

# psicopuglia

Notiziario  
dell'Ordine  
degli Psicologi  
della Puglia

.....  
dicembre 2021  
Vol. 28

ISSN 2239-4001

## **IVAN PAVLOV**

Medico, fisiologo ed etologo russo,  
premio Nobel per la Medicina e  
scopritore del riflesso condizionato  
nei cani.

# IN QUESTO NUMERO

## INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 4 Commissione Psicologia Scolastica, del lavoro, delle organizzazioni e di comunità
- 

## RICERCHE

- 6 Il Covid in corsia. Emozioni e fragilità in prima linea
- 

## RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 22 Le distorsioni e gli stili cognitivi nel gioco d'azzardo patologico (GAP) e nel disturbo bipolare (DB). una review su somiglianze e differenze
- 29 Stress lavoro-correlato tra le fila della Polizia Penitenziaria
- 39 Elogio della fragilità. Il dolore come opportunità esistenziale ed esperienza creativa
- 55 Psicomicrotrauma e alleanza terapeutica

**66** Vaccinazione Contro il Covid-19. Conseguenze su soggetti con Disagio Psicologico

**83** L'induzione allo sviluppo di DCA attraverso internet

**100** Gli isola-menti del Covid. Viaggio nel disagio psichico, fisico ed emotivo dei pazienti ricoverati

Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo

**152** Cronaca di una fine annunciata (parte prima)

**160** Il ruolo della formazione psicologica individuale nello sviluppo dei processi di autoregolazione cognitivo-affettiva e nella prevenzione delle forme più invalidanti di psicopatologia

**178** Progetto di ricerca azione. La cura della filiera culturale

---

## METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

**116** L'ottica sistemico relazionale nei contesti aziendali

**123** Cronaca di una fine annunciata (parte seconda)

**131** Lo psicologo nel reparto Covid. Aspetti psicologici dell'organizzazione ospedaliera nei reparti covid. Il ruolo dello psicologo.

---

## NOVITÀ IN LIBRERIA

**190** Change incontrare il dolore condividere il cambiamento nei contesti di vita quotidiana e in psicoterapia

**192** Lo sguardo sulla persona

---

## ESPERIENZE SUL CAMPO

**138** Alla scoperta e ri-scoperta delle emozioni. Laboratorio esperienziale presso Centro



# COMMISSIONE PSICOLOGIA SCOLASTICA, DEL LAVORO, DELLE ORGANIZZAZIONI E DI COMUNITÀ

Coordinatore  
**Massimo Frateschi**

Componenti  
**Geremia Caprioli**  
**Ferdinando De Muro**

La Commissione **“PSICOLOGIA SCOLASTICA, DEL LAVORO, DELLE ORGANIZZAZIONI E DI COMUNITÀ”** in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, in ottemperanza ai DPCM relativi all'emergenza COVID 19, promuove la preparazione di proposte per lo sviluppo programmatico di obiettivi strategici a breve, medio e lungo termine.

Lo sviluppo programmatico delinea la sinergia pluridimensionale delle aree della Psicologia Scolastica, del Lavoro, delle Organizzazioni e di Comunità.

La Commissione promuove grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva di tutta la comunità professionale degli psicologi, nuove ipotesi, idee e

proposte per uno sviluppo programmatico di obiettivi strategici.

Il fenomeno Coronavirus in quanto fenomeno mondiale collettivo impegna ciascuna comunità nazionale e regionale ad agire e reagire in modo responsabile e solidale con programmi multisistemici complessi. La comunità degli psicologi, in particolare, è in grado di contribuire, in scienza e coscienza, in modo specialistico valido ed efficace, in ogni sistema, contesto, organizzazione, per tutto ciò che riguarda la salute, la prevenzione, la cura e il benessere umano, individuale e sociale. A tale proposito, tutti gli psicologi della regione Puglia si

---

sono attivati con uno straordinario impegno, senso di responsabilità e dedizione per interventi a favore delle persone, della società, delle organizzazioni, della scuola, del lavoro, dei contesti, degli ambienti, quindi di ogni comunità umana e sociale.

La promozione della salute e del benessere psicologico all'interno di un sistema, di una struttura, di una organizzazione, in ottemperanza alle leggi e ai decreti in vigore, possono essere sviluppati con strategie metodologiche che si adattino al periodo di pandemia, ma, nel contempo, siano in grado di gestire e superare emergenze, crisi, stress, ansia, disagi, sintomi, traumi individuali, di gruppo, di comunità. Numerosi sono i metodi, le tecniche e gli strumenti innovativi ed efficaci dello psicologo riguardanti: le dinamiche relazionali e comunicative; il clima organizzativo e di comunità; le strategie sui processi organizzativi, gestionali e decisionali; le strategie pragmatiche su interazioni multiple microsistemiche e macrosistemiche; le condizioni pluridimensionali evolutive umane ambientali, ecosistemiche, ecc. Gli psicologi possono analizzare ed elaborare modelli interpretativi, strategie, metodologie e strumenti di intervento in molteplici ambiti, tra cui, le relazioni intra e interistituzionali, nelle organizzazioni e nelle comunità pubbliche e private. Ciò, per esempio, potrebbe consentire di analizzare quantitativamente e qualitativamente i processi di carattere psicologico correlati al benessere, al cli-

ma, all'erogazione dei servizi, e ad altre dinamiche dei sistemi e degli ambienti complessi umani, e favorirebbe una visione e una missione programmata trasversale, interprofessionale e interdisciplinare, partecipata attivamente sui profili di salute e benessere delle organizzazioni e delle comunità.

L'arco delle proposte degli psicologi pugliesi impegnati sulle aree e sui settori suddetti può rappresentare un contributo significativo regionale con caratteristiche innovative territoriali peculiari. La valorizzazione della scuola, del lavoro, delle organizzazioni e delle comunità delle reti macro e micro territoriali della nostra regione si può realizzare grazie a tutti i professionisti psicologi pugliesi che tutelano e migliorano le condizioni di vita, di salute, di benessere, di socializzazione e di cooperazione, e sono in grado di coordinare e promuovere con metodologie e tecniche psicologiche specifiche la consapevolezza, la motivazione e la fiducia nell'affrontare insieme fenomeni ed eventi favorevoli o avversi, ordinari e straordinari. Le proposte ideate dagli psicologi, fondate sulla professionalità, sulle competenze ed esperienze sul campo possono confluire negli ambiti relativi a: Salute, Scuola, Welfare, Lavoro, Organizzazioni, Comunità, attraverso una strategia integrata innovativa, che potrebbe contribuire alle programmazioni multisistemiche sanitarie, economiche, sociali e ambientali della regione Puglia.





# IL COVID IN CORSA

## EMOZIONI E FRAGILITÀ IN PRIMA LINEA

**Carmela Zelano**

Dirigente Psicologa/Psicoterapeuta  
Psicoanalitica C.Or.O. - Centro di  
Orientamento Oncologico  
Ospedale San Paolo-Bari

**Mariella Tambone**

Dirigente Psicologa/Psicoterapeuta  
sistemico relazionale - U.O. Oncologia  
medica - Ospedale San Paolo-Bari

**Emiddio Ricco**

Psicologo Clinico/Psicoterapeuta  
sistemico relazionale

**Domenico Didonna**

Dirigente Medico/Psicoterapeuta IPRA/  
Specialista in Medicina Interna  
Ospedale San Paolo-Bari

**Maria Giorgia D'Alonzo**

Psicologa/Specializzanda  
in Psicoterapia e in Psiconcologia

**RIASSUNTO**

L'analisi delle sfide che il personale sanitario ha dovuto affrontare durante la pandemia da Covid-19 ha evidenziato come lavorare in condizioni estreme può avere delle conseguenze significative sulla salute psico-fisica (aumento del carico di lavoro e turni prolungati, l'uso dei dispositivi di sicurezza – DPI, il rapporto continuo con la morte, il timore del contagio per sé stessi e per i propri cari). La sofferenza provocata dalla condizione di stress intenso e prolungato genera inevitabilmente, ricadute che incidono soprattutto sul benessere psicologico.

Gli autori hanno preso in esame le condizioni di salute di 135 professionisti della cura, tra operatori sanitari e medici in prima linea, in servizio presso l'Ospedale "San Paolo" di Bari, durante l'epidemia da Covid-19, nel periodo compreso tra marzo e maggio 2021. Per la valutazione del disagio emoti-

vo hanno utilizzato un questionario auto-compilato di screening dello stress (*Termometro dello stress*) e un'apposita "Problem list", che ha valutato gli aspetti spirituali, i problemi pratici, relazionali, emozionali e fisici riscontrati nella loro ultima settimana di lavoro. Sulla base dei risultati ottenuti gli autori concludono sostenendo l'importanza di un servizio di sostegno psicologico permanente, rivolto a tutto il personale sanitario, in grado di fornire strumenti emotivi validi sia per prevenire importanti incidenze sullo stato di salute mentale a lungo termine, che per gestire efficacemente le situazioni d'emergenza.

**PAROLE CHIAVE**

pandemia, Covid-19, personale sanitario, stress, supporto psicologico, reazioni emotive.

**INTRODUZIONE**

In Italia, gli effetti pandemici del Covid-19<sup>1</sup> han-

<sup>1</sup> L'Organizzazione mondiale della sanità dichiara il coronavirus pandemia in data 11/03/2021.



no provocato, a partire dal 31 gennaio 2020, uno stato di emergenza che ha determinato l'attivazione di una serie di misure speciali di sorveglianza sanitaria; tali iniziative si sono incentrate sull'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva e sub intensiva. Sono stati, i professionisti sanitari, con i loro differenti ruoli e mansioni, i primi ad essere chiamati ad affrontare un'emergenza di enorme portata. Essa ha inciso non solo sui carichi di lavoro e sulla stanchezza fisica, ma anche sul benessere psicologico, relazionale e familiare.

L'attuale emergenza sanitaria ha provocato gravi problematiche sulla salute dei cittadini ed in particolar modo, sul personale sanitario, che si è visto

costretto a fronteggiare un evento sconosciuto, sovrapposto a condizioni lavorative di base già stressanti e precarie. Non è inusuale che gli operatori siano costretti a confrontarsi con condizioni di lavoro estreme, legate a vari disagi. Tra questi: organizzativi, eccessivo sforzo fisico e mentale, dover gestire emergenze ed urgenze, turni estenuanti, oltre ad essere costantemente esposti alla sofferenza derivante dalla malattia e dalla morte.

A tal proposito bisogna sottolineare come il lavoro sanitario sia considerato fra quelli che con più facilità induce allo sviluppo della sindrome da burnout, caratterizzata da stanchezza emotiva, depersonalizzazione e de-realizzazione personale (Grassi L. 2000)<sup>2</sup>. In

<sup>2</sup> Grassi L, Magnani K. Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians. *PsychotherPsychosom*2000;69:329–334.



questo contesto pandemico una delle condizioni che ha influito maggiormente è stato il sovraccarico di stress negli operatori sanitari, obbligati alla costante esposizione al pericolo di contagio dalla malattia e al timore di poter, a loro volta, contagiare i propri familiari. Tale situazione li ha indotti a vivere in una condizione di allarme incessante, lontani fisicamente dai propri cari e, spesso, privi di fonti di supporto emotivo e vicinanza (Mache S. et al. 2012)<sup>3</sup>.

La forzata esposizione all'evento traumatico ha portato, nella maggior parte dei casi, allo sviluppo di una sintomatologia da disturbo da stress post traumatico caratterizzata da: ipervigilanza e ipersensibilità, irritabilità, agitazione, flashback, incubi, pensieri intrusivi, evitamento, distacco emotivo e dissociazione. Il sovraccarico di lavoro inoltre ha, in molti casi, appesantito e complicato il lavoro di assistenza e di cura. La "condizione traumatica del soccorritore" (secondary traumatic stress - disorder - o compassion stress/fatigue) descritta da Vittorio Lingiardi, Medico Psichiatra, Psicoanalista e ordinario di Psicologia dinamica alla Sapienza di Roma sembrerebbe rappresentare al meglio ciò che hanno vissuto i sanitari durante questa emergenza; si tratta di una particolare forma di disagio tipica della relazione di aiuto "soccorritore-vittima", che si verifica quando viene richiesto che le cure siano indirizzate per primo alle vittime primarie e successivamente a quelle secondarie, i soccorri-

tori appunto. Secondo l'autore sarebbe proprio questo, il terreno fertile sul quale si sviluppa il burnout e mette radici il disturbo da stress post-traumatico<sup>4</sup>.

La medesima condizione è stata riscontrata anche nel personale sanitario che ha contratto il virus ed ha dovuto subire la quarantena. Alcune ricerche hanno messo in evidenza come i sanitari contagiati dal virus e messi in quarantena, abbiano provato intensi sensi di colpa per aver causato una carenza del personale tale da creare disagio nell'assistenza ai pazienti ricoverati. Dopo la quarantena, inoltre, si sono rivelati anche riluttanti a tornare al lavoro (Matthew W. et al. 2020)<sup>5</sup>. Dell'alto rischio di burnout per gli operatori sanitari che si sono confrontati con l'epidemia, parla anche Claudio Mencacci, direttore del Dipartimento di salute mentale del Fatebenefratelli-Sacco di Milano<sup>6</sup>. Secondo quanto sostenuto dall'autore, "Il rischio supera il 50% delle probabilità, tutto dipenderà da quanto a lungo durerà l'emergenza". Naturalmente coloro che hanno avuto un carico di lavoro più elevato e che hanno trattato pazienti in condizioni mediche potenzialmente letali, hanno sperimentato una pressione psicologica più intensa, che in alcuni casi potremmo definire "condizione psicopatologica" (Lu W. et al. 2020)<sup>7</sup>. Indipendentemente dal fatto che siano medici, infermieri, tecnici, psicologi, tutti gli operatori sanitari hanno sperimentato un alto livello di disagio psicologico, il che suggerisce

<sup>3</sup> Mache S, Vitzthum K, Klapp BF, et al. Stress, health and satisfaction of Australian and German doctors--a comparative study. World Hosp Health Serv 2012;48:21-7 Gómez-Urquiza JL, et al Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. Crit Care Nurse. 2017;37:e1-9.

<sup>4</sup> <https://www.iltascabile.com/scienze/salute-mentale-medici-coronavirus>

<sup>5</sup> Matthew Walton, Esther. Murray, Michael D Christian Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the covid-19 pandemic- - European Heart journal vol. 9(3) 241-247- 2020.

<sup>6</sup> <https://www.dotnet.it/articolo/30436/burnout-i-medici-chiedono-aiuto-le-loro-storie/>

<sup>7</sup> Lu W, Wang H, Lin Y,- Stato della forza lavoro medica durante la pandemia di covid-19: uno studio trasversale - Psichiatria Ris. 2020; 288, 112936. Pmid:32276196.



che un elevato coinvolgimento personale ed emotivo nell'affrontare questo periodo difficile è stato avvertito indistintamente da tutti gli operatori sanitari (Conti C. et al. 2020)<sup>8</sup>. Certamente un'epidemia è un evento che presenta delle peculiarità rispetto ad una consueta catastrofe naturale<sup>9</sup>.

Esemplificativo è il fatto che molti operatori socio-sanitari hanno sperimentato un isolamento ulteriore, nel senso che sono stati costretti a stare lontani dal loro nucleo familiare. Alcuni

di questi hanno addirittura creato dei gruppi ed albergato nello stesso edificio. In qualche modo chi ha pagato un prezzo molto alto in termini di stigma, sono stati proprio gli operatori sanitari che, da un lato, sono stati esaltati, ammirati, quasi osannati come degli eroi, dall'altro hanno rischiato di essere gli "untori" e come tali, sono stati considerati dai familiari o dalle persone conviventi (Cantelmi T. 2021)<sup>10</sup>.

Queste considerazioni trovano fondamento anche in luoghi diversi dall'Italia: ad esempio in

<sup>8</sup> Conti C., Fontanesi L., Lanzara R., Rosa I., Porcelli P., Fragile heroes. The psychological impact of the covid-19 pandemic on health-care workers in Italy- Editor Yulka Kotozaki, Iwate Medical University, Japan Nov 18, 2020.

<sup>9</sup> <http://www.psychiatryonline.it/node/8578>.

<sup>10</sup> Cantelmi T. Presidente dell'Istituto di terapia cognitivo-interpersonale (ITCI) di Roma <https://www.repubblica.it/salute/medicina-e>, 2021).



Giappone, uno studio effettuato durante l'epidemia da Covid-19 esplosa a gennaio 2020 e che ha coinvolto 1.257 operatori sanitari in reparti posti in seconda e terza linea, ha evidenziato percentuali importanti di depressione (50%), ansia (44,6%), insonnia (34%) e distress (71,5%). Con particolare severità soprattutto negli infermieri, donne, operatori di prima linea, lavoratori impegnati nella città epicentro della pandemia (Lai J. et al. 2019)<sup>11</sup>.

Da quanto espresso finora appare legittimo immaginare come il peso della crisi generata da Covid-19 abbia avuto un impatto negativo sul benessere psicofisico dei sanitari. Proprio su questo concetto si è sottolineata l'importanza (Shanafelt T. et al. 2020)<sup>12</sup> di partire dagli operatori per comprendere ciò di cui necessitano, al fine di definire interventi mirati, finalizzati a supportare efficacemente le figure professionali coinvolte. Tali iniziative sono state attuate dalle Aziende Sanitarie di tutta Italia e hanno portato all'attivazione di servizi di supporto psicologico telefonico (o via Skype) o veri e propri ambulatori specialistici di salute mentale dedicati al sostegno dei professionisti coinvolti nell'emergenza e numeri attivi che in ogni regione, sono stati messi a disposizione dall'Ordine degli Psicologi o da Organizzazioni di volontariato (Ierardi F. et al. 2020)<sup>13</sup>.

Prendendo spunto da tali iniziative nazionali anche l'Ospedale San Paolo di Bari ha adottato misure straordinarie di supporto psicologico nei confronti del personale sanitario impegnato nelle aree Covid, incaricando gli Psicologi del Presidio Ospedaliero di intervenire per fornire loro un

adeguato e repentino sostegno psicologico. L'equipe di Psicologi e Psicoterapeuti dell'Ospedale San Paolo di Bari, in servizio presso il reparto di Oncologia Medica e il C.Or.O. (Centro di Orientamento Oncologico), con la partecipazione di un medico psicoterapeuta appartenente al Reparto di Medicina dello stesso presidio, hanno creato un servizio sperimentale di sostegno al personale sanitario, finalizzato alla gestione dello stress e alla prevenzione del burnout di tutti gli operatori impegnati in questa delicata fase di emergenza. Con questa iniziativa l'equipe ha messo a disposizione della struttura ospedaliera, strumenti utili per prevenire e gestire il malessere psicologico in modo più efficace; tra questi l'inclusione dell'operatore sanitario in gruppi di supporto psicologico, in cui i colloqui di sostegno, individuali e di gruppo, hanno avuto lo scopo di decongestionare lo stress emotivo e fisico accumulato dall'operatore e sostenerlo del difficile lavoro di fronteggiamento del disagio emotivo e dell'angoscia.

Al di là dei colloqui è stato effettuato uno screening di valutazione dello stress accumulato e delle problematiche psico-fisiche e relazionali, tramite la somministrazione di un questionario auto-compilato in forma volontaria e anonima, i cui risultati sono l'oggetto di indagine di questo lavoro di ricerca. Lo scopo degli autori è stato quello di fotografare e cristallizzare le condizioni emotive e le problematiche psico-fisiche manifestate dagli operatori sanitari in questo "nuovo" e difficile momento pandemico. In caso di nuova emergenza, inoltre, si propongono suggerimenti in merito all'adozione di strategie di prevenzione dello stress negli operatori coinvolti.

**11** Lai J et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 JAMA Network.

**12** Shanafelt T et al. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. JAMA Published online April 7, 2020.

**13** Ierardi F. e Gatteschi C., Le conseguenze della COVID-19 sul benessere psicofisico dell'operatore sanitario-ARS Toscana agenzia regionale di sanità.2020.

## DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Gli operatori sanitari impiegati nei differenti reparti Covid allestiti nell'Ospedale San Paolo sono stati in totale 800; gli Psicologi ne hanno incontrati 200, intenti ad effettuare il cambio turno nella fascia oraria compresa tra le 11:00 e le 13:30 del venerdì. Hanno aderito allo screening di valutazione dello stress, 135 operatori sanitari.

Il campione preso in esame è costituito da uomini e donne, in età compresa fra i 21 e i 67 anni, svolgenti differenti mansioni professionali: Ausiliari, Oss, Infermieri, Coordinatori, Ostetriche e Medici. Arruolati nei reparti Covid di: Medicina, Pneumologia, Chirurgia, Ortopedia, Gastroenterologia, Obi, Pronto Soccorso, Rianimazione, Farmacia, Ostetricia, Ginecologia, Utc, Senologia.

## STRUMENTI DI INDAGINE/ METODO

I colloqui con gli psicologi messi a disposizione dalla struttura ospedaliera si sono tenuti indifferentemente tra il personale smontante (fine turno) e

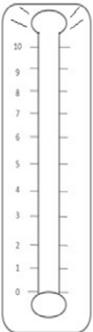
quello montante (inizio turno) e sono stati effettuati in prossimità delle zone di vestizione degli operatori. Nella maggior parte dei casi si è preferito svolgere gli incontri in gruppo nelle aree di ristoro, dove si è riusciti a coinvolgere in modo meno formale, anche gli operatori più riluttanti. Tali incontri si sono tenuti con cadenza settimanale dal mese di marzo al mese di maggio 2021 e sono stati focalizzati sulla condivisione di esperienze, aiutando l'operatore a riconoscere le emozioni, a verbalizzarle ed a dare loro un senso e un nome. Infine, si è guidato l'operatore nel difficile compito di sostituzione di pensieri rigidi e disfunzionali, con altri più razionali, meno pessimistici e meno totalizzanti: cosa che li ha indotti ad un grado minore di sofferenza emotiva ed ad un maggiore senso di autoefficacia nella gestione delle situazioni stressanti. Per la valutazione del disagio emotivo è stato utilizzato un questionario auto-compilato di screening dello stress, definito: "Termometro dello stress" (Figura 1), normalmente utilizzato in vari ambiti.

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

REPARTO DI APPERTENENZA \_\_\_\_\_ SEX M F ETÀ \_\_\_\_\_ QUALIFICA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

La preghiamo o di indicare con una crocetta su SI sul NO se qualcuna delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso

**ISTRUZIONI: LA PREGHIAMO DI CERCHIARE IL NUMERO DA (DA 0 A 10) AL FINE DI DESCRIVERE LA QUALITÀ DI DISAGIO EMOTIVO CHE HA PROVATO NELL'ULTIMA SETTIMANA OGGI COMPRESO**



10 = MASSIMO DISAGIO EMOTIVO (MASSIMO STRESS)

0 = NESSUN DISAGIO EMOTIVO (NESSUNO STRESS)

<p><b>SI NO PROBLEMI RELAZIONALI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nel rapporto con il partner</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nel rapporto con i figli</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nel rapporto con altri</p> <p><b>SI NO PROBLEMI EMOZIONALI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depressione</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paure</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervosismo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tristezza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdita di interesse nelle usuali attività</p> <p><b>SI NO PROBLEMI EMOZIONALI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi inerente alla propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso dell'esistenza)</p>	<p><b>SI NO PROBLEMI FISICI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi di sonno</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi a lavarsi/vestirsi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Senso di fatica e stanchezza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi a muoversi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi respiratori</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcere alla bocca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi ad alimentarsi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficoltà a digerire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stipsi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Febbre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secchezza della cute/prurito</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Naso chiuso o senso di secchezza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Formicolio alle mani o ai piedi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Senso di gonfiore</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi sessuali</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi di memoria/concentrazione</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi su come ci si vede e come si Appare</p>
---	---

Altro, specificare \_\_\_\_\_

Figura 1



In questo caso è stato impiegato sia con i pazienti che con gli operatori. Tale strumento consente di valutare lo stress soggettivo percepito dal paziente e dagli operatori sanitari ed indaga le principali cause che lo provocano, come: i problemi pratici, relazionali, emozionali, spirituali e fisici (Grassi L. et al. 2005)<sup>14</sup>. Misura, inoltre, il livello di sofferenza e le sue possibili cause (Holland J. C. 2010)<sup>15</sup>.

Attraverso questo strumento si è chiesto agli esaminati di descrivere la quantità di disagio emotivo sperimentato nell'ultima settimana di lavoro, indicando un numero che va da 0 (nessun disagio emotivo – nessuno stress) a 10 (massimo disagio emotivo – massimo stress) in un termometro disegnato. Si è, oltre a ciò, richiesto di selezionare le problematiche riscontrate nell'ultima settimana in un'apposita lista (*Problem List*). Le cinque categorie individuate nella problem list sono: problemi pratici; problemi relazionali; problemi emozionali; aspetti spirituali; problemi fisici. Questa scala, riportata di seguito, è molto semplice da usare, ha richiesto poco tempo per la compilazione (da tre a quattro minuti) e ha favorito, attraverso la scrittura, l'esplicitazione delle preoccupazioni degli esaminati (Morasso G. 1996)<sup>16</sup>.

Per adattare meglio lo strumento diagnostico alle esigenze della sperimentazione e per renderlo anonimo, si è modificata l'instestazione chiedendo di indicare: reparto di appartenenza, sex, età, qualifica e data di somministrazione. Inoltre, è stata eliminata la categoria problemi pratici.

Contestualmente al supporto psicologico nei confronti degli operatori sanitari, gli stessi Psicologi dei reparti di Oncologia Medica e del C.Or.O. hanno garantito la loro disponibilità al sostegno telefonico giornaliero nei confronti dei familiari dei ricoverati che ne hanno fatto richiesta. È stato messo a disposizione un numero telefonico ed è stato, così, possibile sostenerli nell'elaborazione dei lutti e dei conflitti familiari.

In particolare, lì dove si sono verificate perdite dei congiunti, la normale gestione delle esequie è stata devastante a seguito di litigi familiari derivanti dall'attribuzione della responsabilità del contagio e dall'impossibilità da parte di alcuni dei congiunti, di partecipare al funerale, avendo contratto il virus ed essendo stati, a loro volta, ricoverati o costretti alla quarantena a casa.

Si è così potuto affrontare la sofferenza della perdita dei propri cari, unitamente al dolore di non aver potuto accompagnare il familiare e alla preoccupazione per la salute di altri parenti.

#### ANALISI DEI DATI

Passiamo ad analizzare i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario.

Il campione ( $n=135$ ) in oggetto è stato selezionato da una più vasta popolazione volontariamente prestatasi alla ricerca.

L'assessment ha interessato diverse professioni sanitarie direttamente impegnate nella lotta al Covid durante il periodo pandemico.

<sup>14</sup> Grassi, L., Holland, J. C., Johansen, C., et al. (2005) Psychiatric concomitants of cancer, screening procedures, and training of health care professionals in oncology: the paradigms of psychooncology in the psychiatric field. *Advances in Psychiatry*, 2: 59-66.

<sup>15</sup> Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W.S., et al. (2010) Distress management. *J Natl Compr Canc Netw*, 8:448-485.

<sup>16</sup> Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G. (1996) Assessing Psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 53(4):295-302.

Si riporta la suddivisione del campione così come acquisito tramite il questionario (Figura 2):

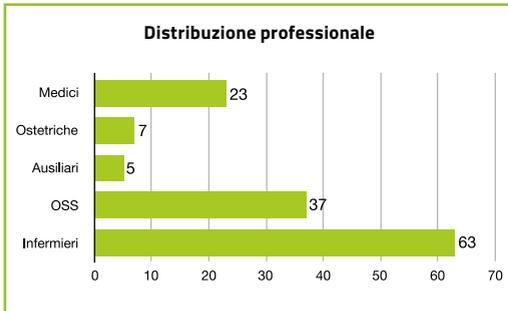


Figura 2

Circa la metà del campione ( $n=135$ ) proviene dalla professione infermieristica ~46% (Figura 3).

OSS	Infermieri	Ausiliari	Medici	Ostetriche
28%	46%	4%	17%	5%

Figura 3

La rilevazione per reparti vede la maggioranza (~39%) degli operatori sanitari afferenti al reparto di medicina. (Figura 4).

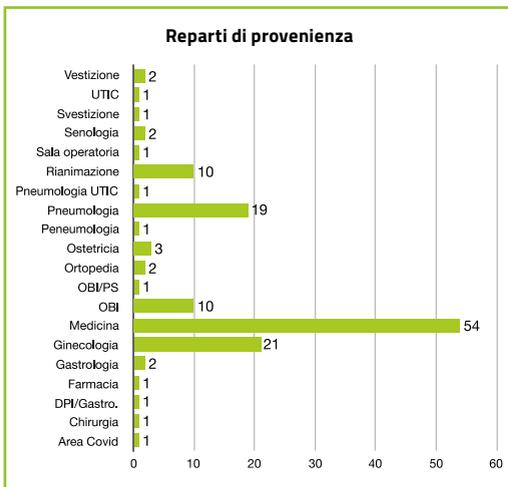


Figura 4

In riferimento alle caratteristiche personali del

campione sono stati presi in considerazione il genere e l'età degli intervistati.

Così come visibile nel grafico (Figura 5), il ~68% degli intervistati appartiene al genere femminile, mentre il restante 32% a quello maschile.

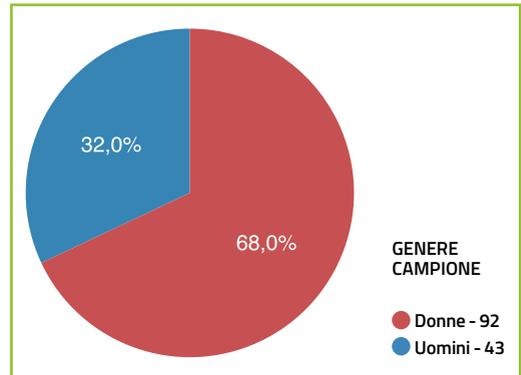


Figura 5

Vista l'eterogeneità professionale del campione ( $n=135$ ) si è proceduto ad estrarre gli indici di posizione distinti per età attraverso la rilevazione degli indicatori statistici atti ad evidenziare la distribuzione delle frequenze (*media, mediana e moda*): ciò ha permesso di apprezzare un'età di = 39 anni, ma con un maggior numero di intervistati attestatisi sui 28 anni di età (Figura 6).

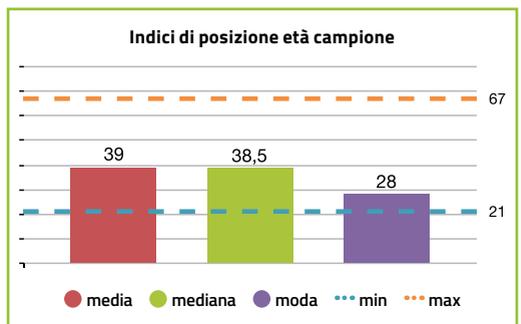


Figura 6

Una distribuzione gaussiana (Figura 7) rende più apprezzabile il range, pari a 46, per età rilevata tra min = 21 e max = 67.

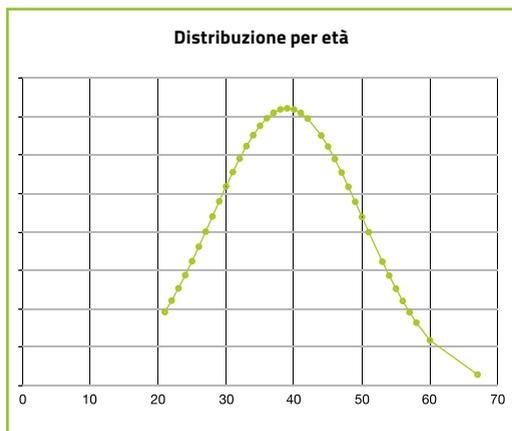


Figura 7

Una prima classificazione delle risposte fornite dal campione ( $n=135$ ) ha permesso di rilevare alcuni aspetti afferenti alla sfera emotivo/emozionale nonché quella della problematica fisica correlata all'impegno contro il diffondersi dell'infezione.

Una forte maggioranza degli intervistati (~74%) ha espresso difficoltà relazionali di diversa natura:

1. partner ~26%;
2. figli ~14%;
3. con altri ~34%.

La rilevazione degli aspetti a) relazionali, b) emozionali, c) fisici è stata ottenuta attraverso un'unica raccolta (Figura 8):

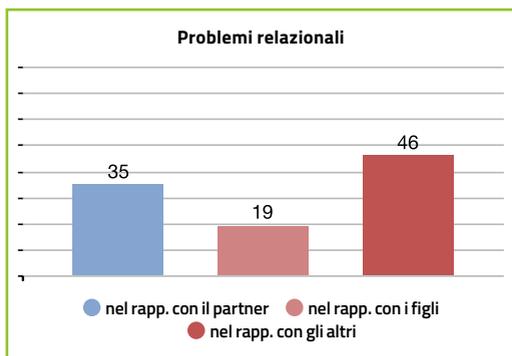


Figura 8

### PROBLEMI EMOZIONALI

La rilevazione emozionale ha lasciato all'intervistato la possibilità di selezione multipla delle emozioni provate, così distribuite (Figura 9):

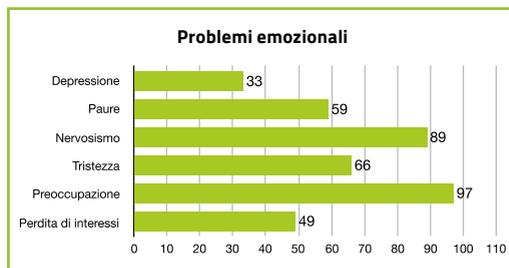


Figura 9

L'elevato numero di risposte non lascia spazio a fraintendimenti sull'effettivo peso della malattia sugli operatori sanitari che hanno ammesso di aver provato, in media, ~3 tra le 6 emozioni individuate dallo strumento.

### PROBLEMI FISICI

Così come per la rilevazione emozionale, anche per le problematiche fisiche è stata adottato il modello di risposta a "scelta multipla".

A riprova della più faticosa condizione dovuta soprattutto alla riorganizzazione, sia logistica (molti reparti sono stati sigillati ed accorpati) che temporale (turnazione ordinaria e straordinaria), il campione ( $n=135$ ) ha fornito una media di risposte quasi doppia rispetto alla medesima rilevazione emozionale (Figura 10).

Una minoranza del campione (~11%) ha manifestato – inoltre – problematiche afferenti alla sfera religiosa come riportato nel grafico (Figura 11):

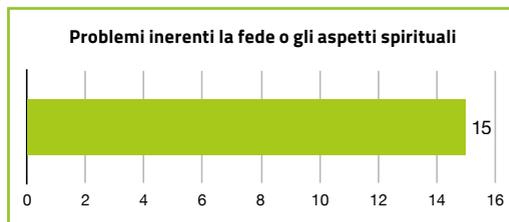


Figura 11

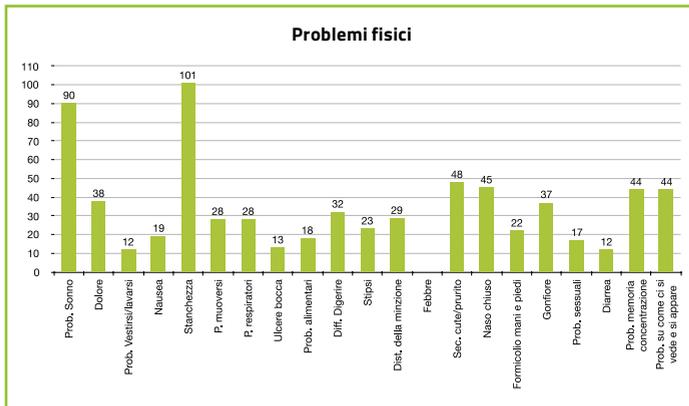


Figura 10

### DISAGIO EMOTIVO

Un ultimo valore registrato attraverso la rilevazione è stato quello riguardante il disagio emotivo espresso dal campione ( $n=128/135$ ).

Attraverso la richiesta di assegnazione arbitraria di un gradiente al livello di "stress" auto- valutato, è stato chiesto agli intervistati di esprimere un valore da 0 a 10 (rispettivamente assenza di stress e forte stress).

L'analisi del dato raccolto ha restituito le seguenti rilevazioni dalle quali si evince il forte impatto della malattia sul personale sanitario. Come riportato nel grafico – di fatti – il ~23% (quindi ~1/4 del campione) ha riportato un livello di stress massimo (10/10).

Ancora più significativa risulta essere la lettura del dato in riferimento ai valori delle risposte ed ai quartili della rilevazione (Figg.12- 14).

quartili campione ( $n=135$ )				
0	2.5	5	7.5	10
8	26	26	32	68

Figura 12

quartili media campione ( $n=135$ )				
0	2.5	5	7.5	10
0	4,5	12	17	32

Figura 13

gradiente	risposte
0	0
1	4
2	4
3	7
4	5
5	14
6	13
7	20
8	23
9	13
10	32

Figura 14

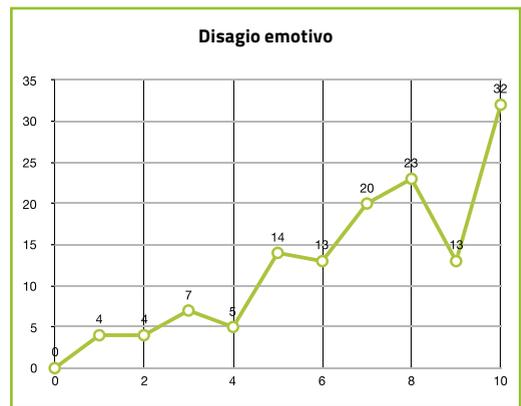


Figura 15

La mera registrazione delle risposte ha restituito un'attitudine del campione (Figura 15) a fornire risposte di gran lunga superiori alla media del gradiente (5/10) indicato nello strumento valutativo.

Rilevata la distribuzione tendenzialmente elevata, si consideri che il ~50% del campione ha fornito risposte  $8/10 \leq X \leq 10/10$ , si è proceduto con ulteriori analisi al fine di eviden-



ziare eventuali differenze dovute al ruolo nell'ambito del reparto e/o al genere d'appartenenza.

La parzializzazione del campione ( $n=135$ ) ha permesso di mettere in evidenza le professioni che maggiormente hanno risentito del lavoro a contatto con i malati Covid – ostetriche ed Oss – che hanno superato leggermente il valore medio delle restanti figure professionali (Figg. 16-17)<sup>17</sup>.

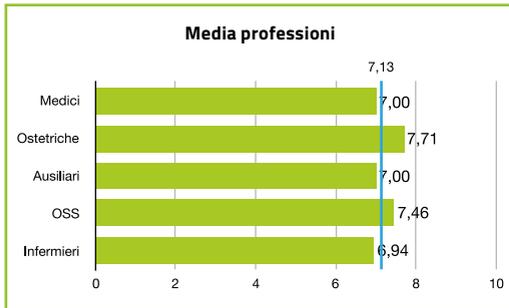


Figura 16

	Ausiliari	Infermieri	Ostetriche	OSS	Medici
0	0	0	0	0	0
1	0	2	0	1	1
2	0	4	0	0	0
3	1	4	0	2	0
4	0	3	0	1	1
5	0	5	1	5	3
6	1	6	0	3	2
7	0	9	2	4	5
8	2	7	2	6	6
9	0	4	1	4	4
10	1	18	1	11	1
TOT.	5	62	7	37	23

Figura 17

A riconferma della concretezza del dato (attestatosi comunque su valori alti se considerato sensu stricto) sono state rilevate la varianza ( $\sigma^2$ )<sup>18</sup> e lo scarto quadratico medio( $\sigma$ )<sup>19</sup>. (Figg. 18-19)

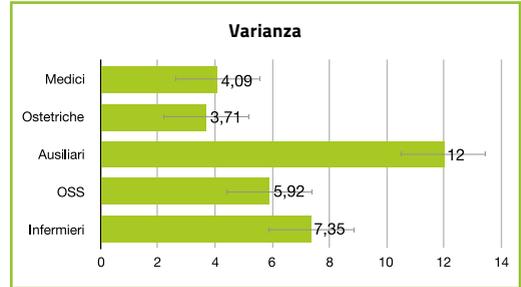


Figura 18

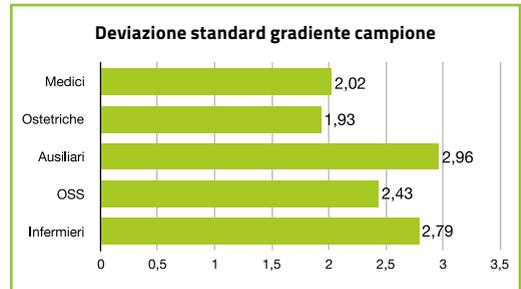


Figura 19

Entrambi gli indici di variabilità hanno confermato una certa coerenza delle risposte (il valore ricavato dall'analisi degli ausiliari è dovuto al rapporto tra campione  $X=5$  e gap delle risposte fornite  $Y=5$ ) che confermano l'attestazione del campione su valori di stress mediamente elevati ( $\geq 7/10$ ).

Il campione ( $n=128/135$ ) frazionato per genere (7 intervistati hanno omesso di specificare il genere d'appartenenza), risulta coerente con le prece-

17  $\bar{X} = \frac{\sum(X_n * y)}{\sum X_n}$

18  $\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N - 1}$ , calcolata tenendo in considerazione la Correzione di Bessel

19 deviazione standard  $\rightarrow \sigma_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N}}$

denti rilevazioni. Gli uomini risultano leggermente soccombenti rispetto alla media delle donne ma per entrambi i sessi la rilevazione statistica ha restituito valori prossimi alla media del campione (Figg. 20-21).

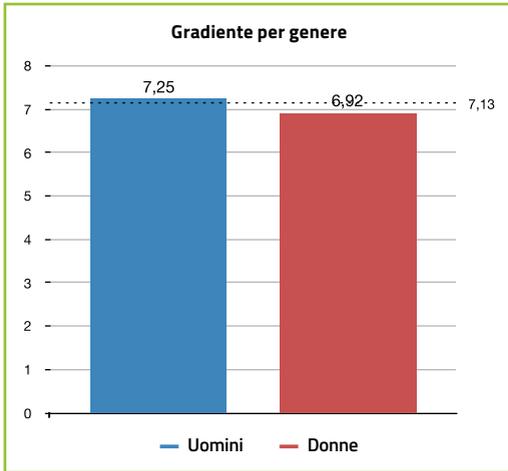


Figura 20

	uomini	donne
0	0	0
1	1	3
2	2	2
3	1	6
4	2	3
5	3	10
6	1	11
7	6	15
8	6	16
9	6	9
10	8	17
TOT.	36	92

Figura 21

## DISCUSSIONE

Le prime rilevazioni di questa esperienza vertono sulla risonanza emotiva degli Psicologi entrati in contatto con il personale sanitario, che peraltro confermano i dati statistici. Già nei primi colloqui

effettuati, gli autori hanno riconosciuto la gratitudine espressa dagli operatori, visibilmente meravigliati dall'interesse manifestato nei loro confronti e dall'opportunità di esprimere apertamente i loro vissuti. Hanno subito confermato di sentirsi maggiormente tutelati e protetti, rispetto ad un evento straordinario, che li ha fortemente provati sul piano fisico e psicologico, sia per la mole di pazienti da assistere sia per la rottura improvvisa della routine nelle interazioni tra colleghi e familiari. Spesso, infatti, con le bardature in corsia non riuscivano a riconoscersi tra loro e avevano perso la familiarità con i "colleghi di sempre", poiché i reparti erano costituiti dal personale proveniente da settori diversi o alla prima esperienza professionale. Inoltre, è emerso il disagio fisico della bardatura che, in molti casi, ha impedito di espletare le normali funzioni fisiologiche e di idratarsi adeguatamente per lunghi periodi. A queste difficoltà pratiche si è aggiunta la paura tipicamente psicologica del *nuovo*, poi di ammalarsi e di portare la malattia nelle proprie famiglie.

Sono emerse molte insicurezze, legate al senso di inadeguatezza rispetto alla gestione di questa nuova patologia. Questo li ha indotti a mettere in atto, spontaneamente, una forma adeguata di gestione di questa difficoltà. I turni di lavoro sono stati organizzati, successivamente alla prima fase, in gruppi di due operatori che si conoscevano ed avevano confidenza tra loro. Questo ha consentito di poter lavorare meglio e di potersi sostenere a livello psicologico, condividendo i momenti di pausa e l'elaborazione dei vissuti in reparto. Molti operatori sono stati traumatizzati dal repentino decorso della malattia, con un alto numero di decessi, che li ha impegnati in maniera straordinaria sotto l'aspetto emotivo. Molti di loro, infatti, hanno raccontato di vivere con angoscia il turno successivo: tale disagio era determinato dal fatto che non sapevano se avrebbero trovato in vita persone che poche ore prima, avevano raccontato loro della propria vita, dei propri affetti, condividendo foto ed emozioni intense.



Le categorie che hanno usufruito maggiormente di questo servizio sono stati gli infermieri e gli Oss i quali hanno spontaneamente posto in essere strategie di autotutela. Essi hanno anche arricchito il loro bagaglio lavorativo attraverso la conoscenza e lo scambio tra colleghi di altri reparti o provenienti da altre realtà, o perché assunti con contratti temporanei. C'è chi, purtroppo, è stato colpito nei propri affetti dalla patologia ed ha dovuto continuare a lavorare. La conoscenza reciproca dei momenti di defaticamento ha permesso nuovi incontri e nuove relazioni.

Il maggior numero di richieste o espressione del disagio è stato manifestato attraverso un'alta adesione al test piuttosto che essere esplicitato verbalmente in presenza. Le schede di valutazione sono state depositate in diversi reparti e compilate successivamente e in privato, dagli operatori che svolgevano attività nei reparti Covid. Non sono mancate richieste di aiuto e riferimenti scritti, resi nel questionario, alla categoria "Altro da aggiungere", in cui alcuni operatori hanno riportato particolari sintomi fisici: *"incubi notturni, brufoli, cefalee ricorrenti, dolori al collo, cervicale e rachide"*; stati d'animo *"bisogno di vacanza, senso di impotenza, aumento di claustrofobia, scarsa tolleranza alla mascherina"*; in alcuni casi con modalità esplicita, ironica e sintetica: *"nun cia facimm chiu!"*. Si sono registrati in questa esperienza anche episodi di vandalismo nei corridoi, dovuti allo scarico pulsionale della rabbia, dell'impotenza, della paura e della frustrazione, soprattutto di quegli operatori costretti a lavorare in un reparto Covid diverso da quello pertinente alla propria specialità. Sono emersi inoltre, meccanismi di gestione della depressione, che comunque si è cercato di canalizzare attraverso delle risposte psicologiche agli operatori più disponibili ad aprirsi al

dialogo. Questi si sono poi resi portavoce, anche attraverso i colleghi, di un'attenzione nei loro riguardi. Per molti è bastato solo questo affinché si sentissero meno soli o abbandonati, in una situazione emotivamente drammatica; si sono, dunque, sentiti "visti e considerati".

Il contatto con la morte e l'impotenza sono due contesti di oggettiva difficoltà emotiva per chiunque. Le vite di questi operatori e dei loro assistiti sono state stravolte senza preavviso e hanno condiviso empaticamente la sofferenza di dover essere in prima linea, anche se questa posizione non è stata scelta spontaneamente.

Ci sono stati operatori che, invece, si sono lasciati andare a reazioni repressive reattive, comunque non invalidanti. Nelle storie personali, infatti, sono emerse difficoltà nella gestione della vita personale oltre che professionale, soprattutto da parte delle donne, che hanno evidenziato uno stress significativo nei confronti della gestione della famiglia e dei figli. Quest'ultimo aspetto, peraltro, è apparso in linea con uno studio italiano recente che ha evidenziato come gli operatori sanitari donne abbiano sperimentato livelli più elevati di ansia e sintomi di somatizzazione importanti ed abbiano esplicitato la necessità di ricevere cure psicologiche, più degli uomini (Conti C. et al. 2020)<sup>20</sup>: ciò potrebbe in parte essere motivato dal fatto che le donne danno più importanza alle proprie esperienze interne e agli stati emotivi degli altri, rispetto agli uomini. Si è rilevato inoltre, che il personale più strutturato a livello di istruzione (medici) ha gestito meglio lo stress o ha avuto più difficoltà nel chiedere aiuto. Tali dati confermano quanto evidenziato nella ricerca sopra citata in merito alla maggiore propensione da parte dei medici di utilizzare meccanismi di di-

**20** Chiara Conti, Lillybeth Fontanesi, Roberta Lanzara, Ilenia Rosa, Piero Porcelli Fragile heroes. The psychological impact of the covid-19 pandemic on health-care workers in Italy - Editor Yulka Kotozaki, Iwate Medical University, Japan Novembre 18, 2020.



fesa, quali, l'intellettualizzazione e la negazione, come risposta efficace per affrontare il disagio legato al lavoro.

Nel rapporto di coppia in entrambi i sessi è emersa la difficoltà di conduzione della relazione. Le motivazioni, le più diverse: come sicuramente la minore disponibilità ai rapporti intimi nelle coppie stabili, un po' per la paura del contagio, un po' per l'eccessiva stanchezza fisica provata a fine turno. In realtà l'istinto di morte con cui questi operatori sono stati in contatto, avrebbe dovuto indurli a una reazione finalizzata al superamento di questo contesto, con l'istinto di vita e pertanto, spingendoli a richiedere maggiori rapporti intimi, invece, questo dato non è emerso, almeno durante i colloqui. I rapporti a distanza sono quelli che hanno risentito maggiormente della situazione di mancanza di tempo da dedicare alla coppia, anche in relazione ai lavori svolti da entrambi i partner.

Ci sono coppie che si sono costituite in ospedale e altre che, pur andando in crisi, hanno trovato le risorse per superare il momento di difficoltà. Infine, ci sono stati anche casi di coppie che sono avvenute ad una separazione.

In tutte le storie si è potuto rilevare un alto coinvolgimento emotivo tra operatori e pazienti. Un rapporto totalizzante che ha creato legami molto forti, esitati purtroppo, in molti casi, con la perdita del paziente. Questo ha avuto un impatto emotivo molto forte e ha indotto ognuno a reagire in maniera diversa. C'è chi, una volta a casa, non ha condiviso i vissuti emotivi, chi invece, ne ha sentito il bisogno. Una delle emozioni più ricorrenti è stata la rabbia, avvertita soprattutto nei confronti della scarsa collaborazione della popolazione che li ha fatti sentire come tanti Don Chisciotte in "lotta contro i mulini a vento". Per tale ragione in molte occasioni, i maggiori momenti di condivisione sono avvenuti tra colleghi, facendo



emergere il loro senso di isolamento ed inutilità degli sforzi prodotti sul lavoro.

### CONCLUSIONI

I risultati ottenuti da questa esperienza significativa inducono a pensare che, le conseguenze dell'emergenza sanitaria sul benessere dei professionisti della salute, da questo momento in poi, non dovranno più essere sottovalutate. Si rende urgente una politica di tutela nei confronti dei professionisti della salute sanitari, perché il rischio di non considerare prioritari gli interventi di prevenzione psicologica sistematizzati e di lunga durata sul benessere della classe sanitaria, è quello di cronicizzare una condizione già complessa, che il Covid-19 ha solo acuitizzato e che ancora facilmente potrebbe peggiorare.

Lo studio condotto dagli autori ha evidenziato che disporre di un servizio di supporto psicologico costituisce un fattore protettivo che riduce l'incidenza di malessere psichico ed emotivo. Questo consentirebbe di lavorare in condizioni migliori ed evitare effetti a lungo termine sul benessere del personale sanitario. Diventa, pertanto, fondamentale l'implementazione di interventi strutturati di sostegno psicologico, su misura, per prevenire conseguenze costose per il personale, i pazienti e il sistema sanitario in toto.

*"Preparare è meglio che Riparare".*

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Grassi L, Magnani K. *Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians*. *PsychotherPsychosom*2000;69:329–334.
- Mache S, Vitzthum K, Klapp BF, et al. *Stress, health and satisfaction of Australian and German doctors--a comparative study*. *World Hosp Health Serv*2012;48:21–7
- Gómez-Urquiza J. *Letal Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis*. *Crit Care Nurse*. 2017;37:e1–9.
- Matthew Walton, Esther. Murray, Michael D Christian *Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the covid-19 pandemic*- *European Heart journal* vol. 9(3) 241-247- 2020.
- Lu W, Wang H, Lin Y,- *Stato della forza lavoro medica durante la pandemia di covid-19: uno studio trasversale* - *Psichiatria Ris*. 2020; 288, 112936. Pmid:32276196.
- Chiara Conti, Lillybeth Fontanesi, Roberta Lanzara, Ilenia Rosa, Piero Porcelli *Fragile heroes. The psychological impact of the covid-19 pandemic on health-care workers in Italy*- Editor YulkaKotozaki, Iwate Medical University, Japan Novembre 18,2020.
- Cantelmi T. *Presidente dell'Istituto di terapia cognitivo-interpersonale (ITCI) di Roma* <https://www.repubblica.it/salute/medicina-e>.
- Conti C., Fontanesi L., Lanzara R., Rosa I.; Porcelli P. *Fragile heroes. The psychological impact of the covid-19 pandemic on health-care workers in Italy*- Editor Yulka Kotozaki, Iwate Medical University, Japan Novembre 18,2020.
- Lai J et al. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019* JAMA Network.
- Shanafelt T et al. *Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic*. JAMA Published online April 7, 2020.
- Ierardi F. e Gatteschi C., *Le conseguenze della Covid-19 sul benessere psicofisico dell'operatore sanitario*—ARS Toscana agenzia regionale di sanità.
- Grassi, L., Holland, J. C., Johansen, C., et al. (2005) *Psychiatric concomitants of cancer, screening procedures, and training of health care professionals in oncology: the paradigms of psychooncology in the psychiatric field*. *Advances in Psychiatry*, 2: 59-66.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W.S., et al. (2010) *Distress management*. *J Natl Compr Canc Netw*, 8:448-485.
- Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G. (1996) *Assessing Psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered*

questionnaire. *Oncology*, 53(4):295-302.

- Gómez-Urquiza J L, et al *Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis*. *Crit Care Nurse*. 2017;37:e1-9
- Øyane NMF et al. *Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses*. Tranah G, editor. *PLoS One* 2013;8:e70228.
- Brooks S et al. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *Lancet* 2020; 395: 912-20.
- Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al. *Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak*. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):233-240. doi:10.1177/.
- Greenberg N et al *Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic Neil Greenberg and colleagues set out measures that healthcare managers need to put in place to protect the mental health of healthcare staff having to make moral-*

*ly challenging decisions*. *BMJ* 2020;368:m1211 doi: 10.1136/bmj.m1211.

#### SITOGRAFIA

- <https://www.iltascabile.com/scienze/salute-mentale-medici-coronavirus>.
- <https://www.dotnet.it/articolo/30436/burnout-i-medici-chiedono-aiuto-le-loro-storie/>.
- <http://www.psychiatryonline.it/node/8578>.
- [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=82787](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=82787).
- <https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2020/04/07/news/coronavirus-i-guariti-saranno-la-nuova-casta-253373227>.
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/health-workers>.
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-n-cov/hcp/index.html>.
- <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori>.





# LE DISTORSIONI E GLI STILI COGNITIVI NEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP) E NEL DISTURBO BIPOLARE (DB)

## UNA REVIEW SU SOMIGLIANZE E DIFFERENZE

**Ilaria Lucia Rollo**  
Psicologa

**Fiorella Leopizzi**  
Psicologa

**Vanessa Paladini**  
Psicologa

### RIASSUNTO

Il Disturbo dello Spettro Bipolare ed il Gioco d'Azzardo Patologico molto spesso si presentano in comorbidità, suggerendo l'ipotesi che tra i due disturbi possano essere rintracciate modalità di funzionamento condivise.

A partire da un'analisi cognitivista, gli autori intendono delineare i principali aspetti che accomunano e differenziano i due disturbi.

### PAROLE CHIAVE

Bipolar Disorder, Gambling, Craving, Ricompensa, Addiction, Distorsioni Cognitive.

### INTRODUZIONE

Il disturbo bipolare è una condizione severa caratterizzata dall'alternanza di fasi "polari" nelle quali si verificano depressione da un lato, ed euforia dall'altro, i due intervallati da periodi di umore stabile. Con il termine "Spet-



tro Bipolare” si intende evidenziare un insieme eterogeneo di disturbi bipolari che hanno in comune la fluttuazione dell’umore, la facilità di ricadute, l’andamento cronico, e la remissione dalla patologia attraverso l’intervento psicofarmacologico e psicoterapico. Nell’escalation dell’eccitazione maniacale si giunge a uno stato che appare caratterizzato, oltre all’umore elevato, anche dall’ingaggio in attività ludiche d’azzardo.

A tal proposito, il Gioco d’Azzardo Patologico rientra all’interno della categoria delle new addictions, così come riferito nel DSM V (DSM, APA 2013), costituite sostanzialmente da due caratteristiche: il non poter fare a meno della sostanza (se si parla di dipendenza patologica), o non poter rinunciare a un comportamento senza sperimentare disagio, in quanto il prodot-

to e quel comportamento assumono centralità nella vita del soggetto, che non ha più senso se non senza l’oggetto di dipendenza. Gli elementi che accomunano tutti i tipi di dipendenze patologiche riguardano l’impossibilità di resistere all’impulso di poter sperimentare quel comportamento specialmente durante la fase iniziale della dipendenza (la c.d. “luna di miele”), *craving*, ovvero la sensazione crescente di tensione e desiderio che precede l’attuazione del comportamento, la tolleranza, ossia la progressiva necessità di aumentare il tempo dedicato al comportamento per ottenere l’effetto piacevole, il quale tenderebbe ad esaurirsi, e infine discontrollo e astinenza. Tra i fattori di rischio più comuni che in qualche modo possono predisporre l’individuo all’attuazione di certi comportamenti si annoverano impulsività, difficoltà nella regolazione emotiva, attaccamento insicuro, inad-



guato ambiente di sviluppo genitoriale, *sensation seeking*. Entrambi i disturbi condividono in generale alcune somiglianze, specialmente per quanto riguarda l'impulsività e la sensazione di euforia che attiverebbe alcune regioni cerebrali deputate alla gratificazione e alla ricompensa (circuiti del reward), tuttavia è giusto evidenziare che oltre alle variabili di natura sociale che possono influire sullo sviluppo e sul mantenimento del disturbo, nel disturbo bipolare non si può prescindere dall'evidenziare una forte componente genetica che potrebbe influenzare l'outcome dei pazienti, anche se non in maniera assoluta.

Nel GAP inoltre rivestono un ruolo molto importante il fattore distorsioni cognitive, che possono rappresentare uno dei bersagli cardine per il trattamento di alcuni pazienti.

## METODO

La ricerca per la presente review è stata effettuata utilizzando i motori di ricerca Google Scholar e PubMed, il database MEDLINE e la rivista *Journal of Affective Disorders*.

Sono stati selezionati alcuni dei principali studi che hanno indagato la fenomenologia dello "spettro" bipolare e del gambling, unitamente ai principali studi che indagano le principali distorsioni cognitive di entrambi i disturbi, per capire come queste incidono nello sviluppo e nel loro mantenimento, che rappresentano determinanti fondamentali per l'outcome dei pazienti. Si è posta attenzione alle principali analogie e alle differenze relative ai fenomeni cognitivi sottostanti DB e GAP.

Le parole chiave utilizzate sono state: *bipolar disorder, gambling, craving, impulsività, ricompensa, addiction, distorsioni cognitive*.

## RISULTATI

### Gambling e distorsioni cognitive

Secondo la prospettiva cognitivista il distur-

bo da gioco d'azzardo è legato a distorsioni cognitive, ossia modalità disfunzionali di elaborazione delle informazioni che mantengono comportamenti problematici e che portano il soggetto a reiterare il gioco nonostante le continue perdite. Uno studio condotto nel 2016 (Romo, 2016), ha evidenziato che l'aumento delle distorsioni cognitive nel gioco d'azzardo siano correlate alla gravità del comportamento, infatti più quest'ultimo aumenta, più aumenta l'intensità della distorsione legata al gioco.

Nello specifico, Fortune e Goodie (2012), partendo dal lavoro di Kahneman e Tversky (1979) che tratta tre euristiche fondamentali (la rappresentatività, la disponibilità e l'ancoraggio e regolazione), evidenziano le principali distorsioni cognitive derivanti da tali euristiche. Dall'euristica della rappresentatività deriverebbero l'errore del giocatore d'azzardo o *gambler's fallacy* (ovvero quando un evento generato dal caso devia dalla media, l'evento opposto viene giudicato più probabile), *overconfidence* (ossia un'aumentata fiducia nelle proprie capacità non supportata da fatti reali) e la tendenza nella selezione dei numeri (giocatori cercano di applicare nelle loro scelte modelli casuali a lungo termine a stringhe corte). Le distorsioni legate all'euristica della disponibilità risulterebbero essere la correlazione illusoria (che nel GAP porta alla convinzione comune che la fortuna personale possa avere un impatto sugli esiti causali creando così associazioni ingiustificate tra due variabili non correlate), la disponibilità delle vincite altrui (quando un giocatore sente vincere altri giocatori si rafforza la credenza che la vincita sia un evento regolare e che quindi si vince se si continua a giocare) ed i bias di memoria (che permettono ai giocatori d'azzardo di riformulare le loro memorie riguardo al gioco in un modo che si concentra sulle esperienze positive e quindi le vincite, e non tiene conto di quelle negative, ossia delle perdite).

---

Fortune e Goodie (2012) riscontrano altresì nel giocatore d'azzardo delle distorsioni cognitive che non derivano da euristiche, vale a dire l'illusione di controllo (per cui vi è l'aspettativa di una probabilità di successo personale che è superiore della probabilità oggettiva) e il cosiddetto *switching and double switching* tale per cui i giocatori riconoscono errori e processi relativi al gambling in modo razionale quando non vi partecipano attivamente, ma abbandonano questo pensiero quando prendono parte in prima persona al gioco.

### **Disturbo bipolare e distorsioni cognitive**

Lo stato mentale che caratterizza gli episodi depressivi è quello della perdita, mentre quello che più caratterizza gli episodi di eccitazione maniacale e ipomaniacale è quello della potenzialità personale, colorato dalle emozioni di euforia e irritabilità (Mancini & Rainone, 2008).

Partendo dal modello cognitivo di comprensione e di trattamento dei disturbi dell'umore di Beck (Beck, 1967) il pensiero del soggetto nella fase depressiva presenterebbe sia la "triade cognitiva negativa" sia alcuni caratteristici errori nell'elaborazione delle informazioni inducono ad ipergeneralizzare, a pervenire a conclusioni negative, ad interpretare gli eventi in termini di tutto o nulla, e infine all'eccessiva autocolpevolizzazione (Onofri & Tombolini, 1990); le distorsioni cognitive, oltre ad alimentare l'immagine negativa racchiusa nella triade, avrebbero anche un'influenza decisiva non solo sull'affettività (rinforzandone la tonalità depressiva), ma anche sulla qualità stessa dei ricordi. La mania invece, connotata dallo stato mentale della potenzialità da cui il soggetto non riesce ad uscire (e spesso non vuole), è caratterizzata da una triade positiva relativa a sé, al mondo ed al futuro e da distorsioni cognitive positive che caratterizzano il pensiero iperpositivo, vale a dire la propensione a giungere a conclusioni positive ("posso fare qualsiasi cosa"), sottostimare i rischi ("non è pericolo-

so"), minimizzare i problemi ("nulla può andare male") e ricerca della gratificazione immediata; come nella depressione, gli errori cognitivi finiscono per fornire un *bias confirmatorio* della triade cognitiva, in questo caso positiva (Saracino & Rainone, 2008).

### **Neurofisiologia**

La ricerca sul DAG ha utilizzato i medesimi paradigmi adottati dalla ricerca sulle addiction. Un dato rilevante, emerso da ricerche di neuroimaging, indica che anche in soggetti non patologici, gli eventi di vincita e di sfiorata-vincita, attiverebbero le medesime aree del circuito di ricompensa (circuiti striatali e l'insula) anche in assenza di ricompensa; inoltre nei giocatori d'azzardo e nei soggetti sani si assiste ad una maggiore attivazione del nucleo accumbens sinistro per gli eventi di vincita, con una minore deattivazione nei giocatori patologici, in presenza di perdita monetaria (Bellamoli, Zoccatelli et al., 2012). Nei giocatori d'azzardo è stata osservata una maggiore attivazione rispetto ai controlli nelle aree che sottendono la motivazione per immagini legate al gioco (Bellamoli, Zoccatelli et al., 2012). La capacità di prendere decisioni risulta deficitaria, con una tendenza ad assumere scelte rischiose e/o non adattandole sulla base di conseguenze negative, come è emerso da alcune prestazioni allo Iowa Gambling Test, mediate dal funzionamento della corteccia ventro-mediale prefrontale compromesso nel DAG (Coriale, Ceccanti et al., 2015). È da evidenziare inoltre che il rilascio di dopamina nello striato, durante un gioco d'azzardo avviene indipendentemente dal risultato del gioco, sia in giocatori d'azzardo, sia nei controlli, suggerendo che la sola aspettativa di vincita induca gratificazione (Bellamoli, Zoccatelli et al., 2012).

