S.J., 280
 Garner, D.M., 247, 256, 262, 458
 Garralda, M.E., 165
 Garrett, B., 26, 91, 101, 193, 195
 Garrison, Z., 265
 Garssen, B., 151
 Gatchel, R.J., 152
 Gaugler, J.E., 455
 Gay, P., 33
 Gaynor, S.T., 380
 Geary, J., 390
 Gebhard, P. H., 328
 Gehring, D., 331
 Gelder, M.G., 323
 Geldmacher, D.S., 446, 448
 Gelernter, J., 291
 Gelfand, D.M., 413
 Genchi, 188
 George, T. P., 7, 192, 254-6, 281, 343-4, 348
 Geremia, G.M., 167
 Germer, J., 256, 259
 Gerrity, E., 137
 Gerstle, M., 259
 Gever, J., 134
 Ghaderi, A., 245-6, 249, 261, 266
 Ghahramanlou-Holloway, M., 238
 Ghazizadeh, S., 319
 Gheorghiu, V.A., 153
 Gianaros, P.J., 146
 Giangrosso, B., 79
 Gibbons, M.M., 240
 Gibel, A., 337, 352, 362
 Giberti, F., 376, 392
 Gilbert, S.C., 50, 256, 257
 Gilliam, F.G., 190
 Gilliland, R., 310
 Gillis, J.M., 420, 423-4, 426
 Gilmer, T.P., 357
 Gilmore, L., 434
 Ginsburg, G.S., 408
 Giocatori Anonimi, 381
 Giovanni Paolo II, 211
 Giovenale, 235
 Gitlin, M.J., 194
 Giulio Cesare, 61
 Gjerdingen, D.K., 188
 Glass, C.R., 80
 Glatt, S.J., 343-4
 Gleaves, D. H., 172, 260-2, 264
 Glover, E., 321
 Goddard, J., 115
 Godenzi, A., 417
 Goisman, R.M., 95
 Gold, T., 265, 277
 Goldberg T. E., 322, 339
 Goldberg, W., 108
 Golden, C. J., 429
 Goldenberg, I., 55, 57-8
 Goldfield, G. S., 56, 260
 Goldiamond, I., 48
 Goldman-Rakic, P. S., 182, 347
 Goldstein, A., 291, 425
 Goldsteing, 30
 Goldston D., 222, 233, 235
 Gone, J.P., 235, 237
 Goode, E., 254, 257
 Goodkin, K., 151
 Goodman-Brown, T.B., 417
 Goodwin, R.D., 276
 Gopaul-McNicol, S., 428
 Gordon, K.H., 185, 187, 257
 Gorman, B.S., 226
 Gormley, M., 327
 Goscha, R.J., 363-4, 366
 Goshen, C. E., 355
 Goss, K., 248
 Gosselin, J.T., 162
 Gottesman, I.I., 344
 Gould, M.S., 228, 234
 Grady, D., 153
 Graff-Radford, N., 449
 Graham, J.R., 72-3, 79, 174, 195

- Grandin, T., 424
 Granieri, A., 21, 79, 250, 411, 427, 440
 Grateful Dead, 452
 Gray, J., 113, 214, 417
 Grayson, H.M., 73, 422, 425
 Green, J., 160, 331
 Greenacre, P., 303
 Greenberg, J. R., 41, 97, 119, 396
 Greene, R., 64, 67, 77, 172
 Greengard, P., 31
 Greening, L., 233
 Greenwald, H., 379
 Greeven, A., 167
 Gregg, J.A., 141
 Gregory, R.J., 6, 66, 83
 Griffith, M., 296
 Griffiths, M., 381
 Grigg, J. R., 228
 Grilly, D.M., 273, 275-76, 281, 346
 Grilo, C.M., 254, 257, 393
 Grinfield, M.J., 365
 Grob, G.N., 355
 Grof, P., 213
 Gross, D.R., 224, 233, 287
 Grossman, R., 388
 Grubin, D., 390
 Gruetter, T., 386
 Grunze, H., 213
 Gruttadaro, D., 434
 Guarnaccia, P.J., 71, 93-4
 Guevremont, D.C., 357
 Guidano, V.F., 49
 Gum, A.M., 443
 Gundlach, J., 227
 Gunter, M., 356
 Guntrip, 44
 Gupta, S., A.S., 162
 Gurman, A.S., 58
 Gurnack, A.M., 443
 Guth, L.J., 329
 Gutheil, T.G., 385, 388, 395
 Guyitt, B.D., 118
 H.V.N. (Hering Voices Network), 360-1
 Haber, P. S., 278
 Haberman, C., 252
 Hadjiyannakis, K., 189
 Hadley, J., 228
 Hafner, H., 342, 355
 Hage, S.M., 59
 Hale, C.M., 423
 Haliburn, J., 263
 Hall, C.W., 275
 Hall, K., 307, 313-4, 316-7
 Hall, L., 247-48
 Halliwell, G., 265
 Halls, S.B., 258
 Halmi, K., 243
 Halpern, J., 137, 140, 143, 285
 Ham, L.S., 290
 Hammen, C.L., 189, 203
 Handel, R.W., 79
 Händel, G.F., 211
 Haney, M., 279, 282, 290-1
 Hankin, B.L., 407
 Hansell, J., 6
 Hansen, T.E., 337
 Hansjoerg, N., 6
 Hanson, J., 258
 Hansson, L., 363
 Harding A., 139, 450
 Hardman, M.L., 434
 Hare, R., 377-79
 Haring, 59, 134, 138-40
 Harkavy, J.M., 237
 Harkness, K.L., 75, 417
 Harlow, H., 198
 Harris, G. T., 381
 Harris, G., 234
 Harris, J.R., 176, 179, 451
 Harris Poll, 191, 236, 372
 Harrison, P.J., 344
 Hart, M., 452
 Hartmann, U., 311-2, 318
 Hartmann, H., 39
 Harway, M., 58
 Haseley, E.N., 77
 Hasman, A., 281
 Hastings, R.P., 427
 Hatcher, A.P., 322-3, 327-8
 Hatfield, E., 313
 Hathaway, S.R., 72
 Hatton, D., 416
 Hauss, R.B., 137-8
 Hawkins, J.R., 168
 Hawkrigg, J.J., 111
 Hawton, K., 232, 239
 Hayaki, J., 249
 Hayes, L.M., 99-100, 204, 224, 361
 Haynes, S.G., 147
 Hayward, C., 114
 HBGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association), 331
 Healy, B., 406
 Heard-Davison, A.R., 307, 313-4, 318-9
 Heaven's Gate, 229
 Heavey, L., 424
 Hebert, L.E., 447
 Hechler, T., 261
 Hecimovic, H., 190
 Heiamnn, 44
 Heilbrun, K., 412
 Heiman, J.R., 303, 305, 307-8, 312-4, 316-7, 319
 Heimann, J. R., 251
 Heimberg, R.G., 93, 96, 109
 Heisel, M. J., 226, 337
 Helgeson, V.S., 249
 Helmeke, K.B., 53
 Hemingway, E., 185, 187, 217, 220-1, 240
 Hemingway, M., 221
 Hen, R., 133
 Henderson, S., 408
 Hendin, H., 236
 Hendrix, J., 245
 Henggeler, S.W., 412
 Henn, F.A., 189, 202
 Hennig, C.W., 233
 Henningson, S., 231
 Henrich, C., 264
 Henry, P.E., 258
 Hepp, U., 330-31
 Herba C. M., 235
 Herbeck, D. M., 358
 Herbert, J.D., 393
 Herman, N.J., 383
 Herning, R.I., 286
 Hersen, M., 66, 200
 Herzig, H., 244
 Herzog, D.B., 263, 266
 Herzog, T., 261
 Heslet, L., 136, 325
 Hess, W.R., 165, 354
 Heston, L.L., 349
 Hetfield, J., 296
 Hettema, J.M., 100
 Heyman, R. E., 417
 Heyne, D., 406
 Hibbs, E.D., 409, 411
 Hickling, E.J., 135
 Higgins, E.S., 192, 254-6, 290, 293, 343-4, 348
 Higgins, S.T., 294
 Higgins, E.S., 192
 Hilbert, A., 254
 Hildebrand, K.M., 295
 Hildebrandt, T., 260
 Hill, A.J., 222, 257
 Hill, J., 417
 Hingson, R., 274
 Hinshelwood, R.P., 40, 95
 Hiroeh, U., 365
 Hirsch, J.K., 237
 Hirschfeld, R.M., 194, 408
 Hirshom, E., 455
 Hitler, A., 108
 Hitti, M., 291, 453
 Hjerl, K., 151
 Ho, T.P., 233

- Hoagwood, K., 414
 Hobson, R.P., 427
 Hodapp, R.M., 430-1, 433-4
 Hodgson, R.J., 121
 Hoffman, A., 284
 Hoffman, D., 6, 424
 Hoffman, K.B., 236
 Hoffman, N., 73
 Hogan, R.A., 109
 Hogarty, G.E., 362
 Hohagen, F., 122
 Hojnoski, R.L., 67
 Holaway, R.M., 96, 109
 Holch, P., 171
 Holinger, P.C., 234
 Hollon, S.D., 110
 Holm, S., 60, 281
 Holmans, P., 29
 Holmes, T., 148-50
 Holwerda, T.J., 442-3
 Honberg, R., 364
 Hong, J.P., 122
 Honts, C.R., 81
 Hopkins, J., 147
 Hopko, D.R., 93, 104
 Horley, J., 325
 Horney, K., 38, 49, 121, 389
 Hornyak, L.M., 153
 Horowitz, J.A., 188
 Hou, C., 424
 Houdini, H., 108
 Hough, R.L., 256
 Houlihan, D., 47
 Houston, W., 296
 Houts, A.C., 418
 Howland, R.H., 234
 Howlin, P., 422-3, 427
 Hoxter, S., 426
 Hoyert, D.L., 220, 455
 Hoza, B., 414-16
 Hrobjartsson, A., 167
 Huang, J. H., 239
 Huang, Y., 259
 Hucker, S., 327-28
 Hudd, S., 252
 Huff, M.O., 212
 Hugdahl, K., 146
 Hughes, H., 108
 Hughes, N., 221
 Humphrey, J.A., 222, 229, 417
 Humpry, D., 236
 Hundesmarck, S., 325-26
 Huntington, G. (malattia di), 451
 Huntjens, R.J., 174, 180
 Huprich, S.K., 70
 Hurlbert, D.F., 304, 312, 318
 Hurt, E., 414
 Hurt, S., 379, 383
 Hustey, F.M., 446
 Hutchison, K.E., 291
 Huyck, M.H., 456
 Hyde, J. S., 306, 309, 329
 Hyman, I.E., 171
 Hyman, P., 228
 Hymowitz, N., 281
 Iacoboni, M., 19
 Iacono, W.G., 6, 81
 Ihle, W., 252
 Imbasciati, A., 9-11, 33, 303
 Imbesi, L., 390
 Imrich, D., 325
 Infoplease, 404
 Ingram, R.E., 49
 Inouye, S. K., 446
 Insel, T.R., 191-2
 Iohan, M., 233
 Irvine, M., 262
 Irwin, M., 151
 Isenberg, 56
 ISTAT, 456
 Ito, H., 363
 Ivarsson, T., 237
 Iversen, L.L., 347
 Jablensky, A., 351-2
 Jackson, D.D., 55
 Jackson, M., 287
 Jackson, Y., 59
 Jacob, A. M., 451
 Jacobs, J., 33, 52, 411
 Jacobson, G., 238, 389
 Jaffa, T., 248, 262-3
 James, C., 246
 James, L., 115, 172
 James, W., 12, 172, 391, 396
 Jamison, K.R., 213
 Jang, K. L., 373
 Janicak, P.G., 362
 Jannini, E., 310
 Janus, C.L., 306, 324, 327
 Janus, S.S., 306, 324, 327
 Jefferson, D. J., 282
 Jefferson, L., 353
 Jelinek, E., 109
 Jenike, M.A., 123
 Jensen, G.M., 221, 255, 409, 411
 Jenson, W. R., 413
 Jess, C., 443
 Jeste, D. V., 443, 454
 Jewell, T. C., 362
 Jia, J., 448
 John, E., 265
 Johns, A., 291
 Johnson, J.J., 405
 Johnson, K., 265
 Johnson, V., 142, 208, 256, 304, 309, 315, 318-20, 328, 354
 Johnston, C.A., 254
 Johnston, J.M., 254
 Johnston, L.D., 270, 272-3, 279-81, 283, 285-6
 Joiner, T.E., 187, 200, 257
 Jones, G., 423
 Jones, M., 119, 266, 321, 355
 Jones, R., 245
 Joplin, J., 288
 Jordan, R., 423
 Jordan, M., 200
 Jorgensen, G., 333
 Joy, J., 287
 Joyce, A. S., 373, 375-6, 381, 391, 393
 Juang, L., 147-8, 151, 166, 200, 207-8, 222, 255, 258, 352
 Judas Priest, 227
 Julien, M., 101, 109, 113-5, 124, 191, 193-5, 211, 213-4, 239, 284, 339, 347, 357, 359, 364, 411, 413-5, 446-8, 452
 Kabacki, E., 319
 Kabat-Zinn, J., 152
 Kaemmer, B., 72
 Kafka, M.P., 320
 Kagan, J., 133
 Kaij, L., 291
 Kaiser, L., 360, 414
 Kalb, C., 145, 455
 Kalodner, C.R., 265
 Kamas, M.M., 77
 Kamat, D., 418
 Kaminer, Y., 381
 Kampman, K.M., 294
 Kandall, S.R., 275, 297
 Kandel, E., 17, 31
 Kane, J.M., 359
 Kang, B.J., 445
 Kanner, L., 94, 117, 375, 380, 383, 391, 420-1, 423
 Kantor, M., 379
 Kantrowitz, B., 175, 180, 454-5
 Kaplan, A.S., 253, 266
 Kaplan, H.S., 304
 Kaplan, M.S., 322, 325, 327
 Kapur, S., 343
 Kasari, C., 421
 Kasof, J., 191
 Kassel, J.D., 289, 293
 Katel, P., 161
 Kaufman, S.H., 69
 Kauth, M.R., 328-9
 Kawas, C., 453
 Kaye, W.H., 253

