



Centro di Psicologia e Psicoterapia

di dr.ssa E. Busso e dr.ssa M. Castellino

Via Chiampo, 13 - Pinerolo (To)

www.psicologiapinerolo.it

centro_di_psicologia@libero.it

Anno III- N. 4 - 1° Semestre 2015

E li chiamano monelli!

A cura della Dott.ssa Marcella Brun, Psicologa e del Dott. Iacopo Vaggelli, Psicologo-Psicoterapeuta, professionisti con formazione ed esperienza sui Bisogni Educativi Speciali

Bambini spesso erroneamente etichettati come pigri (*non ha mai voglia di fare i compiti!*), incontenibili (*sembra una trottola in continuo movimento!*), disturbatori (*in classe fa tanta confusione!*), svogliati (*come possibile, ha sempre la testa altrove!*), in una parola “monelli” spesso nascondono molto di più. Se indossiamo gli occhiali giusti e ripensiamo alle caratteristiche appena descritte ci accorgiamo come queste rispecchino quelli che sono i sintomi principali di un particolare disturbo evolutivo di origine neurobiologica indicato con l'acronimo ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) o, in italiano,



sindrome da iperattività e deficit di attenzione. Così facendo la pigrizia diventa difficoltà a mantenere un'attenzione prolungata sui compiti, la vivacità motoria incapacità a controllare volontariamente i propri movimenti, la svogliatezza si trasforma in fatica a concentrarsi, la propensione



naturale a creare confusione si rispecchia nella definizione di impulsività. Ne consegue che questi bambini trovano una difficile collocazione a scuola, faticano a seguire le regole a calcio e, a casa, trasformano il momento dei compiti in un acceso conflitto con mamma e papà. Quindi, come comportarsi?

Innanzitutto occorre una diagnosi completa che permetta di comprendere e soprattutto accettare l'esistenza del disturbo. Inizia così un percorso che parte dalla consapevolezza che le caratteristiche di quel particolare bambino non sono l'esito di metodi educativi genitoriali inefficaci né tanto meno sono dovuti all'indole "monella" del bambino. Si prosegue poi impostando quello che secondo le più recenti evidenze scientifiche è l'intervento che ha ottenuto i risultati migliori per riuscire a fornire la regolazione comportamentale, competenza che risulta particolarmente carente in questi bambini. L'aiuto, infatti, arriva dall'ambiente in cui il bambino è inserito e così, con un intervento detto multimodale, si coinvolgono

scuola, famiglia, bambino e specialisti che attraverso strategie educative e comportamentali lavorano in sinergia, per arginare le difficoltà del bambino. A scuola sarà pertanto utile strutturare l'ambiente classe con precise regole, organizzando tempi (e pause!), spazi (è consigliabile ad esempio far sedere il bambino vicino alla cattedra lontano da fonti di distrazione) cercando di mantenere l'aggancio attento attraverso un frequente contatto oculare, la ripetizione delle consegne e se possibile alternando attività diverse.

A casa per ridurre lo sconforto derivante dalle difficoltà a gestire un bambino che richiede di mantenere "drizzate le antenne" è possibile utilizzare, con l'insegnamento e la supervisione di un esperto, il metodo dei gettoni (Token economy) volto a rinforzare i comportamenti adeguati e tentando di estinguere quelli inopportuni. Durante il percorso rivolto ai genitori denominato "parent-training" si può riflettere e raggiungere una consapevolezza maggiore sulle caratteristiche del disturbo e sulle proprie risorse sviluppando poco a poco ulteriori competenze e riducendo

PIGRIZIA?.. SVOGLIATEZZA??...

MENEFREGHISMO???... MONELLAGGINE????



e se stesso guardando con gli occhiali sbagliati?

Cambiamo prospettiva!

ADHD

Disattenzione, impulsività, iperattività



lo stress derivante dal sentirsi impreparati a gestire i comportamenti dirompenti del figlio ADHD.

A completare le opzioni occorre ricordare la possibilità del trattamento farmacologico che risulta avere in alcuni casi un'efficacia dimostrata sebbene sembra non avere effetti a lungo termine.