Nei soggetti con DB, gli studi di neuroimaging hanno indicato pattern di attività elevata da parte dell'amigdala in risposta a stimoli emotivi e attività anormalmente ridotta nelle



regioni corticali prefrontali laterali e mediali che supportano l'elaborazione e la regolazione delle emozioni; inoltre un'attività anormale del circuito neurale deputato all'elaborazione delle emozioni è stata osservata anche durante l'esecuzione di compiti cognitivi suggerendo che in questi soggetti è presente un aumento della percezione della salienza emotiva anche in contesti non emotivi (Phillips & Swartz, 2014).

Relativamente al circuito della ricompensa, nei soggetti con DB, è stato osservato un aumento dell'attività nei circuiti striatali (nucleo accumbens) in risposta a segnali di ricompensa e nella corteccia orbitofrontale sinistra (deputata alla codifica del valore della ricompensa), che spiegherebbero la sensibilità alla ricompensa da parte di queste persone (Phillips & Swartz,

2014). Studi neuroanatomici hanno rilevato una diminuzione nello spessore corticale e nel volume della sostanza bianca dei circuiti deputati all'elaborazione ed alla regolazione delle emozioni, anche la dimensione di amigdala ed ipocampo è risultata ridotta, riguardo il circuito della ricompensa è stato osservato un volume alterato nei nuclei striatali. (Phillips & Swartz, 2014)

### CONCLUSIONI

Le principali analogie tra DB e GAP si possono rintracciare nel binomio che oscilla tra illusione e disperazione (la prima derivante dallo stato mentale che implica la tendenza a realizzare le potenzialità personali sentite senza possedere un piano d'azione specifico e la seconda invece dallo stato mentale della perdita)[Mancini & Rainone, 2008], nella ricerca della gratificazione



---

immediata, nella minimizzazione dei problemi e nell'attivazione delle stesse aree del cervello legate alla ricompensa, sia nella fase maniacale sia nell'impulso al gioco (Avanzi, 2018).

I comportamenti legati al gioco d'azzardo patologico si verificano perlopiù durante la fase maniacale e si pensa possano essere correlati ad un aumento dell'impulsività legata all'eccitazione tipica di questa fase.

Una delle principali differenze tra DB e GAP potrebbe essere rintracciata nel fattore vulnerabilità: i fattori psicosociali contribuiscono allo sviluppo, decorso, ed espressione del disturbo bipolare, così come anche specifici eventi di vita in interazione con supporto sociale scarso. (Rainone, 2008)

Tuttavia, la vulnerabilità genetica nel disturbo dell'umore può essere associata a particolari stili cognitivi e comportamentali, come esposizioni ad avvenimenti negativi. Ciononostante, gli studi che riguardano l'associazione tra fattori ambientali destabilizzanti e genetica riguardano principalmente ambienti familiari in cui vi è predisposizione genetica al disturbo. (Rainone, 2008)

### **Gambling e distorsioni cognitive**

Gli studi che hanno indagato il legame tra gambling e distorsioni cognitive hanno evidenziato come quest'ultime siano rilevanti per la comprensione dei meccanismi alla base del disturbo, e potrebbero essere dei bersagli cardine per il trattamento. Le distorsioni legate a questa tipologia di disturbo possono trovarsi in concomitanza anche con altri disturbi psichiatrici; si è visto infatti come i disturbi d'ansia ad esempio possono influenzare e addirittura complicare i risultati del trattamento (Echeburua & Fernandez-Montalvo, 2005).

È stato visto anche come nel GAP il gioco potrebbe essere anche una strategia di coping di-

sfunzionale per fronteggiare stati emotivi negativi, o al contrario una modalità per ricercare stati emotivi desiderati. (Ferrari, 2015); questo ci permette di comprendere come la mente umana non segue tanto i ragionamenti razionali legati alla probabilità e alla matematica, bensì fa ampio impiego di euristiche, scorciatoie di pensiero secondo criteri di economicità e semplicità, che non hanno nulla a che vedere con il ragionamento logico. Un effetto di come le emozioni influenzano il processo decisionale, in particolare per il giocatore, è rappresentato dall' *hot-cold empathy gap* (Loewenstein, 1996): se quando non c'è un alto coinvolgimento emotivo il giocatore è più portato a scegliere una strategia di tipo "conservativo" per fronteggiare la perdita, le emozioni che questa provoca spingono i partecipanti a compensare lo stato emozionale negativo, cercando la vincita riparatrice.

### **Disturbo bipolare e distorsioni cognitive**

Gli studi che hanno indagato la correlazione tra disturbo bipolare e distorsioni cognitive mettono in evidenza il fatto che la nostra mente funziona per scorciatoie di pensiero che, come già detto, possono portare a conclusioni errate. Queste valutazioni caratterizzano la struttura della mente dell'individuo, conformandosi come modalità di ragionamento stabili e rigide, tipiche di uno stile di pensiero individuale (Longo, 2019).

Nella fase depressiva e maniacale si alternano differenti modalità di pensiero caratterizzate da un progetto di vita povero e afinalistico da un lato, e dalla presunzione di un aumentato potere personale dall'altro.

Partendo dal principio secondo cui nella depressione si sviluppano degli schemi maladattivi caratterizzati dalla triade cognitiva (Beck, 1974) sul sé, sul mondo e sul futuro, è possibile asserire due ipotesi sul disturbo bipolare: la prima, che i pazienti bipolari possiedono anche stili cognitivi



e schemi di sé positivi che incrementano il rischio mania/ipomania di fronte a un evento percepito positivamente; la seconda invece, che i soggetti bipolari manifestano la propria vulnerabilità attraverso episodi maniacali/ipomaniacali. (Rainone, 2008)

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), Washington, D.C. (2013), (trad. it.: DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, Raffaello Cortina, Milano, 2014);
- Bellamoli, E., Zoccatelli, G., Alessandrini, F. e Serpelloni, G. (2012). Neuroimaging del gioco d'azzardo patologico: anomalie cerebrali e alterazioni dei meccanismi neuropsicologici. In G. Serpelloni, F. Alessandrini, G. Zoccatelli e C. Raimondo (a cura di), *Neuroscienze delle Dipendenze: il Neuroimaging. Manuale per gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze* (pp.443-460). Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Coriale, G., Ceccanti, M., De Filippis, S., Falletta Caravasso, C. e De Persis, S. (2015). Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento. *Rivista di Psichiatria*, 50 (5), pp.216-227;
- D. De Filippis, (2020), Distorsioni cognitive e gambling: gli effetti del trattamento residenziale sui pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico, *State of Mind*, Il giornale delle scienze psicologiche;
- Ejova, A., Delfrabbro, P.H., Navarro, D.J. (2015). Erroneous Gambling-Related Beliefs as Illusions of Primary and Secondary Control: A Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Gambling Studies*, 31, 133-160;
- Fernie, B.A., Caselli, G., Giustina, L., Donato, G., Marcotriggiani, A., Spada M.M. (2014). Desire Thinking as a Predictor of Gambling. *Addictive Behaviours*, 39(4), 793-796;
- Ferrari A., (2015), *Gioco d'azzardo tra cognizioni, emozioni e pseudo strategie: una sfida alla razionalità*, State of mind;
- Fortune E., Goodie A.S. (2012), *Cognitive Distorsion as a Component and Treatment Focus of Pathological Gambling: A Review*, American Psychological Association DOI: 10.1037/a0026422; Mancini F., Raionone A. (2008), *Bloccati tra illusione e disperazione. Una nuova ipotesi cognitivista sul disturbo bipolare*, ResearchGate; Beck A. (1967), *La depressione*, Boringhieri, Torino;
- Kahneman D., Tversky A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291;
- Longo S., Tronci A. (2011), *Lo spettro bipolare, manuale di auto aiuto sul disturbo bipolare per pazienti, familiari e gruppi di Auto Mutuo Aiuto*, Fioriti Editore;
- Bruni M., (2014), *Le distorsioni cognitive nel gioco d'azzardo patologico: quali sono e come agiscono*, State of Mind;
- Onofri, Tombolini (1990), *La prospettiva cognitivo-evolutiva nella comprensione dei disturbi depressivi*, *Psicobiettivo*, 2, 9-24;
- Phillips, M. L., Swartz, H. A. (2014). A critical appraisal of neuroimaging studies of bipolar disorder: toward a new conceptualization of underlying neural circuitry and roadmap for future research. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), pp. 829–843;
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 51;
- Saracino A., Rainone A. (2008), *Presupposti teorici e modelli cognitivi del disturbo bipolare*, *Cognitivismo clinico*;
- Sthal S.M. (2013), *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*, Cambridge University press.
- Strakowski S., Eliassen J.C. et al. (2011), fMRI brain activation in bipolar mania: Evidence for disruption of the ventrolateral prefrontal-amygdala emotional pathway, *Biol Psychiatry*.



# STRESS LAVORO-CORRELATO TRA LE FILA DELLA POLIZIA PENITENZIARIA

*Io credo nel lavoro, nel duro lavoro  
e nelle lunghe ore di lavoro.*

*Gli uomini non collassano per l'eccesso di lavoro,  
ma per la preoccupazione e l'esaurimento*

**Charles Evans Hughes**

**Giurista e politico statunitense del '900**

## **IL RISCHIO PSICO-SOCIALE NEL CORPO DI POLIZIA PENITENZIARIA**

Da relativamente poco tempo la professione svolta dagli Agenti di Polizia Penitenziaria, in qualità di Forza dell'Ordine, è stata annoverata tra le cosiddette *'helping professions'*, prima non contemplata in quanto mancante (Perlman, 1979) di quelle componenti indispensabili per ritenerla tale.

Per 'professioni d'aiuto' si intendono quelle categorie professionali in cui si innesca una relazione di aiuto e sostegno, funzionale a fornire un tipo di servizio ad una specifica utenza, portatrice di una richiesta e/o bisogno; si pensa al comparto sanitario nelle sue diverse articolazioni.

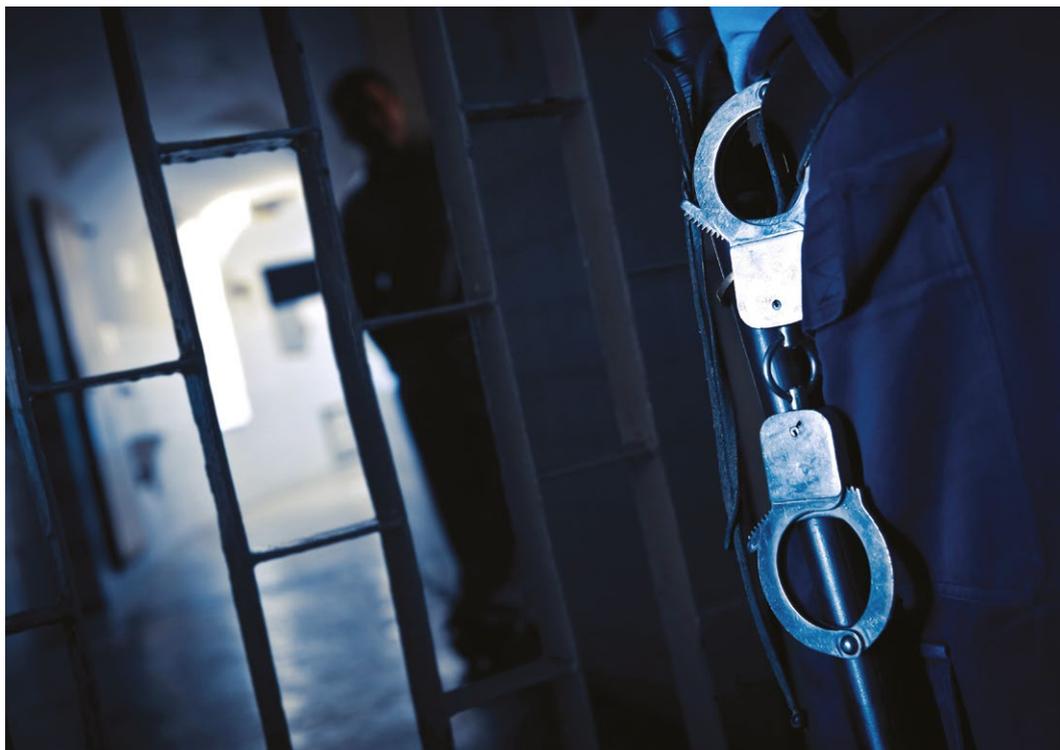
È da rilevare, tuttavia, che è proprio la relazione instaurata tra gli Agenti e i diversi interlocutori con cui sono chiamati a confrontarsi, in primis detenuti, ma anche superiori, altri operatori che operano nel contesto carcere, ambiente lavorativo con le sue criticità, ad esporre i primi ad un livello marcato di 'Rischio psico-sociale'.

In altre parole è proprio il reiterato e persistente contatto, in particolare con i detenuti, utenza estremamente richiedente e problematica per condizioni di vita e vissuti esperiti, "ad influire in maniera significativa sulle capacità relazionale degli Agenti in un percorso perverso che può sfociare nella perdita di autostima, nella depersonalizzazione, nell'esaurimento emo-

**Annalia Palmisano**

Psicologa Psicodiagnosta

Agente di Polizia Penitenziaria presso la  
Casa Circondariale 'F. Rucci' - Bari



tivo: in sintesi, nel 'cortocircuito' del *Burnout*" (Monti, 2012).

Appare evidente che quella dei Poliziotti Penitenziari, dunque, costituisca una delle categorie professionali più sottoposte a stress e più facilmente vittima di disturbi psicosomatici e psicologici (Goodman, 1990).

L'Agente di Polizia Penitenziaria, infatti, è esposto a specifiche condizioni stressanti, tra cui contatti relazionali, a volte delicati e critici, con diversi tipi di interlocutori; turni di lavoro impegnativi, caratterizzati da orari irregolari e consistenti straordinari; potenziali e non minacce di violenza fisica e verbale, con relativi rischi concreti per la propria incolumità, in occasione di eventi critici, e ovviamente la struttura gerarchica, dettata dall'organizzazione di stampo militare (Greller & Parsons, 1988).

### **LO STRESS E LE SUE FONTI: GLI STRESSORS**

Dalla letteratura emergono evidenze per cui gli Agenti di Polizia costituiscono una categoria a rischio di stress lavorativo, le cui conseguenze sono ravvisabili negli alti tassi di divorzio, alcolismo, problemi di salute e suicidio (Mayhew, 2001; Storch & Panzarella, 1996).

Secondo un approccio di matrice psicologica, lo Stress Lavoro-Correlato si configura come 'stato psicologico che si innesca nell'interazione dinamica tra lavoratore e ambiente lavorativo' (Hart & Cooper, 2001; Cox *et al.*, 2000).

All'interno di tale approccio, vi sono 2 filoni di ricerca:

- Approccio **Interazionale** che studia i fattori legati alla micro-organizzazione del lavoro come, ad esempio, i compiti e le mansioni;
- Approccio **Transazionale** che ha il focus su-

---

gli aspetti psicosociali, inerenti alla relazione uomo-ambiente e sui comportamenti umani (Cox *et al.*, 2000)

In sostanza lo Stress Lavoro Correlato si manifesta quando le persone percepiscono un netto squilibrio tra le richieste avanzate nei loro confronti e le risorse di cui dispongono per far fronte alle stesse.

Tali soggetti, di conseguenza, tenderanno a percepire il proprio contesto professionale come molto stressante, data la percezione di non essere in grado di gestire le tensioni causate dall'intensa attività lavorativa.

Uno dei motivi principali per cui si percepisce l'ambiente di lavoro 'stressante' è costituito dalla non congruenza tra interessi del lavoratore e quelli incarnati dall'organizzazione.

La percezione di indifferenza dei propri interessi da parte di quest'ultima spinge il primo ad adottare un atteggiamento di distacco e disinvestimento verso l'organizzazione presso cui lavora, con relativo riflesso in termini di calo della qualità della propria prestazione.

Quando l'organizzazione riscontra tale inefficienza, tende a reagire colpevolizzando il singolo lavoratore, anziché fermarsi a riflettere ed indagare sulla qualità della performance professionale.

In altre parole, lo Stress Lavoro Correlato si configura come 'l'impatto dei compiti affrontati dagli individui durante l'esercizio degli incarichi, ruoli e responsabilità professionali sulla sfera del proprio benessere psico-fisico' (Lazarus & Folkman, 1984).

Tra i modelli 'Interazionali', il più applicato e più consono all'applicazione nell'ambiente carcerario per le sue caratteristiche peculiari risulta quello di Karasek (1979), denominato '*Job Demand - Control*', che basa il suo costrutto su due variabili:

- domanda (alta e bassa), intesa come carico di lavoro, in termini di richieste poste al lavora-

tore, sottoforma di pressione temporale, ritmi, livello di impegno

- controllo (alto e basso), inteso come possibilità/autonomia decisionale e *skill discretion* (ampiezza delle abilità richieste), ovvero possibilità dell'individuo di gestire la domanda di cui sopra

Secondo tale modello, queste due variabili, nelle loro due rispettive modalità (alta e bassa), danno vita a quattro possibili situazioni che possono risultare più o meno stressanti per la persona. A titolo esemplificativo, la combinazione 'alta domanda - basso controllo' risulta ad alto *strain* potenziale, mentre la combinazione opposta 'bassa domanda - alto controllo' è classificata a basso *strain*.

Tale modello è stato successivamente ampliato da Johnson e Hall (1988), con l'inserimento della variabile 'supporto' sociale (inteso in ambito lavorativo, sia tra colleghi che tra subalterni e superiori), in modo da poter fare da moderatore fra le altre due e, quindi, degli effetti negativi connessi a condizioni lavorative ad alto *strain* (Portale di Psicologia del Lavoro).

Per quanto concerne le fonti di stress, la letteratura in merito è ricorsa ad una classificazione che prevede due grandi categorie di *stressors*, legati a specifiche caratteristiche del lavoro in Polizia Penitenziaria (Kop, Euwema & Schaufeli, 1999; Patterson, 2001):

- *Job Content*, con riferimento a *stressors* legati al 'contenuto' del lavoro (conflitto/ambiguità di ruolo ed eventi critici);
- *Job Context*, con riferimento a *stressors* connessi al 'contesto' lavorativo (ambiente lavorativo nelle sue diverse declinazioni; natura e qualità carente sul versante comunicativo delle relazioni interpersonali con colleghi pari grado e superiori; supporto sociale deficitario su luogo di lavoro; stile di *leadership* orientata al compito a svantaggio dell'aspetto relazionale)



Tra gli *stressors* afferenti alla prima categoria individuata, è possibile annoverare in primis il conflitto di ruolo che molto spesso il personale di Polizia Penitenziaria sperimenta.

In seguito alla legge n. 395 del 1990, che ha costituito una vera e propria riforma in termini di ridefinizione del Corpo in questione, all'Agente di Polizia Penitenziaria è stata attribuita una duplice mansione: il mantenimento dell'ordine e della sicurezza nel contesto carcerario e la presa in carico emotiva dell'individuo recluso, in termini di partecipazione al percorso rieducativo.

Alla luce di ciò appare ragionevole pensare che la percezione del proprio ruolo professionale sia divenuta 'dicotomica'; pertanto oggi il Poliziotto Penitenziario sembra assumere i tratti di una figura 'ibrida', alla quale viene chiesto a livello di compito istituzionale di adottare due approcci lavorativi, repressivo e riabilitativo, generando così un palese conflitto nella messa in atto delle pratiche operative (Piccirillo, 2019).

Oltre al conflitto di ruolo, degni di nota sono gli Eventi Critici che l'Agente si trova, sovente, ad affrontare e sono potenzialmente in grado di scatenare problematiche cliniche di varia entità, fino al Disturbo Post-Traumatico da Stress (DSPT).

Mayhew (2001) e Patterson (2001) sottolineano come gli Eventi Critici possano essere rappresentati da un'aggressione subita, dall'uccisione e ferimento di terzi e, persino, dal suicidio di un collega.

Loo (2001) evidenzia che le reazioni dell'appartenente a questo Corpo di Polizia alla notizia del suicidio di un collega possono essere variegata, infatti comprendono: angoscia, sentimenti di impotenza, depressione, abbandono, solitudine, senso di colpa per non aver saputo prevenire ed evitare l'evento, ideazione suicidaria (effetto contagio), abuso d'alcol e di sostanze stupefacenti, alterazioni nel sonno e nell'assunzione di cibo, disfunzioni sessuali, infine rabbia nei con-

fronti del suicida, del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, degli altri colleghi e dei media.

Nella seconda categoria confluiscono, invece, gli *stressors*, legati al contesto del lavoro, in particolare all'aspetto organizzativo e amministrativo del lavoro, in accordo alle evidenze di letteratura in materia.

Tra le variabili organizzative ad alto potere stressogeno vi sono fattori, quali l'ambiente fisico, la natura e la qualità delle relazioni interpersonali, in particolare con colleghi e superiori di grado, il supporto sociale percepito sul luogo di lavoro, la mancanza di comunicazione efficace, uno stile di leadership orientato al compito, a spese dell'orientamento alle relazioni (Piccirillo, 2019).

Aspetto cruciale inerente al contesto carcerario è costituito proprio dall'ambiente fisico di lavoro, rappresentato da edifici e strutture, spesso obsoleti, trascurati, fatiscenti e dotati di impianti di illuminazione ed aerazione non efficienti.

Da evidenze empiriche è stato rilevato come tali variabili possano incidere negativamente sulla concentrazione e sul rendimento del personale.

Per quanto concerne il supporto sociale percepito, Brown *et al* (1999) sottolineano come quest'ultimo abbia un ruolo di mediazione nel ridurre la probabilità di sviluppare vissuti di malessere, sebbene abbia una rilevanza circoscritta. Stephens e Long (2000), altresì, evidenziano come le modalità di comunicazione tra pari e con i superiori costituiscano un fattore di protezione contro lo stress e un buon predittore della salute fisica e mentale.

La natura di tale lavoro e del suo contesto socio-lavorativo, fonte di stress, incrementa la rilevanza che il tempo trascorso al di fuori dalla sfera lavorativa assume in termini di benessere psico-fisico dell'Agente di Polizia Penitenziaria.

In una ricerca condotta da Iwasaki *et al* (2002) è stata evidenziata una correlazione positiva tra

---

le variabili, qualità del tempo extra-lavorativo e benessere psicologico dei Poliziotti.

In ultima analisi si potrebbe asserire che un uso ottimale del tempo libero è in grado di ridurre efficacemente lo stress; ne deriva che la qualità della vita extra-lavorativa può configurarsi come un valido fattore di protezione contro lo stress lavorativo (Piccirillo, 2019).

### **I DUE MACRO FATTORI DI STRESS DEL CORPO DI POLIZIA PENITENZIARIA**

Gli Agenti di Polizia Penitenziaria risultano partecipi e coinvolti nel percorso di rieducazione delle persone detenute.

Ciò costituisce un aspetto di netto cambiamento in merito alle prassi operative degli appartenenti a tale Corpo che ha destato non poche perplessità e confusione.

Nel suo libro Monti (2012), didatta ed esperto in materia di psicologia del lavoro e delle organizzazioni presso la Scuola di formazione per Agenti di Polizia Penitenziaria, sita a Sulmona, sulla scorta della sua grande esperienza a contatto con gli esponenti del Corpo, ha delineato in maniera esaustiva due macrofattori di criticità legati al ruolo degli Agenti, portatori di conseguenze in termini di vissuti stressanti:

- **Ambiguità di funzione**, in particolare tra la valenza di un compito professionale, improntato al mantenimento di ordine e disciplina anche mediante il ricorso a strumenti di restrizione non solo simbolici (cella sprangata, manette ai polsi e altri), ma che contempla anche la partecipazione alla rieducazione del detenuto e conseguente reinserimento in società, riconosciuta normativamente (secondo l'art. 5 della Legge n. 395 del 15/12/1990). Come già sopra accennato, tale legge, oltre ad aver istituito formalmente il Corpo di Polizia Penitenziaria, ha attribuito ad esso una nuova funzione, quella di garantire la rieducazione del detenuto attraverso la sua pena detentiva, partecipando attivamente alle attività di osservazione e trattamento, an-

che nell'ambito di gruppi di lavoro preposti. Ne deriva che l'Agente è chiamato da un lato ad adottare un atteggiamento di autorevole fermezza nel conservare ordine e sicurezza all'interno degli istituti di pena (compito primario ed imprescindibile), dall'altro a dotarsi di una particolare sensibilità nella propria attività d'osservazione e trattamento rieducativo di detenuti e internati. Quella del personale di Polizia Penitenziaria si configura come una 'professione poco visibile, che si svolge in un contesto caratterizzato da un'"inusuale quantità di potere' (Liebling *et al*, 1999), tale da determinare una 'relazione fortemente asimmetrica' con la popolazione detenuta. Agli Agenti spetta il compito di indurre le persone detenute all'obbedienza, nel tentativo di riabilitarle socialmente (Goffman, 1961). Il loro ruolo incarna, infatti, un paradosso istituzionalizzato (Goffman, 1961) ed in esso confluiscono le tensioni ineliminabili tra cura e disciplina, regole e flessibilità (Tracy, 2004). Ciò rende l'esercizio dell'autorità da parte degli Agenti un'incombenza estremamente delicata. Di fatto, il loro mandato istituzionale consiste in una quotidiana attività di *peacekeeping* (Liebling, 1999), portata avanti spesso inconsapevolmente (Hay & Sparks, 1992) e mediante il continuo ricorso a tecniche comunicative e doti relazionali. Contrariamente al senso comune, il fatto di relazionarsi faccia a faccia e su base quotidiana con persone in uno stato di sofferenza, dovuto in primis alla privazione della libertà personale, richiede necessariamente un esercizio sottile e dinamico dell'autorità (Liebling, 2011), costruita attraverso un processo interpretativo che coinvolge tanto gli Agenti quanto le persone detenute (Signori, 2016/2017). Da ciò la necessita di un'adeguata e dedicata formazione professionale e umana; tuttavia ci si scontra con la resistenza al cambiamento, in ragione di una mentalità non affine all'innovazione auspicata.



- **Relazione interattiva a carattere negativo tra i due universi del mondo carcerario, Agenti e Detenuti.** Partendo dal presupposto che tale relazione è calata nel contesto 'carcere' a connotazione 'morale' (Kauffman, 1988), autori quali Colvin (1977) e Kauffman (1988) rintracciano negli Agenti di Polizia Penitenziaria un dualismo di fondo, tale per cui il carcere viene percepito come una realtà nettamente distinta dall'esterno, dunque caratterizzata da propri standard etici. I detenuti sono considerati individui 'altri', non sottoposti agli standard morali convenzionali: dei veri e propri 'fantasmi', come argomenterà Scott (2008) diversi anni dopo. Una rielaborazione ulteriore di questa premessa può essere rintracciata nella proposta di Liebling (2011) di distinguere tra Agenti che adottano una visione cosiddetta 'cinica', per la quale la natura umana ha carattere essenzialmente dualistico, con una netta se-

parazione tra i buoni e i cattivi, e coloro che abbracciano una visione 'tragica' del mondo, che porta a riconoscere ed accettare la complessità e l'imperfezione della natura umana. Come già precedentemente citato, è "la mancanza di occasioni di contatto spontaneo ed autentico tra 'carceriere' e 'carcerato' a rendere difficilmente sanabile il profondo divario interpersonale, causa e conseguenza di divergenze comunicative e disgiunzioni percettive" (Serra, 2000). Non essendo destinatari di adeguata formazione e conseguente responsabilizzazione a comportamenti di empatia o anche solo di relazione con il detenuto, negli Agenti si insinua la percezione di svalutazione da parte dell'Istituzione, per cui adottano il 'rapporto disciplinare' come strumento per arginare la dissonanza avvertita, così che il loro ruolo professionale si appiattisca ad uno puramente repressivo.



Emerge, dunque, la configurazione del Corpo di Polizia Penitenziaria come sistema *overbounded* (sovraccaricato di lavoro), in cui l'Agente può percepirsi limitato e impotente di fronte all'ambiguità stessa delle sue mansioni.

Ciò può riflettersi su atteggiamenti e comportamenti intra ed extralavorativi.

### LE STRATEGIE DI INTERVENTO FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOLOGICO IN UN'OTTICA DI EMPOWERMENT

Alla luce delle diverse fonti di stress, individuate nei paragrafi precedenti, appare di estrema importanza definire alcune strategie di intervento sia a livello individuale che organizzativo, finalizzate da un lato a prevenire l'insorgenza di derive patologiche a livello psicologico, dall'altro a promuovere benessere tra gli esponenti della Polizia Penitenziaria.

Sarebbe auspicabile, in tal senso, l'adozione di un'ottica di *empowerment*, atta a potenziare i fattori di protezione per la salute psico-fisica degli Agenti.

Doveroso risulta un breve ma efficace *excursus* in ambito di Psicologia del lavoro e delle organizza-

zioni attorno al costruito di *empowerment*.

Tale espressione deriva dall'inglese '*to empower*' che significa 'accrescere in potere' e si può concettualizzare come processo attraverso il quale individui e organizzazioni acquisiscono un maggior controllo su questioni per loro vitali, dunque sulla propria vita (Rappaport, 1987).

Emerge, quindi, una duplice declinazione di tale costruito in termini di dimensione personale, ma anche sociale, nel contesto organizzativo.

A partire dagli anni Ottanta, infatti, con il termine *empowerment*, si è concretizzato l'intento di sviluppare una cultura manageriale in grado di favorire l'espressione di tutte le capacità innovative e creative dei dipendenti, che andranno a configurarsi come protagonisti/attori attivi del proprio destino e, conseguentemente, di quello dell'organizzazione (Wilkinson, 1997).

De Carlo (2004) ha delineato in maniera schematica ed efficace (in Tab. 1 di seguito) le diverse tipologie di strategie di intervento a livello individuale ed istituzionale nell'ottica di *empowerment*, come potenziamento dei fattori di resistenza e superamento dello stress.

EMPOWERMENT INDIVIDUALE E ORGANIZZATIVO	
Strategie INDIVIDUALI	Training autogeno con arresto del pensiero e dialogo interno; Analisi dei problemi e <i>Decision Making</i>
Strategie ORGANIZZATIVE	Attenuazione dei rapporti gerarchici
	Introduzione del <i>supervisor</i> , addetto alla rilevazione di potenziali fonti di stress, creazione del senso di gruppo, riconoscimento emotivo del gruppo di lavoro
	Apertura di uno sportello di consulenza che si occupa di sostegno alle problematiche connesse alla quotidianità, strategie gestionali dello stress e delle difficoltà psicologiche connesse alla specifica attività professionale, problemi correlati alla vita di coppia, problemi derivanti da mutamenti degli assetti famigliari (separazioni, lutti, eventi traumatici, violenza domestica), difficoltà di ordine emotivo-relazionale; individuazione di stati patologici (es. disturbi d'ansia, stati depressivi)
	Riconoscimento, supervisione e controllo delle norme informali proprie degli operatori penitenziari (es. la regola dell'affermazione del più forte mediante violenza, la regola dell'assenza di contatti umani per non ingenerare illusioni negli altri)

Tabella 1 - Strategie di *empowerment* Individuale e Organizzativo (De Carlo, 2004)



L'intervento per ridurre lo stress, quindi, deve avvenire a questi due livelli d'azione: individuale ed organizzativo, puntando il focus sulle cosiddette strategie di *coping*.

Esse si configurano come modalità di risposta adattative in merito alle quali è necessaria una preparazione mirata ed una rimodulazione della stessa *forma mentis* dell'organizzazione.

Tali strategie sono di due tipologie: dirette, tese ad eliminare le fonti di stress, ed indirette, tese a tamponare gli effetti delle situazioni stressanti (De Carlo, 2004).

In linea generale, a livello individuale, sono di cruciale importanza metodi di selezione efficace, improntati all'individuazione dei tratti di personalità coerenti con i profili di competenza richiesti.

A questi si dovrebbero affiancare adeguate procedure di addestramento, funzionali a prevenire l'insorgere di problematiche, legate a Stress Lavoro-Correlato, attraverso l'acquisizione di strategie di gestione efficace di potenziali situazioni problematiche.

Di estrema rilevanza risulta essere anche il monitoraggio a lungo termine dello stato psicologico degli Agenti di Polizia Penitenziaria, alla luce delle variegate vicissitudini, che caratterizzano il percorso di vita di ognuno.

Alla stregua delle altre Forze dell'Ordine, sarebbe opportuno disporre l'istituzione di un polo di Psicologia-Psicoterapia anche per il Corpo di Polizia Penitenziaria, con staff composto da figure esperte in materia e appartenenti ad esso, in grado di cogliere a pieno i vissuti e le modalità di reazione di natura problematica dei colleghi.

Tale realtà sarebbe adibita tanto all'iniziale valutazione psicodiagnostica, effettuata all'atto delle prove concorsuali, quanto a controlli clinici a cadenza periodica, diretti a tutto il personale, e in particolar modo a coloro che nel corso della loro carriera manifestino chiari segnali di disagio,

come malesseri generalizzati, insonnia, assenteismo, disinteresse verso il lavoro, cinismo, rigidità di pensiero e di comportamento, tendenza all'irritabilità e all'aggressività.

Un altro *cluster* di interventi potenzialmente efficaci sulla persona potrebbe riguardare l'acquisizione di competenze di matrice psicologica, finalizzate ad una migliore gestione dello stress e orientate all'incremento delle abilità di *team building*, attraverso l'attuazione di percorsi formativi e seminari interattivi (Piccirillo, 2019).

Ciò avrebbe come effetto il consolidamento delle abilità di gestione sinergica in occasione di eventi critici e, di riflesso, del sentimento di solidarietà tra colleghi, che costituisce un prezioso fattore di protezione a favore del benessere psico-fisico.

Per quanto concerne le strategie di intervento a livello organizzativo, sarebbe vantaggioso intervenire in termini di miglioramento di variabili, afferenti all'ambiente fisico, così da innescare un parallelo riflesso sullo stato psicofisico degli Agenti.

La letteratura scientifica evidenzia l'importanza della comunicazione efficace tra pari e con i supervisori; a tale proposito, Lucchetti (2003) asserisce che modalità di comunicazione efficace tra pari grado e con i supervisori rappresentano un fattore di protezione nei confronti dello stress, in particolare a valenza acuta e prodotto in seguito ad eventi critici.

In tale occasione il supporto dei pari, adeguatamente formati all'interno di un programma di gestione di tali eventi, risulta valutato positivamente dai Poliziotti.

Altrettanto importante si rivela, inoltre, il ruolo giocato dai superiori in quanto è stato evidenziato che una loro attenta e oculata gestione delle conseguenze dell'indicente imprevisto, produce una significativa diminuzione delle problematiche psicologiche nei subalterni coinvolti.

L'applicazione di misure di gestione dello stress

e di prevenzione del *Burnout*, attraverso l'attuazione di programmi e strategie di intervento, agiti su aspetti sia organizzativi che individuali, dunque, potrebbe essere di grande beneficio per il benessere del personale del Corpo, ma anche per l'istituzione e le sue funzioni, in termini di perseguimento sinergico di un obiettivo comune.

A tal proposito emerge da evidenze empiriche che il costrutto del *Burnout* ha un andamento inversamente proporzionale rispetto a variabili come l'aggiornamento e l'esperienza acquisita (Leiter, 1988).

In ultima analisi, data la complessità dei fattori in gioco, solo un approccio integrato su tutti i livelli è in grado di produrre risultati di rilievo e consolidati nel tempo, con beneficio indiretto per la collettività tutta.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Brown J., Fielding J. & Grover J. (1999). *Distinguishing traumatic, vicarious and routine operational stressor exposure and attendant adverse consequences in a sample of police officers*, «Work and Stress», n. 13, pp. 312-325.
- Colvin E. (1977). *Prison Officers: A Sociological Portrait of the Uniformed Staff of an English Prison*, Unpublished PhD thesis, University of Cambridge
- Cox T., Griffiths A., Barlowe C., Randall R., Thomson L. & Rial-Gonzalez E., (2000). *Organisational interventions for work stress: A risk management approach*. HSE Books, Crown Copyright, Norwich
- De Carlo N.A. (2004). *Teorie e strumenti per lo psicologo del lavoro e delle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano, p. 57
- Goffman E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other Inmates*, New York, Anchor Books.
- Goodman A.M. (1990). *A model for police Officer burnout*, Journal of Business and Psychology, vol 5, pp. 85-99.
- Hart P.M. & Cooper C.L. (2001). *Occupational Stress: Toward a More Integrated Framework*. In N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil, & C. Viswesvaran (Eds), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology* (vol 2: Personnel Psychology). London: Sage
- Hay W. & Sparks R. (1992). *What is a Prison Officer?*, Key to commonwealth corrections, n. 19.
- Iwasaki Y., Mannell R.C., Smale B.J.A. & Butcher J. (2002). *A shortterm longitudinal analysis of leisure coping used by police and emergency response service workers*, «Journal of Leisure Research», vol. 34, n. 3, pp. 311-339.
- Johnson J.V. & Hall E.M. (1988). *Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population*. American Journal of Public Health, 78, 1336-1342.
- Karasek R.A. (1979). *Job demands, job latitude, and mental strain: Implications for job redesign*. Administrative Science Quarterly Vol. 24, n. 2, pp. 285-308.
- Kaufmann K. (1988). *Prison Officers and Their World*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Kop N., Euwema M. & Schaufeli W. (1999). *Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police Officers*, «Work & Stress», vol. 13, n. 4, pp. 326-340.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer.
- Leiter M.P. (1988). *Burnout as a function of communication patterns*, Group and Organization Studies, 13, 111-128.
- Liebling A., Price D. & Elliott C. (1999). *Appreciative inquiry and relationships in Prison*, Punishment & Society, vol. 1, n. 1
- Liebling A. (2011). *Distinctions and distinctiveness in the work of Prison Officers: legitimacy and authority revisited*, European Journal of Criminology, vol. 8, n. 6.
- Loo R. (2001). *Effective postvention for police suicide*, «The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies», vol. 2, Rivista on line <http://www.massey.ac.nz>.
- Mayhew C. (2001). *Occupational health and safety risks faced by police Officers*, «Trends & Issues in Crime and Criminal Justice», n. 196,



- Australian Institute of Criminology, Canberra.
- Monti M. (2012). *Il rischio psicosociale nel corpo di Polizia Penitenziaria*, Roma, Laurus Robuffo Editore.
  - Patterson G.T. (2001). *The relationship between demographic variables and exposure to traumatic incidents among police officers*, «The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies», n. 2, Rivista on line <http://www.massey.ac.nz>.
  - Perlman H. (1979). *Relationship; The Heart of Heling people*, Chicago Press, Chicago.
  - Piccirillo, J. (2019). Stress e salute negli operatori di Polizia Penitenziaria: l'importanza della prevenzione. *Psicopuglia - Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia*, 24, 154-161.
  - Rappaport J. (1987). *Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory of community psychology*, *American Journal of Community Psychology*, vol. 15, pp. 121-144.
  - Scott D. (2008). *Creating ghosts in the penal machine: Prison Officer occupational Morality and the techniques of denial*. In Bennett J, Crewe B and Wahidin A (Eds.) *Understanding Prison staff*. London: Willan Publishing.
  - Serra C. (2000). *Psicologia Penitenziaria. Sviluppo storico e contesti psicologico-sociali e clinici*, Giuffrè Editore, Milano.
  - Signori R., *Polizia Penitenziaria e Sorveglianza Dinamica in carcere. Le risposte ai cambiamenti organizzativi e l'impatto sul benessere del personale*, Tesi di Dottorato, Milano, aa. 2016/2017, Stefanazzi S.
  - Stephens C. & Long N. (2000). *Communication with police supervisors and peers as a buffer of work-related traumatic stress*, «Peace Research Abstracts Journal», vol. 37, n. 5.
  - Storch J.E. & Panzarella R. (1996). *Police stress: State-trait anxiety in relation to occupational and personal stressor*, «Journal of Criminal Justice», vol. 24, n. 2, pp. 99-107.
  - Tracy S.J. (2004). *The construction of correctional Officers: Layers of emotionality behind bars*, *Qualitative Inquiry*, vol. 10, n. 4.
  - Wilkinson A. (1997). *Empowerment: Theory and Practice*, *Personnel Review* 27(1): pp. 40-56.

#### RIFERIMENTI SITOGRAFICI

- [https://poliziapenitenziaria.gov.it/polizia-penitenziaria-site/it/compiti\\_attribuzioni.page](https://poliziapenitenziaria.gov.it/polizia-penitenziaria-site/it/compiti_attribuzioni.page) [Compiti e Attribuzione del Corpo di Polizia Penitenziaria, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero della Giustizia]
- <https://psicologiadellavoro.org/modelli-teorici-di-riferimento-dello-stress-sul-lavoro/> [Modelli teorici di riferimento dello stress sul lavoro, Psicologia del lavoro]



# ELOGIO DELLA FRAGILITÀ IL DOLORE COME OPPORTUNITÀ ESISTENZIALE ED ESPERIENZA CREATIVA

**Rosa Claudia Altieri**

Dott.ssa in Psicologia Clinica,  
Tutor DSA/BES

## RIASSUNTO

Il presente lavoro si configura essenzialmente come un elogio della fragilità con cui l'autrice si prefigge di destrutturare la concezione di forza comunemente intesa, strettamente legata alla produttività e al successo sociale ed identificata con la totale assenza di timori, insicurezze o limiti soggettivi, per sostituirla con un concetto di forza più vicino alla concezione psicologica della *resilienza*, (dal latino: *resilire*, comp. di *re-* "indietro" e *-salire* "saltare"; quindi "rimbalzare, saltare indietro") che implica la capacità di ristrutturare le proprie potenzialità umane ed esistenziali proprio *a partire* dagli eventi traumatici e dalle avversità della vita. La possibilità di fare, cioè, un "salto indietro" per poter poi balzare in avanti verso nuovi modi di *Essere ed essere-nel-mondo*.

Il dolore si delinea in questo senso come un'opportunità esistenziale, piuttosto che un ostacolo

o un inconveniente da temere e da cui rifuggire, cioè come la possibilità di ampliare i propri orizzonti per giungere al nucleo più profondo e più autentico della propria identità e dell'esistenza stessa.

Adottando un metodo patografico, l'autrice ha analizzato il lavoro di Karl Jaspers per giungere poi ai contributi di Borgna, con lo scopo di delineare l'arte, così come la follia, come la possibilità di superare i confini rassicuranti, ma restrittivi, in cui solitamente ci rinchiudono le abitudini e l'illusoria stabilità della vita quotidiana, permettendoci di fare esperienza di nuove, latenti, espressioni creative.

## IL RAPPORTO TRA GENIO E FOLLIA IN KARL JASPERS

Al rapporto tra patologia ed arte, dedica particolare attenzione Karl Jaspers in un saggio del



1922, "Strindberg und Van Gogh", che analizza nello specifico quel legame peculiare che intercorre tra quella che Jaspers definirebbe la "condizione-limite" schizofrenica, e la genialità come possibilità estrema lungo il percorso verso la "trascendenza".

Nell'ambito della riflessione sulla dimensione tragica dell'esistenza, infatti, intesa come via principale che conduce alla trascendenza, si iscrive il linguaggio dell'arte che si configura, come direbbe lo stesso Jaspers, come quella «cifra metafisica» che permette di «illuminare il faticoso cammino che spinge l'uomo alla ricerca della propria autorealizzazione»; di rivelare, cioè, l'essere autentico che si dispiega nell'abisso della situazione-limite, quindi l'intima sofferenza e la lotta esistenziale che, seppur immanenti alla natura umana, assumono carattere particolarmente tragico nella dimensione patologica. Partendo da una profonda rivoluzione che ha

investito il mondo psichiatrico, cominciata all'inizio del Novecento, Jaspers pone le basi per una nuova psicopatologia che volge lo sguardo essenzialmente all'interiorità dei pazienti, piuttosto che all'eziopatogenesi della follia e alle sue manifestazioni esterne, e che quindi assume come fulcro della propria riflessione le soggettive attribuzioni di senso dei vissuti psicotici così come essi vengono interpretati ed esperiti dal singolo soggetto. Jaspers si propone, dunque, di superare la tradizione psichiatrica organicistica che, al contrario, si focalizza sulle disfunzioni biologiche della malattia mentale considerata essenzialmente come malattia fisiologica, organica appunto, e quindi strutturale più che funzionale, costituendosi come il fondatore ed uno fra i più influenti esponenti della Psicopatologia Fenomenologica. Jaspers sottolinea, infatti, l'importanza di scendere nell'abisso esistenziale del paziente, andando oltre la mera classificazione nosografica, per immergersi nel vissuto sogget-

---

tivo del mondo in cui egli vive e per comprendere il modo peculiare in cui il paziente si rapporta ad esso. Come sottolinea lo stesso autore: «Nella psicopatologia, è dannoso credere di dovere semplicemente apprendere la materia; non si deve imparare la psicopatologia, ma si deve imparare ad osservare psicopatologicamente, a porre problemi psicopatologicamente, ad analizzare e riflettere psicopatologicamente» (K. Jaspers, 1964, p.V).

In particolare, con "Strindberg und Van Gogh" (1922), l'autore propone un'immagine inedita della schizofrenia, intesa non come mero disfacimento psichico, ma come possibilità esistenziale: l'opportunità, cioè, di entrare in contatto con il vissuto profondo e di portare alla coscienza la scissione delle diverse componenti costitutive dell'essere, quel vissuto di rottura e di disgregazione intimamente connesso all'esistenza umana. Come afferma Umberto Galimberti (2001) nella prefazione della traduzione italiana del testo: «Psichiatria e filosofia trovano, in Jaspers, il loro accordo attorno ad una sola parola: la parola è 'Schizofrenia', la mente (Phren) scissa (Schizo) in due mondi, l'uno si rivede e si disperde nell'altro» (U. Galimberti, p. XVI).

In tale ottica si accorcia la distanza che comunemente separa il "normale" dal "patologico" ed il concetto di malattia mentale si spoglia dall'immagine usuale che la vorrebbe associata ad una sterile inettitudine, ad un disfacimento dell'intersoggettività, relegando cioè l'individuo ad una prigione interiore e privandolo di quelle forme linguistiche, dotate di un significato comune e condiviso, che possano fare da ponte tra il vissuto interiore del soggetto e il mondo al di fuori del proprio mondo psicotico. Jaspers sembra, infatti, trovare la chiave per comprendere questa apparente indecifrabilità, per andare oltre «il vero come dipendente dall'esistenza di un fondamento comune nella esperienza del mondo, o piuttosto dalla esperienza di un mondo in comune», come afferma Ballerini (2001), attraverso

una straordinaria forma di compartecipazione della malattia, quest'ultima intesa come una "situazione-limite" dalla quale emerge l'essenza più profonda dell'esistenza umana, e trovando quindi in essa (nella malattia o in un più generico vissuto di sofferenza), un fondamentale punto di unione e di incontro, l'elemento che accomuna ogni essere umano in quanto tale.

Strumento privilegiato di questo nuovo modello psicopatologico, diviene dunque l'empatia, la quale permette di comprendere realmente il vissuto dell'altro attraverso una particolare forma di partecipazione emotiva, «il palpitare della propria anima all'unisono con le vicende altrui», (K. Jaspers, 1964, 2001 p. 24) che consente di provare ciò che il paziente stesso prova come essere umano. Una forma di immedesimazione affettiva, che pur ampliando l'ambito del comprensibile attraverso l'incontro e il dialogo emotivo tra i due poli della relazione terapeutica, tuttavia non riduce mai l'altro (come conseguenza di questa nuova luce di comprensibilità) a mera etichetta suscettibile di essere inserita all'interno di una diagnosi nosologica. Viene riconosciuto, infatti, quell'irrinunciabile limite empatico che consiste nell'impossibilità di raggiungere una totale sovrapposizione con l'altro, in quanto la sua individualità resta sempre "altro da noi", distante da qualsiasi presunzione di comprensibilità assoluta e definitiva (A. Ballerini, 2001). Come esplicitamente affermato nella premessa del suo lavoro patografico, il suo fine è infatti quello di pervenire semplicemente ad una «conoscenza che ci permetta di giungere nel punto da cui è possibile percepire i veri enigmi e prenderne coscienza», in quanto «ogni fatto, compresi quelli della vita spirituale, porta in Sé un elemento che resta incomprendibile», (K. Jaspers, 1964, 2001, p. 1) portando cioè alla luce proprio i limiti della conoscenza. In definitiva, la patologia viene vista come solo uno dei tanti modi possibili di essere ed esistere nel mondo. Partendo da tale imprescindibile peculiarità ed individualità esistenziale, Jaspers giunge quindi ad individuare particolari experien-



ze psichiche che restano per noi inevitabilmente insondabili, poiché molto distanti dal comune funzionamento psichico. La più grave e misteriosa di esse, divenuta nell'immaginario comune l'emblema di ogni vissuto psicotico, è appunto la schizofrenia, di cui Jaspers offre un'affascinante visione d'insieme descrivendola nelle sue svariate e multiformi manifestazioni espressive. Come lo stesso autore spiega, infatti:

«La vita psichica patologica alla quale possiamo partecipare affettivamente è comprensibile in quanto possiamo coglierla in modo evidente come intensificazione o come diminuzione di fenomeni a noi noti o come insorgenza di tali fenomeni senza motivi o ragioni normali. Afferriamo invece la vita psichica schizofrenica in modo insufficiente. In essa insorgono modificazioni più generali, che non possiamo vivere interiormente in modo intuitivo, ma che cerchiamo di afferrare dall'esterno» (K. Jaspers, 1964, 2001, p. 620).

Il soggetto schizofrenico dunque, si allontana gradualmente dalla realtà in cui si dispiega la nostra comune esistenza, ponendosi in una diversa angolazione rispetto al proprio esperire e al proprio sentire; tale difformità cognitiva ed interpretativa confina il soggetto all'interno del proprio mondo psicotico, nella sua peculiare enigmaticità, rendendo sempre più difficoltosa ogni forma di relazione paritetica e comunicazione significativa. E se, come afferma Jaspers, «la comunicazione è la via verso la verità in tutti i suoi aspetti» in quanto «lo stesso intelletto diventa chiaro a se stesso soltanto nella discussione [...]» e di conseguenza «la maniera come l'uomo, in quanto esserci, in quanto spirito, in quanto esistenza, sta o può stare in comunicazione, è quella che rende possibile la rivelazione di ogni altra verità», (K. Jaspers, 1946, p. 26), allora si potrebbe dedurre che l'esperienza di una medesima modalità di percezione, di interpretazione e di esistenza diviene condizione essenziale per l'incontro, la comunicazione e la comprensione

(L. De Fiore, 2013). Tuttavia, è possibile giungere ad una comprensione del vissuto esistenziale dei soggetti schizofrenici attraverso canali di comunicazione diversi, che operano ad un livello più intimo e profondo del vissuto emotivo, in grado di superare i limiti della condizione psicotica per giungere al nucleo essenziale dell'Essere umano, da cui affiora quella peculiare sensibilità che ci permette di differenziarci, pur accomunandoci l'un l'altro. E come afferma Oliver Sacks (1990) nel suo straordinario saggio "Risvegli": «Qual è questo mistero che supera qualsiasi metodo o procedura, e che è essenzialmente diverso dall'algoritmo o dalla strategia? È l'arte», (O. Sacks, p. 312) sottolineando come «il fondamento logico di una terapia 'dell'esistenza'» consista nel «non impartire istruzioni ma ispirare, ispirare con l'arte per combattere l'inerte (che etimologicamente significa 'senz'arte')» (O. Sacks, p. 316). L'arte, dunque, costituisce la più importante di tali vie alternative e privilegiate di comunicazione, la quale permette al soggetto di esplorare le profondità del proprio animo e, allo stesso tempo, ne permette la condivisione colmando l'abisso di incomunicabilità che lo separa dal mondo fuori da sé.

È Jaspers (1922) ad illustrarci in "Strindberg und Van Gogh" le molteplici forme di espressione artistica e le svariate forme di espressione patologica, attraverso l'analisi patografica dei casi di Strindberg e Swedenborg e di quelli ad essi contrapposti di Hölderlin e Van Gogh. Jaspers sottolinea come siano proprio «queste differenze che si vuole mettere in luce», (K. Jaspers, p. 4) mostrando la grande eterogeneità dei sintomi con cui, nell'ambito dei disturbi mentali, una stessa malattia, come la schizofrenia, può manifestarsi. Jaspers sembra porsi, dunque, al timone di un viaggio controcorrente che mira alla ricerca non tanto degli elementi comuni in grado di raggruppare le stesse manifestazioni fenomenologiche sotto una comune etichetta psichiatrica, puramente nosografica, ma che mira piuttosto a cogliere nell'ambito di

---

analoghe alterazioni del funzionamento psichico, quegli elementi in grado di evidenziarne le singolarità, le cui espressioni risultano strettamente correlate alla peculiare personalità e al soggettivo vissuto storico, emotivo e biografico del singolo soggetto. Citando ancora Sacks: «la malattia - il mondo - l'uomo vanno insieme, non possono essere considerati separatamente come cose - a - sé - stanti», in quanto «non c'è nulla di vivo che non sia individuale: la nostra salute è nostra, le nostre malattie sono nostre, le nostre reazioni sono nostre [...] possono essere capite solo se riferite a noi, quali espressioni della nostra natura, del nostro vivere, del nostro esser-ci (Da-sein)» (O. Sacks, 1990, p. 263).

Tale indissolubile legame tra l'insorgere della malattia e le sue manifestazioni con la personalità del soggetto in relazione agli specifici eventi con cui tale personalità viene in contatto nella costruzione della propria specifica storia esistenziale, è messa in luce già dalla prima patografia su Strindberg, il cui «carattere isterico» sottolinea l'autore «non permette di prevedere la malattia che lo attendeva» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 17) ma, tuttavia, i costanti sentimenti di vergogna e rimorso, accompagnati dal timore del rifiuto e del fallimento, rendono il giovane Strindberg sempre più vulnerabile di fronte ad ogni nuova delusione e scacco dell'esistenza, preparando un terreno fertile all'insorgere del disturbo mentale. E la malattia viene, anzi, da Strindberg quasi cercata, molto spesso desiderata, perché almeno «l'idea di essere pazzo attenuava i suoi rimorsi; malato non sarebbe responsabile» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 20), la sua sofferenza avrebbe così avuto un senso, avrebbe acquisito una legittimità ed un riconoscimento sociale e, forse, una maggiore comprensione. Ma, soprattutto, la prospettiva di una condizione patologica gli avrebbe finalmente permesso di poter andare oltre quella percezione di costante fallimento, oltre la sensazione di non essere all'altezza delle sfide esi-

stenziali, laddove la sua particolare sensibilità gradualmente ampliava l'intensità del suo sentire e del suo esperire. La profonda sofferenza, infatti, "lo esaltava", permettendogli di toccare le corde della propria sensibilità e dando vita ad un'intensa attività di immaginazione creativa che volle a tutti i costi concepire in termini patologici, come un'esperienza teatrale delirante e, quindi, folle. Ma, in realtà, «era pazzo? No. Non era che un poeta che aveva composto la sua opera lassù» – nel bosco, brandendo un ramo al posto di una spada e colpendo cespugli ed arbusti, quasi a voler materializzare e rendere concreti i reali ostacoli alla propria felicità – «invece che davanti ad un tavolo» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 20), a riprova di quanto i confini tra salute e malattia, e tra slancio creativo e follia, siano molto labili; una demarcazione visibile solo in termini quantitativi, sulla base dell'intensità della sofferenza esperita e dalla capacità del singolo soggetto di farle fronte e superarla costruttivamente.

Pare quasi che in Strindberg non sia tanto il disturbo mentale ad aver imprigionato il soggetto in un proprio mondo interiore ed impenetrabile, quanto piuttosto il soggetto stesso ad aver confinato il mondo esterno fuori dalla propria dimensione sensoriale, dal proprio vissuto emotivo, come fosse una minaccia troppo imponente divenuta ormai inaffrontabile, al di fuori cioè dalla portata delle sue risorse interiori che divengono man mano sempre più fragili, inaffidabili e profondamente dolorose.

«Essendo dotato di una capacità notevole di rendermi sordo e cieco, mi diressi verso l'albergo senza aver visto né udito alcunché di offensivo per il mio amor proprio» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 22): parole da cui emerge la sua estrema insicurezza, il timore del giudizio altrui o, più esattamente, il timore che tali giudizi si aggroviglino alle proprie emozioni più intime diventando sempre più una conferma della propria inconfessata paura del fallimento e dell'inadeguatezza di esi-



stere, «la vergogna, il ridicolo, il punto d'onore!» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 21).

Una difficoltà di adattamento alla realtà esterna, che ritroviamo anche in Van Gogh e nelle parole dello stesso Hölderlin quando, nel 1798 (prima dell'insorgere dei sintomi della malattia) afferma: «Vorrei vivere per l'arte alla quale appartiene il mio cuore, e invece debbo faticare tra gli uomini [...] non sarei il primo che naufraga; molti nati per essere poeti, ne sono periti. Non viviamo nel clima della poesia. Ecco perché su dieci piante una appena riesce a crescere» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 126).

Si evince dalle loro esperienze, la sensazione di essere perennemente sul ciglio di un baratro, l'immagine di una vita che non fluisce più liberamente e naturalmente, ma che necessita di un costante e rigido autocontrollo. Una vita in cui si avverte l'urgenza di richiamare continuamente a sé tutte le proprie forze interiori, mobilitarle in modo consapevole per cercare di vivere così come il mondo si aspetta, in modo consono cioè alla struttura in cui esso sembra irrimediabilmente organizzato, senza che vengano concessi sconti o eccezioni alcuni. Di qui l'idea di Strindberg della follia come salvezza, come la possibilità di lasciarsi andare, il permesso concesso di venir meno agli impegni imposti, alle aspettative stringenti, a quella routine esistenziale a cui i più sembrano adattarsi naturalmente senza troppi sforzi e in cui, al contrario, poche anime con una più spiccata sensibilità, un'emoività più fine ed una maggiore acutezza della riflessione e dell'introspezione, rischiano di sprofondare. In una società che non ammette strappi, pieghe, pause e che pretende che tutto prosegua freneticamente, in modo lineare e precostituito, si finisce per etichettare come inadeguato, inetto, patologico, tutto ciò che devia da tale ordine irremovibile e cioè ogni fragilità, ogni scacco dell'esistenza, ogni sentimento intrinsecamente umano che non sia testimonianza palese di forza e successo comunemente intesi, anche se

tale fragilità in realtà richiede il doppio della forza per Essere ed Esistere nel mondo, un surplus che però il mondo insiste affinché resti celata al mondo stesso.

Jaspers colloca nel 1887 la prima manifestazione acuta della patologia di Strindberg successiva al suo esordio, che fa invece risalire al 1882. Tali attacchi si manifestano principalmente con accessi di febbre, una penosa sensazione di soffocamento ed una tensione nervosa, sintomi che sembrano come provocati da un'oscura forza esterna che ne impedisce il respiro ed il movimento e da cui riesce a liberarsi solamente nel momento in cui si abbandona completamente ad essa. Cedendo alla sua volontà infatti, «una pace confortevole planò su corpo e anima» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 33), una sensazione di quiete tale da essere associata alla morte e che assume per Strindberg il gusto di una pace ritrovata o mai provata; una tregua da quella lotta esistenziale, dal perenne sforzo consapevole per resistere al naufragio jaspersiano, che lo lascia finalmente privo di quel vissuto di timore e rimorso che lo ha accompagnato per tutta la vita. È dunque l'accettazione del suo malessere, il riconoscimento dei suoi limiti, e non la forsennata ed estenuante opposizione ad essi, che conducono lo scrittore, seppure in questo caso in un estremo patologico, all'oblio delle emozioni e ad un vissuto di abulia ed apatia in cui riesce, tuttavia, a riposare il cuore e la mente, non più sotto il sequestro di pensieri disordinati ed incessanti e quindi incontrollabili ed angosciosi. Tutta la sua esistenza è infatti costellata da frequenti fughe, prima a Parigi poi Vienna, Basilea, Copenaghen ed infine Ginevra, ma la sofferenza lo segue dovunque vada, spinto da una profonda irrequietezza che gli impedisce di mettere radici e tuttavia lo riporta sempre indietro, dalla donna amata, che è fonte del suo delirio di gelosia, ma da cui non riesce a star lontano, quasi a voler suggerire un ritorno all'origine della sofferenza a cui non si può sfuggire, ma che chiede solo di essere at-

---

traversata. In definitiva, l'irrequietezza è l'anima che vuole uscire di prigione, una prigione fatta di quei vissuti emotivi e di quei pensieri profondamente dolorosi a cui non si riesce a trovare un ordine e a lasciare un posto dentro di sé; ma laddove l'anima, la propria interiorità, è impossibilitata a trovare una via d'uscita e resta inerme, paralizzata di fronte a questo oscuro baratro, è il corpo a cercare una fuga e a vagare senza una meta, seguendo il ritmo frenetico dei pensieri e l'intensità delle emozioni e sperando, in tal modo, di ingannare il tempo ed il dolore, illudendosi che qualcosa di "altro" da sé giunga ad offrire riparo e assicurazione. È ancora una volta il tentativo di sfuggire a quel "naufragio" esistenziale di cui ci parla Jaspers il quale, immanente alla natura umana, può, secondo l'autore, essere affrontato solo attraverso una sana "rassegnazione" che non vuol dire passività, ma capacità di accettare la propria "condizione-limite" di cui è propria la sofferen-

za e l'immutabilità, e grazie alla quale l'uomo può riuscire a focalizzarsi non più sulle proprie mancanze, quanto piuttosto sulle proprie potenzialità per costruire, proprio a partire da esse, un solido benessere il quale passa sempre attraverso il pieno riconoscimento e mai attraverso la repressione della propria identità. È affascinante notare come, proprio nel pieno della sua malattia e dunque nonostante (e, anzi, grazie a) l'acuta sofferenza, anche Hölderlin trovi la strada per entrare in contatto con il proprio più intimo, grazie alla cui consapevolezza giunge a sperimentare un'insperata quiete esistenziale: «Finalmente lo sento, solo nella forza piena è amore pieno. E ciò mi ha sorpreso quando, completamente puro e libero, ho guardato di nuovo intorno a me. Più sicuro un uomo è di sé, più è raccolto nel meglio della sua vita, più facilmente il suo spirito abbandona i sentimenti inferiori per ritrovare ciò che gli è essenziale» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 127).





Noi siamo, infatti, anche i nostri limiti, le nostre paure, le nostre fragilità, che emergono per permetterci di riconoscere in ogni situazione l'autenticità dei nostri desideri, le nostre esigenze più intime, le nostre necessità. D'altronde, cos'altro ci identifica? Ogni nostra insicurezza rispecchia un bisogno nascosto che aspetta di essere portato alla coscienza e riconosciuto, così come ogni nostro malessere è il sintomo che tale esigenza non è stata ascoltata, o è stata in qualche modo violata o calpestata. Ed è proprio nel vissuto esistenziale della malattia che si rendono particolarmente evidenti i nostri limiti e l'inevitabile esperienza del naufragio, in cui «L'essere ci appare nella frustrazione, nel fallimento» e «nel fallimento l'essere non va perduto, ma al contrario si fa pienamente, interamente sentire [...] l'uomo in tal modo, attinge la sua più vera essenza, ritrovando, nella catastrofe, il suo autentico io» (K. Jaspers, 1952, p. 27). L'uomo è, quindi, un naufrago in balia dei moti incessanti della realtà a cui tenta continuamente di dare un ordine, nell'illusione di poter imporre una stasi e garantire una qualche forma di prevedibilità che possa alleviare le inquietudini del suo animo; una logica ingannevole che lo stesso Strindberg sembra trovare nella sua dimensione psicotica all'interno della quale costruisce un proprio senso soggettivo, seppur delirante, alle cose che lo circondano, superando temporaneamente il suo disorientamento e vuoto esistenziale e ricavando al contrario «un'energia e una sicurezza», conferendo un nuovo ordine illusorio all'illogicità dell'esistente: «Fallito per la società, rinasco in un altro mondo dove nessuno può seguirmi» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 55).

Ma, come afferma Jaspers (2003): «il mondo in se stesso non possiede alcun punto di appoggio, anzi in sé è in costante rovina»; (p. 214) e di fronte, quindi, alla perdita ineluttabile di ogni apparente sicurezza e vana certezza, la libertà dell'uomo può consistere unicamente nell'accettazione del suo naufragio.