- Kaysen, S., 382
 Kazdin, A.E., 380, 412
 Keane, T.M., 137, 140
 Kearney, C.A., 409
 Kearney-Cooke, A., 259
 Kebede, L., 258
 Keel, P.K., 266
 Keen, E., 53
 Keenan, K., 86
 Keesey, R.E., 255
 Keilp, J.G., 340
 Keith, S.J., 337, 339
 Kellerman, H., 83
 Kelly, K., 306
 Kelly, M.P., 312
 Kemp, C., 347
 Kendall, P.C., 405, 412, 416
 Kendler, K.S., 113, 186, 204, 253, 373, 385
 Kennedy, D.P., 424
 Kennedy, J., 58, 328
 Kennedy, J.F., 428
 Kennedy, P., 328
 Kennedy, R., 428
 Kensinger, E.A., 451
 Kernberg, O.F., 380, 383, 389
 Kernberg, P.F., 178, 370
 Kerr, J.H., 246, 256, 259-60, 264, 414
 Kessing, L.V., 189
 Kessler, R. C., 92-3, 103, 105, 111-2, 117, 134, 186, 190, 207, 211, 224, 273, 381
 Kestenberg, E., 250
 Kestenberg, J., 250
 Kety, S.S., 344, 376
 Kevorkian, J., 236
 Keys, A., 244, 249
 Khan, M., 288, 312, 374
 Khandker, R.K., 194
 Khantzian, E.J., 289
 Khawaja, N.G., 97
 Kidman, N., 108
 Kiecolt-Glaser, J.K., 150-2, 154
 Kiernan, W., 435
 Kiev, A., 394
 Kihlström, J.F., 182
 King, L., 346
 King, N. J., 404
 King, R. A., 230, 233
 King, T., 158
 Kinsey, A., 320
 Kinsley, C.H., 337, 348, 380
 Kinsley, C.H., 26, 123, 192, 212, 214, 337, 348
 Kinzie, J., 208
 Kirby, M., 329
 Kirmayer, L.J., 71, 160, 164
 Kisker, G.W., 450
 Klebler, H.D., 291, 294-5
 Kleiman, K., 188, 208
 Klein, C., 265
 Klein, M., 38, 40, 42-4, 95, 112, 197, 303, 321, 350, 353, 374, 376, 443
 Kleinman, A., 166, 207
 Klerman, G., 205
 Kline, N.S., 193
 Kluff, R.P., 177, 181-2
 Kluger, J., 145, 148
 Klump, K.L., 244-5
 Knight, B.G., 442-4, 453-6
 Knudson, R.M., 244, 331
 Koch, W.J., 59, 70, 134, 138-40
 Kodak, 235
 Koegel, L.K., 426
 Koegel, R.L., 426
 Koenen, K.C., 139
 Koenig, H.G., 53
 Koh, K.B., 166
 Koh, M., 172
 Kohler, F.W., 425
 Kohler, E., 19
 Kohut, H., 177, 322, 389
 Kokish, R., 81
 Kolodny, R., 324
 Komaroff, A.L., 149
 Konrad, N., 224
 Koob, G. F., 291
 Koopman, C., 139
 Kopelowicz, A., 357, 359, 362
 Kordon, A., 124
 Koren, 140
 Kornegay, M., 7
 Kornmann, C.B., 141
 Korsakoff, S. (sindrome di), 450
 Koss, M. P., 73, 135-6, 325
 Kosten, T. R., 279-80, 293, 295
 Kösters, M., 56
 Kotler, J. S., 409, 412
 Koury, M.A., 92, 104
 Kovacs, M., 232
 Kposowa, A. J., 222, 231
 Kraepelin, E., 84, 349
 Kraines, S.H., 186
 Krakauer, S.Y., 182
 Krantz, S., 203
 Kranzler, H. R., 291
 Krapohl, D.J., 81
 Kreek, M.J., 277, 290-1
 Kring, A.M., 341
 Krippner, S., 134
 Krishnan, K.R., 446
 Krueger, R.G., 322, 325, 327
 Ksir, C., 271, 273, 275-7, 279-84, 286-8, 294-5, 297, 307, 431
 Kubler, A., 280
 Kucharski, L.T., 79
 Kuhn, R., 194
 Kuhn, T.S., 26
 Kuipers, E., 342
 Kulka, R.A., 139
 Kupper, S., 152
 Kurtz, M.M., 341
 Kutcher, S., 234, 408
 Kutchinsky, J., 360
 Kutscher, E.C., 357, 359
 Kyrios, M., 153
 La Barbera D., 251, 289
 La Greca, A.M., 137
 Laborit, H., 357
 Lachar, D., 73
 Ladouceur, R., 97
 Lagomasino, I.T., 208
 Lahey, B.B., 410
 Lahti, J., 376
 Laing, R. D., 86, 374
 Lalonde, J.K., 176
 Lamascola, T., 454
 Lambert, K., 26, 123, 192, 212, 214, 337, 348, 380
 Lambert, M. T., 383, 386
 Lamprecht, F., 141
 Lang, A.J., 102
 Langevin, R., 328
 Langston, R.D., 6
 Långström, N., 323-24
 Lanning, K. V., 326
 Laplanche, J., 177, 197, 302
 Lara, M.A., 206
 Larner, A.J., 448
 Larsson, B., 237
 Lask, B., 262
 Laskin, D.M., 152
 Latner, J. D., 261-62, 264
 Latzer, Y., 257
 Lau, M.A., 186-7, 189-90, 202, 204, 434
 Laumann E. O., 303-4, 306-8, 310-2, 314
 Lavander, J., 251
 Lawlor, B. A., 432
 Lawson, W. B., 194, 351
 Lazarov, O., 453
 Lazarus, A.A., 130, 315
 Le Gouès, T., 457
 le Grange, D., 262, 265
 Leach, M.M., 222, 237
 Leahy, R.L., 102, 214, 373, 377, 381, 391, 393
 Leamon, M.H., 161
 Leavitt, V. M., 339
 Ledley, D.R., 109
 Ledoux, S., 288
 Lee, M., 60, 79, 222, 245

- Lee, T., 412, 427
 Leenaars, A.A., 230, 233, 239-40
 Lehman, A.F., 364
 Leiblum, S.R., 315-6, 320
 Leibniz, G., 13, 37
 Leichsenring, F., 198
 Lejoyeux, M., 225
 Lekander, M., 150
 Lemay, R.A., 434
 Lemonick, M.D., 30
 Lentz R., 356
 Lenzenweger, M.F., 370
 Lenzi, A., 310
 Leon, G.R., 63, 65, 84, 243
 Leonard, H., 430
 Leonardo, E.D., 133
 Leong, F.T.L., 237
 Leong, F.T.L., 222, 237
 Lepore, S.J., 148
 Leshner, A. I., 364
 Lester, D., 218, 225-6, 231, 239-40
 Levant, O., 66
 Levens, S.M., 203
 Levesque, R.J.R., 412
 Levi, F., 222
 Levin, E., 6, 152, 245
 Levitan, H.L., 244
 Levitan, H.L., 244
 Levounis, P., 288
 Levy, E., 363
 Levy, K.N., 389, 391
 Leweke, F.M., 348
 Lewinsohn, P., 198-200
 Lewis, J., 296
 Lewis, M., 390
 Lewis, O., 263
 Li, T.K., 212, 230
 Liberto, J., 293
 Libow, J.A., 161
 Librera, L.A., 88
 Lichtenberg, J.D., 50
 Lickey, M.E., 185, 187
 Lidz, T., 374
 Lieb, R., 231, 288
 Lieberman, J.A., 348
 Liebowitz, M.R., 102
 Lifton, R.J., 142
 Lightdale, H.A., 292
 Lightstone, J., 252
 Lil' Kim, 291
 Lilienfeld, S.O., 380
 Limosin, F., 348
 Lincoln, A., 185-6
 Lindau, S.T., 306
 Lindner, M., 6, 201
 Lindsay, D.S., 6, 171
 Linehan, M.M., 49, 383, 385-6
 Ling, F. W., 314
 Ling, W., 282
 Link, B.G., 54, 351
 Links, P.S., 395
 Linz, D., 325
 Liotti, G., 50, 404
 Lipkin, P. H., 416
 Lissau, I., 255
 Litman, R.E., 227, 240
 Livesley, W.J., 386
 Llewellyn-Jones, D., 266
 Lobban, F., 352, 361-62, 365
 Lock, J., 244, 249, 256
 Locke, B.Z., 77
 Loeb, K.L., 262, 265
 Loeber, R., 410
 Loewenstein, R.J., 172, 176, 181
 Loewenthal, K., 53
 Loftus, E.F., 171
 Lofwall, M.R., 295
 Logan, T.K., 136
 Logue, A.W., 254
 Lohan, L., 296
 Looper, K.J., 160, 164
 Lopater, S., 311, 313
 López, S.R., 71, 93-4
 LoPiccolo, J., 301, 304-5, 307, 309-10, 312-5, 317-9, 327
 Lovaas, O. I., 425
 Lovejoy, M., 258
 Lovibond, P.F., 404
 Lovin, L., 200
 Lowe, M.R., 199
 Löwe, B., 88
 Lowenstein, F., 6
 Lozano, A.M., 192
 Lu, L., 200
 Luber, M., 141
 Luborsky, E.B., 32
 Lucas, G., 95
 Ludwig, A.M., 213
 Lumley, M.N., 417, 434
 Lundqvist, D., 106, 286
 Lutgendorf, S.K., 150-1
 Lutkin, S.G., 149
 Lyman, B., 252
 Lyneham, H.J., 86
 Lyness, J.M., 190, 193
 Lyon, 182
 Lyons, F., 295
 M'Uzan, M. de, 458
 MacDonald, W.L., 233
 Machado, A., 264
 Mack, A. H., 287
 MacLaren, V.V., 81
 Madden, J., 108, 182
 Madill, A., 171
 Madonna, 108
 Maes, M., 326
 Magnus, P., 430
 Maguire, E.R., 227
 Mahler M., 426-7
 Maier, A. S., 265
 Maina, G., 192
 Malberg, J.E., 283
 Malcolm, A.H., 236
 Maldonado, J.R., 172, 174, 180, 182
 Maletzky, B.M., 321, 324, 328
 Malgady, R.G., 71
 Malik, M.L., 86, 254
 Maller, R.G., 114
 Maltsberger, J.T., 226
 Mammen, O.K., 417
 Mancina, M., 22
 Mandelkorn, P., 218
 Mann, J.J., 231, 254, 390
 Manson, J. E., 254
 Marazziti, D., 123
 Marchand, A., 115
 Marchione, M., 450
 Margo, J.L., 256
 Maris, R.W., 218, 221-2, 225-6, 230-1, 235, 239
 Mark, T.L., 358, 364
 Markarian, M., 288
 Markovitz, P.J., 377, 382
 Marks, I.M., 106, 163, 323
 Marlatt, G.A., 290, 294
 Marques, J.K., 327
 Marquis, J.N., 47
 Marshall, J.J., 318
 Marshall, M.A., 58, 164-5, 321-2, 324, 327
 Marshall, W.L., 328
 Marston, W.M., 81
 Mart, E.G., 161
 Martin, A. R., 152, 254
 Martinez, E., 361
 Marx, B.P., 133
 Masdrakis, V.G., 114
 Mashall, C., 399
 Masheb, R.M., 393
 Mashour, G.A., 354
 Maslow, A.H., 50
 Mason, S.A., 175
 Masters, W., 304, 309, 315, 318-20
 Masterson, J.F., 383
 Mather, M., 181
 Matson, J., 454
 Matsumoto, D., 59, 147-8, 151, 166, 200, 207-8, 222, 255, 258, 352
 Mattel, 267
 Matthews, T., 115
 Mattia, J.I., 373, 376, 379, 387, 389, 392, 394, 396
 Maturana, H., 18

- Maugh, T.H., 347
 Mauri, M.C., 194
 Mauriac, F., 45
 Maurice, W.L., 304-5, 307, 317
 May, P.R.A., 357
 Mayahara, K., 363
 Mayberg, H.S., 192, 195-6
 Maybery, M.T., 340
 Mazure, C.M., 188
 McAnulty, R.D., 306, 325-6
 McCabe, R.E., 114-5
 McCaghy, C.H., 417
 McCance-Katz, E.F., 295
 McCauley, H., 260
 McClelland, S., 143
 McClung, H.J., 419
 McClure, E.B., 113
 McConaghy, N., 322
 McCorkle, S., 228
 McCormick R., 443
 McCoy, S.A., 88
 McCrae, R.R., 399
 McDaniel, P., 380
 McDermott, B.M., 248, 262-3
 McDowell, I., 283
 McEachin, J.J., 425
 McEvoy, P.M., 109
 McFarlane, T., 261
 McGarvey, A.L., 203
 McGhie, A., 340
 McGinn, D., 199
 McGlothlin, J.M., 238
 McGoldrick, M., 301
 McGowan, S., 345
 McGrath, M.L., 419
 McGuffin, P., 190
 McGuire, P. A., 340, 363-4
 McIntosh, K., 208
 McKay, D., 117, 122-3, 162-3, 167, 296
 McKenna, K.E., 311
 McKenzie, N., 417
 McKinley, 72
 McKnew, D. H., 232
 McLeod, H.J., 170
 McMahan, F.J., 212, 409-10, 412
 McNally, R.J., 114, 142-3, 171
 McNaughton, N., 113
 McNeely, H.E., 354
 McNeil, E.B., 117
 McNulty, J.L., 75
 McPherson, M., 200
 McSweeney, S., 59, 207
 McWilliams, N., 35, 37, 196, 373, 379
 Mealy, M., 390
 Medda, P., 192
 Meehl, P.E., 88
 Mehl, E., 346
 Meichenbaum, D.H., 48, 153
 Melamed, B.G., 145
 Melatone, F., 10
 Melfi, C.A., 194
 Melo, J.A., 290
 Meloy, J.R., 380
 Meltzer, D., 146-8, 151, 252, 254, 322, 426
 Meltzoff, A., 18
 Melville, J., 103, 107
 Mendelowitz, E., 51, 53
 Mendelson, J., 283
 Mennin, D.S., 99
 Merenda, R.R., 176-7
 Merikangas, K.R., 211
 Merluzzi, T.V., 80
 Merriam Webster, 340
 Merskey, H., 158, 160, 176
 Messer, S.B., 396
 Metsänen, M., 340
 Metz, M.E., 313, 317
 Metz, J.M., 325
 Meuret, A.E., 114
 Meyer, I.H., 248
 Meyer, J.M., 363
 Meyer, R.G., 387
 Meyer, V., 29, 101, 121
 Meyerhoff, D.J., 273
 Meyer-Luehmann M., 448
 Meyers, L., 441, 453, 456
 MFA (Meningitis Foundation of America), 433
 Michael, J., 356
 Michel, A., 334
 Miller, F., 375
 Miller, M.A., 149
 Miller, M.C., 163, 168, 175, 180
 Miller, N.E., 106
 Miller, S.G., 424
 Miller, W. R., 201, 294, 389
 Milli Vanilli, 228
 Millon, T., 374-75, 388, 392, 395
 Mineka, S., 107
 Mingone, P., 119
 Minkowska, 70
 Minshew, N.J., 424
 Mintz, J., 250
 Mintzer, J., 445
 Minuchin, S., 55, 251, 257
 Mio, J.S., 60
 Miret, M., 237
 Mirin, S. M., 379
 Mirone, V., 311
 Mirzaei, S., 138
 Mishara, B.L., 232
 Mishara, B., 232
 Mitchell, D., 379
 Mitchell, J.E., 247, 254, 265
 Mitchell, K., 44, 115, 142, 161-2, 166
 Mittal, V.A., 371, 374-75
 Mittendorfer-Rutz, E., 231
 Mittlere, J.O., 344
 Modlin, T., 153
 Modrow, J., 352
 Moene, F.C., 168
 Moldavsky, D., 166
 Molière, 168
 Moller, A.R., 333
 Mondo, X., 296
 Monguzzi, F., 58
 Moniz, E., 354
 Monroe, S.M., 189
 Monroe, M., 217, 227
 Monti, F., 188
 Moore, C. L., 435
 Moorhead, D. J., 253
 Moos, R.H., 205, 295, 297
 Moreno, C., 408
 Morgan, A. B., 47, 67, 380
 Morokoff, P. J., 310
 Morris, J., 333
 Morrison, A.P., 361, 398
 Morrisette, A., 265
 Morrissey, J.P., 365-6
 Mosconi, L., 452
 Mosè, 185
 Moser, L. L., 362
 Moskowitz, E.S., 56
 Moss, D., 152
 Mosticoni, R., 77
 Mowrer, O. H., 106, 418
 Mowrer, W. M., 106, 418
 Muderrisoglu, S., 400
 Mueller, R.A., 57, 424
 Mueser, K. T., 341, 359
 Munchhausen, barone di, 162
 Munsey, C., 140
 Murphy, A.A., 88
 Murphy, E., 419
 Murphy, G.E., 221
 Murphy, S.M., 136
 Murphy, W. D., 324
 Murphy, W.J., 139
 Murray, H.A., 67
 My Bloody Valentine, 399
 Mydans, S., 164
 Mylant, M. L., 275
 Myrick, H., 275, 292
 Myrtek, M., 147
 Nabucodonosor, 185
 Nace, E.P., 296
 NAHIC (National Adolescent Health Information Center), 232, 235, 366
 Najman, J.M., 188