La maggior attenzione a questa problematica ha portato alla fondazione di alcune associazioni, tra le quali l'AIFA (Associazione italiana

famiglie adhd) e l'AIDAI (Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività) che curano informazione e sensibilizzazione sull'argomento. E' inoltre disponibile su youtube (al link https://www.youtube.com/watch?v=yOzfHP_ryVY) un interessante documentario prodotto dall'ASL di Cuneo in collaborazione con la Regione Piemonte che permette di approfondire l'argomento con informazioni chiare e scientificamente corrette.

Attacchi di Panico

*A cura della Dott.ssa Manuela Castellino, Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale
Responsabile del Centro di Psicologia e Psicoterapia*

Un paziente con attacchi di panico arrivato in studio ha descritto la sua situazione così: “Da due anni convivo con gli attacchi di panico. La mia paura più grande è guidare: quando mi trovo in strade molto larghe comincio a sudare freddo, le mie mani diventano insensibili e mi si offusca la vista. Ho sempre bisogno di qualcuno accanto, così mi sento tranquillo. Per non parlare dei mezzi pubblici! In treno non posso stare e in metro neppure: ho continuamente bisogno di aria e mi sento svenire. Più volte sono andato al Pronto Soccorso, ma mi hanno sempre rimandato a casa con la prescrizione



di un ansiolitico al bisogno che prendo malvolentieri”.

Il panico è una delle motivazioni più frequenti per le quali viene intrapresa una psicoterapia. Sentirsi sopraffatti da



L'ansia e gli attacchi di panico, dettati da stress e inquietudini, sono brutti compagni di vita. Ma liberarsene non è difficile come sembra, se supportati da persone esperte.

Presso il Centro di Psicologia e Psicoterapia la dott.ssa Castellino si occupa dei disturbi legati alla sfera ansioso-depressiva.

un malessere che rende faticoso il respiro, percepire un battito cardiaco molto veloce e avvertire altri sintomi fisici come sudorazione intensa ed improvvisa, la scomparsa della salivazione e tremori incontrollabili, e' un'esperienza che scuote e fa sorgere numerose domande. Durante un attacco di panico si può sperimentare la paura di impazzire o di morire e risulta difficile trovare una soluzione immediata: le persone decidono così di iniziare un percorso di cura che possa consentire loro di uscire da quella difficile condizione.

Il primo attacco di panico è spesso improvviso ed inaspettato, descritto come un'esperienza terribile, mentre i successivi solitamente sono avvertiti in anticipo, ad eccezione degli attacchi di panico notturni. Il disturbo normalmente esordisce nella tarda adolescenza o nella prima età adulta ed ha un'incidenza da due a tre volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

Secondo una ricerca dell'Associazione liberi dal panico e dall'ansia (Alpa) sono circa 10 milioni gli italiani che hanno vissuto almeno una volta l'esperienza di un attacco di panico. Un evento isolato per molti, che si trasforma però in una malattia in un caso su due, mentre oltre 2 milioni di persone hanno sviluppato un vero e proprio disturbo di panico con attacchi ripetuti, ansia e fobie. Una situazione nella quale è estremamente difficile fare una vita normale.

Generalmente gli attacchi di panico sono più frequenti in periodi stressanti. Alcuni eventi di vita possono infatti fungere da fattori precipitanti, anche se non inducono necessariamente un attacco di panico. Tra gli eventi di vita precipitanti riferiti più comunemente troviamo il matrimonio o la convivenza, la separazione, la perdita o la malattia di una persona significativa, l'essere vittima di una qualche forma di violenza, problemi finanziari e lavorativi.

Nella maggior parte dei casi, chi ha avuto una crisi di panico, inizia ad essere sempre più attento alle sensazioni del proprio corpo, fino a trascorrere parte del proprio tempo a valutare i cambiamenti che potrebbero essere collegati all'attacco di panico vero e proprio. Infatti, le reazioni del corpo riflettono un funzionamento normale e si amplificano nella misura in cui ci concen-



triamo su di esse: se prestiamo particolare attenzione al battito cardiaco ci sembrerà di avvertire qualche irregolarità, prodotta invece dall'apprensione con cui la ricerchiamo.

