

PSICOLOGIA DELLA PERSONALITÀ

Definizione di Personalità in Psicologia

Secondo Lucio Pinkus (1986) la “**personalità**” può essere intesa come “quel sistema che si costituisce nell’individuo umano partendo da una base neurologica ereditaria e che si modella via via nei rapporti con l’ambiente, dal quale giungono informazioni che vengono recepite, memorizzate, interpretate ed utilizzate.” Lo studio della personalità è stato promosso da diverse teorie ognuna delle quali ha analizzato aspetti diversi di questa complessa realtà. In particolare possiamo distinguere approcci che si sono interessati dello “sviluppo della personalità”; ossia l’insieme dei processi che sottendono la costruzione del sé, l’instaurarsi dell’identità personale, gli intrecci tra cognizioni e affetti che ne regolano le condotte. Alcuni si sono occupati invece della “struttura della personalità”; ossia del modo in cui essa si presenta nei suoi elementi costitutivi.

Il primo ad occuparsi di fasi di sviluppo della personalità fu Freud all’interno della sua **teoria sullo sviluppo psicosessuale**. La dinamica della formazione della personalità si può rintracciare nell’eterno conflitto esistente fra istanze psichiche che l’autore suddivide in (Es, io, Super-io). Lo sviluppo della personalità si svolge attraverso fasi psicosessuali: orale, anale, fallica, genitale. Tali fasi prendono il nome dalla zona erogena di investimento pulsionale; inoltre ciascuna di esse attraversa una **crisi**

evolutiva che deve essere superata per giungere alla formazione dell'identità personale. La fissazione ad una delle fasi di sviluppo determina un arresto nella maturazione della personalità, che si manifesta in età adulta con alcune manifestazioni tipiche di quell'età. I tratti di personalità si formano secondo la teoria psicoanalitica a partire dall'esperienza che l'individuo compie in ognuna di tali fasi.

Successivamente la **teoria delle relazioni oggettuali** (Klein, Bowlby, Winnicott) integrerà questo approccio ponendo un' enfasi maggiore sulle esperienze relazionali della prima infanzia. La moderna psicoanalisi vede dunque nella relazione del neonato con la madre, la fondamenta della personalità individuale.

A tal proposito nel presente elaborato verrà trattata in maniera più approfondita la **teoria psicosociale** di **Erikson**. Sebbene di derivazione psicoanalitica, essa supera il concetto prevalentemente biologico della psicoanalisi freudiana dando molta importanza all'aspetto sociale nello sviluppo della personalità. Erikson riprendendo in esame lo sviluppo delle zone libidiche descritte da Freud, cerca di comprendere il modo con cui successivamente ciascuna zona funziona. Per Erikson ad esempio, la zona orale non è importante perché concentrata sulla bocca, quanto piuttosto perché esprime un modo universale di funzionamento che è tipico di quella età, il modo incorporativo che è un modo di interagire con l'altro attraverso tutti gli organi sensoriali. Le

dinamiche descritte da Erikson vanno pensate tutte calate nella realtà in un definito ambiente familiare e socio-culturale. Questo vuol dire che tra bambino e ambiente si stabilisce una relazione di mutualità per cui ogni qualvolta l'ambiente risponde in maniera consona alle richieste del bambino, allora il bambino fa l'importante esperienza dell'essere compreso impara a comunicare e ad avere fiducia della propria comunicazione. In caso contrario quando il bambino verifica che alla sua azione non corrisponde un'adeguata risposta comincia a cercare modalità distorte e inadeguate. Per Erikson ogni fase dello sviluppo è caratterizzata da una crisi psico-sociale, il cui superamento è condizionato dal contesto socio culturale in cui avviene. Nella fase **incorporativa**, citata prima, il bambino ha bisogno di incorporare per necessità di amore e sicurezza. Se l'ambiente è adeguato il bambino sviluppa fiducia altrimenti sviluppa un senso di sfiducia. Nella seconda fase **ritentiva-eliminativa** il bambino impara che è sotto il suo controllo ritenere ed eliminare. Ciò vale non solo per l'area neuromuscolare interessata ma per tutto il suo comportamento. Sorge in questa fase l'esperienza dell'**autonomia** e della **volontà**. Se non si gettano le condizioni per l'autonomia si avranno i presupposti per la formazione di sentimenti di "dubbio" e di "vergogna". La terza fase "intrusiva-inclusiva" si caratterizza per una situazione non più duale ma triadica. Si inserisce la figura paterna. In

questa fase vengono posti in primo piano i problemi di differenziazione sessuale e del “complesso edipico”. Se l’ambiente circostante incoraggia la curiosità e favorisce il processo di identificazione col genitore dello stesso sesso, il bambino svilupperà quella qualità importante della persona che è l’ “iniziativa”.In caso contrario emergerà il “senso di colpa”.

La fase successiva è la fase della “latenza”.Per Erikson questo periodo è il momento della socializzazione: il bambino impara a lavorare con gli altri a cooperare. L’attitudine di base in questa fase è l’ “industriosità” al contrario l’ “inferiorità”.

Alla fase di latenza seguono la “pubertà” e “l’adolescenza”.Il compito fondamentale dell’adolescente è conquistare la propria identità. Tale fase è considerata la crisi dell’identità. Il compito dell’adulto sarà quello di relazionarsi in maniera non ambigua col proprio figlio trattandolo a volte come un bambino altre come un adulto. In questa fase l’ambiente sociale dovrebbe fornire all’adolescente l’opportunità di sperimentare diversi ruoli. Quando ciò non accade assistiamo a quella che Erikson chiama “dispersione dei ruoli”,per cui il soggetto non ha il senso della propria continuità,vive in uno stato di grande ambiguità e incertezza,si estranea dalla società,diventa intollerante verso gli altri,si ribella sviluppando una personalità negativa.

Possiamo applicare le teorizzazioni di Erikson sulla fase adolescenziale per spiegare fenomeni che quali bullismo, creazioni di sottoculture (fenomeno “emo”) etc.

Formulare un’ipotesi sulla personalità di un paziente è essenziale per comprenderne le problematiche emotive, le sue risorse e le difficoltà ma soprattutto la volontà di collaborare ad un progetto terapeutico. Per quanto riguarda la metodologia d’indagine si ritengono utili strumenti, il colloquio o metodi psicometrici come; il minnesota multiphasic inventory, altri sistemi noti California personality inventory di Gough, L’edwards preference schedule sviluppato da Edwards. Ci si può avvalere anche di tecniche proiettive come il CAT, il TAT e il test della figura umana di Machover.

Psicologia della Personalità: teorie e modelli

ra le due guerre si delineò la **psicologia della personalità**, e molti ricercatori si dedicarono ad effettuare indagini sempre più approfondite; tra questi ricercatori troviamo lo psicologo statunitense Gordon Allport (1937), che diede le fondamenta per la crescita della psicologia della personalità.

Allport portò avanti tali ricerche focalizzandosi sull'essenza di ciò che era universale, e su cosa invece potesse essere personale/individuale e distintivo. Egli intendeva raggiungere una disciplina in grado di unire la clinica e la ricerca, e per questo andò oltre i tradizionali orientamenti psicoanalitici, tanto che ancor oggi resta un'importante riferimento per la psicologia.



Tra le diverse teorie, ci interessa esaminare quella relativa ai tratti della personalità, e Allport poté definire i tratti come delle “strutture neuropsichiche”, in grado di stimolare e guidare con azioni comportamentali adattive gli esseri umani. Secondo Allport, ogni essere umano è dotato di

un'unica combinazione di tratti, e per questo è impossibile trovare due personalità identiche (Allport, 1937).

Sulla base di questa teoria, Allport esplicitò una classificazione dei tratti realizzata su due strutture caratteriali: "Pervasività" e "Generalità", e distinguendo tra tratti universali e tratti individuali. Creò un'ulteriore distinzione relativamente alla pervasività, e individuò tratti cardinali, centrali e secondari. I tratti cardinali influenzano l'individuo, quelli centrali invece contraddistinguono l'individuo. In definitiva connotano la personalità dell'individuo, e con essa l'individuo si identifica e si riconosce, e viene riconosciuta dagli altri; infine, i tratti secondari si differenziano per incoerenza.

Per quanto riguarda lo studio dei tratti Allport (1937) distingue due tipi di approcci: quello idiografico e quello nomotetico. L'approccio idiografico stabilisce che l'individuo è un unico insieme di tratti; invece, l'approccio nomotetico stabilisce che i tratti possono essere rilevabili in tutte le persone, e la ricerca si è in tal modo orientata sulla stabilità del comportamento sociale. Ancora oggi le ricerche di Allport sono le basi per la ricerca nell'ambito della psicologia della personalità e quella sui tratti.