- NAMI (National Alliance for the Mentally Illness), 366
 Nantel-Vivier, A., 407
 Napolitano, M.A., 267
 Nardi, A.E., 114
 Nash, J., 445
 Nathan, K.I., 278
 National Institute on Mental Health, 408
 Nazionale Association for Retarded Citizens, 434
 Nazarian, M., 93, 112
 NCASA (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University), 274
 NCH, 366
 Neal, A.M., 405
 Neale, M.C., 341
 Neckelmann, 188
 Neeleman, J., 233
 Neff, B., 323-25, 333
 Neisser, U., 432-33
 Nejad, A.G., 347
 Nelson, T.F., 59, 274, 295
 Nelson-Gray, R.O., 373, 375, 377, 393, 395
 Nemecek, S., 160
 Nemiah, J., 31
 Nencini, 77
 Neto, J.A., 191
 Nettles, C.D., 282
 Neumark-Sztainer, D.R., 263
 Neumeister, A., 191
 New, A. S., 231
 Newell, R., 7
 Newton, I., 86
 Neziroglu, F., 167
 Nezelek, J.B., 204
 Nguyen Kim-Chi, 70
 Ni, H., 358
 Nichols, M., 320
 Nichols, W. C., 395
 Nield, L. S., 418
 Nielsen, G. H., 443
 Nietzsche, F., 37
 Nijinsky, V., 213
 Nikzad, M., 319
 Ninan, P.T., 112
 NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke), 444
 Nisa, Z., 258
 Nishina, A., 411
 Nishino, S., 276
 Nock, M.K., 409
 Noh, Y., 224, 231
 Nolen-Hoeksema, S., 203, 206-7
 Nolita, 253
 Nomura, H., 352
 Nonacs, R.M., 346
 Norcross, J.C., 47, 49, 52-3, 56, 58, 96, 198, 208
 Nordhus, I. H., 443
 Norra, C., 385
 North, C.S., 160, 168, 182
 Norton, A., 254
 Notaro, P.C., 66
 Notorius, B.I.G., 245
 Nowlin-Drummond, A., 356
 Noyes, R., 163
 NRC (National Research Council), 425
 NSDUH (National Survey on Drug Use, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration), 270-5, 277-84, 286, 288, 290, 293, 297
 Nussbaum, R.L., 446
 Nydegger, R.V., 188, 396
 Nyswander, M., 295
 O'Brien, K.M., 245, 290, 294-6
 O'Brien, P., 65, 245, 290, 294-6
 O'Connor, B.P., 211, 370, 373, 376, 379, 387, 389, 392, 398, 448
 O'Hara, M.W., 188
 O'Hare, T., 362, 364
 O'Neill, C.B., 7, 185, 245, 254
 Oakland, T.D., 83
 Oesterreich, L., 405
 Offer, D., 234
 OFWW (Obesity, Fitness & Wellness Week), 383
 Ogden, T.H., 43, 254, 350, 353
 Ohayon, M.M., 218, 444
 Ohman, A., 106-7
 Okada, T., 100
 Okawa, J.B., 137-8
 Okazaki, S., 104
 Oldham, J.M., 385, 398
 Olff, M., 139
 Olfman, S., 408
 Oliver, R.J., 104, 240
 Olley, J.G., 433
 Olmsted M. P., 262, 266
 Olsen, M., 265
 Olsson, S.E., 333
 Oltmanns, T.F., 379, 383
 OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), 271, 351
 ONDCP (Office of National Drug Control Policy), 270
 Onen, F., 443
 Onen, S.H., 443
 Oquendo, M.A., 222, 231-3
 Orazio, 385
 Orbach, I., 233
 Orleanu, P., 153
 Ortiz, D., 138
 Osberg, T.M., 77
 Osbourne, O., 227
 Oslin, D.W., 295
 Osman, A., 80
 Osterweil, N., 347
 Otto, M.W., 115
 Ouellette, S.C., 151
 Ouston, J., 427
 Overton, D., 179-80
 Ovsiew, F., 163, 166
 Owen-Howard, M., 293
 Ozer, E.J., 139
 Page, I.J., 324
 Pagnin, D., 31
 Painot, D., 254
 Palmer, L.A., 425
 Palmer, B.W., 66
 Paludi, M., 396
 Pamuk, E., 148
 Pancheri, P., 77, 178
 Papakostas, I.G., 114
 Papastavrou, E., 456
 Paris, J., 380, 382-3, 385
 Park, C.L., 441
 Parker, M.G., 198, 207, 258, 443
 Parkinson, J. (morbo di), 358, 451
 Pato, M.T., 396
 Patrick, C.J., 370, 377, 379-80
 Patton, J.R., 433
 Paul, G., 356
 Pauls, 147
 Paulson, D., 7, 134
 Pavlov, I., 12-4, 46
 Paykel, E.S., 55, 189, 198
 Pearlman, E., 252
 Pender, D.A., 143
 Penn, D.L., 356
 Pennebaker, J.W., 154
 Perceval, 340
 Perez, M., 257
 Perez-Alvare, M., 351
 Perfect, M.M., 168
 Perilla, J.L., 139-40
 Perkins, H.W., 295
 Perls, F.F., 52
 Perry, J.C., 395
 Perry, M., 296
 Perske, R., 434
 Peters, R.H., 365-66
 Peterson, C., 456
 Petrie, K.J., 154
 Petry, N.M., 381
 Pew Research Center for the People and the Press, 374

- Pfeffer, C. R., 232
 Phan, L., 291
 Phares, V., 410, 413, 417
 Phelan, J.C., 54, 351
 Phillips, M.L., 88, 158, 160-1, 163, 222, 227, 265
 Pi, E.H., 194
 Picco, G., 192
 Pick, A. (malattia di), 451
 Piek, J. P., 429
 Pierce, K., 424
 Pietrefesa, A.S., 118
 Pigpen (McKernan R. C.), 452
 Pihl, R.O., 407
 Pike K.M., 259
 Pilatus, R., 228
 Pilkington, L.R., 6
 Pillemer, K., 455
 Pilo, C., 386
 Pimentel, S.S., 405
 Pine F., 426
 Pinel, O., 354
 Pingitore, D., 358
 Pinhas, L., 263
 Pinto, A., 245, 396-9
 Piper, A., 176, 373, 375-6, 381, 391, 393
 Pirke, K.M., 263
 Piro, S., 340
 Pittillo, E.S., 175
 Plante, T., 151, 383
 Plath, S., 185, 213, 221, 240
 Pless, M., 429
 Plourde, D., 228
 Poe, E.A., 86, 108
 Pole, N., 139
 Polivy, J., 262
 Poll, H., 236
 Pollack, M.H., 113-4
 Polydorou, S., 294
 Pompili, M., 225-6, 244, 249
 Pontalis, J.-B., 177, 197, 302
 Pope, H.G., 169, 172
 Popper, C. W., 431
 Popper, K., 14
 Porcerelli, J., 393
 Portaleone, F., 192
 Porter, S., 390
 Post, R.M., 175, 204, 211-2
 Potier, B., 404
 Powder, J., 362
 Prasad, K. M., 343
 Presley, E., 245, 288
 Preuss, U. W., 291
 Price, D.D., 166-7
 Prichard, K.K., 143
 Priebe, S., 337
 Prien, R.F., 212
 Priest, J., 227
 Prochaska, J.O., 47, 49, 52-3, 58, 96, 198, 208
 Prosen, H., 198
 Protopopescu, X., 138
 Prusiner, S.B., 451
 Purse, M., 346
 Purvis, P. C., 418
 Putnam, F.W., 175-6, 178, 180

 Quas, A., 66
 Quayle E., 322, 325
 Quenzer, L.F., 101
 Querido, J.G., 412
 Quine, R., 228
 Quinodoz, D., 458

 Raab, K.A., 53
 Rabinowitz, J., 65
 Raboch, J., 313
 Racamier, P.C., 350
 Rachman, S., 121-2, 322
 Radomsky, A.S., 118
 Ragusa, D.M., 415
 Rahe, R., 148-50
 Rajkowska, G., 192
 Ralevski, E., 392
 Ramaekers, J.G., 286
 Ramchandani, P., 208
 Ramey, C.T., 430
 Ramey, S.L., 430
 RAND Corporation, 450
 Rank, O., 95
 Rapaport, M.H., 92, 104
 Rapee, R.M., 86
 Rapp, C.A., 363-4, 366
 Rapport, M.D., 414-6
 Raskin, D.C., 81
 Raskin, N.J., 51-2
 Rathbone, J., 328
 Rawson, R.A., 282
 Ray, L.A., 291
 Raymond, K.B., 416
 Rayner, E., 44
 Rayner, R., 106
 Read, J., 230, 346
 Redick, R.W., 364
 Redmond, D.E., 112-3
 Reeb, R.N., 88
 Rees, W.D., 149
 Regier, D.A., 88, 105, 160, 190
 Regina Vittoria, 185
 Reich, A., 389
 Reinecke, M.A., 237, 408
 Reinhold, T., 162
 Reisch, T., 239
 Reiss, S., 114
 Reissing, E.D., 314

 Reitan, R.M., 83
 Ren, M., 214
 Renaud, J., 232-33
 Rende, R., 280
 Ressler, K., 106
 Reston, A.C., 249
 Ret, J., 429
 Rett, A. (disturbo di), 419-21
 Reulbach, U., 222
 Reyna, V.F., 171
 Rezayof, A., 180
 Ricci, C., 108, 265
 Rice, M. E., 381
 Richard, M., 190, 193, 263, 266
 Richards, P.S., 52
 Richardson, J.T.E., 154, 450
 Ridgway, P., 362
 Rieber, R.W., 7, 174, 180
 Rieder, R.O., 306
 Riesch, S.K., 232
 Riess, H., 265
 Rigby, C., 264-65
 Rihmer, Z., 226
 Riskind, J.H., 97
 Ritsner, M. S., 337, 352, 362
 Ritter, M., 92, 96-7, 99, 451
 Ritvo, J.I., 296
 Rivas, L.A., 391
 Rizzolatti, G., 19
 Ro, O., 263
 Robb, A. S., 261
 Robbins, E.S., 285
 Roberts, M.C., 404
 Robertson, P.K., 329
 Robinson, L., 129, 202, 204
 Roche, B., 322, 325, 346
 Rockert, W., 266
 Rodebaugh, T.L., 96, 109
 Rodier, P.M., 423-4
 Roe-Sepowitz, D., 174, 342, 353
 Roelofs, K., 159
 Roemer, L., 99
 Roesch, 211
 Roesler, T.A., 417
 Rogers, M.A., 340, 427
 Rogers, C., 50-2, 54, 95-6, 102, 161
 Rollin, H.R., 337
 Rolling Stones, 291
 Romanczyk, R.G., 420, 423-4, 426
 Romano, J.L., 417
 Romito, S., 319
 Rorschach, H., 67-8
 Rosen, E.F., 256
 Rosen, L.W., 256
 Rosen, R.C., 100, 309-11, 316-18, 320
 Rosenbaum, T.Y., 319
 Rosenberg, S.D., 109-10, 359

- Rosenfarb, I.S., 362
 Rosenfeld, B., 236, 321
 Rosenhan, D.L., 54, 352
 Rosenman, R., 147
 Rosenthal, D., 288, 376
 Rosenthal, T., 106, 288
 Rosenwald, G.C., 396
 Rosman, B.L., 257
 Ross, C.A., 182
 Rossi, R., 321, 376, 392
 Roth, A., 104
 Rothbaum, B.O., 136
 Rothschild, D., 182
 Rowan, J.R., 252
 Rowling, J.K., 226
 Roy, A., 101, 134, 226, 231
 Rozee, P.D., 137
 Rubertsson, C., 188
 Rubin, E.H., 442, 445
 Rubinstein, S., 256
 Rudd, M.D., 239
 Rufer, M., 123-4
 Rurup, M.L., 236
 Ruscio, A.M., 92, 104-5, 109
 Russell, G., 247
 Russo, N.F., 130, 134-5, 139, 206-7, 256-7
 Ruta, N., 346
 Ruth, T.E., 222
 Rutz, W., 231
 Rycroft, C., 41

 Saba, G., 357
 Sachdev, P.S., 31
 Sackett, P.R., 63-4
 Sacks, O., 420, 452
 Sadavoy, J., 442, 446, 456
 Sadock, B.J., 226, 362, 393, 450-51, 453-54
 Sajatovic, M., 359
 Sakheim, D.K., 182
 Saks, E., 348
 Sales, B., 346
 Salkovskis, P.M., 122
 Salt-N-Pepa, 246
 Saltzberger-Wittenberg, 42, 426
 Salvatore, G., 373
 Salvini Palazzoli M., 251
 Salzer, M. S., 362
 Salzman, L., 119
 Saman, 296
 SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), 273, 280, 288
 Samnaliev, M., 365
 Samuel, V.J., 416
 San Patrignano, 296
 Sánchez, F.J., 331

 Sander, L., 18
 Sandler, J., 43, 193, 326
 Sano, M., 453
 Sansone, L. A., 225, 245
 Sansone, R. A., 225, 245
 Santisteban, D.A., 55
 Santtila P., 327-8
 Sapolsky, R.M., 192
 Sar, V., 174, 176
 Sareen, J., 276
 Sarter, M., 28
 Sarwer, D.B., 167
 Satow, D., 199
 Satterfield, J.M., 208
 Saul, 185, 217
 Saunders, J.B., 193, 293
 Savic, I., 329
 Savla, G.N., 340
 Scarver, C., 353
 Scher, C.D., 104, 106
 Scheuermann, B., 434
 Scheuffgen, K., 424
 Schiffman, J., 352
 Schildkraut, J.J., 211
 Schneider, K.J., 51, 53-4, 224
 Schnoll, S.H., 283-84
 Schottenfeld, R.S., 295
 Schreiber, G.B., 175, 259
 Schreiber, L., 426
 Schreier, H.A., 161
 Schroder, M., 334
 Schuel, H., 286
 Schulkin, J., 100
 Schulthise, D., 228
 Schulze, T.G., 212
 Schuurmans, J., 443
 Schwalb, M., 425
 Schwartz, B.S., 451
 Schwartz, L., 236
 Schwartz, S., 33, 67, 405
 Scott, W., 214, 296
 Scotti, J.R., 434
 Searles, H.F., 374
 Seeman, M.V., 337
 Segal, R., 434
 Segraves, T., 318
 Segrin, C., 200
 Seidman, S.N., 306
 Seligman, M., 106, 200-2, 208
 Selkoe, D. J., 432, 448-9
 Sellbom, M., 77, 79
 Seltzer, M.H., 393
 Semerari, A., 49
 Seto, M.C., 324, 328
 Shadish, W., 58
 Shafran, R., 122, 245
 Shain, B.N., 233
 Shalev, A.Y., 143

 Shapiro, D., 119
 Shapiro, E. R., 391
 Shapiro, J. L., 389
 Sharf, R.S., 26, 52
 Sharma, B.R., 236
 Sharma, M., 274
 Shastry, B.S., 211-2
 Shaw, K., 203, 248, 386
 Shcherbatykh, I., 449
 Shear, K., 405
 Shedler, J., 400
 Sheen, C., 296
 Shelling, F., 13
 Shenassa, E., 274
 Shenefeld, P.D., 152
 Shenk, D., 447-48
 Sher, L., 226, 230
 Sheras, P., 57
 Sherlock, R., 236
 Shernoff, M., 320
 Sherrer, M.V., 362, 364
 Sherry, A., 382-83, 385, 397-98
 Sherwood, P.R., 455
 Shi, J., 66
 Shiffrin, R., 21
 Shirts, B.H., 29
 Shneidman, E. S., 218, 220, 225, 232, 237-38, 240
 Siegel, B., 422
 Siegel, R.K., 290
 Siever, L.J., 376
 Sifneos, P., 289
 Sikstrom, S., 347
 Silbersweig, D.A., 340
 Silva, J.L., 441
 Silverman, K., 137, 294, 415
 Simard, V., 124
 Simms, L.J., 77
 Simon, W., 391
 Simon, T., 83
 Simoni-Wastila, L.J., 194
 Simpson, 411
 Singh, T., 427
 Singler, J., 265
 Sirigatti, S., 75, 77, 79
 Sizemore, C., 175
 Sjolie, I.L., 168
 Skelton, G., 365
 Skodol, A.E., 370, 376, 383, 398
 Slater, C., 193, 296
 Slep, A.M.S., 417
 Sloan, D.M., 133, 261
 Sloboda, Z., 297
 Sloore, H., 77
 Slovenko, R., 161
 Smenner, L., 80
 Smerud, P.E., 362
 Smith, A., 200, 306