È, infatti, proprio la sofferenza il carattere peculiare delle situazioni limite, cioè di «situazioni come quella di dover essere sempre in una situazione, di non poter vivere senza lotta e dolore, di dover assumere inevitabilmente la propria colpa, di dover morire [...]» (K. Jaspers in U. Galimberti, 1977, p. 678) che però, proprio a causa della loro difficile comprensibilità, spingono l'uomo ad interrogarsi nel profondo rivelando l'Essere autentico. Si tratta dunque di vissuti unici di indicibile profondità e complessità che, nella maggior parte dei casi, restano imprigionati tra le mura isolanti della patologia e dei quali possiamo venire a conoscenza solamente grazie alle qualità non comuni di personalità eccezionalmente dotate, come gli artisti, i quali rendono testimonianza dei loro peculiari vissuti e permettono, attraverso le loro opere, la condivisione di una dimensione che altrimenti resterebbe inaccessibile e quindi sconosciuta. Come sottolineato da Jaspers (1922, 2001) «Ora questo senso lo si può esprimere oggettivamente», (p. 116) ma per poter oggettivare le proprie esperienze psicotiche, il soggetto è costretto ad utilizzare un linguaggio costituito da «categorie generali» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 112) che sono, in quanto tali, comuni a tutti gli esseri umani, poiché tali categorie sono l'unico strumento che noi tutti conosciamo e che abbiamo a disposizione per comunicare; in questo senso il linguaggio si costituisce come un ulteriore punto di unione e di incontro, così come l'empatia, tra la dimensione psicotica, che attiene al patologico (e quindi alla "follia"), ed il resto del mondo, quello che definiamo "sano". Una possibilità, questa, del tutto straordinaria che attiene alla dimensione artistica, quella dimensione, cioè, comune a quei soggetti dotati di particolari qualità emotive, psicologiche ed espressive, grazie alle quali diviene possibile abbattere i muri di incomunicabilità per mezzo della capacità di oggettivare, attraverso parole o immagini, contenuti che seppur deliranti, illogici e apparentemente insensati, contengono pur sempre quella componente linguistica o emotiva in gra-

---

do di costruire un ponte e mantenere un legame tra due diverse dimensioni facenti parte di uno stesso mondo: due differenti modi d'essere, all'interno di una comune esistenza.

«Solo un talento originario potrà mantenere, malgrado la malattia, tutta la sua efficacia, ed esprimere in un'opera le esperienze che altrimenti resterebbero del tutto soggettive» (K. Jaspers, 1922, 2001, p. 116). Si delinea, quindi, un duplice ruolo dell'Artista; il primo si esplica in quella particolare forma di sofferenza vissuta nell'ambito della malattia, ed in particolare nella malattia mentale, attraverso la particolare capacità degli artisti di esprimerla ed oggettivarla, rompendo in tal modo quel muro di incomunicabilità ed inaccessibilità in cui sembra apparentemente relegata la dimensione del patologico. Il secondo si esplica, invece, all'interno della sofferenza comune a tutti gli uomini, intesa come immanente alla vita stessa e per questo inevitabile ed indipendente dalla sfera patologica, grazie alla tendenza degli artisti di assumersi naturalmente il compito di sondare in profondità tali vissuti di sofferenza superando i confini del rassicurante, anche a rischio di compromettere più o meno irrimediabilmente il proprio equilibrio mentale ed emotivo.

Di fronte a situazioni dolorose o potenzialmente tali, infatti, le persone comuni tendono a fuggire, a cercare un rifugio rassicurante che consenta, chiudendo le porte all'emotività e alla riflessione, di prendere le distanze da un dolore che si teme di non saper gestire e che potrebbe travolgere. Tuttavia chiudere le porte ad ogni forma di conflitto e di sofferenza attraverso una modalità di dissociazione o anestettizzazione emotiva, è un meccanismo di difesa non privo di controindicazioni, soprattutto relativamente all'opportunità di fare esperienza di nuove profondità esistenziali. Lasciare il dolore fuori dalla propria vita vissuta, cosciente, sentita ed elaborata, implica negarsi la possibilità di entrare in contatto con il nucleo più profondo e più autentico dell'esisten-

za e della propria identità e, in definitiva, equivale a lasciar fuori dalla propria vita la vita stessa.

Una forma di sensibilità non ordinaria, come quella artistica, che si costituisce come un naturale ed irrefrenabile impulso ad andare incontro al dolore, ad abbracciare il conflitto navigando nelle acque instabili e destabilizzanti della sofferenza e scrutando nel suo abisso, è ciò che più di tutto distingue gli artisti dagli uomini comuni, dalla massa indistinta, cioè, di coloro che rinunciano all'autenticità e alla profondità restando sulla superficie dell'esistenza e relegando il dolore ai margini di una vita fittizia in cui la leggerezza e spesso la futilità e l'indifferenza, divengono gli strumenti principali attraverso cui costruire una vita apparentemente felice, laddove per felicità si intende erroneamente la completa assenza di dolore e turbamenti. Tale convinzione conduce alla totale negazione di ogni forma di inquietudine e al rifiuto del dolore stesso, inteso, senza eccezioni, come un elemento disfunzionale, nocivo, da temere ed evitare, nient'altro che una pericolosa deviazione dall'ordine precostituito, da quello che è il normale corso della vita desiderata e attesa. La presenza di ogni forma di sofferenza, quindi, si viene a rappresentare come una possibilità del tutto antitetica rispetto a quella di un'esistenza sana e soddisfacente permeata dall'ideale utopico (ed anzi, distopico) della non-esistenza del dolore. Il temperamento artistico sembra invece aver scoperto una porta d'accesso privilegiata all'universo della sofferenza, la quale si rende evidente non come limite, ma nella sua veste di possibilità ed opportunità esistenziale, spinta vitale e di conseguenza anche creativa, proprio attraverso l'evidenza pratica, concreta, talvolta inattesa o non contemplata (e dunque illuminante), dell'opera artistica da essa scaturita. È solo varcando la soglia del dolore ed abbracciandolo, che è possibile cogliere il suo significato profondo e la sua fonte di ricchezza esistenziale celata ai più, che si rende manifesta solo a chi vi si inoltra per amore della verità, della vita o dell'arte (come accade grazie ad una sensibilità non comune) o



per inevitabile destino (come accade nei vissuti psicopatologici).

### **EUGENIO BORGNA E "LA FOLLIA COME SORELLA SFORTUNATA DELLA POESIA"**

Eugenio Borgna, il quale ha raccolto l'eredità Jaspersiana portando avanti il movimento antipsichiatrico in Italia, ci permette, attraverso l'affascinante incontro della psicopatologia con la filosofia e con la poesia, di spostare i riflettori su due diversi aspetti della sofferenza troppo spesso inesplorati e lasciati in ombra. Il primo fa riferimento alla particolare prospettiva da cui lo psichiatra osserva l'universo della sofferenza umana, la quale mette in luce le produzioni creative scaturite dai vissuti psicopatologici quando questi colpiscono persone comuni e non necessariamente persone geniali o artisti dal talento universalmente riconosciuto. La seconda dimensione della sofferenza che Borgna prende in considerazione è quella che racchiu-

de, invece, quei vissuti esistenziali profondamente legati al dolore, che tuttavia non rientrano nello spettro psicopatologico, cioè quella che egli definisce la "malinconia - stato d'animo", la "malinconia leopardiana" o "poetica" contrapposta alla "malinconia clinica", alla "malinconia - malattia".

Con Borgna, dunque, diventa "comune" non solo il soggetto, ma anche l'oggetto della sua riflessione riconoscendo in tal modo un valore psicologico, sociale ed esistenziale anche a quelle forme di sofferenza che non rientrano propriamente in una categoria nosologica tale da essere inserita in una chiara etichetta diagnostica. Se solitamente si ha bisogno di dare un nome alle cose per far sì che esse "esistano", per conferir loro, cioè, un'identità ed una validità sociale in quanto «*Nomina si nescis, perit et cognitio rerum*» ("se non conosci il nome, muore anche la conoscenza delle cose"), (Linneo, 1751, p. 210), Bor-



---

gna riesce in egual modo ad andare oltre la mera denominazione, la diagnosi, e a far risplendere, ed in questo modo esistere, ogni forma di dolore indipendentemente dalla sua natura ed intensità, aprendo per esso uno spazio in cui esprimersi per mezzo, ad esempio, delle parole che emergono da esistenze comuni come quelle di Anna, Maria, Etty o Benedetta di cui l'autore ci offre toccanti patografie in gran parte dei suoi lavori. Quella di Borgna è una psichiatria delle emozioni, delicata, gentile, profondamente umana nella misura in cui restituisce un inestimabile valore alle cose semplici, "comuni" appunto, quotidiane (e per questo autenticamente umane) dell'esistenza di ciascuno di noi, superando la dittatura delle cose evidenti che si impongono alla percezione e all'attenzione in quanto stra-ordinarie, bizzarre o folli. Come evidenziato da Nietzsche «Chi osa ascoltare quei sospiri degli uomini solitari e sconvolti? Ahimè datemi dunque la follia, voi celesti! Follia, perché possa finalmente credere in me stesso!» (Nietzsche, 1881, in E. Borgna, 2012, p. 44); follia, dunque, per poter essere riconosciuti. Borgna, invece, abbandona per un attimo la strada più familiare e facilmente percorribile della patologia conclamata, in cui in tanti hanno già lasciato le loro orme, per inoltrarsi nel sentiero comunemente ignorato di coloro che sussurrano il loro dolore, ugualmente meritevole di attenzione e di cura, e che non riescono a trovare per esso una collocazione precisa nella rappresentazione psichiatrica e sociale della sofferenza. In questa nuova dimensione "comune" della psichiatria fenomenologica, ognuno di noi riscopre il proprio ruolo e la propria rilevanza nella narrativa dell'esistenza, ogni singola emozione diviene essenziale e, venendo meno ogni struttura gerarchica della sofferenza, ogni forma di dolore si riappropria della sua dignità all'interno di una nuova psichiatria antropocentrica che pone al centro, appunto, l'uomo nella sua globalità e i suoi vissuti emotivi, piuttosto che i sintomi psicopatologici nelle loro espressioni esteriori manifeste. Borgna sottolinea infatti come «ogni grande tristezza, non solo quella riliana o

leopardiana», ma anche quella, più o meno patologica, che colpisce ciascuno di noi «[...] ci rende soli, sempre più soli, e ci confronta con il nostro destino: le nostre illusioni, e le nostre speranze, falciate e recise», (E. Borgna, 2012, p. 27) ma allo stesso tempo «quando il dolore scende nella nostra anima, la illumina nei suoi abissi e nelle sue contraddizioni, nelle sue lacerazioni e nelle sue metamorfosi» (Ivi, p. 21) facendoci arrivare un po' di più al cuore delle cose e dell'esistenza stessa.

Uno degli approfondimenti patografici che sembra essere emblematico del caratteristico approccio ermeneutico ed esistenziale di Eugenio Borgna, è quello che lo psichiatra ha dedicato a Daniele Ranzoni, importante pittore Italiano il cui nome, tuttavia, resta probabilmente circoscritto alla conoscenza dei grandi appassionati d'arte. Nelle sue opere pittoriche, troviamo una straordinaria trasposizione di quella "malinconia-stato d'animo" che ha accompagnato indissolubilmente la vita dell'artista, fino a sfociare in quella "malinconia-malattia", che assume la forma clinica di una profonda depressione che lo condurrà al ricovero nel manicomio di Novara fino al 1885. Tale malinconia, la quale costituisce il principale nucleo tematico della sua produzione artistica, ed i suoi vissuti di inenarrabile solitudine, trovano un privilegiato canale di comunicazione negli occhi delle protagoniste dei suoi quadri che attirano, nel loro sguardo, lo sguardo dell'osservatore quasi a volerlo condurre per mano in un mondo "altro", quello della malinconia appunto, con una delicatezza insolita rispetto alle forme più comuni di contatto col dolore e di sofferenza psico(pato)logica, accompagnandolo dolcemente nel vortice dei loro pensieri ricolmi di speranze, ricordi, delusioni e disillusioni. Nelle parole di G.E. Morselli:

«Nessun compiacimento o esibizione, nessuna eloquenza nella pittura ranzoniana; essa raffigura ciò che non è spaziale: i silenzi, le inquietudini, gli interrogativi, le rarefatte atmosfere dello spi-



rito, servendosi di volti femminili, per lo più sofferenti o malati, al limite tra la realtà e il sogno» (G.E. Morselli, in E. Borgna, 2012, pp. 101, 102).

Ed è proprio in questa semplicità, nel dolore solo sussurrato, nella capacità di concedere spazio a chi fatica per essere ascoltato, nella moderatezza delle manifestazioni estetiche (ed esteriori) che richiedono un'attenzione ed una sensibilità ancora maggiore e che, tuttavia, consentono di dare una risonanza ancora più forte ai riverberi interiori e ai vissuti emotivi soggettivi, che possiamo riconoscere il carattere particolarmente umano e profondo della psichiatria fenomenologica di Borgna.

Altrettanto emblematica è la storia di Benedetta, una ragazza che potremmo definire anche lei "comune" nella fenomenologia dei suoi vissuti, ma i cui slanci poetici, tuttavia, divengono dimostrazione di un'esperienza creativa (non altrettanto comune) dettata dalla sofferenza implacabilmente nutrita dalla sua condizione anoressica. I suoi componimenti lirici costituiscono una straordinaria testimonianza di un vissuto estremamente profondo e doloroso, come quello anoressico, probabilmente imperscrutabile nella sua vera essenza e troppo spesso oggetto di mere semplificazioni. Nonostante la grande risonanza, infatti, che l'anoressia ha avuto negli ultimi anni, la sua conoscenza, così come quella degli altri *Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione*, si limita troppo spesso alle particolari abitudini alimentari adottate, alle ossessioni estetiche così come esse si esprimono nelle dinamiche sociali e comportamentali e, con un'attenzione ancora più morbosa, alle conseguenze fisiche che si impongono attraverso l'immagine sconvolgente di corpi consumati e sofferenti (quindi ancora una volta ai segni esteriori), riducendo quasi l'intera patologia ai rischi legati ad una vita votata alla superficialità e al falso mito dell'apparenza. Ma l'anoressia è molto più della mera rincorsa di un ideale estetico. L'anoressia è un vortice di emozioni senza nome in cui si cerca di mettere ordine; è paura di lasciar loro un posto dentro di sé.

È questo, lo sguardo malato e superficiale, quello di una società che guarda alla sofferenza solo nei suoi sintomi esteriori, manifesti, rivelando i veri malati dell'apparire. Lo sconfinato dolore che affiora, in modi sempre unici e diversi, in ogni esperienza anoressica, va infatti molto al di là della pura ricerca di adesione ai canoni di bellezza socialmente imposti, sebbene anche in essi si rintracci molto più che un'attenzione meramente estetica, come il bisogno disperato di accettazione ed appartenenza. Infatti l'incontro tra l'ossessione per il raggiungimento della perfezione e la convinzione di non essere mai abbastanza, abbraccia tutti gli aspetti dell'esistenza e confluisce spesso in un'esigenza di omologazione che si propone come unico scopo quello di ridurre il divario insopportabile tra il Sé reale ed il Sé ideale e lo fa utilizzando il corpo come mezzo principale attraverso cui presentarsi al mondo e sfidare il mondo. Infatti «si è nel mondo attraverso il corpo, e mediante il corpo», ma come sottolinea lo stesso Borgna «non c'è solo il corpo-cosa, il corpo-oggetto, ma c'è anche il corpo-soggetto, il corpo che vive, il corpo che significa» attraverso cui possiamo comunicare ed entrare in relazione con "altre soggettività" (E. Borgna, 2012, p. 116). Questa disperata ed estenuante ricerca della perfezione, il rifiuto categorico del proprio più piccolo limite, tanto insignificante quanto carico d'odio per sé stessi, ed il timore ed insieme il tormento per una sensazione di fallimento ormai inevitabile (avendo drasticamente abbassato la soglia di ciò che può essere definito tale agli occhi di un'esistenza anoressica), viene descritta con grande delicatezza da Benedetta in queste sue poesie:

«Anime che si ritirano impaurite. Dolorosa scelta. Non poter più muovere le ali non annienta il desiderio del volo. Solo illusione che si spegne nella più cupa delusione, per se stessi, per la propria fragilità, per la propria debolezza, per la propria insignificanza. Vedo soffocare quella fiamma che sembrava dover sempre tutto illuminare: l'illusione ora si spegne, mi resta il buio e il silenzio

---

per pensare. C'è una forza inesauribile, senza misura, che non si nutre ma mi nutre, che non ha mete perché in sé si esaurisce. Sono io. Io che mi alimento di me stessa, divorandomi ogni giorno» (E. Borgna, 2012, pp. 117, 118).

«Strappo le pagine quando mi sembra di non aver iniziato bene il quaderno nuovo. Ed è subito lì un'altra pagina in attesa di un altro inizio. Può darsi così che debba iniziare tante volte. Potrò farlo finché avrò pagine, prime pagine da strappare. Anche l'ultima pagina diventerà una prima pagina, ma quello non sarà più un quaderno da iniziare, ma un quaderno che finisce. Dentro di me un mondo senza parole e nessuna voce rompe il silenzio degli sguardi che soli restano a dire» (E. Borgna, 2012, p. 117).

Questa profonda e dolorosa difficoltà nell'entrare in relazione con gli altri e nel trovare una piena collocazione nel mondo, nella condizione anoressica è spesso associata ad un vuoto nel vissuto delle emozioni, al bisogno disperato e sempre tradito di avere il pieno controllo della propria vita, di superare i limiti spesso irrazionali della propria fragilità agendo sull'unica variabile concreta su cui si possa avere un'influenza diretta, ovvero il corpo, per mezzo di una totale chiusura emozionale, fino al punto da ignorare ogni sorta di bisogno o segnale corporeo e cercando in questo modo di soffocare e mettere a tacere quel senso di frustrazione, di insoddisfazione, di inadeguatezza verso se stessi e verso un mondo che appare al di fuori della propria portata. Ignorando, infatti, qualsiasi forma di attivazione fisiologica, corporea, strettamente associata all'attivazione emozionale, si giunge al rifiuto delle emozioni stesse considerate una minaccia alla propria particolare sensibilità, a causa della quale ci si sente travolgere ed annientare da ogni aspetto della propria esistenza, come «dolore che sfama altro dolore, / e altro dolore. / Dolore che ha sempre fame, / si nutre anche di briciole / che trova qua e là, / e non si sazia» (E. Borgna, 2012, p. 117). Borgna non si limita, dunque, allo

studio affascinante ed insieme sconvolgente delle condizioni psicotiche, con l'estrema profondità dei loro abissi esistenziali, gli indicibili vissuti d'angoscia e le esperienze deliranti ed allucinatorie, così oscure e misteriose, che conducono ad una profonda scissione dell'io da se stesso e dal mondo esterno; ma si inoltra anche nelle cosiddette condizioni neurotiche che, piuttosto che relegare il soggetto in un mondo soggettivo scisso da quello reale, come avviene nelle psicosi, sono caratterizzate da una dolorosa disarmonia con se stessi che sfocia nella fatica di vivere in armonia con il mondo esterno e di adattarsi alle esigenze sociali. Come spiega chiaramente in "Come se finisse il mondo":

«Le esperienze neurotiche non hanno cause somatiche (organiche) nella loro genesi ma hanno cause esclusivamente psichiche e sociali. La tristezza, la depressione, l'ansia, l'inquietudine, l'angoscia della morte, il timore di una malattia, la vertigine anancastica, la disperazione sono esperienze fondamentalmente umane che, solo quando assumano una durata e una intensità diverse (quantitativamente, e non qualitativamente, diverse) da quelle che sono le esperienze considerate "normali", si possono definire neurotiche; ma queste non hanno nulla a che fare con una "patologia", con una "malattia" in senso medico, e non rappresentano se non modi di essere, disancorati da ogni alterazione somatica, della condition humaine» (E. Borgna, 1995, p. 18).

In Benedetta, dunque, «Non c'è alcuna malattia [...] ma solo una condizione anoressica che fa parte della vita, e che maieuticamente ne dilata le innate e latenti attitudini creative» (E. Borgna, 2012, p. 117):

«Gli uccelli non hanno paura di cadere: / non sanno di potersi far male. / Si gettano a piombo / e poi risalgono, / spariscono e poi ritornano; / di nuovo spariscono. / Pensieri neri, / una colata di inchiostro / li ha resi visibili. / Io invece, / come erba, foglie, / muschio tenace, / me ne sto qui a



terra: / ho paura di cadere, / so di potermi fare male. // Nemmeno più la forza di pensare, / vorrei potermi perdere, / quieta, / in un sonno / che mi confonda / tra le folli forme / del sogno.» (E. Borgna, 2012, p. 120)

Versi che ci vengono consegnati come un dono fragile e prezioso e che non possono non farci riflettere sulle delicate risonanze emozionali in grado di ridestare, sullo sfondo dell'angoscia esistenziale, una singolare capacità poetica e comunicativa. Come espresso, infatti, da Gérard de Nerval, seppur nell'ambito di una esperienza psicotica, in una lettera indirizzata a suo padre nel 1854 (nella fase acuta della malattia che avrebbe poi portato ad uno dei suoi racconti più importanti, "Aurelia" (la sua ultima opera letteraria e forse la più affascinante): «Il fatto è che la malattia, e la malinconia che ne è stata la conseguenza, mi hanno spinto alla riflessione. [...] Sarai sbalordito di ciò che verrò scrivendo ...» (G. de Nerval, in E. Borgna, 2012, p. 152).

Parole, queste, che testimoniano dell'influenza decisiva che l'esperienza psicopatologica (così come ogni altro vissuto di sofferenza) può esercitare sull'esperienza creativa e di come, a sua volta, l'attitudine artistica influenzi il vissuto psicopatologico, l'una accompagnandosi all'altra in un rapporto inestricabile. Come sottolineato da Borgna, infatti, «al di là dei diversi modi e dei diversi contenuti, con cui il discorso narrativo si snoda, Aurelia è il diario straziante e luminoso di un'esperienza psicotica descritta e trasfigurata da una straordinaria fantasia creatrice. [...] Di una follia che non è solo subitanea ma è anche trasformata e trascesa» (E. Borgna, 2012, p. 156).

A partire, quindi, dal potere dell'arte di sublimare ogni forma di frustrazione, rabbia o sofferenza, l'esperienza artistica si viene a costituire come la forma più pura e più alta di libertà esistenziale in quanto scevra da obblighi sociali e doveri morali, limiti esistenziali o giudizi di valore essendo

l'espressione di emozioni che, in quanto tali, non sono né giuste né sbagliate, semplicemente ti appartengono e, per questo, sono l'unica realtà che conta: con l'arte si impone la supremazia del mondo emozionale su ogni giudizio di tipo razionale. Di conseguenza, paradossalmente, seppur all'interno di una condizione fortemente limitante quale può essere quella schizofrenica, spesso caratterizzata da vissuti di soffocante alienazione dettata dalle, solo apparentemente, insormontabili barriere comunicative e dalla mancanza di una condivisione di significati, una particolare capacità di espressione creativa può essere l'occasione per sperimentare una forma di libertà anche maggiore di quella possibile nel contesto di una vita "normale", nella misura in cui la sofferenza (sia essa psicotica o neurotica) può dilatare i confini delle possibilità artistiche e, con esse, della libertà che ne deriva; in tal modo, dunque, il connubio tra il vissuto di sofferenza e la dimensione artistica consente di aprire nuovi orizzonti attraverso un movimento che tende all'ulteriorità, che spinge cioè ad andare sempre un po' oltre per varcare la soglia di ciò che resta comunemente inesplorato, davanti al quale la maggior parte delle persone si ferma per timore o per un'effettiva incapacità di intravedere nuove possibilità esistenziali. Tale potenza artistica ed esistenziale viene così descritta da Gérard de Nerval:

«A volte, le mie forze e la mia attività mi sembravano raddoppiate; mi pareva di saper tutto, capire tutto; e l'immaginazione mi arrecava delizie infinite. Riacquistando quel che gli uomini chiamano ragione, dovrò forse rimpiangere d'averle perdute?...» (E. Borgna, 2012, p. 157.)

Di conseguenza viene meno l'esigenza di ogni netta distinzione tra sano e patologico ed ogni singola caratteristica riferibile allo stile creativo o alle disposizioni emotive ed esistenziali diviene parte integrante ed indissolubile della personalità nel suo insieme e, oserei dire, dell'identità soggettiva in cui «storia della vita e storia clinica



formano una singolare aggregazione narrativa». (E. Borgna, 2012, p. 168). Infatti:

«Al di là di ogni conflittualità interpretativa, nel diario infinito di Aurelia si colgono la rivelazione e la trionfalizzazione di un'esperienza lirica inarrestabile e sfolgorante che unifica, e trascende ricapitolandole, l'esperienza psicotica e quella non-psicotica [...]. La luce radente della metamorfosi psicotica dell'esistenza fa nascere, e ridesta, in Nerval esperienze che non sono altrimenti conoscibili; ma la sua fantasia creatrice, miracolosamente intatta in ogni sequenza psicotica, brucia e dissolve ogni elemento psicotico contingente (sovrastrutturale) e trascina i vissuti deliranti e allucinatori nel fiume dell'esistenza e dell'emozione poetica» (E. Borgna, 2012, p. 164) testimonianza di come «un'esperienza psicotica possa sospingere in avanti, o accelerare l'opera creativa: magari tematizzandola nel senso dell'informale o del manieristico, del demoniaco

e dell'enigmatico, ma talora nel senso del geniale e dell'incomparabile». (E. Borgna, 2012, p. 169)

Ad accomunare, quindi, sia le esperienze psicotiche, di cui la schizofrenia è la forma più emblematica, che le esperienze neurotiche, tra cui ad esempio la condizione anoressica descritta da Benedetta, al di là delle loro specifiche connotazioni cliniche e delle ovvie differenze individuali, troviamo quel fondamentale vissuto di affanno esistenziale che deriva da sentimenti d'angoscia e di solitudine, di profonda inquietudine ed ardente disperazione. Ed è proprio tale affanno nel vivere ogni aspetto della vita quotidiana il nucleo tematico di questa poesia di Benedetta che, insieme a tutte le altre, ci parla del profondo abisso dell'esperienza anoressica la cui sofferenza, però, diviene fonte di straordinari slanci creativi.

«Per volare / non basta essere leggeri, / non basta non mangiare. / Così ci si nutre solo di bugie / e se ne possono avere a sazietà: / non finiscono



mai. / Ma per volare / si pesa sempre troppo: / rimane sempre quel po' di peso / che tiene a terra. / È il peso della vita. // È un pensiero che continuerà a parlarti, / a insinuarsi in ogni tuo atto, / fino a quando non ti avrà fatto come lui: senza peso. / Quel peso che non ti fa volare, / come invece lui sa fare» (E. Borgna, 2012, p. 119).

Sono infatti poesie di straordinaria bellezza, nella loro drammaticità, da cui si vince (in modo particolare nella poesia che segue) l'utilizzo del corpo come strumento delle proprie emozioni, il quale talvolta funge per esse da cabina di isolamento ed altre invece da cassa di risonanza, ma pur sempre preda ed insieme prigioniera del proprio mondo emozionale. Un corpo che diviene ostaggio della dicotomia vuoto/pieno, ostaggio della paura paralizzante che porta con sé quel senso di pienezza (inteso come felicità o come qualsivoglia altra forma di partecipazione emotiva) che ti fa sentire vivo, presenza tangibile e parte inevitabile di un mondo che non si è in grado di gestire sotto il peso delle aspettative e dei sogni per i quali non ci si sente all'altezza, fino al punto da anelare al vuoto:

«Dimensioni incomprensibili / possedute nel non senso dell'ogni dove, / senza luoghi, / del sempre senza tempo, / del tutto senza che. / Non so spezzare i limiti / allora mi farò più piccola io, / minuscola, inesistente. / Passerò tra le maglie invisibili. // Così piccola e insignificante / da non essere notata, / da potermi sempre nascondere / negli angoli della vita» (E. Borgna, 2012, p. 119).

Immobile, inerme, tra tutte le proprie paure, Benedetta ha preferito diventare "minuscola, inesistente" per nascondersi "negli angoli della vita", per liberarsi da tutto ciò che non poteva o non riusciva a contenere fino a rinchiudersi dentro, in un vuoto atroce e insieme rassicurante: non pensare a nulla, non desiderare nulla, non provare più nulla; rinunciare a tutto, per diventare nulla. Perché non c'è niente nel nulla, che tu possa perdere; niente con cui dover lottare e confrontarti. Tranne il vuoto, quel vuoto che non smette di ta-

cere, che non si riesce ad ignorare e che chiede di far entrare aria e luce, di aprire una breccia in quel mondo desolato e soffocante, che ti chiede di vivere. Perché anche il confronto col nulla dopo un po' diventa troppo pesante.

È proprio grazie a questo desiderio di vivere e di sentirsi vivi, insito nella natura umana, unitamente alla profonda e lacerante paura di aprirsi ed essere nel mondo, che è possibile dar voce a quel vuoto; un vuoto che, ampliando in modo sempre imprevedibile ogni possibilità di introspezione e di comunicazione, alimenta quelle preziose ed intrinseche risorse interiori dalle quali possono nascere straordinarie esperienze creative.

## BIBLIOGRAFIA

- BALLERINI, La incompresa "incomprensibilità" di Karl Jaspers, Il pensare e il fare: Karl Jaspers tra psichiatria e filosofia, PSYCHOMEDIA Telematic Review, (PM, 17 Aprile 2001).
- E. BORGNA, Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenia, Feltrinelli Editore, Milano 1995.
- E. BORGNA, Di armonia risuona e di follia, Feltrinelli Editore, Milano 2012.
- L. DE FIORE, Il soggetto, unica onda incontrofrontabile. Sulla Psicopatologia generale di Karl Jaspers, Lo sguardo – Rivista di Filosofia n.12, 2013 (II) – P. Ricoeur: Intersezioni.
- K. JASPERS, Psicopatologia Generale, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1964.
- K. JASPERS, La mia filosofia, trad. di R. De Rosa, Einaudi, Torino 1946.
- K. JASPERS, Del tragico, SE, Milano 1952.
- K. JASPERS, Filosofia, in U. Galimberti (a cura di), Mursia, Milano, 1977, Chiarificazione dell'esistenza, sez. III)
- K. JASPERS, Strindberg und van Gogh (1922) trad. it. Genio e Follia. Strindberg e Van Gogh, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
- K. JASPERS, Metafisica, Mursia Editore, Milano 2003.
- O. SACKS, Risvegli, Adelphi edizioni (edizione riveduta ed ampliata), Milano 1990.



# PSICOMICROTRAUMA E ALLEANZA TERAPEUTICA

**Massimo Frateschi**

Psicologo Psicoterapeuta, Presidente  
A.I.E.Psi., Associazione Italiana di  
Evoluzione e di Psicoevoluzione

## RIASSUNTO

L'orientamento psicodinamico psicoevolutionista viene presentato attraverso l'analisi e l'interpretazione: del sistema strategico psicoevolutivo difensivo, delle modalità difensive psicoevolutive, della sequenza degli eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici accumulati, dell'organizzazione dinamica del campo di forze, dei fenomeni multipli simultanei e in successione, delle configurazioni quadridimensionali nella rappresentazione-percezione. L'alleanza terapeutica viene inquadrata attraverso la simultaneità di molteplici rappresentazioni-percezioni e, in particolare, viene descritta la rappresentazione dell'accordo e della fiducia tra due soggetti-oggetti, psicoterapeuta e paziente che interagiscono con il terzo soggetto-oggetto scena-setting.

## PAROLE CHIAVE

Psicomicrotrauma, psicoanalisi, psicoevoluzione, alleanza terapeutica, empatia, psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista

Nell'analisi dei processi, dei fenomeni e degli eventi psicologici e psicopatologici, l'orientamento psicodinamico che ho approfondito, ed in seguito, rielaborato, mi ha condotto verso lo studio e la ricerca di una nuova configurazione teorica e metodologica, comprendente un metodo basato, in generale, sulla psicodinamica, e sviluppato, in modo specifico, con l'analisi e l'interpretazione psicodinamica psicoevolutionista.

«Il metodo psicoevolutionista nelle applicazioni psicodiagnostiche e psicoterapeutiche tiene conto della rilevanza clinica circa l'analisi, la valutazione, l'elaborazione e l'interpretazione di psicomicrotraumi e psicotraumi, degli sviluppi dinamici psico-bio-sociali e delle sequenze di accumulazione di eventi multipli simultanei e successivi subclinici e clinici nel corso della vita del soggetto» (Frateschi M., 2013).

Un assunto della psicoevoluzione si riferisce alla fase originaria di evoluzione psichica dell'essere umano: «Nella fase prenatale, la spinta procreatrice insita negli esseri umani, diviene vitale per la divisione e moltiplicazione cellulare, costruisce un campo organismo dinamico di processi strutturali psico-fisio-biologici e, quindi, i complessi sistemi strategici difensivi psichici e fisici per la sopravvivenza della specie stessa. Il circuito vitale di specie è determinato dalle spinte straordinarie di procreazione e di sopravvivenza, attraverso flussi di forze vettoriali energetiche, che strutturano organismi viventi» (Frateschi M., 2012).

«Secondo Gabbard (2005), ogni approccio che voglia essere riassuntivo della situazione clinica del paziente non può prescindere dalla valutazione del sistema difensivo che, tra i vari costrutti che permettono di formulare ipotesi cliniche correlabili a quadri diagnostici e prognostici, ha ricevuto negli ultimi anni i maggiori attestati di validità e utilità (Amadei, Cavanna, Zavattini, 2015).



Nell'approccio psicomodinamico psicoevolutivista si precisa che: «[...] l'organismo nasce con due sistemi difensivi di specie appropriati, flessibili, intercorrelati e in continua trasformazione ed evoluzione... ogni essere umano nasce sia con un sistema anatomico-fisiologico-biologico difensivo (il sistema immunitario fisiologico e biologico difensivo), sia con un Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD) (il sistema immunitario psicologico difensivo) (Frateschi M, 1989). I sistemi e i processi di regolazione della percezione, delle sensazioni, della temperatura, della pressione, della fame, della sete, della veglia, del sonno, implicano una capacità strategica sia dei sistemi difensivi fisici e psichici, sia di direzione del sistema motivante intrinseco strutturale, attraverso configurazioni organizzate in totalità dinamiche, estremamente complesse, con attivazioni e inibizioni, innate e apprese, simultanee e successive, prefigurate su sfondi di differenziazione cellulare,

altamente specializzati, per la sopravvivenza e l'evoluzione già nello stadio fetale» (Frateschi M., 2015).

«Uno degli errori più comuni è il considerare una formulazione psicomodinamica come indicata solo per quei pazienti in psicoterapia espressiva. Questa posizione non prende in considerazione il fatto che il successo di ogni trattamento implica il sostegno, la gestione o il cambiamento di alcuni aspetti della personalità del paziente. Il successo o il cambiamento del nostro intervento spesso risiede nel modo in cui il terapeuta riesce a comprendere le dinamiche del paziente, a ipotizzarne le future resistenze e a programmare un approccio che possa limitare o superare queste situazioni. In questo modo veniamo a ribadire la centralità dell'assessment difensivo in ogni situazione di interesse clinico, anche al di là di uno specifico progetto psicoterapeutico» (Lingiardi V., Madeddu F., 2002).



---

In che modo, si configurano in origine il sistema ed i processi difensivi, nell'organismo umano, secondo la psicodinamica psicoevolutionista? «L'organismo umano è una gestalt campo dinamico di forze "chiuso" dal confine epidermico, nel senso di una gestalt a sé stante, ma simultaneamente "in contatto flessibile e variabile" col mondo esterno. Infatti, è flessibile poiché un essere umano può prendere contatto con la punta dell'indice o con gran parte della superficie epidermica con un oggetto o una persona ed è variabile poiché un oggetto o una persona possono introdursi in un essere umano, ad esempio, una lama di coltello, o un dito in gola» (Frateschi M., 2011).

Proseguendo sulla mia tesi psicoevolutionista è necessario che la totalità dinamica del campo organismo del neonato sia ancora prevalentemente, organizzata e funzionante, in base alle "leggi di unificazione formale" (Wertheimer M., 1923, 1945) della psicologia della Gestalt, della «chiusura» e della «vicinanza» e, in corrispondenza al modello psicoanalitico con un sistema psicologico chiuso, che Freud rappresenta così: «Un bell'esempio di sistema psichico isolato dagli stimoli del mondo esterno, che può soddisfare da sé autisticamente... i suoi bisogni di alimentazione, è dato dall'uccellino rinchiuso nel guscio dell'uovo con la sua provvista di alimento, e per il quale la cura materna si limita alla produzione di calore» (Freud S., 1911); per l'essere umano, si tratta del periodo in cui è più evidente la barriera agli stimoli esterni (Freud S., 1895, 1920). Manca la consapevolezza per il bambino dell'agente delle cure materne; è uno stato di assoluto narcisismo primario, denominato da Mahler, stadio di "autismo normale" (Mahler M. S., Pine F., Bergman A., 1975).

La chiusura e la vicinanza determineranno negli stadi e nei processi evolutivi successivi importanti configurazioni di campo scena, percezione e rappresentazione, per esempio, incidenti significativamente nella psicoterapia

psicodinamica, in riferimento all'alleanza terapeutica. Le leggi di unificazione formale (chiusura, vicinanza, somiglianza, buona continuazione, gravidanza, destino comune, esperienza passata) possono essere attentamente configurate nel campo di forze soggettivo dinamico affettivo, emotivo, cognitivo, relazionale e comunicativo rispetto ad ogni altro campo di forza interagente. Nella configurazione globale della seduta psicoterapeutica psicodinamica psicoevolutionista vanno considerati il campo di forze del paziente, il campo di forze dello psicoterapeuta, ed il campo di forze scena setting, secondo interazioni fenomeni-eventi multipli simultanei e in successione, anche in considerazione delle suddette leggi. In particolare, per il campo di forze soggettivo si devono considerare forze vettoriali di matrice psichica evolutiva ed involutiva del campo organismo (motivazione intrinseca strutturale e condizionamento arcaico).

Occorre tenere presente, inoltre, la differenziazione degli eventi significativi clinici rispetto a quelli subclinici, in quanto sostengo che: «se alcuni eventi critici sono di tipo psicotraumatico, è anche vero che molti altri eventi critici sono di tipo psicomicrotraumatico e aggiungo che ogni evento critico, anche apparentemente imprevedibile o invisibile, ha origine sempre all'interno di fenomeni multipli simultanei. Ad esempio, uno o più eventi psicomicrotraumatici, nell'organismo di un neonato, non evidenti, nello spazio, e improvvisi, nel tempo» (Frateschi M., 2015).

Anna Freud (1936) sull'aspetto della tecnica analitica, in riferimento all'analisi delle difese inconscie dell'lo e delle resistenze del paziente dice: «Soltanto l'analisi delle misure difensive inconscie dell'lo ci permetterà di ricostruire le trasformazioni a cui gli istinti sono andati incontro. Senza la conoscenza di esse potremmo invece apprendere molto sui contenuti dei desideri istintuali e delle fantasie rimossi, ma sapremmo poco o niente



sulle vicissitudini attraverso le quali essi sono passati e sui vari modi in cui si integrano nella struttura della personalità».

Per Gill: «la difesa è un'istanza intrapsichica mentre la resistenza è un'istanza interpersonale. È pertanto logico vedere le possibilità di espressione della resistenza solo nel transfert, vale a dire nel luogo in cui le formazioni intrapsichiche diventano momentaneamente presenti nella situazione analitica» (Gill, 1982).

Per Bergeret (1974): «Quando si tratta di organizzazioni di modalità nevrotica, genitale ed edipica, il conflitto si pone evidentemente tra pulsioni sessuali e le loro proibizioni; l'angoscia è allora l'angoscia di castrazione e le difese tendono ad attenuarla. Nelle organizzazioni psicotiche, invece, tutta una parte predominante del conflitto profondo si attua con la realtà. L'angoscia è un'angoscia di frammentazione, sia per la paura di un impatto troppo violento con la realtà sia, al contrario, per la paura di perdita di contatto con questa stessa realtà».

Ora, occorre chiarire come si articola il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo. La struttura, l'organizzazione e la funzione del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo sono già presenti nel Campo Organismo Fetale, che è ospite del Campo Organismo Madre. Questo sistema strategico complesso, si articola su tre caratteristiche fondamentali: Struttura, Organizzazione, Funzione. «La Struttura è determinata già in uno stadio embrionale, poi fetale, preconstituita in microforme e microstrutture grezze difensive di forza vettoriale, contenente energia psichica per ogni componente molecolare nucleare. L'Organizzazione è composta attraverso una strategia delle aree e delle parti della Struttura, allo scopo di tendere verso un continuo equilibrio dinamico delle forze vettoriali psichiche in tensione, in cui il tutto è più della somma delle parti, ed è direzionato verso un isomorfismo psicofisico. La Funzione attiva

ogni via delle forze vettoriali psichiche singole in processi di interazione, multipli, sia simultanei, sia successivi, e di intercorrelazione con i sistemi di base innati e complessi, che concorrono con l'Organizzazione del SSPD a riconfigurare continuamente la Organizzazione Globale del Campo Organismo (OGCO)» (Frateschi M., 2012).

«Le difese, pietra angolare della psicoterapia psicodinamica, hanno una caratteristica fortunata dal punto di vista della ricerca: possono servire da marker di funzionamento del paziente in psicoterapia. Il loro andamento nel corso di una seduta o di una serie di sedute ci fornisce una misura, più o meno temporalmente circoscritta, dell'outcome... l'identificazione della difesa "prevalente" acquista un significato clinico solo in una lettura che sappia rilevare anche le "altre" difese impiegate dal soggetto; e questo senza trascurare la valutazione della situazione relazionale all'interno della quale vengono espresse o agite le difese» (Lingiardi V., Madeddu F., 2002).

Il meccanismo difensivo dell'Io, nella valenza tattica a qualsiasi livello, anche più elevato, "più potente" (nevrotico), può non funzionare efficacemente rispetto a fenomeni/eventi complessi contestuali, affettivi, relazionali, comunicativi.

Per cui, le modalità difensive psicoevolutive intervengono sul fenomeno o evento complesso in modo efficace, in quanto oltre che ad essere tattiche, risultano essere strategiche. In altre parole, permettono una elaborazione parziale (insight parziale) del fenomeno/evento e intervengono soprattutto strategicamente ridefinendo (insight totale) la configurazione del fenomeno o evento, orientando verso una riorganizzazione della totalità dinamica.

«Ad un evento psicotraumatico per un paziente possono aggiungersi altri eventi di tipo psicomicrotraumatico che sostengono il perdurare dei sintomi. Come un substrato accumulato intorno

---

al nucleo procura fenomeni dinamici simultanei e successivi, così una prima forma e materia composta di neve che si stacca dal manto in pendio, si ingrossa, scendendo a valanga con una dimensione angosciante, fino a quando non giunge a valle; a meno che, non si intervenga quanto prima, allo stadio iniziale della prima forma e materia della valanga, o in seguito con un trattamento boschivo con mille alberi, che intervengono tempestivamente frammentando la valanga.

Il metodo dell'analisi psicoevolutionista degli eventi psicomicrotraumatici si estende alla individuazione dei riflessi dei frammenti delle immagini, della realtà e della fantasia nella percezione del soggetto della propria esistenza» (Frateschi M., 2012).

Preliminarmente, se partiamo da un'inquadatura psicodiagnostica di un disturbo, che rappresenta una figura in primo piano, possiamo delineare uno sfondo osservativo clinico in profondità per l'eziopsicopatogenesi, per esempio, comprendendo altre figure psicopatologiche psicotraumatiche e psicomicrotraumatiche.

Prendiamo, ad esempio, il disturbo d'ansia di separazione, che secondo i criteri diagnostici del DSM 5 (APA, 2013), si caratterizza per: «paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato», e che può comportare una condizione di tensione nel mondo interno caratterizzata dall'angoscia di perdita. L'angoscia di perdita dell'oggetto riguarda la direzione e l'intensità dell'investimento affettivo sull'oggetto. L'oggetto d'appoggio in via naturale è rappresentato da chi si prende cura del soggetto; ma il soggetto può tradurre per proprio verso l'investimento. Se il soggetto ha vissuto, nella primissima infanzia, angoscia d'abbandono o di perdita causata dall'oggetto, la conseguenza post traumatica o di sequenza psicomicrotraumatica riconduce puntualmente il soggetto a

difendersi rispetto al pericolo di perdita. In particolare, il soggetto, a modo proprio può, per compensazione rievocativa, investire su altri oggetti umani, materiali e simbolici.

La capacità immaginativa gli consente di attribuire ogni ulteriore nuovo appoggio, anche solo transitorio. Ma nel contempo, subisce gli effetti della rievocazione anche attraverso gli abbandoni transitori dell'oggetto primario e di altri oggetti di significato essenziale.

Ogni soggetto è attore del proprio disturbo e naturalmente può non esserne consapevole. Possiamo, altresì, cogliere come viene agito e interpretato dal soggetto.

Durante il trattamento psicoterapeutico, una modalità difensiva psicoevolutiva, la "regolazione della distanza emotiva", tende a rendere consapevole il soggetto del disturbo, del suo agire e della scena, laddove ve ne siano le condizioni. Consapevole cioè nell'essere attore rispetto al proprio coinvolgimento affettivo e investimento diretto sull'oggetto, ma anche strategicamente nell'essere regista rispetto alla scena per governarne l'andamento. Si tratta di intravedere una luce di ciò che è possibile fare per esplorare le vie possibili, intermedie, anche solo di soluzioni parziali difensive più evolute.

La difesa, la resistenza e il transfert sono fenomeni collegati. Freud nel 1920, in "Al di là del principio di piacere", ebbe modo di affermare: «la resistenza che si manifesta durante la cura proviene da quegli stessi strati e sistemi superiori della vita psichica che originariamente hanno attuato la rimozione» (Freud, 1920).

Modell sottolinea come la resistenza assolve a funzioni interpersonali: «i termini difesa e resistenza sono quasi indistinguibili, ma c'è l'abitudine di usare il primo per riferirsi a un comportamento attivo nella vita ordinaria, che diventa in seguito resistenza quando l'individuo inizia il



trattamento. Le difese sono sia intrapsichiche sia interpersonali, ma poiché il termine resistenza si riferisce soltanto al processo terapeutico, è impossibile immaginarla come qualcosa di diverso da un processo interpersonale» (Modell, 1990).

Per Lagache il transfert è: «una determinante maniera che il paziente ha di comportarsi nella situazione psicoanalitica; è un segmento della sua condotta. In linea di principio gli si può applicare la concezione che ci si fa di ogni segmento di comportamento» (Lagache, 1952). «La psicoanalisi, ricordava Lagache, ha fondato la propria solitudine convertendo in mezzi gli ostacoli che incontrava sul cammino dell'investigazione e della cura, tanto dal lato dell'analizzato (la resistenza e il transfert), quanto da quello dell'analista (il contro-transfert). Il suo strumento è al tempo stesso il suo oggetto e il suo sistema di riferimento: la relazione analitica, ossia relazione dell'uomo con l'uomo, l'intersoggettività, la comunicazione, la parola. A partire da qui, la psicoanalisi ha essa stessa costruito dei modelli psicopatologici e psicologici, sempre più nel senso dell'intersoggettività» (Lagache, 1960).

Riprendiamo sull'evento psicomicrotraumatico o psicotraumatico.

L'innescò ansioso relativo all'angoscia abbandonica per un bambino, pur non agendo immediatamente quando si è allontanata la madre, può essere rievocativo anche dell'abbandono transitorio ricollegabile ad un evento psicomicrotraumatico o psicotraumatico.

Cosa si può intendere per essere o sentirsi abbandonati?

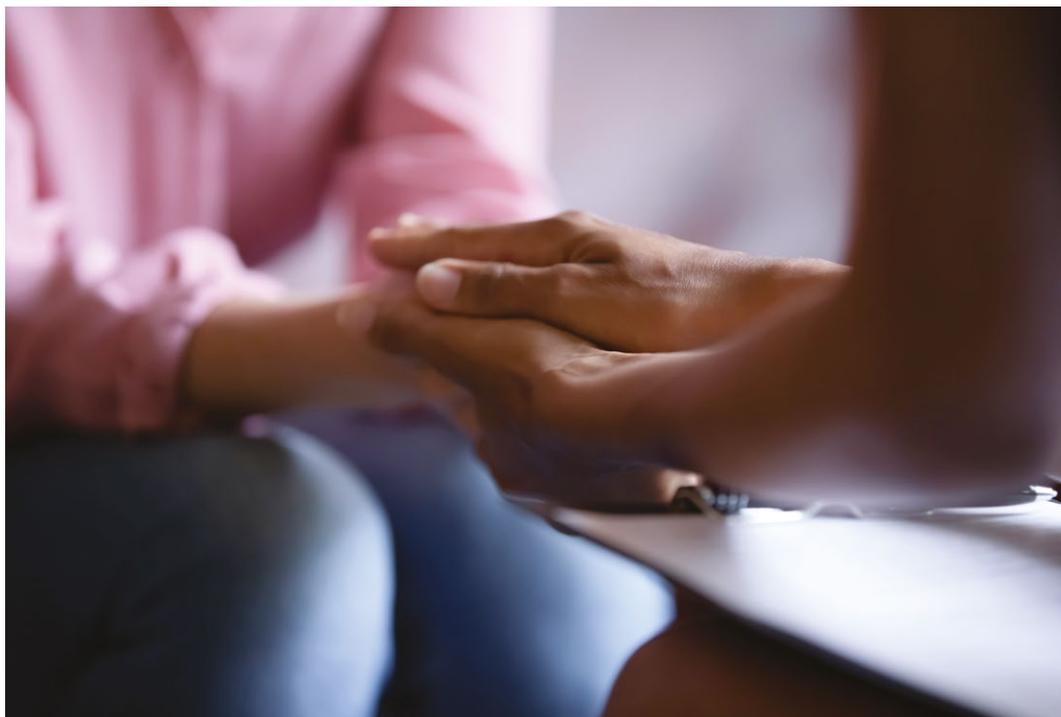
Per un neonato possono essere sufficienti sensazioni di abbandono vissute nel proprio mondo interno. L'appoggio materno potrebbe, per il soggetto, essere vissuto come una configurazione globale di accoglimento e vicinanza. La buona forma è determinante nella configurazione affettiva armoniosa e si realizza nel campo organismo

neonato. L'oggetto affettivo primario può dedicarsi alla sintonia, ma al soggetto spetta lo sviluppo ed ogni esito nella configurazione di questa armonia. Dunque, è centrale (come sosteneva Winnicott) la dedizione amorevole dell'oggetto primario d'appoggio, ma resta la parte inconscia che spetta al soggetto.

«Eventi del mondo esterno possono essere determinanti nello scatenamento di psicotraumi e psicomicrotraumi, infatti dal primo verificarsi delle conseguenze, anche solo di lievi riflessi o evocazioni nel mondo interno dell'organismo, tutto potrebbe essere percepito attraverso scene interne dense di umori, impressioni, sensazioni e ancora impulsi, istinti, pulsioni... La scena interna va posta in osservazione naturale, va lasciata inalterata, senza invasioni interpretative; solo ipotesi ben costruite con la trama del vissuto, e dei significati essenziali delle scene integre, andrebbero prese in considerazione» (Frateschi M., 2012).

Adesso, è utile approfondire il metodo e la scena. «Riguardo il metodo dell'analisi e della percezione psicoevolutionista della scena, quindi, è importante inquadrare il panorama più ampio spazio-tempo-modo psicodinamico psicoevolutionista, sia per la psicogenesi dell'essere-spazio-tempo-modo-significato interno, sia per la scena sogno-inconscio-fantasia-irrealtà-realtà, con le intersezioni reciproche, per comprendere una dinamica riconfigurazione... Lo sfondo può essere costituito da processi inconsci. La proiezione può essere uno dei processi di costruzione dello sfondo, in quanto schermo di una configurazione del mondo interno» (Frateschi, 2020a, 2020b).

Nel metodo dell'analisi e della percezione psicoevolutionista della scena il paziente dispone se stesso nel contesto relazionale e comunicativo con molteplici articolazioni che potrebbero essere parzialmente o totalmente incongruenti. Lo psicoterapeuta deve considerare il terzo oggetto,



scena-setting, rispetto alla dinamica dei fenomeni e degli eventi interagenti con il paziente e con se stesso. Il paziente è in relazione e comunica in molteplici simultanee forme originate dal mondo interno a livello conscio ed inconscio, e in parte esposte rispettivamente in modo conscio ed inconscio. Lo psicoterapeuta deve disporsi in una percezione sia dell'organizzazione dinamica globale del mondo esterno di tutta la scena, sia dei fenomeni e degli eventi che sono risuonanti e rievocati nel proprio mondo interno. L'attenzione costante è rivolta, dunque, ad una percezione del mondo esterno, del mondo interno e della configurazione dell'organizzazione dinamica. È possibile anche procedere su una focalizzazione all'interno delle parti-figure dell'evento-sfondo, considerando i fattori variabili dinamici consci ed inconsci. Nell'alleanza terapeutica, il paziente rielabora la disposizione dello psicoterapeuta, già nell'atmosfera della scena setting, per cui questo terzo oggetto è percepito-rappresentato in virtù

di un proprio mondo interno, che modifica figure e sfondi caratterizzandoli in modo congruente o incongruente. La rielaborazione empatica del paziente può far confluire la dinamica affettiva emotiva, dapprima attraverso la rievocazione del vissuto, finanche arcaico inconscio, e di seguito, attraverso il rispecchiamento rappresentativo transferale. Il paziente sviluppa l'introspezione e la riflessione nel corso della rielaborazione stessa, determinando una nuova configurazione affettiva emotiva, anche in base allo psicoterapeuta e al terzo oggetto scena setting, individuando e delineando, simultaneamente o in successione le figure e gli sfondi.

Se il paziente (prima figura) è impegnato a tollerare l'attesa, lo psicoterapeuta (seconda figura) è impegnato ad essere alleato appoggio che dimostra come tollerare l'attesa, e la stanza campo-scena-setting (terza figura e parte sfondo) è attesa di ciò che viene movimentato



dalla prima e dalla seconda figura. La terza figura permanendo attesa sospinge le altre due figure sullo sfondo del campo globale a percepire-rappresentare-interagire. La terza figura soggetto-oggetto diventa predisponente l'alleanza terapeutica, ed in questo senso agisce, a condizione che lo psicoterapeuta configuri la dinamica dell'alleanza con il paziente nel campo globale specifico, per ogni seduta sfondo d'interazione tra tre figure.

Lo psicoterapeuta nel determinare la condizione predisponente l'alleanza terapeutica inserisce se stesso come nuova figura nella scena rappresentabile da parte del paziente e fruibile come oggetto d'appoggio per dinamiche di alleanza.

Il paziente che rappresenta la scena in cui una fisionomia (prima figura) aggredisce una seconda fisionomia (seconda figura) va a determinare un'azione apparentemente aggressiva ma, per il suo vissuto difensiva, per annientare la fisionomia che precedentemente lo avevo aggredito. La dinamica della scena fin dalla prima inquadratura delinea il tentativo di reazione difensiva del paziente che riesce ad inserire la prima figura in grado di sconfiggere la paura ovvero la seconda figura. Successivamente, per il paziente è possibile avanzare verso altre figure a difesa di se stesso; ogni altra figura prenderà forma, movimento e colore differente e andrà ad ampliare il patrimonio degli oggetti d'appoggio alleati.

Nel campo scena che dinamicamente viene rappresentato ciascuna figura può trasformarsi così come lo sfondo nel mondo interno; nel contempo la percezione del mondo esterno acquisisce ulteriori fenomeni ed eventi simultanei e in successione nel campo in trasformazione continua quadridimensionale (tre dimensioni spaziali e una temporale), determinando un continuum di configurazioni quadridimensionali nella rappresentazione-percezione mondo interno-mondo esterno del paziente. Nella teoria psicoevo-

luzionista dei fenomeni multipli simultanei il continuum quadridimensionale si articola precisamente nella percezione-rappresentazione e nella rappresentazione-percezione del paziente e dello psicoterapeuta nelle configurazioni del terzo oggetto campo-scena-setting; il terzo oggetto diventa soggetto partecipante nell'interiorizzazione e nella condizione transferale-controtransferale, paziente-psicoterapeuta. Il campo globale paziente-psicoterapeuta-terzo soggetto-oggetto in trasformazione va rielaborato e riconfigurato dallo psicoterapeuta psicodinamico psicoevolutionista. Quando, per esempio, il paziente esprime associazioni, o ricordi, nel contempo si guarda intorno, per cui la percezione del mondo esterno e di se stesso si riconfigura nella rappresentazione-percezione mondo interno. Lo psicoterapeuta analizza il campo globale, individuando e rielaborando quanto viene espresso dal paziente e riconfigurando l'organizzazione della totalità del campo e delle parti, dei fenomeni e degli eventi simultanei e successivi, sviluppando l'alleanza terapeutica nell'accompagnare il paziente verso le interpretazioni. Il terzo soggetto-oggetto non è solo ciò che si percepisce nel campo globale ma è nella trasformazione rappresentativa e percettiva sia del paziente che dello psicoterapeuta; il campo-scena-setting naturalmente non è semplicemente tutto l'ambiente nel suo insieme e nelle sue parti per ciò che viene percepito ma è anche la configurazione, nel continuum quadridimensionale, trasformativa delle rappresentazioni simultanee e in successione.

Nel caso subentri un nuovo evento o fenomeno alla percezione del paziente o nel caso si determini una nuova rappresentazione nel mondo interno del paziente, la rilevanza di questo terzo oggetto soggetto andrebbe a costituire una trasformazione riconfigurativa nella percezione-rappresentazione del paziente che potrebbe trovare o non trovare via di esplicitazione associativa o rielaborativa. Se la dinamica terapeutica consente al paziente di accogliere

---

il nuovo evento o fenomeno è probabile che giunga ad esplicitare o a descrivere l'evento o il fenomeno; determinante è l'alleanza terapeutica che effettivamente consente una vicinanza empatica ed un accoglimento dell'istanza del paziente. Lo psicoterapeuta seguendo attentamente la dinamica e, nel contempo, accompagnandola è l'Altro oggetto soggetto d'appoggio cui poter affidare la rielaborazione della configurazione, i nessi associativi e l'interpretazione. La valenza affettiva del terzo oggetto soggetto, evento fenomeno nel campo-scena-setting percepito-rappresentato va analizzata ed elaborata dallo psicoterapeuta, anche in considerazione del transfert-controtrasfert. Lo psicoterapeuta deve ricomporre nel campo globale la totalità dinamica dei fenomeni-eventi multipli simultanei ed in successione campo-scena-setting, terzo soggetto-oggetto, paziente, psicoterapeuta, mentre rielabora la valenza affettiva di quanto è subentrato ed è in corso di riconfigurazione. La valenza affettiva, le implicazioni e le conseguenze diventano determinanti nel prosieguo della seduta e quindi lungo il corso della psicoterapia, poiché un solo evento-fenomeno percepito rappresentato e riconfigurato anche attraverso la congruenza psicofisiologica nel campo organismo soggettivo, può comportare una riconfigurazione trasformativa del campo globale. L'alleanza terapeutica accoglie e convoglia gli investimenti energetici della valenza affettiva e accompagna terapeuticamente la dinamica delle riconfigurazioni trasformative.

L'alleanza terapeutica sviluppa la rappresentazione dell'accordo e della fiducia tra due soggetti, psicoterapeuta e paziente, per esempio, elaborando la modalità difensiva psicoevolutiva, denominata "scenario spazio-tempo", per elevare il livello difensivo del paziente sul campo scena reale dove quest'ultimo affronterà gli eventi avversi quando si presenteranno. La sequenza degli eventi psicomicrotraumatici accumulati analizzata, verrà poi rielaborata e, quindi destinata

verso interpretazioni difensive gradatamente più flessibili ed efficaci. Il paziente sul campo scena reale rievocherà spontaneamente la modalità difensiva psicoevolutiva, approntando una percezione-rappresentazione sulla scena interna-esterna spazio-tempo per comporre azioni e reazioni meglio adattate alle circostanze e alle variabili dell'evento.

Perry (1990) ci offre questa riflessione: «Il soggetto affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne generalizzando o indirizzando su un soggetto di solito meno minaccioso un sentimento o una risposta primitivamente indirizzati a un altro oggetto».

Infine, in base alla teoria psicoevolutionista dei fenomeni multipli simultanei (Frateschi M., 1988-1989) la rappresentazione interna inconscia delle scene e della dinamica affettivo-emotiva può caratterizzarsi per una simultaneità di due o più rappresentazioni. Le emozioni possono avere origine e svilupparsi in rappresentazioni parallele, come per più schermi rappresentativi in sviluppo. Pur essendo presente in ogni frazione di tempo e spazio la disposizione preferenziale di una rappresentazione sulle altre rappresentazioni, l'insieme delle rappresentazioni potrebbe continuare a svilupparsi dinamicamente; in tal modo, ne deriva una percorrenza di più fenomeni rappresentativi intessuta di emozioni differenti. Se in una rappresentazione il fenomeno vissuto aziona tristezza, in un'altra rappresentazione il fenomeno vissuto potrebbe azionare gioia, ed eventualmente in altre rappresentazioni simultanee verrebbero azionate altre emozioni. Dunque, la condizione umana rappresentativa intima non si sviluppa attraverso la linearità di una rappresentazione alla volta, ma comporta, in particolare, ad un livello inconscio, la simultaneità di molteplici rappresentazioni, e la straordinaria dimensione psicologica rielaborativa e riconfigurativa delle rappresentazioni simultanee consente, in generale, di evitare il panico. I sogni in tal senso possono



darcene prova. Allorquando l'incubo onirico è nelle rappresentazioni simultanee, ma caotiche e sovrapposte, indistinguibili, il soggetto coinvolto intensamente si ridesta, necessitando di un approdo liberatorio nel risveglio. L'analisi e l'interpretazione del sogno incubo comporterà per lo psicoterapeuta l'esplorazione degli eventi interni ai fenomeni simultanei rappresentativi-percettivi, ricomponendo i processi e i contenuti manifesti e latenti, anche individuando la dinamica difensiva che si è sviluppata durante il sogno fino al risveglio. Per il paziente l'intercettazione, in virtù della memoria del sogno, riguarda, dapprima, solo la rappresentazione o la sequenza delle rappresentazioni in successione accessibili a livello cosciente, mentre, di seguito, altra parte degli eventi interni ai fenomeni simultanei rappresentativi-percettivi inconsci del sogno verrebbe composta e riconfigurata con lo psicoterapeuta, tramite l'alleanza, nel trattamento psicoterapeutico.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- AMADEI G., CAVANNA D., ZAVATTINI G.C., (2015). Psicologia dinamica, Società editrice il Mulino, Bologna.
- APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5). Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- BERGERET J. (1974). La personalità normale e patologica. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1984.
- FRATESCHI M. (1988-1989). Laboratori di Ricerca di Attività Creativa. Comunicazioni. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- FRATESCHI M. (1989). La Psicologia Scolastica con un orientamento Psicodinamico Psicoevoluzionista per una Ricerca Azione nella scuola. Comunicazione interna alla Ricerca Formativa "Il bambino multidimensionale", Università degli Studi di Bari - I.R.S.S.A.E.,

- Regione Basilicata.
- FRATESCHI M. (2011). Psicoevoluzione, prevenzione e benessere: l'intervento psicodinamico psicoevoluzionista, Comunicazione presentata al Seminario "Psicoevoluzione, Prevenzione, Benessere: dalla Psicologia della Salute alla Psicologia Scolastica", A.I.E.Psi., Bari.
  - FRATESCHI M. (2012). Psicoevoluzione, Introduzione alla psicodinamica psicoevoluzionista. Armando Editore, Roma.
  - FRATESCHI M. (2013). La prevenzione psicoevoluzionista: programma e servizi per la scuola e la famiglia. Comunicazione presentata al Convegno "Psicologia e Promozione della Salute. Prevenzione Psicoevoluzionista dei DA, DSA", Istituto Comprensivo "Japigia I – Verga", Bari.
  - FRATESCHI M. (2015). *Psicomicrotrauma e psicotrauma, vita e morte*. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 15, 6/2015, pp. 37-44.
  - FRATESCHI M. (2016). Psicodinamica, difesa e resistenza. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia» 18, 12/2016, pp. 37-50.
  - FRATESCHI M. (2020a). Sogno e percezione psicoevoluzionista della scena. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 25, 6/2020, pp.182-203.
  - FRATESCHI M. (2020b). Psicoevoluzione, salute e formazione. Comunicazione presentata alla Conferenza Internazionale on line, dal titolo: "Il benessere dentro e fuori. Il corpo, la mente, l'ambiente. Will-being from the inside out to the outside in. Body, mind, and environment", tenutasi a Bari, presso l'Aula Magna – Università degli Studi di Bari, 23-24 ottobre 2020.
  - FREUD A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*, Hogart Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1961. Tr. It. L'io e i meccanismi di difesa. Martinelli, Firenze, 1967.
  - FREUD S. (1895). Progetto di una psicologia. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
  - FREUD S. (1911). *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
  - FREUD S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
  - GABBARD G.O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical practice*. Third Edition, Washington, D.C., American Psychiatric Press; tr. It. *Psichiatria Psicodinamica*, IV ed., Milano, Cortina, 2007.
  - GILL M. M. (1982), *Teoria e tecnica dell'analisi del tranfert*. Tr. It. Astrolabio, Roma, 1985.
  - LAGACHE D. (1952). *Le problème du transfert*, *Revue Française de Psychanalyse*, P.U.F., Paris.
  - LAGACHE D. (1960). *La psychologie e les sciences humaines*, in D. Lagache, *Œvre*, vol. IV, P.U.F., Paris.
  - LINGIARDI V., MADEDDU F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Nuova edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano.
  - MAHLER M.S., PINE F., BERGMAN A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and Individuation*. Basic Books, New York. Tr. it. *La nascita psicologica del bambino*. Ed. Boringhieri, Torino. 1978.
  - MODELL A.H. (1990). *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1994.
  - PERRY, J.C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale*. 5th edition. Versione originale pubblicata in Appendice al volume Lingiardi, V, Madeddu, F. (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria, clinica e ricerca empirica*, Raffaello Cortina, Milano.
  - WERTHEIMER M. (1923). *Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt*. In *Psychologische Forschung*, 4.
  - WERTHEIMER M. (1945). *Productive Thinking*. Harper, New York. Tr. it. *Il pensiero produttivo*. Giunti Barbèra, Firenze. 1965.