Lo studio sulla ricerca dei tratti si colloca intorno agli anni 80 e 90, e si pone in evidenza su due basi di ricerca: la

“struttura” e il “processo”. Lo studio della struttura focalizza l’obiettivo al fine di identificare le qualità persistenti degli individui; invece, lo studio sul processo pone l’attenzione sulle dinamiche trasformative.

A questo punto i ricercatori si chiesero se le tendenze degli individui erano rivolte a dinamiche universali, oppure se fossero organizzazioni uniche, e sostanzialmente se le tendenze psicologiche degli individui fossero in definitiva delle tendenze abituali, oppure risposte a tendenze diverse. Sono state fornite molte ipotesi, per esempio per quanto concerne la sfera affettiva, si è potuto rilevare che le tendenze disposizionali possono essere ricondotte ad un insieme universale di dimensioni e di tendenze comportamentali, ponendo altresì in particolare rilievo l’importanza per la definizione della personalità (Goldberg, 1993; McCrae & Costa, 1996), cioè nel porre in atto un certo tipo di comportamento piuttosto che un altro.

Questi approcci prendono in esame ciò che determina la personalità, che è costituita da tendenze comportamentali organizzate in modo gerarchico con tratti sovraordinati (Eysenck, 1947).

Si rilevano diversi livelli organizzativi, i costrutti sovraordinati, che organizzano le tendenze individuali e che si collocano ad un livello basso controllando in qualche modo le abitudini comportamentali; ad un livello superiore,

invece, si collocano i costrutti che corrispondono a tendenze che mettono in atto risposte abituali (Eysenck, 1970), e ad un livello ancora più alto la tendenza comportamentale nel suo complesso che viene posta come struttura generale di base.

Articolo di Augusto Rossi

Riassunto sui disturbi di personalità

I **tratti di personalità** sono schemi di pensiero che sintetizzano come l'individuo reagisce soggettivamente a sensazioni, percezioni e relazioni verso gli altri, relativamente stabili nel tempo e nelle diverse situazioni. La personalità disturbata si manifesta quando questi tratti diventano rigidi e disadattivi, tali da compromettere le relazioni interpersonali.



L'essere umano si muove attraverso rappresentazioni archiviate in memoria, e che in un determinato momento richiama sotto forma di schemi. Quindi, assumere un atteggiamento vuol dire essenzialmente richiamare dalla memoria degli schemi introiettati, che a loro volta si connettono con altri schemi sottostanti verso i quali l'individuo ha già attribuito una sua percezione soggettiva

soddisfacente. Tale connessione determina l'atteggiamento attraverso il quale l'individuo mette in atto un comportamento, e che potrebbe determinare conseguentemente un problema sfociando in una compromissione psicopatologica. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV edizione (DSM-IV), divide i disturbi della personalità in tre gruppi: A, insolito/eccentrico; B, teatrale/instabile; C, ansioso/inibito.

La Classificazione dei disturbi di personalità per gruppi

Gruppo A, personalità paranoide

Gli individui che appartengono a questo gruppo hanno una personalità evitante, distante nelle interazioni/relazioni, introversa, ritirata dal punto di vista sociale e distaccata dal punto di vista emotivo.

Le persone, con tale disturbo di personalità, possono mettere in atto un meccanismo di controllo; tendono a reagire con sospetto a cambiamenti situazionali, e traggono da se motivazioni ostili. Vi sono persone che si sentono emarginate a causa di una loro anomalia psico-fisica e conseguentemente possono sviluppare delle tendenze di tipo paranoide.

Con la personalità schizoide i soggetti sono introversi, tendenti al ritiro, solitari, emotivamente freddi e distanti.

I soggetti con personalità schizotipica, sono isolati socialmente e distaccati emotivamente, manifestano stranezze di pensiero, percezione e comunicazione, come per esempio pensiero magico, chiaroveggenza, idee di riferimento o ideazione paranoide.

Gruppo B, personalità borderline

Personalità instabile dell'immagine di sé, dell'umore, della regolazione delle emozioni e relazioni interpersonali, e del comportamento.

Inoltre, tali persone sono caratterizzate da instabilità dell'immagine di sé, dell'umore, del comportamento, e nelle loro relazioni quotidiane interpersonali. Questo disturbo di personalità si rende evidente sin dalla prima età adulta, ma tende a divenire più lieve o a stabilizzarsi con l'età.

Queste persone ritengono di aver subito una deprivazione di cure adeguate nell'infanzia, e di conseguenza si sentono vuote, in collera, in diritto di ricevere accudimento. Sono sempre alla ricerca di attenzione. E' un disturbo di personalità largamente riscontrabile soprattutto in coloro che usufruiscono dei servizi sanitari psichiatrici (e di ogni altro tipo).

Personalità antisociale: le persone con questo disturbo di personalità calpestano i diritti e i sentimenti degli altri. Sfruttano gli altri per ottenere vantaggi materiali o

gratificazione personale (a differenza dei soggetti narcisistici, che sfruttano gli altri perché pensano che la propria superiorità lo giustifichi). La punizione raramente modifica il comportamento o migliora il loro giudizio o la prudenza; in genere conferma la loro visione del mondo come crudelmente privo di sentimenti. La personalità antisociale spesso si associa all'alcolismo, alla tossicodipendenza, all'infedeltà, alla promiscuità, al fallimento professionale, a trasferimenti frequenti e a reclusioni. Personalità narcisistica: tali soggetti sono pervasi da megalomania, hanno un esagerato senso di superiorità, le loro relazioni con gli altri sono caratterizzate dal bisogno di ammirazione, e sono estremamente sensibili alle critiche, ai fallimenti o alle sconfitte. Quando si trovano di fronte a un fallimento nel soddisfare la loro alta opinione di sé, possono andare in collera o deprimersi profondamente. Quindi possono giustificare lo sfruttamento degli altri, i cui bisogni o le cui convinzioni sono per loro meno importanti delle proprie.

Queste **caratteristiche** spesso sono offensive per le persone con cui hanno a che fare, compresi i medici. E' un **disturbo di personalità** che potrebbe manifestarsi per esempio in quelle persone che sono fortemente impegnate nel raggiungere determinati livelli di carriera, ma può anche

osservarsi in persone che hanno riscontrato scarsi successi nella loro esistenza.

Personalità istrionica (isterica): tali soggetti ricercano in modo esasperato l'attenzione degli altri, esplicitano comportamenti manierati e teatrali. Le loro espressioni emotive spesso appaiono esagerate, infantili e superficiali e come altri comportamenti teatrali, spesso evocano un'attenzione di tipo empatico se non erotico negli altri. Le relazioni vengono spesso strette con facilità, ma tendono ad essere superficiali e transitorie. Al di là dei loro **comportamenti sessualmente seduttivi** e della loro tendenza ad esagerare problemi di carattere somatico (come, per esempio, l'ipocondria), spesso si nascondono desideri più profondi come quelli relativi al loro desiderio di dipendenza e di protezione.

Gruppo C, personalità dipendente

Personalità insicura ed evitante, sfiduciata in sé, dipendente dagli altri; tali persone affidano la responsabilità degli aspetti principali della propria vita alle altre persone, e consentono che i bisogni di coloro da cui dipendono abbiano inevitabilmente il sopravvento sui propri.

La loro fiducia in sé stessi è assente ed hanno una grande insicurezza relativamente alla propria capacità di provvedere a sé stessi. La dipendenza può essere rilevabile

in altri disturbi di personalità, laddove si può celare da problemi comportamentali manifesti; per esempio, i **comportamenti istrionici o borderline** nascondono proprio una dipendenza soggiacente.

Personalità evitante: le persone con questo disturbo di personalità sono ipersensibili al rifiuto ed hanno paura di intraprendere nuove relazioni o altre novità, perché possono fallire o restarne delusi. Tale disturbo lo possiamo raffrontare ad una variante dello spettro della fobia sociale generalizzata.

A causa del proprio intenso desiderio conscio di affetto e di essere accettati, le persone con un disturbo di evitamento di personalità, a differenza di quelle con un disturbo schizoide, soffrono in modo evidente a causa del proprio isolamento e per l'incapacità di relazionarsi in modo soddisfacente con gli altri. A differenza dei soggetti con un **disturbo borderline**, essi rispondono al rifiuto con il ritiro, e non con eccessi d'ira.

Personalità ossessivo-compulsiva: tali persone possono essere considerate molto coscienziose, ordinate e affidabili, ma la loro rigidità spesso le rende completamente incapaci ad adattarsi ai cambiamenti. Poiché sono persone molto prudenti e soppesano in modo quasi maniacale tutti i possibili aspetti di un problema, possono avere difficoltà nel prendere decisioni.