- Smith, B., 230
 Smith, D.B., 360
 Smith, E., 228
 Smith, I., 427
 Smith, T., 425
 Smyth, J.M., 154
 Snipes, J.B., 227
 Snow, E., 357
 Snow, M. S., 407
 Snowden, M., 442
 Snyder, D.K., 58, 206
 Snyder, W.V., 51
 So, J.K., 166
 Soban, C., 260
 Sobczak, S., 212
 Socrate, 408
 Soderlund, G., 347
 Sohn, A., 422, 425
 Soliman, M., 363
 Soloff, P.H., 386
 Solovey, A.D., 58
 Solter, V., 337
 Somers, J.M., 271
 Somerset Maugham, W., 435
 Sommers-Flanagan, J., 64
 Sontag, D., 141
 Soprano, T., 377
 Sorensen, J.L., 295
 Sori, C.F., 53
 Soukup, J.E., 448
 Spagnolo, A.B., 88
 Spalter, A.R., 256
 Sparling, J., 430
 Spencer, D., 265
 Sperry, L., 145, 168, 376, 385, 390, 393, 395
 Speciale-Bagliacca, R., 119, 197, 396
 Spiegel, A., 86, 151, 154, 172, 174, 178, 180, 182
 Spiegelman, J.S., 7
 Spiegler, M.D., 357
 Spielberger, C.D., 132
 Spirito, A., 407
 Spiro, A., 441
 Spitz, R. A., 196, 389
 Spitzer R. L., 26, 91, 118, 136, 158-9, 201, 269, 305, 316, 323, 382, 393, 403
 Sprecher, S., 313
 Springen, K., 454-55
 Springman, R.E., 66
 Spurzheim, J.G., 11
 Squire, L.R., 424
 Squire, L.R., 193
 Sramek, J.J., 194
 Stacciarini, J.M.R., 208
 Stackm, S., 61, 222, 226-7
 Stagnitti, M.N., 194
 Stanley, B., 231, 383
 Stasiewkz, P.R., 290
 Ste. Marie, D.M., 256
 Steege, J.F., 314
 Steele, R.G., 404
 Stefanile, 75
 Steffen, K.J., 265
 Steichen-Asch, P., 259
 Stein, A., 123-4, 152
 Steiner, H., 252
 Steinhausen, H., 263, 266, 321
 Steketee, G., 121-2
 Stemmler, G., 147
 Stern, A., 383
 Stern, M., 285
 Sternberg, R.J., 428
 Stetter, F., 152
 Stevens, L.M., 416
 Stevens, L.M., 188
 Stevenson, R.W.D., 307, 309, 311, 318, 320
 Stewart, A., 257
 Stewart, T.M., 246-9, 253, 259-60, 264-5
 Stewart, W.F., 451
 Stice, E., 263, 407
 Stiles, T.C., 393
 Stock, W.E., 312-3
 Stolberg, R.A., 186, 218, 221-2, 239-40
 Stone, M.H., 376, 383
 Stone, T.H., 326
 Stoner, S.A., 441
 Strain, E.C., 295
 Strain, P.S., 425
 Streisand, B., 104
 Strickland, B.R., 194, 203
 Striegel-Moore, R., 256
 Strober, M., 253, 261, 263
 Stromme, P., 430
 Strosahl, K.D., 203
 Strothers, H.S., 194
 Strümpfel, U., 52, 54
 Stuart, S., 168, 188, 205
 Stuart, G., 228
 Studer, J.R., 240
 Stunkard, A. J., 254, 256
 Sturmey, P., 430-1, 433-5
 Suarez, E.C., 151
 Sudak, H., 221
 Sudhalter, V., 423
 Sue, D.W., 59-60, 71
 Suhail, K., 258
 Suinn, R.M., 154
 Suito, J.J., 455
 Sullivan, H.S., 18, 38, 121, 350, 389
 Suppes, T., 212-3
 Svartberg, M., 393
 Svrakic, D.M., 398
 Swaab, D.F., 331
 Swann, A.C., 213
 Swayze, V.W., 354
 Sweeney, J.A., 424
 Swendsen, J.D., 188
 Szabo, M., 404
 Szegedy-Maszak, M., 381
 Tabaczynski, T., 65
 Tacon, A., 261
 TADS (Treatment for Adolescents with Depression Study Team, U.S.), 408
 Tafet, G.E., 99
 Tager-Flusberg, H., 423
 Tagliareni, L., 66
 Tamblyn, R., 443
 Tamminga, C.A., 338, 343-44, 348
 Tarkan, L., 454
 Tarrier, N., 237, 351, 361
 Tartaro, J., 130, 134-5, 139, 206-7, 256-57
 Tashkin, D.P., 286
 Tatarelli, R., 226
 Tate, D.C., 412
 Taube-Schiff, M., 186-7, 189-90, 202, 204
 Tavistoc Institute, 426
 Tay, W., 432
 Taylor, D.J., 117, 162, 167, 444
 Taylor, D., 435
 Taylor, G. M., 256
 Taylor, S., 122, 134, 139-40, 145, 147, 149, 151, 427
 Tay-Sachs (malattia di), 432
 Teicher, M.H., 415, 420, 423-5, 429, 432
 Telch, C.F., 249
 Ten Brinke, L., 390
 Tenhula, W.N., 341
 ter Kuile, M.M., 319
 Teri, L., 200
 Thase, M.E., 145, 191, 194
 Theodorou, S., 278
 Thetford, E.S., 186
 Thigpen, C.H., 174
 Thirsk, J., 228
 Thöma, H., 251
 Thomas, M.L., 66, 77
 Thomas, C., 115
 Thompson, A. H., 294, 366, 443, 456
 Thompson, H.S., 224
 Thompson-Brenner, H., 265
 Thoresen, C.E., 151
 Thorndike, E.L., 13
 Thornton, B.B., 108
 Thorslund, M., 443

- Timberlake, J., 108
 Timko, C., 295, 297
 Tjaden, P., 135
 Todd, R.D., 191
 Toffanetti, D., 57
 Tolan, P., 417
 Tolin, D.F., 117
 Tomes, N., 315
 Tondo, L., 237
 Tonigan, J. S., 296-97
 Tonsager, M.E., 79
 Toomey, R., 79
 Torgersen, S., 113, 385
 Toro, J., 259, 264
 Torrey, E.F., 348, 362-6
 Toscani, O., 253
 Trabucchi, M., 457
 Tractenberg, R.E., 448
 Tramontin, M., 137, 140, 143
 Travis, C.B., 146-8, 151-2, 252, 254
 Travolta, J., 323
 Tribich, D., 396
 Triggs, W.J., 195
 Troiano, R.P., 254
 Truax, P., 65, 80
 True, W., 139
 Trzepacz, P.T., 446
 Tsai, J.L., 71, 207
 Tsuang, M.T., 113, 291
 Tuber, S., 67
 Tulskey, J.A., 153
 Tuma, A.H., 137, 357
 Tupac Shakur, 245
 Turk, C.L., 99
 Turkat, I.D., 372
 Turkington, C., 176, 179, 451
 Turnblad, E., 323
 Turner, S.M., 142, 203, 249, 404
 Turton, M.D., 255
 Tustin, F., 426-27
 Twemlow, S.W., 411
 Twenge, J.M., 391
 Tyler, C., 254
 Tyre, P., 246, 261
 Tyrer, P., 388
 Tyson, A.S., 134
- U.S. Census Bureau, 441-42
 Ugazio, V., 57
 Ullman, M. T., 451
 Umiltà, C., 19
 Ungar, W.J., 66
 Urcuyo, K.R., 151
 Ursano, R.J., 140, 143
 Useda, J.D., 372-73
 Utsey, S.O., 237, 456
- Vahia, I.V., 339, 351-52
 Vail, D.A., 254, 257
 Valbak, K., 265
 Valenstein, E., 354
 Valenti-Hein, D.C., 434
 Van der Kolk, D., 178
 Van Dyke, C. J., 405
 Van Egmond, J.J., 165
 Van Emmerik, A.A., 143
 Van Gogh, V., 339
 Van Heeringen, K., 229
 Van Male, L.M., 313
 Van Orden, K.A., 225, 232-33, 238-40
 Van Rossen & Associates, 258
 VandeCreek, L., 145
 Vanheule, S., 165
 Vannoy, S.D., 235, 442
 Vartanian, L.R., 253
 Vasiliadis, H.M., 186
 Vasquez, M.J.T., 88
 Veale, D., 162
 Vecina, M.L., 137
 Vedantam, S., 380
 Veglia, F., 50
 Veiga-Martinez, C., 361
 Velvet Underground, 291
 Venditti, E., 254
 Vergani, C., 440
 Verhaeghe, P., 165
 Vernon, P.A., 373
 Verschuere, B., 80
 Vicious, S., 245
 Vieta, E., 88, 214
 Vilain, E., 331
 Vincent, N.K., 245
 Virginia Tech Institute, 376
 Vitaliano, P.P., 150
 Vladimir Luxuria, 330
 Volkmar, F.R., 425
 Volkow, N.D., 291
 Vollmayr, B., 189, 202
 Vrij, A., 81, 390
- Walch, S.E., 145
 Waldinger, M., 311-12, 318
 Walker, C.E., 222, 370, 376-7, 419
 Walkup, J.T., 407
 Wall, T.L., 83, 273
 Walsh, T., 344, 352
 Walters, G.D., 291
 Wampold, B.E., 53
 Wang, P.S., 60, 92-3, 105, 107, 112, 134, 146, 179, 186, 193, 270, 364
 Wang Ping, 164
 Ward, E.C., 60, 71, 208
 Warren, R., 252
 Waschbusch, D.A., 410
 Wass H., 227
- Wasserman, D., 222, 233-4
 Waters, F.A.V., 99, 340, 351
 Watson, J., 13
 Watson, J.B., 106, 143
 Watson, T.S., 413, 429
 Watt, T.T., 275
 Watts, J., 354
 Weaver, M.F., 283, 284
 Webster, R.E., 275
 Wechsler, H., 274, 295
 Weddel, D., 426
 Weder, N.D., 342
 Weil, M., 428
 Weinberger, A.H., 281, 344
 Weiner, I.B., 6, 64, 67
 Weinstein, D.D., 381
 Weishaar, M.E., 48-9, 97, 202
 Weisman, R.L., 59
 Weiss, B., 407
 Weiss, J.A., 428, 431-4
 Weiss, R.D., 134, 163, 292, 379
 Weissman, M., 190, 204, 205-6, 292
 Weisz, J.R., 404
 Wek, A., 258
 Wekerle, C., 417
 Welch, W.M., 142
 Wells, A., 49, 97
 Welsh W., 72, 293
 Wen, X., 430
 Wenzel, A., 238
 Werth, J.L., 225-6, 236
 Wertheimer, A., 218234
 Westen, D., 382, 400
 Westermeyer, J., 297
 Westheimer, R.K., 311, 313
 Wetherell, J.L., 100, 117
 Wetterling, T., 446
 Wetzel, R.D., 221
 Weyandt, L.L., 348
 Wheeler, B.W., 234
 Wheelwright, S., 420
 Wherry, J.N., 66
 Whiffen, V.E., 206-7
 Whilde, M.R., 382-3, 385, 397-98
 Whisman, M.A., 203-4
 White, E., 174
 White, M., 116
 Whitehead, W.E., 165
 Whiten, A., 427
 Whitty, M.T., 390
 Wicker, B., 424
 Wickett, A., 236
 Wickwire, E.M., 444-5
 Widiger, T.A., 88, 387, 398-400
 Widlocher, D., 68
 Widom, C.S., 417
 Wiederhold, B.K., 140
 Wiederman, M.W., 312

- Wiegand, T., 283
 Wiener, J.M., 370
 Wilbur, C., 175
 Wilde, O., 389
 Wilder-Smith, O.H.G., 445
 Wilding, J.M., 93
 Wiley-Exley, E., 362, 366
 Williams, P. G., 251, 427
 Williams, T., 73, 75, 83, 97, 154, 164, 186-8, 194, 251, 376
 Williams, W. O., 228
 Williamson, D.A., 207, 246, 248-9, 253, 257, 259-60, 264-5
 Wilson, G.T., 244, 257, 265, 454
 Wilson, E., 17, 46-7, 114, 228
 Wincze, J.P., 305, 307, 309-10, 312, 314-17
 Winehouse, A., 291, 296
 Winerman, L., 109
 Winfrey, O., 298
 Wing, L., 420
 Winnicot, D.W., 250, 374, 389
 Winnicott, D., 20, 38, 44, 70, 95, 196, 250
 Winslet, K., 265
 Witkiewitz, K.A., 294
 Witte, T.K., 233
 Wittstein, I.S., 147
 Witty, M.C., 51
 Wolfe, B.E., 417
 Wolff, S., 374
 Wolff, C., 11
 Wolfson, D., 83
 Wolpe, J., 47, 108, 315
 Wong, J. P. S., 221, 234
 Wong, Y., 259
 Wood, R., 66, 70296
 Woodhead, E., 441
 Woodruff, P., 340
 Woods, S. J., 7, 137, 237
 Woodside, D. B., 257
 Woodward, J., 227
 Woolf, V., 185, 213
 Woolhouse, H., 188
 Worchel, S., 57
 World Psychiatry Association, 366
 Wortman, C. M., 443
 Wright, L.W., 322-3, 327-8
 Wright, N. R., 294
 Wright, T., 65, 80, 275, 292
 Wrobel, T.A., 73
 Wroble, M.C., 93
 Wu, G., 66
 Wuethrich, B., 274
 Wundt, W., 11-2, 18
 Wurmser, L., 289
 Wygant, D.B., 79
 Wynne, L.C., 374
 Yaets, W.B., 259
 Yager, J., 261, 263
 Yate,s A., 346
 Yehuda, R., 138
 Yen, C.F., 55
 Yewchuk, C., 424
 Yi, H.Y., 275
 Yip, P.S.F., 227
 Yontef, G., 52
 Yoshimasu, K., 363
 Young, M., 149, 206, 208
 Young, F., 228, 396
 Yusko, D., 217
 Yutzzy, S.H., 160, 164, 168, 182
 Zahn, T.P., 175
 Zakzanis, K.K., 283
 Zancarini, M.C., 383
 Zayonc, R., 428
 Zerbe, K.J., 244, 246, 248-9, 253, 255, 257-8, 261-6
 Zettle, R.D., 204
 Zhou, J.N., 331
 Zigler, E., 434
 Zimbardo, P., 351
 Zimmerman, M., 373, 376, 379, 387, 389, 392, 394, 396
 Zinck, S., 408
 Zipp, F., 451
 Zito, J. M., 415
 Zivin, J., 30
 Zoellner, T., 385
 Zohar, J., 396
 Zucker, K. J., 323, 331



INDICE ANALITICO

- Abreazione (metodo catartico), 33
Abuso infantile, 136, 139, 171, 174, 178, 181, 207, 213, 275, 314, 397, 417
Abuso sessuale, 56, 139, 297, 307
Addiction, 271, 289, 320
Adrenalina (epinefrina), 131
Affidabilità, **64**, 66, 70, 80, 86, 88-9, 398, 400, 461
 interrater, 64
 test-retest, 64
Agglomerati neurofibrillari, 448-9, 453, 455, 459, 461
Alcolisti Anonimi (AA), 56, 269-70, 295-7, 299, 381, 443, 461
Allucinazione, 29-30, 38, 41, 73-4, 174, 188-9, 211, 226, 232, 270, 274-5, 279, 283-5, 288, 337, 339-43, 345-7, **349-53**, 357, 359-61, 367-8, 383, 444, 446-7, 461-2
Alogia, 341, 368, 461
Amigdala, 20, 27, **112-3**, 123-4, 126, 138, 191-2, 209, 348, 424, 449, 451, 461
Amnesia, vedi Disturbi amnestici
Amniocentesi, 432
Angoscia, 22, 36-7, 41-4, **94-5**, 103-4, 114-6, 163, 165, 168, 177, 219-20, 251, 254, 289, 302-3, 321, 350, 360-2, 373, 383, 392-3, 407, 469
 automatica, 95
 depressiva, 95
 di separazione, 95
 persecutoria, 95
Annullamento, 36, 119-21, 125-6, 396, 461
Anomalia (o alterazione), 28-9, 80-2, 113, 162, 196, 209, 214, 253, 270, 275, 280, 286, 301, 303, 305-6, 314, 328, 339, 403, 410, 423, 432-3, 463-4, 469
 biochimica, 138, 326, 344-8
 biologica, 214, 344, 348, 423-4, 435
 cromosomica, 430, 432, 435, 469
 fisiologica, 145
 genetica, 190, 212, 432
 della struttura cerebrale, 212, 214, 326, 347-8, 353, 415, 423-4, 442, 448-9, 452
 motoria, 337, 343, 367, 469
Anorexia Nervosa (AN), VII, **243-7**, 249-53, 256, 258, 260-8, 384, 461
 amenorrea, 244, 246, 268, 461
 con restrizioni, 244, 246-7, 256
 con abbuffate/condotte di eliminazione, 244, 246-7
 inversa (o dismorfismo muscolare), 260
 trattamenti, 260-3
 alimentazione forzata, 261
 assistenza infermieristica di sostegno, 261, 267
 gratificazione, 261
 terapia cognitivo-comportamentale, 261-2
 terapia familiare, 262
Anossia, 432
Ansia, 5, 28, 30, 34, 37, 53, 59, 61, 64, 73-4, 77-80, 83, 88, 91-6, 98, 100-4, 111, 113-4, 116-7, 120-2, 124-6, 129-30, 132-4, 136, 138, 141, 144-5, 151-2, 154, 157, 166-8, 176-9, 183, 186, 188, 199, 203, 207, 215, 225, 245, 249, 252, 260, 263-4, 266-7, 270, 274-7, 279-280, 283-4, 290, 307-8, 314, 317, 320, 325, 330, 346, 370, 375, 377, 380, 384-5, 392, 394-5, 399, 403-7, 411, 413, 418, 421, 437, 442-4, 454-7, 461-2, 465, 467-8
 da «playlist», 110
 da prestazione, 309, 311, 314-9, 335-6, 461
 di stato, 133
 di tratto, 132-3
 libera, 92
 sensibilità all', 114, 469
 sociale, 73, 104, 109-11, 125, 263, 393
Antiansia, 94, 101, 109, 140, 168, 276, 373, 393
Antigene, 149-50, 155, 461, 467, 470
Apprendimento, 9, 13, 19, 21, 39, 45-8, 53, 82, 87, 105, 107, 180, 280, 283, 314, 324, 386, 394, 396, 412-3, 418-9, 425, 429-30, 434-5, 441, 449-50, 461-2, 467
 disturbi dell', 418, 429, 436
 maladattivo, 56
 principi dell', 45, 48
 stato-dipendente, 177, 179-80, 183-4, 461
Approccio,
 costruttivista, 10-1, 23, 461-2
 di comunità, VIII, 362-6, 368
 epistemologico, 10-1, 23, 462
Area 25 di Brodmann, 191-2, 195, 209
Asse, vedi DSM-IV-TR
Asse ipotalamo-ipofisi-surrene (IIS), 130, 132-3, 143, 155, 462
Asma, 144-6, 152-6, 161, 281, 287, 462
Assistenza di comunità, 362-7, 435