# VACCINAZIONE CONTRO IL COVID-19

## CONSEGUENZE SU SOGGETTI CON DISAGIO PSICOLOGICO

Paolo Della Vella  
Psicologo

### RIASSUNTO

La Pandemia da Covid-19 ha segnato la pelle di tutti noi sia per chi ha vissuto in prima persona l'esperienza del contagio e dell'Ospedalizzazione d'urgenza (sopravvissuti) sia per chi è stato un semplice spettatore della "conta giornaliera dei morti". Ad esempio, come faranno i familiari ad accettare la perdita di una persona cara deceduta a causa dell'infezione? Inoltre, la maggior parte degli Italiani stanno ancora scontando le conseguenze delle limitazioni della libertà personale, emanate per impedire al Virus di circolare ed evitando in tal modo di sovra-intasare i reparti degli Ospedali, già in situazione critica e più volte a rischio di collasso. Nella prima parte del testo, dopo aver stilato il "Diario della Pandemia", si farà riferimento alle basi teoriche della traumatologia e ai fattori di resilienza generali. Si proverà ad interpretare le risonanze emotive di quella che per tutti è la loro

prima pandemia globale, evidenziando gli effetti secondari della campagna di vaccinazione per i gruppi considerati fragili: anziani, detenuti e profughi in primis. Infine, quelle che sono le basi per la terapia di gruppo con dei soggetti scampati ad una sciagura.

### PAROLE CHIAVE

Covid-19; Vaccinazione globale; Psicologia dell'emergenza; Gruppi fragili; Psicoterapia di gruppo.

### INTRODUZIONE

Il Covid-19 ha sconvolto il mondo post-moderno senza sentori o segni premonitori, stupendo da un certo punto di vista per la rapidità di diffusione (indice RT) e per il livello di contagiosità/tasso di Mortalità fra le persone, mai raggiunti nelle precedenti influenze causate da *Polmoniti atipiche*.



L'Europa ha risposto nel 2020 con forti misure di limitazione delle libertà personali e di protezionismo dei confini territoriali sia esterni che interni, decretando in questo modo la caduta del Mito "Schengen"; ciò ha comportato un'impraticabilità dei viaggi, specie se di natura inter-continentale.

In Italia, dopo un lungo *lockdown* totale, è stato deciso di adottare il Coprifuoco, in modo da ridurre le pressioni sugli Ospedali a rischio collasso per via della carenza di posti letto disponibili per accogliere i pazienti Covid.

In tutte le Nazioni si è assistito ad una macabra conta giornaliera delle vittime, spesso alla diffusione della mania di contagio; in più, scene di horror trasmesse sulle emittenti nelle strade delle città Indiane e a Nuova Delhi, dove si sono predisposti dei bracieri per ardere i resti

dei malati morti per l'infezione, unico modo per non diffondere il contagio, o negli Ospedali della città, in cui i parenti assistevano i loro cari ammalati al posto degli infermieri. Il Covid-19, infatti, ha colpito maggiormente molti Stati economicamente svantaggiati e sotto-industrializzati, in cui la situazione di indigenza, oltre che lo stato di arretratezza del sistema sanitario, hanno provocato scenari a dir poco apocalittici.

L'Africa continua intanto a non riuscire a pagare il prezzo dell'acquisto delle dosi rispetto a quelli più industrializzati, non avendo neppure previsto la partenza di piani vaccinali; in questo caso, senza prevedere opere di donazione ai Paesi Africani che pur riservano un grande debito pubblico nei confronti del blocco Eurozona non si riuscirà a immunizzare la popolazione a livello globale; l'unica eccezione, per ora, è stata la Francia di



Macron, con la promessa del pagamento dell'acquisto di vaccini a sufficienza, ma anche gli USA hanno dimostrato un certo spirito di intraprendenza, donando già più di 500.000 di dosi agli Stati Africani.

Con il permesso delle Case Farmaceutiche che abbiamo imparato a conoscere bene di questi tempi, a differenza dei bravi Scienziati che vi lavorano dietro lo sforzo in questa direzione è sempre stato quello di liberalizzare il brevetto dei vaccini, in modo che nessun grande produttore potesse speculare sulla loro produzione.

Per quanto riguarda la campagna d'immunizzazione, dopo i primi intoppi, sembra che il *diktat* delle 500 mila dosi minime giornaliere, con tassi di vaccinazione fra i più alti dell'Eurozona, stia portando finalmente ai risultati desiderati (70-80% d'immunizzati fra la popolazione), ovvero ad un calo dei contagiati e alla diminuzione dei soggetti che muoiono a causa dell'infezione grave delle vie aeree superiori.

Il caso di Israele è emblematico: dopo aver condotto una politica di acquisto massivo di vaccini, anticipando il resto del mondo, e dopo aver raggiunto rapidamente la tanto auspicata immunità di gregge, si è ritrovata inerme alle prese con la *variante Delta*, e un conseguente aumento di contagi, con l'unica speranza riservata in una terza somministrazione, in modo così da tenere a bada la nuova ondata di contagiati.

### **COVID-19 E TRAUMI COLLETTIVI**

Dopo la diffusione globale della Pandemia, la prima reazione per evitare il propagarsi del virus è stata l'emanazione di NPI (interventi contenitivi di carattere non-sanitario), con lo scopo di limitare la circolazione, che hanno provocato un arretramento delle libertà personali dei singoli.

In generale, in Italia, il *lockdown* si è portato dietro una scia di ripercussioni evidenti quali:

1. Diminuzione del numero dei reati, tranne per quel che riguarda le Violenze intrafamiliari; 2. Diminuzione dell'inquinamento e degli effetti della mano dell'uomo sull'ambiente (tassi di polveri sottili nell'aria misurati nell'area metropolitana di Milano, una delle città più inquinate in Italia); 3. Aumento repentino dei flussi migratori (su cui non si conoscono tutte le variabili in gioco); 4. Aumento delle richieste Inail per risarcimento di malattia in ambiente di lavoro, causa Covid.19.

Invece, il Coprifuoco, essendo un provvedimento di sicuro meno stringente rispetto al divieto di uscire in strada, sembra aver avuto meno ripercussioni forti anche se è evidente come i due fenomeni presi nel loro insieme hanno in poco tempo determinato degli effetti pesanti; quindi, inaspettatamente, si è assistito a delle conseguenze benefiche sul regno animale susseguente al rispetto degli ambienti selvatici, meno contaminati del solito.

Tutte le misure messe in atto per contenere il contagio, seppur necessarie e incombenti, hanno avuto un impatto forte sulla salute mentale. D'altronde, la nozione di Trauma, che rimanda alla derivazione greca di *ferita* e *offesa*, è strettamente legata a quella di stress e al sentimento di allarme esperito, per cui alcuni soggetti sono soggette a forti scombussolamenti e vortici emotivi spiacevoli.

In questi casi, come sempre, è tornato subito alla ribalta il "Centro di Malattie Infettive Spallanzani" di Roma, con il povero biologo del XVIII Secolo, anticipatore degli studi di Pasteur sui batteri responsabili del cibo avariato e sui metodi di conservazione ad alte temperature oltre ad altri importantissimi studi di gastroenterologia e fecondazione artificiale che avrebbe forse preferito un altro tipo di ricorrenza per essere ricordato, ricoprendo un ruolo decisivo nella lotta al contagio, fin dai primordi della Pandemia, compreso quel che riguarda la diagnosi e la cura

---

dei soggetti infetti tramite la sperimentazione di nuovi farmaci.

### **Le cause e il "diario" dell'Epidemia**

Alla ricerca di un untore o del Paziente Zero, si è creato un rimbalzo di responsabilità che ha visto al centro dell'intrigo internazionale il laboratorio di Wuhan, capoluogo della provincia di Hubei, in cui, con molta probabilità, si stavano producendo esperimenti proprio su ceppi virali della famiglia dei *Coronaviridae*, e le quali impronte sono andate perdute grazie alla perentoria cancellazione di ogni traccia dei resoconti dei ricercatori del gruppo che si occupava del progetto considerato "rischioso". La falda nel laboratorio cinese potrebbe aver provocato la sciagura ma dopo l'intervento del governo Cinese è in serio dubbio la possibilità che si possa risalire ad una verità definitiva. Infatti, sembra che già nel 2016 ceppi virali di COVID-19 siano stati trovati in alcuni stormi di pipistrelli, a chilometri di lontananza da Wuhan, all'interno di una vecchia miniera dismessa perché sono stati utilizzati negli esperimenti e infettati in laboratorio; poi, nel 2019, le tracce del virus erano presenti nel mercato centrale della Città, punto in cui si pensa possa essere avvenuto il *passaggio di specie*.

Durante il *lockdown* la Potenza Asiatica, che ha sempre negato il fatto, ha nuovamente ribadito la propria natura anti-democratica e il genetico istinto al calpestamento delle basilari libertà in materia di espressione e informazione, come avviene da tempo.

A livello geografico il primo continente ad essere colpito dalla diffusione della Pandemia è stata proprio l'Europa, seguita successivamente dagli USA, dove, è risaputo, non avere una polizza di tipo sanitario, per molti, ha comportato l'impossibilità di essere curati in Ospedale e una morte assurda dopo il contagio da Sars-Cov-II; le immagini provenienti da altre Aree meno sviluppate economicamente sono state anche più desolanti:

la prima Nazione a non reggere le logiche delle norme anti-contagio e delle NPI è stato il Brasile e in generale il Sud-America, come durante gli aumenti del tasso di contagi in stati come il Messico; per tutti il caso dell'India con Ospedali fatiscenti e senza mezzi di ventilazione assistita dei Pazienti.

Ad oggi, si sa per certo che il virus non si diffonde fra gli animali.

In Italia, dopo la caduta del Governo Conte, la gestione della Pandemia è stata affidata al Generale dell'Esercito Figliuolo, soprattutto per quel che riguarda la somministrazione dei vaccini in base alle fasce d'età e l'avanzamento della campagna d'immunizzazione della popolazione. Con l'aumento della percentuale dei vaccinati, le politiche Europee si sono anche fatte meno restrittive ma il dilagare delle nuove varianti (*variante Delta e Mu*) più contagiose delle precedenti rischia di far saltare il progetto del *Green Pass* e la possibilità di un ritorno più veloce alla normalità.

Comunque, per i tempi di fabbricazione e per il tipo di impatto sulla salute generale, i vaccini sono stati finora un vero miracolo della biotecnologia; infatti, sembra accertato che chi riceve la vaccinazione rischia di ammalarsi di forme meno gravi di polmoniti virali: un successo della medicina!

I numeri nel mondo però sono sempre più desolanti e la conta dei morti per Covid-19, che ormai ha superato i 4 Milioni di persone nel mondo, non ha risparmiato neppure nomi illustri, come Luis Sepulveda e Paolo Rossi.

### **Le Epidemie come stress collettivi**

Nella Milano Manzoni dei Promessi Sposi, quando fra l'ingenuità, la bigotteria e l'analfabetismo della gente poco colta si raccontava della situazione sociale di una Città che non era pronta ad accogliere la tempesta provocata



dall'epidemia di Peste, diventò funesto perfino il proferirne parola; o quando, verso la fine del XIX Secolo, Verga narra della Malaria nel paludoso caldo di Luglio come un qualcosa che «si poteva quasi toccare con mano». Il Covid-19 assume le sembianze della mortifera pestilenza di cui parla Boccaccio nel racconto della società fiorentina di fine XIII Secolo.

Questi sono gli esempi più lampanti mentre il nuovo secolo, che è iniziato invece con la diffusione di altri tipi di virus di tipo aviario, non è esente dai problemi di salute riguardanti simili «pesti emozionali».

Inoltre, accanto a molte malattie completamente debellate dal progresso medico di *global care*, altre invece continuano a mietere vittime in quei

Paesi che sono più svantaggiate economicamente.

Se anche "(#)tutto dovesse andare bene", cioè raggiunta l'immunità di gregge, non si può pensare di uscire definitivamente dalla Crisi se non prima di aver organizzato un piano di ripresa, un *new deal*. Inoltre, molti stati storicamente meno avvantaggiati e forti a livello monetario, come la Grecia e l'Italia, potrebbero pagare il prezzo dell'incertezza finanziaria, e rivivere il *Crack del '29* con il crollo della borsa americana.

Il parere degli esperti sembra inoltre non lasciare spazio a molta speranza: infatti, il virus Covid, a differenza di altre epidemie endemiche risulterà con il diventare piuttosto una patologia a cicli rapidi, per cui dovremmo abituarci a convivere

---

con aumenti improvvisi di contagiati e forse con tutto ciò di più terribile a cui ci siamo abituati in questi anni, compresi Ospedali collassati, carenza di respiratori, personale costretto a turnazioni extra, ecc ...

In un'ottica sistemica, per progettare la ripartenza potrebbe tornare utile il concetto di «Famiglie» (Bronfenbrenner, 1979), tornando utile il modo di leggere il rapporto fra i gruppi sociali in evoluzione a partire dai nuovi modelli culturali e storico-economici emergenti. Bronfenbrenner propose un'*ecologia dello sviluppo umano* come un'interazione a più livelli, rappresentabili graficamente con dei cerchi concentrici, e il cui interno consta del mondo microsistemico della diade primaria, per poi risalire con gli insiemi esterni mesosistemici, che sono un insieme di microsistemi, ed esosistemici, formati da vari contesti sociali in interazione fra loro, e il macrosistema che ingloba tutti gli altri, e che è composto dai valori, dalle norme e dagli elementi culturali in cui il soggetto si trova ad agire.

### **GLI EFFETTI SECONDARI DELLA PANDEMIA**

La situazione precedente alla Pandemia e lo stato di salute mentale pre-crisi riferivano percentuali minori di sofferenza psichica all'interno della popolazione generale. Secondo l'OMS la Crisi non è già alle spalle, le varianti potrebbero continuare ad evolversi in Virus ancora più temibili per la salute e, soprattutto, il Sars-Cov-II sarebbe solo il primo di nuovi super-Virus che potrebbero in un futuro prossimo comparire nel panorama mondiale (OMS, 2021).

Intanto si possono sondare gli effetti sulla salute psichica e i postumi sul cervello dell'infezione provocata dalla rinomata cellula auto-replicante, caratterizzata dalla *proteina Spike*. I dati forniti dai recenti studi condotti con test statistici in varie parti del pianeta hanno rilevato un aumento netto di tutte le classi di disturbi, soprattutto in alcune gruppi di soggetti che soffrivano già di altri problemi psicologici;

secondo Ambaw *et al.* (2020) in Etiopia il 33 % della popolazione soffrirebbe di sindromi depressive, insorte dopo lo scoppio della pandemia (Onu, 2020); anche i *Disturbi di abuso di sostanze stupefacenti* ha raggiunto tassi preoccupanti (*Ibidem*), quale rimedio auto medicale, in questo caso, contro la paura del Virus. I *Disturbi dell'alimentazione psicogena*, cioè *Bulimia Nervosa*, *Anoressia Nervosa* e *Binge-Eating* hanno ricevuto un'incidenza maggiore secondo vari studi avvenuti dopo il *lockdown*.

### **Break-out e "tendenze irrazionali" nei gruppi**

A parte i dati statistici inerenti la Pandemia, ciò che fa più riflettere è in generale il senso di esasperazione messo in atto dai componenti di un parte contraria alle norme igienico-sanitarie sancite, e riluttante alle restrizioni alla libertà personale: No-maks, No-curefew (formato soprattutto da gruppi anarchici e Centri Sociali), No-vax; per ora solo un mix di negazionismo della malattia e antisocialità. Tutti i movimenti di protesta contro le restrizioni, sfidando i divieti sanitari, oltre che le regole di pacifica convivenza, si sono ritrovati col non sostenere ciò di cui si dicevano paladini, ovvero la libertà personale (più proteste = più restrizioni). Così si è finito anche per passare sopra ai protestanti per ragioni reali e che avevano perso il lavoro a causa della chiusura delle fabbriche durante la crisi Covid. Per ultimo in ordine di tempo, il movimento No-vax/"no Green-pass" è stato l'apice di un'escalation frutto anche di angosce e paure latenti, istinti coattivi e sperimentazione di incubi personali.

Dall'altra parte, non si è provato a far molto: l'opera di convincimento è diversa da quella che può apparire come una costrizione, trovatisi la politica a scontrarsi con le credenze di fette vaste della popolazione. Infine non si può lasciare l'onere del cambiamento dell'opinione pubblica a campagne di sensibilizzazione medica in quanto la Pandemia è globale. Ad esempio, il tentativo del Governo Statunitense di persuadere più persone



alla vaccinazione a fine di sconfiggere l'estremo atavismo mostrato, in cambio di una ricompensa di 100 Dollari, può risultare strano ai nostri occhi e in effetti non è il miglior modo per cambiare degli atteggiamenti della gente.

In ultima analisi tutti i comportamenti al limite, compresa l'inosservanza delle regole durante il *lockdown*, e gli agiti di alcuni soggetti possono essere valutati come un complessivo disinteresse per la salute altrui oltre che per la propria. Qui entrano in gioco anche le dinamiche di gruppo, essendo una situazione di forte stress e allarme collettivi, per i quali i singoli, *vivendo il pericolo di rivivere il trauma di nascere a un mondo estraneo si attivano per ricomporre la propria unità attraverso dei comportamenti proto-tipici* (in Imbasciati, 2013). Ovvero:

1. La concentrazione su un tema comune portata da uno o più partecipanti;
2. L'istituzione di un capo espiatorio sul quale si concentrano le tensioni e le ostilità di tutti;
3. La dipendenza idealizzante del leader del gruppo o la sua svalutazione e addirittura demolizione;
4. Unità gruppal parziali: i sottogruppi.

### **Disturbo in associazione ad uno stress specifico (o PTSD).**

Secondo l'ultima revisione dell'ICD (Who, 2018) alla base di un trauma c'è sempre un evento necessario anche se non sufficiente a far insorgere il Disturbo. Rivisitazione dell'orrore (con incubi e *flashback*), comportamenti di evitamento (paura di tutto ciò che rimanda per libera associazione al trauma vissuto) e forte senso di minaccia del proprio sistema di vigilanza (*Ibidem*) sono i sintomi premonitori. Gli effetti di una catastrofe naturale o di una sciagura di tipo sanitario come questa possono essere anche molto gravi, compresi l'intorpidimento o assopimento parziale fino a vere manifestazioni dissociative, anche se *l'esame di realtà* alterato (derealizzazione e depersonalizzazione) è più propriamente categorizzata in

classi di disturbi di diversa gravità, che trovano collocazione all'interno di capitoli a parte (APA *Task-force*, 2013).

Un anno di *lockdown* alle spalle, per via dell'imperativo di "(#) *restare a casa*", ha inoltre esasperato in certi casi i conflitti interpersonali e molti studi (ad es. Xiang *et al.*, 2020) hanno fatto emergere un'impennata del tasso di sofferenza psichica all'interno di alcune fasce considerate deboli o a rischio, fra cui donne, minori, anziani e soggetti con altre forme di disabilità psichica. Secondo Hoffart *et al.* (2020), all'interno di uno studio nella popolazione Norvegese, il *senso di solitudine* è stato il sintomo maggiormente accusato, soprattutto negli strati meno abbienti e/o con un livello d'istruzione minore, e in particolari categorie di persone, come i giovani. Dai risultati emersi, più di 1 soggetto su 2 dichiarava inoltre di essere preoccupato dal proprio status economico e, anche se non è stato ancora dimostrato da altre ricerche, il senso di solitudine è cresciuto proporzionalmente ad ansia e depressione (*Ibidem*). Inoltre, la solitudine può risultare in una tendenza alla ruminazione per la propria inettitudine oltre che avere degli effetti a lungo termine, anche dopo la fine delle restrizioni.

In sostanza, tutte le misure di contenimento della Pandemia in Europa, fra cui il *social distancing*, si sono configurate come una vera e propria catastrofe delle relazioni sociali. La carenza di stimolazioni, non solo dal punto di vista culturale, ha avuto come effetto il desiderio di evadere da una realtà esterna traumatica e provocato una compressione generale; per i bambini e i *teenager*, che potremmo considerare in un periodo critico per la loro fase di crescita, una simile deflagrazione potrebbe aver comportato perfino il blocco di alcune capacità in divenire. Come da esempio si veda lo studio di neurochirurgia sul blocco della normale crescita delle *colonne di dominanza oculare*, in esperimenti di ostruzione visiva permanente su animali da laboratorio: le

---

cavie mostrano un'incapacità di formazione di una corretta funzione percettiva, una proprietà che non verrà più acquisita in seguito, seppur vengano restaurate le normali vie visive (Hubel, Wiesel, LeVay, 1977). Non è un caso che le persone che hanno sofferto meno per i postumi della Pandemia sono soggetti che potrebbero essere definiti «plastici», cioè che hanno saputo riformulare la propria routine quotidiana, in modo da ricavare dalla situazione sfavorevole un rinforzo per ricercare più tempo libero da dedicare, ad esempio, agli hobby preferiti, ad attività ricreative o passeggiate nella natura (*Ibidem*).

D'altra parte si parla del mondo attuale come un mondo di iperstimolazione, per effetto del largo abuso di apparecchiature tecnologiche, cioè utilizzo smodato di *smart-phone* e tablet. Il risultato è un effetto *rebound* in chi, per esempio, ha provato ad arginare l'isolamento sociale affidandosi a mezzi che mimano solo la comunicazione umana ma alla fine tendono ad aumentare questo senso di lontananza fra coetanei. Tale comportamento, se nei momenti di pace può essere un tentativo di supplire alla carenza di contatti sociali, può trasformarsi in una ricerca di una sorta di paradiso artificiale, nell'accezione di *rifugio della mente* data da J. Steiner (1996), il quale crede che questo meccanismo, se perentorio e consuetudinario, potrebbe indirizzare i soggetti verso la malattia mentale.

Comunque la realtà virtuale o il mondo dei mass-media, che non possono in nessun modo sostituire l'effetto del contatto con il mondo esterno, non hanno molte colpe.

Uno dei primi e massimi studiosi della traumatologia psichica, P. Janet (1893) spiegava tale fenomeno di appiattimento cognitivo con il fenomeno del *restringimento del campo della coscienza* proprio come un tentativo disperato del nevrotico di *non dover sacrificare fenomeni della propria percezione*; la capacità di sintesi della coscienza,

infatti, è connessa con la capacità di *funzione del reale*, ovvero ciò che ci guida nella formazione di una percezione più dettagliata e completa del mondo circostante.

Le sequele dei soggetti che hanno ricevuto l'ospedalizzazione d'urgenza (accesso in sala intensiva e ventilazione meccanica) sono varie, tant'è vero che è stato già coniato il termine *Long-Covid* per definire gli stati morbosi secondari alla Polmonite e che, se non curati, possono protrarsi anche a distanza di tempo; a livello cerebrale, i sintomi, in alcuni casi gravi, hanno comportato in anche seri Disturbi Neurologici con ematomi cerebrali e sofferenza intracranica, per cui si sono ritenuti necessari interventi urgenti di neurochirurgia (craniotomia).

Inoltre, molti Pazienti potrebbero soffrire psichicamente per quanto vissuto (Kaseda, Levine, 2020) nell'impossibilità di un vero percorso di riabilitazione multilivello, come invece avviene già nei centri sanitari dell'Esercito; i «testimoni» della Pandemia hanno tutti vissuto una forte sensazione di terrore: la paura del contagio, il pensiero dei propri cari e al fatto che potessero essersi anch'essi ammalati, la sensazione di non essere aiutati a dovere e la mancanza di una vera rete sociale di sostegno (escluse le Forze dell'Ordine). In generale, tutti i momenti della Pandemia hanno comportato la messa in atto di livelli di adattamento superiori rispetto al solito.

### **Comportamenti anti-conservativi e ideazione suicidaria nei soccorritori**

Da anni si parla della carenza di protezione per chi lavora in Ospedale; medici e infermieri diventano una valvola di sfogo e vittime di agiti violenti. Secondo A. Beck: «*una persona è predisposta alla tristezza piuttosto che all'ansia quando la perdita è già avvenuta o quando l'aspettativa della perdita intacca il dominio personale*». In altre parole, gli effetti della situazione traumatica agiscono sulla



stabilità mentale della persona anche prima che la perdita sia veramente avvenuta, ammesso che essa possa realmente palesarsi, provocando scompensi nell'attuale, seppur le conseguenze temute appartengano solo ad un futuro prossimo (Beck, 1976).

La constatazione che il tasso di suicidi medio sia aumentato, riguardando anche chi è stato impegnato in prima linea per la guerra al coronavirus, come gli Infermieri, pone degli interrogativi importanti.

Da recenti dati resi pubblici dal FNOPI di tutte le morti causate del Covid fra il corpo infermieristico ben 1a su 10 ha riguardato un para-medico, nella maggioranza dei casi di un soggetto di sesso femminile; prendendo in considerazione

la relazione fra suicidio e contagio c'è anche da considerare che fra il personale medico infettatosi uno su due svolgeva la professione di infermiere. Inoltre la rivelazione che il tasso di suicidi è aumentato in maggior misura fra i professionisti impiegati nelle ASL dell'epicentro Bergamasco mette in risalto una forte connessione fra stress lavoro correlato (*Burn-out*) e suicidio del dottore durante la crisi sanitaria, anche a causa di essere stati oberati di lavoro in quest'ultimo periodo.

Il plauso della comunità tutta è finito col diventare nel tempo una vera e propria sassaiola. Quindi, nel caso del personale infermieristico la prospettiva del contagio e della perdita della salute, la paura di non ricevere il sostegno sociale sperato forse senso di gratitudine nei loro confronti han-



---

no inciso profondamente sull'equilibrio di quei soggetti che non sono riusciti ad accettare il fatto di essersi contagiati proprio per la malattia che stavano combattendo e scegliendo quindi, in casi estremi, per il suicidio.

Ma la scarsa considerazione verso il lavoro di Medici e Infermieri si è spostato in alcuni casi anche alla critica spietata e all'accusa infondata; il Dott. De Donno, primario di Pneumologia presso l'Ospedale di Mantova e massimo esponente e sostenitore della terapia al *Plasma iperimmune*, unica speranza, oltre agli anticorpi mono-clonali, per quanto riguarda la cura dei soggetti Covid gravi, si è tolto la vita nella sua abitazione privata il 27/07/2021, morte sospetta per la quale già indaga la Procura; il suicidio del Medico che era primario nel presidio "Carlo Poma" lascia il tremendo sospetto che il movente del gesto possa essere stato proprio la miriade di offese e critiche ricevute pubblicamente per la propria proposta innovativa; molto probabilmente il mancato riconoscimento per il suo lavoro ha svolto un ruolo determinante per la propria decisione di mettere fine alla vita.

La classe medica infatti non è inerme di fronte alla sofferenza psichica, neppure nei periodo pre-Pandemia, e anzi, spesso, più predisposta a cercare auto-rimedi ed auto-prescrizioni di psicofarmaci a causa della paura di essere discriminati per non riuscire a superare un brutto periodo con il solo aiuto delle proprie forze (Loretta *et. al*, 2020).

Lo studio retrospettivo condotto dall'Università di Sassari su quello che gli autori definiscono lo «stigma delle professioni sanitarie» è andata analizzando 60 decessi per suicidio mettendo inoltre in evidenza come, oltre all'età avanzata, uno stato di forte Depressione o altri disturbi psichiatrici pregressi possano essere presenti nel 28% dei casi di decessi esaminati. Nello stesso articolo si riferisce di 1 caso su 5 di suicidi di Dottori che avevano avuto problemi lavorati-

vi, *burn-out*, *mobbing* o un richiamo disciplinare. Non sono state trovate correlazioni statistiche fra suicidio del Medico e il suo status economico (*Ibidem*).

La *Psicologia delle Emergenze* ha portato alla luce quanto importante sia per chi aiuta ricevere aiuto in modo da prendersi cura anche di se stessi; la realtà però porta alla luce un mancanza completa di organizzazione in questo senso, tant'è vero che solo a Budapest è stata creata una vera *task-force* negli Ospedali e nei reparti Covid, in cui 250 psicologi ungheresi sono stati impegnati nel supporto degli operatori impegnati nella lotta al virus.

In generale, il carico emotivo delle professioni che si occupano di salute ha un peso che influisce profondamente sulla corretta formazione di tali categorie professionali' (Imbasciati, 2018); un adeguato bagaglio di risorse affettive e comunicative, infatti, è una dotazione necessaria, cioè una *funzione della Mente* da sviluppare con i giusti insegnamenti di Psicologia. Inoltre, il *buon operatore è l'individuo che può sbagliare, e spesso sbaglia, ma che però cerca di rendersene conto e di imparare dai suoi errori* (Blandino, 2004).

La Pandemia ha anche messo in evidenza che la classe Medica è spesso lasciata da sola, chiamata in causa solo in momenti di bisogno o, in questa sciagura, nel tentativo di coprire la carenza di personale per quanto riguarda l'arruolamento di Dottori che avevano ormai già maturato la decisione di smettere di lavorare ma non correttamente definito come un richiamo alle armi.

In questo momento e come dopo ogni evento avverso di livelli simili il rischio suicidario è elevato non solo nelle categorie che si occupano di aiuto (*soccorritori*) ma in tutta la popolazione (*scampati al disastro*). Molti soggetti hanno sviluppato sintomi depressivi, dopo i periodi in cui sono state disposte le chiusure forzate; inoltre



se alcune persone hanno perso un familiare stretto o addirittura il congiunto, evento in cima alla lista per il carico di stress indotto, potrebbero sicuramente soffrire di un grave *Disturbo da Lutto*<sup>1</sup>.

### VACCINAZIONE DEI SOGGETTI FRAGILI O APOLIDI

La campagna vaccinale ha dato un netto scatto alla lotta al nuovo Coronavirus tramite la produzione dei nuovi vaccini adenovirali, in tempi di sperimentazione e valutazione mai provati fino ad ora (in media 3-4 anni in meno prima delle normali tempistiche per l'approvazione di un nuovo farmaco da parte dell'EMA).

L'ingegneria biomedica ha mostrato il netto salto in avanti della tecnologia farmaceutica in quanto le indagini preliminari sulla validità della copertura immunitaria hanno mostrato buone percentuali di protezione per i vaccini di AstraZeneca, Pfiser e Moderna (e molto minori per i vaccini di provenienza Russa e Cinese). Il ciclo vaccinale completo si è dimostrato efficace alla prevenzione dell'infezione e per contrastare forme a gravità maggiore della malattia, per cui si richiede solitamente un intervento d'urgenza: ciò ha avuto da subito degli effetti positivi sulla percentuale di congestione delle terapie intensive tanto da consentire ai pazienti ammalatisi di poter ricevere le cure a casa propria. Infine, i soggetti che non possono vaccinarsi per via di un'allergia specifica al farmaco o una concomitante patologia (immuno-soppressiva, tumorale o diabetica che sia), sono fuori pericolo grazie al meccanismo dell'*immunità di gregge* offerta dal resto della popolazione che invece ha già scatenato la reazione immunitaria.

Le priorità dei vaccini per quanto ha sancito la comunità medica è stata riservata agli anziani, soggetti a rischio più degli altri sia della percentuale superiore di infettati per classi d'età che per la concomitanza di malattie pregresse, diagnosi che renderebbe più difficile la gestione del quadro medico.

Però, dopo le prime notizie sulle reazioni al vaccino e lo spauracchio di alcuni casi di decessi sospetti causati da una trombosi, molti hanno iniziato ad aver paura, ed ad essere riluttanti della vaccinazione e temere per i suoi eventi avversi. Tali controindicazioni sono naturalmente riferite a soggetti con precedenti disturbi cardiocircolatori, seppur possano presentarsi con la probabilità di eccezioni (1 caso ogni 100.000). Purtroppo, il Foglietto Illustrativo del vaccino, è stato aggiornato dopo l'evidenza che provava questi casi di *reazione allergica*. FMI, Banca Mondiale, OMS e OMC hanno subito lanciato un sito predisposto per pubblicare notizie e informazioni sui vari vaccini ma intanto l'effetto della diffusione della notizia delle trombosì ha scatenato un certo panico, al di là della *micofobia* di cui già eravamo portati a soffrire per la possibile presenza del Virus su superfici piane. Quindi, è indubbio il fatto che certe persone abbiano sofferto di paure infondate prima di immunizzarsi. A dire il vero le reazioni ai farmaci sono sempre esistite ma, per una certa dose di ignoranza sulla materia, il *bias cognitivo* è stato più forte della nostra razionalità, per il quale siamo stati esposti ad un'esperienza di tensione antecedente alla somministrazione.

D'altronde, la vaccinazione, essendo una sorta di rivisitazione degli eventi riferiti alla situazione emergenziale, potrebbe aver riaperto vecchie

<sup>1</sup> Secondo Imbasciati il motivo di fondo che interferisce con il riconoscimento del ruolo dello Psicologo in contesti pubblici risiede in angosce insite nell'apparato culturale e nelle strutture materiali della medicina (Imbasciati, 2018, 2020).

ferite psichiche, e di cui già possedevamo meno coscienza. In questo caso molto fa anche il personale grado di resilienza. (...) *La resilienza qui si è manifestata come segue: formazione di un gruppo coeso, elaborazione di strategie e produzione di risposte riparatorie a partire da un dolore condiviso* (Rozenfeld, 2014). Quindi, è giusto definire resiliente il gruppo che ha saputo superare una piccola dose di tensione precedente in cambio di ricevere l'immunizzazione auspicata e "tornare alla normalità".

Infatti, oltre all'immunità di gregge si trattava di reperire una «Umanità di gregge» (vedi il concetto di *"Umanizzazione della cura"* di Imabasciati, 2018), cioè quel sentimento di protezione ed aiuto reciproco derivante dal senso di solidarietà<sup>2</sup>. Il pericolo provato, infatti, è altamente soggettivo; e si può essere più o meno impavidi in mezzo ad una tempesta ma sicuramente finché non verrà deciso l'obbligo vaccinale non potremo dirci tutti salvi; inoltre, sarà molto difficile raggiungere lo strato di popolazione indifferente o che per altri motivi ha consapevolmente deciso di non aderire alla chiamata vaccinale. Se guardiamo le cose con un occhio diverso si capisce subito che il problema è più profondo di quanto appare e, soprattutto che la *sanzione ultima del potere sovrano moderno si è rivelata il diritto di esclusione dell'umanità* (Bauman, 2003). Secondo Bauman (p. 177), infatti:

(...) «Questo tipo di unificazione, sostiene la Arendt, non poteva che produrre un tipo di «solidarietà del genere umano» «del tutto negativo». Ciascuna parte della popolazione umana sulla terra è resa vulnerabile da tutte le altre parti, nonché da ciascuna di esse. Si tratta, potremmo dire, di una «solidarietà» di perico-

li, rischi e paure. Quasi sempre e nella mente di quasi tutti, l'«unità del pianeta» si riduce all'orrore di minacce che trovano gestazione o incubazione in parti distanti del mondo, un mondo «che tutto raggiunge, ma esso stesso irraggiungibile».

Il prezzo da pagare è quello di dimenticarsi di qualcuno, facendo finta che non esista, o anche di ritornare alla stessa situazione precedente, se con ciò intendiamo l'esclusione sociale, il dispotismo e il razzismo a cui siamo abituati.

La Psicologia Sociale ha dimostrato come il supporto ricevuto e percepito dai membri di una comunità possa incidere profondamente sulla salute dei suoi singoli, ad esempio, abbassando il tasso d'incidenza delle malattie coronariche (in De Piccoli, 2017)<sup>2</sup>.

### **Migranti e richiedenti asilo**

La situazione cinese non ha risentito dei flussi migratori non essendo l'Asia un crocevia migratorio rilevante e l'unica situazione ostile per i nuovi aumenti di contagi all'interno del Paese è risultata essere solo un *infezione di ritorno* da parte di viaggiatori Asiatici dopo aver visitato l'Europa dopo la prima ondata nel 2019. In Ue invece impervia anche un costoso flusso di richiedenti asilo e rifugiati politici dalle coste africane e dal Medio Oriente, tratte gestite spesso dai commerci illeciti di carne umana. Sospinti dalle ali del vento *xenofobo* sono partiti i primi attacchi verso lo straniero accusato di essere "portatore di malattie"; la situazione di rifiuto di accoglienza si è tramutata in un problema di organizzazione dei servizi di primo soccorso a terra o in mare, essendo tutti gli stranieri ammassati a poca distanza uno dall'altro e in situazioni di scarse

<sup>2</sup> La Psicologia Sociale ha dimostrato come il supporto ricevuto e percepito dai membri di una comunità possa incidere profondamente sulla salute dei suoi singoli, ad esempio, abbassando il tasso d'incidenza delle malattie coronariche (in De Piccoli, 2017).



condizioni igieniche con l'impossibilità di consentire il distanziamento sociale.

Il fatto che la popolazione clandestina non sia censita, inoltre, non solo stima al ribasso il numero di tale *cifra oscura* riferita dei malati di Covid ma rende difficile anche il loro reperimento per l'adesione al piano vaccinale; non per altro che il virus circola anche fra gli stranieri irregolari o con permesso scaduto.

Chi proviene da zone povere probabilmente non ha potuto vaccinarsi e ricevere lo stesso trattamento in un'altra Nazione equivarrebbe a subire il doppio della pena. Basta pensare che i nuovi tipi di vaccini a DNA e a mRNA, se fossero stati sviluppati prima della Pandemia, avrebbero potuto già spezzare la piaga dell'HIV, e che ora tanto si invoca per la ricerca futura.

Altre volte invece è l'insensibilità totale più che un cieco non-senso a portare alla decisione di escludere dai piani vaccinali alcuni gruppi reietti, fra cui la popolazione rom, che soffre da tempo in Italia per l'*emarginazione sociale*.

Per quanta riguarda i migranti Africani occupati nei terreni agricoli della *Capitanata* (Foggia, Rignano e Cerignola), nell'estate 2021, la Col-diretti, ha organizzato in piena autonomia, un programma di somministrazione, raccogliendo un buon consenso fra chi ha aderito all'iniziativa. Fra i contadini sfruttati e sottopagati delle baraccopoli foggiane, allo stesso modo che nei CPA (Centri di prima accoglienza), il vaccino ha inoltre un valore fortemente simbolico perché lo Stato Italiano non garantisce in questi luoghi la sua piena autorità, dove gli *acting* di violenza e persecuzione contro gli stranieri sono all'ordine del giorno. Inoltre, per quanto riguarda i braccianti agricoli stranieri, il mero problema sanitario è che «*l'uso massiccio di fitosanitari, fitofarmaci e agrofarmaci in agricoltura produce patologie specifiche, dovute a inalazione, ingestione o contatto cutaneo con sostanze di cui spesso i*

*lavoratori ignorano gli effetti (oltre che il rischio)*» (Talliani, 2105). Per ultimo, le condizioni igieniche dei campi di fortuna e l'assenza di beni per disinfettare gli ambienti rurali non consentono la consona pulizia delle superfici (ne è di esempio il caso del Tifo durante le Guerre Mondiali che mieteva vittime militari perché non venivano ancora seguite alcune norme antisettiche e antibatteriche).

La grave crisi umanitaria, le politiche sui respingimenti impartite dalle autorità Libiche a volte si compie il lapsus di denominarle «libidiche» e Maltesi, e l'incapacità di gestione degli afflussi in periodi di Pandemia come questi che hanno costretto certi paesi Europei a imbandire dei semi-campi di concentrazione per migranti la cui quarantena si rendeva necessaria a causa del pericolo di infezione, hanno aggravato le conseguenze della tratta organizzata dagli scafisti e da chi trae profitto dalla disperazione dei più fragili.

Nello specifico, da un'indagine dell'ISMU (Iniziativa e studi sulla multietnicità) che ha intervistato ad inizio anno la "popolazione migrante e di origine straniera nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona", ha trovato che il numero di persone che dichiaravano che la Pandemia avesse avuto un impatto sul proprio equilibrio psichico fosse la stessa che fra gli italiani, per i quali disturbi di ansia, stress e insonnia sono aumentati quasi più del doppio dei problemi depressivi. D'altronde, gli stranieri di origine Nord-africana hanno ammesso di provare in generale maggiore senso di tristezza rispetto ai migranti di altra provenienza (Menonna, Papaverò, 2021).

Pertanto, *umanizzare la cura* dei migranti non significa solo accoglierli in un processo di integrazione e di presa di coscienza dei loro diritti ma anche caratterizzare le metodiche sanitarie in modo che si possano adottare al loro sistemi di valori e di credenze, qualunque sia la Nazione



d'origine. Anche per quanto riguarda la cura del Coronavirus «*il raffronto continuo tra diverse visioni della patologia e della cura costituisce nel tempo la migliore competenza (...)*» (Torresin, 2021).

### **Persone private della libertà personale**

Durante la relazione annuale del Garante per i detenuti sono stati presentati gli ultimi dati circa la popolazione carceraria italiana, caratterizzata dal grande numero di reclusi per pene che vanno da mesi a pochi anni ad un massimo di 10 anni di reclusione e un ridotto numero di rei per gravi colpe, le cui pene vanno oltre i 30 anni o ergastolo. Sempre molto alto è il tasso di incidenza di reclusi stranieri. Il problema del sovraffollamento delle carceri Italiane è purtroppo ancora all'ordine del giorno ma in questo caso il Coronavirus ha provocato delle

circostanze inedite quale la scarcerazione agli arresti domiciliari di tutti i detenuti, compresi Boss mafiosi che scontavano pene in regime di *41 bis*. Tutto ciò è stata un po' una decisione del CTS, avvisata la situazione dei luoghi di reclusioni, spesso con camere anguste e che non potevano soddisfare il *social distancing*, un po' una causa della rivolta dei Penitenziari del 2020, avvenuta in quasi tutte le città Italiane, in contemporanea alla decisione di sospensione delle visite familiari. Le scene di roghi appiccicati nelle celle, l'intervento degli agenti in tenuta anti-sommossa e le evasioni di massa sono state uno shock per tutti gli altri Italiani. Ma i carcerati hanno pagato il prezzo più grande di questa sciagura immane, considerando il numero di morti durante le agitazioni per via di *overdose* da consumo di oppiacei, procurateseli



nelle farmacie degli stessi penitenziari, durante i tumulti.

Senza addentrarsi sulle considerazioni etiche di questa sciagura nella sciagura si vuole qui solo dar conto degli studi di Bowlby sugli *indizi naturali di pericolo e sicurezza* che attivano certe reazioni prototipiche di attaccamento e sulla capacità di infondere speranza dei luoghi in cui si abita (Tr. It. 1978, pp. 149-150):

«il mantenersi di un individuo entro il suo ambiente familiare è dovuto all'attivazione e alla cessazione di sistemi comportamentali sensibili a situazioni stimolo quali l'estraneità e la familiarità, l'isolamento e l'essere in compagnia (...). Oggi possiamo vedere che i sistemi comportamentali che mantengono un individuo più giovane o più debole in vicinanza più o meno stretta di un altro individuo più forte, fanno parte di un insieme più vasto di sistemi che hanno l'effetto di regolare l'insieme di movimenti di un essere in modo che rimanga di regola entro il suo ambiente familiare (...). Solo quando si comprende appieno che l'ambiente di ogni essere umano è per lui unico, è possibile capire i suoi movimenti».

Quindi la crisi delle rivolte si inserisce in una situazione di penuria già ai limiti del disumano, dato che fra la popolazione carceraria è più alto il tasso di malesseri psichici e di suicidio, oltre al fatto che il penitenziario non può essere considerato un luogo sicuro, anzi tutt'al più un *non-luogo* (Augè, 2009).

Morale della favola: tutti i grandi criminali che scontavano la condanna all'interno del sistema penale italiano sono ora dovuti tornare in carcere ma tutto il resto della popolazione carceraria non ha ricevuto un giusto trattamento in questo caso perché a causa di forza maggiore ritorneranno a vivere in un luogo di segregazione e di malessere reale invece che in uno posto dove riuscire a comprendere gli errori commessi nel passato, scontando la pena che gli è stata inflitta.

### Soggetti psichiatrici

La rivista *The Lancet Psychiatry* ha pubblicato un articolo-critica rispetto al fatto che in nessuno dei piani vaccinali fossero stati inseriti i soggetti psichiatrici all'interno delle priorità stabilite, segnalando il tasso di mortalità più alto in tali individui per casi di infezioni da polmonite Covid (tesi già provata e resa pubblica invece in un altro articolo pubblicato su *Jama Psychiatry*). È già dimostrato quindi che chi ha malesseri psichici pregressi è più a rischio di altri di ammalarsi per un'infezione mortale come per chi soffre di patologie organiche, seppur sembra che i primi non vengano considerati dal nostro Sistema Sanitario, tranne in alcune regioni, Liguria e Lombardia, che invece hanno avviato il percorso prioritario anche per loro. A parte il problema della scarsa considerazione verso persone fragili, dovuta alla contemporanea assunzione di psicofarmaci neurolettici, (oltre che soggetti con problematiche mentali in comorbidità con altre condizioni mediche), ci sarebbe stato da prendere atto che molti studi hanno dimostrato che questi gruppi son quelli che hanno sofferto maggiormente per il *lockdown*.

Tantomeno si conoscono ancora quali sono i possibili effetti a lungo termine delle conseguenze iatrogene dei vaccini per pazienti con una comorbidità di origine psico-fisica.

Neppure le dimissioni possono servire a molto perché a volte il ritorno in ambienti domestici malsani e il *drop-out* terapeutico sono fattori che aggravano la situazione da un lato e allontanano il percorso di guarigione dall'altro, non essendo previste misure assistenziali da remoto di tipo Psichiatrico, a parte, forse, il contatto telefonico.

Spesso ci si può ritrovare, con l'eccezione di alcuni stati Europei virtuosi, con pazienti gravemente sofferenti per le proprie turbi pregresse e per le conseguenze dei vari *lockdown*.

---

Gli esperti hanno già annunciato alle porte la terza dose per le persone fragili in modo da massimizzare l'immunità ma ancora una volta verrà reiterata questa erronea percezione che il malessere sia solo o per lo più quello fisico (Imbasciati, 2020).

## CONCLUSIONI

Tutti gli esperti considerano la riapertura scolastica una priorità così come la vaccinazione del personale, senza tener conto però che il personale docente si trova in una situazione a forte impatto emotivo: infatti il "ruolo educativo" è un lavoro con un grave dispendio intellettuale, non solo per le soverchianti incombenze di diagnosi/prevenzione dei *Disturbi specifici dell'Apprendimento* (DSA) a cui il professore è tenuto, ma anche per la gran parte della gestione delle dinamiche del *gruppo classe*. Trovarsi di nuovo a Scuola senza certezze di lezioni in presenza e con i soliti problemi a livello logistico, cioè con «aule bugigattolo», significa non aver appreso la lezione del Covid. E, inoltre, data la disparità economica e il divario fra Nord e Sud Italia, non sembra giusto che certe regioni debbano poter garantire la fruizione delle lezioni in luoghi ampi e accoglienti, mentre altre scuole debbano restare chiuse, anche per lunghi periodi, perché in quest'ultime non si riesce a garantire le lezioni in presenza.

Una recente *meta-analisi* che ha preso in considerazione quasi 100 articoli pubblicati sull'argomento Coronavirus indica infatti una criticità acuta fra i bambini e gli adolescenti: più si diventa grandi d'età più i sintomi d'ansia e depressivi (i primi sono risultati maggiori) aumentano in correlazione all'impatto della Pandemia o del *lockdown*. Agire sulla situazione dell'Istruzione Scolastica in questo periodo di sbandio inoltre dovrebbe avere degli effetti nell'immediato sull'obiettivo primario della prevenzione del suicidio nei minorenni per cause legate alla Pandemia e alle NPI, considerati nello stesso studio esserne i moventi nella

metà dei casi di decessi per atti auto-lesivi fra minorenni in GB.

La deviazione minorile è un nemico sempre alle porte, in una fase Pandemica non ancora conclusa e con un tasso di prevalenza che è cresciuto soprattutto fra i più giovani, come correttamente previsto dal modello sul passaggio endemico del Sars-Cov-II di Levine, Bjornstad ed Antia, apparso sulla rivista *Science*.

Nell'ottica di una presa in carico del maggior numero di individui possibile, il fine di una terapia di gruppo potrebbe essere quello di *seguire le tracce, che permettono di avvicinarsi allo stato traumatico responsabile di tale vuoto* (...) (in Imbasciati, 2013); il rischio, infatti, è quello che il gruppo si avventuri in: 1. Azioni dissennate, autolesive o violente; 2. Blocchi nel rapporto tra desiderio e soddisfazione; 3. Pensiero frammentato; 4. Vuoti e frammentazione del pensiero dell'analista (identificazione proiettiva) (p. 130).

Il Covronavirus è con noi e ci resterà forse ancora per lungo tempo, o anche per sempre; per ora possiamo solo essere certi che il Sars-Cov-II è stato depotenziato grazie ai vaccini. Comunque d'ora in avanti ci sarà sempre una ferita da ricucire perché la Pandemia è stata soprattutto una Psico-Pandemia, ma "(#) *insieme ce la faremo*" ...

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- APA – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Tr. It. Bollati Boringhieri Ed., Torino, 2014.
- Bauman Z. – *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*. Tr. It. Ed. Laterza, Bari, 2003.
- Beck A. – *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Tr. It. Astrolabio-Ubaldini Ed., Roma, 1984.
- Blandino G. – *"La formazione degli operatori. Come sviluppare le capacità relazionali"*. In Imbasciati A., Margiotta M., *Compendio di psicologia per operatori sociosanitari*. Piccin, Padova, pp. 461-477.



- Blandino G. – *Psicologia come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni d'aiuto*. Ed. Utet, Torino, 2009.
- Bowlby J. – *Attaccamento e perdita. Vol. 1,2,3*. Tr. It. Bollati Boringhieri Ed., Torino, 1972, 1976, 1989, 1999.
- Bronfenbrenner U. – *Ecologia dello sviluppo umano*. Tr. It. Ed. Mulino, Bologna, 1979.
- Carabellese F., Petroni G., Ferracuti S., Ferrelli D., Solarino B., Vernaglione S., Pellocci M., Carabellese F., Marsella L. T., Mandarelli G. – *Tutela della salute in carcere, durante la pandemia Covid-19*. Rassegna italiana di Criminologia, a. XIV, n° 4, 2020.
- De Polo R. – “*Quale psicoanalisi per l'intervento in contesti multi personali? Dalla Metapsicologia freudiana all'analisi grupppale*”. In Imbasciati – *Psicoanalisi senza teoria freudiana. Riflessioni da un congresso*. Ed. Borla, Roma, 2013.
- Hoffart A., Jhonson S. U., Ebrahimi O. – *Loneliness and social distancing during the COVID-19 pandemic: Risk factors and associations with psychopathology*. Front. Psychiatry, 2020. doi:10.31234/osf.io/j9e4q
- Imbasciati A. – *Bodybrainmind. Sette lezioni per una neuro psicoanalisi*. Mimesis Ed., Sesto San Giovanni (MI), 2020. ISBN: 9788857568898
- Imbasciati A. – *La mente medica. Che significa umanizzazione della medicina?* Springer Science e Business Media, Berlino, 2018. ISBN: 9788847007925
- Janet P. – *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*. Tr. It. Raffaello Cortina Ed., Torino, 1989.
- Kaseda E. T., Levine A. J. (2020) – *Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors*. In Journal of The Clinical Neuropsychologist, vol. 34 (7-8).
- Lavine J., Bjornstad O., Antia R. – *Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity*. Science, vol. 371, 2021 (pp. 741-745), no. 6530. doi: 10.1126/science.abe6522
- Loretto L., Rosso S., Daga I., Dealmas C., Milià P., Nivoli A. – *Il suicidio del medico: studio di un campione italiano*. Riv Psichiatria 2020;55(6 Suppl. 1):S9-S14 | doi: 10.1708/3504.34900
- ONU Organizzazione delle Nazioni Unite – *Policy Brief: COVID-19 e il Bisogno di Agire sulla Salute Mentale*. 2020.
- Menonna A., Papavero G. – *L'impatto dell'emergenza COVID-19 sulle condizioni generali di salute. La pandemia COVID-19 tra la popolazione migrante e di origine straniera nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona*. Fondazione ISMU, 2021.
- Minozzi S., Saulle S., Amato L., Davoli M. – *Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura*. Recenti Prog. Med. 2021; 112(5):360-370 | doi: 10.1701/3608.35873
- Rozenfeld A. – *La resilienza: una posizione soggettiva di fronte alle avversità. Prospettive psicoanalitiche*. Fratelli Frilli Ed., Genova, 2014.
- Steiner J. – *Rifugi della mente*. Tr.It. Bollati Boringhieri Ed., Torino, 1996.
- Talliani S. – *Immagini del caos. La vita psichica dei subalterni*. Aut aut, n° 366 (2015), pp. 197-228.
- Torresin S. – *Anime altre. Psicoterapia e migrazione*. Mimesis Ed., Sesto San Giovanni (MI), 2021. ISBN: 9788857577388
- WHO World Health Organization– ICD-11 “*Mortality and Morbidity Statistic*”. 2018.
- *Relazione annuale del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (2021)*.

#### SITOGRAFIA

- <https://www.epicentro.iss.it/migranti/dossier-statistico-immigrazione-2020-pandemia>
- <https://www.epicentro.iss.it/migranti/covid-19-differenze-di-impatto-italiani-stranieri>
- <https://it.euronews.com/2021/04/13/salute-mentale-del-personale-sanitario-a-budapest-psicologo-aiutano-medici-infermieri>



# L'INDUZIONE ALLO SVILUPPO DI DCA ATTRAVERSO INTERNET QUALI LE CONSEGUENZE PENALI?

**Alfonso Leone**  
Psicologo clinico

**Erica Suriano**  
Biologa nutrizionista

## RIASSUNTO

L'articolo, partendo dalle definizioni dei disturbi alimentari più diffusi (anoressia nervosa e bulimia nervosa), si propone di approfondire la tematica dell'istigazione ad essi attraverso l'uso di internet, soprattutto attraverso l'utilizzo dei canali social detti "pro Ana" e "pro Mia", in cui sono condivise regole da perseguire per il controllo del peso corporeo e preoccupazioni circa il peso e le forme corporee. I suddetti siti sono ampiamente descritti delineando la pericolosità del loro contenuto, soprattutto nell'adolescenza, fase - come sappiamo - assai delicata della vita della persona per la vulnerabilità che essa vive. Gli Autori discutono di un'unica proposta di legge mai approvata in parlamento: il

D.D.L. n.189, che tuttavia può costituire un argine legislativo ai disturbi alimentari, i quali trovano in internet un facile terreno di propagazione a fronte di un incolmabile vuoto legislativo e che - una volta instauratisi - sono di difficile guarigione.

## PAROLE CHIAVE

Disturbi alimentari, anoressia nervosa, bulimia nervosa, canali social, internet, siti "pro Ana" e siti "pro Mia".

## DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DA) nel DSM-5 (2013) sono definiti «altera-



zioni caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale». Tali disturbi sono distinti in otto categorie diagnostiche differenti: pica, disturbo di ruminazione e disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo, i quali colpiscono soprattutto l'infanzia, e poi anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbo dell'alimentazione con specificazione e disturbo dell'alimentazione senza specificazione. In questo lavoro ci soffermeremo su anoressia nervosa e bulimia nervosa.

### **ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA**

L'anoressia nervosa (AN) si caratterizza per una restrizione calorica accompagnata da una significativa riduzione del peso corporeo inferiore al

minimo normale per gli adulti (BMI <18,5) o inferiore a quello atteso per i bambini e gli adolescenti (peso corporeo < 5° percentile), una paura eccessiva di acquisire peso, un'alterata percezione del peso e del corpo o di parti di esso e una persistente mancanza di riconoscimento della gravità della condizione di sottopeso presente. Nel DSM-5 l'amenorrea è stata eliminata tra i criteri diagnostici in quanto è un sintomo che non può essere applicato a tutta la popolazione – vedi i soggetti maschi, le donne premenarcali, le donne in menopausa e quelle che assumono estroprogestinici e infine quelle che, pur esibendo tutti gli altri segni dell'anoressia nervosa, continuano a mestruare. L'AN viene distinta in due sottotipi a seconda delle condotte attuate per un periodo minimo di tre mesi:

1. AN con restrizioni – quando la perdita di peso si verifica principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'eccessiva attività fisica;

- 
2. AN con abbuffate/condotte di eliminazione – quando l'individuo assume cibo e successivamente attua condotte di eliminazione, come vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

La bulimia nervosa (BN) è il disturbo caratterizzato dalla cosiddetta abbuffata, ovvero un'abnorme assunzione di cibo che si verifica in un lasso di tempo ristretto e ben definito – per esempio due ore – superando significativamente le quantità che assumerebbe un individuo sano nello stesso intervallo di tempo ed in circostanze simili. Durante l'abbuffata il soggetto ha la sensazione di perdere il controllo su cosa e quanto sta mangiando e di non riuscire a smettere di mangiare. Conseguentemente a tali episodi, il soggetto – che sviluppa un forte senso di colpa per il suo comportamento alimentare – attua condotte compensatorie volte a prevenire l'aumento di peso, quali: vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano in media con una frequenza di almeno una volta a settimana per tre mesi.

Il minimo comune denominatore dei suddetti disturbi è l'eccessiva influenza che il peso e le forme corporee hanno sulla vita del soggetto che ne è affetto e, in particolare, sui suoi livelli di autostima.

## EPIDEMIOLOGIA

A livello mondiale, una stima pubblicata su *The Lancet* (Treasure et al., 2020) indica che nel 2017 sono state 16 milioni le persone affette da anoressia nervosa e bulimia nervosa. La stessa rivista scientifica, anni prima (2003), indicava, a livello internazionale, percentuali medie di prevalenza nelle femmine di età compresa tra i 16 ed i 35 anni pari allo 0,7% per l'anoressia, e all'1-2% per la bulimia. Percentuali che risultavano poi già aumentate in uno studio condotto negli Stati Uniti (Casey et al., 2008), riferito ad un campione

di femmine di età compresa tra i 12 ed i 25 anni, dove si evidenziava che la prevalenza dell'anoressia è di 0,2-0,8%, mentre quella della bulimia è del 3% circa.

A livello nazionale, in Italia secondo quanto riportato sul sito DIRE (2021) - Notiziario Settimanale di Psicologia - sono circa 3 milioni le persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione, di cui circa 2,3 milioni sono adolescenti. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata per il sesso femminile in almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno, e fra lo 0,02-1,4 per 100.000 persone nel sesso maschile.

Secondo la SISDCA – Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare – in Italia i nuovi casi di DA ogni anno sono circa 8500 (DIRE, ibidem).

Un altro studio (Gigantesco, 2010) riporta un numero di ospedalizzazioni dovute ad anoressia nervosa pari a 22,8 per 100.000 persone per le donne e del 2,0 per 100.000 persone fra gli uomini, in soggetti di età 10-19 anni. In pazienti donne di età 15-19 anni il tasso sale a 31,7 per 100.000 persone. Bisogna considerare che queste cifre, facendo riferimento solo ai casi trattati in ospedale, sono probabilmente in difetto. Alcuni autori (Treasure et al., ibidem), infatti, valutano che soltanto il 20% circa delle persone con disturbi alimentari richiede un trattamento, spesso tardivamente rispetto all'esordio della malattia, dopo molti mesi o addirittura anni, quando essa è ormai conclamata ed è più difficile da gestire. Sono state escluse dal conteggio, ad esempio, tutte le ospedalizzazioni registrate come casi di malnutrizione o perdita eccessiva di peso.

Più recentemente «l'isolamento e le scarse interazioni sociali dovute al periodo di lockdown imposto dalle autorità sanitarie per contenere la diffusione dell'infezione da Covid-19 ha contribuito, anche in Italia, a un aumento dei disturbi dell'alimentazione (DA) come anoressia e bulimia



nervosa e *binge eating disorder* (BED)» pari al 30% del numero dei casi. Inoltre, i ricoveri e le richieste di aiuto tra gli adolescenti sono aumentati significativamente a distanza di 9-12 mesi dall'inizio delle misure restrittive (DIRE, 2021).

In Italia l'incidenza della bulimia nervosa è stimata in almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere femminile e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere maschile. Un problema che sta insorgendo è l'esordio precoce che, a causa della malnutrizione, può comportare danni permanenti negli organi e nei tessuti che non hanno ancora completato il loro sviluppo. Per questo i clinici hanno sottolineato, in questi ultimi anni, l'utilità di interventi precoci e della continuità della cura in questa fase cruciale per lo sviluppo della persona. (DIRE, ibidem)

### **EZIOLOGIA**

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie complesse ad eziologia multifattoriale. Il modello eziopatogenetico di riferimento è quello biopsicosociale, che ne interpreta lo sviluppo come concomitante presenza di fattori biologici, fattori psicologici e fattori scatenanti di tipo socio-ambientale. Non è possibile dunque individuare una causa unica, ma bisogna ricercare un insieme di fattori che intersecandosi possono favorire l'insorgenza e il mantenimento di un disturbo alimentare. Onnis (2014) ritiene che nel caso di anoressia e bulimia debbano essere considerati almeno tre componenti che ne influenzano la comparsa:

- **la cultura sociale** più ampia e i canoni di bellezza proposti. È stato infatti evidenziato che la diffusione dell'anoressia e della bulimia è direttamente proporzionale al livello di benessere economico e agli standard di vita raggiunti da una società. Nei Paesi del Terzo Mondo – dove predominano povertà e scarsità di alimenti – l'anoressia e la bulimia sono assenti, mentre sono diffuse nei Paesi

occidentali, dove c'è un'elevata disponibilità di alimenti, mai registrata prima nella storia dell'umanità, e una tendenza all'iperconsumo. Infatti Onnis (2014, p. 16) afferma come «l'aumento dei casi di anoressia coincide, regolarmente, con il miglioramento del tenore di vita all'interno delle singole società». Nella società definita "dei consumi" dell'Italia degli anni '80 del secolo scorso, il corpo magro della donna non rappresentava semplicemente un ideale estetico, bensì un simbolo di "efficienza, dinamismo e giovinezza". Ancora oggi, alle donne è richiesto un corpo perfetto, senza che esse trascurino la famiglia e la carriera professionale. In questa cornice socio-culturale l'immagine corporea ha assunto una maggiore importanza, riempiendosi di enorme significato ed ha legittimato l'uso del corpo come canale di comunicazione e dunque "luogo del sintomo". Tuttavia, questa amplificazione culturale ha origine nel fatto che il corpo è da sempre forma di espressione e comunicazione;

- **le caratteristiche della famiglia** di cui il paziente fa parte, con le sue dinamiche relazionali, i suoi valori e il suo modo di organizzarsi nell'arco della sua storia. Secondo Agnello et al. (2013) occorre, ad esempio, considerare la relazione madre-figlio, quella tra genitori e figlio e in generale l'intera rete familiare del soggetto. La teoria dell'attaccamento (cfr. Bowlby, 1999) sostiene che la relazione madre-figlio si instauri nelle prime fasi del concepimento e prosegua durante i nove mesi di gestazione. Dopo il parto, la fase dell'allattamento rappresenta la principale forma di relazione tra la madre e il neonato; essa è un'attività privilegiata per la relazione nascente: il cibo ha un profondo significato emotivo perché, oltre ad alimentare il corpo, nutre la mente e la relazione stessa. È stato evidenziato (Selvini Palazzoli et al., 2013) che la capacità di riconoscere i propri bisogni corporei ed il comportamento adatto a sod-

---

disfarli siano il frutto di un apprendimento che inizia nelle prime fasi dello sviluppo specifici dell'individuo e, in particolare, dell'età in cui il sintomo insorge, ossia prevalentemente l'adolescenza. Onnis (2014) sostiene che le influenze culturali non sono sufficienti a giustificare la comparsa dell'anoressia e della bulimia, ma che bisogna considerare l'intersezione con un'altra componente riguardante la soggettività dell'individuo-paziente: la fase adolescenziale. È noto infatti che la maggioranza delle sindromi anoressiche e bulimiche si manifesti in tale fascia di età, in cui si verificano profonde trasformazioni psichiche e somatiche. Esplorando infatti i vissuti personali di pazienti anoressiche e bulimiche si riscontra che il problema alimentare è la manifestazione di richieste irrisolte (Onnis, 2014): il controllo è finalizzato a salvaguardare una "troppo fragile identità" che si esprime "attraverso il rifiuto del cibo" utilizzando il corpo come strumento di espressione. In questo contesto, una madre - o un altro caregiver - incapace di riconoscere e soddisfare con esattezza le esigenze originali del bambino fa sì che questo, non sentendosi riconosciuto da chi si prende cura di lui, inizi a dubitare di se stesso e delle proprie percezioni corporee, arrivando a diffidare dei propri bisogni. In seguito sarà più probabile che egli agirà secondo le aspettative altrui ed il comportamento alimentare sarà guidato maggiormente dai bisogni emotivi, piuttosto che dalle sensazioni fisiologiche di fame e sazietà. La disarmonia nel rapporto madre-figlio si trasla in un rapporto disarmonico del figlio con se stesso e con il proprio corpo, creando una base per l'insorgere dei DA. In relazione alla "triade" madre-padre-figlio è stato evidenziato (Mariani, 2013) che una buona relazione di accudimento ed ascolto, non siano sufficienti per una relazione funzionale alla crescita equilibrata: per il funzionamento di un sistema familiare capace

di attraversare eventi critici e nodi traumatici sono necessarie anche la capacità di sintonizzazione e la flessibilità dei genitori che devono riorganizzarsi. Un DA, ad esempio, può manifestarsi in una famiglia dove la coppia genitoriale utilizza, comportamenti che invadono i membri familiari lasciando prevalere un rapporto simbiotico funzionale e l'evitamento del conflitto. In tali famiglie le emozioni vengono trasformate e controllate e dunque si diffonde la sensazione di un "non detto", determinando l'incapacità di affrontare efficacemente i conflitti che vengono dirottati da altre parti - ad esempio non dovrà essere più il coniuge a dover rispondere ad aspettative e bisogni dell'altro, bensì il figlio. Vietri e Romano (2014) ritengono che nelle famiglie delle pazienti con disturbi dell'alimentazione siano presenti legami "congelati" in una struttura realizzata sull'emergenza e sul dolore, ritenuta l'unica possibile. In questo quadro il sintomo acquista un significato "protettivo": rappresenta un centro attorno a cui si riconfigura la trama affettiva. Il disagio rappresenta la possibilità di contatto che può preservare l'unità familiare e gli equilibri raggiunti con fatica. Dunque il sintomo acquista un significato "affettivo", in quanto rafforza legami che, pur esistendo, vengono riconosciuti con difficoltà;

- **i problemi psicologici** in questione, infatti, sono presenti sentimenti, spesso nascosti, di incapacità, inadeguatezza, scarsa autostima, di cui le distorsioni dell'immagine corporea e la conseguente insoddisfazione del proprio fisico ne rappresentano un aspetto. Alla luce di quest'ultimo punto, può essere utile richiamare alcuni aspetti propri dell'adolescenza.