Altri tipi di personalità particolari

Tra questi possiamo senz'altro annoverare i disturbi di personalità di tipo **passivo-aggressivo**, ciclotimico (cioè, disturbi con fasi o cicli caratterizzati da un umore alternativamente depresso o maniacale), e depressivo, disturbi che comunque non li ritroviamo all'interno del DSM-IV. Tuttavia, si tratta di diagnosi potenzialmente utili.

Personalità passivo-aggressiva, negativista: tali soggetti ci appaiono incapaci o passivi, condotte che mirano nascostamente ad evitare specifiche responsabilità o ad innestare un comportamento controllante.

Il comportamento passivo-aggressivo si rende spesso evidente attraverso la **procrastinazione** (di compiti da svolgere o impegni da assolvere), l'inefficienza, o attraverso lamentele non realistiche di incapacità.

Personalità ciclotimica: nelle persone con questo disturbo di personalità, come si è detto, un buonumore vivace si alterna a tristezza e pessimismo; e sono stati d'animo che possono durare anche settimane o più.

Caratteristicamente, le variazioni cicliche dell'umore sono regolari e avvengono senza cause esterne giustificabili.

Questo disturbo di personalità è una variante di spettro della **malattia maniaco-depressiva (disturbo bipolare)**, ma la maggior parte dei soggetti ciclotimici non sviluppa disturbo.

La personalità ciclotimica è considerata come caratteristica presente in molte persone creative e dotate di grande sensibilità artistica nelle sue molteplici sfaccettature.

Personalità depressiva (masochistica): le persone con tale disturbo depressivo di personalità sono sempre cupe, preoccupate e sofferenti. La loro prospettiva pessimistica compromette le iniziative e scoraggia le persone che passano molto tempo con loro. Per queste persone, essere contenti per se stessi è qualcosa di immeritato, e che genera senso di colpa. Hanno la convinzione inconscia che le sofferenze siano un segno di merito, e che siano necessarie per ottenere amore o ammirazione da parte degli altri.

Articolo di Augusto Rossi

La Psicologia del Cuore influenza la tua personalità

La moderna psicologia scientifica si è da sempre occupata dei problemi riguardanti il rapporto tra salute/malattia del corpo e della mente, in particolare la Psicologia Clinica è stata quella che, rispetto ad altre correnti psicologiche, ha cercato di dare, attraverso le sue diverse applicazioni, sistematicità ai concetti psicologici collegati

alla malattia organica. La psicologia clinica viene descritta come quel settore della psicologia interessato a:

- Spiegare
- Comprendere
- Interpretare
- Riorganizzare

tutti quei processi mentali disfunzionali o patologici, propri dell'individuo o interpersonali, insieme ai loro correlati comportamentali e psicobiologici.

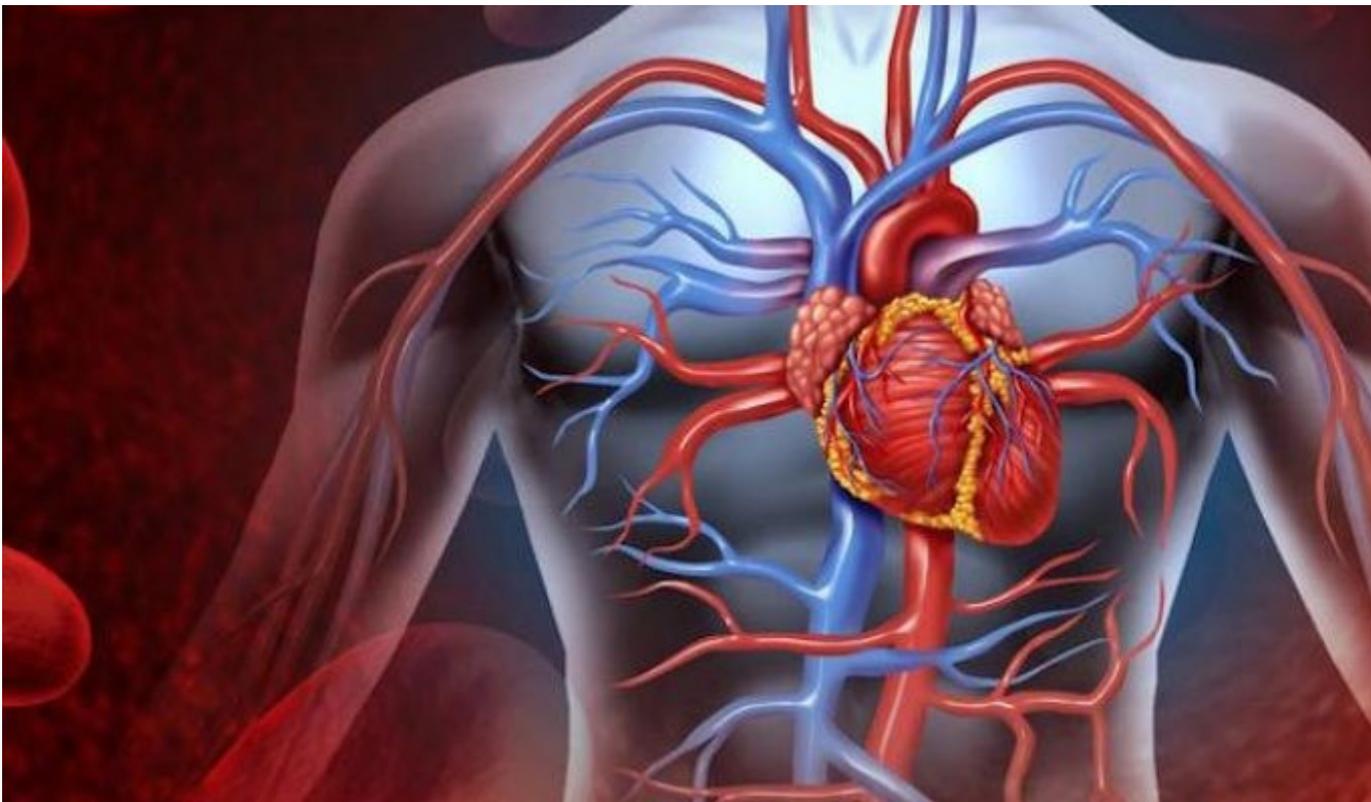
La pluralità dei modelli e delle tecniche cliniche possono essere applicate:

- Al singolo
- Ai gruppi
- Ai collettivi.

Anche negli ambiti come la psicosomatica, la psicologia della salute e la psicologia ospedaliera, la psicologia clinica ha dato e continua a dare importanti contributi (scientifici, professionali e formativi) atti alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia.

Ovviamente le diverse applicazioni in ambito sanitario hanno risentito dell'evoluzione storica, epistemologica ed

applicativa dei diversi filoni della psicologia: comportamentale, psicomodinamico, fenomenologico ecc., ma tutte le diverse impostazioni concordano sul fatto che il soggetto debba essere considerato come “contestuale”, la cui identità cioè deve essere costruita all’interno delle relazioni. A partire da ciò, la cura non si limiterà “all’organo” colpito dalla malattia, ma anche e soprattutto a tutto ciò è collegato o ricollegabile al disturbo. L’applicazione della psicologia clinica a particolari tipologie di pazienti ha portato alla nascita di nuovi ambiti clinici e di ricerca tra cui la **Psicocardiologia**.



Con questo termine non si intende considerare psicologia e cardiologia come un unicum, ma come un insieme di

professionisti che uniscono le loro competenze al fine di ottenere un unico risultato e cioè il miglioramento della prevenzione, cura e riabilitazione di individui portatori di malattie cardiache.

L'esistenza di un legame tra fattori psicologici, sociali ed emotivi con la patologia cardiaca è già presente nella tradizione clinica. Autori come Harvey, Osler e Alexander, hanno sottolineato che:

- un “turbamento mentale”, capace di indurre piacere o dolore, influisce significativamente sull'attività cardiaca;
- i pazienti cardiaci sono uomini ambiziosi, pronti a spingersi oltre i propri limiti, spingendo i propri meccanismi corporei fino al limite delle loro possibilità;
- una pressione sanguigna sconosciuta (ipertensione essenziale o primaria) è presente tra coloro fortemente orientati al conseguimento di uno status sociale alto e con tendenza all'inibizione difensiva degli aspetti emotivi e cognitivi della rabbia.