- centro di salute mentale, 363
 conseguenze potenziali, 365-6
 deistituzionalizzazione, 362-3, 366-8, 433, 463
 formazione occupazionale, 363-4
 laboratorio protetto, 364
 negli Stati Uniti, 364-5
 gestore di casi psichiatrici, 364
 ospedalizzazione, 363
 residenza assistita, 363
 trattamento asservito, 362
 Associazione temporale, 46, 462
 Attività biochimica, 28, 150-1, 156, 191
 Autismo, vedi Disturbo autistico
 Autoefficacia, 48, 417
 Autoipnosi, 152, 177, **180-1**, 183-4, 462
 Autorealizzazione, 50, 52, 54, 62, 462
 Avvelenamento da piombo, 433
- Benzodiazepine, 100-3, 109, 112, 114, 116, 126, 275-8, 287, 291, 299, 443, 462
 Biofeedback, vedi Terapia biologica
 Bugia/bugiardo patologica, 371, 390
 Bulimia Nervosa (BN) (o sindrome binge-purge), VII, 56, 221, 243-4, **246-50**, 251-4, 257-8, 260, 263-8, 384, 462
 abbuffata (binge), VII, 246-9, 264-8, 382, 461-2
 comportamenti compensatori, VII, 248-9
 trattamento, VII, 264-6
 farmaci antidepressivi, 265
 psicoterapia, 265
 tecniche cognitive, 264-5
 tecniche comportamentali, 264
 terapia cognitivo-comportamentale, 264
 Bullismo, 411, 436
- Cardiopatía, 151, 283
 coronarica, 144-7, 154-6, 462
 Caregiver, 18, 20-1, 380, 383, 389, 404, 419, 440
 Causalità circolare, 18, 55
 Cefalea cronica, 144-5, 152, 154, 156, 195
 muscolo-tensiva, 145, 155, 462
 emicrania, 145, 152, 155, 465
 Censura, 34, 38, 41, 62, 69, 462
 Centro di gratificazione, 291-2, 299, 462
 Centro di rieducazione minorile, 412
 Cervelletto, 212, 424, 435, 437, 462
 Cervello, V, 4, 18-20, 22, **26-32**, 62, 81, 100-1, 112, 123-4, 130-1, 138, 145-6, 191-3, 195, 231, 255-6, 270-3, 277, 279-80, 282-3, 291-2, 311, 319, 326, 331, 340, 344, 347-8, 351-4, 358, 366-7, 371, 415, 424, 432, 435, 444, 448-53, 455, 462-3, 465, 468, 470-1
 Challenge test biologico, 114, 116, 126, 462
 Coazione a ripetere, 41
 Colloquio clinico, VI, **63-6**, 72, 83, 86, 136, 232, 409, 465
 esame dello stato mentale, 66, 465
 non strutturato, 65-6, 89
 strutturato, 65-6, 89
 Combattimento (trauma e stress da), 92, 129-30, 133-5, 139-42, 172, 224, 450
- Combinazione,
 di approcci, 123-4, 154, 181, 188, 200, 261, 267, 320, 356, 359, 361-2, 386, 408, 412, 415, 425, 442
 di sostanze, VII, 282-3, 287-8, 464
 Complesso,
 di Edipo, 39, 302, 322
 di Elettra, 164-5
 Comportamento,
 adattivo, 428-9, 469
 alimentare, 243, 247, 249-51, 253-9, 261, 264, 266
 anormale, 4, 26-9, 45-6, 54, 62-3, 66, 84
 antisociale, 74, 77, 380, 413
 autodistruttivo o autolesivo, 36, 232, 256, 260, 382, 384, 422
 autostimolante, 422
 clinico, 4
 cognitivo, 48
 compensatorio, 246-9, 264-8, 389, 462
 compulsivo o ripetitivo, 47, 74, 84, 116-8, 121, 125, 245, 260, 264, 271, 279, 322, 410, 419-22, 435, 462-3
 patologico, 29, 32, 96
 sessuale, 301, 305-6, 313, 320-3, 325-31, 334-5, 466-9
 suicidario, 226, 229-31, 234-5, 238, 240, 408
 Compulsione, VI, **116-8**, 121-7, 188, 245, 322, 462
 di controllo, 118
 di ordine o equilibrio, 118
 di pulizia, 118, 121-2
 Condizionamento, 12-3, 23, 45-8, 60, 62, 105, 328, 462
 classico, 46-8, 62, 105-6, 111, 126, 163, 290, 292, 322, 328, 418, 462
 operante, 45-6, 48, 62, 179, 183, 290, 324, 356, 416, 425, 434, 462
 Condizioni di valore, 51, 96
 Coscío, 17-8, 33-4, 38, 41, 119, 178, 181, 219, 278, 440, 468, 470
 Considerazione, 52, 254, 357, 379, 400, 470
 positiva, 51, 102
 incondizionata, 51, 95-6, 102
 Consilience, 17
 Coping, 87, 103, 138, 140, 147-8, 151, 218, 238-9, 294, 317, 360-1, 453, 461
 autoaffermazioni di, 153
 stile di coping repressivo, 147
 Corpo calloso, 20, 27
 Corteccia cerebrale, 11, 19-20, 27, 191, 448-9
 cingolata, 113, 123-4, 191-2
 orbito-frontale, 20, 123-6, 463
 prefrontale, 19, 21, 113, 191-2, 195, 209, 354
 Corteccia surrenale, 132
 Credenze,
 irrazionali di fondo, 96, 126, 463
 patologiche, 48-9, 87
 Criterio, 11-4, 17, 51, 79, 303, 358, 462
 di protocollarietà, V, 14-7, 467
 di scientificità, 14, 16-7, 23, 463
 diagnostico, 84-6, 88, 129, 140, 155, 175-6, 215, 250, 266-8, 326, 334-5, 379, 396, 398-401, 410, 414, 428, 436

- Cromosoma/i, 28-9, 190, 212, 344, 423, 430-2, 448, 469
- Deistituzionalizzazione, vedi Assistenza di comunità
- Dejà vu, 179
- Delirium, IX, 441, 445-7, 455, 458-9, 463
- Delirium tremens (DT), 274-5, 294, 299, 450, 463
- Demenza, IX, 85, 440-2, **445-59**, 463, 467-8
 - forme di, 452
 - malattia di Alzheimer, 85, 150, 218, 236, 432, 439-40, 446-55, 458-9, 461, 467-8
 - precoce, 432
 - prevenzione, 452-3
 - trattamenti, 453-5
 - vascolare (o multi-infarto), 451-2, 463
 - pseudodemenza, 187, 457, 459, 468
- Dendriti, 27-8, 467, 469
- Depressione, 4, 26, 28-9, 48, 53, 55, 61, 63-7, 73-4, 80, 84-5, 87-8, 93, 100-1, 112, 123, 125, 129-30, 133-4, 136, 140, 145-6, 154-5, 166, 176-7, 185-213, 215-6, 218-9, 221, 224, 226-7, 229, 231-7, 245, 248-50, 252-3, 259-60, 263, 266-7, 274, 279-81, 283-4, 290, 307, 309, 313, 316, 320, 330, 332, 346, 354, 358, 360, 367, 382, 387, 389, 391, 394-5, 417, 442-4, 455-6, 463-4, 467-70
 - anaclitica, 196
 - Bipolare, 213, 215
 - DSM-5, 215
 - endogena, 189
 - farmaci contro la, 4, 30, 101-3, 109, 112-6, 123-5, 127, 140, 167-8, 190-5, 209, 212-4, 216, 234, 253, 264-5, 267, 281, 308, 311, 317, 319, 322, 358, 360, 386, 393, 395, 407-8, 442-3, 466, 471
 - in età avanzata, IX, 442, 445, 456, 459
 - inventario per la, 80
 - mascherata, 451, 459, 463
 - nell'infanzia e adolescenza, 404-9
 - reattiva, 189
 - post partum, 188, 208, 346
- Depressione Unipolare, VI-VII, **185-209**, 211, 214-6, 463, 468
 - disturbo depressivo maggiore, VII-VIII, 84, 86-7, 185, 189-90, 215-6, 253, 267, 353, 396, 403, 407-8, 442, 463-4
 - disturbo distimico, 189-90, 215-6, 464
 - DSM-5, 215
 - episodio depressivo maggiore, 188-9, 210-1, 464
 - modello,
 - biologico, VII, 189-96
 - cognitivo, 200-4
 - comportamentale, 198-200
 - multiculturale,
 - legame col contesto etnografico, 207-8
 - legame genere-depressione, 206-7
 - psicodinamico, 196-8
 - socioculturale, VII, 204-9
 - prospettiva multiculturale, 206-8
 - prospettiva sociofamiliare, 204-5
 - sintomi, VI, 186-8
 - trattamento,
 - biologico, 192-6
 - cognitivo, 203-4
 - comportamentale, 200
 - multiculturale, 208-9
 - psicodinamico, 198
 - sociofamiliare, 205-6
- Diagnosi, VI, 4, 54, 63, 71-2, 79, **83-9**
 - criterio di, vedi Criterio diagnostico
- DSM, 86
- DSM-IV, vedi DSM-IV-TR
- DSM-5, vedi DSM-5
- PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual), 87
- Diniego, 21, 35, **43**, 177, 197, 373
- Disabilità intellettiva, vedi Ritardo mentale
- Disastri, 74, 93, 98, 134-5, 137, 142-3, 172, 187, 224
- Disadattamento, 49-50, 414
- Disattenzione, 413-4, 416, 464
- Discriminazione, 59, 61, 77, 79, 207, 250-1, 254, 303, 331-2, 366, 416
 - razziale, 148, 235, 257, 456
- Disforia di genere, 4-5, 85, 330-5
 - discriminazione, 332
 - femmina-a-maschio, 331
 - maschio-a-femmina, 331-3
 - trattamenti, 333-4
 - cure ormonali, 333
 - intervento chirurgico per cambiare sesso, 333
- Disfunzione, 4, 29-30, 32, 49, 51, 53, 55, 59-63, 65, 69, 75-7, 83, 86, 96, 212, 218, 339, 342, 347, 354, 362, 366-7, 385, 399-400, 432, 458, 465
 - familiare, 351-3, 415, 423
- Dimorfismo muscolare, vedi Anoressia nervosa inversa
- Disturbi amnestici, 450, 452
 - amnesia, VI, 175, 177, 184, 193, 315, 450-2
 - a senso unico, 174
 - continuativa, 171
 - dissociativa, 169-72, 180-4, 461
 - episodio, 170, 172
 - generalizzata, 171
 - ipnotica, 180
 - reciproca, 174
 - selettiva, 170
 - causati da trauma cerebrale o intervento chirurgico, 450
 - sindrome di Korsakoff, 275, 299, 450, 469
- Disturbi correlati a sostanze,
 - abuso di sostanze, 270-1, 274, 278, 288-93, 297-8
 - astinenza, 177, 270-1, 274-8, 280-2, 284, 286, 290-5, 298-9, 462-3
 - dipendenza da sostanze, 270-82, 285-6, 288-99, 327, 363, 443, 461-5, 467-8, 470
 - ipotesi biologiche, 290-1
 - ipotesi cognitivo-comportamentali, 290
 - ipotesi psicodinamiche, 289
 - ipotesi socioculturali, 288
 - gioco d'azzardo patologico, 85, 271, 297-8, 381
 - sostanze,
 - allucinogeni, 282-4
 - cannabinoidi, 282-3, 285-7

- combinazioni di, 287-8
- depressive, 271-8
- stimolanti, 278-82
- terapie biologiche, 294-6
- terapie cognitivo-comportamentali, 294
- terapie comportamentali, 292-4
- terapie psicodinamiche, 292
- terapie socioculturali, 296-7
- tolleranza, 30, 270-1, 274, 276-8, 281-2, 284-5, 291-2, 298-9, 463, 465, 471
- Disturbi da stress, VI, 4, 84, 125, 129-56
 - fisico o psicofisiologico, VI, 130, 144-57, 165, 183, 463
 - nuovi, 148-51
 - tradizionali, 144-8
 - trattamenti psicologici, 151-4
- acuto, 84, 92, 125, 130, 133-6, 143, 146, 154-5, 157, 169, 176-7, 463
- post-traumatico (DSPT), 4, 59, 71-2, 84-5, 92, 100, 125, 129-30, 133-5, 137-43, 146, 154-7, 166, 168-9, 217, 398, 465
- Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, VIII, 4
 - DSM-5, 410, 414, 421, 435-6
 - disturbi d'ansia infantile, VIII, 93, 404-7
 - disturbo d'ansia da separazione, 405-6
 - rifiuto della scuola, 406
 - trattamenti, 406-7
 - disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD o DDAI), IX, 5, 357, 403, 410, 413-6, 419, 437, 464
 - cause, 414-5
 - fattori multiculturali, 416
 - trattamenti, 415-6
 - dell'apprendimento, 429
 - disturbi dell'evacuazione, IX, 404, 416-9, 436
 - encopresi, 419, 436-7, 465
 - enuresi, 5, 418-9, 436-7, 465
 - disturbi dell'umore infantile, VIII, 407-9
 - disturbo depressivo maggiore, 407-8
 - disturbo bipolare, 407-9, 436
 - disturbo della condotta, IX, 5, 409-13
 - cause, 410-1
 - modello,
 - distruttivo manifesto, 409
 - distruttivo non manifesto, 409
 - distruttivo latente, 409
 - distruttivo non latente, 409
 - trattamenti, 411-3
 - disturbo oppositivo-provocatorio, 409
 - disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, IX, 419-35
 - disturbi pervasivi dello sviluppo, IX, 419-27
 - ritardo mentale, IX, 427-35
- Disturbi dell'invecchiamento, IX, 439-59
 - abuso di sostanze, 443-5, 451, 459
 - uso scorretto di farmaci prescritti, 443
 - cognitivi, 439, 441, 446-56
 - delirium, IX, 441, 445-7, 455, 458-9, 463
 - demenza, IX, 85, 440-2, 445-59, 463, 467-8
 - d'ansia, 441-3, 445, 456-8
 - depressivi, 442, 445, 448, 456-7, 459
 - disturbi del sonno, 444
 - DSM-5, 458-9
 - problemi di salute mentale dell', 456-8
 - psicotici, 445
 - disturbo delirante, 445
 - schizofrenia, 445
- Disturbi dell'umore, VII, 4, 28-30, 84-8, 151, 185-216, 229, 235, 250, 253, 260, 284, 345, 408, 411, 457, 464
 - depressione, 185-213
 - disturbo bipolare, 209-16
 - euforia, 185, 196, 209, 216, 465
 - infantile, VIII, 407-9, 413, 436-7
- Disturbo di adattamento, 87, 138, 155, 364
- Disturbo di personalità, VIII, 49, 81, 85-7, 100, 175, 249-50, 267, 322, 331, 334, **369-402**, 464
 - «ansiosa», VIII, 391-7
 - disturbo dipendente di personalità, VIII, 86-7, 370-1, 391, 393-5, 397, 400-2, 464
 - disturbo evitante di personalità, VIII, 85, 370-1, 391-3, 397, 399-402, 464
 - disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, VIII, 85, 87, 395-7, 400-2, 464
 - «bizzarra», VIII, 370-7, 402
 - paranoide, VIII, 87, 370-3, 375-7, 380, 398, 400-2, 465
 - schizoide, VIII, 87, 370-1, 373-7, 398, 400-2, 465
 - schizotipico, 85, 370-1, 375-7, 400-2, 465
 - «drammatica», VIII, 370, 377-91, 402
 - disturbo antisociale di personalità (psicopatia o sociopatia), VIII, 85-7, 370-1, 376-82, 386, 390-1, 399-402, 409, 463
 - disturbo borderline di personalità, VIII, 49, 85, 87, 175, 226, 249, 370-1, 376-7, 381-7, 390-1, 397-8, 400-2, 464
 - disturbo istrionico di personalità, VIII, 87, 175, 370-1, 377, 386-8, 390-1, 400-2, 464
 - disturbo narcisistico di personalità, VIII, 85, 87, 175, 370-1, 376-7, 388-91, 399-402, 464
- DSM-5, 400-1
 - disturbo di personalità tratto specifico (PDTS), 401
 - systemi di classificazione, 398-400
 - modello dei «big five», VIII, 76, 399-400
- Disturbi dissociativi, VI, 87, 157-9, **168-184**, 446, 463
 - amnesia dissociativa, VI, 169-72, 175, 180-4, 461
 - apprendimento stato-dipendente, vedi Apprendimento stato-dipendente
 - approccio psicodinamico, 177-9, 181, 183
 - approccio comportamentista, 178-9, 184
 - dell'identità (o da personalità multipla), VI, 169, 173-6, 180-3, 339, 464, 468
 - depersonalizzazione, VI, 169, 176-7, 376
 - DSM-5, 183-4
 - fuga dissociativa, VI, 169-70, 172-3, 175, 177, 180-4, 466
 - fusione delle personalità, 182, 184
 - terapia, 181-3
- Disturbi psicotici, 29-30, 87, 192, 338, 342-3, 345, 358, 363-4, 367