## L'ADOLESCENZA

Dal punto di vista sociale, l'adolescente nasce nel XX secolo in seguito a due fenomeni: si pro-



lungano i tempi della formazione dei giovani ed aumenta il numero di famiglie che riescono ad offrire ai figli un'istruzione superiore; fattore che ritarda il loro inserimento nel mondo lavorativo.

A livello fisico nell'adolescente si verifica la maturazione degli organi riproduttivi – testicoli nei maschi e ovaie nelle femmine – che determina la produzione delle cellule germinali e la secrezione di ormoni. Sulla base degli eventi biologici che si verificano, l'adolescenza può essere divisa in tre fasi: prima adolescenza o prepubescenza, media adolescenza o pubescenza, tarda adolescenza o postpubescenza (Cela, 2013).

A livello psichico, conseguentemente ai rapidi mutamenti fisici, si generano cambiamenti notevoli riguardo la definizione di sé, in relazione a se stessi e agli altri. Inoltre muta la percezione della famiglia e del mondo adulto: l'adolescente avverte insofferenza verso la propria famiglia e comincia a percepire alcuni comportamenti dei genitori come inadeguati, però, al tempo stesso, ne sente il bisogno per il senso di protezione e stabilità che essi offrono. Di conseguenza il giovane vive un'ambivalenza tra il desiderio di autonomia e la dipendenza verso le figure genitoriali. Per tale ragione si può considerare l'adolescenza "come una crisi di identità". Il turbamento interiore che l'adolescente vive si proietta a livello comportamentale attraverso atteggiamenti di sfida – soprattutto verso le figure adulte – attrazione verso il nuovo e paura, al tempo stesso, della "trasformazione". Parallelamente rivestono un'enorme influenza i coetanei, tra i quali si sviluppa la cultura di gruppo, in cui l'adolescente acquisisce una propria identità, differente da quella attribuitagli in famiglia e ciò contribuisce a farlo sentire autonomo e autosufficiente. A livello intrapsichico, si verifica una variazione tra il bambino, che presenta una struttura mentale rivolta prevalentemente alla scoperta del mondo esteriore, curiosità che egli soddisfa nel presente e nel concreto, e l'adolescente, il quale è capace di concentrarsi maggiormente sulla propria vita interiore.

Dal punto di vista cognitivo, con la pubertà si sviluppa il pensiero ipotetico-deduttivo che consente di ragionare per ipotesi staccandosi dal dato concreto: dal pensiero logico-concreto del fanciullo, l'adolescente arriva al pensiero logico-astratto che – secondo Piaget (1969) – caratterizza lo stadio finale dello sviluppo dell'intelligenza. L'adolescente è dunque in grado di utilizzare concetti teorici e categorie complesse, di inquadrare le proprie soluzioni all'interno di leggi generali, di considerare più dati contemporaneamente grazie al pensiero combinatorio, di capire meglio le riflessioni degli altri. Inoltre egli comincia a guardare a lungo termine al proprio futuro immaginando alcune delle scelte adulte, relative allo studio, al lavoro o altre preferenze. Viene così abbozzato, almeno a grandi linee, il proprio progetto generale di vita. Sotto l'influsso ormonale cresce il desiderio verso l'altro sesso: dal punto di vista emotivo infatti in questa età ci sono i primi innamoramenti, solitamente considerati "prove" d'amore. Tutto ciò può rappresentare un momento di crisi che costringe il soggetto a mettere in discussione l'identità precedentemente acquisita per costruire, attraverso nuovi elementi, una personalità rinnovata e più matura. La ristrutturazione che si verifica nell'età adolescenziale non va intesa come patologica per se stessa, semmai la mancata risoluzione della crisi adolescenziale può rappresentare l'avvio per processi patologici.

### **L'USO DI INTERNET**

Oggi giorno va evidenziata l'influenza preponderante dei mezzi di comunicazione, soprattutto nella fase dell'adolescenza: a tal proposito sul sito dell'Istat (<https://www.istat.it>) è possibile consultare le stime del 2019 riguardo l'uso di internet in Italia tra le persone di età compresa tra i 15 ed i 34 anni. I dati mostrano che il 94,7% dei giovani di età compresa tra i 15 ed i 17 anni usa internet, di cui l'83,7% circa lo fa quotidianamente. Similmente, tra i ragazzi di età compresa tra i 17 ed i 19 anni il 93,2% usa internet e l'87% lo fa giornalmente. È chiaro quindi che la maggioranza utilizza la rete.



Le ragioni per cui il giovane utilizza quotidianamente internet sono diverse:

- **a scopo comunicativo**, ed è l'uso più comune attualmente. Infatti il tempo trascorso online dai giovani è prevalentemente dedicato alle relazioni di amicizia, attraverso una comunicazione privata. La maggior parte dei ragazzi utilizza internet per mantenere e coltivare relazioni preesistenti, mentre alcuni cercano online relazioni nuove con sconosciuti;
- **come strumento di ricerca** di informazioni utili su tematiche diverse, talune imbarazzanti o private, altre di interesse generale.
- **in quanto "luogo" in cui esprimersi**, attraverso la creazione di profili personali o la stesura di diari online con cui rispondere alla domanda "chi sono?". Questa esperienza diventa occasione di autoespressione che con-

tribuisce alla propria costruzione identitaria, peculiare di questa fase di sviluppo. Dunque il social networking risponde al bisogno adolescenziale di vivere il virtuale e comunicare con gli altri, presentando un'immagine più o meno realistica di sé.

### I RISCHI DI INTERNET

I rischi possibili a cui l'adolescente è esposto nella rete, se non opportunamente guidato ed educato, sono molteplici. Alcuni di questi sono:

- **l'utilizzo eccessivo di internet**, al di là delle applicazioni specifiche, può portare a conseguenze negative nella vita offline determinando «un'interazione eccessiva uomo-macchina con componenti di dipendenza quali dominanza, modificazione dell'umore, tolleranza, astinenza, conflitto e rischio di ricadute» (Griffiths, 2008, pp. 61-75). Il pericolo è che internet diventi la parte centrale della vita dell'adoles-



scente, dunque non un mezzo ma il fine. Infatti Steiner (1996) definisce internet ed alcune sue applicazioni un possibile "rifugio della mente" che può diventare un'attitudine tanto regolare da non essere più un "involucro transitorio", ma piuttosto uno stile di vita in cui il soggetto diventa dipendente, arrivando ad abitare un mondo onirico o fantastico che ritiene "preferibile al mondo reale". In tal modo il giovane trova sollievo al suo disagio, correndo il rischio dell'isolamento e della distorsione del senso del Sé, delle relazioni tradizionali con gli altri e più in generale una perdita del contatto con la realtà, che può diventare molto grave in soggetti con una struttura patologica di personalità. Dunque, l'uso di internet può rappresentare l'origine di psicopatologie, in caso di preesistenti caratteristiche di personalità e/o spinte ambientali problematiche, e l'humus ideale per la traduzione di disagi esistenziali caratteristici degli adolescenti, che affrontano difficili questioni evolutive e di ricerca identitaria;

- **alti livelli di solitudine e depressione.** Sleepersan (2004), ad esempio, ha trovato nelle sue indagini una correlazione statisticamente significativa tra l'uso di internet per divertimento e solitudine e i giovani con maggiori difficoltà nelle strategie di fronteggiamento degli eventi di vita. Essi utilizzano di più la rete per questa funzione, a dispetto della ricerca di informazioni o della comunicazione tra pari. Tuttavia, per chi ha già delle difficoltà di relazione, il web non è necessariamente negativo: internet funziona come rifugio per la mente, per non affrontare la difficoltà delle interazioni reali ma, con l'andare del tempo, potrebbe rappresentare anche una "palestra di sperimentazione di abilità da tradurre offline".
- **il cybersex**, ovvero l'attività sessuale praticata attraverso le reti telematiche o con gli strumenti della realtà virtuale. In un'indagine (Brown, 2002) sull'influenza dei mass media in generale si sottolinea come internet (insie-

me a televisione, giornali, ecc.) sia un contesto che influenza notevolmente i giovani rispetto a credenze e comportamenti sessuali, fornendo illimitatamente immagini, fotografie, ed informazioni.

- **trovare comunità o gruppi** di individui che condividono interessi o comportamenti problematici quali l'autolesionismo o i disordini alimentari. Bisogna rilevare che internet è particolarmente attrattivo per gli autolesionisti poiché assicura l'anonimato e dunque rassicura il soggetto che prova sentimenti di vergogna, isolamento, stress emotivo; inoltre consente una facile identificazione che permette di comunicare con gli altri che attuano gli stessi comportamenti autolesivi condividendo con essi le difficoltà in comune. Di conseguenza, attraverso l'interscambio nel web, gli autolesionisti sono portati a credere che ciò che pensano e condividono con la comunità virtuale sia "regolare" e "giustificato", determinando una normalizzazione del comportamento autodistruttivo. Così, piuttosto che un riconoscimento del danno, si ha un allontanamento dalla ricerca delle reali motivazioni che spingono a mettere in atto comportamenti nocivi. La comunità virtuale, dunque, potrebbe fungere in tali casi da rinforzo di alcuni comportamenti disfunzionali.

Siti di questo genere in relazione ai disturbi dell'alimentazione sono oggetto di approfondimento nel paragrafo successivo.

#### **SITI "PRO ANA" E "PRO MIA"**

Nel corso del tempo i DA hanno mantenuto invariato il loro nucleo psicopatologico ma è mutato «probabilmente il linguaggio con cui si esprimono, permettendo così un adattamento ai tempi e ai diversi contesti sociali» (Fairburn e Rothwell, 2015). Sono stati creati spazi virtuali definiti "pro Ana" e "pro Mia", a seconda che vi si celebri l'anoressia o la bulimia, in cui sono condivisi consigli, regole da seguire, fotografie di corpi emaciati che hanno l'u-

---

nico scopo di ottenere una perdita di peso per raggiungere "l'inconsistenza corporea". La creazione di questi siti è partita dagli Stati Uniti alla fine degli anni '90, diffondendosi poi anche in Europa e dunque in Italia a partire dagli anni 2002-2003.

Uno tra i primi studi empirici (Fairburn e Rothwell, *ibidem*) riguardanti gli effetti dei siti "pro Ana" ha indagato le conseguenze di una singola esposizione, della durata di 25 minuti, in un campione abbastanza ampio di giovani adulti. Dal confronto con il gruppo di controllo non esposto, è emerso che la visione di questi siti ha effetti negativi immediati sulle ragazze giovani. Si manifesta una diminuzione dell'autostima e dell'autoefficacia percepita dovuta al confronto con gli altri online: nasce un'insoddisfazione per il proprio corpo per il raffronto con l'ideale di magrezza estrema proposto dai siti in questione. Inoltre viene influenzata l'immagine femminile e la piacevolezza di comportamenti legati al cibo, all'esercizio fisico ed al peso.

Secondo uno studio (Colonna et al., 2015) le motivazioni principali che inducono i soggetti affetti da DA a frequentare siti "pro Ana" e "pro Mia" sono:

- avere maggiori informazioni su come perdere peso e non riacquistarlo;
- favorire un senso di comunità e di condivisione; aspetto questo molto importante dato che tale disturbo spesso conduce all'isolamento ed alla percezione di non essere compresi da nessuno. Il blog dà la possibilità di scambiarsi idee ed opinioni senza essere giudicati, come accade invece nella vita reale;
- incrementare gli scambi di informazioni tra gruppi di pari che rappresentano un punto di riferimento fondamentale per la costruzione della propria identità. Quest'ultimo è un aspetto pericoloso conseguente alla condivisione in rete: le persone affette da DA spesso tendono a sovrapporre il disturbo alla loro personalità. In

questo modo, nel momento delicato dell'adolescenza, in cui si verifica una profonda ristrutturazione della propria identità, viene favorita e rinforzata la sovrapposizione tra psicopatologia del disturbo alimentare e personalità.

I molteplici strumenti comunicativi a disposizione oggi in internet rendono possibile la creazione di vari tipi di "spazi virtuali" in cui poter creare o incontrare comunità anoressiche e bulimiche. Tuttavia i contenuti proposti sono simili tra loro. La costante di questi ambienti pro-anoressia e pro-bulimia è il fatto che anoressia e bulimia non sono vissute come patologie, bensì come filosofie di vita per cui le adepti devono compiere sacrifici che condurranno alla perfezione, ovvero ad un modello fisico connotato da un'eccessiva magrezza. In tali spazi sono stati osservati generalmente cinque tipi di post:

1. identificativi, in cui si possono trovare frasi del tipo "l'anoressia sono io";
2. descrittivi dell'andamento nel tempo del proprio comportamento alimentare e della definizione di nuovi obiettivi;
3. di contrapposizione e derisione delle informazioni che vanno contro i principi "pro Ana";
4. suggerimenti e consigli, spesso pericolosi, per resistere alla tentazione di mangiare – ad esempio viene consigliato di ingoiare battuffoli di cotone idrofilo inzuppati di succo d'arancia, di indossare due paia di jeans per sembrare meno magre agli occhi dei familiari, di nascondere il cibo che dovrebbe essere consumato durante il pasto nelle maniche o in scatoloni di cui sono ignari i familiari ed altro. Tali post vengono spesso commentati dagli utenti che aggiungono informazioni e danno sostegno a chi ne ha bisogno. Più generalmente, ogni utente riporta parte della propria esperienza, rinforzando e arricchendo quella delle altre;



5. di presa di coscienza, in cui si decide di abbracciare completamente la filosofia "pro Ana".

Inoltre in questi spazi virtuali si può evincere la presenza di tre componenti fondamentali, di seguito rappresentati: la piramide alimentare "pro Ana" (Fig. 1), i 10 comandamenti (Fig. 2), e l'ABC DIET (Fig. 3).

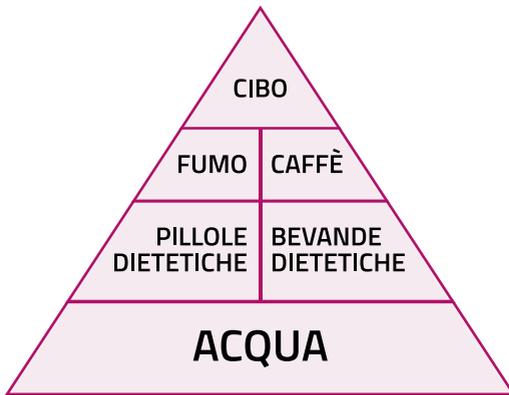


Figura 1 - Piramide alimentare di "Ana"

1	Se non sei magra, non sei attraente;
2	Essere magri è più importante che essere sani;
3	Compra dei vestiti, tagliati i capelli, prendi dei lassativi, muori di fame, fai di tutto per sembrare più magra;
4	Non puoi mangiare senza sentirti colpevole;
5	Non puoi mangiare cibo ingrassante senza punirti dopo;
6	Devi contare le calorie e ridurre l'assunzione di conseguenza;
7	Quello che dice la bilancia è la cosa più importante;
8	Perdere peso è bene, guadagnare peso è male;
9	Non sarai mai troppo magra;
10	Essere magri e non mangiare sono simbolo di vera forza di volontà e autocontrollo.

Figura 2 - I 10 comandamenti della filosofia "Ana"

Settimana	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
1	500	500	300	400	100	200	300
2	400	500	Digiuno	150	200	400	350
3	250	200	Digiuno	200	100	Digiuno	300
4	250	200	150	100	50	100	200
5	200	300	800	Digiuno	150	350	450
6	Digiuno	500	450	400	350	300	250
7	200	200	250	200	300	200	150
8	Digiuno	Torna lentamente ad una dieta normale					

Figura 3 - ABC DIET: schema dell'apporto calorico giornaliero da assumere

---

Gli spazi "pro Ana" e "pro Mia" negli anni si sono diversificati. Si possono trovare:

1. **blog:** diari online di facile gestione e massima efficacia comunicativa. Essi permettono di condividere pensieri, foto e video che possono essere commentati da qualsiasi utente.
2. **i social network,** ovvero servizi informatici online che consentono la realizzazione di reti sociali virtuali su cui si può costruire velocemente un profilo in cui caricare e condividere foto, video, interessi personali ed altre informazioni che riguardano l'utente, costruendo una vera e propria identità virtuale ("l'io" della rete). Ciò che li contraddistingue è la facilità di utilizzo, l'intuitività e la gratuità, che li pongono alla portata di tutti. La differenza tra il social network ed il blog o sito web è l'immediatezza dei primi: aprendo la pagina di un qualsiasi social si hanno a disposizione molte informazioni dalle persone iscritte a quel social, con cui si stringe amicizia o che semplicemente parlano di un determinato argomento. Questo processo, con l'uso degli smartphone, è stato ulteriormente facilitato, garantendo l'accesso nelle 24 ore. Tuttavia, i profili degli utenti con DA si presentano in modo leggermente differente nei vari social network:
  - **Facebook:** social network che funziona sulla logica delle amicizie, della creazione di gruppi, pagine ed eventi. Ogni utente può collegarsi ad un altro iscritto chiedendo "l'amicizia", e se questa viene accettata si potrà interagire con il profilo dell'altro. Solitamente dopo essersi incontrate su un blog "pro Ana" o "pro Mia" le ragazze si cercano sui social. In tal modo possono stringere amicizia ed hanno la possibilità di accedere alle informazioni l'una dell'altra e parlare tramite messaggistica privata. Inoltre Facebook consente di creare gruppi, generalmente monotematici, in cui vari utenti hanno modo di confrontarsi.

L'accesso a tali gruppi viene impostato dal creatore, detto amministratore. Occorre specificare che attraverso l'impostazione di privacy segreta, un gruppo non può essere trovato utilizzando la barra della ricerca che si usa solitamente per rintracciare un profilo o una pagina, ma per farne parte è necessario l'invito del fondatore. Quest'ultima opzione è quella preferita dai gruppi "pro Ana" e "pro Mia", poiché questo consente di non essere importunati da persone che disapprovano la loro filosofia di vita;

- **Twitter:** social network di microblogging, ovvero basato sulla pubblicazione in tempo reale di piccoli contenuti chiamati tweet ("cinguettio") sotto forma di messaggi di testo che possono contenere fino a 280 caratteri, immagini, video; a loro volta tali messaggi possono essere ricondivisi. Qui i profili sono scarni rispetto ad altri social. Twitter si basa sul concetto di "follow": dopo la creazione di un account è possibile cercare e seguire tutte le persone che si preferisce, senza autorizzazioni, in modo da essere informato riguardo ciò che queste dicono nei loro tweet. La caratteristica principale di Twitter è l'*hashtag*, ossia una parola o una frase (composta da più parole scritte unite) preceduta dal simbolo cancelletto (#) che serve per etichettare e rintracciare soggetti o temi di interesse. Attraverso Twitter è possibile la creazione di una rete molto ampia: ragazze che inneggiano alla magrezza condividono diete dimagranti dannose e descrivono le loro giornate in funzione dell'anoressia, sostenendosi a vicenda. Dopo un tweet, infatti, ci sono numerose risposte di incoraggiamento se il soggetto ha disobbedito ad una delle regole o di ammirazione se è riuscito ad ottenere un peso minore o a digiunare. Dunque le ragazze con DA ricevono un rinforzo costante e ininterrotto;



- **Instagram:** social network visuale basato sulla condivisione di immagini e video, che prima di essere postati possono essere modificati mediante dei filtri con allegata una didascalia e contenente hashtag, che ne facilitano la ricerca similmente a Twitter. In relazione ai DA, Instagram in occasione della National Eating Disorders Awareness Week, tenutasi il 22-28 Febbraio 2021, nata con l'intento di sensibilizzare le persone a supportare coloro che soffrono di disturbi alimentari, ha aggiunto un nuovo set di risorse che vengono visualizzate nelle ricerche relative a disturbi alimentari. Quando un utente cerca un hashtag o un argomento correlato a disturbi alimentari (vedi #anorexia, #ana, #mia, ecc.), Instagram mostra un prompt – ovvero una richiesta – che permette agli utenti di consultare guide di esperti e mettersi in contatto telefonico con i consulenti della National Eating Disorders Association (NEDA) direttamente tramite direct message (chat privata);
  - **TikTok:** nasce come piattaforma in cui è possibile caricare video dalla durata variabile di 15-60 secondi. In relazione ai DA, similmente a quanto fatto da Instagram, TikTok mostra i consigli di esperti su come affrontare i disturbi alimentari e fornisce un contatto telefonico diretto con NEDA per gli utenti che cercano parole come "proana" o "disturboalimentare".
3. la messaggistica privata include:
- **WhatsApp:** applicazione basata sulla messaggistica istantanea per smartphone. Oltre allo scambio di messaggi testuali permette di inviare note vocali, immagini, video, file audio, condividere la propria posizione geografica, effettuare chiamate vocali e videochiamate. Questa app può essere utilizzata per comunicare con i contatti salvati in ru-



brica (dunque è necessario fornire il numero di cellulare) che abbiano uno smartphone con WhatsApp e connessione a internet. Le ragazze con un DA nella rete “pro Ana” si scambiano spesso il numero di telefono per poter comunicare in maniera più diretta. Contrariamente agli strumenti sopra descritti il cui accesso si ottiene con un’azione volontaria, ovvero aprire la pagina internet o loggarsi, nel caso di WhatsApp i messaggi arrivano direttamente sul telefono, in qualsiasi momento, rendendo questo strumento particolarmente pericoloso. Inoltre può essere utilizzato sia per comunicare con una persona per volta, sia in modalità gruppo attraverso una chat dove sono presenti più persone. Questa funzione favorisce una costante presenza di “aiuto” per queste ragazze e probabilmente una maggiore identità di gruppo che ha come minimo comune denominatore il disturbo alimentare;

- **Telegram:** servizio di messaggistica istantanea e broadcasting, molto simile a WhatsApp, ma rispetto a quest’ultimo Telegram dà la possibilità di unirsi a canali – ovvero gruppi – senza necessariamente avere il numero di cellulare dei partecipanti: è sufficiente inserire nella barra delle ricerche il nome del canale stesso. I contenuti di questi gruppi possono essere accessibili a tutti gli utenti di Telegram o esclusivamente a chi si “unisce”, chiedendo all’amministratore di essere inserito tra i componenti. È inoltre possibile impostare un timer per l’autodistruzione dei messaggi che permette l’eliminazione automatica del messaggio una volta visualizzato dal destinatario. Per quanto riguarda i soggetti affetti da DA, seppur in un numero molto ridotto, è possibile trovare facilmente gruppi “chiusi” il cui nome e l’immagine di profilo lasciano intendere che si tratti di comunità “pro Ana” o “pro Mia”.

La crescente attenzione verso i disturbi dell’alimentazione, sviluppata anche in seguito ad alcuni

fatti di cronaca, ha fatto puntare i riflettori sugli spazi virtuali “pro Ana” e “pro Mia”; ragione per cui trovare queste pagine web oggi risulta apparentemente meno semplice di 10 anni fa, grazie ad escamotage che rendono più difficile rintracciarli. Inoltre, va sottolineato che l’impegno preso da parte dei social network che hanno bannato – ovvero “eliminato” – pagine, profili o hashtag collegati alla perdita di peso insana, non è sufficiente a bloccare del tutto il fenomeno in quanto c’è una rapida sostituzione: bisogna ad esempio considerare che nei social in cui c’è l’uso dell’hashtag, quando uno di questi viene bannato, ne vengono creati dei nuovi che lo rimpiazzano e che rimandano agli stessi contenuti. Inoltre è facile immaginare che ce ne siano altri all’interno dei quali anoressiche e bulimiche sono libere di parlare del loro “credo” senza essere intercettate. È facile immaginare che soggetti anoressici e bulimici sono liberi di parlare e che hanno creato spazi virtuali difficilmente rintracciabili da chi non appartiene alla comunità.

È necessario, dunque, un intervento più esteso: la rilevanza del problema rappresentato dalle comunità “pro Ana” e “pro Mia” richiede un intervento legislativo attualmente assente.

### **DISEGNO DI LEGGE N. 189**

Il progetto di un provvedimento legislativo ha portato alla prima proposta di legge, presentata il 28 novembre 2008, che mirava ad oscurare i circa 300.000 siti internet italiani che promuovevano i disturbi dell’alimentazione: il testo prevedeva l’introduzione del reato di istigazione all’anoressia e alla bulimia, disponendolo topograficamente all’articolo 580-bis del codice penale, rubricato come “Istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l’anoressia o la bulimia”. Tale proposta di legge prevedeva la reclusione fino ad un anno per chi incitava alla malattia, periodo che si sarebbe esteso a due anni se l’istigazione avesse coinvolto minori o persone prive della capacità di intendere e di volere. Inoltre venivano definiti i criteri per impedire l’accesso a siti che diffondevano messaggi pro anoressia e pro bulimia.



Negli anni successivi, la suddetta proposta è stata modificata portando alla stesura del disegno di legge (D.D.L.) n.189, composto da sei articoli, alcuni dei quali sono di seguito illustrati.

Nell'Articolo 2 si legge «Chiunque, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, determina o rafforza l'altrui proposito di ricorrere a pratiche di restrizione alimentare prolungata, idonee a procurare l'anoressia o la bulimia, e ne agevola l'esecuzione è punito con la reclusione fino a un anno e la sanzione amministrativa da euro 10.000 a euro 50.000.

Se il reato (...) è commesso nei confronti di una persona minorata o indifesa, ovvero di una persona minore degli anni quattordici o di una persona priva della capacità di intendere e di volere, si applica la pena della reclusione fino a due anni e la sanzione amministrativa da euro 20.000 a euro 100.000.

Qualora il soggetto (...) si trovi, previo accertamento medico, in uno stato psicologico di disturbo del comportamento alimentare, la sanzione della pena detentiva è commutata in trattamento sanitario obbligatorio». Da ciò deriva che la creazione di siti, profili social o chat "pro Ana" o "pro Mia" rappresenta un vero e proprio reato.

Il D.D.L. in questione prevede un piano di interventi con cui «Lo Stato (...) le Regioni e le Province autonome (...) predispongono progetti obiettivi, azioni programmatiche e idonee iniziative dirette a prevenire e curare (...)» i disturbi dell'alimentazione, indicando come obiettivi: «effettuare la diagnosi precoce; migliorare le modalità di cura dei soggetti colpiti; effettuare la prevenzione delle complicanze; agevolare l'inserimento dei soggetti colpiti nelle attività scolastiche, sportive e lavorative; migliorare l'educazione sanitaria e alimentare della popolazione; provvedere alla preparazione e all'aggiornamento professionali del personale sanitario e scolastico; predisporre gli strumenti di ricerca opportuni; attivare percorsi specifici e programmi dedicati alla formazione e al sostegno dei nuclei familiari delle persone con disturbi del comportamento

alimentare, in particolar modo per quanto concerne l'aspetto psichiatrico e psicologico, sia durante la fase delle acuzie che in quella successiva».

Inoltre, si afferma che i Ministri competenti insieme alle «associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei fornitori di connettività alla rete internet» debbano stabilire «i criteri e le modalità per impedire l'accesso ai siti che diffondono tra i minori messaggi suscettibili» e che rappresentino «un concreto pericolo di istigazione al ricorso a pratiche di restrizione alimentare prolungata (...) reindirizzando automaticamente e in forma anonima l'utente al portale digitale [www.disturbialimentarionline.it](http://www.disturbialimentarionline.it)». Tutto ciò, congiuntamente al monitoraggio della Polizia postale e delle comunicazioni.

In relazione alla diagnosi precoce e alla prevenzione, il D.D.L. prevede che le Regioni indichino alle strutture sanitarie e alle Aziende Sanitarie Locali gli interventi più idonei da fare, attraverso:

- la definizione di un programma articolato che permetta di assicurare la formazione e l'aggiornamento professionale del personale medico e scolastico sulla conoscenza dei DA, al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti affetti da tali patologie;
- la prevenzione delle complicanze e il monitoraggio delle patologie associate a tali disturbi;
- la definizione di test diagnostici, di controllo e di follow-up per i pazienti affetti da DA;
- la cura di pazienti affetti da DA per evitare il loro aggravamento.

Per la realizzazione di tali interventi, le ASL «dovrebbero avvalersi dei presidi con esperienza di attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa specifica, e di centri di coordinamento dei presidi della rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi, anche mediante l'adozione di specifici controlli concordati a livello nazionale».

---

In aggiunta, sono definite le Disposizioni sull'utilizzo professionale dell'immagine femminile per le campagne pubblicitarie, secondo cui le agenzie di moda e pubblicitarie «non possono avvalersi di modelle il cui certificato medico attesta che l'indice di massa corporea (BMI) è di grave magrezza o forte sottopeso»; in caso contrario, le agenzie sono soggette ad una sanzione.

### **CONSIDERAZIONI SUL D.D.L. N. 189**

È necessario fare delle considerazioni riguardo il suddetto D.D.L. Quanto previsto all'art. 2, soprattutto nel caso che il fatto sia compiuto da persona affetta da DA, va esaminato.

A tal riguardo si è espresso il Coordinamento Nazionale Disturbi Alimentari secondo cui il soggetto malato di DA non lo diventa perché viene istigato da siti, dunque da un'induzione proveniente dall'esterno; tali siti però certamente, possono favorire il mantenimento di alcune condotte sintomatiche del disturbo. Inoltre chi è malato non è motivato a curarsi dietro minaccia di carcerazione e la resistenza alla cura non viene superata dall'applicazione di sanzioni penali. Sotto il profilo legale e giuridico è stata rimarcata l'inadeguatezza etica, sociale e morale di tali condotte, sminuendo l'aspetto clinico e aumentando lo stigma verso la malattia e la vergogna dei familiari e delle stesse persone sofferenti: i DA sono malattie psichiatriche di cui il comportamento alterato con il cibo e il controllo del peso rappresentano un sintomo che deriva da un'origine multifattoriale. Inoltre la chiusura dei siti e delle pagine "pro Ana" e "pro Mia" non sarebbe di per sé sufficiente ad eliminare o ridurre i casi di AN e BN poiché questo provvedimento – già preso in passato attraverso regole e divieti nell'ambito della moda – non ha determinato grandi risultati: una persona giovane può ugualmente decidere di sperimentare una dieta pericolosa, invogliata da altri stimoli, come la pubblicità di prodotti ipocalorici.

Bisogna sottolineare che la manifestazione di condotte alimentari alterate rappresenta un sin-

tomo del disturbo alimentare, non la causa dello stesso.

### **CONCLUSIONI**

In conclusione, riteniamo che sia necessario l'intervento del legislatore attraverso un provvedimento che miri ad eliminare o far diminuire l'insorgenza dei disturbi alimentari, adattando e implementando il testo del D.D.L. 189 senza trascurare l'aspetto patologico della questione.

Bisognerebbe innanzitutto agire rinforzando e migliorando gli strumenti di protezione già presenti, investendo sulla prevenzione, sull'informazione e sulla formazione.

Sulla base di quanto detto in questo articolo, riteniamo opportuno un intervento differente ed urgente che agisca su tre livelli:

- 1. in relazione alla rete:** andrebbe utilizzata una strategia di educazione nei confronti di essa, attraverso interventi di formazione all'uso consapevole del web per i giovani e per gli adulti – educatori e familiari, figure di riferimento principalmente nella scuola; similmente, si dovrebbe attuare una strategia educativa mirata a persone coinvolte – sia nella posizione di vittime, sia in quella di responsabili di illeciti; si dovrebbe garantire la possibilità di segnalare al gestore del sito internet o del social network in modo semplice la presenza di tali siti o pagine social, dopodiché dovrebbe essere fatta una tempestiva analisi e conseguente oscuramento;
- 2. in relazione ai DA** è fondamentale concentrarsi sulla fase di esordio, intervenendo attraverso la prevenzione primaria, che rappresenta l'insieme delle strategie atte a prevenire l'insorgenza della malattia stessa. Tali strategie vanno attuate con approcci settoriali che permettano all'adolescente di acquisire opportuni elementi difensivi verso le difficoltà attraverso:



- l'offerta di un supporto per eliminare i fattori di rischio nei momenti critici del ciclo vitale, come eventi passati, eventi stressanti particolari e le condizioni che determinano stabili fonti di disagio;
- la formazione di abilità di vita, quali la capacità di resistere alla pressione dei coetanei, della società e dei mezzi di comunicazione;
- lo sviluppo delle abilità di interazione sociale e interpersonale;
- l'educazione tra pari per facilitare il dialogo interattivo;
- lo sviluppo delle competenze per aumentare la capacità di compiere scelte coscienti e salutari;
- la conoscenza dei DA tra i giovani e le figure educative;
- l'educazione alla riflessione circa i modelli di bellezza proposti dalla società;
- la verifica di quanto proposto attraverso la somministrazione questionari di due tipi – uno per indagare le abitudini alimentari, l'immagine corporea percepita, l'attività fisica praticata ed altri aspetti considerati dalla letteratura scientifica fattori di rischio di DA; l'altro per valutare i cambiamenti negli atteggiamenti degli studenti in seguito al lavoro svolto.

Per un efficace intervento di prevenzione risulta cruciale il momento in cui si agisce, in particolare nella fase adolescenziale, che rappresenta un trampolino di lancio dell'individuo verso l'età adulta ed in cui sono assunti altri ruoli sociali e richieste nuove competenze. Pertanto un ottimo strumento di prevenzione è un intervento offerto ai ragazzi che fanno il proprio ingresso nella scuola secondaria, luogo fisico e mentale fondamentale per l'adolescente (Cela, 2013; Cela et al., 2020). Egli trascorre a scuola la maggior parte del suo tempo sperimentando l'incontro e lo scontro con coetanei e insegnanti, riportando successi e fallimenti. La scuola rappresenta perciò non solo il luogo fonte di conoscenza, bensì un ambiente di crescita personale dove l'adolescente può sviluppare e testare le proprie poten-

zialità relazionali, intellettive ed affettive ed essere formato in modo da ridurre l'influenza di eventuali modelli comportamentali rischiosi.

Tuttavia, iniziative con obiettivi in accordo con quelli precedentemente elencati, dovrebbero essere affiancate da progetti rivolti ai soggetti in età scolare (6-10 anni) e preadolescenziale (11-13 anni), attraverso attività interattive e interventi consoni all'età degli studenti.

Laddove necessario, bisognerebbe intervenire attraverso la prevenzione secondaria, ossia l'individuazione dei sintomi di disturbo dell'alimentazione nelle prime fasi della malattia, in modo da agire tempestivamente con una diagnosi ed una cura precoci, anche mediante la formazione riguardo i DA delle figure educative, tra cui familiari, docenti, istituzioni.

## BIBLIOGRAFIA

- Agnello, A., Mariani, M., Ruggeri, B., & Paolantoni, D. (2013). Dal progetto di nascita alla relazione. Fattori predittivi dei disturbi del comportamento alimentare. *Psicopuglia*, 36, 75-99.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, Fifth Edition, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Biolcati, R. (2010). La vita online degli adolescenti: tra sperimentazione e rischio. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 267-297. Retrieved 2021, from <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1449/32688>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books. In Bollati Boringhieri (1999). Attaccamento e perdita.
- Brown, J.D. (2002). Mass media influences on sexuality. *Journal of Sex Research*, 39 (1), 42-46.
- Casey, B.J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Pubmed*, 28 (1), 62-77. Retrieved 2021, from *Pubmed*
- Cela, E.P. (2013). *Psicologia della Nutrizione*. Roma: Aracne.
- Cela, E.P., Augello, L., & Ulloa, S. (2020). Effica-

- cia del programma di prevenzione dei Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione “Cibo Amico” in un Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN). *Psicopuglia*, 25, 296-313.
- Colonna, T., Affatati, F., & Nardulli, A. (2015). Eating Disorders and New Media. *Psicopuglia*, 15, 64-68.
  - Coordinamento Nazionale Disturbi Alimentari (2019). Memoria scritta sul ddl 189 dca con proposte di emendamento. Retrieved 2021 from <https://www.coordinamentonazionale-dca.it/home/wp-content/uploads/2019/02/Memoria-scritta-sul-ddl-189-dca-con-proposte-di-emendamento.pdf>
  - DIRE – Notiziario settimanale Psicologia. Retrieved 16 november 2021 from <http://diren.l.dire.it/psicologia/anno/2021/novembre/16/?news=12>
  - Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (1 Feb 2003) Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355): 407-416. Retrieved 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12573387/>
  - Fairburn, C.G., & Rothwell, E.R. (2015). Apps and eating disorders: A systematic clinical appraisal. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 7, 1038-1046. Retrieved 2021 from <https://online-library.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22398>
  - Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007). *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*. Torino: Centro Scientifico Editore.
  - Gigantesco, A., Masocco, M., Picardi, A., Lega, I., Conti, S. & Vichi, M. (2010). Hospitalization for anorexia nervosa in Italy. *Riv. Psichiatr. May-Jun*, 45(3), 154-62.
  - Griffiths, M.D. (2008). *Internet addiction: Does it really exist? Psychology and the Internet: Intra-personal, interpersonal and transpersonal applications*. New York: Academic Press.
  - Treasure, J., Duarte, T.A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders: innovation and progress urgently needed. *The Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3.
  - Piaget, J. (1969). *Dal bambino all'adolescente. La costruzione del pensiero*. Firenze: La Nuova Italia.
  - Steiner, J. (1996) *I rifugi della mente*. Torino: Boringhieri.
  - Sleepersan, S. (2004). Coping with loneliness: Adolescent online and offline behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 7 (1), 35-40. Retrieved 2021 from [http://www.webofloneliness.com/uploads/7/7/3/2/3/7323413/coping\\_with\\_loneliness.pdf](http://www.webofloneliness.com/uploads/7/7/3/2/3/7323413/coping_with_loneliness.pdf)





# GLI ISOLA- MENTI DEL COVID

## VIAGGIO NEL DISAGIO PSICHICO, FISICO ED EMOTIVO DEI PAZIENTI RICOVERATI

### RIASSUNTO

L'attenzione degli Autori si è focalizzata sugli effetti psico-fisici nei pazienti affetti da Covid, ricoverati presso l'Ospedale "San Paolo" di Bari.

La pandemia da Sars-Cov-2 ha comportato uno stravolgimento degli stili di vita quotidiani, delle dinamiche relazionali, del rapporto con il proprio corpo e il proprio mondo interiore. Tali drastici cambiamenti, hanno avuto delle ripercussioni non solo sul benessere psicosociale dell'intera collettività ma, soprattutto, su coloro che hanno sperimentato in prima persona la malattia, avendo contratto il virus. Di estremo interesse si è rivelata la comprensione delle specifiche sfide psicologiche che ciascun individuo ha dovuto

fronteggiare, in relazione al grado di coinvolgimento in questa battaglia per la sopravvivenza. Per la valutazione del disagio emotivo, gli autori hanno utilizzato un questionario auto-compilato di screening dello stress (*Termometro dello stress*) e un'apposita "*Problem list*", che ha valutato gli aspetti spirituali, i problemi pratici, relazionali, emozionali e fisici riscontrati nei pazienti nell'ultima settimana di ricovero.

Il lavoro proposto non solo offre una panoramica teorica sugli aspetti psicosociali, e sui possibili esiti psicologici della malattia da Coronavirus, ma mira a proporre efficaci strategie di gestione di tale emergenza, finalizzati ad interventi psicologici commisurati alle esigenze dei pazienti affetti da Covid.

### Domenico Didonna

Dirigente Medico/Psicoterapeuta IPRA/  
Specialista in Medicina Interna  
Ospedale San Paolo - Bari

### Mariella Tambone

Dirigente Psicologa/Psicoterapeuta  
sistemico relazionale - U.O. Oncologia  
medica - Ospedale San Paolo - Bari

### Carmela Zelano

Dirigente Psicologa/Psicoterapeuta  
Psicoanalitica C.Or.O. - Centro di  
Orientamento Oncologico  
Ospedale San Paolo - Bari

### Emiddio Ricco

Psicologo/Psicoterapeuta  
sistemico relazionale

### Maria Giorgia D'Alonzo

Psicologa/Specializzanda in  
Psicoterapia e in Psico-Oncologia



Gli autori, pertanto, concludono sostenendo l'importanza di un servizio di sostegno psicologico rivolto ai pazienti ricoverati o in follow up, in grado di fornire strumenti emotivi validi, sia per gestire efficacemente la sintomatologia correlata alla malattia, sia per prevenire importanti incidenze a lungo termine sul loro stato di salute mentale.

#### **PAROLE CHIAVE**

Pandemia Covid 19, salute mentale, pazienti ricoverati, risposta psicologica, fattore di stress specifico, esperienza psicologica, isolamento ospedaliero.

#### **INTRODUZIONE**

La pandemia da Sars-Cov-2 ha avuto conseguenze drammatiche su tutta la popolazione. Appare, così, interessante focalizzare l'attenzione su chi ha conosciuto in prima persona l'esperienza del contagio. Per i pazienti, infatti, il Coronavirus ha rappresentato una vera e propria sfida, sia sul

piano fisico, che psicologico. Quest'ultimo è stato l'oggetto di studio di diversi elaborati pubblicati dai principali Centri di ricerca mondiali, su rilevanti riviste scientifiche in campo medico e psicologico. Tali studi hanno evidenziato come il Covid-19, unitamente a conseguenze prettamente fisiologiche, porti con sé una serie di reazioni psicologiche non irrisorie. Tra queste, la paura, il senso di solitudine e di abbandono, sperimentati durante il periodo di isolamento in casa o nel corso del ricovero in ospedale. Si è, inoltre, dimostrato che alcuni sintomi derivanti dall'infezione e dal disagio psicologico, in molti casi, non scompaiono una volta superata la fase critica di malattia, ma persistono anche nei periodi successivi all'infezione. Questo assicura che l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti sia notevole: stanchezza, debolezza, fiato corto e affannoso, alterazioni dell'umore, stati di ansia, depressione, cefalea, insonnia, perdita di memoria, sono solo alcuni dei sintomi che delineano quella che viene identificata come



una vera e propria sindrome "Post-Covid" (Guerrini Usubini A., Cattivelli R., 2021)<sup>1</sup>.

Sulla base di queste interessanti rilevanze potremmo ipotizzare che, come per tutte le altre esperienze traumatiche, per i pazienti sia necessario un periodo più o meno lungo per riuscire a percepire un nuovo senso di stabilità emotiva e di equilibrio psico-fisico. Se per alcuni di loro aver sconfitto il Covid ha consentito un graduale ritorno alla normalità, per altri gli effetti a lungo termine dell'infezione persistono, dando origine a quella che ormai è stata ribattezzata come la *Sindrome Post-Covid o Long-Covid*. Da tenere presente come le risposte psicologiche esibite dai pazienti varino a seconda dei livelli di vulnerabilità personale. Inoltre, nonostante i pazienti manifestino a livello psicologico una sintomatologia caratterizzata da ansia e/o depressione, i loro bisogni emotivi restano ben diversi da quelli manifestati dai pazienti affetti da patologie psichiatriche. Sul piano prettamente psicologico, la sensazione di minaccia percepita e la criticità della malattia, unitamente al disagio fisico, alla solitudine e ai fattori di stress psicosociale, possono evocare disturbi emotivi consistenti, quali, ad esempio: la rabbia, la paura, l'isteria, la depressione e l'ansia, e molti altri problemi psicologici (Fengyi Hao., et al.2020)<sup>2</sup>. Peraltro, numerosi studi hanno evidenziato come la risposta

psicologica alla pandemia, nei pazienti psichiatrici ricoverati, sia migliore rispetto agli individui non clinici (Stephanie V Rek., et al.,2021)<sup>3</sup>. In casi altrettanto significativi, il perdurare dei sintomi psicologici dopo la guarigione, alimenta il senso di rifiuto a lasciare la propria abitazione, sviluppando una profonda paura di esporsi a possibili minacce, anche a seguito della fine del periodo di isolamento forzato (agorafobia). Questo è ciò che caratterizza il fenomeno della "*sindrome della capanna*" di cui si è tanto discusso nei mesi scorsi in conseguenza dell'allentamento delle misure restrittive subite nella prima fase della pandemia.

Un altro dato degno di nota è che la maggior parte dei pazienti Covid clinicamente stabili ha manifestato consistenti sintomi di PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), prima della dimissione. La prevalenza di PTSD è stata, difatti, del 96,2% e, in alcuni casi, ha portato a esiti negativi come: una qualità di vita più bassa o prestazioni lavorative compromesse (Hai-Xin Bo, et al.,2020)<sup>4</sup>.

I più esposti sono stati coloro che hanno vissuto il trauma della ventilazione meccanica: fino al 50% di questi pazienti è a rischio di sviluppare disturbi psichiatrici, come il PTSD, o sintomi gravi come allucinazioni, ricordi di panico e ansia, che potrebbero persistere anche fino a cinque anni

**1** Guerrini Usubini A., Cattivelli R. Le conseguenze psicologiche del Covid a lungo termine (long covid)-Istituto Auxologia Italiano Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano, Articolo del 24/12/2020, revisionato il 10/05/2021.

**2** Fengyi Hao, et al. 2020 A quantitative and qualitative study on the neuropsychiatric sequelae of acutely ill covid 19 inpatients in isolation facilities- Transl Psychiatry. 2020 Oct 19; 10(1): 355. Doi 10.1038/41398-020-01039-2)

**3** Stephanie V Rek., et all., 2021 Differential psychological response to the covid 19 pandemic in psychiatric inpatients compared to a non - clinical population from Germany - Eur Arc Psychiatry Clin Neurosc. 2021 Jul 15.

**4** Hai-Xin Bo, et al.,2020 - Sintomi da stress post traumatico e atteggiamento nei confronti dei servizi di salute mentale di crisi tra i pazienti clinicamente stabili con Covid 19 in Cina - Published online by Cambridge University Press: 27 March 2020.

di distanza dal trauma (Cosimi S., 2021)<sup>5</sup>. Diversi studi effettuati su pazienti Covid ricoverati che hanno ricevuto cure ospedaliere in isolamento, hanno dimostrato quanto sia importante la valutazione accurata delle esperienze psicologiche dei singoli pazienti, in quanto tale strategia ha portato, in molti casi, all'attivazione tempestiva di interventi finalizzati a migliorarne il benessere mentale e a tracciare una più efficace traiettoria di recupero dei pazienti. Non dimentichiamo che i pazienti hanno sperimentato un significativo stress psicologico durante il ricovero, che è continuato anche dopo la dimissione, manifestato con emozioni negative, incertezze sul trattamento ricevuto e preoccupazione nel riadattarsi alla vita quotidiana (Haoyu Pei.,2021)<sup>6</sup>. Da quanto premesso, si può dedurre che i pazienti Covid siano vulnerabili a problemi di salute mentale, in particolar modo alla depressione. Questa non solo provocherebbe un peggioramento della prognosi, esercitando un impatto psicologico negativo sulla risposta immunitaria dei pazienti, ma indurrebbe all'assunzione di atteggiamenti negativi nei confronti della terapia antivirale, riducendo il recupero e l'aderenza al trattamento (Yu-Fen Ma., et al. 2020)<sup>7</sup>.

Dobbiamo considerare, altresì, che la situazione di continua instabilità, derivata non solo dall'emergenza ma anche dalle comunicazioni contraddittorie e confusionarie dei mass media, ha demolito tutti i punti di riferimento. Questa con-

dizione non ha fatto altro che determinare un dispendio di energie psichiche molto ampio che ha prodotto, inevitabilmente, consistenti stati d'ansia e di aggressività, e quello che sta accadendo in questo periodo a livello sociale, non è altro che lo scarico pulsionale represso della paura vissuta nel periodo di restrizione che abbiamo vissuto.

Conseguentemente, in presenza di condizioni favorevoli questi sintomi, che inizialmente appaiono sfumati, possono cronicizzarsi in un vero e proprio disturbo, che richiede un intervento precoce e mirato da parte degli specialisti. Oltre ad ansia, depressione e stress cronico, è stato evidenziato un altro rischio derivato dai mesi di isolamento forzato, ovvero, i cosiddetti disturbi agorafobici. L'agorafobia è una patologia che comprende la paura paralizzante di stare negli spazi aperti o affollati, impedendo alla persona di compiere le più semplici e banali attività quotidiane (Rapolla M. R., 2020)<sup>8</sup>.

Sulla scia di molteplici iniziative nazionali poste in essere da differenti presidi ospedalieri, anche l'Ospedale "San Paolo" di Bari ha adottato misure straordinarie di supporto psicologico nei confronti sia del personale sanitario, impegnato nelle aree Covid<sup>9</sup>, sia dei pazienti ricoverati. Gli Psicologi presenti nel presidio ospedaliero sono stati incaricati di intervenire direttamente per apportare un adeguato sostegno psicologico. L'équipe di Psicologi e Psicoterapeuti, in servizio presso il reparto di

**5** Cosimi S., -Covid, gli effetti psicologici della pandemia: una persona su tre a rischio 20-Febbraio2021–VF Benessere salute e prevenzione.

**6** Haoyu Pei.,2021- A Qualitative Investigation of the Psychological Experiences of Covid 19 patients Receiving inpatient Care in isolation- Clin Nurs Res.2021 Jun 19, 10547738211024807, Sage Journals.

**7** Yu-Fen Ma.,et all. Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with covid 19- Journal of Affective Disorders 2020- homepage: [www.elsevier.com/locate/jad](http://www.elsevier.com/locate/jad).

**8** Rapolla M. R.,-Coronavirus e traumi psicologici: legami sociali, isolamento e disturbi a lungo termine-17 dicembre 2020-Ricominciare-Fatebenefratelli.

**9** Per approfondimenti si rimanda alla lettura dell'articolo "Il Covid in Corsia:emozioni e fragilità in prima linea" (in press).



Oncologia Medica e del C.or.O. (Centro di Orientamento Oncologico), con la collaborazione di un Medico Psicoterapeuta operante nell'area Covid del reparto di Medicina, hanno creato un servizio di sostegno psicologico finalizzato alla gestione dello stress, della paura, dell'angoscia e del disagio emotivo dei ricoverati. Non potendo avvicinare i pazienti allettati nei reparti Covid, gli Psicologi hanno effettuato uno screening di valutazione dello stress accumulato dai ricoverati e delle problematiche psico-fisiche e relazionali manifestate durante il periodo di degenza, tramite la somministrazione di un questionario auto-compilato, i cui risultati sono l'oggetto di indagine di questo elaborato. Lo scopo degli Autori di questa ricerca è quello di evidenziare le condizioni emotive e le problematiche psico-fisiche esibite dai pazienti Covid ricoverati nella struttura ospedaliera durante la cosiddetta "terza ondata", nel periodo marzo-maggio 2021. Si sottolinea, inoltre, la necessità di strategie di supporto psicologico da effettuarsi durante tutto il periodo di degenza dei

pazienti, finalizzate alla prevenzione dello stress, del disagio psicologico e di tutte quelle sintomatologie psichiatriche che peggiorano la prognosi fino a renderla negativa. Come accennato in precedenza, il problema del singolo diviene il problema della collettività, per questo è importante amministrare e curare il trauma psichico prima che diventi ingestibile a livello sociale.

### **DESCRIZIONE DEL CAMPIONE**

I pazienti presi in esame avevano una diagnosi di ingresso di infezione da Sars-Cov-2, accertata tramite positività al tampone molecolare, e di relativa polmonite interstiziale, diagnosticata tramite esami radiologici, effettuati al momento del ricovero.

Per quanto riguarda la stadiazione clinica, si è fatto riferimento a quelle del NIH<sup>10</sup> e del WHO<sup>11</sup>. Il campione analizzato è costituito da 68 pazienti, su un totale di 270 ricoverati, nel periodo compreso tra il 1° marzo e il 31Maggio 2021. Comprende

21 donne e 47 uomini, in età tra i 30 e gli 87 anni. La proporzione tra donne e uomini del campione (30 vs 70%) rispecchia il trend di ricoveri in ambito locale, nazionale e mondiale e vede una netta prevalenza di ricoveri per gli uomini, che è, inoltre, gravata da una maggiore mortalità. La degenza media nel periodo considerato si è attestata intorno ai 13,9 giorni, mentre la mortalità intra-ospedaliera nell'area medica Covid è stata del 20%, pari a 72 pazienti nell'intervallo considerato.

I pazienti ricoverati nell'area medica Covid (reparto di Medicina), provenivano dal Pronto Soccorso con percorso dedicato Covid (area "grigia", con pazienti in attesa di esito del tampone molecolare, oppure area di osservazione breve intensiva – OBI, con pazienti già risultati positivi), oppure provenivano dalla Pneumologia Covid. In caso di peggioramento delle condizioni cliniche, gli stessi pazienti potevano essere trasferiti verso reparti a maggior livello assistenziale, come la stessa Pneumologia Covid, oppure il reparto di Rianimazione Covid. Purtroppo, data l'elevata mortalità registratasi in terapia intensiva (>80%), nessun paziente è stato trasferito oppure è rientrato, nel periodo considerato dagli autori, dalla rianimazione all'area medica Covid. Durante la cosiddetta "terza ondata", si è assistito ad una sensibile riduzione dell'età media dei contagiati ed al coinvolgimento di interi nuclei familiari. Altra caratteristica interessante è stata l'innalzamento del livello medio di criticità clinica dei pazienti ricoverati, avvertito in tutti i reparti Covid.

Questo studio è stato reso possibile in questa fase della pandemia poiché in precedenza anche gli operatori si sono sentiti impreparati nel gestire un evento di così ampia portata.

Infine, alla dimissione, se ancora positivi al tampone molecolare ma in condizioni cliniche stabili, i pazienti venivano avviati verso le cosiddette strutture post-Covid, oppure in isolamento domiciliare; se negativi, potevano rientrare al domicilio, a condizione che non ci fossero altri componenti della famiglia sintomatici o in isolamento. I pazienti che necessitavano di riabilitazione polmonare venivano inviati in strutture specializzate.

### STRUMENTI DI INDAGINE/METODO

La valutazione del disagio emotivo accumulato dai pazienti è stata rilevata somministrando un questionario auto-compilato di screening dello stress, definito: "*Termometro dello stress*", che consuetamente viene utilizzato con i pazienti portatori di patologia, come quelli oncologici. Tale strumento ha permesso di valutare il disagio psico-fisico percepito dai pazienti e di indagare le principali cause che lo hanno determinato, come: i problemi pratici, relazionali, emozionali, spirituali e fisici (Grassi L. et al. 2005)<sup>12</sup>; è stato misurato inoltre, il livello di sofferenza e le possibili motivazioni che l'hanno provocata. (Holland J. C., 2010)<sup>13</sup>.

Si è proceduto domandando ai pazienti di quantificare il disagio emotivo sperimentato nell'ultima settimana di degenza, indicando un numero

**10** National Institute of Health. Covid -19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19. Bethesda, MD NIH; 2020.

**11** World Health Organization. Clinical Management of Covid-19; Interim guidance 27 May 2020. Geneva, CH WHO; 2020.

**12** Grassi, L., Holland, J. C., Johansen, C., et al. (2005) Psychiatric concomitants of cancer, screening procedures, and training of health care professionals in oncology: the paradigms of psycho-oncology in the psychiatric field. *Advances in Psychiatry*, 2: 59-66.

**13** Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W.S., et al. (2010) Distress management. *J Natl Compr Canc Netw*, 8:448-485.



che va da 0 (nessun disagio emotivo – nessuno stress) a 10 (massimo disagio emotivo – massimo stress) in un termometro disegnato. Si è chiesto, inoltre, di indicare con una crocetta sì/no i problemi elencati in una lista (*Problem List*) e raggruppati in cinque categorie. Le categorie individuate sono: problemi pratici (es. nella cura dei figli, di alloggio, economici, scolastici, /lavorativi e problemi di trasporto); problemi relazionali (es. nel rapporto con il partner, con i figli, e con altri); problemi emozionali (es. depressione, paure, nervosismo, tristezza, preoccupazione e perdita di interessi nelle usuali attività); aspetti spirituali; problemi fisici (es. problemi del sonno, dolore, problemi a lavarsi i vestiti, nausea, senso di fatica e stanchezza, problemi a muoversi, respiratori, ulcere alla bocca,

ad alimentarsi, difficoltà a digerire, stipsi, disturbi della minzione, febbre, secchezza della cute/prurito, naso chiuso, formicolio mani e piedi, gonfiore, problemi sessuali, diarrea, problemi di memoria, problemi su come ci si vede ed appare). Lo strumento diagnostico impiegato si presenta molto semplice nel suo utilizzo, ha richiesto pochi minuti per la compilazione (da tre a cinque minuti) e ha fatto affiorare, attraverso la scrittura- piuttosto che verbalmente-le paure dei pazienti (Morasso G., 1996)<sup>14</sup>. Per adattare meglio lo strumento diagnostico alle esigenze della sperimentazione e per renderlo anonimo, si è modificata l'intestazione chiedendo di indicare: reparto di degenza, sex, età e data di somministrazione; è stata, inoltre, eliminata la categoria problemi pratici (*Figura 1*).

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

REPARTO DI APPERTENENZA \_\_\_\_\_ SEX M F ETA' \_\_\_\_\_ QUALIFICA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

La preghiamo o di indicare con una crocetta su SÌ sul NO se qualcuna delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso

ISTRUZIONI: LA PREGHIAMO DI CERCARE IL NUMERO DA (DA 0 A 10) AL FINE DI DESCRIVERE LA QUALITÀ DI DISAGIO EMOTIVO CHE HA PROVATO NELL'ULTIMA SETTIMANA OGGI COMPRESO

<p><b>SÌ NO PROBLEMI RELAZIONALI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nel rapporto con il partner</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nel rapporto con i figli</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nel rapporto con altri</p> <p><b>SÌ NO PROBLEMI EMOZIONALI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depressione</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paure</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervosismo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tristezza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdita di interesse nelle usuali attività</p> <p><b>SÌ NO PROBLEMI EMOZIONALI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi inerente alla propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso dell'esistenza)</p>	<p><b>SÌ NO PROBLEMI FISICI</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi di sonno</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi a lavarsi/vestirsi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Senso di fatica e stanchezza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi a muoversi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi respiratori</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcere alla bocca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi ad alimentarsi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficoltà a digerire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stipsi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Febbre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secchezza della cute/prurito</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Naso chiuso o senso di secchezza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Formicolio alle mani o ai piedi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Senso di gonfiore</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi sessuali</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi di memoria/concentrazione</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemi su come ci si vede e come si Appare</p>	
---	---	--

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Figura 1**

**14** Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G. (1996) Assessing Psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 53(4):295-302.

I questionari sono stati distribuiti nel periodo critico della cosiddetta "terza ondata", compreso tra il 1° marzo e il 31 maggio 2021, su un totale di 270 pazienti ricoverati nelle aree Covid dell'ospedale "San Paolo" di Bari. Per ovvi motivi sono stati somministrati a pazienti con malattia lieve e/o moderata, tanto in grado di rispondere ai quesiti in completa autonomia, quanto quelli che necessitavano di aiuto nella compilazione. Sono stati necessariamente esclusi i pazienti più gravi in ventilazione non invasiva (NIV), impossibilitati a compilare o a rispondere al questionario anche con aiuto.

### ANALISI STATISTICA DEI DATI

Il campione dei pazienti ( $n=68$ ) è stato selezionato da una più vasta popolazione afferente al reparto di medicina Covid dell'ospedale San Paolo. L'assessment ha interessato diversi pazienti affetti da infezione da coronavirus (Sars-CoV-2) durante il periodo pandemico.

Si riporta la suddivisione del campione così come acquisito tramite il questionario:

Le rilevazioni si sono protratte dal mese di marzo al mese di maggio 2020 (in piena emergenza pandemica). (Figura 2)

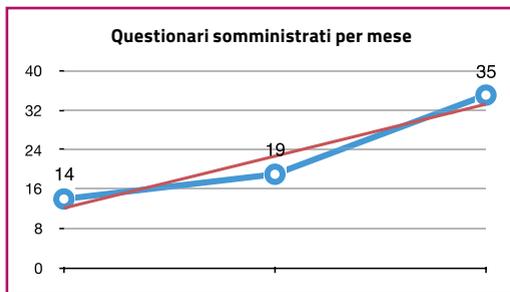


Figura 2

Si è proceduto a rimarcare gli indici di posizione del campione ( $n=68$ ) distinti per età, attraverso la rilevazione degli indicatori statistici atti ad indicare la distribuzione delle frequenze (media, mediana e moda): ciò ha permesso di apprezzare un'età di 62 anni ma con un maggior numero di

intervistati attestatisi sui 74 anni di età, con un range pari 57, particolarmente apprezzabile in Figura 5. (Figg. 3-5)

Indicatori statistici campione (età)				
62	30	87	64	74
media	minimo	massimo	mediana	moda

Figura 3

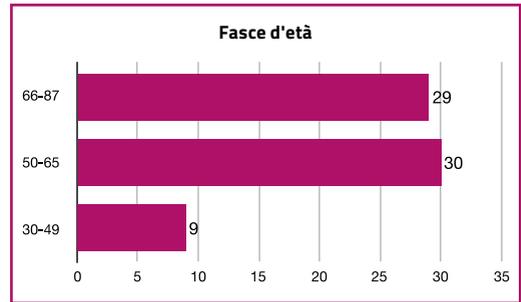


Figura 4

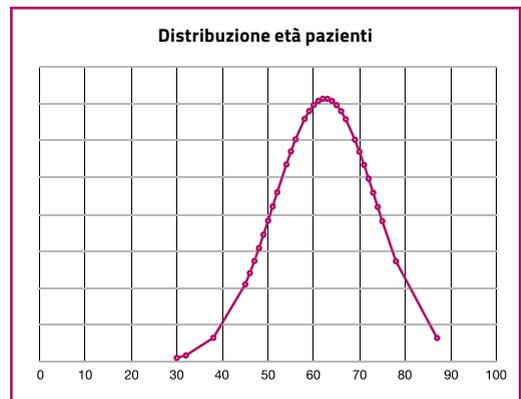


Figura 5

Il campione è composto da 47 uomini e 21 donne rispettivamente il 69% ed il 31%. (Figura 6)

Lo strumento di assessment utilizzato ha permesso di suddividere le problematiche correlate all'infezione da Sars-Cov-2 a quelle afferenti ai problemi fisici, emozionali ed emotivi.

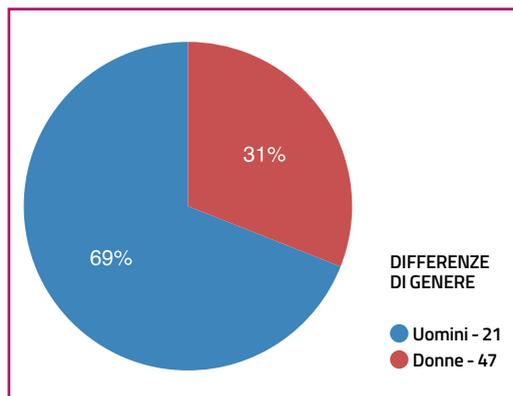


Figura 6

### PROBLEMI FISICI

Lo strumento di valutazione ha tenuto conto di una serie di parametri fisici valutabili attraverso una sequenza di domande chiuse a scelta multipla. In media il campione ha fornito 3,65~ risposte, discostandosi marginalmente dallo stesso valore nella suddivisione tra uomini (3,87~) e donne (3,14~).