Le ricerche che hanno dato maggiore impulso allo sviluppo della Psicocardiologia sono state quelle riguardanti la stretta correlazione tra **fattori di personalità e malattia cardiaca**. Negli anni cinquanta due cardiologi di San Francisco, Meyer Friedman e Ray Rosenman, attraverso i loro studi scoprirono una sequenza di comportamenti e

caratteristiche indicate come schema comportamentale di tipo A. Il TABP (type A behavior pattern) è un complesso insieme di emozioni-azioni osservabile in qualsiasi persona coinvolta aggressivamente, solitamente in situazioni competitive, in un compito che prevede il raggiungimento di standard alti e l'urgenza della risoluzione del compito è data da una forte insicurezza e/o scarsa autostima che l'individuo contrasterebbe attraverso il continuo conseguimento di risultati sempre più elevati. Nonostante i risultati emersi da tali studi, ad oggi non si può dire che essi siano riusciti a confermare del tutto la relazione tra TABP e malattia cardiaca; tuttavia hanno contribuito a riconoscere che alcuni **tratti della personalità** possano influire in maniera negativa sulla salute e in particolare su quella cardiaca.

Molto più significativi, nell'individuare tratti di personalità riconducibili alla cardiopatia, sono stati gli studi di Denolet e colleghi che hanno definito un nuovo modello di personalità, potenzialmente associato alla malattia cardiaca, chiamato modello di personalità di tipo D (distressed personality) caratterizzato da:

- affettività negativa (tendenza a manifestare un disagio diffuso ed un pessimismo pervadente);

- inibizione sociale (difficoltà a manifestare le proprie emozioni ed idee, “tenersi tutto dentro” ed avere difficoltà nelle interazioni sociali).

Da questi studi è emerso che in presenza di personalità di tipo D ci sarà una forte incidenza sul funzionamento cardiovascolare. Sia nei soggetti TABP che in quelli D, il comune denominatore è quello della “desiderabilità sociale” che li porterebbe ad assumere atteggiamenti ed emozioni tipici delle loro personalità.

Oltre a questi due aspetti, studi di tipo comportamentale, legati alla dipendenza, come ad esempio tabagismo ed alcolismo, o alla salute, come il fumo, o di tipo psicopatologico come: ansia, depressione, intenso sforzo lavorativo, stress ed isolamento sociale sono tutti da tenere in considerazione. Le attività dello psicologo in ambito cardiologico non sono solo quelle di:

- Prevenzione
- Diagnosi
- Cura
- Riabilitazione

di pazienti che presentano una cardiopatia, oppure che rischiano di sviluppare una patologia cardiaca, ma anche di supporto a famiglie, medici e operatori sanitari.

È importante che lo psicologo impari il **linguaggio**

cardiologico, imparando la struttura dell'apparato cardiovascolare, lo sviluppo e la sintomatologia della patologia cardiaca e dei fattori di rischio comportamentali, così da poter comunicare in maniera eccellente non solo con i cardiologi, ma anche con i pazienti e sviluppando così la capacità di lavorare all'interno di un'équipe e in un'ottica di continuità dell'intervento.

Questo migliorerà la comunicazione tra medico e paziente e condurrà ad un'analisi differenziale, come ad esempio nel caso di un **attacco di panico** (caratterizzato da costrizione al torace e difficoltà respiratoria) imparando a distinguere quando tale sintomatologia sia ricollegabile alla presenza di un disturbo cardiaco o ad un attacco di panico vero e proprio.

Secondo l'American Heart Association l'intervento psicologico costituisce una parte integrante della riabilitazione cardiaca, utile a migliorare il benessere psicologico e la qualità di vita nei pazienti con cardiopatia.

Nello scenario italiano, il GIRC (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva), insieme all'ANMCO (Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi) ed al SIC (Società Italiana Cardiologia) ha prodotto nel 1999 le linee guida attraverso cui l'utente (paziente, familiare, cardiologo, medico curante) entra in contatto con l'attività dello psicologo. Sono state così identificate cinque diverse fasi:

1. Selezione: è la fase iniziale del processo di cura e riguarda la scelta del tipo di servizio da parte dell'utente;
2. Ingresso: è il momento in cui l'utente entra in contatto per la prima volta con lo psicologo;
3. Valutazione: consiste nell'individuazione dei bisogni di cura dell'utente;
4. Intervento: è la messa in atto di una serie di azioni volte alla soddisfazione dei bisogni identificati nella precedente fase;
5. Follow-up: è la fase finale del processo, in cui lo psicologo verifica se i bisogni di cura dell'utente sono stati soddisfatti e, secondo il caso, se ci sono le condizioni per cui l'utente necessita di un programma di continuazione della cura.

Il GIRC, per ognuna di queste fasi, ha individuato adeguati strumenti valutativi e terapeutici tra cui la somministrazione di questionari standardizzati ed il colloquio clinico. Quest'ultimo è lo strumento privilegiato per lo psicologo. Il colloquio ha lo scopo di indagare le problematiche psicologiche attuali e la loro possibile interferenza con il recupero riabilitativo.

Secondo le linee guida italiane gli aspetti che vanno analizzati, per una corretta attività psicologica in ambito cardiopatico, sono:

- Sintomatologia

- Funzionalità fisica
- Funzionalità psicologica
- Storia della malattia
- Percezione/elaborazione della malattia
- Risorse, coping, autoefficacia
- Supporto familiare e/o sociale
- Motivazione alla terapia e propensione all'aderenza
- Aspettative

Inoltre l'intervento psicologico mira ad aiutare pazienti e familiari a:

- riconoscere ed esprimere le proprie emozioni riguardanti la malattia;
- individuare ed attuare strategie per il controllo dei fattori di rischio e
- per la modificazione dello stile di vita;
- implementare la corretta autogestione dei trattamenti riabilitativi sulla base delle caratteristiche individuali;
- riacquistare una soddisfacente qualità della vita.

Il Disturbo Schizoide di Personalità

Il disturbo schizoide di personalità è una sindrome caratterizzata da eccessivo Distacco ed Isolamento Sociale, qui di seguito ho raccolto per te i principali sintomi del disturbo schizoide.

1. Una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressività emotiva nel contesto interpersonale, comparse entro la prima età adulta e presenti in diversi contesti come indicato da almeno quattro dei seguenti criteri:
 1. non desidera né prova piacere nelle relazioni strette, incluso il far parte di una famiglia;
 2. quasi sempre sceglie **attività solitarie**;
 3. dimostra poco o **nessun desiderio di avere esperienze sessuali** con un'altra persona;
 4. trae piacere, ammesso che ciò accada, in poche attività;
 5. **non ha amici stretti** o confidenti a parte i parenti stretti;
 6. appare indifferente nei confronti delle lodi o delle critiche degli altri;
 7. mostra freddezza e distacco emozionale, o un'affettività ristretta;
2. Non compare esclusivamente durante il **decorso della schizofrenia**, di un disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche, di un altro disturbo psicotico, o di un disturbo

evolutivo pervasivo, e non è causato dagli effetti fisiologici diretti di una condizione di interesse internistico.

Se i criteri vengono incontrati prima **dell'esordio della schizofrenia**, aggiungere pre-morboso, es. disturbo pre-morboso di **personalità schizoide**.

Fattori di rischio del Disturbo Schizoide: la stagionalità, l'ereditarietà, l'ambiente e l'assetto psichico.

Sono state rilevate correlazioni tra **stagionalità di nascita e schizofrenia**, con un rischio superiore per i nati nei mesi invernali e all'inizio della primavera. La schizofrenia è ubiquitaria in tutti i contesti sociali e culturali seppure, nei paesi industrializzati, venga riportata un'incidenza maggiore nelle classi meno agiate (deriva sociale). Trattati personologici pre-morbosi sono assenti nella metà dei soggetti; il restante presenta 25% tratti schizoidi e 25% familiarità positiva per i **disturbi dello spettro schizofrenico** (schizotipico e schizoide-deficit a livello sociale pesante e problemi nell'affettività; in più nello schizotipico c'è una componente di eccentricità che manca nello schizoide; ma nello schizotipico c'è ansia sociale che non c'è nello schizoide). Per quanto riguarda l'ereditarietà, studi famigliari mostrano come il 5% dei genitori e 10% dei fratelli di probandi schizofrenici sono affetti dal disturbo, per i gemelli monozigoti il rischio del disturbo aumenta fino al

38-72%, mentre è decisamente minore per i figli di genitori adottivi che hanno il disturbo.