L'attacco di panico non è pericoloso per la persona, sebbene sia molto sgradevole e i suoi sintomi siano vissuti con grande disagio. Si tratta di una manifestazione di ansia intensa che, in sé, non è patologica ma le limitazioni della vita quotidiana che solitamente la caratterizzano sono numerose.

La dott.ssa Busso, consulente e supervisore scolastico dal 2006, con la collaborazione dell'equipe DSA del Centro di Psicologia, svolge attività di prevenzione e informazione sul disagio scolastico in età infantile e adolescenziale.

Come accade per la cura dell'ansia generalizzata, la psicoterapia si concentra sulla ridefinizione di alcuni erronei significati che si danno all'attacco di panico: la probabilità di sperimentare un attacco di panico è molto più bassa di quanto temiamo e si tratta, in ogni caso, di un fenomeno che non ha nulla a che vedere con reali disturbi respiratori o cardiaci come invece il soggetto tende ad ipotizzare.

La terapia cognitivo comportamentale (CBT o TCC) secondo i recenti documenti diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è uno fra i trattamenti d'elezione per il disturbo da attacchi di panico. Infatti, tale terapia, anche se nel breve periodo più costosa rispetto ai farmaci, risulta dai dati scientifici la cura più efficace per il disturbo di panico. L'approccio della terapia cognitivo comportamentale ai problemi di panico è, confrontata ad altre psicoterapie, abbastanza rapida (entro pochi mesi, se si seguono le indicazioni del terapeuta, si possono già avere risultati molto buoni), orientata agli obiettivi, attiva, efficace e misurabile.

L'elemento centrale della terapia resta l'acquisizione di semplici tecniche (ad es. particolari tecniche di rilassamento), attraverso l'ausilio dello psicologo, per meglio gestire e superare gli attacchi di panico in qualunque momento e luogo questi si presentino.

Durante gli incontri, inoltre, si condivide con il paziente informazioni circa i fattori che innescano e mantengono gli attacchi di panico, facendo, infine, particolare attenzione alla prevenzione di possibili ricadute future.



Sessualita': quando i conflitti vanno a letto

A cura della Dott.ssa Elena Busso, Psicoterapeuta familiare e di coppia
Responsabile del Centro di Psicologia e Psicoterapia

Nel precedente numero abbiamo parlato di *discordia coniugale*: quante delle difficoltà e dei disagi legati alla sessualità, senza ancora parlare di disfunzioni, si associano ad essa? La maggior parte. Tali manifestazioni infatti sono svariate e i disturbi più comuni sono di solito sintomatici di aspetti inconsci della relazione di coppia o delle frustrazioni e delusioni più profonde. Carenza di comunicazione, litigi continui, bisogni emotivi inappagati, insoddisfazione sessuale, disaccordo finanziario, problemi con le famiglie di origine, conflitti con i figli, potere e dominanza di uno dei partner eccetera, sono fra i disturbi più comuni per coppie che cercano una consulenza. Spesso un membro della coppia o entrambi, utilizzano la sessualità come modalità per esprimere potere sull'altro. Se ci riflettiamo, quante volte uno dei due prova dei sentimenti di rabbia per essersi sentito escluso da una decisione, non rispettato in una certa situazione e utilizza la sessualità per "dire" tutto ciò attraverso ad esempio un rifiuto o un sabotaggio ("sono



stanco", "ho mal di testa"). Noterete come non ho connotato le affermazioni in maschio/femmina, anche se di solito l'opinione comune vuole che sia la donna ad avere il classico mal di testa per non aprirsi alla sessualità. E' necessario pertanto uscire dal pregiudizio e dall'influenzamento culturale che porta a pensare ciò e nella mia pratica clinica degli ultimi anni, non si riscontrano differenze di genere.

E' importante sottolineare come, una volta accertata la salute fisica, le reazioni sessuali siano influenzabili da situazioni di stress emotivo. Possono esservi cause superficiali ed immediate e altre più profonde quali una nevrosi, la paura dell'abbandono, ostilità



coniugali o sensi di colpa, questi sono tutti fattori che possono produrre una situazione sessuale stressata che si esprime con difficoltà in tale ambito fino a diventare anche vere e proprie disfunzioni sessuali.