Altra osservazione significativa ha riguardato i valori distribuiti sull'ordinata (asse Y) della rilevazione, ovvero il valore minimo "2" (2,95% - vestirsi/lavarsi - problemi minzione) e quello massimo "36" (52% sonno). (Figg. 7-11)

Rilevazione problemi fisici		
1	vestirsi/lavarsi	2
2	minzione	2
3	memoria	3
4	alimentarsi	5
5	digerire	5
6	febbre	5
7	diarrea	5
8	immagine	5
9	nausea	6
10	ulcere bocca	11
11	formicolio	11
12	gonfiore	12
13	stipsi	13
14	dolore	16
15	respiratori	17
16	muoversi	18
17	sec. cute/prurito	21
18	naso chiuso	22
19	stanchezza	32
20	sonno	36

Figura 7

Indicatori statistici campione (problemi fisici)	
min	2
max	36
range	34
moda	5
mediana	11
media	12,35

Figura 8

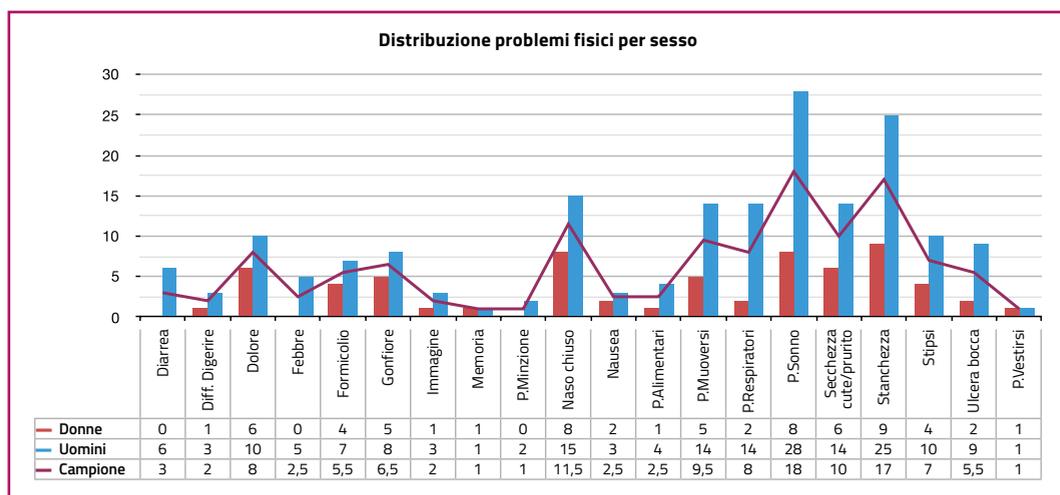


Figura 9

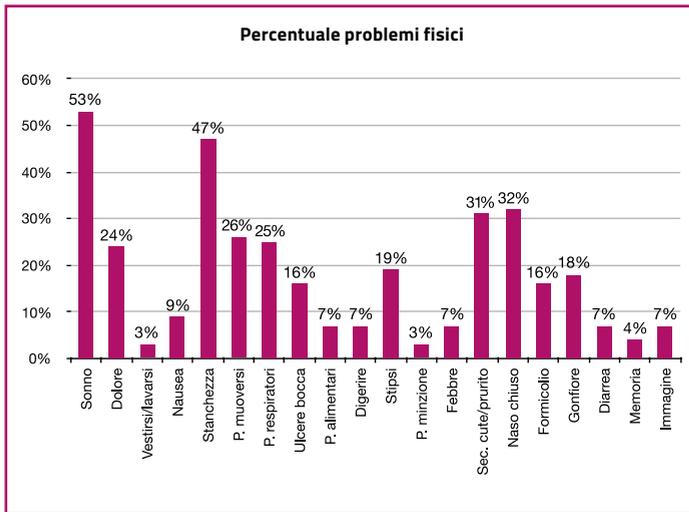


Figura 10

strumento di assessment ha permesso di raccogliere, attraverso la formula delle domande chiuse, una serie di problematiche emozionali del campione.

Contrariamente alla precedente rilevazione, le donne hanno fatto registrare una media di domande più alta rispetto a quella degli uomini (rispettivamente ~3 e ~2,19)

Coerentemente alle pregresse rilevazioni, il campione ha espresso in media due (per gli

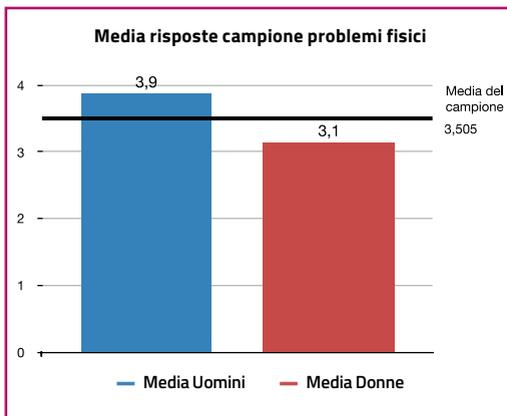


Figura 11

La problematica analizzata ovvero i “problemi fisici”, ha permesso di apprezzare un certo distacco dalla media del campione per genere.

Gli uomini hanno fatto riscontrare una maggiore suscettibilità agli elementi analizzati in rapporto alla positività alla malattia, superando quasi sempre i valori raccolti dal campione femminile.

## PROBLEMI EMOZIONALI

Come per la rilevazione dei problemi fisici, lo

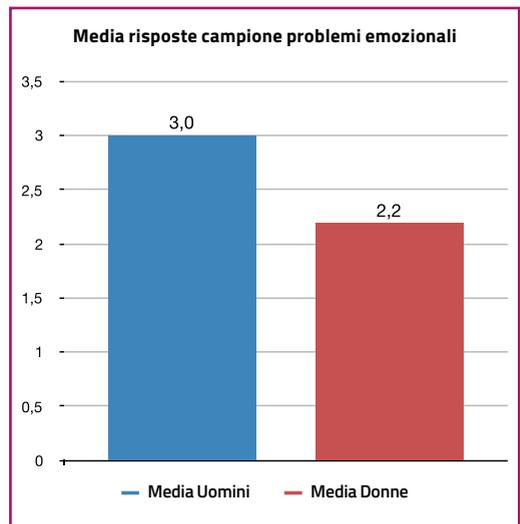


Figura 12

uomini) e tre (per le donne) problematiche legate all’infezione da covid.

L’analisi degli indici di posizionamento del campione differenziato per sesso ha permesso – però – di rivelare una distribuzione dei quartili più elevata tra il secondo ed il terzo in maniera ripartita in egual misura tra uomini e donne. (Figg.13-18)



Indici di posizione campione problemi emozionali		
	uomini	donne
range	18	13
minimo	4	2
massimo	22	15
P <sub>0,25</sub>	6	5
P <sub>0,50</sub>	18	10
P <sub>0,75</sub>	22	12

Figura 13

Media campione problemi emozionali	
depressione	10
paure	15,5
nervosismo	14
tristezza	17
preoccupazione	18,5
p.interessi	4
p.fede	4,5

Figura 14

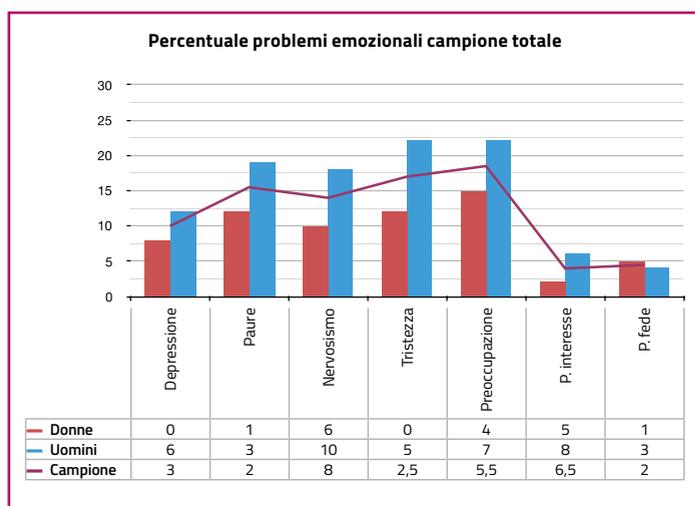


Figura 15

Risposte problemi emozionali campione totale			
	donne	uomini	TOTALE
depressione	8	12	20
paure	12	19	31
nervosismo	10	18	28
tristezza	12	22	34
preoccupazione	15	22	37
p.interesse	2	6	8
p.fede	5	4	9

Figura 16

La problematica analizzata, ovvero i “problemi emozionali”, ha permesso di apprezzare un certo discostamento del campione per genere. Gli uomini, pur avendo fornito un minor numero di risposte in media, hanno fatto riscontrare una maggiore suscettibilità agli elementi analizzati in rapporto alla positività alla malattia, superando quasi sempre i valori raccolti dal campione femminile.

### DIFFICOLTÀ RELAZIONALI

Una ulteriore classificazione delle risposte fornite dal campione (n=68) ha permesso di rilevare

alcuni aspetti afferenti alla sfera emotivo/emozionale nonché quella della problematica fisica correlata all’impegno contro il diffondersi dell’infezione.

La rilevazione ha trovato riscontro in un’esigua fetta del campione (~20%) così distribuito (figg. 19-20):

DIFFICOLTÀ RELAZIONALI	
partner	4
figli	5
altri	4

Figura 17

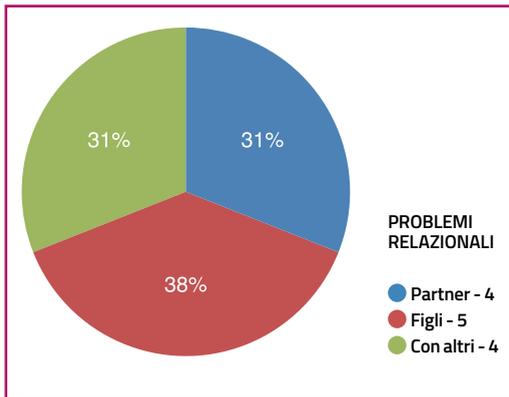


Figura 18

La rilevazione degli aspetti a) relazionali, b) emozionali, c) fisici è stata ottenuta attraverso un'unica raccolta (Figura 8):

### DISAGIO EMOTIVO

Un ultimo valore registrato attraverso la rilevazione è stato quello relativo al disagio emotivo espresso dal campione.

Attraverso la richiesta di assegnazione arbitraria di un gradiente al livello di "stress" auto-valutato è stato chiesto ai pazienti di esprimere un valore da 0 a 10, dove 0 indicava assenza di stress mentre 10 stava ad indicare forte stress.

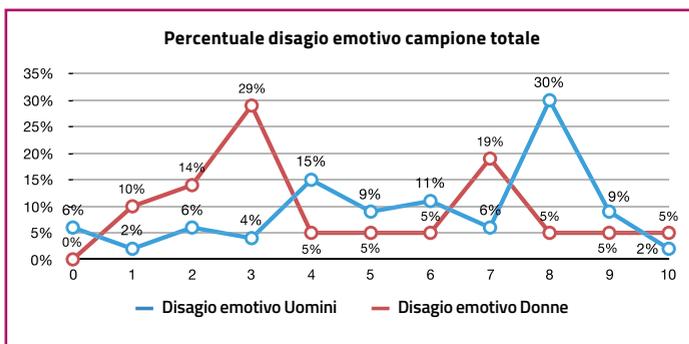


Figura 20

L'analisi del dato raccolto ha restituito le seguenti rilevazioni:

gradiente	uomini	donne
0	3	0
1	0	0
2	1	2
3	3	3
4	2	6
5	7	1
6	4	1
7	5	1
8	3	4
9	14	1
10	4	1

Figura 19

A riprova della correttezza del dato, è stata operata un'ulteriore varianza/deviazione standard<sup>15</sup>, dalla quale è emersa una maggiore coerenza nella media delle donne in relazione a quella degli uomini: rispettivamente con valori  $^2U=14,91$   $^2D=3,43$   $U= 3,86$   $D= 1,85$ .

### DISCUSSIONE

Tutti i questionari sono stati compilati da pazienti ricoverati nel reparto di Medicina Covid dell'ospedale San Paolo di Bari; nessuno ha evidenziato problematiche dal punto di vista clinico a seguito di questa valutazione e tutti, nei giorni successivi, sono stati inviati alla dimissione.

<sup>15</sup> calcolata tenendo in considerazione la Correzione di Bessel;



Alcuni sono stati assistiti, su loro richiesta, nella compilazione, mentre gli altri pazienti erano impossibilitati per vari motivi, soprattutto clinici, ad effettuare il test.

Per quanto riguarda i problemi fisici lamentati dai pazienti, non sorprende che i due sintomi più gettonati, siano stati i disturbi del sonno e la stanchezza. Bisogna tener presente, difatti, che i pazienti, chiusi in un ambiente isolato rispetto all'esterno, erano circondati da macchinari e monitors spesso rumorosi a causa dei continui allarmi emessi.

A questo punto il senso di fatica e stanchezza era sia primario, dovuto alla malattia, sia secondario per la difficoltà di avere un sonno tranquillo. Le altre problematiche più segnalate (naso chiuso e secchezza della cute/prurito ed il gonfiore) sono ascrivibili alla somministrazione continua di ossigeno; mentre la difficoltà nel

muoversi e la stipsi trovano spiegazione nell'allettamento prolungato.

Altri sintomi riportati con maggiore frequenza sono tipicamente dovuti all'infezione da Sars-Cov-2 (dolori, problemi respiratori, formicolii, etc). Solo in due casi (diarrea e problemi urinari), il sintomo è stato lamentato dagli uomini.

Per quanto riguarda i problemi emozionali, non sono state rilevate differenze significative tra i due sessi. La tristezza e la preoccupazione per le proprie condizioni di salute, ma anche la paura, sono stati i sintomi più rappresentati in un contesto nel quale non era infrequente veder morire altri degenti, spesso nella propria stanza; o nell'assistere a repentini peggioramenti delle condizioni cliniche in pazienti stabili fino a qualche attimo prima; o ancora, nel non trovare facilmente conforto negli altri ricoverati e nel personale medico e paramedico, essendo isolati e lontani dai propri congiunti.

---

A questo proposito, gli Psicologi, il personale medico e di comparto, impegnato nei reparti di degenza, hanno giocato un ruolo fondamentale nel mantenimento delle relazioni con l'esterno, facilitando giornalmente i contatti telefonici tra i ricoverati ed i familiari, grazie all'uso di cellulari e di tablets per comunicare in voce ed in video.

Questo è stato anche confermato dalla bassa percentuale di problemi relazionali riscontrato nei questionari nelle apposite voci.

Infine, sui dati ottenuti dalla misurazione del disagio emotivo va, innanzitutto, evidenziata una differenza significativa tra i due sessi, dove la percezione è stata sicuramente più alta negli uomini (30% al livello 8 negli uomini, contro il 29% al livello 3 delle donne); (*Figura 21*).

Si potrebbe ipotizzare che gli uomini abbiano vissuto l'esperienza Covid con maggiore paura e preoccupazione, sia in termini prognostici (ricordiamo la maggiore mortalità osservata negli uomini), sia per le implicazioni familiari e lavorative che la degenza comportava (mediamente di due settimane, salvo complicazioni).

Questa esperienza si è presentata come un'importante occasione per entrare in relazione con i pazienti, che hanno gradito molto il tempo a loro dedicato. Durante la degenza, interagivano prevalentemente con gli infermieri o gli operatori sociosanitari, mentre avevano poche occasioni di confronto con i medici.

La pandemia ha, pertanto, modificato la relazione medico-paziente: mentre di consueto le valutazioni cliniche avevano luogo tramite il contatto diretto col paziente, che veniva ispezionato, toccato e manovrato per la rilevazione dei parametri vitali e dei segni semeiologici ed obiettivi di malattia, durante la visita medica effettuata giornalmente in tutti i reparti ospedalieri; ora, in epoca Covid, abbiamo assistito ad una "*inversione semeiologica*", dove sono stati gli strumenti tec-

nologici a prendere, rilevare e mostrare i parametri clinici ed offrirli al medico o all'infermiere. Questo, però, ha avuto, come effetto collaterale, una netta riduzione del tempo trascorso vicino al paziente.

Un'altra fondamentale modifica alle normali dinamiche medico-paziente o personale paramedico-paziente, avvenuta in occasione della pandemia, consiste nel fatto che tutto il personale sanitario era accomunato dalla stessa bardatura protettiva, come abbiamo avuto modo di vedere innumerevoli volte tramite i media, televisione soprattutto. Questo comportava una oggettiva difficoltà, da parte dei degenti, nel riconoscere i ruoli e le persone che, di volta in volta, si avvicendavano a prestare le cure, nonostante i nomi fossero scritti a pennarello sulle tute e sulle visiere.

I degenti, quindi, si mostravano ben felici, in occasione della somministrazione dei questionari, sia per la maggiore attenzione dimostrata nei loro confronti, sia per un'occasione di maggiore vicinanza col proprio curante ed anche per l'opportunità di poter chiedere più informazioni sul proprio stato di salute.

Per l'operatore, tale dinamica rappresentava un intenso momento di condivisione emotiva ed empatica con il paziente e un efficace fattore terapeutico che entrava a far parte della cura del malato. Ciò motivato dal fatto che si percepiva una forte paura della morte, per cui la richiesta principale era quella di essere costantemente rassicurati. L'insufficienza respiratoria, difatti, si manifestava nel vissuto del paziente con la penosa e costante sensazione di mancanza d'aria, se non proprio di soffocamento, come avviene nelle forme più gravi.

Le stanze di degenza spesso hanno visto congiunti collocati in letti adiacenti, mentre i coniugi erano solitamente collocati in stanze separate, a seconda del sesso. Tale attenzione garantiva ai pazienti legati da vincoli parentali di confortarsi



reciprocamente, salvo essere spostati in caso di peggioramento di alcuni di essi. Alcuni pazienti in dimissione si sono lamentati delle carenze informative rispetto alla fase del rientro a casa, chiedendo maggiori indicazioni terapeutiche che purtroppo, ad oggi, non sono ancora disponibili, in quanto non c'è ancora un percorso terapeutico e riabilitativo ben definito.

Da parte dell'esaminatore il vissuto prevalente era, invece, di impotenza rispetto alla prognosi. Gli operatori vivevano il disagio di chiudere numerose cartelle cliniche a causa del decesso dei pazienti, piuttosto che per la dimissione degli stessi. Non dimentichiamo che si è registrata una mortalità del 20% circa, nei reparti di Medicina e Pneumologia Covid, con un picco di decessi nei reparti di terapia intensiva, che superava l'80% dei pazienti.

Questa esperienza ha portato gli Autori a ritenere che i vissuti emotivi dell'esperienza pandemica non siano stati ancora elaborati dalla popolazione e dal personale sanitario, con effetti psicologici e sociali ancora lontani dall'essere pienamente definiti. Pertanto, è ipotizzabile che nel prossimo futuro, si verificheranno vissuti collettivi di aggressività, scatenati da motivazioni apparentemente "futili", legati allo scarico pulsionale della paura, percepita prevalentemente nel periodo della chiusura. Inoltre, i repentini cambiamenti degli stili di vita e la destabilizzazione economica che ha colpito in modo significativo alcune fasce della popolazione, lasciano ipotizzare che l'elaborazione di questa sofferenza sarà lunga e necessiterà di un adeguato sostegno psicologico. In definitiva, è possibile ritenere che ad un contesto di vita che è mutato così velocemente, corrisponderà sul piano psicologico, il tentativo di adattarsi alla realtà o attraverso intensi stati depressivi o attraverso la rabbia e la paura.

## CONCLUSIONI

La recente pandemia da Sars-Cov-2 ha cambiato, dal gennaio 2020, le nostre vite ma soprattutto il nostro modo di approcciarci all'Altro. L'emergen-

za Covid ha sconvolto il mondo intero, sovraccaricando il sistema assistenziale, creando una crisi economica globale e imponendo drastici cambiamenti allo stile di vita, alla percezione di sé stessi, al senso stesso di libertà personale.

Tali cambiamenti hanno indotto ad un aumento esponenziale della sofferenza psicologica e all'insorgenza di diversi quadri clinici, soprattutto di natura trauma-correlati. Il confronto con queste esperienze di sofferenza ed impotenza obbliga ciascuno di noi ad interrogarsi sul vero significato della vita, mettendo in risalto tutte quelle risorse di cui siamo dotati e che, inevitabilmente, sfociano quasi sempre nella coesione e nell'impegno solidale.

Si fa pressante l'esigenza di un supporto psicologico, garantito dalla condivisione di efficaci strumenti di gestione dello stress vissuto dai pazienti ricoverati, che conduca a quella che potremmo definire "crescita post-traumatica", ovvero all'evoluzione positiva di processi psicologici che migliorano la percezione di sé, sia nelle relazioni interpersonali che nei progetti di vita.

Questi processi, garantiti solo da un supporto psicologico concreto che affronta con competenza le tante sofferenze derivanti dalla pandemia, si fondano sulla possibilità di trovare significato o valore all'esperienza traumatica, promuovendo vere e proprie occasioni di rinnovamento o rinascita personale.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Guerrini Usubini A. Cattivelli R., *Le conseguenze psicologiche del Covid a lungo termine (long covid)*- Istituto Auxologia Italiano Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano, Articolo del 24/12/2020, revisionato il 10/05/2021.
- Fengyi Hao, et al. 2020 *A quantitative and qualitative study on the neuropsychiatric sequelae of acutely ill covid 19 inpatients in isolation facilities*- Transl Psychiatry. 2020 Oct 19; 10(1):



355. Doi 10.1038/41398-020-01039-2)

- Stephanie V Rek., et all.,2021*Differential psychological response to the covid 19 pandemic in psychiatric inpatients compared to a non- clinical population from Germany- Eur Arc Psychiatry Clin Neurosc.* 2021 Jul 15.
- Hai-Xin Bo, et al.,2020- *Sintomi da stress post traumatico e atteggiamento nei confronti dei servizi di salute mentale di crisi tra i pazienti clinicamente stabili con Covid 19 in Cina* –Published online by Cambridge University Press: 27 March 2020.
- Cosimi S., -*Covid, gli effetti psicologici della pandemia: una persona su tre a rischio 20 febbraio 2021*–VF Benessere salute e prevenzione.
- Haoyu Pei.,2021- *A Qualitative Investigation of the Psychological Experiences of Covid 19 patients Receiving inpatient Care in isolation- Clin Nurs Res.*2021 Jun 19, 10547738211024807, Sage Journals.
- Yu-Fen Ma.,et all. *Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with covid 19- Journal of Affective Disorders* 2020- homepage: [www.elsevier.com/locate/jad](http://www.elsevier.com/locate/jad).
- Rapolla M. R.,-*Coronavirus e traumi psicologici: legami sociali, isolamento e disturbi a lungo termine*-17 dicembre 2020-Ricominciare-Fatebenefratelli.
- *National Institute of Health. Covid -19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19.* Bethesda, MD NIH; 2020.
- *World Health Organization. Clinical Management of Covid-19; Interim guidance 27 May 2020. Geneva, CH WHO; 2020.*
- Grassi, L., Holland, J. C., Johansen, C., et al. (2005) *Psychiatric concomitants of cancer, screening procedures, and training of health care professionals in oncology: the paradigms of psycho oncology in the psychiatric field.* *Advances in Psychiatry*, 2: 59-66.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W.S., et al. (2010)*Distress management.* *J Natl Compr Canc Netw*, 8:448-485.
- Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G. (1996) *Assessing Psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire.* *Oncology*, 53(4):295-302.

# L'OTTICA SISTEMICO RELAZIONALE NEI CONTESTI AZIENDALI

**Adriana Nardo**

Psicologa del lavoro, psicoterapeuta  
sistemico relazionale

**Alessandra Vitucci**

Psicologa clinica, psicoterapeuta  
sistemico relazionale

## INTRODUZIONE

Ogni sistema lavorativo è composto da più individui, ognuno con la propria storia personale e lavorativa, la propria personalità, la propria professionalità che si intrecciano con quella di tutti gli altri componenti del gruppo.

Molto spesso i gruppi di lavoro si definiscono famiglie: non c'è niente di più vero. Da terapie relazionali, infatti, troviamo sempre molte analogie con il funzionamento delle famiglie. Questa somiglianza però, talvolta, porta a creare con-fusione, l'azienda non è una famiglia! Dare consapevolezza di questo al gruppo di lavoro è uno dei primi obiettivi che ci poniamo poiché è un passaggio fondamentale per consentire l'evoluzione dell'intero sistema aziendale.

L'attività lavorativa occupa buona parte delle nostre giornate, rappresenta parte delle nostre gioie, successi, soddisfazioni ma anche dei nostri nervosismi, delusioni e, a volte, patologie. Aumentare la consapevolezza di quello che il lavoro rappresenta per se stessi, di quello che ognuno apporta e raccoglie dal contesto in cui opera ma soprattutto delle matrici relazionali con cui si rapporta, diventa importante per ogni lavoratore e dunque per l'intero sistema. La teoria sistemica, in un'ottica di circolarità, infatti, attribuisce un'importanza fondamentale al continuo rimando tra il particolare e l'universale (Baldascini, 2008). In effetti è facilmente intuibile che così come la crescita personale del lavoratore favorisca l'evoluzione del sistema, quest'ultima promuova la crescita dell'individuo. Seguendo l'ottica sistemica si è dedicata molta attenzione alla

storia dell'azienda e si è cercato di individuare gli aspetti che ne hanno favorito la crescita e un maggior benessere o, viceversa, quelli che hanno bloccato il sistema in una condizione disfunzionale. Non sappiamo mai dove il gruppo di lavoro si troverà alla fine del percorso ma nel corso del progetto costruiamo insieme lo scenario e l'evoluzione a cui si vuole tendere. In questo ci aiutano molto la mission e la vision aziendale, il "credo" che costituisce l'azienda e che va ben oltre l'obiettivo economico, le strategie commerciali e la traiettoria di mercato.

### RIASSUNTO

Nel presente articolo verrà descritto un progetto ripercorrendo le tappe di un percorso strutturato insieme ad una azienda assicuratrice barese di circa 50 dipendenti dislocati su 4 sedi. Verrà illustrata la teoria sistemico-relazionale e come

questa è stata applicata al contesto aziendale per rispondere alla domanda del committente di seguire un percorso di crescita che permettesse a tutti i dipendenti di sviluppare maggiore consapevolezza, di partecipare ad un progetto lavorativo comune che non avesse come core business solo la componente economica. Il processo di crescita che si ottiene in psicoterapia può sicuramente essere esteso ai gruppi di lavoro che non hanno "patologia" ma presentano comunque disfunzioni relazionali che se corrette, possono portare davvero ad una evoluzione infinita.

Di qui parte il progetto ancora oggi attivo in azienda dopo due anni di accompagnamento. Le attività svolte insieme sono attività di gruppo strutturate su misura e che non rappresentano mai l'obiettivo finale ma il mezzo per raggiungere il fine.





## PAROLE CHIAVE

Teamwork, consapevolezza, teoria sistemico relazionale, psicologia del lavoro.

## IL PROGETTO

*"Siamo tutti uomini e donne per bene ma potremo diventare esseri umani migliori, per lavorare a questo progetto dobbiamo farci aiutare, solo così se ogni singolo individuo evolve, evolve il gruppo, evolve il business"*; queste le parole del committente, Francesco Bovio (leader fondatore della società in oggetto), al nostro primo incontro.

## INQUADRAMENTO TEORICO

Come teoria di riferimento è stata utilizzata quella sistemico-relazionale. Sistema deriva dal greco *"synestanaí"*: porre insieme, avvicinarsi in maniera sistemica significa, infatti, non concentrarsi solo su quanto vogliamo osservare ma considerare le cose nel loro contesto e la natura delle loro relazioni. Significa comprendere tenendo conto dell'insieme di tutti gli elementi del sistema compreso l'osservatore, "il tutto è più della somma delle singole parti". Nell'ottica circolare, propria della teoria sistemica, i componenti di un insieme possono essere realmente compresi solo se si collegano i collegamenti significativi tra loro e il tutto (Baldaşcini, 2008).

Secondo il pensiero sistemico i sistemi non sono caratterizzati solo dalle specificità dei loro componenti ma anche dalla posizione occupata nell'insieme. Ogni componente di un sistema deve occupare una data posizione affinché il sistema funzioni. Questo pensiero applicato al sistema aziendale ci mostra come il singolo che contribuisce al gruppo di lavoro, restando nella sua posizione favorisce il buon funzionamento del "tutto". Concepire il gruppo di lavoro aziendale in maniera sistemica significa intenderlo come un insieme di elementi interconnessi tra di loro e con l'ambiente esterno tramite reciproche relazioni, comportandosi come un tutt'uno, secondo proprie regole generali (Bertalanffy, 1971).

Quando in un sistema lavorativo le posizioni assunte dai singoli differiscono da quelle dichiarate sull'organigramma, quasi sempre inconsapevolmente, si creano disfunzioni che non permettono di raggiungere l'obiettivo condiviso per cui il gruppo di lavoro esiste. Si pensi, ad esempio, alle situazioni nelle quali chi ha un ruolo dirigenziale "si sposta" cedendo la propria funzione decisionale ad altri. Ragionare in termini sistemici in azienda significa pensare al tutto come a una mente che sovrintende anche le azioni del singolo (Baldaşcini, 2008). La mente si può considerare come un evento grupppale formato da uno schema di relazioni che si sono con il tempo strutturate. Potremmo definire "mente aziendale" proprio la capacità del gruppo di dare senso agli accadimenti. Un'organizzazione lavorativa che tiene conto di questo riesce, dunque, ad organizzarsi fornendo le condizioni affinché il gruppo possa cooperare con l'apporto di ognuno, coordinati però da una mente aziendale che consente di attribuire la responsabilità del successo o dell'insuccesso all'intero sistema piuttosto che al singolo.

I concetti di ruolo e di responsabilità producono nell'individuo sensi di colpa o dinamiche proiettive di tipo accusatorio nella ingenua convinzione che gli accadimenti umani si possano spiegare attraverso catene lineari di causa effetto (Baldaşcini 2008).

Nel progetto che qui riportiamo una prima scelta in questa direzione è stata quella di abolire la gerarchia esistente, verticale e rigida, in favore di una che abbiamo definito *"gerarchia costellazione"*: sono state individuate figure di riferimento che potessero essere "diffusori" della filosofia aziendale, della sua mission e vision rendendo ogni dipendente parte consapevole del sistema e del progetto condiviso. In analogia con il concetto astrologico, abbiamo immaginato i "diffusori" come le stelle più grandi, che in virtù dell'esperienza lavorativa maturata, delle competenze consolidate e della spiccata ade-

---

renza ai valori aziendali, possano irradiare più luce nel sistema rendendo più luminosa l'intera costellazione.

Il focus di attenzione dell'approccio sistemico è sulle relazioni tra gli individui di un sistema, sulle relazioni tra più sistemi di appartenenza della persona e sulle sovrastrutture culturali e sociali, intese come contesti che contribuiscono alla creazione del significato (Boscolo, Bertrando, 1996; Ugazio, 1998; Visani & Solfaroli Camillocci, 2001). È quindi importante entrare nei sistemi aziendali in punta di piedi con un atteggiamento da consulente curioso che vuole conoscere questa fitta e profonda rete di relazioni senza alcun pregiudizio. Man mano che si entra nel sistema si inizia a conoscere l'organizzazione tacita e alle volte inconsapevole su cui il gruppo poggia, questo ci permette di conoscere l'equilibrio omeostatico del sistema. Questo tipo di equilibrio non è dichiarato, né ufficiale ma è quello umano-emotivo, invisibile, che regge il gruppo, anche in questo caso possiamo individuare dei "pazienti designati" e anche in questo caso, come per la famiglia, il sintomo di un individuo può essere considerato come il segno di una più ampia difficoltà del sistema. Il soggetto che porta il malessere lavorativo ci indica che qualcosa a livello grupale non funziona o sta funzionando mantenendo un equilibrio sì omeostatico ma disfunzionale al raggiungimento dell'obiettivo per cui il gruppo esiste.

È molto importante in questi casi non focalizzarsi sul malessere portato dall'individuo come un problema da risolvere, con il rischio di fomentare sentimenti di fallimento e inadeguatezza rispetto al sistema, ma è necessario intervenire su più livelli. Il malessere deve essere la porta d'accesso al sistema, accompagnando ogni componente a riconoscere quel malessere anche come proprio, alleggerendo il singolo e redistribuendo la responsabilità di ciò che accade in azienda a tutto il gruppo. In questo modo si favorisce la creazione di una mente sistemica di gruppo grazie alla

quale ogni componente, se accompagnato, può riconoscersi nei sentimenti dell'altro (Baldascini, 2008).

Come afferma Baldascini (1996) "il gruppo per ciascun membro, da un lato, funge da **prisma** che scompone la sua molteplicità e, dall'altro", fa da specchio restituendo, spesso amplificato, al singolo quanto egli sta proiettando sugli altri".

## OBIETTIVI

Il progetto si è concentrato su due macro-obiettivi.

Il primo obiettivo ha avuto un "focus interno" ossia quello di mantenere una protezione psico-sociale dell'intero sistema, attraverso promozione di:

- buone relazioni lavorative che tengano conto dell'invisibile fitta rete emotiva che le sostengono;
- Un buon clima organizzativo, solidale e rispettoso;
- Un alto livello di cooperazione;

Il secondo obiettivo ha invece mantenuto un "focus esterno" rispondendo al bisogno di riproduzione-propagazione (Baldascini, 2008) che mira invece a raggiungere gli obiettivi economici per cui l'azienda esiste, ma anche gli obiettivi di sostenibilità ambientale e sociale, basti guardare all'attenzione delle aziende al green, al gender balance, strategie che hanno come fine ultimo il miglioramento sociale e ambientale del nostro pianeta.

Per raggiungere questi obiettivi si è partiti da piccoli step iniziali, primo fra tutti quello di attivare un ponte relazionale (Baldascini, 2002) in grado di mettere in contatto due o più soggetti con una volontà di conoscenza, oltre il vincolo lavorativo, che potesse portare ad una evoluzione di questo legame. La conoscenza di sé e delle proprie emozioni che emergono nelle interazioni lavorative produce una consapevolezza tale da creare le basi per accogliere anche le emozioni



dei propri colleghi sviluppando una buona empatia utile, seppur in maniera indiretta, a produrre cooperazione e in seguito raggiungimento dell'obiettivo aziendale.

### METODOLOGIE

Si è deciso di stilare un calendario che prevedesse incontri quindicinali con i singoli gruppi che costituiscono i vari comparti lavorativi ed incontri quindicinali con i "diffusori" del sistema.

Benché siano state utilizzate diverse metodologie nei vari incontri, il loro comune denominatore era il rapporto con il "campo" (Lewin, 1951) di volta in volta, infatti, non venivano proposte attività preconfezionate come protocolli di incontri pro-

grammati ma ogni volta venivano scelte attività ad hoc accogliendo i suggerimenti dati dai bisogni latenti emergenti dal gruppo e dal modo di rapportarsi nel "qui e ora".

Per ogni incontro si è deciso di incontrarsi in spazi neutrali al di fuori dai locali aziendali e sempre disposti in cerchio, questo ci ha permesso di lasciare la location aziendale, che inevitabilmente riporta alle dinamiche di condotta lavorativa, per favorire il passaggio su altri piani. Il cerchio ha aiutato ad attivare la risonanza tra i vari individui del gruppo e ha permesso di abbassare le difese guardandosi negli occhi senza giudizi o pregiudizi.

Alcune delle metodologie utilizzate sono state il **brainstorming** (Osborn, A., 1953) su argomenti

---

che spontaneamente il gruppo proponeva, il **col-lage** (Arnheim, R., 2007) individuale per potersi presentare emotivamente al gruppo, il **circle time** (Brandani, F., Rizzardi, M., 2005), volto a favorire i rapporti "da persona a persona" (Bowen, 1979) riducendo l'utilizzo della triangolazione usata tipicamente nelle situazioni di tensione, la **drammatizzazione** (Bogliolo, 2012) impersonificando il collega e attivando l'empatia, sentendo l'emozione che prova l'altro, la **scultura** (Baldascini, L., Di Napoli, I., Rinaldi, L., Troiano, D., 2016) come attività per rappresentare una fotografia delle relazioni di ogni gruppo.

I gruppi di **ascolto attivo** (Gordon, 1994) hanno permesso uno scambio in un clima di non giudizio e di accoglienza dell'altro, delle sue difficoltà riconoscendo che potrebbero essere anche le proprie.

L'utilizzo del **feedback** (Goleman, D., 1996) ha aiutato a restituire consapevolezza circa la percezione dell'altro a lavoro grazie alle relazioni che si sono inevitabilmente create.

*"Come vedo me nella relazione con te?", "Come vedo te nella relazione con me?", "Come penso tu veda me nella relazione con te?", "Come penso tu veda te nella relazione con me?"* (Mosconi, 2008) sono state le domande che abbiamo stimolato per poter formulare feedback scritti ed orali che ogni individuo dello stesso comparto si è scambiato.

Il feedback si basa anche sul prendere in considerazione questi tipi di interrogativi che come aveva già enunciato Watzlawick (1967) nella 'Pragmatica della comunicazione' ci danno indicazioni su come costruiamo le premesse autoreferenziali di tutte le successive 'storie possibili' delle relazioni umane (Tirelli, M., Mosconi, A., Gonzo, M., 2016). Scambiarsi apertamente feedback su questo percepito ha consentito di costruire le basi per relazioni evolutive, di crescita, di miglioramento non solo personale ma anche di cooperazione lavorativa.

## RISULTATI

Il progetto ha permesso un ulteriore incremento della performance economica in termini di risultato grazie all'aderenza autentica di tutti i lavoratori alla mission e vision aziendale e, di conseguenza, alla maggiore motivazione al lavoro: si è registrata, infatti, una crescita economica del 15-25% tra i due anni di progetto nonostante il Covid-19. Ma anche un aumento delle sedi fisiche che ad oggi contano due nuove sedi sul territorio Barese di circa 2000 mq complessivi.

Si va consolidando, inoltre, un clima di cooperazione grazie alla consapevolezza individuale sul proprio ruolo in azienda. Possiamo parlare di un "cambio di postura" dei dipendenti, da passiva, che si lascia trascinare dal sistema, ad attiva ossia propositiva, che contribuisce, in maniera sempre più consapevole, al perseguimento degli obiettivi aziendali.

Il progetto fornisce costantemente all'azienda gli strumenti per poter lavorare bene insieme, avendo un impatto positivo sui loro dipendenti, sulle comunità su cui operano, sull'ambiente e su tutti gli stakeholders confermandosi una "B-corp" (bcorporation.eu).

Infine, il leader fondatore dell'azienda ha evidenziato come anche il fine rapporto lavorativo hanno assunto una diversa "postura", configurandosi sempre meno come licenziamento subito e più spesso come dimissione consegnata in maniera serena e scelta consapevole.

## CONCLUSIONI

Ogni individuo evolve attraverso la sperimentazione di nuove appartenenze entrando a far parte di nuovi gruppi secondari, di nuovi ambienti affettivi e socioantropologici, appartenenze che spingono ciascuno a continui nuovi rimandi ed evocazioni di senso rispetto all'idea di sé sedimentata in precedenza durante la propria storia di vita (Tirelli, M., Mosconi, A., Gonzo, M., 2016). Il progetto qui descritto ha avuto la duplice valenza di miglioramento lavorativo in termini di affezione al gruppo

aziendale, cooperazione, trasparenza nelle relazioni e quindi crescita ed evoluzione dell'intero sistema ma soprattutto inaspettatamente un'evoluzione nelle relazioni private raccontate dai partecipanti. I rimandi continui ricevuti grazie al gruppo di lavoro ha permesso a ogni individuo di estendere la crescita a tutti i contesti di riferimento con grande gratitudine da parte di ognuno.

## BIBLIOGRAFIA

- Arnheim, R. (2007), *L'immagine e le parole*, Mimesis, Milano.
- Baldascini, L. (1996), *Il gruppo in formazione: apprendimento e cambiamento*, *Terapia Familiare* 52;
- Baldascini, L. (2002), *Legami Terapeutici*, FrancoAngeli, Milano.
- Baldascini, L. (2008), *Adozione consapevole*, FrancoAngeli, Milano.
- Baldascini, L., Di Napoli, I., Rinaldi, L., Troiano, D., (a cura di), (2016), *La cura di sé in contesti terapeutici non convenzionali*, FrancoAngeli, Milano.
- Brandani, F., Rizzardi, M. (2005), *Circle time. Il gruppo della pratica educativa*, Editografia, Bologna.
- Bertalanffy Van, L. (1971), *Teoria generale dei sistemi*, ISEDI, Milano.
- Bogliolo, C., Capone, D., Puleggio, A. (2012), *Dalla scultura alla rappresentazione spaziale della famiglia. Trasmissione transgenerazionale, evocazioni, emozioni nella formazione e in psicoterapia*, Armando Editore, Roma.
- Boscolo L., Bertrando P. (1996), *Terapia sistemica Individuale*, Raffaello Cortina, Milano
- Bowen, M. (1979), *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma.
- Goleman, D. (1995), *L'intelligenza emotiva*, edizione 2018 a cura di Mondadori libri S.p.a., Milano.
- Gordon, T. (1994), *Genitori efficaci*, Molfetta, La Meridiana.
- Lewin, K. (1951), *Teorie e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Mosconi, A. (2008), "Terapia relazionale sistemica con l'individuo: il quadrilatero sistemico", in *Terapia Familiare*, n.20.
- Osborn, A.F., (1953), *Applied imagination: Principles and Procedures of Creative Problem Solving*, Charles Scribner's Sons, NewYork.
- Tirelli, M, Mosconi, A., Gonzo, M. (2016), *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo*, FrancoAngeli, Milano.
- Ugazio, V. (1998), *Storie permesse storie proibite, polarità semantiche familiari e psicopatologie*, Bollati Boringheieri, Torino.
- Visani E., Solfaroli Camillocci, D. (2001), *Identità e relazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.

## SITOGRAFIA

- [www.bcorporation.eu](http://www.bcorporation.eu)



# CRONACA DI UNA FINE ANNUNCIATA (PARTE SECONDA)

*La cosa più importante nella comunicazione è ascoltare ciò che non viene detto.*

**Peter Drucker** *"Il management, l'individuo e la società"*

*Qualsiasi via è solo una via, e non c'è nessun affronto a sé stessi o agli altri, nel cambiarla, se questo è ciò che il cuore ti dice di fare...*

*Esamina ogni via con accuratezza e ponderazione.*

*Provala tutte le volte che lo ritieni necessario.*

*Quindi poni a te stesso, e a te stesso soltanto, una domanda...*

*Questa via ha un cuore?*

*Se lo ha, la via è buona. Se non lo ha, non serve a niente.*

**Carlos Castaneda** *"The Teaching of Don Juan"*

## RIASSUNTO

L'articolo prende in esame lo sviluppo e la conclusione di una situazione clinica di una terapia di coppia affrontata secondo l'ottica sistemico-relazionale.

Analizza il percorso psicoterapico svolto che ha condotto alla consapevolezza del dolore che la fine di un matrimonio porta con sé. Descrive la

scoperta di una relazione di coppia, ormai dimenticata e logorata e in cui le identità di ciascun partner avevano prevalso su quel noi, mediante l'utilizzo del Protocollo Invariabile di Philippè Caillé.

## PAROLE CHIAVE

Psicoterapia sistemica familiare, lavoro d'équipe, supervisione.

**Daniela Teresa Zagaria**  
Psicologa, Psicoterapeuta,  
Didatta del Centro Studi di Terapia  
Familiare e Relazionale



La storia clinica che segue è il resoconto del lavoro psicoterapico condotto dall' equipè di cui fa parte anche l' autrice presso l'Istituto Change di Bari e supervisionato dal Prof. Luigi Cancrini, Rispettando le normative vigenti in materia di privacy, i nomi delle persone e dei luoghi riportati in questo scritto sono fittizi ed è stato modificato qualsiasi altro elemento che potrebbe far identificare i protagonisti di cui si parla.

## INTRODUZIONE

Quando Silvana si rivolge al Centro Clinico Change di Bari, la sua relazione coniugale vive un momento di crisi molto intenso che si protrae già da tempo. Le difficoltà espresse dalla donna e, poi, condivise dal marito riguardano il dolore profondo, agito e sommerso del loro amore che sembra essersi disperso a causa dei continui attacchi reciproci e incomprensioni divenute ormai pervasive di ogni aspetto della loro vita familiare.

La volontà di Giuliano di consentire alla moglie di poter vivere serenamente la terza gravidanza

era stato percepito da Silvana come un abbandono della vita familiare che poi l'aveva condotta, poco tempo dopo, ad avvicinarsi ad un altro uomo. La tristezza, la rabbia, il senso di colpa dell'una e d'impotenza dell'altro hanno portato entrambi ad avere orecchie sorde per ascoltare le sofferenze reciproche, dando vita ad abissi di silenzio che riecheggiano nelle stanze del loro cuore.

Il cortocircuito relazionale in cui erano immersi rischiava di spazzare via ogni legame tra loro e comportando scariche elettriche anche sotto l'occhio attento dei loro figli.

Dunque, l'equipè, una volta stabilito l'obiettivo terapeutico assieme alla coppia, ha dato voce alla loro autentica richiesta di aiuto: restare ancora insieme e rigenerare la loro relazione di coppia oppure percorrere sentieri di vita separati ma maggiormente sereni. Ecco il bivio su cui Silvana e Giuliano erano fermi con lo sguardo rivolto ad un orizzonte nuovo ed incerto.

---

Il protocollo di Caillè (2007) con le sculture fenomenologiche e mitiche, attraverso immagini e senza parole - parole ormai troppo logore per avere ancora senso -, ha permesso di rappresentare il problema di coppia e la loro unicità, come ognuno dei partner li vedeva. Sovrapporre i due punti di vista ha permesso di svelare l'intreccio della coppia: il loro *noi* sembrava essere solo una memoria antica ed era offuscato dall'*io* nuovo su cui ognuno di loro poneva la piena attenzione, mentre la percezione dell'altro era basata sugli occhi di chi guardava.

All'interno del percorso terapeutico, Silvana e Giuliano hanno scoperto la possibilità di concepirsi, narrarsi e rinarrarsi in forme differenti rispetto al passato, più evolutive, maturando nuove consapevolezze sulla loro relazione non prive di timore e sofferenza.

Il percorso terapeutico ha rimandato alle terapeute la sensazione di essere un conto alla rovescia segreto, una battaglia per continuare a restare affacciati sullo strapiombo delle cose che diventano sempre più piccole e lontane fino alla fine in cui il magico velo di Maya è stato sollevato e la verità più intima è divenuta finalmente dicibile.

### **LA FORMA DEL DOLORE: IL PROTOCOLLO INVARIABILE DI CAILLÈ**

Il protocollo di Caillè è un metodo che fa ampio ricorso a strumenti metaforici ed analogici, preferendo a movimenti terapeutici prescrittivi, o troppo direttivi, un processo terapeutico di strategie di cambiamento inteso come "costruzione a due" e come ricerca, condivisa tra terapeuta e coppia.

La metafora e l'analogia hanno il vantaggio di evocare e dare voce all'emozione più, consentendo così di sentire e afferrare l'essenziale inespreso: l'assoluto di coppia, il modello che guida i due partner senza che essi lo sappiano. «Per modificare in modo stabile il funzionamento del sistema, occorre modificare il suo modello fondante» (Cancrini L., Tartaglia E., Borello C., 2007, p. 56).

Il protocollo invariabile si articola in dieci sedute, alcune di coppia e altre in cui i colloqui individuali ma paralleli per ciascun partner.

Le sedute iniziali sono dedicate alle sculture fenomenologiche (statue viventi) e mitiche (quadri di sogno) che, attraverso immagini mute, rappresentano il problema e l'unicità della coppia, differenziandosi a seconda del singolo punto di vista. Inizialmente ciascun partner, plasmando come creta sé stesso e l'altro, mette in scena il problema della coppia: il modo di fare che si esplicita in cui si trattano l'una con l'altro nella realtà quotidiana, e spiega il comportamento personale come risposta a quello dell'altro. Le sculture successive, invece, rappresentano la natura e l'essenza della loro relazione e riproducendo l'aspetto unico, peculiare e specifico della loro relazione, ciò che rende la coppia originale e diversa da tutte le altre. Sovrapporre i due punti di vista permette di svelare l'intreccio della coppia e di cogliere le differenti interpunzioni che alimentano il processo circolare autorinforzantesi. Il contenuto delle statue viventi e dei quadri di sogno viene poi trattato durante la terapia, poiché diviene il punto di partenza per il cambiamento. Infatti, nelle successive sedute individuali e parallele, vengono prescritti dei compiti antiomeostatici in virtù sia del contenuto di entrambe le sculture e, soprattutto del vissuto emotivo che esse comportano, sia del bagaglio intergenerazionale che ogni partner porta con sé nell'incontro con l'altro.

Il percorso terapeutico poi, prosegue con sedute di coppia per comprendere lo stato emotivo di entrambi e le ragioni profonde che impediscono o facilitano i tentativi di cambiamento per la costituzione della nuova danza o, invece, per dare vita ad assoli individuali.

Lo scopo è rendere consapevoli i due partner che il cambiamento tanto desiderato e ambito implica un mutamento del mito fondatore - istituito nella relazione, ma che appare vitale per liberare la coppia dal dolore causato dalle sue interazioni rigide ed esperito nel qui ed ora; il fine

ultimo è ritrovare la capacità di scoprire nuove soluzioni. Compito dell' équipe è, dunque, essenzialmente quello di allargare il campo delle scelte possibili, accompagnando benevolmente i partner nella (ri) scoperta delle loro emozioni spesso indicibili, ma l'esito del percorso può condurli a trovare nuovi modi di stare insieme o a separarsi e, come ci ricorda Bateson (1976), sarà la coppia stessa a «diventare l'artefice della propria guarigione».

Durante l'incontro in cui spieghiamo il lavoro da fare, Silvana è inerme, col viso rigato da piccole lacrime. È incuriosita ma ha paura. L'espressione è mesta e le parole inciampano tra loro. Vive l'ambiguità tra il grido, ormai impossibile da sottacere, e le emozioni che accompagnano i suoi pensieri.

Giuliano appare più coraggioso: fa domande, alcune dipanate fino in fondo, altre titubanti e vaghe. Per un istante sembra dimenticare la rabbia e la tristezza, come non gli capitava da tempo.

### La statua vivente di Giuliano

Ad iniziare è Giuliano: Silvana è appoggiata allo schienale del letto, con le braccia incrociate e le gambe accavallate, mentre il suo sguardo teso e severo è perso nel vuoto; lui è seduto sul bordo opposto del letto, con la testa tra le mani. Ha un'aria triste e stanca. Quando la scena si anima, Giuliano solleva la testa e si volta verso Silvana con uno sguardo più rilassato. Lei sembra ricambiare, accennando un lieve sorriso e per qualche secondo i loro sguardi si incrociano, prima che lei distolga i suoi occhi guardando verso il basso.

Quale emozione hanno provato? Giuliano, in un primo momento, si è sentito disperato e solo, perché le cose tra loro non funzionano più, non riescono più a ritrovarsi, vede la moglie soffrire e desidererebbe lenire il suo dolore, ma non riesce più a comprendere i suoi bisogni; mentre, Silvana ha rabbia mista a sofferenza profonda, perché vorrebbe risolvere la situazione ma non tollera più gli atteggiamenti del marito, percepiti come non più autentici. Ma ad un tratto accade qualcosa. Quan-

do Giuliano si volta e incontra gli occhi di sua moglie, prova sollievo e serenità, ma lo smarrimento e la confusione invadono di nuovo il suo cuore nel momento in cui Silvana distoglie lo sguardo. La donna sa che quell'incrocio di sguardi non risolverà la situazione, che quel sorriso è l'ennesimo tentativo del marito di mettere a tacere quel dolore roboante. Così la donna si distacca, abbassando lo sguardo in segno di invocazione e rabbia. Teme ancora una volta, di ritrovarsi sola e dispersa.

Le terapeute hanno l'impressione che i coniugi siano, ormai, pentole a pressione da cui fuoriescono emozioni cariche di fumi. La collera e il dolore riempiono la stanza giungendo a me e dietro lo specchio, come fulmini. Qualcosa non combacia più tra di loro. Non si guardano più, non si ascoltano più e soprattutto si riconoscono a fatica. Sembrano corpi soli che hanno perso la loro anima.

### La statua vivente di Silvana

Silvana ci propone un'altra immagine: è giorno e sono in montagna; lei è in un angolo che guarda verso di lui con aria confusa e arrabbiata e le mani a mezz'aria come se volesse chiedergli: "Cosa vuoi?". Lui è salito su una roccia in alto, è in piedi, con la bocca chiusa, il braccio teso verso il basso che le indica di raggiungerlo; il suo sguardo è rivolto verso di lei in segno di comando. Quando la scena si anima, Giuliano scende e le sorride, lei si avvicina, ricambia il sorriso e gli prende la mano.

Quali le loro emozioni? Giuliano è addolorato e deliziato. Lacrime sincere gli riempiono il viso. Non sente i suoi abiti scelti, in un primo momento, dalla moglie. Silvana è arrabbiata e scocciata. Ad un certo punto, con il soffio di vita, entrambi sono più rilassati e sereni. Le loro mani si sfiorano e sentono per alcuni istanti i loro corpi sono pronti a scambiarsi calore. Sensazioni così spontanee riguardano in un tempo passato, per poi tramutarsi in pretese o doveri scervi di qualsiasi autenticità.

Le terapeute li osservano andar via conservando sensazioni in che vanno dall'ain bilico tra la speranza e alla rassegnazione.

---

### Il quadro di sogno di Giuliano

Ad iniziare, ancora una volta, è Giuliano: è una domenica mattina d'inizio estate e i due si trovano vicino a una cascata. Il cielo è libero e sereno. Il marito è un grande tronco a forma di arco che sovrasta il corso del fiume, mentre Silvana è l'edera che lo avvolge e lo abbellisce. Giuliano osserva le foglie cadere dall'alto. È sereno e fiero poiché l'edera lo arricchisce e lo rende più bello. La moglie, invece, fatica a trovare una dimensione che la soddisfi nell'essere edera. Si sente stretta e scomoda in questa posizione.

Quando la scena si anima, lui rimane immobile mentre l'edera si fa dondolare da un leggero venticello che rende le sue foglie ancor più instabili. Giuliano e Silvana, in questa visione onirica, si ritrovano incastrati in antiche posizioni: lui ha sentito un'atmosfera serena, colma di bellezza che l'attorniava; in Silvana, invece, un'angoscia profonda ha preso il sopravvento. Adirata, si domanda senza tregua: "Come mai devo essere l'edera e non il tronco o un altro tronco accanto a lui?". L'edera sembra non voler più lasciarsi cullare dal venticello sul quel tronco. Sembra cercare altro per se stessa perché percepisce quell'essenza come del tutto manchevole.

### Il quadro di sogno di Silvana

È un pomeriggio d'estate, Silvana e Giuliano sono in un bosco e il cielo cupo preannuncia l'arrivo di un temporale. Sono due scoiattoli e con lo sguardo impaurito guardano verso il cielo, dove le nubi si avviluppano tra loro. La paura fa tremare i loro piccoli corpi sempre più vicini: Giuliano sente questa vicinanza come l'invito di Silvana a proteggerla e a prendersi cura di lei, affrontando lui per primo il temporale; Silvana, pur richiedendola, ne avverte il pericolo. Ha timore di esserne sopraffatta.

Quando la scena si anima, i due scoiattoli si fanno sempre più vicini, con il cuore colmo di speranza. La speranza di poter mettere a punto nuove vicinanze e di ristabilire i confini senza dover ricorrere alla distanza, unico antidoto alla paura dell'aggressività.

---

### IL CONTROTRANSFERT E LA SUPERVISIONE

La storia di Silvana e Giuliano rappresenta per la terapeuta e per l'équipe del Centro clinico Change una delle prime terapie di coppia condotte a pochi mesi dal suo costituirsi, momento in cui la terapeuta svolgeva gli anni di formazione da allieva didatta che prevedevano incontri di supervisione mensili con il professor Cancrini. La supervisione è uno strumento formativo e lavorativo eccezionale, permette di superare le *impasse* e di avere *insight* risolutivi perché rappresenta un "terzo occhio" esperto e fuori dal sistema instaurato tra terapeuta/équipe e paziente (individuo, coppia, famiglia), in grado di analizzare il processo terapeutico. Attraverso la supervisione si apprende la professione in modo personalizzato, ampliando la propria cassetta degli attrezzi e, spesso, sciogliendo nodi personali.

Infatti, preparare il materiale da proporre in supervisione significa proiettarsi in una dimensione che consta di due ordini di riorganizzazione del pensiero, intimamente connessi tra loro: il primo riguarda la creazione di una storia comprensibile che riesca a descrivere il vissuto del paziente e il secondo è costituito da una riflessione sui movimenti del terapeuta in seduta, che rimandano alle sue vicende personali. Il terapeuta, il suo vissuto e la sua storia condizionano inevitabilmente l'andamento degli incontri. Infatti, come sostiene Matteo Selvini (2006), «sperimentandoci come terapeuti capiamo delle cose su di noi come persone e su come abbiamo vissuto e viviamo la nostra collocazione nelle relazioni passate e presenti. Continuamente ci confrontiamo con i nostri pazienti sperimentandoci come troppo uguali o troppo diversi».

La terapeuta è consapevole della diversità del percorso esistenziale della famiglia e della loro attuale fase di vita, tuttavia, le sue emozioni la inducono innanzitutto a provare maggior empatia con Silvana, figlia e moglie che ha seguito il tracciato prestabilito, prima dai genitori e poi dal marito, trovando poco spazio per esprimere la sua voce. Durante gli incontri, però, la terapeuta ha trovato somiglianze



nella generosità di Giuliano, nel suo prendersi cura della moglie in modo così accecato e soverchiante. A questi tiranti si aggiungeva il sentimento che il terapeuta può esperire di fronte ad una coppia e, in questa specifica situazione clinica, la terapeuta conservava la speranza che i coniugi potessero ritrovarsi, aiutandoli a trovare una nuova danza.

Dopo aver ascoltato l'esposizione della terapeuta con attenzione, il professor Cancrini sottolinea che l'équipe ha aiutato i coniugi a dare voce al loro dolore, guardando sia alla coppia che ai singoli e alle loro ferite, attivando al contempo le loro potenzialità e risorse. Occorre del tempo per capire cosa si è rotto, qual è il meccanismo che le ha fatte precipitare ma i due partner sembrano essere sulla strada giusta perché desiderano chiarirsi e venire a capo della loro situazione.

Poi, un prezioso suggerimento: le sculture mitiche della moglie sembrano rappresentare il suo desiderio di vicinanza e appartenenza di fronte al temporale più sperato che reale.

"Bisogna sempre tenere a mente il tema che i due coniugi portano in entrambe le sculture e fare spesso riferimenti ad esse. È evidente una discrasia tra le sculture fenomenologiche e quelle mitiche di Silvana. Le ultime possono aiutarti a prevedere l'esito più probabile del processo terapeutico". Come è accaduto più volte negli anni di formazione precedenti e successivi, ciò che sembrava complicato e nebuloso è stato reso nitido dalle poche semplici frasi del supervisore.

### CERCARSI MA NON TROVARSI PIÙ

La sala d'attesa è stranamente silenziosa e l'unico rumore è quello di una lieve brezza di fine estate. Ad attenderci, ci sono Silvana e Giuliano ancora abbronzati. Dopo il lavoro delle sculture, sui loro volti si scorge una ritrovata serenità: il periodo estivo è trascorso bene, senza grosse turbolenze. L'équipe ha offerto ai due coniugi uno spazio protetto in cui accogliere e dare voce e significato alle loro emozioni più profonde e laceranti. Una zona

bianca in cui esplorare i loro stili relazionali e cominciare a sperimentare alternative possibili.

Tuttavia, ben presto tale sensazione, più che di una serenità ritrovata, ha assunto le sembianze di una tregua momentanea.

Pertanto, il lavoro psicoterapico è proseguito, lavorando separatamente con i partner sul significato di queste sculture: entrambe raccontavano i reciproci sentimenti di rabbia della coppia, il loro sentirsi distanti, con il cuore colmo di tristezza e solitudine, per poi sfociare in continui attacchi inflessi e patiti.

Anche se da punti di vista diversi, il problema sembrava essere legato a una mancanza di fiducia e di comprensione verso l'altro, e un biasimo reciproco che ha generato solo malessere e tanta rabbia.

Silvana e Giuliano erano impegnati in un continuo scontro tra titani nel bel mezzo del loro campo di battaglia. Lacrime e sangue colavano dalle ferite profonde che uno infliggeva all'altra e viceversa.

Secondo Giuliano, non era lui l'artefice di quegli attacchi, anzi: la sua ferma dichiarazione è di aver sempre cercato di rendere Silvana felice e di ritrovare il loro antico e lontano amore, ma era lei a rifiutarlo e ciò provocava in lui scatti d'ira. Secondo Silvana, accadeva l'esatto contrario soprattutto se lei manifestava un suo parere discordante e non acconsentiva alle sue continue richieste.

Andando avanti nei colloqui, sempre individuali, le terapeute hanno ripercorso con entrambi i tentativi già fatti per cambiare il comportamento dell'altro che provocava una profonda sofferenza. Tutto sembrava congelarsi nell'aria.

Di fronte agli insuccessi, le terapeute hanno proposto loro di mettere in campo qualcosa di nuovo e di inedito, per vedere se questo avrebbe indotto un cambiamento, se sarebbe potuto diventare il primo passo di una nuova danza.

Giuliano ha cercato di cambiare il suo passo e di contenere la sua generosità – percepita da Silvana come invadenza e mancato riconoscimento –, mentre lei ha provato ad esprimere maggiormente i suoi bisogni e il suo volere. Lui ha tentato di sedersi di fianco alla moglie, togliendo le mani dalla testa e provando ad accogliere le emozioni di lei; mentre Silvana ha provato a non attendere più le tracce del sentiero segnate dal marito, bensì a camminare autonomamente, provando a prendergli la mano di tanto in tanto. Ed è in questo momento che per Silvana e Giuliano tutto appare troppo difficile: cosa stanno cercando? E cosa trovano accanto a sé?

La priorità per entrambi sembra chiara: lottare per il riconoscimento e l'affermazione del proprio sé a discapito dell'unicità della coppia. I bisogni emotivi di ognuno non sembravano più convergere nello sguardo dell'altro, sguardo che, anzi, ha tentato di rivestire l'altro di abiti troppo stretti e difficili da indossare. Silvana e Giuliano, per lungo tempo e in virtù del loro amore, avevano mandato giù tutto: il dolore, i vecchi rancori, le occasioni mancate, la disperazione e le offese. Ma ora sembravano arroccati nell'incomunicabilità del proprio baluardo, con porte e finestre sigillate.

Una volta compreso questo, Silvana ha espresso l'esigenza di fermarsi perché, forse, in quel momento specifico non sentiva di voler scoperciare ancor più il vaso di Pandora. Silvana ha sentito nuove consapevolezza agitarsi nella sua mente e nel suo cuore, eppure ancora sigillate dentro di lei; Giuliano ha dato voce al suo senso di incredulità, pur assecondando sua moglie in questa faticosa decisione. Lo spazio di terapia ha rappresentato una terra di mezzo, gettando un occhio di buie sulle zone d'ombra della coppia e permettendo di acquisire nuove sfumature individuali, impensabili fino a poco tempo fa.

L'équipe si è spesso chiesta se ci fossero ragioni più profonde e antiche a impedire un cambiamento in questa situazione. Ripensando così alle seconde sculture, quelle in cui la coppia ha rappresentato ciò che la rendeva unica e irripetibile, le terapeute si sono domandate quanto l'essere tronco di Giuliano richiamasse alla mente suoi antichi bisogni che si sono ben incastrati con quelli di Silvana (di allora) di essere edera? E quanto il desiderio di vicinanza e appartenenza di lei di fronte al temporale fosse più sperato che reale?





E su queste note che termina questo lungo viaggio, con il suo carico di dolore, amarezze ma anche di nuove emozioni e consapevolezza, che fanno ancora paura per poter essere agite e percorse. Una decisione che può apparire di primo acchito drastica, ma che cela bagliori di luce.

### FOLLOW UP, UN NUOVO VIAGGIO

È passato un anno e mezzo dal nostro ultimo incontro. Le terapeute hanno pensato molte volte al momento in cui avrebbero risentito Silvana e Giuliano, fantasticando sui mille scenari che potevano essersi aperti e chiusi sulle loro vite. Conservavano segretamente il timore di scoprire quali traiettorie avessero disegnato e c'era un solo modo per fugare ogni dubbio. Chiederlo a loro.