Per quanto riguarda i fattori ambientali, particolare interesse è stato rivolto alla relazione tra **schizofrenia e infezioni virali** durante il periodo **gestazionale**. Il periodo di maggiore rischio per l'esposizione a virus sembra essere il secondo trimestre di gravidanza quando tutti i neuroni che comporranno la corteccia cerebrale sono stati generati ma non sono ancora migrati nelle strutture bersaglio né sono connessi in sinapsi. Infine per ciò che riguarda i fattori psicologici, il tipo di comunicazione familiare avrebbe un ruolo nello sviluppo e nel mantenimento della patologia schizofrenica. Nelle famiglie con pazienti schizofrenici ci sarebbero infatti alti livelli di emotività espressa (critica, ostilità, eccessivo coinvolgimento) e ciò sarebbe correlato con un elevato tasso di recidive.

Disturbo Paranoide di Personalità

Come riconoscere il disturbo paranoide:

E' un quadro caratterizzato da **sfiducia e sospettosità**, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole.

- 1) Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri (tanto che le loro intenzioni vengono interpretate come malevole), che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti,
- 2) sospetto infondato di essere sfruttato, danneggiato o ingannato;
- 3) dubbio ingiustificato della lealtà o affidabilità di amici o colleghi;
- 4) riluttanza a confidarsi con gli altri a causa di un timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate contro sé stessi;
- 5) tendenza a scorgere significati nascosti, umilianti o minacciosi in rimproveri o in eventi benevoli;
- 6) sentimento di costante rancore (non perdona gli insulti, le ingiurie o le offese);
- 7) percezione di attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri con prontezza a reagire con rabbia o contrattaccare;
- 8) sospetto ricorrente e ingiustificato sulla fedeltà del partner.
- 9) non si manifesta durante il decorso della **Schizofrenia**, di un Dist. dell'Umore con manifestazioni Psicotiche, o di un altro disturbo Psicotico, e non è dovuto agli effetti di una Condizione Medica Generale.

Come si cura ed approfondisce il Disturbo Paranoide di Personalità

Il clinico (medico o psicologo) deve esplorare varie aree di funzionalità del soggetto in particolare quella relazionale dove in genere il disturbo si esprime maggiormente (comportamento sociale, affettivo e sessuale); esplorare aspetti che possono essere stati determinanti per l'insorgenza del disturbo: tipo di legami. Importante conoscere anche regole e stile comunicativo familiare>> eventuali doppi messaggi e nascondimenti possono aver contribuito all'insorgenza del disturbo. Analizzare la domanda tenendo conto che il **paranoico non è consapevole del disturbo** (è egosintonico) e che quindi non si rivolgerà allo psicologo spontaneamente; chiedere da chi è stato inviato e per quali ragioni.

Come si distingue il disturbo Paranoide da altri disturbi

Il disturbo può essere distinto da **Disturbo Delirante**, Persecutorio(il paziente ha deliri fissi), **Schizofrenia** poiché tutti questi disturbi sono caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti; il disturbo paranoide deve essere presente prima dell'esordio dei sintomi psicotici e deve persistere quando i sintomi psicotici sono in remissione. Il **Disturbo Schizotipico** di personalità condivide i tratti di sospettosità, distacco dagli altri e ideazione paranoide, ma include anche sintomi come

pensiero magico, esperienze percettive inusuali, pensiero ed eloquio stravaganti.

I tratti paranoidei possono essere adattivi, soprattutto in ambienti minacciosi. Il disturbo dovrebbe essere diagnosticato solo quando i tratti sono inflessibili, non adattivi e persistenti e causano compromissione funzionale o disagio soggettivo. La **Schizofrenia paranoide** si differenzia per la presenza di allucinazioni e di disturbi formali del pensiero. Anche nei Dist. **Schizoide**, **Borderline**, e **Antisociale** di personalità: non si osserva un analogo coinvolgimento attivo con le altre persone.

Test per capire se la persona ha un disturbo paranoide di personalità

Sicuramente il test MMPI-2 è un valido strumento. Si tratta di un test obiettivo ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche **strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo**. Ha una specifica scala di base per **isintomi paranoidei (Pa)** che valuta la tendenza a sviluppare idee di natura proiettiva-interpretativa, nel caso di (paranoia) punteggi elevati, anche di grado delirante. Valuta anche tratti di personalità come rigidità, orgoglio, diffidenza, ipersensibilità, aggressività nei rapporti interpersonali.

Cura e terapia per il Disturbo Paranoide di Personalità

Il passo sarà quello di stabilire un'alleanza terapeutica: a questo scopo il terapeuta deve empatizzare con la **sospettosità del paziente** (es. appunti: se il paziente è diffidente può essere opportuno mostrarglieli). Allo stesso modo dovranno essere rispettati momenti di silenzio **evitando domande intrusive**. Il terapeuta dovrà essere attento a non assumere un atteggiamento difensivo fornendo interpretazioni. Favorire lo sviluppo dell'autostima e l'interiorizzazione di un oggetto buono che possa contenere l'aggressività e riparare gli oggetti persecutori.

TERAPIE: è opportuna una collaborazione con lo psichiatra, se il soggetto è già in cura farmacologica, oppure una consulenza psichiatrica per un eventuale trattamento farmacologico. I terapeuti cognitivo-comportamentali adottano vari approcci a seconda del disturbo di personalità. Nel caso di personalità paranoide, molto sensibili alle critiche, tale suscettibilità può essere trattata mediante la **desensibilizzazione sistematica** o con la **terapia razionale-emotiva** aiutando il paziente ad imparare modi più adattivi di manifestare il loro dissenso.

Come Riconoscere la Personalità Dipendente

Che cos'è il Disturbo Dipendente di Personalità?

Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina **comportamento sottomesso e**

dipendente e timore della separazione, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque o più dei seguenti elementi:

- 1) ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza richiedere una eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni;
- 2) ha bisogno che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita;
- 3) ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione. *Non includere timori realistici di punizioni;
- 4) ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia);
- 5) può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli;
- 6) si sente a disagio o indifeso quando è solo per timori esagerati di essere incapace di provvedere a se stesso;
- 7) quando termina una relazione stretta, ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto; si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a se stesso.

Come si misura la personalità dipendente? Quali test si usano per la personalità dipendente?

Poiché il disagio si esprime nella dimensione relazionale, è importante esplorare questo aspetto. In particolare sarebbe interessante indagare la dimensione socio-affettiva attuale, gli atteggiamenti genitoriali e conoscere ciò che ostacola il processo di separazione-individuazione.

Test per la personalità dipendente:

- 1) **Test di Millon** (MCMI-III) per uno screening diagnostico (non per la valutazione della personalità). Esso valuta il modello caratteriologico precedente alla patologia, indipendentemente dal grado della patologia stessa, fornisce moltissime informazioni.
- 2) **MMPI-2**, un test obiettivo ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità.

Non bisogna confondere la personalità dipendente con:

- 1) **Disturbo d'Ansia**
- 2) **Disturbo Borderline** il soggetto, in questo caso, reagisce all'abbandono con vuoto, rabbia, e pretese, invece nel Disturbo Dipendente cerca aumentare la sottomissione e le concessioni pur di avere un'altra relazione. Il soggetto con
- 3) **Disturbo Istrionico** usa manipolazione e eccessiva socievolezza nelle relazioni, mentre il Dipendente usa modestia e docilità. Il soggetto con disturbo evitante vorrebbe relazioni ma ha paura di rifiuti e critiche, mentre il

soggetto Dipendente ricerca relazioni e non ha comportamenti de evitamento.

Disturbo di Personalità dipendente: cura e terapia

L'obiettivo principale consiste nel favorire il processo di separazione-individuazione del soggetto. E' importante quindi stimolare l'espressione e lo sviluppo dei propri bisogni, idee e capacità decisionale. Il paziente cercherà sicuramente di fare in modo che sia il terapeuta a sostituirsi a lui comunicandogli ciò che deve o non deve fare o dire. Spetta al terapeuta trovare un equilibrio armonico tra atteggiamenti di supporto e incoraggiamento graduale all'autonomia. Un aspetto fondamentale consiste nel favorire lo **sviluppo decisionale** del paziente e l'espressione dei propri desideri. In genere questi pazienti tendono a rifiutare una terapia breve perché cercano di riprodurre la simbiosi con il terapeuta e temono la separazione; il miglioramento terapeutico potrebbe essere vissuto come l'avvicinarsi della separazione dal terapeuta e quindi paradossalmente portare a una regressione e ad un'acutizzazione sintomatica per evitare l'indipendenza. L'obiettivo è dunque quello di favorire lo sviluppo di capacità decisionali, l'aumento del livello di autostima e l'affermazione del sé.