- in età avanzata, IX, 445, 459
 indotto da cocaina, 279
 schizofrenia, vedi Schizofrenia
- Disturbi sessuali, VIII, 87, 301-30
 approccio psicodinamico, VIII, 301-3
 dell'identità di genere, VIII, 85, 87, 301, 323-4, 330-6, 466
 disfunzioni sessuali, VIII, 130, 136, 159, 301, 303-21, 329, 334-6, 463
 disturbo ipersessuale (sexual addiction), 320
 disturbi da dolore sessuale, VIII, 313-5, 336
 dispareunia, 313-5, 319, 334-5, 463
 vaginismo, 313-5, 319, 334-5, 471
 terapie, 315-20
- disturbi del desiderio sessuale, VIII, 304-7, 309-10, 312-5, 317-8, 320, 334-5, 464
 cause, 305-7
 da avversione sessuale, 304-5, 307, 313-4, 317-8, 335, 464
 ipoattivo, 304-5, 307, 309-10, 312-5, 317-8, 320, 334-5, 464
 terapie, 317-8, 320
- disturbi dell'eccitazione sessuale, VIII, 307-10, 312-5, 319, 334-6, 461, 464
 cause, 309-10
 tumescenza notturna del pene (TNP), 309, 335, 471
 ansia da prestazione, 309, 311, 314-8, 335-6, 469
 ruolo da spettatore, 309-11, 314-5, 317, 335-6, 469
 disturbo maschile dell'erezione, 301, 308-11, 314-8, 320, 335-6, 364
 femminile, 308-9, 312-5, 319, 334-6, 461, 464
- disturbi dell'orgasmo, VIII, 308, 310
 cause, 312-3
 eiaculazione precoce (o prematura), 310-1, 314, 318-9, 334-6, 465
 femminile, 312-3, 315, 319, 335-6, 461, 464
 maschile (eiaculazione ritardata), 311-2, 314, 318, 334-6, 464
 trattamento, 315-20
- DSM-5, 334-5
- parafilia, VIII, 294, 301, 320-30, 333-6, 465-9, 471
 approccio psicodinamico, 331-2
 esibizionismo, VIII, 321, 324-6, 330, 334-5, 465
 feticismo, VIII, 321-3, 330, 334-5, 466
 feticismo di travestimento, VIII, 323-4, 330, 333, 335-6, 466
 frotteurismo, VIII, 321, 325-6, 330, 334-5, 466
 masochismo sessuale, VIII, 87, 327-8, 330, 334-5, 467
 asfissia autoerotica, 327
 pedofilia (disturbo pedoebefilico), VIII, 321, 325-7, 329-30, 334-5, 468
 sadismo sessuale, VIII, 321, 326, 328, 330, 334-5, 469
 voyeurismo, VIII, 321, 324-6, 330, 334-5, 471
- Disturbi somatoformi, VI, 87, 144, 157-68, 183-4, 463-5
 approccio cognitivo, 166
 approccio comportamentista, 165-6
 approccio multicultural, 166
 approccio psicodinamico, 164-5
- da preoccupazione, VI, 162-3, 167-8, 184, 463
 disturbo di dimorfismo corporeo (dismorfofobia), 162-4, 167-8, 183-4, 464
 ipocondria, 73, 85, 155, 158, 162-3, 167-8, 183-4, 354, 466
- di tipo isterico, VI, 158-62, 164-8, 184, 463
 algico associato con fattori psicologici, 158-62, 164, 166-8, 183-4, 463
 di conversione, 73, 155, 158-61, 164-5, 167-9, 183-4, 464
 di somatizzazione, 158-60, 164, 166-8, 183-4, 464
- DSM-5, VI, 175, 183-4
 fittizio, 144
 terapie, 167-8
- Disturbi d'ansia, VI, 29, 84-8, 91-127, 130, 133-4, 151-2, 163, 167-8, 176, 199, 215, 235, 284, 364, 393, 396-7, 404-7, 436, 441, 443, 461, 463-6
- da panico, 111-6
 da separazione, 405-7, 418, 436-7, 464
fobia, vedi Fobia
 generalizzato, VI, 4, 73, 92-103, 105-6, 112-3, 396, 443, 464
 prospettiva e terapie biologiche, 100-3
 prospettiva e terapie cognitive, 96-100
 prospettiva e terapie psicodinamiche, 94-5
 prospettiva sociale e multicultural, 93-4
 prospettiva umanistica, 95-6
- in età avanzata, IX, 443, 445, 459
 infantile, VIII, 404-7
 ossessivo-compulsivo, vedi Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbi del sonno, 74, 87, 92-3, 208, 245, 281, 405, 444
 apnea nel sonno, 444
 da incubi, 444
 dissonnia, 444
insonnia, vedi Insonnia
 ipersonnia, 189, 444
 narcolessia, 444
 parasonnia, 444
 ritmo circadiano del sonno, 444
 sonnambulismo, 445
 terrore nel sonno, 445
- Disturbi dell'alimentazione, 4-5, 85, 87, 123, 207, 243-68
 Anoressia Nervosa (AN), 244-6, 260-3
 Bulimia Nervosa (BN), 246-50
 Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED, Binge Eating Disorder), 247, 250, 266-1
 DSM-5, 267-8
 fattori, 250-60
 obesità, 145-6, 234, 244, 247, 253-5, 257, 260-1
 set point ponderale, 255-6, 260, 268, 469
 trattamenti, 260-7
- Disturbi dell'apprendimento, 429
 discalculia, 429
 dislessia, 429
 disturbi della comunicazione, 429
 disturbo di sviluppo della coordinazione, 429
- Disturbi pervasivi dello sviluppo, IX, 419-27, 435

- cause, 423-4
 - biologiche, 423-4
 - psicologiche, 423
 - socioculturali, 423
- disturbo autistico (autismo), 419-27, 430
- sindrome di Asperger, 85, 419-23, 425, 435-7, 464
- disturbo di Rett, 419-21
- disturbo disintegrativo dell'infanzia, 419-21, 436
- trattamenti, 424-7
 - addestramento alla comunicazione, 426
 - comportamentale, 425
 - formazione dei genitori (parent training), 426-7
 - integrazione nella comunità, 427
 - psicodinamica, 426
- Disturbo autistico (autismo), 85, 404, 418-9, **420-7**, 430, 435-7, 463-4, 469
- caratteristiche, 420-2
- LEAP (Learning Experiences an Alternative Program), 425
- sistema di comunicazione aumentativa, 426, 437, 469
- Disturbo bipolare, VII, 30, 84, 185, 191, **209-16**, 344, 346, 353, 359, 464, 467
 - cause biologiche, 211-2
 - attività degli ioni, 212
 - attività dei neurotrasmettitori, 211-2
 - fattori genetici, 212
 - struttura cerebrale, 212
 - diagnosi, 210-1
 - disturbo bipolare I, 185, 190, 216, 463
 - disturbo bipolare II, 185, 190, 216, 463-4
 - episodio maniaco, 185
 - infantile, 4, 85, 407-9, 436
 - trattamento, 212-5
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED, Binge Eating Disorder), 247, 250, **266-1**
- Disturbo formale del pensiero, **339-41**, 368, 464
 - associazioni labili, 339
 - deragliamento, 339
 - neologismi, 339-40
 - ripetizione iterativa, 339-40
- Disturbo ossessivo-compulsivo, VI, 4, 37, 73, 84-5, 92-3, 105, **116-25**, 157, 167-8, 175, 184, 245, 263, 307, 354, 370-1, 391, 396-7, 443, 464-5, 469
 - di personalità, VIII, 87, 395-7, 400-2, 464
 - prospettiva biologica, 123-4
 - prospettiva cognitiva, 122-3
 - prospettiva comportamentale, 121-2
 - prospettiva psicodinamica, 118-21
- DSM-IV-TR (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), 5, 7, **84-9**, 92, 103, 112, 116, 125, 129-30, 133, 144, 155, 169, 176, 183-4, 188, 211, 215, 218, 225, 266-8, 283, 301, 304, 314, 320-1, 326, 330, 334, 342-3, 367-8, 370-1, 377, 381, 397-402, 414, 428-30, 435-6, 444, 458
 - Asse del, 84, 86-7, 89, 370
- DSM-5, VI-IX, **85**, 88
 - disturbi correlati a sostanze, 271, 297-8
 - disturbi d'ansia, 125
 - disturbi da stress, 134, 154-5
 - disturbi dell'alimentazione, 250, 266-8
 - disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, 410, 414, 421, 435-6
 - disturbi dell'invecchiamento e cognitivi, 458-9
 - dell'umore, 210, 215
 - disturbi di personalità, 400-1
 - disturbi sessuali e dell'identità di genere, 320, 334-5
 - disturbi somatoformi e dissociativi, 175, 183-4
 - schizofrenia, 342, 367-8
- Dualismo cartesiano, 11, 17-8, 23, 465
- Elettroencefalogramma (EEG), 81, 176
- Elettromiografo (EMG), 102, 126, 152, 465
- Emotività espressa, 352, 362, 368, 465
- Encefalite, 433
- Endorfine, 167, 277-8, 291, 295, 299, 465
- Epilessia, 161, 177, 234, 447, 451
- Es, **38-9**, 45, 121
- Etichette e ruoli sociali, VI, 54-5, 61-2, 88-9, 351-2, 368
- Euforia biochimica, 279
- Evoluzione, 28-9, 32, 49-50, 106-7
 - della psicologia, V, 17-22, 33, 72
- Falsicabilità, 14, 23, 465
- Farmaco/i,
 - antiandrogeni, 322, 327, 329
 - antiipertensivi, 190
 - antinfiammatori non-steroidi, 453
 - commercializzazione di un, 30, 357, 454
 - miorilassanti, 193
- psicotropi, 30, 62, 109, 215, 261, 307, 311, 381, 386, 434, 465
 - ansiolitici, 140, 168, 276, 393
 - antidepressivi, 4, 30, 101-3, 109, 112-6, 123-5, 127, 140, 167-8, 190-5, 199, 209, 212-4, 216, 234, 253, 264-5, 267, 281, 311, 317, 319, 322, 358, 360, 386, 393, 395, 407-8, 442-3, 466, 471
 - inibitori MAO (della monoaminossidasi), 192-5, 216, 358, 466
 - inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), **194-5**, 216, 319, 322, 397, 466
 - triciclici, 193-5, 216, 358, 471
- antipsicotici, VIII, 4, 30-1, 213, 345-7, 352-4, 357-60, 362-3, 366, 368, 377, 381, 386, 408, 445, 454, 463, 465-6
 - atipici, 4, 213, 347, 357-9, 366, 368, 381, 465
 - discinesia tardiva, 358, 368, 463
 - effetti extrapiramidali, 358, 368, 465
 - fenotiazine, 345, 347, 357, 368, 465-6
 - neurolettici, 357, 368, 465
- contro il disturbo bipolare (stabilizzatori dell'umore), 30, 212-5, 386, 408
 - litio, 212-4, 216, 467
- sedativo-ipnotici, VII, 101, 126, 271, 275-8, 287, 299, 454, 462, 465
 - barbiturici, 101, 181, 193, 221, 275-8, 285, 287-8, 299, 462

- benzodiazepine, 100-3, 109, 112, 114, 116, 126, 275-8, 287, 291, 299, 443, 462
 stimolanti, 408, 413, 415-6, 467
 metilfedinato, 415, 437, 467
- Fase/i,
 del desiderio, 304-5, 314, 335-6, 465
 dell'eccitazione, 307-8, 311, 314, 335, 465
 dell'orgasmo, 300-1, 314, 335, 465
 della schizofrenia, 342
 dello sviluppo genetico delle pulsioni, V, 39
 REM, 309, 444
- Feticismo, VIII, 321-3, 330, 334-5, 466
 di travestimento, (cross-dressing), VIII, 323-4, 330, 333-6, 466
 riorientamento orgasmico, 323-4, 327, 330, 335-6, 469
 saturazione masturbatoria, 323-4, 327, 330, 335-6, 469
- Fight-or-flight (reazione), VI, 130-3
- Fobia, VI, 46-9, 73, 84, 87, 92-3, **103-11**, 126-7, 157, 405, 463, 466, 471
 agorafobia, 86, 103, 111-2, 114-6, 125-6, 461, 466
 della scuola, 406
 sociale, VI, 86, 93, 103-5, 107, 111, 125-7, 177, 370, 392-3, 466
 trattamento per le, 109-11
 addestramento alle abilità sociali, 110
 specifica, VI, 93, 103-5, 111, 125-7, 177, 405, 466
 trattamento per le, 107-9
 di esposizione, 108
 desensibilizzazione immaginaria, 108-9
 desensibilizzazione in vivo, 108-9
 desensibilizzazione sistematica, 48, 108, 111, 126, 463
 immersione o flooding, 108, 111, 126, 140, 466
 modeling, 108-9, 111
- Formazione reattiva, 36, 119-21, 125-6, 302, 392, 397, 466
- Frenologia, 11, 23, 371, 466
- Frustrazione, 42-3, 52-3, 71, 168, 225, 232, 249, 303, 311, 325, 353, 376, 389
- Funzionalismo, 12, 23, 466
- Funzione/i, 4, 11-2, 17-8, 22, 27-8, 31, 35, 38-9, 80, 82, 91, 94, 98, 102, 116, 121, 132, 146, 149, 158-9, 178, 194, 250-1, 253, 255, 278, 284, 289, 291, 303, 321, 349-50, 380, 387, 389, 405, 415-6, 424, 426-7, 440, 446-7, 449, 452, 458, 463-4, 466-7
 anti-riflessiva, 178
 elementare, 178
 riflessiva, 178, 184, 466
 superiore, 178
- GABA (acido gamma-aminobutirrico), **100-3**, 123-4, 126, 272, 276, 278, 291, 466
- Gangli basali, 27, 123, 212, 467
- Gene, 29, 62, 113, 190, 212, 253-5, 291, 344, 432, 448, 466
 forma mutata del, 29
 recessivi, 432
 recettore della dopamina 2 (D2), 291
- Genetica, 4, 28-9, 32, 188, 190, 212, 290-1, 311, 331, 343, 373, 440, 448
- Gestalt, Terapia umanistica della
- Ghiandole, 131-2
 endocrine, 28, 130, 191, 469
 surrenali, 28, 130, 132, 151, 191, 463
- Holding, 20, 23, 70, 466
- Iatrogenesi, 176
- Identificazione, 45, 49, 69, 196, 301, 322, 330, 349, 374, 387, 394, 412, 440
 introiettiva, 322
 primitiva, 35
 proiettiva, 35, 43, 69, 350, 353, 379
- Idiografica,
 comprensione, 63, 89, 462
 informazione, 63
- Immagini eidetiche, 179
- Impulsività, 74, 77, 232-3, 237, 381-2, 391, 401, 403, 414
- Impulso/i, 35-6, 38-44, 95, 101, 116-21, 123, 125, 178, 195, 214, 221, 226, 229, 249-50, 264-5, 289, 324-5, 334, 361, 370, 373, 376, 379, 381, 384-5, 387, 396, 411, 417, 436, 463, 465, 467
 disturbi del controllo degli, 87, 271, 381
 elettrico, 27-8, 81, 344-5, 347
 generatore di, 195
 nervoso, 27, 467
 sessuale, 301-2, 304-7, 316-7, 320-3, 325-8, 330, 334, 466-8
- Inconscio, 12-3, 17-9, 21-2, 26, 33-44, 60, 66, 68, 95, 119, 121, 164-5, 168, 177-9, 181, 196, 220, 250, 289, 303, 321, 349-50, 365, 393, 440, 456-7, 461, 467-9
- Indipendenti Britannici, V, 43-5
- Infanzia, VIII, 29, 33, 39, 45, 51, 102, 104, 119, 138-40, 143, 158, 165, 171-2, 174, 178, 198, 230, 235, 250, 255, 267, 302, 321, 324-5, 327-8, 331, 333, 350, 370, 373-4, 380, 388-9, 392-3, 397, **404**, 441
 atteggiamenti maladattivi nell', 202
- Infezioni virali, 28-9, 32, 144, 149-52, 161, 348
- Insomnia, 87, 124, 129, 133, 136, **144-5**, 152-3, 155-6, 165, 188-9, 245, 274, 286, 444, 466
- Internet, 3-5, 85, 191, 316, 321, 325-6, 328, 335, 390-1, 404, 406, 411
 dipendenza da, 5, 271, 396, 406
- Introspezionismo, 12, 23, 466
- Inventario,
 di personalità (MMPI), VI, 71-80, 89, 466
 di reazione, VI, 80, 89, 466
 affettivo, 80
 cognitivo, 80
 delle abilità sociali, 80
 per la depressione di Beck, 80
- Io, 34-5, 37-42, 45, 69-70, 95, 119, 121, 177-8, 197, 229-30, 250-1, 289, 322, 349-50, 392, 411-2, 426, 461, 466-7
 funzioni adattive dell', V, 39
- Iperattività, 73, 197, 209, 211-2, 214, 275, 357, 403, 414, 416
- Ipertensione, **144-8**, 152-6, 277, 281, 283, 311, 466
- Ipnosi, 33, **151-4**, 164, 171, 180-2, 407, 470