Silvana ha risposto subito e il tono della sua voce ha espresso sfumature chiare e definite. Ha raccontato che molte cose sono cambiate nella loro vita: a breve distanza dall'ultimo incontro, ha deciso di farsi coraggio e vincere la paura. Ha parlato con Giuliano e, tra le lacrime e i singhiozzi, gli ha comunicato che voleva porre fine a quel tormento. Non alberga più dentro di lei la tentazione di tornare indietro e chiamare casa e amore i luoghi abituali. Non intravede più altra via d'uscita e desidera una nuova vita per sé stessa, per lui e per i loro figli. Il marito, dopo i primi tentennamenti misti a smarrimento, ha accolto la richiesta di Silvana. Sono due soldati che stanno deponendo le armi. Quando si è feriti ci si può continuare a mordere ferocemente, mossi da frustrazione, impotenza e rabbia, oppure ci si lascia attraversare dal dolore. Silvana e Giuliano, ora, hanno scelto di lasciarsi andare, di non continuare a combattere una guerra che non aveva nessun vincitore ma soltanto due vinti.

A distanza di qualche settimana l'hanno comunicato insieme ai tre figli: Giorgia, con la compostezza che l'ha sempre contraddistinta, non ha emesso alcun gemito. Ha solo ascoltato in silenzio e annuito. Gabriele è inciampato tra domande che sembrano disperdersi nell'aria, confuso e smarrito. In preda alla paura. Elisa ha cercato

riparo tra le braccia della madre, piangendo. I genitori, accarezzando le lacrime dei loro figli, avevano lo sguardo obliquo come il loro cuore per nulla esitante, senza esprimere alcun tremore, nessuna crepa tra loro in questa decisione.

I mesi sono passati velocemente, e così si sono avvicinati i giorni del distacco. Giuliano si è trasferito poco distante, Silvana è rimasta con i ragazzi, nella casa di famiglia. I giovani animi si sono pian piano placati, anche grazie al sostegno caloroso dei genitori: sempre a fianco per il bene dei figli. L'amore ha lasciato spazio all'affetto, al legame antico e profondo che lega quest'uomo a questa donna. Seppur tortuosa, questa strada sembra essere divenuta la più "sana" per tutti.

### BIBLIOGRAFIA

- Caillé P., *La coppia, questa sconosciuta e la sua domanda*, Psicobiettivo, 1993;
- Caillé P., *Uno più uno fanno tre. Quale psicoterapia per la coppia di oggi*, Roma, Armando Editore, 2007.
- Cancrini L., *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, Roma, Carocci Editore, 2008.
- Cancrini L., La Rosa C., *Il vaso di pandora*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 2010.
- Cancrini L., Tartaglia E., Borello C., *Sculture di sogno e destino della coppia: attendibilità di una previsione fatta all'inizio del lavoro psicoterapeutico*, Ecologia della mente, numero 2, anno 1997.
- Colacicco F., *La ruota che stride. Meccanismi di difesa e trattamento psicoterapeutico*, Ecologia della mente, numero 29, 2006.
- Ghezzi D., *La terapia con le coppie. Un protocollo consolidato*, Terapia familiare numero 74, Milano, Franco Angeli, 2004.
- Selvini M., *Controtransfert e risonanze nelle sedute individuali e nelle sedute familiari*, Relazione al convegno di Salice Terme, 2006.
- Scabini E., Cigoli V., *Il famigliare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Schopenhauer A., *Sulla felicità e sul dolore*, Rizzoli, Milano, 2008.

# LO PSICOLOGO NEL REPARTO COVID

## ASPETTI PSICOLOGICI DELL'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA NEI REPARTI COVID. IL RUOLO DELLO PSICOLOGO.

### RIASSUNTO

Nel contributo l'autore descrive l'esperienza come psicologo presso i reparti ospedalieri covid durante il periodo della pandemia da coronavirus SARS-COV-2 (covid-19).

L'autore dopo una breve descrizione del funzionamento di un reparto covid, necessaria a delineare il contesto nel quale lo psicologo si ritrova ad operare, descrive gli stati mentali degli attori principali: i pazienti, i familiari dei degenti (caregivers) e gli operatori sanitari. L'articolo descrive

anche le principali dinamiche relazionali tra questi gruppi e in particolare la conflittualità che può nascere a causa di una cattiva comunicazione tra operatori sanitari e famiglie quando il paziente è costretto all'isolamento e il caregiver è impossibilitato a vederlo. L'esito dell'osservazione psicologica permette di iniziare a delineare alcune metodologie della prassi operativa dello psicologo ospedaliero in questi reparti particolari. Lo psicologo può intervenire in vari modi con il sostegno ai pazienti, ai caregivers e agli operatori sanitari.

#### **Novella De Angelis**

Dirigente psicologo ASL TA Unità Operativa di Psicologia Clinica Area ospedaliera P.O. San Marco Grottaglie

#### **Dora Chiloiro**

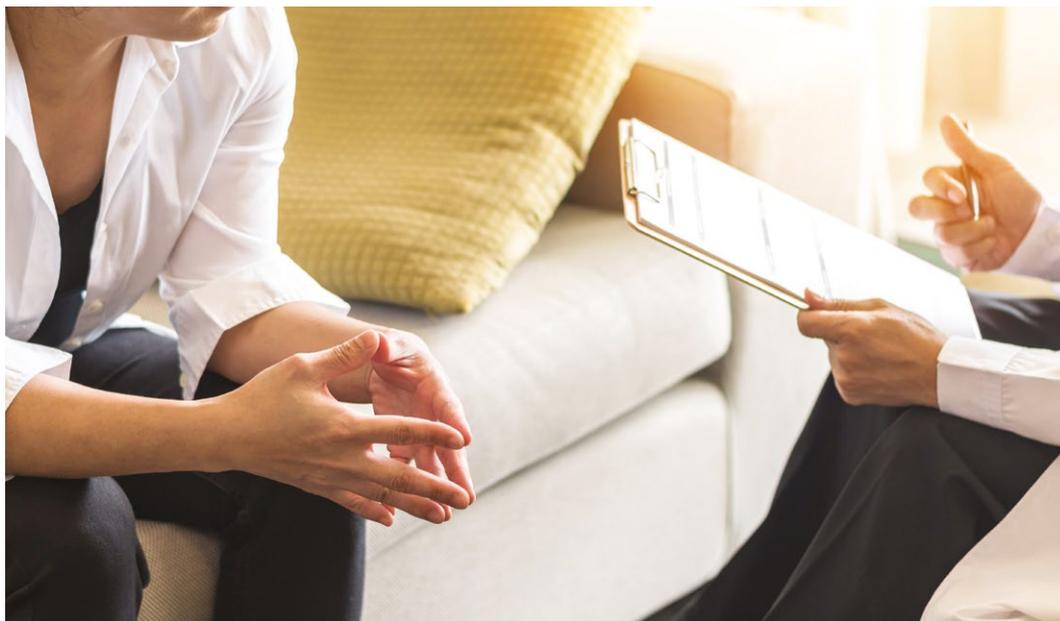
Dirigente psicologo responsabile Unità Operativa di Psicologia Clinica ASL TA

#### **Anna Rita Desantis**

Dirigente medico referente direzione medica P.O. San Marco Grottaglie

#### **Maria Nacci**

Direttore DSM ASL TA



### PAROLE CHIAVI

Covid-19, psicologia ospedaliera, pazienti covid, reparto covid, caregiver, sostegno psicologico.

### INTRODUZIONE

Il presente contributo nasce dopo un periodo di alcuni mesi di operatività presso i reparti covid, ed è il sunto di osservazioni psicologico-cliniche e di interventi psicologici effettuati con i degenti, con i familiari e con il personale sanitario che a vario titolo opera nei reparti covid: medici, infermieri, fisioterapisti, oss. Per cogliere gli aspetti psicologici dell'organizzazione ospedaliera di questa tipologia di reparti è necessario effettuarne una descrizione, utile anche a conoscere una specifica terminologia che è nata con questi reparti e che caratterizza la narrazione dell'esperienza. Ad un reparto si accede da un "percorso covid", che è diverso dal percorso che normalmente si compirebbe per giungere in quella zona dell'ospedale e ha la finalità di evitare che persone presenti in ospedale per i motivi più svariati transitino nel covid. Il reparto è preannunciato con cartelli e scritte "zona covid", "reparto covid" che segna-

lano il divieto di avvicinamento o di transito se non si è operatori addetti. Entrati "nel covid" c'è una zona detta "pulita" o "bianca" dove sostano gli operatori tra un turno e l'altro, dove i medici si consultano e compilano cartelle e dove ci sono i telefoni per le comunicazioni tra i medici e i familiari. In questa zona ci sono dei monitor che permettono di osservare h24 i degenti. In questa sezione si sosta con le classiche divise ospedaliere e con i comuni dispositivi anticontagio (mascherine). Da questa zona si accede con un sistema di porte comunicanti in un "filtro in ingresso": cioè uno spazio nel quale ci sono tutti i dispositivi che abbiamo imparato a conoscere nell'ultimo anno (mascherine, visiere, cuffie, guanti, tute, calzari, caschi, disinfettanti vari). Qui ci sono anche uno o più specchi utili per la "vestizione": una serie di manovre in sequenza ordinata (che si apprende effettuando un corso di formazione mirato) al termine del quale l'operatore è completamente bardato lasciando scoperti solo gli occhi. Solo da questa zona filtro si può accedere alla "zona rossa" o "zona sporca" in quanto contaminata, dove sono ricoverati i pazienti.

---

Al termine del servizio, per uscire dalla zona rossa si transita in un filtro in uscita, dove l'operatore esegue una serie di manovre in sequenza (sempre apprese dal corso di formazione) per effettuare la "svestizione", molto più complessa e difficoltosa della vestizione, perchè i dispositivi sono contaminati ed è quindi elevato il rischio di contagio a causa di una manovra errata. Spesso per questo motivo, in questa zona gli operatori usano spruzzarsi con il cloro per decontaminare i dispositivi, prima di avviare la svestizione. Tutti gli operatori che a qualsiasi titolo devono entrare ed uscire dalla zona rossa devono eseguire le procedure di vestizione e svestizione nel filtro.

Entrare ed uscire dalla zona rossa quindi è come andare in immersione e riemergere da un luogo altro....un luogo ISOLATO.

### **IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE PER LE FAMIGLIE**

La gestione sanitaria della pandemia da covid-19 negli ospedali, ha costretto le aziende sanitarie ad adottare misure di isolamento dei pazienti ricoverati. In genere non è possibile per i caregivers essere vicini al congiunto durante l'ospedalizzazione. L'organizzazione descritta rende infatti davvero complicato e rischioso l'accesso dei familiari nei reparti covid.

Purtroppo però questo non è esente da importanti implicazioni psicologiche.

La vicinanza al congiunto che soffre, che non sta bene, o al congiunto nell'ultima fase della vita è una necessità psicologica del malato e dei suoi familiari e ed è anche un aspetto della nostra cultura. La vicinanza fisica e il contatto oculare sono gli elementi principali che consentono di avere una cognizione dello stato di salute del proprio caro. Nei reparti covid questi aspetti vengono meno, la presa di coscienza è mediata dal personale che (solo telefonicamente) può dare informazioni sullo stato di salute. Questo genere di comunicazione non è sufficiente a prendere coscienza dello stato del parente, soprattutto nei casi in cui il paziente non sia nelle condizioni di interagire autonomamente con il caregiver a causa della gravità delle

condizioni cliniche o dell'età avanzata che rende ostico l'utilizzo della tecnologia (cellulari e tablet).

Che la persona muoia a casa "circondato dall'affetto dei propri cari", come teniamo molto ad evidenziare sui manifesti mortuari, che la salma venga vestita per un'ultima volta, che la famiglia scelga l'abito per il viaggio, è un bisogno psicologico utile all'accettazione della perdita per il familiare e per il morente ad un trapasso il più sereno possibile.

Dunque l'isolamento della persona che soffre, l'impedimento ad essere presenti anche durante il momento del trapasso rappresentano per malato e familiare un evento altamente stressante ed emotivamente molto doloroso a volte chiaramente traumatico. Il familiare "infetto" viene portato via dall'ambulanza, da uomini completamente coperti. Per molte ore, a volte per giorni i familiari non hanno notizie (tra sosta al pronto soccorso, sistemazione nel reparto ecc). Sono al corrente che il congiunto è in difficoltà respiratoria. Vengono aggiornati in caso di aggravamento. Spesso non lo rivedranno mai più. I vissuti di ansia e di angoscia, ma anche il senso di impotenza, la rabbia per un sistema percepito come ostile e disumano, la preoccupazione ansiosa sono gli stati emotivi più frequenti sperimentati dai familiari a casa. Nel caso si verifichi il decesso in ospedale i familiari sperimentano: senso di colpa per aver chiamato il 118, disperazione. A volte il caregiver ha piccoli scompensi psicopatologici, vere e proprie ideazioni paranoiche: "lo hanno ammazzato", "stava bene quando è andato via e ora è morto da solo", "lo hanno gettato nella spazzatura, come un rifiuto".

A questo proposito occorre una breve descrizione delle procedure previste per il trattamento delle salme decedute per covid. La salma, dopo la constatazione del decesso viene chiusa, in un sacco apposito dotato di cerniera, onde evitare contagi. Viene quindi gestita da un servizio funebre senza che il familiare abbia la possibilità di vestirla o vederla. La famiglia può quindi svolgere il funerale.



Mancando il contatto oculare e nonostante i contatti telefonici con il personale, non c'è una percezione stabile e continuativa delle condizioni del parente. Si creano buchi percettivi. Il caregiver ricorda il parente come l'ha visto l'ultima volta, non come gli dicono telefonicamente i medici. La rappresentazione mentale del parente è quella dell'ultima volta che lo ha visto, non si spiega l'aggravamento, la crisi respiratoria, la sindrome da ospedalizzazione, lo scompenso cognitivo. Lo rivede chiuso nel sacco in una bara. Allo stesso modo al contrario: se il familiare è stato portato via in condizioni molto gravi e grazie alle cure migliora, spesso il caregiver resta molto ansioso, sospettoso, nonostante gli venga detto ripetutamente che il paziente sta meglio, la sua ansia non si placa.

Lo psicologo ha il ruolo fondamentale di curare la comunicazione con la famiglia e di sostenerla. Gli interventi di sostegno psicologico ai caregivers (preferibilmente in presenza, ma se non è possibile anche telefonicamente o in videocall) attutiscono l'impatto traumatico dell'evento. Conciliano con la struttura ospedaliera, favorendo in diversi modi, la comunicazione tra il personale medico e la famiglia favorendo una più obiettiva percezione degli eventi e l'accettazione dello stato di salute del parente.

Lo psicologo si propone come mediatore tra la famiglia e il personale medico. Spesso tra la famiglia del paziente e il personale si attivano circoli viziosi interpersonali disfunzionali causati da una cattiva comunicazione: il caregiver in ansia per il proprio caro valuta le informazioni che riceve dal medico come insufficienti, o parziali, o contraddittorie rispetto a quanto sentito da un altro operatore o dal parente ricoverato. Il caregiver che riceve la telefonata dal medico che gli comunica l'aggravamento del parente e che non può recarsi a verificare con i propri occhi, aumenta le pressioni sul personale: telefonate, richieste di chiarimenti, richieste di informazioni anche da parte di gente mobilitata dalla famiglia (conoscenti dell'ambiente) a volte

velate minacce rivolte al personale ("mio figlio è un avvocato!!!"). Il personale sottoposto a queste pressioni sperimenta a sua volta ansia, irritazione e se non consapevole, può attivare meccanismi di chiusura difensiva nei confronti della famiglia ritenuta "scoccante" a volte "minacciosa". Questi atteggiamenti da parte del personale incrementano l'ansia del caregiver, il risentimento, a volte l'ideazione paranoica. Questi circuiti possono degenerare in conflitti con il personale accusato di aver mancato in qualcosa nell'assistenza al paziente.

Lo psicologo utilizza una comunicazione più mirata alle esigenze del caregivers, lo psicologo empatizza con l'angoscia del familiare, e aiuta il familiare ad empatizzare con la fatica e l'angoscia degli operatori sanitari. Comprende i tempi dell'accettazione di una comunicazione telefonica di "improvviso aggravamento" o di "aspettatevi anche il peggio", sostiene il processo del lutto. E il suo ruolo procede così anche nel post-covid.

Il sostegno psicologico è fondamentale anche nella fase post decesso per aiutare l'elaborazione del lutto.

Quest'ultimo intervento ha anche un'importante valenza etica: la struttura sanitaria per il tramite dello psicologo, riconosce il dolore delle famiglie e se ne fa carico. La famiglia sperimenta il fronte comune che la accomuna con gli operatori sanitari: la lotta al covid.

*"...famiglia vuol dire che nessuno viene abbandonato o dimenticato"*

### ASPETTI PSICOLOGICI DEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI PER COVID

I pazienti che vengono ricoverati "nel covid", sperimentano un fortissimo vissuto di isolamento, solitudine e abbandono. Gli stati emotivi reattivi sono la tristezza, l'ansia, la paura. Lo sradicamento dal proprio contesto familiare (che nei pazienti molto anziani determina anche uno scompenso cognitivo), la percezione dell'aggravamento delle proprio con-



dizioni cliniche, la consapevolezza della morte che si avvicina nella solitudine più totale, le crisi respiratorie, oppure stare meglio, ma anche assistere al decesso in solitudine dei propri compagni di stanza, sono tutti eventi che possono rappresentare veri e propri traumi per il paziente. La relazione prolungata con persone “bardate come astronauti” e nelle stanze con un solo letto, la mancata percezione del volto umano nella sua completezza, per molte settimane a volte per mesi facilita le dissociazioni soprattutto nei pazienti molto anziani o, se già affetti da demenza, aggrava il deterioramento cognitivo o è da stimolo per l’ esordio di disturbi del comportamento. Altrettanto traumatica è la difficoltà (a volte vera e propria impossibilità) a comunicare autonomamente con i dispositivi con la famiglia. Bisogna attendere la disponibilità di un operatore per una videochiamata o anche una semplice telefonata. La comunicazione verbale è in ogni caso ridotta, anche tra il personale, perché i dispositivi di protezione indossati dagli operatori attutiscono i suoni

in ingresso e in uscita, se poi il paziente ha bisogno dell’ossigeno (come la gran parte dei ricoverati per covid) deve indossare maschere di vario tipo: reservoir, cpap, ecc. e la comunicazione verbale risulta estremamente difficoltosa, a volte impossibile.

La tipologia di intervento dello psicologo varia a secondo delle condizioni cliniche del paziente: in particolare la maggiore o minore autonomia respiratoria influisce sulla possibilità di sostenere un colloquio psicologico classico. Il setting dell’intervento psicologico in un reparto covid è diverso da un setting psicologico classico: lo psicologo è in piedi, con tutti i dispositivi, il tono di voce deve essere elevato, il paziente spesso ha la maschera d’ossigeno. Quindi il colloquio deve essere breve, conciso, avere un solo obiettivo ben definito.

Spesso è impossibile sostenere un colloquio psicologico: in questi casi è utile un intervento con tecniche di rilassamento/visualizzazione che, in-



ducendo uno stato di calma, favoriscono la riduzione dell'ansia, con esiti clinicamente osservabili perché l'ansia influisce negativamente sulla saturazione.

Le tecniche di rilassamento possono essere utilizzate anche per favorire la compliance all'utilizzo delle maschere respiratorie più invasive, spesso mal tollerate dai pazienti, che reagiscono con crisi di ansia o veri e propri attacchi di panico.

Lo psicologo inoltre, può agevolare la comunicazione tra il paziente e la famiglia, quando il pz non è autonomo nell'utilizzo del telefono, può con videochiamate mostrare il paziente ai suoi familiari, questo favorisce la presa di coscienza e l'accettazione delle condizioni cliniche del parente in assenza della possibilità di fargli visita.

Infine lo psicologo, in assenza del familiare di riferimento, può essere vicino al morente.

È fondamentale anche il sostegno psicologico "nel post-covid" per sostenere l'elaborazione de-

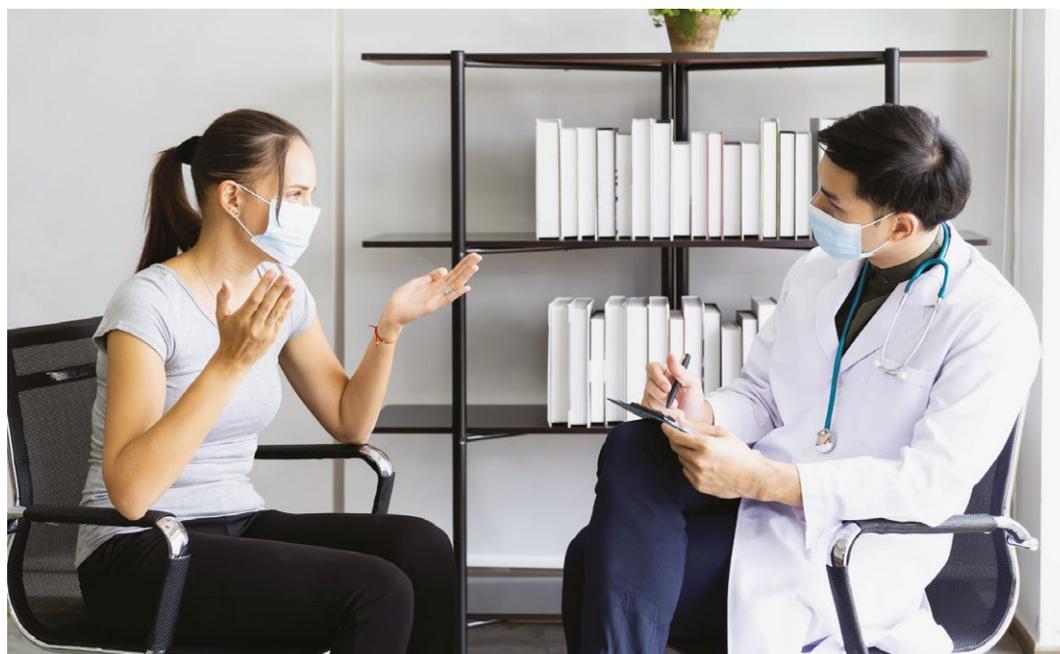
gli aspetti traumatici dell'esperienza di ospedalizzazione per covid.

*....e poi uscimmo a riveder le stelle...*

### **IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE PER IL PERSONALE SANITARIO**

Il personale sanitario impegnato nei reparti covid sperimenta un importante sovraccarico emotivo: in primo luogo i dispositivi ingombranti limitano i movimenti del corpo e il campo visivo, impedendo anche la normale fisiologia. A titolo di esempio: non è possibile mentre si è operativi nel covid andare nel bagno, perché occorrerebbe svestirsi e uscire dal reparto dove si è di turno in quel momento. Spesso sotto la tuta o la visiera si suda molto, soprattutto nelle fasi di elevata operatività, e non possibile asciugare il sudore o strofinarsi gli occhi. Questo determina disagio, tensione emotiva, frustrazione, irritazione.

Nella zona rossa l'atmosfera è di essere in uno spazio a parte, come appunto astronauti che in-



---

teragiscono con gli unici esseri “svestiti” “inermi” e allo stesso tempo pericolosi in quanto infetti: i pazienti. È un mondo molto faticoso fatto di poche parole, di un linguaggio limitato e di molti sguardi. La difficoltà a comunicare con il paziente a causa dei dispositivi di protezione e delle maschere respiratorie, l’essere testimoni impotenti della sofferenza fisica e psicologica del paziente e spesso purtroppo del suo improvviso aggravamento e del decesso in totale solitudine, sono eventi vissuti con un profondissimo senso di impotenza, di inefficacia personale e di inutilità del proprio operato.

Anche il trattamento della salma dopo il decesso è fonte di profondo stress emotivo. Le procedure, che prevedono anche il prelievo di una ciocca di capelli (ai fini di un’eventuale necessità futura di riconoscimento tramite DNA), la sanificazione della salma, la chiusura nel sacco sono vissute con profondo senso di angoscia.

A volte queste esperienze non elaborate sfociano in una sintomatologia ansioso-depressiva e in casi più gravi in DPTS.

Il ruolo dello psicologo con il personale sanitario impegnato nei reparti covid è indispensabile.

Il sostegno può essere di gruppo o con colloqui individuali. Individualmente è anche utile proporre rapide attività di debriefing o di mindfulness prima della vestizione o all’uscita dopo la svestizione. Al gruppo in attesa del cambio turno è utile proporre incontri di psicoeducazione sullo stress, o insegnare rapidi esercizi di rilassamento, che gli operatori potranno svolgere quando ne avvertono la necessità.

Gli obiettivi degli interventi con gli operatori sono: prendere coscienza dei livelli interni di stress emotivo, normalizzare i vissuti, abbassare i livelli di tensione emotiva, sostenere il processo di elaborazione degli accadimenti traumatici (aggravamento improvviso del paziente, decessi dei pazienti, trattamento delle salme) attraverso la narrazione. Questi interventi hanno anche

la finalità di prevenire l’esordio di sintomi ansioso-depressivi dell’operatore, rafforzare la coesione del gruppo di lavoro per un’operatività più efficace in termini emotivi e di relazione con il paziente.

Altri obiettivi dell’intervento psicologico con gli operatori sono: favorire la corretta comunicazione con il paziente e con i suoi familiari, attraverso la comprensione dei circoli viziosi interpersonali che possono innescarsi con le famiglie.

È importante anche sostenere gli operatori nella gestione dell’esperienza covid nel proprio nucleo familiare e nel contesto relazionale di riferimento esterno all’ospedale: molti operatori hanno paura di contagiarsi e di portare il virus in casa. Oppure lamentano la scarsa empatia nei loro confronti da parte dei propri familiari che non comprendono il sovraccarico emotivo dell’operatività nel covid. A volte si sentono discriminati, messi da parte nella cerchia amicale perché potenzialmente contagiosi. I vissuti sono il disorientamento, la tristezza, la rabbia, la paura, il senso di isolamento.

All’interno della cornice del sostegno psicologico l’operatore può elaborare i complessi vissuti emotivi legati all’esperienza nel covid, recuperare la motivazione nel proprio impegno lavorativo e ridefinire gli obiettivi psicologici.

*“...perché sei un essere speciale e io avrò cura di te...”*

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Centro di documentazione per la promozione della salute Regione Piemonte (DORS), 2020 “La salute mentale degli operatori sanitari durante e dopo la pandemia da covid 19. Evidenze e linee guida per gli interventi di supporto psicologico e psicosociale”
- O.M.S., (2011) “primo soccorso psicologico. Manuale per operatori sul campo”
- Sanità e Salute 4.0, (2020). Monografia “Il sostegno psicologico nell’emergenza covid-19. Esperienze di Asl e comuni”



# ALLA SCOPERTA E RI-SCOPERTA DELLE EMOZIONI

LABORATORIO ESPERIENZIALE

PRESSO CENTRO DIURNO  
SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVO

*Non si vede bene che col cuore.*

*L'essenziale è invisibile agli occhi*

**Antoine de Saint-Exupéry**

## RIASSUNTO

Negli ultimi anni enormi progressi sono stati prodotti nell'ambito dell'educazione emotiva. La letteratura si è notevolmente ampliata e gli interventi oggi disponibili sono numerosi ed eterogenei (Di Pietro, 2014).

Accompagnare una persona nella sua *crecita emotiva* è un compito impegnativo. Aggressività, demotivazione, carenza di autocontrollo, difficoltà nel rispettare le regole o accettare le proprie frustrazioni dell'apprendere sono solo alcuni dei problemi frequentemente riscontrati.

Gli enti educativi e di formazione, oltre la famiglia, rivestono un ruolo fondamentale nell'*educazione alle emozioni*, un percorso di apprendimento

che va di pari passo con quello disciplinare. Negli ultimi vent'anni, infatti, la ricerca ha avvalorato l'importanza delle emozioni nell'apprendimento e nelle relazioni con l'ambiente (Gordon, 1989; Tschel e Pendezzini, 1996; Denham, 1998; Saarni, 1999; Cristini e Ghilardi, 2009).

Le autrici hanno ritenuto utile sperimentare un percorso di *alfabetizzazione alle emozioni* presso il Centro Socio-Educativo e Riabilitativo. Hanno tentato di fornire strumenti utili per la comprensione dell'origine e delle caratteristiche delle emozioni e per la gestione degli stati d'animo, anche di quelli legati alle tematiche più "spinose" che affiorano durante il periodo dell'adolescenza, anche tardiva, in persone con disabilità.

**Lucia Brunone**

Psicologa, Psicoterapeuta in training  
Centro Diurno Socio-Educativo e  
Riabilitativo "EMI" Putignano (Ba)

**Emanuela Resta**

Phd in Medicina Traslazionale e  
Management dei Sistemi Sanitari  
Università degli Studi di Foggia

## PAROLE CHIAVE

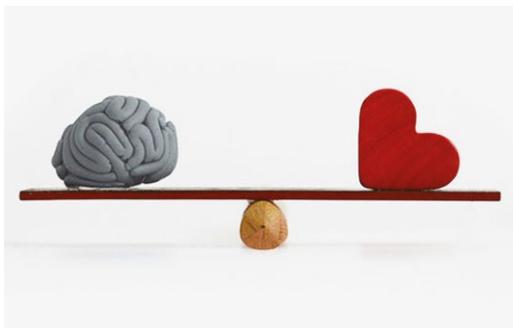
Psicoeducazione, Psicologia scolastica, Intelligenza emotiva, Empatia, Comunicazione, Cooperative Learning, Disabilità.

## INTRODUZIONE

Proponiamo alcune riflessioni su come il termine *intelligenza emotiva* (Salovey e Mayer, 1990; Goleman, 1995) possa essere utilizzato in campo psico-pedagogico, presentando un lavoro effettuato in ambito Socio-Educativo e Riabilitativo.

La rielaborazione dei vissuti emotivi, con l'impiego di strategie di *psicoeducazione*, rappresenta la scommessa psicoeducativa delle autrici che, attraverso un lavoro "sul campo", hanno elaborato un percorso di consapevolezza degli stati d'animo per persone con disabilità. Le emozioni sono proprie dell'essere umano e la presenza di deficit intellettivi nulla toglie a quanto una persona può vivere e sentire nell'animo, nella parte più profonda dell'essere *Persona*.

Il percorso che proponiamo nasce dalle osservazioni e dalle riflessioni emerse durante la nostra esperienza in un Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo per persone disabili. Alcuni utenti in modo spontaneo e diretto esprimevano le loro emozioni, mentre altri facevano fatica a manifestarle in modo accettabile dalla società e a identificarle in modo corretto. Da qui ci siamo chieste quale ruolo avessero le emozioni nella relazione e in generale nei percorsi psico-educativi verso l'autonomia sociale delle persone disabili.



## EMOZIONI

Il tema delle emozioni (fr. *émotion*, da *émouvoir* "mettere in moto, eccitare") è senza dubbio uno dei più ampi nei campi delle scienze umane. Soprattutto quando, grazie al contributo degli studi sociologici e psicologici, si è iniziato a riconoscere le emozioni come la base del comportamento individuale e sociale (Cattarinussi, 2000). Il loro apporto, infatti, si evidenzia nello sviluppo intellettuale e culturale dell'individuo e nella gamma delle loro funzioni nell'ambito neurofisiologico, affettivo, cognitivo e motivazionale (LeDoux, 2003). Come sappiamo le emozioni governano tutti i rapporti umani, permettendo di aprirsi al mondo e di entrare in relazione con gli altri. Per questo, prendere confidenza con le emozioni e imparare a riconoscerle vuol dire essenzialmente imparare a mettersi in discussione, ad accettarsi, ad aprirsi al confronto, soprattutto apprendere il mondo e le cose del mondo.

In psicologia, le emozioni sono definite come uno stato complesso di sentimenti che si traducono in cambiamenti fisici e psicologici che influenzano il pensiero e il comportamento (Mecacci, 2001). In situazioni emotive la mente elabora stimoli e controlla le reazioni, per cui le emozioni hanno un ruolo importante nelle nostre esperienze di vita e di lavoro (Stefanini, 2013). Le emozioni, pertanto, si trasformano nel movente che si pone alla base dei nostri comportamenti, fondano la nostra identità, determinando le scelte e il pensiero, influenzando anche sulle conoscenze. Si può così affermare che ragione ed emozione non sono due poli opposti. Infatti, ogni funzione cognitiva racchiude componenti emotive e viceversa: conoscere e valutare le emozioni significa pensare e decidere meglio.

## Alcuni cenni di Letteratura

Parlare di emozioni significa tentare di penetrare in un'area complessa e poliedrica per la quale una trattazione esaustiva risulta pressoché impossibile, tuttavia proviamo a ricordare alcuni autori.



Nella sua visione evolucionistica Darwin (1872) afferma che le emozioni e la loro espressione assumono una funzione di adattamento per la sopravvivenza della specie. Lo studio sulla collocazione delle emozioni si potrebbe far risalire alla teoria di Cannon (1927), fisiologo americano che, sulla base di ricerche sperimentali, ipotizza l'esistenza di centri cerebrali speciali per l'emozione.

Gli studi di S. Freud (1933) consentono un altro passo in avanti nella rivalutazione delle emozioni e degli affetti, considerati come elementi fondanti della struttura della personalità dell'individuo. Come vissuto affettivo e come impulso, l'emozione, non più contrapposta alla razionalità, diventa determinante per penetrare nelle profondità della psiche umana.

Con l'approccio socio-costruttivista (Vygotskij, 1934) trovano un incontro, lo sviluppo emotivo naturale e il suo sviluppo culturale e sociale legato al contesto in cui l'individuo è incarnato, e che diviene costituente e determinante dello sviluppo e quindi del processo di *apprendimento*.

Anche Piaget (1936) ne "La nascita dell'intelligenza nel fanciullo" scrive che «*in ogni condotta le motivazioni e il dinamismo energetico dipendono dall'affettività, mentre le tecniche e l'adeguamento dei mezzi impegnati costituiscono l'aspetto cognitivo*» p.215.

Maslow (1973) afferma che nel momento in cui un bambino si trova in una condizione di squilibrio tra capacità cognitive ed emotive, difficilmente può disporsi ad apprendere spontaneamente e con l'investimento di tutte le risorse personali e potenziali.

Successivamente, Paul Ekman (1984), distingue tra universalità delle espressioni facciali delle emozioni fondamentali e regole di esibizione delle stesse che sono culturalmente e socialmente determinate. Le dimensioni emozionali princi-

pali o primarie individuate e riconosciute come universali, anche se tra gli studiosi il dibattito è ancora aperto, sono rappresentate da rabbia, tristezza, paura, gioia, sorpresa, disgusto, e secondarie quali vergogna, gelosia, orgoglio, suscettibili di controllo sociale e filtraggio.

Lo psicopedagogo Bloom (1976) ritiene che esiste uno stretto rapporto che lega *affettività, motivazione e apprendimento*, messi in evidenza anche dal collegamento che c'è tra le stesse emozioni e la *memoria*. Esperienze vissute con una partecipazione emotiva di livello medio-alto vengono catalogati nella nostra mente come "importanti" (attraverso il coinvolgimento di strutture cerebrali che fanno parte del sistema limbico) e hanno una buona probabilità di venire successivamente ricordati (Agazzi E., Fortunati V., 2007).

È necessario fare una distinzione tra emozioni e sentimenti (Gordon, 1985). Sebbene entrambi hanno componenti cognitive e motivazionali, le prime sono meno stabili nel tempo rispetto ai sentimenti. I sentimenti sono composti da più emozioni insieme e sono la parte privata delle emozioni che durano più a lungo. Damasio (2005) afferma che un sentimento dipende dalla giustapposizione di un'immagine del corpo all'immagine di qualcosa d'altro, come ad esempio l'immagine visiva di un volto o l'immagine uditiva di una melodia. Il substrato di un sentimento è completato dai cambiamenti dei processi cognitivi.

L'emozione è una variabile complessa perché è *onnipresente*, si manifesta in una varietà di modi e ha la capacità di interagire con il funzionamento dell'organismo a molteplici livelli (neurologico, viscerale, cognitivo e comportamentale). Come sostiene K. Oatley (2007) la complessità delle emozioni e, di conseguenza, la complessità del loro studio, dipende essenzialmente dal fatto che esse, congiuntamente, hanno profonde radici neurobiologiche nel nostro organismo.

Inoltre è fondamentale tenere presente che l'emozione è *intenzionale*, cioè rivolta ad un oggetto, che può anche non essere conscio; essa infatti è il segnale di un'interazione in atto tra l'organismo e uno stimolo esterno, tra l'organismo e l'ambiente in cui è immerso.

Come abbiamo visto negli ultimi trent'anni la ricerca, nei più diversi ambiti disciplinari, si è aperta allo studio delle emozioni come elementi fondamentali per lo sviluppo dell'individuo, per il suo benessere e per il suo adattamento efficace all'ambiente (P. Marmocchi, C. Dall'Aglio, M. Zanini, 2004).

### INTELLIGENZA EMOTIVA E ALFABETIZZAZIONE EMOTIVA

Tra i molteplici studi recenti nel settore, particolarmente interessanti sono quelli dello

psicologo e accademico statunitense Howard Gardner e dello psicologo e giornalista statunitense Daniel Goleman. Gardner (1983) che ha sviluppato la *Teoria delle Intelligenze Multiple* (Fig.1), afferma che le esperienze prive di richiami emozionali saranno scarsamente coinvolgenti e ben presto cadranno nell'oblio, non lasciando dietro di sé nessuna rappresentazione mentale.

Lo psicologo statunitense Daniel Goleman (2001), riprende il concetto di *Intelligenza emotiva*, già elaborato dai professori Peter Salovey e John D. Mayer (1990) nel loro articolo "Emotional Intelligence", e dimostra il valore che ha per tutti gli individui, sia piccoli sia grandi, nell'ambito relazionale, di apprendimento e lavorativo. Il potenziamento dell'Intelligenza emotiva diventa, quindi, fondamentale per il *benessere psicologico* che

è dato dalla capacità della persona di trovare un equilibrio tra stati emotivi positivi e negativi. Quest'ultimi danno un senso alla vita: i primi permettono di apprendere e apprezzare gli aspetti più piacevoli, gli altri consentono di apprendere, riflettere e reagire. *L'autoconsapevolezza* è per Goleman in "Intelligenza emotiva" la «chiave di volta dell'intelligenza emotiva. [...] la capacità di monitorare istante per istante i sentimenti è fondamentale per la comprensione psicologica di se stessi, mentre l'incapacità di farlo ci lascia alla loro mercé» p. 64-65.



Figura 1 - Piramide alimentare di "Ana"



Per intelligenza emotiva intendiamo la capacità di tenere a freno gli impulsi, di leggere i sentimenti più profondi delle altre persone, di gestire la relazione con gli altri adeguatamente, di evitare che la sofferenza prenda il sopravvento (Kohlrieser G., 2011). Inoltre, moltissimi studi dimostrano come l'intelligenza emotiva migliori le prestazioni lavorative sia in termini di efficacia che di efficienza, anche a scuola, l'apprendimento educativo e didattico viene positivamente influenzato dalle emozioni (Hilgard E.R., Atkinson R.C., Atkinson R.L., 1979; Goleman, 1995; Ottone E., Margottini M., Pellerey M., 2020). L'emozione deve essere propedeutica e sedimentatrice dell'apprendimento, deve essere inglobata nella didattica (Stefanini, 2013).

L'allenamento emotivo continuo a cui il disabile è sottoposto nel periodo di permanenza nelle strutture ludiche e/o riabilitative, gli permette di potenziare le capacità acquisite. L'approccio psicoeducativo propone di elevare le emozioni da un livello di *esperienza*, strettamente legata alla *percezione corporea*, a un livello di *rappresentazione concettuale* in cui le emozioni possono essere oggetto di riflessione. Attraverso il "fare utile" ed il "fare insieme" l'operatore riesce a rafforzare le competenze proprie del disabile ed a introdurne di nuove. In pratica, per toccare il cuore del ragazzo/a dobbiamo passare per la sua mente, aiutandolo/a a cambiare gli elementi disfunzionali del suo dialogo interno.



## LIFE SKILLS

L'Organizzazione Mondiale di Sanità pone alla base degli interventi sul benessere della persona e dei gruppi un'ottica **bio-psico-sociale** e ritiene che la salute debba essere un obiettivo non solo delle agenzie sanitarie ma debba sottendere anche le scelte in campo economico, ambientale, culturale. Passare dal concetto di "prevenzione" a quello di "promozione" della salute è risultato fondamentale per giungere a definire il quadro di riferimento che sta alla base della esperienza del "Progetto Life Skills". Gli studi successivi agli anni '80 hanno riconosciuto come l'adozione di comportamenti e stili di vita sani siano correlati a fattori di tipo individuale, sociale e culturale e integrati attraverso due canali, quello cognitivo e quello emozionale. Possedere informazioni corrette non è sufficiente a far sì che la persona adotti comportamenti adeguati, pur costituendo un requisito di base.

«Con il termine "*Skills for life*" (o life skills) si intendono tutte quelle skills che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità. La mancanza di tali skills socio-emozionive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio» (Bollettino OMS "*Skills for life*", n. 1, 1992). Inoltre, nel documento "*Life skills education for children and adolescents in schools*" (1994), l'OMS illustra le dieci competenze fondamentali per la vita, affidando a diverse istituzioni il compito di svilupparle. Le skills, suddivise per aree, sono le seguenti:

### Area emotiva

1. **Autocoscienza.**
2. **Gestione delle emozioni.**
3. **Gestione dello stress.**

### Area cognitiva

4. **Creatività.**
5. **Problem solving.**
6. **Senso critico.**
7. **Decision Making.**

### Area sociale

8. **Comunicazione efficace.**
9. **Empatia.**
10. **Relazioni interpersonali.**

Uno degli strumenti più completi ed utilizzati oggi per la definizione delle componenti della salute e di altre componenti ad essa correlate, è l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) sviluppato dall'OMS nel 2001. Esso risulta fondamentale in tale ambito poiché attribuisce rilevanza alle componenti emotive, elementi indispensabili per la salute della persona, tale che una loro disfunzione o limitazione creerebbe condizioni di disagio o di insabibilità.

### ALESSITIMIA

Nella definizione dell'Enciclopedia Treccani si legge "*L'analfabetizzazione emotiva è un disturbo che compromette la consapevolezza e la capacità descrittiva degli stati emotivi esperiti, rendendo sterile ed incolore lo stile comunicativo. Nella mente di tali individui le emozioni si confondono con le sensazioni corporee percepite*". Uno dei compiti più ardui che la nostra società ci impone è quello di adattarci all'ambiente in cui viviamo. Il luogo in cui sperimentiamo le nostre competenze sociali, oltre che in ambito familiare, è rappresentato dalla scuola, intesa come istituzione che, impone delle norme comportamentali, le quali richiedono un certo grado di abilità nello stare insieme agli altri.

Molto spesso si assiste ad una forte *incompetenza nella metacognizione* ossia la mancanza di conoscenza del funzionamento della mente (propria e altrui) e delle strategie messe in atto per controllare tale processo di conoscenza (Flavell, 1981; Brown, 1983), dando origine alla tendenza ad esigere che i propri bisogni personali vengano immediatamente soddisfatti e che abbiano la precedenza sui bisogni degli altri. Essa è la causa di blocchi e difficoltà di apprendimento e possibili conseguenze, in termini di comparsa di casi di



depressione, disturbi alimentari e abusi di alcool e droghe. Inoltre, è frequente il ricorso all'aggressività per conseguire i propri scopi, l'oppositività, la tendenza alla trasgressione di norme sociali. Tutto ciò si traduce in disturbi della condotta e in iperattività (Goleman, 1996).

L'incapacità di descrivere i propri sentimenti e di interpretare quelli degli altri è legata a caratteristiche riconducibili a una incapacità generale di *introspezione*. L'alessitimia è facilmente riscontrabile in alcune tipologie di disabilità (Taylor, Bagby e Parker, 1997; Khantzian, 1985).

### EMOZIONI E DISABILITÀ

In un'ottica sistemica la visione della disabilità e dell'handicap cambia: da attributo individuale passa ad essere un processo, cioè un'interazione dinamica tra le caratteristiche dell'individuo combinate con quelle del contesto, che possono accentuarlo o ridurlo. Infatti sottolinea Canevaro "una persona è relativamente handicappata, cioè l'handicap è un fatto relativo e non assoluto, al contrario di ciò che si può dire per il deficit" (Maffei, 2020). La disabilità viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui l'individuo vive (OMS-ICF, 2001).

Come si evidenzia nel DSM-5 il ritardo mentale (disabilità intellettiva) comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.

In ogni persona disabile c'è innanzitutto un individuo con le sue necessità emotive, affettive ed educative, proprie di tutti gli esseri umani. Purtroppo è difficile scorgere questi bisogni, perché il deficit fisiologico spesso catalizza totalmente l'attenzione, le esigenze più concrete mascherano quelle individuali di affettività e socialità; sono queste ultime che caratterizzano il bisogno di normalità (Palmieri, 2003).

Il presente contributo si inserisce lungo questa possibilità, implicando un lavoro sulla capacità di percepire la propria identità, di fare esperienza di sé e cominciare a pensare a se stessi autonomamente.

### Identità

La questione dell'identità per le persone disabili presenta alcuni difficili aspetti. Su questo tema presentiamo alcune riflessioni del pedagogista Andrea Canevaro (1986) il quale sostiene che l'identità del disabile potrebbe sembrare qualcosa di oscuro e misterioso, tale da dover rimanere celato. Verrebbe quindi negata alla persona disabile la possibilità di percepirla in una dimensione storica come un corpo in-progetto e in-evoluzione. Canevaro (1986) aggiunge che la sofferenza provata dalla persona disabile e da chi le sta accanto si umanizzerebbe e diventerebbe più vivibile quando la persona stessa, supportata da un *riconoscimento* della propria identità, avrebbe consapevolezza della propria disabilità e raggiungerebbe la capacità di espressione del dolore attraverso la relazione.

Siamo d'accordo con Morin (2000) quando afferma in "La testa ben fatta" che «l'oggetto dell'educazione non è dare all'allievo una quantità sempre maggiore di conoscenze», bensì, rifacendosi a Durkheim, «costituire in lui uno stato interiore profondo, una sorta di polarità dell'anima che l'orienti in un senso definito, non solamente durante l'infanzia, ma per tutta la vita. [...] Si tratta, nell'educazione, di trasformare le informazioni in conoscenza, di trasformare la conoscenza in sapienza» pp. 45-46.

### L'infantilizzazione della persona disabile

L'immagine generalizzata, da parte della società ed in particolar modo delle famiglie, della persona con disabilità, è quella "dell'eterno bambino", bisognoso di cure e attenzioni continue. La cultura protettiva genitoriale viene rafforzata a volte dall'organizzazione sociale che, a sua volta, rafforza l'infantilizzazione

---

delle persone disabili. La persona con disabilità quindi non viene messa in condizioni di crescere, maturare e provare le esperienze tipiche di una persona adulta.

Questo modello del tutto negativo porta al raggiungimento di due risultati altrettanto negativi:

1. la società si protegge dalle persone disabili,
2. le famiglie proteggono i loro figli dalla società.

Tale immagine della persona disabile determina delle conseguenze che portano a una inevitabile condizione di passività e dipendenza, in forte contrasto con l'idea di crescita e di protagonismo.

### LA FORZA DEL GRUPPO

Il gruppo si configura come un fondamentale spazio di crescita in cui la persona sperimenta le proprie competenze e sviluppa la propria identità, in un continuo scambio sia con i pari sia con gli insegnanti, nel quale i processi emotivi e relazionali assumono un ruolo centrale (Negri, 2005). Come afferma C. Rogers in "Potere personale" (1978) è ormai accertato che «[...] in un clima favorevole alla crescita, l'apprendimento è più profondo, procede più rapidamente [...] perché nel processo è investita l'intera persona, con sentimenti e passioni al pari dell'intelletto».

Un buon funzionamento di un gruppo-classe dipende dalla «[...] rete di relazioni affettive, dalle molteplici motivazioni a stare insieme, dalla collaborazione in vista di obiettivi comuni, dall'apprezzamento reciproco, dalle norme e modalità di funzionamento del gruppo» (Polito, 2001).

Inoltre, l'allenamento emotivo fornisce uno schema basato sulla comunicazione delle emozioni. Quando gli insegnanti sono in un atteggiamento di *empatia* verso i loro studenti aiutandoli ad affrontare sentimenti negativi come la collera, la tristezza e la paura, costruiscono relazioni significative. Le interazioni emozionali tra i membri del gruppo diventano il fondamento attraverso

cui si possono trasmettere i valori per formare individui moralmente responsabili (Gottman, 1997).

### CASE REPORT

Il seguente progetto è indirizzato agli utenti di un Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo (ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i.) dell'area Metropolitana di Bari destinato a soggetti diversamente abili.

Il percorso "Alfabetizzare alle emozioni", che tratta sia l'aspetto psicologico che quello relazionale, nasce dall'esigenza di fornire alla persona strumenti per conoscere e riconoscere il linguaggio delle emozioni e ridurre i comportamenti problema osservati all'interno del C.D.

Lo scopo è lo sviluppo e accrescimento dell'intelligenza emotiva negli adulti con disabilità, sfruttando la pratica educativa quotidiana per favorire e potenziare le competenze ed "adultizzare" così l'utenza con ritardo cognitivo.

**Ipotesi Di Ricerca:** i ragazzi emotivamente competenti iniziano a decentrarsi, riconoscono le "ragioni" dell'altro e riducono la conflittualità tra pari.

### Obiettivi

Nell'area psico-educativa riabilitativa:

- acquisire una maggiore consapevolezza della propria capacità "riparatoria" su vari aspetti del proprio mondo interno;
- recuperare una propria identità corporea ed emotiva al fine di ridurre la sofferenza legata ad una negativa immagine di sé;
- acquisire nuove e diverse abilità e di stimolare le residue capacità espressive.
- Nell'area della socializzazione:
  - fornire opportunità di espressione e comunicazione nel gruppo di persone al fine di poter costruire un ruolo ed una identità sociale;



- promuovere un clima emotivo di gruppo che consenta di accogliere emozioni positive di gioia, condivisione e collaborazione, necessarie al superamento di comportamenti di isolamento e diffidenza;
- associare attività con valenza riabilitativa alle opportunità comunicative offerte dalla relazione sociale.

### Bisogni

- **Affettivi:** ascolto, comprensione, sicurezza e stabilità, accettazione.
- **Cognitivi:** curiosità, scoperta, esplorazione, gioco, comunicazione.
- **Sociali:** relazione e partecipazione.

**Destinatari:** 24 ragazzi con disabilità intellettive e psico-relazionali di età dai 18 ai 45 anni, media= 31,87.

**Professionisti coinvolti:** Psicologa, Educatrice, Musicoterapeuta, Fisioterapista e Terapista occupazionale.

### Metodologia

- Approccio informale. Interventi nei momenti in cui si è verificato un episodio particolarmente significativo dal punto di vista emotivo che ha coinvolto il singolo o il gruppo.
- Approccio formale. L'alfabetizzazione emotiva è stato oggetto di esperienze specificamente programmate.

Metodologia prettamente laboratoriale con strutturazione tipo *circle-time* in piccolo gruppo, *Cooperative learning*, *learning by doing*, *outdoor training*, *brain storming*, *problem solving* ed infine il *role playing* o *psicodramma*.

Sono state individuate le emozioni da affrontare durante il percorso ed è stato associato un colore

specifico ad ogni emozione. Felicità: colore giallo; Tristezza: colore blu; Rabbia: colore rosso; Paura: colore nero; Meraviglia: colore rosa; Disgusto: colore verde; Neutra: colore bianco.

Ogni emozione è stata affrontata seguendo degli step (Fig.2) e secondo tre livelli:

- **FISIOLOGICO**, cambiamenti di alcuni processi biochimici (come la frequenza cardiaca, il rossore, la sudorazione).
- **ESPRESSIVO**, cambiamento nel comportamento (mimica facciale, attività motoria).
- **COGNITIVO**, cambiamento dell'esperienza (nonché degli atteggiamenti nei confronti dell'esperienza).

1	<b>Dare un Nome</b> alle emozioni
2	<b>Comprendere</b> le emozioni
3	<b>Esprimere</b> le emozioni
4	<b>Equilibrare</b> le emozioni
5	<b>Sintonizzarsi</b> sulle emozioni proprie e altrui

Figura 2 - Step Procedurali

### BASELINE

Nella fase di **pre-test** sono state proposte delle prove individuali di "comprensione delle emozioni", di "empatia" e di "teoria della mente" (prova cognitiva), per valutare il livello di partenza.

### INTERVENTO

La fase di training è durata circa sei mesi. I ragazzi del **gruppo di controllo**, ascoltavano le stesse storie e musiche dell'altro gruppo e in seguito facevano un elaborato, non partecipando dunque alla fase di trattamento. I ragazzi del **gruppo sperimentale**, dopo aver ascoltato delle storie a contenuto emotivo, venivano coinvolti nelle conversazioni dedicate alla comprensione della natura, delle cause e della regolazione delle emozioni. Per promuovere la partecipazione attiva di

tutti i ragazzi, il gruppo è stato a sua volta suddiviso in due sottogruppi di 6 ragazzi con la guida di due operatrici. Le attività si sono concentrate su emozioni di base: *felicità, tristezza, rabbia, paura, meraviglia e disgusto*.



Ciascuna di queste emozioni è stata oggetto di conversazione per sei incontri: focalizzazione sulla comprensione dell'espressione, delle cause e delle strategie di regolazione dell'emozione target.

Ogni incontro è stato strutturato in cinque momenti: introduzione al tema da parte delle operatrici, racconto di vita quotidiana e/o ascolto di musica legata ad una emozione, avvio della conversazione, riflessione finale, elaborati di consolidamento (Cartellone "oggi mi sento così", l'orologio emozionale e l'albero delle emozioni) e/o psicodramma.

#### Attività proposte

**Giochi:** attività ludico-ricreative e psico-motorie. Visione e ascolto e/o produzione di *musica* e colori da associare, utilizzo delle carte emozionali. Il gioco del "testa piedi tra le onde" (favorisce la consapevolezza che una sensazione corporea

piacevole o spiacevole non è permanente ma provvisoria).

**Storie:** racconto ed elaborazione di storie pro-





prie o fantastiche per promuovere la capacità di ascolto, di narrazione e condivisione all'interno del piccolo gruppo.

**Dispositivi multimediali** e di software come "l'ABC delle mie emozioni".

**Rappresentazione teatrale:** protagonisti del proprio saper fare.

L'azione si è soffermata in particolare modo su ciò che la persona prova in una precisa circostanza, per aiutarla ad analizzare le diverse emozioni e sensazioni percepite fisicamente e dar loro un nome.

Nella fase **post-test**, è stata proposta, in entrambi i gruppi, l'attività "indovina l'emozione" in cui le operatrici raccontano una breve storia e i ragazzi di entrambi i gruppi a turno dovevano abbinare alla situazione suddetta l'emozione corrispondente indicando la palette emozionale corretta.

### **FOLLOW UP E RISULTATI**

Dopo sei mesi, a tutti i partecipanti è stata riproposta la prova di comprensione delle emozioni per verificare la persistenza degli effetti prodotti dall'intervento.

Nella fase pre-test si è osservata una difficoltà nella distinzione di alcune emozioni (Fig.3) dell'intero campione. Felicità e rabbia sono le emozioni meglio riconosciute, mentre le espressioni di tristezza e paura sono significativamente meno riconosciute rispetto a tutte le altre, tendendo a confonderle.

Tale dato è assente nel post-test (Fig.4) solo nel gruppo sperimentale, mentre è presente in modo lieve nel follow-up, a dimostrazione di quanto è importante l'allenamento continuo della cosiddetta "palestra delle emozioni" in cui aumenta la consapevolezza di se stessi e migliora la capacità di costruire relazioni positive.

Inoltre, si è osservato un miglioramento globale

delle relazioni interpersonali sia tra i ragazzi del gruppo sperimentale che con il resto degli utenti. In particolare, si è osservata la presenza di atteggiamento *cooperativo* (lanes, 2013) da parte degli utenti del gruppo sperimentale. Tale aspetto sarà oggetto di una seconda fase del percorso, atto a favorire una generalizzazione dell'alfabetizzazione emotiva anche al gruppo di controllo.

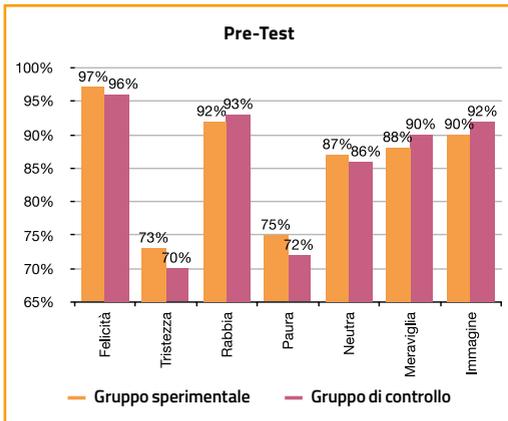


Figura 3 - Accuratezza riconoscimento Espressioni Facciali

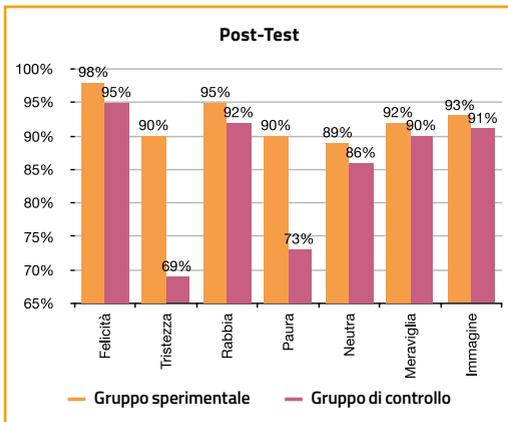


Figura 4 - Accuratezza riconoscimento Espressioni Facciali

### MISURE, SESSIONI E RACCOLTA DATI

Lo studio è stato condotto da settembre 2018 a settembre 2019. Sono state effettuate sessioni quattro volte alla settimana per la durata di un'ora. Le sessioni sono state registrate in modalità cartacea e sottoposte a codifica. Valutazione

*quantitativa*: le misure considerate erano le risposte alle prove presentate di comprensione emozioni. Valutazione *qualitativa*: sono stati annotati i comportamenti e indici di umore. Inoltre sulla "griglia verifica attività" gli operatori, per ogni incontro, segnavano le osservazioni di diverse variabili generiche sull'incontro e specifiche sull'utente al fine di verificare gli obiettivi prefissati.

La raccolta dati è stata effettuata da due operatrici per ridurre il rischio di valutazione soggettiva e per un'osservazione più accurata. L'accordo tra gli osservatori circa le frequenze di risposta è risultato pari al 98% con un range tra 97 e 100%.

### CONCLUSIONI

Le attività di **psicoeducazione** sono risultate utili poiché hanno permesso il riconoscimento delle emozioni associate ad una particolare situazione e l'identificazione dei pensieri e delle interpretazioni ad essa legati. Una volta trasformati in schemi funzionali di pensiero e di comportamento, sono state successivamente combinate in specifiche strategie di controllo, per costruire un repertorio permanente di *coping* della singola persona disabile.

Inoltre, possiamo affermare che la strategia del lavoro di gruppo, col minor grado di supporto sostitutivo possibile (per evitare dipendenza cognitiva e assistenziale dall'educatore) e gli insiemi di interventi volti all'individuazione ed alla valorizzazione delle potenzialità individuali, hanno favorito lo sviluppo di un atteggiamento **metacognitivo** in soggetti con handicap.

Tali elementi hanno comportato un significativo miglioramento dei parametri emotivo-relazionali a vantaggio del benessere psico-fisico individuale e di gruppo.

### BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)*, Raffaello Cortina Editore, Milano.



- Agazzi, E., Fortunati, V. (Ed.). (2007). *Memoria e saperi: percorsi transdisciplinari*, Meltemi, Roma.
- Bernardi, C., Cuminetti, B. (Ed.). (1998). *L'ora di teatro*, Euresis edizioni, Milano.
- Bloom, B.S. (1976). *Caratteristiche umane e apprendimento scolastico*, Roma, Armando, 2006.
- Canevaro, A. (1986). *Handicap e identità*, Cappelli, Bologna.
- Cannon, W.B. (1927). *The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory*, in *American Journal of Psychology*, 39, 1927, pp. 106-124
- Cattarinussi, B., (2000). *Sentimenti, passioni, emozioni. Le radici del comportamento umano*, Franco Angeli, Milano.
- Cristini C., Ghilardi A. (Ed.). (2009). *Sentire e pensare. Emozioni e apprendimento fra mente e cervello*, Springer, Milano.
- Damasio, A.R. (2005). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano.
- Darwin, C. (1872). *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*. Boringhieri, Torino, 1982.
- Denham, S.A. (1998). *Emotional Development in Young Children*. New York-London: The Guilford Press in Grazzani Gavazzi, I., Oranghi, V. & Antoniotti, C. (2011). *La competenza emotiva dei bambini*, Erickson, Trento.
- De Saint-Exupéry, A. (1943). *Il Piccolo Principe*, Tascabili Bompiani, Milano, 2003.
- Di Pietro, M. (2014). *L'ABC delle mie emozioni 8-13 anni. Programma di alfabetizzazione socio-affettiva secondo il metodo REBT*, Edizioni Erickson, Trento.
- Ekman, P. (1984). *Expression and the nature of emotion*, Erlbaum, Hillsdale, N.Y.
- Flavell, J.H. (1981). *Cognitive monitoring*. In W. P. Dickson (Ed.), *Children's oral communication skills* (pp.35-60). New York: Academic Press.
- Gardner, H. (1983). *Formae mentis. Saggio sulla*



- pluralità della intelligenza*, trad. it., Feltrinelli, Milano 2010.
- Goleman, D. (2001). *Intelligenza emotiva*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano.
  - Gordon, S. T. (1985). Micro-sociological Theories of Emotion, in Eisenstadt S.N., Helle. H.J. (Ed.). *Perspectives on Sociological Theory. Micro-sociological theory*, Sage, Beverly Hills, p. 136.
  - Gottman, J. (1997). *Intelligenza emotiva per un figlio*. Rizzoli, Milano, 1997.
  - Hilgard, E.R., Atkinson, R.C., Atkinson, R.L. (1979). *Psicologia. Corso introduttivo*, Giunti Barbera.
  - Ianes, D. (2013). *Le migliori proposte operative su relazioni e cooperazione fra pari*, Erickson, Trento.
  - Khantzian, E.J. (1985). *The self-medication hypothesis of additive disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
  - Kohlrieser, G. (2011). *La scienza della negoziazione. Come gestire i conflitti e avere successo (nella vita e nel lavoro)*, Sperling & Kupfer Editori.
  - LeDoux, J. (1998). Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni, trad. it., Baldini Castaldi Dalai Editore, Milano 2003.
  - Maffei, P.G. (2020). *Un approccio bio-psico-sociale alla famiglia del paziente con Charcot Marie Tooth e altre patologie croniche*, Albatros, Roma.
  - Marmocchi, P., Dall'aglio, C., Zannini, M. (2004). *Educare Le Life Skills*, Erickson Trento.
  - Maslow, A.H. (1954). *Motivazione e personalità*. Armando, Roma, 1974.
  - Mecacci, L., (Ed.). (2001). *Manuale di psicologia generale*, Giunti, Firenze-Milano.
  - Morin, E. (2000). *La testa ben fatta*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
  - Negri, S.C. (2005). *Il lavoro di gruppo nella didattica*, Carocci, Roma.
  - Oatley, K. (2007). *Breve storia delle emozioni*, traduzione di Cristina Spinoglio, Il Mulino, Bologna.
  - OMS, (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 3, Training workshops for the development and implementation of life skills programmes*, 1994
  - OMS, (2001). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Erickson, Trento.
  - Ottone, E., Margottini, M., Pellerey, M. (Ed.). (2020). *Dirigere se stessi nello studio e nel lavoro*, Tre-Press, Roma.
  - Palmieri, C. (2003). *Rappresentazione dell'handicap e processi formativi*, Cuem, Milano,
  - Piaget. J. (1936). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, trad. it., Giunti e Barbera, Firenze 1991.
  - Polito, M. (2001). *Attivare le risorse del gruppo classe. Nuove strategie per l'apprendimento reciproco e la crescita personale*, Erickson, Trento.
  - Pontiggia, G.T., Gadaleta, A., Pascazio B., *Superando...chiedo aiuto. I disastri e l'emergenza spiegata ai disabili mentali e psichici*, Psicopuglia n.23, giugno 2019, 2239-4001, pp.81-91.
  - Rogers, C. (1977). *Potere personale*, Astrolabio, Roma, 1978.
  - Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*, New York: Guilford Press.
  - Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). *Emotional Intelligence*, in *Imagination, Cognition, and Personality*, vol. 9, No. 3, Bay wood Publishing Co. Amityville (New York), pp.185-212.
  - Stefanini, A. (2013). *Le emozioni: Patrimonio della persona e risorsa per la formazione*, Franco Angeli, Milano.
  - Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University: Cambridge. Tr.it.: I disturbi della regolazione affettiva. L'alestitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Fioriti. Roma, 2000.
  - Techel, A., Pendezzini, A. (1996). *La farfalla insegna. La funzione delle emozioni nel processo di apprendimento*, Armando, Roma.
  - Vygotsky, L.S. (1934). *Pensiero e linguaggio*, Giunti, Firenze 1966.
  - Vygotskij, L.S. (2006). *Psicologia pedagogica*, Gardolo (TN): Erickson, Trento.
  - Zingarelli, N. (1997). *Vocabolario della lingua italiana*, dodicesima edizione, Zanichelli Editore, Bologna.