E' molto indicata **l'ipnosi clinica** come cura del **disturbo di personalità dipendente**

Le Cause del Disturbo Istrionico di Personalità

Il **disturbo istrionico di personalità** nel DSM viene descritto come: “ *Un disturbo che mostra **emotività eccessiva e ricerca di attenzione***”(301.50). Mentre nell' ICD-10 si descrive come : “ *Gli elementi caratteristici di questo disturbo sono la **labilità emotiva**, la **superficialità emotiva**, la **drammatizzazione**, l'**esagerata espressione delle emozioni**, la **suggestionabilità**, l'**egocentrismo**, nonché la **ricerca continua di eccitamento, di attenzione e di apprezzamento da parte degli altri.***”

Le **cause** di tale disturbo derivano da un'infanzia legata alla **relazione oggettuale diadica- materna non risolta**. Inoltre nell'individuo istrionico, si sviluppa un'**autostima disturbata** in quanto nell'infanzia il soggetto subisce continue minacce alla sua personalità; dovute da un comportamento genitoriale non adeguato ad una costruzione sana del sé.

Generalmente esistono casi in cui il **padre manifesta atteggiamenti minacciosi e seduttivi nei confronti della figlia**. In questo modo l'oggetto d'amore viene vissuto in modo ambivalente; questo, poi, nella crescita dell'individuo può portare ad una distorsione del sé. Infatti troveremo un adulto istrionico corrispondente ad un bambino piccolo, indifeso di fronte ad un mondo di grandi. Cercando

accettazione e sicurezza. Questi soggetti sono in continua ricerca di protezione per stabilizzare la loro **autostima**.

Le pazienti donne crescono credendo che il proprio aspetto estetico abbia un forte potere sull'uomo, visto che fin da piccole sono state accettate per le loro caratteristiche fisiche o infantili.

I **meccanismi di difesa** tendono ad evitare emozioni profonde ed autentiche perciò i pazienti attuano la rimozione, la dissociazione, la regressione e *acting out* (ovvero tentativo di scarica della tensione emotiva). (Lacan, 1953).

Si può affermare che il soggetto con **disturbo istrionico di personalità**, si manifesta alla società con carattere forte e sicuro essendo spesso provocanti o apertamente seduttivi. Tale atteggiamento è dato dal fatto che l'individuo tende a mascherare il suo impellente **bisogno di attenzione** nei suoi confronti.

di Ilaria Capozucca

Le 9 Differenze tra Cervello Maschile e Femminile

Il sistema nervoso centrale nella specie umana è costituito da almeno 100 miliardi di neuroni, ciascuno dei quali stabilisce decine di migliaia di contatti con altri neuroni, e un numero ancora più grande di cellule di sostegno (cellule gliali).

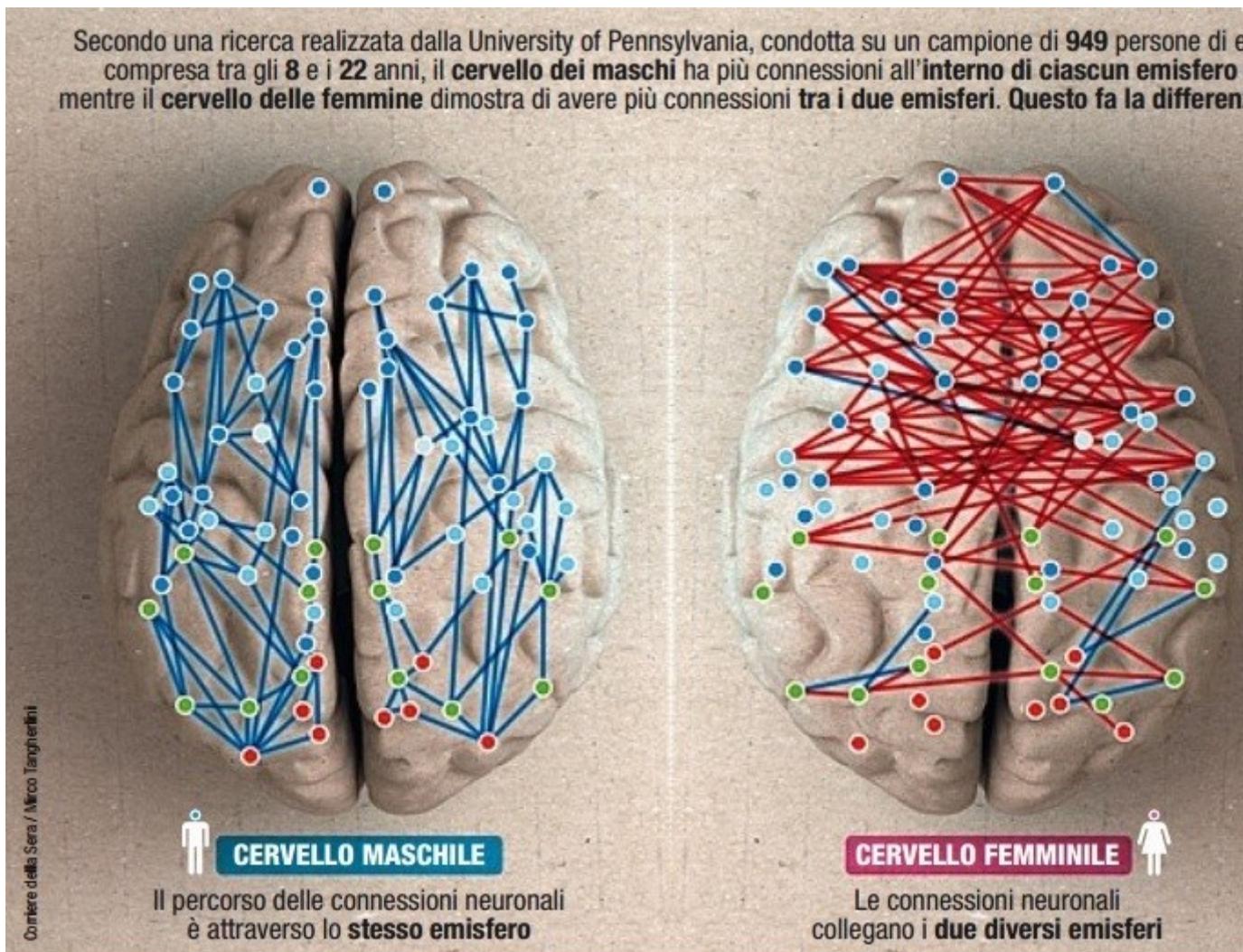
Il cervello (o encefalo) è l'organo più complesso e misterioso del nostro organismo: 1.300-1.500 grammi di tessuto gelatinoso. Ogni cellula nervosa (i neuroni), sviluppa in media 10 mila connessioni con le cellule vicine, attraverso le sinapsi.

Gran parte dello sviluppo del cervello umano si realizza nell'utero materno: molte strutture cerebrali si trovano in stato di maturazione avanzata alla nascita. Il primo abbozzo dell'encefalo è già presente nell'embrione umano a tre/quattro settimane dal concepimento: il tubo neurale, dalla cui estremità superiore si differenzierà successivamente l'encefalo con i due emisferi. Nel corso dei primi cinque mesi di gestazione le cellule nervose proliferano attivamente (fino a 250.000 neuroni per minuto) e migrano nella loro sede finale. Con il sesto mese di vita fetale la produzione di neuroni è ormai terminata nel cervello umano, e i successivi sviluppi del cervello nella fase finale della gravidanza e nei primi tre anni di vita consistono soprattutto nel differenziamento delle cellule nervose, nella formazione delle connessioni tra neuroni e nella eliminazione dei neuroni in sovrappiù attraverso un processo di morte cellulare programmata. Tali connessioni continueranno a crescere e andranno modificandosi anche dopo la nascita, soprattutto dopo che abbiano subito

l'influenza delle esperienze sensoriali e dei rapporti tra l'individuo e il mondo esterno.

Ma veniamo alla domanda che più ci interessa: nel cervello umano esistono differenze morfologiche tra i sessi?

La risposta è sì, di seguito possiamo vedere quali.



Fin dal 1950 gli studiosi si resero conto che vi erano differenze tra il **cervello degli uomini e delle donne**, in alcuni casi marcate. Con l'ausilio delle moderne strumentazioni e nuove tecnologie di indagine, ad oggi sono

state pubblicate varie ricerche che evidenziano le seguenti diversità:

1) Il volume cerebrale nelle donne é mediamente il 10% in meno che negli uomini

In origine la prima differenza evidente tra uomini e donne che catturò l'attenzione degli studiosi fu il differente volume intracranico, per il quale gli uomini apparivano vincenti e dal quale sorsero non poche correnti di pensiero pronte ad utilizzare tale circostanza come prova della **presunta superiorità intellettuale degli uomini sulle donne**, poi naturalmente confutate dagli studi successivi.