- Ipnoterapia, vedi Terapia ipnotica
- Ipocondria, 73, 85, 155, 158, **162-3**, 167-8, 183-4, 354, 466
- Ipotalamo, 100, 130, 132, 143, 253-6, 260, 268, 331, 449, 466, 469
laterale, 255
nucleo ventromediale dell', 112-3
ventromediale, 255
- Ippocampo, 20-2, 27, 100, 138, 191-2, 209, 348, 448-9, 451, 453
- Isolamento, 36, 44, 73, 78, **119-21**, 126, 205, 235, 289, 370, 374, 378, 382, 391-2, 396, 417, 426, 467
sociale, 186, 232-3, 341-3, 362, 370, 374, 445
- Libera associazione, 41, 45, 60, 102, 198, 302, 315
- Licantropia, 347
- Linfociti, **149-51**, 154-6, 167, 467
- Linkage genetica, 212
- Lobo temporale, 21, 177, 347-8, 376, 424, 451
- Lobotomia, 31, **354-5**, 367, 428
- Locus ceruleus, **112-4**, 116, 126, 449, 467
- Malattia, 26, 53-6, 104, 106, 124, 136, 144-5, 148-54, 156, 158, 160-2, 164-8, 183, 218, 220, 224, 226, 228, 233, 236, 245, 254, 275-6, 281, 286-7, 306-9, 311-2, 314-5, 317, 330, 337, 341-2, 344, 347-50, 352-3, 357, 361-2, 432, 435, 441-4, 446, 450, 455, 457, 459, 462, 464-9
cardiaca, 29, 281, 318
Classificazione statistica delle (ICD), 84
di Alzheimer, 85, 150, 218, 236, 432, 439-40, 446-55, 458-9, 461, 467-8
cause, 448-51
trattamenti, 453-5
di Creutzfeldt-Jakob, 451
di Huntington, 27, 451
di Parkinson, 345-6, 358, 451
di Pick, 451
di Tay-Sachs, 432
mentale, 31, 88, 199, 387, 439, 447
psicofisiologiche, 144
- Mappare, 29
- Mappatura, 4, 11
- Meccanismi di difesa, V, 34-41, 43, 52, 69, 87, 95, 102, 119, 121, 178, 196-7, 251, 302, 321, 349-50, 374, 376, 379, 385, 387, 389, 391-2, 396, 412, 461, 466
maniacale, 197
«no entry», 251
primaria, 35, 37, 376
secondaria, 36-7
- Medicaid, 194, 416
- Medicina comportamentale, 32, **151**, 154
- Memoria, **20-3**, 27, 31, 41, 48, 66, 75, 82-3, 101, 138, 152, 157, 168-72, 176, 178-84, 187, 193, 272, 424, 443, 446, 449, 453, 459, 467
disturbi e problemi della, 78, 169-71, 183, 275, 280, 283, 286, 339-40, 440, 446-51, 455, 457, 463, 468-9
falsa, 171
MBT (memoria a breve termine), 21, 273, 376, 430, 447, 453
- MLT (memoria a lungo termine), 21, 82, 453
musicale, 179
sotto anestesia, 179
visiva, 179
- Meningite, 433, 451
- Messaggi inibitori, 27, 100-1, 150-1, 272, 278
- Metodiche neurologiche, VI, 81-3, 89, 467, 470
Elettroencefalogramma (EEG), 81
tecniche di neuroimaging, 81, 89, 191-2, 209, 292, 348, 353, 427, 470
fMRI (imaging a risonanza magnetica funzionale), 19, 81, 470
- PET (tomografia a emissione di positroni), 21, 81-2, 191-2, 231, 340, 452-3, 470
RM (imaging a risonanza magnetica), 81-2, 191, 470
TAC (tomografia assiale computerizzata), 81, 439, 470
- Metodo, 11-8, 33, 44, 71-2, 86, 102, 142, 164, 277, 280-1, 294-5, 297, 302, 323, 349-50, 354, 416, 418-9, 426, 462, 466, 468-9
- Modellamento, VII, **45-6**, 48, 62, 106-8, 111, 126, 163, 222-4, 226-8, 280, 328, 380, 385, 425, 454, 467
- Modello, 26, 62, 467
biologico, V, 26-32
dei «big five», VIII, 76, 399-400
evolutivo, 20
familiare invischiato, 257, 268, 467
in parallelo, 21
in serie, 21
psicoanalitico, 33
psicodinamico, V, 26, 32-45, 62
comportamentista, V, 26, 45-8, 62
cognitivo, V, 26, 48-50, 62
socioculturale, V, 26, 54-61
teorico, 10-11, 13, 17
umanistico-esistenziale, V, 26, 50-4, 62
- Narcotici, vedi Sostanze, oppiacei
- Neurochirurgia, vedi Psicochirurgia
- Neurogenesi, 192
- Neurone, 19, 22, 27-8, 31, 62, 81, 100-1, 112, 123, 130, 145, 191-2, 194-5, 209, 212, 214-5, 272, 276, 278-9, 284, 344-5, 347, 449, 451, 467, 469
assone del, 27, 212
mirror (o specchio), 19-20
- Neuropeptidi, 32
- Neuroscienze, 4, 17, 19-21, 23, 427, 454
- Neurotrasmettitore, 27-8, 62, 100-1, 103, 112-3, 116, 123-4, 130-1, 138, 145, 150, 190-1, 193-5, 209, 211, 214, 231-2, 253, 272, 276-9, 281-4, 288, 291-2, 344-5, 347, 357, 415, 424, 449, 453, 455, 465-7, 469
acetilcolina, 449, 453
anandamide, 291
dopamina, 123-4, 279-80, 282-3, 291-2, 298, 345-7, 352, 357, 359, 366, 415, 462, 467
glutammato, 124, 449, 453
- Neutralità, 41
- Neutralizzazione, 122-3, 126, 467
- Nevrosi, 41, 95, 118, 175, 302, 321, 383

- attuali, 34, 94
 ossessive, 34, 118-9, 125, 349
 psiconevrosi, 34
- Noradrenalina (o norepinefrina), 28, **112-4**, 116, 123, 126, 131, 138, 150-1, 154, 190-1, 193-5, 209, 211-2, 214, 216, 279, 282, 415, 467
- Nuclei caudati, 123-6, 467
- Nucleo del letto della stria terminale (BST), 331
- Oggetto scientifico, 10, 14-7, 23, 467
- Omosessualità, 59, 107, 302, 304, 321, 324, 329, 378-9
- Ormone, **28**, 62, 130-2, 138, 147, 150-1, 154, 167, 188, 191, 209, 305, 309, 314, 318, 333, 348, 407, 453, 467
 adrenocorticotropo (ACTH), 132
 colecistochinina, 255
 corticosteroide, 132, 150-1, 154-5, 463
 cortisolo, 28, 132, 138, 150, 191, 463
 estrogeni, 132, 188, 306, 333, 453
 ipotesi ormonale, 207
 leptina, 254
 melatonina, 132, 191
 prolattina, 132, 306
 terapia ormonale, 319, 333
 testosterone, 132, 306, 311, 314, 322, 333
- Ospedali psichiatrici, 54, 136, 142, 236, 238, 294, 349, 351-2, **354-7**, 360-6, 368, 375, 443, 447, 450, 462, 467
- Osservazione, 9, 11, 13, 16, 18-9, 23, 33, 44, 87, 106, 462, 467
- Ossessione/ossessività, 73-4, 116-27, 227, 243, 245-6, 249, 260, 386, 396, 422, 467
- Panico, 84, 103, 111-6, 130, 176, 279, 285-6, 350, 405, 407, 445, 462, 464
 attacco di, 103, 111-4, 116, 125-6, 140, 177, 188, 461-2, 464
 disturbo di, VI, 4, 49, 84, 92-3, 103, 105, 111-6, 125-7, 157, 176-7, 443, 464, 467
 prospettiva e terapie biologica, 112-4
 prospettiva e terapie cognitive, 114-6
- Paradigma, vedi Modello
- Parkinson, vedi malattia di Parkinson
- Paura, 29, 39, 42-3, 46-7, 70, 78-9, **91-2**, 95, 97, 100-9, 111, 116, 118-22, 126, 130-3, 137, 143, 152-3, 166, 196, 225, 235, 243-4, 265, 297, 307, 309-11, 314, 317, 319, 361, 373, 383, 389, 391-2, 394, 405-6, 418, 439-40, 458, 462-3, 465-6, 468, 470
 reazione di, 105, 130, 132-3
- Pensieri automatici, 48, 202-3, 208, 216, 468
- Pensiero cognitivo-evoluzionista, 50
- Pensiero dicotomico, 225, 238, 241, 394, 397, 468
- Pensiero ossessivo, 117-9, 123, 125, 129, 133, 188
- Peptide glucagone-simile (GLP-1), 254-5
- Personalità,
 co-conscia, 174
 fusione delle, 175, 182, 184, 466
 modello di consapevolezza reciproca tra, 174
 primaria, 173, 182
 relazione di amnesia a senso unico tra, 174
 relazione di amnesia reciproca tra, 174
 secondaria o alternativa, 173-6, 180, 182-4, 468
 slittamento di, 174, 180
- Placche senili, **448-9**, 451, 453, 455, 459, 468
- Placebo, 96, 102, 154, **166-8**, 184, 194, 204, 408, 468
- Posizione,
 schizoparanoide, 42-3, 350, 353, 374
 depressiva, 42-3, 197
- Preconscio, 19, 34, 38, 178, 468
- Predisposizione, 29, 93, **106-7**, 113, 126, 139, 148, 166, 171-2, 180, 190, 212-4, 290, 343-4, 370, 407, 468
 genetica, 29, 188, 290-1, 311, 329, 404
- Prescrizione, 35
- Principi dell'apprendimento, 45, 48
- Principio,
 di costanza, 33-4, 62, 468
 di piacere, 38, 95
 di realtà, 34, 37-8, 62, 69, 95, 468
- Processo,
 primario, 34, 38, 62, 468
 secondario, 34, 38, 62, 69, 468
- Profezia autoavverantesi, 54, 88, 352
- Progetto genoma umano, 29
- Proscrizione, 35
- Prospettiva,
 biopsicosociale, 385
 cognitivo-narrativa, 50
 di rischio multifattoriale, 250, 268, 468
 multiculturali, 59-60, 62, 468
 post-razionalista, 49-50
- Proteina, 191, 209, 212, 214-5, 254, 314, 449, 455
 beta-amiloide, 448-9, 451, 468
 citochine, 151
 collagene, 145
 interleuchina-1, 448
 neuroprotettive, 214
 precursore della beta amiloide (beta-APP), 448
 presenilina, 448
 tau, 449
- Protocollo, **14-5**, 23, 72-3, 457, 468
- Psicoanalisi, V, 13, 17-8, 21, 23, 33, 40, 43, 198, 302, 349, 427, 469
 freudiana, V, 18, 33-41, 45, 52, 61, 94-5, 102, 118-20, 164-5, 168, 177, 196, 216, 229-30, 289, 301-2, 321, 349-50, 387, 389, 396, 468
 degli Indipendentisti Britannici, V, 43-5
- Psicocirurgia, **30-2**, 62, 72, 354, 468
- Psiconevrosi (neuropsicosi), 34
- Psiconeuroimmunologia, 33, **148-50**, 154-5, 468
- Psicosi, 85, 134, 175, 192, 279, 282, 284, **337**, 346, 349-50, 364, 366, 368, 383, 426, 468
 da amfetamine, 347
 post partum, 188, 346
- Psicogeriatría, 441, 459, 468
- Psicoterapia, VIII, 19, 31-3, 49, 52, 54, 58, 109, 152, 167, 172, 188, 208, 212, 214, 221, 237, 265, 267, 295, 324, 333-4, 349, 357, **359-63**, 366, 368, 385-6, 407-8, 412, 424, 443, 455, 462

- aggiuntiva, 214-5
dinamica, 265
interpersonale (IPT), 47, 188, 205-6, 208, 216, 265, 442, 468
- Pulsione, 22, **33-40**, 44-5, 62, 66, 94-5, 118, 164-5, 177, 230, 302, 321, 397, 458, 468-9
fasi dello sviluppo genetico delle, VI, 39
fallica, 39, 164, 302
genitale, 39, 302-3
orale, 39, 289, 302, 321
periodo di latenza, 39, 302
pregenitale orale, 349
sadico-anale, 39, 119-20, 302, 322, 396-7
- Quoziente intellettivo (QI), 82-3, 89, 428, 437, 468-9
- Reazioni galvaniche cutanee (RGC), 80-1, 107, 341
- Recettore, 27, 100-1, 150-1, 212, 214, 254-5, 272, 276-7, 284, 295, 311, 319, 345, 347, 359, 467
recettori D-2, 348, 357, 359
- Regione cerebrale, 11, **27**, 62, 101, 123-5, 371, 415, 450, 463, 467
- Resilienza, 139, 458-9, 469
- Resistenza, 41, 45, 95, 198
- Rêverie, 22, 31, 469
- Rimozione, 21-2, **33-6**, 38-9, 43, 62, 95, 177-8, 183, 302, 349, 387, 469
- Risposta, 12-3, 19, 28, 32, 35, 44-7, 49-50, 63-4, 66, 68, 71-3, 75-6, 80-1, 94-5, 99-100, 105, 130, 151, 153, 158, 165-6, 178, 191, 197, 214, 251, 271, 289, 301, 322, 338, 341, 350, 354, 369, 379, 457, 461, 467-9, 471
adattiva, 91, 102, 178, 466
allo stress, 129, 133
autoimmune, 451
condizionata, 46, 105
di coping, 140
esposizione e prevenzione della, 121-3, 125-7, 167-8, 264, 465
fight or flight, vedi «Fight or flight»
fisiologica, 175-6
immunitaria, 132
incondizionata, 46, 105
ruminativa, 203
sessuale, 301, 303-5, 307-8, 310-1, 313-4, 318, 336, 463, 465
- Ritardo mentale, IX, 47, 83, 86, 275, 357, 404, 418-9, **426-37**, 458, 467, 469-70
caratteristiche, 430
cause, 431-3
grave, 430-2, 435, 437, 469
gravissimo, 430-1, 435, 437, 469
lieve, 428, 430-3, 435, 437, 469
moderato, 430-2, 435, 437, 469
sindrome di Down, 430-2, 437, 469
trattamenti, 433-5
- Rituale, esposizione e prevenzione del, vedi Risposta, esposizione e prevenzione della
- Schizofrenia, VIII, 29-30, 54, 61, 67, 73, 85, 89, 130, 176-7, 192, 194, 196, 213, 218, 226, 292, 328, **337-68**, 370, 376-7, 411, 433-4, 445, 461-2, 465-6, 469
DSM-5, 343, 367-8
fasi della, 342
ipotesi, VIII, 343-53
biologica, VIII, 343-8
anomalie biochimiche, 344-5
anomalie della struttura cerebrale, 347-8
fattori genetici, 343-4
ipotesi dopaminergica, 345
problemi virali, 348
cognitiva, 351
psicodinamica, 349-51
socioculturale, VIII, 351-3
disfunzioni familiari, 351-3
etichettatura sociale, 352
fattori multiculturali, 351-2
- sintomi, VIII, 338-42
negativi, 339, 341
affettività inadeguata e appiattita, 341, 345
assenza di volizione, 341
eloquio impoverito, 341, 345
isolamento sociale, 341
positivi, 339-41
affettività inappropriata, 341
delirio, 339, 345
pensiero ed eloquio disorganizzato, 339-40
percezioni amplificate e allucinazioni, 340-1, 345
psicomotori, 342
catatonia, 342, 345
- tipi di, 342-3
- trattamenti, VIII, 353-67
approccio di comunità non istituzionale, 362-6
farmaci antipsicotici, 353, 357-9
psicoterapia, 359-62
terapia istituzionale, 354-7
- Scissione, 35, 42-3, 95, 177-8, 183, 197, 250-1, 321, 349-50, 353, 376, 385
orizzontale, 177
verticale, 177, 322
- Secondi messaggeri, 214-6, 469
- Sensibilità, 216, 232-3, 311-2, 391, 464
all'ansia, 114, 116, 126, 469
perdita di, 158, 160
- Separazione, 86, 95, 139, 150, 196, 198, 204, 230, 244, 251, 322, 383, 389, **393-4**, 397, 407, 418, 423, 426, 464
- Sequenziare, vedi mappare
- Serotonina, 28, **123-6**, 145, 190-1, 194-5, 209, 211-2, 214, 216, 231-2, 253, 279-80, 282-3, 288, 311, 319, 322, 347, 359, 380, 385, 397, 404, 443, 466, 469
- Sinapsi, 21, 27-8, 62, 469
- Sindrome, VI, 26, **83-5**, 89, 160-1, 166, 171, 175-6, 186, 188, 198, 215, 291, 346-7, 349, 351-2, 357-8, 362, 367, 426, 431, 446-7, 455, 463, 469
alcolico fetale, 275, 299, 432-3, 437, 469
binge-purge, vedi Bulimia Nervosa
da carenza di gratificazioni, 292, 299, 469