L'approfondimento delle **cause diadiche** è essenziale nella terapia cercando di modificare il sistema sessuale disfunzionale vigente nella coppia. Spesso infatti il rifiuto del partner, la discordia coniugale, la mancanza di fiducia, le lotte di potere, le delusioni contrattuali, il sabotaggio sessuale e l'incapacità di comunicazione sono cause molto diffuse di disfunzioni sessuali di uno o entrambi i partner. I conflitti di ruolo e i conflitti di interesse sono armi potentissime all'interno delle dinamiche di coppia e spesso vengono agiti in maniera inconsapevole dai membri per poter ristabilire degli equilibri che si sentono in qualche modo persi.

"La terapia non mette qualcosa dentro le persone, ma dalle persone tira fuori qualcosa"

C. CLEMENT

Spesso il sintomo o la difficoltà che porta un partner è funzionale al mantenimento della dinamica di coppia e talvolta vi possono essere delle resistenze ad affrontarlo e a risolverlo. Motivo per cui la

consulenza con un terapeuta formato su tale aspetti può aiutare la coppia a ritrovare tali significati e a comunicarli all'interno di essa.

Per completezza vanno segnalate anche le **cause biologiche** delle disfunzioni sessuali fra le quali ritroviamo il diabete, affezioni neurologiche, grave depressione e altre affezioni fisiche e tali fattori organici non agiscono nella stessa maniera su uomini e donne. I profondi mutamenti fisiologici ed endocrini che accompagnano stati di grave depressione e stress contribuiscano alla perdita della motivazione sessuale agendo sul sistema nervoso centrale e abbassando il rifornimento di androgeni. Anche l'uso delle sostanze ha un effetto ambivalente sulla sessualità: da una parte grazie alle inibizioni rende il sesso più piacevole ed eccitante; anche se in gli individui in seguito gravemente assuefatti tendono a preoccuparsi molto di più del soddisfacimento del desiderio della sostanza che del piacere sessuale.

Le disfunzioni sessuali si verificano anche insieme a **sindromi psichiatriche** e richiedono interventi distinti. Ad esempio è importante distinguere se un paziente ansioso lo è in relazione ad una difficoltà sessuale o perché soffre di una sindrome fobico-ansiosa che non è in relazione causale con il funzionamento sessuale ma lo influenza.



- **depressione:** le disfunzioni sessuali possono essere causa di depressione oppure il risultato di una depressione preesistente, è necessario pertanto distinguere tra le due condizioni. Il dolore della depressione infatti soffoca la libido, rende la persona refrattaria all'eccitamento, può pregiudicare la reazione vasocongestizia (erezione maschile molto vulnerabile alla depressione).

- **sindrome fobico ansiosa:** le persone che soffrono profondamente

di ansia è molto probabile che siano soggette anche a disfunzioni sessuali. Rispetto ai sintomi sessuali, talvolta il paziente non ha consciamente o inconsciamente paura di una buona sessualità, egli può erigere difese contro l'abbandono sessuale per diverse ragioni quali la paura di un insuccesso, la paura di un rifiuto, per iperprotezione verso il partner o perché è in collera con lui o con se stesso.

Il **Centro di Psicologia e di Psicoterapia**, sito in **Via Chiampo n° 13 – Pinerolo (To)**, nasce dal desiderio delle Dott.sse Elena Busso e Manuela Castellino di fornire nel territorio un servizio professionale in grado di affrontare molteplici esigenze con professionalità e competenze specifiche. Con questo obiettivo nel Centro opera un'équipe composta da diversi professionisti e professioniste con percorsi formativi e approfondimenti teorico-metodologici diversi in grado di fornire risposte ad un ampio spettro di domande.

Dott.ssa E. Busso psicologa-psicoterapeuta.....	339 474 60 06
Dott.ssa M. Brun psicologa.....	338 115 67 08
Dott.ssa M. Castellino psicologa-psicoterapeuta...	329 548 23 24
Dott. F. Facchini psichiatra.....	327 612 41 81
Dott.ssa E. Geraci psicologa-psicoterapeuta.....	345 036 47 54
Dott.ssa M. Sanmartino logopedista.....	345 892 73 61
Dott. I. Vaggelli psicologo-psicoterapeuta.....	366 291 58 68