Successivamente nell'anno 2000, Nopoulos ed altri effettuarono misurazioni del cervello umano su 42 uomini e 42 donne, per trovare eventuali differenze tra i due sessi, scoprendo che nei due sessi la differenza di dimensione del volume cerebrale è equamente distribuito nei vari lobi, anche se l'emisfero destro ha volume leggermente superiore nei maschi, solo per i quali è visibile una maggiore asimmetria tra emisfero sinistro e destro.

Le ultime ricerche indicano che negli esseri umani il **cervello maschile** possiede un'asimmetria più pronunciata rispetto al cervello femminile, sia nell'aspetto generale, sia nelle regioni particolari. Il **cervello femminile** è invece più simmetrico. Quest'asimmetria

maschile va di pari passo con la riduzione del corpo calloso, mentre la grandezza del cervelletto invece è comparabile nei due sessi. La vasta proliferazione degli studi in materia ha dato la possibilità ad un team di ricercatori dell'Università di Cambridge di condurre una metanalisi, attraverso una revisione di tutti gli articoli sulla materia pubblicati su riviste scientifiche dal 1990 al 2013, per un totale di 126 articoli. I risultati sono interessanti e parzialmente difformi rispetto alle singole ricerche, ma, statisticamente molto più rilevanti, vista la tecnica utilizzata.

Ebbene, analizzando questi articoli si è rilevato che i maschi, in media, hanno un cervello più grande rispetto alle donne (da 8-13 %), hanno un maggiore spazio intracranico (12 % ; > 14.000 cervelli), maggiore materia grigia (9 % ; 7.934 cervelli), maggiore sostanza bianca (13 % , 7.515 cervelli), maggior liquor (11,5 % , 4.484 cervelli), e un cervelletto più grande (9 %). Insomma, complessivamente hanno la testa strutturalmente più grande delle donne.

Guardando più da vicino, i ricercatori hanno trovato differenze di volume in diverse regioni, ispezioniamo quali. I maschi in media hanno maggiori volumi e densità della parte sinistra dell'amigdala, dell'ippocampo, della corteccia insulare, del putamen; densità più elevate del cervelletto e del claustrum di sinistra, volumi più grandi della

circonvoluzione anteriore paraippocampale bilaterale, del giro cingolato posteriore, del precuneus, dei lobi temporali, e del cervelletto, della circonvoluzione del cingolo anteriore e dell'amigdala destra.

Al contrario, le femmine in media avevano una maggiore densità del lobo frontale sinistro, e maggiori volumi del lobo frontale destro, delle circonvoluzioni frontali inferiore e media, della pars triangularis, del planum temporale/parietale, del giro del cingolo anteriore, della corteccia insulare, del giro di Heschl del talamo bilaterale, del giro paraippocampale di sinistra e della corteccia occipitale laterale.

2) i centri del linguaggio

Molte funzioni cerebrali sono lateralizzate: per esempio i centri del linguaggio si trovano nell'emisfero sinistro, mentre la percezione spaziale nell'emisfero destro. Questa lateralizzazione è molto spiccata nel maschio e meno nella femmina. In studi effettuati con risonanza magnetica funzionale, è ad esempio possibile evidenziare le aree cerebrali

attivate in maschi e femmine adolescenti durante la lettura di un testo complesso. Mentre nei maschi si attiva sempre e soltanto l'area destra, nella femmina si attivano entrambi gli emisferi.

3) Materia bianca e materia grigia e formazione del giro ippocampale

«A parità di quoziente intellettivo, gli uomini hanno sei volte e mezzo la materia grigia delle donne, che è collegata all'intelligenza generale – fa notare il prof. Antonio Federico, Ordinario di Neurologia presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Siena,– mentre le donne hanno dieci volte la materia bianca dell'uomo, che ha la funzione di relazionare le aree cerebrali tra loro» .

Good et altri nel 2001, hanno usato la tecnica voxel – connessa alla morfometria (VBM) per esaminare l'asimmetria negli emisferi cerebrali umani rapportata al sesso e all'uso preferenziale di una delle due mani. La ricerca fu fatta su 465 adulti normali.

C'era significativa asimmetria – riferita ai petalia cerebrali – nella sostanze bianca e grigia dei lobi temporali, occipitali, frontali, includendo il Gyro di Hesch, il Planum temporale (PT) e la formazione ippocampale.

Gli uomini avevano incremento asimmetrico a sinistra tra Gyro di Hesch e PT, rispetto alle donne. Non c'era chiara interazione tra asimmetria e uso preferenziale di una delle mani, ma significativa differenza riferita al sesso. Le donne presentavano un incremento volumetrico della sostanza

grigia nelle adiacenze di entrambi i solchi centrali e in quello temporale superiore sinistro.

C'era incremento volumetrico della sostanza grigia nel Gyro di Heschl destro e nel Planum temporale, nei Gyri inferiori frontali e fronto marginali, oltre che nel cingolato. Le donne avevano anche incremento significativo della concentrazione della sostanza grigia in modo esteso e quasi simmetrico nel manto corticale, nel Gyro paraippocampale, e nei solchi cingolato e calcarino. I maschi avevano incremento volumetrico bilaterale della sostanza grigia nei mesia dei lobi temporali, nella corteccia endorinale e peririnale, oltre che nei lobi anteriori del cervelletto, eccetto che nelle regioni con incremento di concentrazione della sostanza grigia.

Il numero dei neuroni sembra resti invariato tra maschi e femmine. A parità di **quoziente intellettuale**, negli uomini gioca un ruolo notevolmente superiore la materia grigia (composta di neuroni, le cellule nervose), mentre nelle donne la parte preponderante la fa la materia bianca (assoni e rivestimento mielinico), che ha la funzione di mettere in relazione le aree cerebrali tra loro.

4) Corpo calloso

il corpo calloso femminile, la struttura composta da fibre nervose che si trova tra l'emisfero di destra e quello di

sinistra, è più spesso di quello maschile. Ciò significa che le due metà del cervello nella donna comunicano più facilmente.

5) Vie di passaggio degli impulsi elettrici

Gli impulsi elettrici nel **cervello maschile** viaggiano soprattutto da una parte all'altra dello stesso emisfero, accade esattamente il contrario per le donne, le quali sono invece specializzate nel “saltare i ponti” fra parte destra e sinistra del cervello. Questo vuol dire, aggiunge la ricerca di un team dell'università della Pennsylvania, capacità di unire le doti di analisi (emisfero sinistro) che darebbe alle donne capacità di intuizione superiori agli uomini. il ben noto “intuito femminile”, e capacità di ricordare volti e nomi di persone incontrate in situazioni inusuali, compito per il quale serve integrare dati immagazzinati in zone diverse del cervello.

Gli impulsi cerebrali seguono due autostrade diverse nei due sessi. Fra i maschi sono molto potenti i collegamenti fra parte anteriore e posteriore del cervello. Fra le donne invece è la comunicazione fra i due emisferi a essere privilegiata.

Tradotto in termini di attitudini, i maschi hanno un collegamento diretto fra le percezioni (collocate nella zona frontale) e i movimenti che coinvolgono i muscoli (gestiti

dalla parte anteriore della corteccia cerebrale) e sfruttano una rapidità maggiore nel processare le informazioni.

Specificamente di tali peculiarità si è occupata la ricerca della University of Pennsylvania. Nello studio, condotto sul cervello di 949 persone fra gli 8 e i 22 anni, 521 donne e 428 uomini, si evidenzia come il **funzionamento del cervello** sia completamente diverso fra i due sessi. È una questione di emisferi.

Il cervello è diviso in emisfero destro e sinistro. Mentre negli uomini le sinapsi, ovvero le connessioni fra neuroni avvengono prevalentemente all'interno dello stesso emisfero, nelle donne i due emisferi “dialogano” molto più spesso. Anzi, quasi tutte le connessioni neurali sono “interemisferali”. Curiosamente, ma forse neanche poi tanto, avviene l'opposto nel cervelletto, che come sappiamo è la zona che controlla il coordinamento motorio: qui gli uomini diventano “interemisferali” mentre le donne attivano connessioni solo fra emisfero ed emisfero.

Questo studio oltre ad essere l'ultimo, in ordine di tempo, è da ritenersi molto rilevante a motivo del cospicuo campione di soggetti coinvolti nella sperimentazione (tra i quali vi erano persone dichiaratamente omosessuali sia di sesso maschile che femminile).

Ipotizzando che le differenze legate al sesso potessero consistere in particolarità della configurazione delle

connessioni nel loro insieme, Madhura Ingahlakar e colleghi hanno cercato di caratterizzare il connettoma del numero di campioni di cui hanno potuto disporre, sperando di poter desumere due definiti modelli generali, l'uno maschile e l'altro femminile.