- dell'X fragile, 432
 di Asperger, 85, 419-23, 425, 435-7, 464
 di Briquet, 159, 168, 464
 di Down, 430-2, 437, 469
 di Korsakoff, 275, 299, 450, 469
 di Münchhausen, 162, 184, 469
 per procura, 161-2, 184, 469
 di savant (o dell'idiota sapiente), 424
- Sistema, 19, 21-3, 32, 34, 50, 55, 58, 60-1, 66, 100-1, 138, 145-6, 149, 227, 250-1, 257, 285, 298, 309, 350, 376, 380, 462, 467-8, 471
 di classificazione, 84-6, 88-9, 370, 399, 401, 469
 endocrino, 28, 32, 130, 132-3, 143, 155, 191, 328, 469
 immunitario, 32, 132, 148-51, 154-6, 275, 280, 451, 455, 468, 470
 limbico, 20, 424
 nervoso, 27, 32, 81, 151, 160, 309, 452, 467
 autonomo (SNA), 130-1, 133, 143, 146, 154-5, 175, 470
 centrale, 92, 130, 271-2, 277-9, 281-2, 287, 346, 461, 468, 470
 parasimpatico, 131, 133, 155, 470
 simpatico, 130-1, 143, 145, 150, 155, 311-2, 318, 470
- Social Adjustment Rating Scale, 148-50
- Sogno/i, 38, 41, 45, 95, 124, 133, 155, 171, 176, 179, 232, 234, 244, 302, 309
- Sostanze,
 abuso di, 49, 56, 78, 100, 134, 177, 226-8, 245-6, 249, 260, 266, 270-1, 274, 278, 288-93, 297-8, 309, 317, 345, 363, 379, 382, 386, 401, 410, 417, 443, 451, 459
 allucinogeni, VII, 270, 282-6, 288, 299, 461, 467, 470
 LSD (dietilamide dell'acido lisergico), 270, 284, -5, 288, 299, 337, 467
 allucinosi, 284
 MDMA (ecstasy), 283-5, 298
 astinenza da, 177, 270-1, 274-8, 280-2, 284, 286, 290-5, 298-9, 462-3
 cannabis e cannabinoidi, VII, 270, 277, 282-3, 285-7, 299, 467, 470-1
 marijuana, 270, 285-8, 291-2, 294, 299, 307, 311, 409, 467
 abuso e dipendenza da, 285-6, 291, 293
 legalizzazione a scopi medici, 287
 tetraidrocannabinolo (THC), 285, 288, 299, 471
- depressive, VII, 270-8, 287
 alcol, VII, 64, 101, 137, 151, 169, 218-9, 221-2, 224-6, 228, 233-5, 269-78, 285, 287-8, 290-9, 307-9, 311, 315, 375, 379, 382, 384, 411, 417, 430, 432, 443, 445, 450, 461, 469
 abuso di, 219, 227, 273-6, 291, 296, 298-9, 382, 417, 443, 461
 binge drinking, 272, 274-5
 cirrosi epatica, 275
 confabulazione, 275, 450
 sindrome alcolico fetale, 275, 299, 432-3, 437, 469
 sindrome di Korsakoff, 275, 299, 450, 469
 dipendenza da, 274
 farmaci sedativi-ipnotici, VII, 101, 126, 275-8, 299, 462, 465
- oppiacei (o narcotici), VII, 167, 271, 276-8, 287-8, 291-2, 295, 299, 465, 467
 eroina, 225, 270, 276-9, 281, 285, 288, 290, 295, 298-9, 307, 465, 467-8
 abuso e dipendenza da, 277-8
 morfina, 276-8, 299, 467
 oppio, 276-7, 299, 467
 sintetici (metadone), 276, 278, 295-6, 299, 468
- poliabuso di, 270, 287-8, 299, 464
 effetto sinergico, 287-8, 299, 465
- stimolanti, VII, 270, 277-83, 287-8, 299, 461-2
 amfetamina, VII, 277, 279, 281-3, 285, 287-8, 290-2, 299, 337, 346-7, 461
 metamfetamina, 4, 282, 299, 467
 caffeina, 270, 279, 288
 cocaina, VII, 270, 277, 279-82, 285, 287-8, 290-5, 298-9, 307, 337, 462-3
 a base libera, 281, 299, 462
 abuso e dipendenza da, 280, 282, 338
 crack, 279-81, 285, 299, 463
 disturbo psicotico indotto da, 279
 nicotina, 270, 279-81, 291
- Standardizzazione, 64, 66, 72, 80, 89, 470
- Stile di personalità, 148, 151, 154, 156
 di tipo A, 147, 154-5
 di tipo B, 147, 154-5
- Stimolazione cerebrale, 20, 112, 195-6
 del nervo vago, 4, 195
 magnetica transcranica (TMS), 4, 195
 profonda (DBS), 4, 195
- Stimolo, VI, 10, 13, 20, 22, 34-5, 38, 45-7, 49, 55, 65-6, 68, 91, 94, 100, 105-7, 117-8, 130-1, 133, 167, 176, 186, 210, 292, 297, 302, 305, 310, 320-3, 340-1, 350, 353, 374, 379, 381, 414, 422-3, 426-8, 430, 435, 452-3, 455, 461, 466, 469-70
 condizionato, 12, 46, 105, 290, 418, 462-3
 generalizzazione dello, 106-7, 126, 466
 incondizionato, 12, 46, 105, 418, 462-3
- Stress, VII, IX, 28, 35-6, 53, 59-60, 66, 71, 73, 78, 93-4, 102, 114, 116, 129-59, 166, 180, 188-9, 191, 204, 208, 221, 224-5, 227-8, 231-3, 237-41, 261, 263, 266-7, 297, 307, 320, 324, 327, 342-3, 352, 386, 413, 415, 417-9, 430, 441, 443, 445-6, 456, 463, 468, 471
 familiare, 352, 362
 sociale o ambientale, 423
- Studi del pedigree familiare, 100, 126, 190, 212, 231, 343, 470
- Stupro, 92, 133, **135-9**, 155, 178, 274-5, 409, 470
 droghe da, 315
- Suicidio, VII, 4, 27, 53, 59, 73-4, 78, 80, 134, 138, 163, 186, 188-9, 197, 199, 207, 213, **217-41**, 244, 249, 263, 274-5, 280, 330, 332, 334, 337, 346, 354, 382-4, 386, 394, 407-8, 417, 436, 442, 457, 461-2, 466, 468-70
 analisi retrospettiva, 221-2, 241, 461
 connessione con l'età, 232-7
 diritto al, 236
 fattori scatenanti, 224-8

- cambiamenti di umore e pensiero, 225
- disturbi mentali, 225-6
- eventi e situazioni stressanti, 224
- modellamento, 226-8
- uso di alcol e droghe, 225
- modelli di studio, 220-2
- morte,
 - cercatore di, 220, 241, 462
 - ignoratore, 220, 241, 466
 - iniziato di, 220, 241, 466
 - sfidatore di, 220, 241, 469
 - subintenzionale, 220, 241, 467
- parasuicidio, 218-9, 241, 468
- postvenzione, 228
- trattamento, 237-40
 - cure dopo il tentativo di suicidio, 237-8
 - prevenzione del suicidio, 238-40
- visione biologica, 231-2
- visione psicodinamica, 229-30
- visione socioculturale, 230-1
 - suicidio altruistico, 229-30, 232
 - suicidio anomico, 230-2
 - suicidio egotico, 230, 232
- Super-Io, 34-5, 37-9, 41, 45, 119, 168, 197, 229, 302, 389, 396
- Supporto sociale, 138-9, 143, 150-1, 154, 156, 204-5, 222-3
- Talamo, 123-4, 348, 449
- Tecniche,
 - di meditazione, 94, 102, 144, 148, 151-4, 177
 - di rilassamento, 47, 102, 108, 114, 140-1, 151-2, 154, 272, 294, 315, 361, 463
- Teoria,
 - autoimmune, 451
 - dei sistemi familiari, 55-6, 58, 62, 257, 315, 320, 470
 - del pensiero negativo, 200, 202-3, 208, 216, 471
 - dell'evitamento, 98
 - dell'impotenza appresa, 200-2
 - dell'intolleranza all'incertezza, 97-8
 - della deriva verso il basso, 337
 - delle relazioni oggettuali, V, 18, 38-44, 69, 95, 229, 251, 350, 373, 385, 389
 - generale dei sistemi, 17-8, 23
 - metacognitiva, 97
- Terminazione nervosa, 27-8, 212, 282, 344, 469
- Terapia,
 - biologica,
 - biofeedback, 101-3, 126, 151-2, 154, 419, 462
 - di mantenimento, 182, 194, 295-7, 299, 468
 - disintossicazione, 280, 293-4, 296-7, 299, 443, 462-3
 - elettroconvulsiva (TEC), 30-2, 62, 192-3, 195, 209, 216, 221, 357, 470
 - farmacologica, 30, 32, 101, 109, 113-5, 124, 129, 140, 142, 154, 168, 181-2, 188-9, 192, 194, 206, 211, 214, 237, 265, 346, 357-8, 362, 373, 407-8, 413-6, 453, 455-6
 - psicofarmacologica, 271, 425-6
 - sostanze antagoniste, 294-5, 297, 299, 470
 - training autogeno, 101-3, 126, 471
 - cognitiva,
 - addestramento comportamentale all'autocontrollo, 294, 297, 299, 461
 - addestramento per la prevenzione delle ricadute, 294, 297, 327-8, 330, 336, 461
 - cognitiva per l'integrazione sociale, 426
 - cognitiva-comportamentale standard (CBT), 48
 - dell'accettazione e impegno ad agire (ACT), 4, 99, 204, 361
 - metacognitiva-interpersonale, 49
 - pratica della consapevolezza, 99-100
 - razionale-emozionale, 48, 99, 110, 126, 470
 - standard, 49
 - training di autoistruzione, 153
 - comportamentali,
 - addestramento alla comunicazione assertiva, 110, 424-6
 - addestramento alle abilità sociali, 110-1, 126, 362, 377, 393, 461
 - Anger Coping and Coping Power Program, 412
 - avversiva, 291-3, 297, 299, 322-4, 327-8, 330, 336, 470
 - contingency management, 293
 - desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR), 140-1, 155, 463
 - desensibilizzazione sistematica, 46-8, 62, 108, 111, 126, 315, 463
 - di esposizione, 108-9, 111, 115, 120-3, 125-7, 140-3, 167-8, 264, 319, 375, 393, 463, 465, 471
 - dry bed training, 418
 - formazione alle competenze di problem solving, 412
 - immersione o flooding, 108, 111, 126, 140, 466
 - metodo bell and pad, 418-9
 - modeling o modellamento, 108-9, 111, 385, 425, 454, 467
 - culturalmente sensibile, 4, 60, 62, 470
 - dialettico-comportamentale (TDC), 4, 385
 - debriefing psicologico (CISD), 142-3, 155, 463
 - insight terapeutico, 140, 143, 151, 154, 168
 - ipnotica, 181-4, 407, 470
 - istruzione speciale, 434, 437, 467
 - laboratorio protetto, 434-5, 437, 467
 - ludoterapia (terapia del gioco), 407, 437, 467
 - mainstreaming (o inclusione), 434, 437, 467
 - normalizzazione, 433, 437, 467
 - psicoterapia aggiuntiva, 214-5
 - psicodinamica breve, 95
 - sensibile al genere, 4, 60, 62, 470
 - sessuale, VIII, 301, 312, 315-7, 319-20, 335-6, 461
 - addestramento alla masturbazione, 319, 335, 461
 - sociofamiliare,
 - affidamento terapeutico, 412
 - centro di trattamento residenziale (o comunità terapeutica), 296, 299, 362, 412, 462
 - centro diurno, 363, 367-8, 462
 - di coppia, 55, 58, 61-2, 142, 205-6, 208, 216, 315, 320, 395, 470
 - di gruppo, 55-6, 58, 61-2, 109, 111, 122, 129, 140,

- 142-3, 182, 200, 214, 228, 237, 265, 294, 296, 324, 355, 375, 388, 393, 395, 406, 425, 434, 442, 470
- rap group, 142, 155, 469
- gruppo di auto-aiuto, 56, 62, 122, 188, 203, 265, 293, 296-7, 324, 361, 367, 381, 425, 461, 466
- familiare,
interazione genitori-figlio, 412
Parent Management Training (PMT), 412
- psicoterapia interpersonale (IPT), 47, 188, 205-6, 208, 216, 265, 442, 468
- struttura residenziale con assistenza, 363, 455
- state school, 433
- umanistica,
centrata sul cliente o paziente, 47, 50-2, 62, 96, 103, 126, 470
della Gestalt, V, 13, 47, 52, 54, 62, 470
frustrazione abile, 52
gioco di ruolo, 52, 110, 425, 454, 461, 470
esistenziale, V, 47, 53, 62, 470
- Terrorismo, 4, 135, **137-40**, 143, 155, 217, 404
- Test clinico, VI, 12, 14, 53, 63-4, **66-83**, 89, 114, 176, 180, 187, 194, 414, 425, 427-9, 440, 461, 465-6, 469-71
- di intelligenza, VI, 82-3, 89, 425, 428, 469-70
WAIS-R, 82
- neuropsicologico, VI, 81-3, 89, 470-1
Bender Gestalt, 83
- proiettivo, VI, 66-71, 89, 471
basati sul disegno, 64, 66-70
di appercezione tematica, 67
- di completamento delle frasi, 67
di Rorschach, 66-8
psicofisiologico, VI, 80-1, 89, 471
- Tortura, 4, 92, 119, 135, **137-8**, 155, 328, 471
- fisica, 138
psicologica, 138
sessuale, 138
tramite deprivazione, 138
- Transessualismo, vedi Disforia di genere,
- Transfert, 41, 45, 349
- Triade cognitiva, 202-3, 208, 216, 471
- Ulcera, 144-6, 149, 154-6, 471
- Validità, 11, 14, 49, **64**, 68, 70-1, 75, 80, 83, 86, 88-9, 370, 398, 400, 428, 462, 465, 471
concorrente, 64
di facciata, 64
predittiva, 64, 86, 88
scale di, 75-77, 79
- Valutazione, 30, **63**, 68, 70-1, 75, 79-81, 83, 86, 88-9, 129, 148-9, 175, 198, 201, 225, 227, 240, 308, 316, 320, 385, 391, 400-1, 414, 423, 471
clinica, VI, 63-7, 89
del funzionamento adattivo, 429
emotiva, 100
globale del funzionamento (VGF), 86
- Zinco, 449, 455