I volontari si sono sottoposti a un esame con uno scanner che ha messo in evidenza il percorso delle connessioni: le immagini non lasciano dubbi. Secoli di luoghi comuni sembrano essere confermati dalle foto del cervello in azione. Se le donne si ricordano maggiormente un volto, hanno più facilità relazionale, chiacchierano di più il motivo è scientifico, perché il cervello funziona diversamente rispetto ai maschi.

Ecco in estrema sintesi i principali rilievi:

1. in tutte le regioni sopratentoriali i maschi hanno presentato una connettività intraemisferica maggiore, insieme con una accentuata modularità e transitività;
2. nelle femmine predominavano la connettività interemisferica e la partecipazione intermodulare;
3. un aspetto veramente notevole è che questo paradigma, apparentemente ben definito e costante, risultava completamente rovesciato nelle connessioni del cervelletto.

L'obiettivo che ha indotto la scelta di partecipanti in età che vanno dall'infanzia alla prima giovinezza, era lo studio

dell'evoluzione nel tempo del connettoma, per verificare se, come e quando nel corso dello sviluppo si realizzano differenze nei collegamenti fra nuclei e aree, legati al sesso. I ricercatori hanno accuratamente verificato le immagini per ricostruire i processi, così deducendo che si va affermando una diversa traiettoria di sviluppo nei maschi e nelle femmine, con quelle differenze che poi portano ai tre punti più sopra riportati.

Nel complesso i risultati, suggeriscono, come affermano i ricercatori, che i **cervelli maschili** si strutturino in modo tale da facilitare la connettività (cioè il dialogo) tra la percezione e le azioni coordinate (spazio-temporalmente), mentre i **cervelli femminili** vengono disegnati in modo tale da favorire o prediligere la comunicazione tra processi analitici e intuitivi, più disposti a facilitare l'interscambio fra i due modi di elaborazione, analitico ed intuitivo, che si ritiene siano caratteristici, rispettivamente, dell'emisfero sinistro e dell'emisfero destro.

Se e quanto tutto ciò abbia un effettivo rilievo sugli atteggiamenti mentali e gli stili cognitivi non è ancora possibile dirlo, e solo il prosieguo degli studi potrà fornire gli elementi necessari; tuttavia, dopo alcune descrizioni di differenze morfologiche minime e talora incerte, i risultati di Madhura Ingahalikar e colleghi costituiscono un contributo

significativo e un punto di partenza ineludibile per nuovi studi.

6) Differenti capacità nella percezione dei colori e del movimento degli oggetti

Altri studi, i quali si sono focalizzati circa le differenze nella concentrazione di recettori per gli ormoni maschili nelle cellule della corteccia visiva durante l'embriogenesi, hanno scoperto che esse determinano alcune diversità tra sessi nell'architettura percettiva. Le donne eccellono nella discriminazione delle sfumature di tonalità del colore, gli uomini nella capacità di cogliere cambiamenti in stimoli in rapido movimento²¹.

7) Differenza di dimensioni della zona del sistema limbico denominata BST

Alcuni ricercatori provenienti da Amsterdam hanno comunicato di un loro studio dal quale è risultato che un'altra piccola regione situata nel sistema limbico, coinvolta nella organizzazione del comportamento sessuale, il nucleo del letto della stria terminalis, denominata BST, è più grande di circa un terzo negli uomini. Questa differenza tra i sessi non appare però fino all'adolescenza 22. Nel BST sono presenti numerosi recettori degli estrogeni e degli androgeni. La struttura è direttamente collegata con

l'organo vomeronasale per cui diventa fondamentale per l'espressione del comportamento sessuale non mediato dalle attività corticali superiori. Non solo la citata area è interconnessa con le regioni dell'area preottica dell'ipotalamo, importante per il dimorfismo fisiologico e comportamentale che attiene alla maternità e alle funzioni di nutrizione e di allevamento della prole, con differenze maggiori fra sessi prevalentemente di ordine molecolare (metilazione del DNA, secrezione dell'ossitocina, increzione dei glucocorticoidi)

8) Differenze nelle prestazioni nelle capacità di rappresentazione spaziali.

Nell'aprile dell'anno 2011 è stato pubblicato uno studio effettuato con la visualizzazione cerebrale dai ricercatori dell'Università di Ulm (Germania), che accredita l'ipotesi che donne e uomini non applichino le stesse strategie al volante della loro automobile per orientarsi in una città sconosciuta. per trovare l'uscita le donne hanno utilizzato la loro corteccia parietale e prefrontale destra, mentre gli uomini hanno utilizzato maggiormente il loro ippocampo sinistro, una struttura localizzata nella profondità del cervello.

9) Ragionamenti matematici e meccanici contro capacità grammaticali ed ortografiche

Due studi del 2000 e del 2005 affermano che gli uomini siano in generale più dotati per i ragionamenti matematici e meccanici. Le donne si mostrano invece superiori negli esercizi collegati al linguaggio; memorizzare degli oggetti posti su di un tavolo, trovare dei sinonimi, enunciare più parole che cominciano con la stessa lettera. Esse possiedono in generale un'elocuzione facilitata e padroneggiano meglio la grammatica e l'ortografia. In conclusione, c'è chi ha sostenuto che è possibile distinguere con elencazione analitica le differenze neuropsicofunzionali tra i due sessi, per cui

l' uomo sarebbe caratterizzato da:

- Maturazione più lenta
- Maggiore organizzazione asimmetrica
- Maggiore asimmetria funzionale
- Maggiore quantità di fibre intra-emisferiche
- Migliore analisi dello spazio
- Minore quantità di informazioni percepite;
- maggiore analisi e maggiore memoria spaziale.

La donna invece è caratterizzata da:

- Maturazione più veloce;
- Minore organizzazione asimmetrica;
- Maggiore quantità di fibre inter-emisferiche;

- Maggiore percezione dello spazio nel suo insieme;
- Maggiore quantità di informazioni percepite nell'unità di tempo, maggiore sintesi;
- Maggiore percezione dell'aspetto emozionale;
- Maggiore fluidità verbale

di Ugo Cepparulo

Le 9 Caratteristiche del Disturbo Borderline di Personalità

*Un foglio bianco, molta solitudine,
qualche strappo al cuore e forse una guerra o due.*

ALDA MERINI

Il presente articolo si prepone lo scopo di investigare attraverso lo studio sistematico delle più recenti ricerche, **le basi neurobiologiche del Disturbo Borderline di Personalità**, al fine di comprendere gli eventuali correlati neuro anatomici e neurofisiologici della sintomatologia borderline.

Un disturbo di personalità è definito come un modello abituale di esperienza o comportamento che si discosta notevolmente dalla cultura in cui l'individuo appartiene e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: esperienza cognitiva, affettiva, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi (DSM 4-TR 2003).

I **disturbi di personalità** si distinguono per semplicità in tre grandi gruppi (“cluster”) A, B e C, in base ad analogie puramente descrittive, non teoriche né eziologiche.

Il **Disturbo Borderline di Personalità** è caratterizzato da una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'**autostima** e dell'**umore**, e da una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta e sono presentati in una varietà di contesti (DSM 4-TR 2003).

Tra i criteri diagnostici troviamo:

- 1) Sforzi disperati per evitare **abbandoni reali o immaginati**.
- 2) Un quadro di **relazioni instabili e intense**, caratterizzate tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione.
- 3) **Alterazione dell'identità**, con una immagine e percezione del sé marcatamente e persistentemente instabili.
- 4) **Impulsività** in almeno due aree potenzialmente dannose per il soggetto: spese irresponsabili, coinvolgimento in rapporti sessuali non sicuri, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate.
- 5) Ricorrenti **minacce, gesti e comportamenti suicidari** e/o comportamenti auto mutilanti.
- 6) **Instabilità affettiva**, dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per es. intensa disforia, irritabilità o ansia

episodica, che di solito durano poche ore e solo raramente più di pochi giorni).

7) **Sentimenti cronici di vuoto.**

8) **Rabbia immotivata** e intensa e difficoltà a controllarla.

9) **Ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi** transitori legati allo stress.

L'alta prevalenza nella popolazione generale (1-2%) e nella popolazione clinica (30-60%) di questo disturbo ha destato l'attenzione di molti studiosi, i quali negli ultimi anni hanno cercato di comprendere i fattori biologici, ecologici, familiari, personali ed esperienziali che concorrono allo sviluppo del **Disturbo Borderline**.

Purtroppo ciò che sembra mancare ancora oggi, è un'ottica integrativa che sia in grado di comprendere in maniera sistematica l'azione sinergica di tutti questi fattori.

Di Viviana Guarini