# CRONACA DI UNA FINE ANNUNCIATA (PARTE PRIMA)

*Lo ripete anche l'aria che quel giorno non torna.  
La finestra deserta s'imbeve di freddo e di cielo.  
Non serve riaprire la gola all'antico respiro, come chi si trovi sbigottito ma vivo.  
È finita la notte dei rimpianti e dei sogni.  
Ma quel giorno non torna. Quel giorno è svanito per noi.  
Un vigore ci attende, sotto il cielo deserto.*

**Cesare Pavese** *"Poesie del disamore e altre poesie disperse"*

*Se potessi dire cosa significa, non avrei bisogno di danzarlo.*

**Isadora Duncan** *"L'arte della danza"*

## RIASSUNTO

L'articolo prende in esame una situazione clinica di terapia familiare affrontata secondo l'ottica sistemico-relazionale. Analizza la presa in carico e la prima parte del processo psicoterapico condotto dall'equipè del Centro clinico dell'Istituto Change di Bari.

Si concentra sulle prime sedute svolte con la coppia che presentava una profonda crisi coniugale protratta da diversi anni che viene affrontata ricollocandola e dandole senso all'interno della

fase del ciclo di vita della famiglia. L'intervento psicoterapico ha come fine il disvelamento delle ragioni profonde della crisi cercando di dare voce alle emozioni sottese di ciascun coniuge. L'autrice, inoltre, delinea il contesto professionale in cui è stato possibile accogliere la richiesta d'aiuto e condurre il percorso di psicoterapia.

## PAROLE CHIAVE

Psicoterapia sistemica familiare, lavoro d'equipè, Istituto Change.

**Daniela Teresa Zagaria**  
Psicologa, Psicoterapeuta,  
Didatta del Centro Studi di Terapia  
Familiare e Relazionale



La storia clinica che segue è il resoconto del lavoro psicoterapico condotto dall' equipè di cui fa parte anche l' autrice presso l'Istituto Change di Bari. Rispettando le normative vigenti in materia di privacy, i nomi delle persone e dei luoghi riportati in questo scritto sono fittizi ed è stato modificato qualsiasi altro elemento che potrebbe far identificare i protagonisti di cui si parla.

### **INVIO E CONVOCAZIONE**

Il racconto della storia di Silvana e Giuliano parla del dolore che una crisi di coppia porta con sé, un dolore taciuto, mascherato e agito ma profondo quanto il loro amore che, dopo oltre vent'anni, sembra essersi disperso nei meandri del cuore lasciando il posto a incomprensioni e dissapori.

La coppia, in un particolare momento di tensione e smarrimento, si rivolge al Centro Clinico della Scuola Change, inviata da una ex allieva.

Un aspetto importante da considerare riguarda l'invio. Cancrini (2008) scrive: «Quando è mediato da un altro professionista, è necessario conoscere ed esaminare con grande attenzione l'ipotesi su cui questi ha costruito il suo invio, perché fa parte integrante del lavoro tra terapeuta e paziente». La collega era consapevole che nelle stanze di terapia della Scuola Change Silvana e Giuliano avrebbero potuto sbrogliare la matassa del loro dolore.

Tutto ha inizio con la telefonata di Silvana in un fresco pomeriggio di primavera. La voce era decisa ma a tratti soffocata da un nodo in gola: "Ho tradito mio marito e lui l'ha scoperto. [...] Da quel momento non si è capito più nulla". Si era innescata una spirale di lacerazioni, costituita da drammi, bisogni e passioni non più sincrone. La coppia faticava a ritrovarsi e, ormai, questa era una certezza per entrambi. Giuliano, a conoscenza della telefonata, era d'accordo nell'intraprendere questo percorso insieme.



Dalle prime informazioni ricevute, non c'erano dubbi per l'équipe: un evento così doloroso non poteva non coinvolgere anche il marito e, dunque, era importante incontrare la coppia e approcciare alla terapia con il *buio della mente*, di cui Cancrini (2010) sottolinea l'importanza più volte nei suoi scritti definendolo come «un buio non definitivo ma limitato nel tempo e finalizzato al tentativo di fare maggiore chiarezza» successivo all'ascolto delle informazioni ricevute. Un buio necessario alla mente del terapeuta per elaborare un'ipotesi utile al lavoro terapeutico e che appare, quindi, il prerequisito della risposta giusta e per questo va accettato, cercando di mettere da parte la necessità di un controllo razionale dei propri ragionamenti e interventi.

Avevamo ben chiaro in mente che la terapia di coppia non è un processo di riparazione bensì di verifica dello stato della relazione di coppia che, come afferma Dante Ghezzi (2004), diviene, «il nostro target, ciò su cui si appunta il nostro interesse clinico e si applica la nostra competenza terapeutica».

Ogni psicoterapia, inoltre, «inizia prima del primo colloquio. Il momento in cui una persona o un gruppo di persone entrano nella stanza del terapeuta è preceduto da un insieme di passaggi, formali ed informali, il cui effetto complessivo è quello di sviluppare un'ipotesi che è parte integrante e significativa del comportamento del terapeuta, e dunque, del contesto che egli definisce» (Cancrini, 2008, p.54).

Quindi, nel tempo che ha preceduto l'incontro con questa coppia, la nostra riflessione verteva sulla ricerca delle ragioni profonde e artefici della crisi, su cui si sarebbe potuta sviluppare e consolidare l'ipotesi terapeutica, sulla necessità di permettere ai coniugi di sentirsi accolti e liberi di far circolare le emozioni, di non colludere con le posizioni dell'uno o dell'altra, ma essere neutrali e di costruire, quindi, con loro, una buona alleanza terapeutica.

## IL CENTRO CLINICO

La psicoterapia è scienza e arte insieme, ragione per cui il suo compito e la sua pratica sono in continua evoluzione. Ci sarà sempre qualcosa da affrontare in stanza di terapia per la prima volta, e la conseguente riflessione lascerà una traccia del suo passaggio in una crescita continua tra "incontri umani", tecniche e percorsi terapeutici.

Insegnare la psicoterapia è parimenti un compito in continua evoluzione e modulazione, considerato il permanente aggiornamento della teoria e delle tecniche unite alla crescita personale di didatti e allievi che, attraverso l'incontro con la clinica nel contesto formativo, sviluppano nuove capacità autoriflessive e più differenziate e complesse letture della realtà più aderenti alla complessità dell'universo umano. Partendo da queste premesse, nasce, nell'anno 2016, l'idea del Centro Clinico Change a cura di tre terapeute, all'epoca didatte in formazione – Ivana Romanello, Francesca Vinci e Daniela Zagaria - della Scuola stessa.

Il Centro si propone come luogo di accoglienza e offerta di aiuto per tutte le richieste che pervengono alla Scuola e che non possono trovare risposta nei contesti della supervisione diretta e indiretta previsti dai percorsi formativi.

Nello stesso tempo, il Centro Clinico rappresenta una importante opportunità per la pratica e lo sviluppo del lavoro in équipe, aspetto prezioso del lavoro sistemico, come ben descritto da Matteo Selvini e i suoi colleghi (2012): «la psicoterapia come lavoro d'équipe in co-presenza paritaria e collaborativa di un gruppo di psicoterapeuti con l'uso dello specchio è stata una vera rivoluzione nel mondo della psicoanalisi [...] un grande cambiamento esistenziale per moltissimi psicoterapeuti e psichiatri che fino ad allora avevano sempre lavorato da soli, un paziente dopo l'altro, isolati nel tormento ed estasi dei loro studi e ambulatori, con l'unica "boccata d'ossigeno" di qualche supervisione».

---

Migliaia di équipe, nella seconda metà degli anni settanta, si sono formate in tutto il mondo per riprodurre il modello di lavoro proposto in *Paradosso e controparadosso*, pubblicato nel 1975.

«Il successo fu ancora più clamoroso nei contesti pubblici laddove la sopravvivenza psicologica era particolarmente difficile e dove divenne importante elemento di rilancio della motivazione alla professione. Molti di noi sono professionalmente nati così lavorando insieme a psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri: un altro autentico miracolo cooperativo [...] La co-terapia in équipe oggi ci sembra di fondamentale efficacia soprattutto nella fase di consultazione, nella fase dell'ipotizzazione e della costruzione di una strategia terapeutica. Un'utile preparazione alla progettazione di diversi ruoli terapeutici che possono agire in modo sinergico. Infatti, una consultazione familiare apre la strada ad una potenziale molteplicità di ruoli terapeutici e proposte di setting (terapia multimodale) che possono variamente combinarsi: terapeuta di tutta la famiglia in sedute collettive, terapeuta individuale del paziente, terapeuta della coppia genitoriale, terapeuta individuale di uno dei genitori, terapeuta del gruppo dei fratelli, terapeuta individuale di uno dei fratelli, terapeuta di una diade paziente-genitore (Selvini, 1975, p.129).

D'altra parte, l'esperienza della "mente del gruppo" che ogni allievo sperimenta nel training rappresenta uno degli elementi fondanti il suo processo di crescita personale e professionale; ciascun allievo ne fa rilevare la potenza quando riferisce nei contesti di supervisione: *"con quel paziente in studio ho pensato a cosa avrebbe detto il supervisore, o il gruppo in quella circostanza"*. Da questo punto di vista, la psicoterapeuta che lavora in équipe con altri colleghi riattraversa un'analoga esperienza in un contesto di collaborazione paritaria potenziandone l'utilizzo nella conduzione del gruppo di training.

Il lavoro congiunto così come descritto, apre ad

un confronto prezioso tra colleghi non solo sulle tecniche e teorie, ma anche sui vari aspetti del processo clinico con particolare riferimento alla relazione terapeutica e agli elementi di transfert e controtransfert dai quali, in qualità di terapeuti, si è investiti nella conduzione della seduta. In questo modo, il lavoro di équipe risulta essere fattore protettivo non solo per la buona riuscita della terapia, ma anche per lo sviluppo della capacità autoriflessiva del terapeuta didatta sul proprio mondo interno, migliorandone la competenza nel lavoro di supervisione che include la relazione con l'allievo terapeuta e il gruppo di formazione.

Il Centro clinico nasce anche con il proposito di sviluppare ricerca nell'ambito della psicoterapia sistemica con particolare riferimento all'area della psicopatologia e ai percorsi relazionali che ne individuano l'emergenza soggettiva oltre che alla osservazione e valutazione dei fattori che favoriscono la riuscita e l'efficacia del lavoro terapeutico.

Il mese di Ottobre 2016 segna la data di nascita del Centro Clinico Change con un' équipe composta da tre terapeute che collaborano settimanalmente con il confronto e la condivisione di progetti e percorsi terapeutici.

Il lavoro che attualmente si porta avanti riguarda la presa in carico continuativa di 6 casi clinici: ad ogni terapeuta compete la conduzione di due casi a settimane alterne in stanza di terapia, mentre i colleghi cooperano con l'osservazione e il successivo confronto dietro lo specchio unidirezionale.

### **LA STORIA DI SILVANA E GIULIANO**

La primavera saltella tra i rami degli alberi rigogliosi di nuove gemme, mentre i raggi di sole che fanno capolino tra le nuvole, lasciano intravedere l'azzurro limpido del cielo, segnando il tempo d'inizio del lavoro di psicoterapia con Silvana e Giuliano.



Quando l'équipe incontra per la prima volta la coppia si trova di fronte due facce di una stessa medaglia: lei siede composta sulla sedia, è una donna minuta, ben curata e gentile. I capelli lisci color castano le cadono sulle spalle, gli occhi castani e grandi celano un misto tra paura e speranza, la pelle è chiara; lui, invece, si adagia comodamente sulla sedia accanto alla moglie, è basso, calvo ma piacente e spigliato, gli occhi piccoli e neri disegnano rapide orbite, la carnagione è olivastra. Dopo esserci presentate, chiedo loro di raccontarci qualcosa di loro.

La moglie aveva esplicitato immediatamente la sua richiesta d'aiuto: "Non riusciamo più a trovarci [...] Lui vorrebbe l'amore di quando ci siamo conosciuti ma per me *quell'amore* è cambiato".

La memoria di quell'amore trasuda da ogni poro della pelle di Giuliano che traccia i contorni della loro storia. Si sono conosciuti durante gli anni

del liceo, appartenevano a due gruppi distinti: lui rappresentante d'istituto e PR (addetto alle Public Relations) di vari locali nella loro zona, lei dedita allo studio, una delle più brave della sua classe. Dopo i primi sguardi d'intesa, scambiati furtivamente nei corridoi, la ragazza finalmente accetta l'invito di Giuliano ed iniziano a frequentarsi.

Cosa l'aveva colpita di Giuliano? Era il suo primo amore. Lo tratteggia come un ragazzo intraprendente ed estroverso; ricorda con nostalgia il senso di protezione e sicurezza che ha provato sin dal loro primo incontro. Sensazioni già conosciute per la donna, cresciuta in una famiglia molto accidentata e in cui lei, ultima di tre figlie, ha maturato sempre più quel senso del dovere e della determinazione che poi le ha permesso di diventare un medico cardiologo con doppia specializzazione. La sua professione è sempre stata per i suoi genitori – e al contempo anche per lei – l'ambi-

---

zione prima da raggiungere, più di ogni altra cosa. E a Giuliano cosa ha colpito di quella ragazza? La sua estrema bellezza, in perfetta armonia con la sua gentilezza, gli aveva rapito il cuore. Cresciuto in una famiglia in cui il dolore ha regnato per tanti anni, primo di quattro fratelli, all'età di 16 anni ha perso il papà e dal quel momento in poi ha indossato gli abiti del capo famiglia. In lei ha intravisto la libertà di poter amare generosamente, prendendosene cura *tout court*, confermando così il suo ruolo. Erano l'uno per l'altro il tassello mancante, con un incastro quasi perfetto. Ecco la geometria di ciò che è accaduto in quel magico incontro, che per Silvana e Giuliano è diventato l'inizio di un lungo cammino insieme. Da quel momento, hanno costruito la loro casa del cuore. Un luogo in cui crescere una famiglia con amore e ammirare l'avvicinarsi di importanti cambiamenti: le lauree, la costruzione dell'identità professionale, il matrimonio, la nascita dei tre figli.

L'arrivo di un figlio ha modificato profondamente il legame coniugale, tanto da rendere la nuova nascita una vera e propria sfida per la coppia. Infatti, Scabini e Cigoli sostengono che «la transazione alla genitorialità comporta un periodo di crisi nel rapporto di coppia, che può essere letta come una crisi evolutiva in grado di consentire una riorganizzazione sia dell'assetto della personalità dei due coniugi sia del loro equilibrio relazionale» (Scabini, Cigoli, 2000, p. 130).

La nascita di Giorgia e Gabriele aveva comportato una riorganizzazione che, in realtà, era apparsa piuttosto fluida: Giuliano si era generosamente fatto carico dei principali compiti evolutivi dei figli, permettendo così a Silvana di continuare a studiare e specializzarsi serenamente. La loro danza di coppia, in cui lui tracciava per primo i passi e lei seguiva affidandosi ciecamente, prosegue su melodie armoniche fino alla nascita della terza figlia Elisa. In quel momento tutto è cambiato e qualcosa si è rotto. Giuliano indietreggia "per consentire alla moglie di vivere con gioia la maternità come mai prima": da essere

costantemente presente al suo fianco, comincia ora a dedicare molto tempo ad un nuovo lavoro e ad un percorso di coaching e trasformazione individuale fisica e mentale, dimagrisce di oltre 30 kg e segue obiettivi personali inediti. Silvana si dedica, così, maggiormente alla famiglia e ai figli, assecondando la decisione del marito.

Quali emozioni e pensieri ricordano di quel periodo? La moglie ha un nodo in gola che non tarda a sciogliersi tra le lacrime: "Mi sono sentita abbandonata [...] Gli chiedevo aiuto e lui faceva promesse che poi non manteneva". Giuliano ha la voce rotta dal rammarico: "Ho avvertito un rifiuto fisico da parte sua e mi sono allontanato e chiuso in me stesso".

Il *fil rouge* che lega Silvana e Giuliano sembra essersi temporaneamente disperso nella complessità dell'intreccio tra relazione coniugale e genitoriale, innescando meccanismi di attacco reciproco che hanno generato un vuoto quasi incolmabile. Il loro abbraccio era diventato un vero e proprio duello, e il loro dolore sempre presente..

Così lei cerca e trova conforto nelle calde braccia di un altro uomo, mentre lui maschera le sue emozioni ricevendo apprezzamenti e riconoscimenti nel suo nuovo lavoro.

E i loro figli, che clima hanno respirato? I genitori, con lo sguardo fiero, ci raccontano che tutti e tre hanno subodorato l'aria di tempesta. Giorgia, ragazza indipendente, studiosa e taciturna, ha costruito sempre più dentro di sé la convinzione di dover camminare da sola; Gabriele, invece, sembra aver assorbito confusione e smarrimento tanto da cominciare a mettere in atto comportamenti agitati e oppositivi, spesso avallati dal padre; Elisa, ha iniziato a rifiutare la presenza del padre, prediligendo il rapporto con la madre. Ma nessun figlio, in quel momento, manifestava una sintomatologia importante, tale da necessitare un ampliamento dello sguardo dell'équipe verso una terapia familiare.



Giuliano e Silvana giungono così in terapia, ad un passo dal burrone, immobili dentro un piccolo cerchio magico, in balia di loro stessi. Tutto va a pezzi e il rumore del cuore, che non riconosce più nulla e che si arrampica in tutte le direzioni, non arresta la corsa. Il marito desidera ritrovare la passione e il desiderio iniziale su cui è nato e cresciuto il loro amore, la moglie, invece, vorrebbe trovare una strada nuova per potersi ritrovare e rinascere come coppia e famiglia.

Lei è immobile e scruta il marito con occhi tristi. Sulla sua pelle sbocciano piccole macchie viola che le danno un'aria da dispersa nel loro stesso campo di battaglia. Lui sembra essere su un altro pianeta, chiuso in una bolla d'aria.

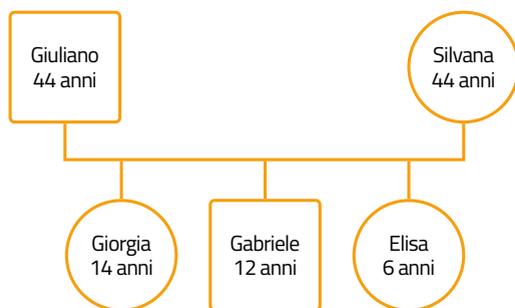


Figura 1 - Genogramma di Silvana e Giuliano

### IL CONTRATTO TERAPEUTICO: NUOVA DANZA O ASSOLI INEDITI?

Nel complesso lavoro con le coppie è fondamentale prestare attenzione alle dinamiche interpersonali attuali tra i due partner, ma anche a quelle intrapsichiche, al bagaglio che ciascuno porta con sé nell'incontro con l'altro, ai copioni relazionali insiti nella storia personale e che ognuno tende a ripetere tanto più coattivamente quanto più determinano sofferenza. «Il luogo psichico della coppia va considerato contemporaneamente punto di partenza e punto di arrivo, territorio costellato di vincoli ma ricco di possibilità» (Colacicco, 2006, p. 13).

Watzlawick (1978) afferma che la relazione tra due oggetti, membri di una coppia, è qualcosa di qualitativamente differente dalla sommatoria delle caratteristiche di ciascun individuo.

In linea con quest'affermazione, Philippe Caillè (1993) scrive che «la coppia è un sistema che esiste solo nel momento in cui due persone si definiscono tali». La coppia, dunque, è autocreatrice della relazione che la costituisce.

Quando crescita individuale e crescita di coppia differiscono, la voce dell'io diviene predominante rispetto al mito fondatore del noi e pertanto si verifica una minaccia per la continuità della coppia, innescando una prospettiva di rottura della relazione.

Nella relazione tra Silvana e Giuliano emerge una modalità ridondante e aggressiva da parte di entrambi: se Giuliano manifesta un'aggressività più esplicita e diretta, Silvana tende ad essere più passiva, ma ad agire la rabbia su binari sotterranei. L'équipe avverte l'intensità del loro amore che risuona sia dentro la stanza di terapia che dietro lo specchio, ma appare altrettanto evidente che il dolore è ormai intollerabile. Le loro difficoltà sembrano insorgere nel momento in cui la coppia perde di vista *quel* "terzo" relazionale - il loro noi -, trascurandolo e abbandonandolo, relegando la sua esistenza sullo sfondo.

Tracciare il sentiero della terapia di coppia con Silvana e Giuliano significa, dunque, considerare l'esistenza di un "terzo", di quel "più uno" che accompagna la coppia fin dal suo costituirsi: l'*assoluto di coppia*, cioè, che corrisponde alla «rappresentazione condivisa che i due partners hanno della loro coppia e su cui si struttura il loro sentimento di appartenenza» (Caillè, 1993, p.43); un patto implicito, specifico di quella coppia in cui il livello "fenomenologico" delle interazioni - più immediatamente accessibile allo sguardo - è sempre ricorsivamente collegato al livello "miti-

co”, più profondo e sommerso delle rappresentazioni, dei valori e delle credenze.

In questi casi, il ruolo del terapeuta o dell' équipe, non è quello di “riparatore” del guasto, quanto piuttosto di “interlocutore” che accompagnerà la coppia nel processo di esplorazione della propria dinamica relazionale, focalizzando l'attenzione sul *noi*.

In questo modo, l'assoluto di coppia può riemergere dalle ceneri, rioccupare il posto d'onore ed essere protagonista del processo terapeutico; ma è solo la coppia che potrà comprendere se è ancora vivo e può essere rigenerato o se, invece, appartiene al passato. Il percorso terapeutico con Silvana e Giuliano ha avuto, dunque, l'obiettivo di condurre la loro crisi di coppia verso uno sbocco: imparare insieme nuovi passi di danza oppure danzare in solitaria sulle note di un asolo inedito.

#### BIBLIOGRAFIA

- Caillé P., *La coppia, questa sconosciuta e la sua domanda*, Psicobiettivo, 1993;
- Caillé P., *Uno più uno fanno tre. Quale psicoterapia per la coppia di oggi*, Roma, Armando Editore, 2007.
- Cancrini L., *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, Roma, Carocci Editore, 2008.
- Cancrini L., La Rosa C., *Il vaso di pandora*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 2010.
- Colacicco F., *La ruota che stride. Meccanismi di difesa e trattamento psicoterapeutico*, Ecologia della mente, numero 29, 2006.
- Ghezzi D., *La terapia con le coppie. Un protocollo consolidato*, Terapia familiare numero 74, Milano, Franco Angeli, 2004.
- Scabini E., Cigoli V., *Il famigliare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Selvini M., Selvini Palazzoli M., *Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare*, Ecologia della mente, volume 4, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1989.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradosso e Controparadosso*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1975.
- Romanello A. (a cura di), Calamo Specchia A., Romanello I., Vinci F., Zagaria D.T., *Cambiare Pelle – Diventare terapeuta attraverso i percorsi formativi della Scuola Change*, Alpes Edizioni, Roma 2018.
- Watzlawick, P.-Weakland, J.H., *La prospettiva relazionale*, Roma, Astrolabio, 1978.





# IL RUOLO DELLA FORMAZIONE PSICOLOGICA INDIVIDUALE NELLO SVILUPPO DEI PROCESSI DI AUTOREGOLAZIONE COGNITIVO-AFFETTIVA E NELLA PREVENZIONE DELLE FORME PIÙ INVALIDANTI DI PSICOPATOLOGIA

## RIASSUNTO

Nonostante la scienza in generale abbia fatto grandi passi in avanti, si sottovaluta enormemente l'importanza dell'efficacia e dell'efficienza della formazione psicologica nel migliorare la qualità di vita individuale. Le capacità psicologiche, per affrontare adeguatamente le varie situazioni che un individuo incontra nel corso della sua esistenza, si possono apprendere solo attraverso percorsi formativi specifici, perché non sono ereditariamente trasmesse dal patrimonio genetico. Questo vale

per tutti, indipendentemente dal livello culturale, dal ceto sociale di appartenenza o da una competenza specifica acquisita in campo lavorativo. La specificità dei meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettivi, richiede una modalità di acquisizione ben definita e strutturata da percorsi professionali altrettanto specifici e mirati. Questo per effetto della complessità acquisita dall'essere umano rispetto al passato, come risposta a richieste ambientali ed esistenziali sempre più pressanti ed altrettanto complesse.

**Devid Sabatini**

Specialista in psicoterapia  
Psicologo a indirizzo clinico e di comunità  
Psicologo dello sport e della performance

## PAROLE CHIAVE

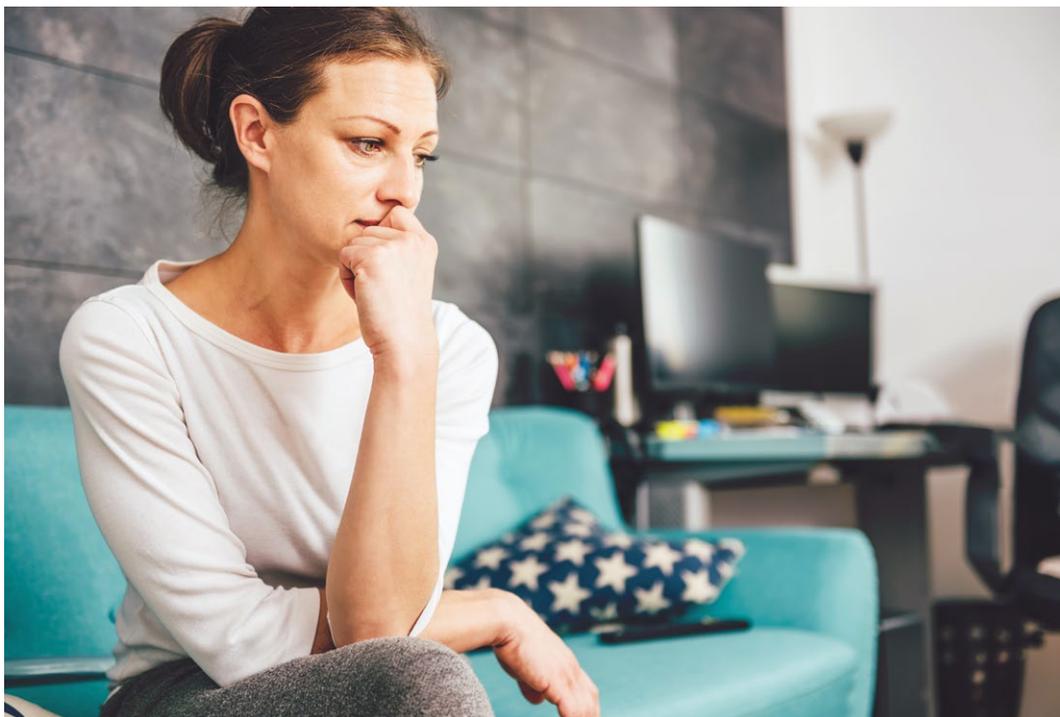
Depressione, fobie, autoefficacia, autostima, salute, benessere, formazione.

## ASPETTI GENERALI DELL'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE PSICOLOGICA COME RIDUTTORE DI COMPLESSITÀ NEL CONTESTO SOCIALE

La necessità di costruire percorsi psicologici formativi, rappresenta un primo obiettivo per tutti coloro che vogliono migliorare la qualità di vita e prevenire forme di disagio più o meno invalidanti, che rappresentino un potenziale ostacolo al raggiungimento degli obiettivi personali, professionali e familiari. Al giorno d'oggi si parla sempre più frequentemente di formazione, a vari livelli, tanto che diviene sufficiente navigare per il *web* e digitare all'interno dei motori di ricerca le parole chiave oggetto di interesse. Sfilze di risultati compaiono sul *monitor*, impalmando le nostre capacità di elaborazione relative alla scelta dei percorsi più idonei. Ma la cosa che

più spesso compare agli occhi degli utenti è la struttura di molti di essi, il cui obiettivo sembrerebbe quello, non tanto di fornire strumenti validi al miglioramento di sé stessi, delle proprie conoscenze e della capacità di poter essere sempre più competitivi nell'espletamento delle proprie competenze, ma quello di catturare l'utente facendo leva su tematiche che hanno da sempre cozzato con i principi di una buona formazione, cioè la notevole riduzione del tempo necessario per gli apprendimenti (oltre che della loro adeguata elaborazione), con il conseguente relativo enorme risparmio di tempo.

L'obiettivo diviene quello di ridurre al massimo il tempo da investire in questa fase, con la falsa convinzione che è bene rivolgere le energie in altri processi. In linea generale, la formazione viene vista come un ostacolo all'interno di un mondo che è diventato sempre più veloce e che non può permettersi il lusso di perdere del tem-





po in processi che vengono considerati quasi di intoppo al raggiungimento dei “veri” obiettivi. In particolare nel campo della psicologia e della sua applicazione ai vari contesti formativi, si registra una colpevole mancanza di attenzione rispetto ai benefici che un’adeguata formazione psicologica nel sociale potrebbe fornire. In alcuni casi è determinata dalla erronea convinzione che si tratti di qualcosa di superfluo e che sarà poi il vivere quotidiano con i suoi risvolti pratici a portare verso uno sviluppo con un accrescimento e una regolazione delle capacità emotive, affettive e cognitive necessarie al buon funzionamento psico-sociale dell’individuo.

Questa generale credenza è anche la causa della mancanza di un’adeguata attenzione da parte delle istituzioni, che al contrario, dovrebbero appoggiare tali iniziative. Anche laddove esistano dei percorsi formativi, questi non vengono adeguatamente promossi e valorizzati, proprio in virtù di quella errata credenza precedentemente menzionata, che finisce per alimentare la logica del “tanto non serve a niente”. Basti pensare alla scarsa e inadeguata attenzione che le istituzioni hanno riservato all’aspetto psicologico della popolazione in seguito alla pandemia da covid 19. Volendo vedere su una scala più piccola come questi aspetti si evidenziano operativamente è sufficiente osservare alcuni fenomeni che si riscontrano all’interno delle stanze degli psicologi.

Questo aspetto, che potremmo definire di trascuratezza, appare evidente a quegli psicoterapeuti che si occupano di clinica e quotidianamente si trovano a doversi confrontare con situazioni di diverso genere, che appaiono decisamente al limite tra il grottesco e il drammatico. Una di queste, frequentissima, è quella che spessissimo si incontra nella pratica professionale e che rappresenta la punta dell’*iceberg* di un disagio che è espresso dalla persona portatrice del disturbo, ma che al tempo stesso rappresenta qualcosa di molto più grande, che coinvolge tutto il mon-

do nel quale si trova quotidianamente a vivere e ad interagire. Ci si riferisce alla ferrea ed ostinata convinzione di molti suoi familiari che il problema sia solo della persona definita “malata”, piuttosto che leggere il malessere come il segnale di un intero sistema che funziona male. Questo li conduce sovente al rifiuto, oltre che di partecipare direttamente o indirettamente al percorso terapeutico, anche di poter vivere un semplice e banale incontro con lo specialista di turno, col solo scopo di ricevere delle informazioni. Un atteggiamento che potremmo definire di ostinato egocentrismo infantile, figlio di una visione riduzionista ed arrogante della realtà.

Per gli psicologi clinici e di comunità questo è il segno della mancanza di conoscenze e formazione rispetto a certe tematiche fondamentali per il benessere individuale e sociale, che affonda le sue radici in tempi lontani della storia individuale di ciascuno. Gli effetti più devastanti di tale mancanza di conoscenza, si ripercuotono sia nel breve tempo, per ciò che riguarda il buon esito del trattamento, sia nel medio-lungo periodo rispetto alla qualità di vita espressa dall’intera famiglia. Il dato che sancisce definitivamente la necessità di istituire percorsi appropriati nel campo della psicologia è rappresentato dal fatto che le dinamiche su descritte appartengono a persone inserite in contesti che coprono la totalità delle sfere sociali e culturali. Occorrerebbe prendere in considerazione la necessità di istituire percorsi formativi obbligatori, che abbiano l’obiettivo di far conoscere i principi base del funzionamento della psiche e di quelle che sono le dinamiche relazionali esistenti tra le persone che interagiscono. Portare a conoscenza dei meccanismi base, permetterebbe di semplificare il lavoro degli specialisti laddove venissero chiamati in causa, risparmiando loro di trovarsi fronte a situazioni come quella descritta sopra.

Aumenterebbe di molto il lavoro della psicologia che verrebbe vista come un’importante dimen-

---

sione per il benessere dell'essere umano, invece che come una branca del sapere spesso considerata erroneamente inutile, alla quale ricorrere solo in casi disperati e con aspettative sbagliate. Formazione in questo senso significa anche e soprattutto prevenzione e semplificazione degli interventi, con tassi di riuscita più elevati di quelli attuali, perché occorre ricordare, che il disagio psicologico è simile al disagio e malessere fisico, nel quale la trascuratezza porta all'aggravamento di una situazione potenzialmente risolvibile con poco e che, invece, finisce per incistarsi in dinamiche decisamente difficili da modificare. Molti *drop out*, anche solo dopo una seduta, sono dovuti alla mancanza di conoscenza relativa a come si svolga un incontro dallo psicologo o in che cosa consista un percorso di psicoterapia.

La letteratura scientifica sull'argomento ha da tempo dimostrato l'importanza e il ruolo della formazione specifica nell'acquisizione di strategie cognitive e nella capacità di *problem solving*. Questo non soltanto nei contesti sociali, lavorativi e familiari, ma anche nei contesti clinici per le forme più invalidanti di psicopatologia, tanto che alcuni percorsi di psicoterapia assomigliano più a processi formativi, che a una psicoterapia tradizionalmente intesa. In questo contesto ci si focalizzerà sull'importanza dell'acquisizione di capacità specifiche, fornendo un taglio esclusivamente clinico.

### **IL RUOLO DELL'AUTOREGOLAZIONE COGNITIVO-AFFETTIVA ALL'INTERNO DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO INDIVIDUALE.**

Il cambiamento individuale è un concetto che porta con sé teorie e conoscenze di diverse discipline, come la psicologia quando parliamo di psicoterapia, la sociologia se guardiamo e osserviamo i fenomeni sociali, la biologia quando osserviamo i fenomeni naturali, la fisica se parliamo di entropia dei sistemi viventi e questo solo per rimanere all'interno di poche discipline. Spesso si utilizza un ossimoro, dicendo che il cambiamento è l'unica cosa costante per indicare come

sia inevitabile e per tanto richieda da parte della persona la massima preparazione per essere affrontato.

Essere pronti al cambiamento significa, anche, riuscire a conservare un buono stato di salute generale nel corso del tempo. Dunque, le persone devono essere preparate a questo, attraverso il possesso di capacità in grado di consentire un continuo adattamento o quando esistano situazioni particolari, anche di uno stravolgimento importante. La teoria socio-cognitiva (Bandura, 1977) ci dice come la persona che possiede delle capacità specifiche è molto più preparata a considerare la possibilità di modificare delle abitudini dannose, di mantenere nel tempo un'adeguata quota di motivazione al raggiungimento dell'obiettivo e di far fronte a quelli che possono essere degli intoppi lungo il percorso che conduce al nuovo equilibrio. Il problema pare che non consista tanto nella presenza di mezzi e strategie esistenti per modificare le abitudini nocive o intraprendere attività riabilitative, ma nella capacità individuale di poter padroneggiare in qualche modo tali potenziali strategie.

Come dire non è tanto la presenza abbondante di cibo davanti a noi a fare la differenza, ma la possibilità di poterlo mangiare e goderne appieno, altrimenti per usare un'immagine metaforica, la tavola non sarà comunque allettante e presto la si abbandonerà. Le persone se sentono di essere prive delle capacità di riuscire in quel progetto, ritengono che non abbia senso nemmeno provarci. Se poi vengono convinte, magari attraverso atti persuasivi, e non ottengono velocemente dei risultati positivi o si registrano intoppi, tendono ad abbandonare rapidamente e questo anche rispetto a comportamenti che sono palesemente necessari al mantenimento o al raggiungimento del benessere, come ad esempio abitudini legate al fumo, all'abuso di alcool o che rappresentano dei fattori di innesco per altre psicopatologie come disturbi d'ansia e disturbi depressivi. Una corretta formazione, che conduce all'autore-



golazione cognitivo-affettiva, dovrebbe avere l'obiettivo di rafforzare l'efficacia personale in rapporto alla possibilità di poter svolgere determinati comportamenti e mantenerli nel tempo. I processi di cambiamento individuale, necessari al mantenimento dello stato di salute, sono sovente impediti da una cattiva informazione e formazione.

Ad esempio, il continuo ricorso all'emozione di base della paura, rappresenta un primo ostacolo allo sviluppo delle competenze individuali e dell'autoregolazione a diversi livelli. Le campagne pubblicitarie e divulgative che fanno eccessivamente leva su questi aspetti, finiscono per produrre risultati di adesione alle corrette pratiche comportamentali di gran lunga inferiore a quelli auspicati. Il motivo è rappresentato dal fatto che si trascura una determinante fondamentale e cioè il senso di controllo personale su tali processi. Il ricorso ad un eccessivo spavento, come acca-

de per alcune promozioni della salute, conduce le persone, scarsamente equipaggiate di strumenti di tipo cognitivo ed affettivo, a ignorare completamente i messaggi ascoltati. Certamente, in questo caso il problema è duplice, perché da una parte impattiamo con i limiti della comunicazione specifica e dall'altra con i limiti individuali che hanno, come sappiamo, radici molto più profonde e che andrebbero educate con percorsi specifici, come evidenziato nel primo paragrafo.

A testimoniare questo c'è un lavoro di Beck e Lund (1981) rispetto all'impatto persuasorio di messaggi sanitari in relazione alla malattia periodontale. Le comunicazioni che facevano leva esclusivamente sulla gravità di tale condizione hanno avuto scarso successo, al contrario di quelle che privilegiavano le convinzioni di efficacia rispetto alla possibilità di poter eseguire abitualmente le corrette pratiche igienico-sanitarie. Occorre considerare che le persone

---

hanno bisogno di sapere di poter essere in grado di continuare ad esercitare un controllo attivo nella pratica di tali abitudini, altrimenti, pur corrette che siano, le abbandoneranno o le ignoreranno del tutto. Stessa cosa accade anche per malattie più serie e rischiose come il cancro (Seydel, Taal e Wiegman, 1990), dove la persona deve essere correttamente informata, ma allo stesso tempo deve mantenere una lucidità in grado di riconsegnarle nell'immediato un senso di controllo. All'interno dei percorsi formativi o dei percorsi di sostegno consigliati in seguito ad una diagnosi infausta, occorrerebbe tenere conto che è bene informare dei potenziali pericoli per giustificare un investimento di energia nel percorso terapeutico, ma allo stesso tempo è ancora più importante strutturare gli interventi in maniera da far mantenere alla persona un senso di controllo costante. Si potrebbe partire dall'insegnare all'individuo come regolare il proprio comportamento per gestire, attraverso delle azioni quotidiane, preoccupazioni che si presentano alla mente. La consegna di strumenti finalizzati ad aumentare la percezione individuale del controllo, sortisce effetti di gran lunga maggiore della paura. Per aumentare la probabilità che vengano eseguite le pratiche raccomandate, occorre creare capacità di autoregolazione personale e questo può essere fatto solo attraverso percorsi formativi adeguati e specifici.

Oltre alla capacità dell'individuo di prendere in considerazione la possibilità di intraprendere un cambiamento, occorre incentrare i processi formativi anche sulla capacità individuale di mantenere la determinazione sufficiente per proseguire nel percorso intrapreso. Spesso, questo aspetto è trascurato e diviene la prima motivazione associata all'abbandono dei percorsi e al ripristino delle vecchie e nocive abitudini che portano ad un ulteriore peggioramento. Maddux e Rogers (1983) ci dicono come la consegna di strumenti che aumentano la percezione di padroneggiamento della situazione in atto, agisce anche sulla capacità di sviluppare una maggiore

resilienza legata proprio a questi aspetti di costanza e perseveranza indispensabili per raggiungere l'obiettivo. Al contrario quello al quale si assisterà sarà l'abbandono del percorso o nella migliore delle ipotesi una aderenza irregolare che porterà, comunque, ad ottenere pochi o nulli benefici (McAuley e Jacobson, 1991; McAuley e Roney, 1990; Mitchell e Stuart, 1984). Bandura (1986a) ha più volte evidenziato nel corso dell'esposizione delle sue teorie, come l'atto di volontà non sia sufficiente per l'autoregolazione dei processi cognitivo-affettivi.

Quest'ultima è possibile attraverso un accrescimento del senso di autoefficacia specifico, che si acquisisce attraverso una formazione altrettanto specifica. Occorre imparare a monitorare il comportamento che si vuole cambiare, stabilire degli obiettivi che siano raggiungibili e cioè calibrati a seconda delle attuali capacità possedute dall'individuo, al fine di preservare un'altra componente fondamentale al raggiungimento dell'obiettivo e cioè la motivazione a perseverare, per favorire lo sviluppo di una componente resiliente.

Le convinzioni di autoefficacia specifica sono fondamentali per mantenere un buon livello di cura e gestione individuale rispetto a tantissime forme di sofferenza clinica come la pneumopatia ostruttiva cronica, garantendo il miglioramento della funzione polmonare, in pazienti infartuati permettendo il miglioramento e il recupero della funzione cardiovascolare, nell'artrite reumatoide con una riduzione del dolore e delle disfunzioni, sulla riduzione del colesterolo con percorsi dietetici, sulla riduzione della cefalea muscolo tensiva, sulla gestione del diabete e di tante altre forme di sofferenza fisica. Gli individui che purtroppo vivono situazioni ascrivibili a tali quadri clinici, necessitano di adeguati *training* formativi per gestire la loro complicata situazione di salute. Coloro che si dimostrano riluttanti a seguire percorsi specifici, ottengono pochissimi risultati in termini di costanza del nuovo comportamento e del nuovo stile di vita e questo nonostante sap-



piano la gravità della loro situazione e di quello al quale possono andare incontro. La gestione delle situazioni cliniche su descritte, necessita anche di un'adeguata elaborazione delle emozioni ad esse associate. Prendendo in considerazione una gravità e cronicità simile in individui differenti, è stato dimostrato come chi possedesse strategie di padroneggiamento della situazione, fosse molto meno stressato e depresso della propria condizione clinica, rispetto a coloro che erano privi di tali strumenti (Martin et al., 1993). Lo sviluppo di tali strategie è un processo ad altissima specificità.

Ciò, significa che il senso di autoefficacia può essere considerato una variabile psicologica che varia in termini di efficacia a seconda della dimensione della salute della quale ci stiamo occupando. Questo determina che è impossibile stabilire attraverso prove onnicomprensive del senso di autoefficacia, la capacità dell'individuo rispetto alla gestione generale della propria salute (Walker e Franzini, 1983). Tale affermazione è stata dimostrata da studi comparativi attraverso la misurazione dell'autoefficacia con apposite scale facenti riferimento ad aree specifiche e ben definite, che hanno evidenziato essere più precise rispetto a scale di valutazione del senso di autoefficacia che valutavano il senso di controllo personale in termini generali o in ambiti della salute anch'essi altrettanto generali (Alagna e Reddy, 1984; Beck e Lund, 1981; Brod e Hall, 1984; Kaplan et al., 1984; Walker e Franzini, 1983). L'autoregolazione individuale è fondamentale, come già accennato, per mantenere nel tempo i cambiamenti delle abitudini. Quelle che hanno una forte connotazione sociale, pensiamo al fumo e all'alcool, subiscono quotidianamente delle forti spinte alla loro riattivazione, funzionando da forze provocatrici.

Occorre anche tenere in considerazione che le abitudini di questo tipo portano con sé dei vantaggi sociali in quanto, per alcune persone, pos-

sono facilitare la socializzazione, oppure per il fatto di essere fortemente radicate nella cerchia delle solite relazioni interpersonali intrattenuate dall'individuo. Le cadute sono, per tanto, un qualcosa da contemplare e da insegnare a gestire attraverso la costruzione di un senso di autoefficacia resiliente, che permetta l'immediato ripristino delle sane abitudini e il conseguente sviluppo di strategie di *coping* da poter utilizzare successivamente in caso di un ulteriore ripristino delle cattive abitudini. Il percorso formativo per raggiungere ottimi livelli di gestione delle situazioni problematiche, si raggiunge sottoponendo la persona a prove di graduale crescente difficoltà attraverso un padroneggiamento diretto. Nell'insegnamento della gestione del dolore da artrite, per esempio, si fanno eseguire prove graduali che permettano di sviluppare strategie cognitive in grado di aumentare la capacità individuale.

Quando tali strategie vengono utilizzate, la gestione del dolore è notevolmente migliore rispetto a quando la persona viene messa fronte ad esperienze nelle quali non viene impiegata alcuna strategia (O'Leary et al., 1988). Anche il modellamento si è rivelato un ottimo strumento formativo. Osservare persone con quadri clinici analoghi ai propri, consente a chi le osserva, di meglio gestire le difficoltà legate al compito specifico. Alternare l'esperienza diretta e il modellamento può essere utile per consentire di acquisire strategie cognitive anche a coloro che, per una serie di ragioni, presenterebbero difficoltà importanti nel coinvolgimento diretto. Tali attività aiutano la persona non soltanto nel processo di cambiamento, ma anche in quello di persistenza e resilienza. Ad esempio, chi ha visto altre persone continuare ad applicarsi nonostante il dolore sperimentato, da seguito a un funzionamento decisamente più efficace rispetto a coloro che non hanno avuto la possibilità di assistere ad alcuna esperienza di modellamento, aumentando di fatto la soglia e la tolleranza al dolore stesso (Craig, 1983).

---

Questo processo porta anche ad un'autoregolazione cognitiva rispetto ai processi attributivi. Gli insuccessi che dovessero verificarsi, vengono elaborati cognitivamente come dovuti alla difficoltà della prova specifica in se, più che a una carenza rispetto alla capacità personale di poter raggiungere l'obiettivo. Questo porta a un incremento dell'applicazione rispetto all'apprendimento delle nuove strategie e a una conseguente costanza e resilienza. La costanza dei processi autoregolativi risulta essere fondamentale sia quando l'obiettivo è quello di modificare abitudini importanti per la salute (pensiamo a quelle legate all'alcool e al fumo), sia quando l'obiettivo è legato all'acquisizione di specifiche abilità capaci di gestire problemi di salute cronici (artrite reumatoide, disfunzioni dell'apparato respiratorio, problematiche cardiovascolari). Le strategie cognitive legate ad una buona capacità di autoregolazione cognitivo-affettiva sono fondamentali per una buona gestione delle malattie croniche.

Una delle condizioni di salute che richiede una grande capacità di riorganizzazione delle proprie abitudini è determinata dal cambiamento dovuto in seguito ad una diagnosi di diabete, specialmente in persone giovani. Gli psicologi clinici conoscono bene quanto una diagnosi di questo tipo possa cambiare la vita delle persone e gli studi professionali sono pieni di coloro che chiedono un aiuto nel ridefinire i loro stili percettivi in seguito alla comunicazione di tale diagnosi. Il lavoro con loro consiste nell'aumentare le convinzioni relative alla capacità di poter gestire adeguatamente i cambiamenti. La persona per tutta la sua vita sarà costretta a mantenere dei livelli ematici di glucosio entro precisi *range*. Significa che ci dovranno essere dei sostanziali cambiamenti nello stile alimentare, nel mantenere un adeguato impegno in attività fisiche o cominciare a praticarle se non era abituato, insieme ad una somministrazione di insulina secondo cadenze temporali precise. Tutto questo può essere eseguito se la persona acquisisce un forte senso di autoregolazione cognitivo-affettiva necessaria alla ge-

stione del nuovo stile di vita, che le consenta di sentirsi capace di affrontare tali situazioni protratte nel tempo (Crabtree, 1986; Grossman, 1987; Hurley e Shea, 1992; Padgett, 1991).

Degli studi hanno evidenziato come fattori legati alla conoscenza delle usuali pratiche quali il mantenimento del controllo glicemico o le diverse abilità nel fronteggiare le varie situazioni sociali all'interno delle quali occorre mettere in atto pratiche di prevenzione (auto-somministrazione dell'insulina), non siano dei buoni predittori per quanto riguarda il mantenimento dei suddetti fattori preventivi e di tutela contro il diabete. L'unico predittore in grado di stabilire il mantenimento e l'aderenza al regime preventivo è stata la misurazione del senso di autoefficacia specifico percepito (McCaul, Glasgow e Schafer, 1987). Nelle situazioni dove troviamo l'esistenza di malattie croniche, la regolazione cognitivo-affettiva diviene fondamentale al fine di ritardare il più possibile o evitare del tutto il passaggio da una condizione di menomazione a una di invalidità. Lavorare in questa direzione consente di rafforzare sempre più l'autogestione di quelle componenti di efficienza fisica e psicologica possedute dall'individuo che, a parte rarissimi casi, continua ad avere diverse risorse a sua disposizione. La sola somministrazione delle cure farmacologiche, il più delle volte dispensate anche senza un'adeguata comunicazione e relazione da parte del personale medico-sanitario, risulta insufficiente al fine di un'aderenza agli stessi trattamenti e conduce a un conseguente depauperamento delle capacità di eseguire le indicazioni ricevute. La scarsa aderenza alle cure o in numerosi casi l'abbandono dei trattamenti a favore di un'autogestione è figlia di tali dinamiche più che da limitazioni fisiche o da dolori causati dalla malattia (Taal et al.,1993).

Infatti, si è visto che il grado di menomazione fisica non rappresenta un valido indicatore del funzionamento personale. Il paradosso è che diverse persone che posseggono limitazioni



importanti imposte dalla malattia continuano ad avere un'esistenza attiva, mentre altre con condizioni più favorevoli si ritirano progressivamente e sviluppano un'infermità grave. Quelle che sono delle menomazioni possono essere determinate più da convinzioni personali che da un reale livello di gravità della malattia stessa (Baron et al., 1987). L'acquisizione di una personale capacità autoregolativa è indispensabile specialmente per quelle condizioni cliniche che per loro caratteristiche hanno un andamento estremamente fluttuante in termini di manifestazione dolorose e conseguenti risvolti psicologici. L'artrite reumatoide è una di queste, per cui il senso di efficacia regolatoria diviene fondamentale per agire sulle fluttuazioni della malattia stessa che sono imprevedibili e fuori dal controllo personale. A confermare tali affermazioni ci sono i dati dello studio di O'Leary e colleghi (1988) che hanno

confrontato un gruppo di pazienti che ha partecipato ad un *training* formativo ed uno al quale gli era stata consegnata soltanto una guida scritta di autoaiuto. Il programma di autoregolazione cognitiva ha portato una riduzione del dolore nel gruppo dei partecipanti rispetto a quello al quale era stata fornita solo una guida, con conseguenti benefici anche sulle componenti ansiose e depressive legate al disturbo.

Oltre a questi dati si sono registrate anche delle correlazioni fra senso di efficacia e alcuni indici immunologici, come un aumento delle cellule T (diminuite a causa della comparsa dell'artrite reumatoide) e una conseguente inibizione di anticorpi specifici. I benefici della formazione psicologica in generale e per quanto riguarda l'acquisizione di tecniche specifiche in particolare, è ormai presente in letteratura da diversi anni.



---

La complessità dell'essere umano richiede, per utilizzare una metafora, un costante aggiornamento dei suoi *files* o a volte anche la creazione di nuovi e questo nel corso di tutto il suo percorso esistenziale, indipendentemente dal livello culturale o sociale al quale appartiene.

### **L'AZIONE DEI MECCANISMI COGNITIVO-AFFETTIVI SU ANSIE E DISFUNZIONI FOBICHE**

Come è apparso chiaro nei precedenti due paragrafi, l'essere umano alla nascita non possiede tutti i meccanismi psicologici di autoregolazione necessari a garantire un buon adattamento per tutto quello che può verificarsi durante la sua vita. Il livello culturale, l'appartenenza a ceti sociali elevati o anche una formazione specifica e complessa in ambito lavorativo, non gli garantiscono di essere in grado di far fronte e gestire in maniera efficace tutti i cambiamenti che incontrerà lungo il suo arco esistenziale. Nè tanto meno l'esperienza di vita, maturata nel corso del suo percorso, gli consentirebbe di colmare questo vuoto. Così può capitare che ad un certo punto si renda necessaria l'acquisizione di specifiche competenze psicologiche nel gestire dinamiche affettive ed emotive che possono momentaneamente sfuggire al suo usuale controllo. La psicoterapia si pone in questo ambito come un percorso formativo il cui obiettivo è quello di permettere alla persona l'acquisizione di strumenti socio-cognitivi capaci di affrontare e gestire i cambiamenti vissuti rispetto a se stesso e al mondo che lo circonda.

Nel campo delle disfunzioni fobiche, all'inizio, gli individui sviluppano da sé delle strategie di regolazione affettiva ed emotiva, ma che in realtà col tempo si rivelano poco funzionali o in molte circostanze completamente nocive al buon funzionamento. In questo caso, come sarà riportato anche nel prossimo paragrafo che si occuperà della relazione tra meccanismi di autoregolazione cognitiva e depressione, il lavoro da compiere da parte del clinico è differente rispetto a quello

relativo alla formazione dei meccanismi cognitivo-affettivi nel campo delle malattie croniche. Spesso, in quest'ultimo caso occorre creare dal nulla delle strategie inesistenti, perché la malattia fisica è qualcosa che compare da un giorno all'altro o quantomeno la conoscenza della sua diagnosi e l'individuo si ritrova a dover fare i conti con un cambiamento improvviso rispetto ai programmi di vita pianificati nel medio-lungo termine, oltre che dinanzi a una disfunzione cronica.

Mentre la malattia fisica cambia e stravolge la vita, la disfunzione fobica consente comunque una certa continuità, seppur sofferta, della condizione precedente di normalità, senza modificare repentinamente i progetti e le aspettative a medio-lungo termine della persona. Tuttavia, il minimo comun denominatore ad entrambe le situazioni è rappresentato dal fatto che occorre comunque modificare i processi di autoregolazione, in quanto sono disfunzionali e non garantiscono più un buon equilibrio psicologico. Le disfunzioni fobiche che vengono trattate, portano un miglioramento oltre che nell'affrontare l'oggetto della fobia, anche nell'attività onirica della persona. Tale miglioramento si registra evitando di esporre direttamente l'individuo alla situazione temuta, attraverso un apprendimento vicario dove si sceglie un modello che possieda caratteristiche simili a quelle della persona da curare. Naturalmente, occorre dire che efficace per quanto possa essere tale tipo di metodologia, ottiene risultati inferiori rispetto a tecniche che utilizzano un padroneggiamento diretto, quindi attraverso un'esposizione in vivo.

Per completezza, anche i trattamenti e le metodiche che utilizzano soltanto la persuasione verbale registrano dei risultati, ma sempre inferiori rispetto a quelli ottenuti attraverso il coinvolgimento diretto della persona a una graduale esposizione con la situazione o l'oggetto fobico (Brian Wilson, 1981; Feltz et al., 1979; Bandura et al., 1977; Bandura et al., 1969; Brian e Wilson, 1981; Thase e Moss, 1976). Tale aspetto sotto-



linea l'importanza della metodica terapeutica o formativa, sui meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettivi più di quello che si possa immaginare. I percorsi terapeutici che producono dei risvolti solo parziali nel superamento delle strutture fobiche, ricevono una spinta considerevole se viene introdotta una tecnica supplementare che completi le precedenti. Nel caso su riportato, abbiamo visto come sia metodologie terapeutiche che utilizzano l'apprendimento vicario, sia metodologie che si basano su tecniche di persuasione verbale, producano dei risultati, ma se a queste vengono aggiunte metodologie che utilizzano il padroneggiamento diretto, le percezioni e reazioni fobiche si destrutturano completamente. Per tanto, non sarebbe la gravità della fobia a fare la differenza, ma quella della metodica applicata e quindi del processo di apprendimento e formativo utilizzato (Bandura e Adams, 1977; Bandura et al., 1977; Bandura et al., 1969; Biran e Wilson, 1981; Thase e Moss, 1976). Ciò implica l'apprendimento di nuove strategie che consentano la messa in atto di meccanismi cognitivo-affettivi differenti da quelli attivati dalle strategie mentali derivanti da percorsi che facevano riferimento all'esperienza vicaria o alla persuasione verbale. La possibilità di poter lavorare su differenti meccanismi di autoregolazione consente una migliore risoluzione di forme fobiche particolarmente complesse da certi punti di vista.

Se prendiamo in considerazione l'agorafobia potremo cogliere tali peculiarità. La persona che ne soffre, solitamente possiede diverse limitazioni che possono riguardare non soltanto la conosciuta paura di allontanarsi e oltrepassare limiti che considera sicuri, ma anche altre che poco o niente hanno a che vedere con una strutturazione agorafobica comunemente intesa. Si possono incontrare delle situazioni nelle quali la persona risulta bloccata anche su altri aspetti della propria quotidianità, come l'attività fisica e questo anche se esercitata all'interno dei limiti spaziali considerati sicuri. Tale blocco è sovente carat-

terizzato dalla paura che, aumentando i propri battiti cardiaci, il cuore possa cedere come conseguenza dello sforzo. Tale paura ha poco in comune con le caratteristiche espresse dall'agorafobia. Il trattamento di queste situazioni richiede un percorso differenziato sia per il superamento dei limiti spaziali, sia per la paura di morire in seguito ad un attacco cardiaco. L'evidenza empirica è rappresentata dal fatto che il superamento dei limiti imposti dall'agorafobia, difficilmente portano un superamento anche della paura di essere vittime di un infarto.

È l'evidenza che su queste due fobie agiscono meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettiva differenti e pertanto richiedono percorsi terapeutico-formativi altrettanto diversi. Il superamento dell'agorafobia non produce un effetto cascata attraverso la quale si spazza via anche il resto delle strutturazioni fobiche. Né tanto meno esiste una propedeuticità, nel senso che la condizione di strutturazione differenziata persiste e si evidenzia anche se ad essere trattata è prima la paura legata alla conseguenza di registrare battiti cardiaci elevati o ad altra forma fobica esistente. Tuttavia, occorre anche riportare che una correlazione tra percezioni e reazioni fobiche può sussistere e trovarsi dinanzi a un miglioramento di alcune condizioni temute tramite l'intervento su altre, ma raramente a un completo recupero.

Questo esprimerebbe una complessità di tali situazioni cliniche e confermerebbe che l'individuo da sé non è in grado di attingere da proprie risorse magari fino a quel momento sconosciute. Solitamente quello che avviene è la creazione *ex novo* di tali risorse, ma sempre tramite un processo formativo. Il miglioramento che si registra, rispetto ad una condizione fobica generale, nel momento in cui si destruttura una parte della percezione fobica è determinato, presumibilmente, da un incremento dell'autoefficacia percepita (Bandura A., 1977), che consegna all'individuo un senso di maggiore controllo rispetto alla possibilità di poter superare completamente i limiti imposti dalla

---

sindrome fobica. Per tanto, il miglioramento sarebbe determinato più da un aumento della sua capacità specifica nel superare quella difficoltà, che ad una reale estinzione della componente fobica. Questo avalla due precedenti affermazioni sostenute nella teoria socio-cognitiva di Bandura (1977) e cioè che il padroneggiamento diretto di tecniche che aumentano la percezione del controllo su certe situazioni sociali, diminuisce l'attivazione fisiologica e che i meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettivi sono specifici, non generalizzabili e richiedono un continuo apprendimento in quanto non ereditati dal patrimonio genetico. Tuttavia, quello che si verifica in seguito al superamento di una fobia è un consistente aumento del senso di autoefficacia. Questo è il dato più confortante in quanto diviene il predittore più importante nel trattamento e superamento delle reazioni agorafobiche e questo indipendentemente dal fatto che vengano monitorate e adottate altre variabili predittive come l'anticipazione ansiosa, la percezione del pericolo o il livello di attivazione ansiosa associata durante la prova (Williams et al., 1989; Williams e Watson, 1985).

Ciò spiegherebbe come mai non è sufficiente diminuire l'attivazione fisiologica o estinguerla del tutto, per risolvere una fobia, magari attraverso trattamenti esclusivamente farmacologici che anestetizzano l'individuo. In tali casi si assisterebbe a una possibile diminuzione delle reazioni, facendo comunque permanere la percezione del pericolo imminente. Se la persona è priva di uno specifico percorso formativo, che la porta ad acquisire altrettanto specifici strumenti, sperimenterà comunque una percezione fobica e limitante. L'acquisizione di quest'ultimi, permette l'applicazione di strategie di *coping* sviluppate in seguito alle esperienze di successo, creano le basi per la strutturazione di nuovi meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettivi la cui efficacia ed efficienza si evidenzierà anche a dispetto di importanti attivazioni fisiologiche *pre-performance* che la persona può successivamente vivere.

---

## IL RUOLO DEI MECCANISMI COGNITIVO-AFFETTIVI NELLA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE DIVERSE FORME DEPRESSIVE

Le diverse forme depressive, che si registrano ai giorni nostri, sono sempre più svincolate da quella che un tempo era definita una matrice endogena, cioè legata a componenti genetiche, trasmesse ereditariamente, che a un certo punto si manifestavano attraverso le caratteristiche più volte osservate all'interno dei contesti clinici, con perdita di spinta a compiere qualsiasi attività quotidiana, anche minima. Attualmente, le forme depressive hanno modificato la loro eziopatogenesi a favore di forme reattive, nelle quali il fattore scatenante non è più riconducibile a un male oscuro che improvvisamente si impossessa dell'individuo e lo rende incapace di compiere anche le cose più semplici. Come sostiene il nome stesso, esprimono una reazione a qualcosa nei confronti della quale la persona si sente impotente, come effetto dell'incapacità di esercitare una qualche forma di controllo su di essa.

Come sanno i clinici, le forme di psicopatologia si modificano col cambiare dei contesti sociali e delle richieste che vengono avanzate all'interno dei contesti stessi. Le pressioni sociali riscontrabili sul lavoro, all'interno della famiglia e soprattutto all'interno della società, specialmente in questi ultimi due anni caratterizzati dalla pandemia dovuta al covid-19, hanno creato sempre più richieste pressanti agli individui, facendoli cadere spesso all'interno di labirinti mentali percepiti senza via di uscita. Occorre anche dire che esiste una stretta correlazione tra gli stati ansiosi e depressivi (svincolandosi così da rigide classificazioni nosografiche), dove l'ansia rappresenta una reazione fisiologica proprio alle pressioni incontrate, come effetto dell'impossibilità di poter modificare e gestire eventi vissuti come potenzialmente nocivi. Il sentirsi all'altezza di una prova che la vita ci pone lungo il nostro cammino, di qualsiasi natura essa sia, sembrerebbe essere la principale chiave per comprendere come agisco-



no i meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettivi legati alla depressione.

Quest'ultima è l'effetto di meccanismi che entrano in gioco tanto nella relazione che la persona intrattiene con sé stessa, attraverso un'adeguata modalità di elaborazione cognitiva, sia nel rapporto che intrattiene a livello relazionale, creando una rete di sostegno sociale in grado di mediare il senso di autoefficacia individuale rispetto a cambiamenti di vita più o meno improvvisi. Il sostegno sociale non è qualcosa di scontato nel momento in cui si verificano difficoltà nella vita di una persona. Occorre che chi ne necessita, sappia come muoversi ed agire, scegliendo, ad esempio, le persone più indicate al suo attuale stato di bisogno ed evitando di ricercare aiuti che potrebbero rivelarsi non soltanto sbagliati, ma addirittura completamente nocivi. Il senso di efficacia posseduto dal singolo nel creare una rete di supporto adeguata, fa riferimento alla capacità di sentirsi socialmente efficaci o meno e questo fa la differenza sulla possibilità della persona di aprirsi agli altri per chiedere aiuto (Hill, 1989). La capacità sociale non è qualcosa di innato. Come si è sostenuto al principio di questo lavoro, le competenze individuali, inclusa quest'ultima, si acquisiscono ed affinano nel corso della propria esistenza e se ottenute attraverso percorsi specifici, standardizzati e professionali, sortiscono effetti ancor più efficaci nel prevenire e gestire gli effetti depressivi. Le competenze sociali soggettive sono fondamentali anche per continuare a mantenere efficace il contributo di mediazione dell'autoefficacia individuale tra lo stato depressivo e la modalità di elaborazione cognitiva dell'individuo. La capacità della persona, di intrattenere relazioni adeguate, gioca un ruolo ancora più importante nel mantenimento attivo del supporto ottenuto da parte della rete sociale nella quale si è inseriti. Nelle forme depressive definite *post-partum*, uno studio di Cutrona e Troutman (1986), ha monitorato la reazione depressiva al parto, prendendo in considerazione

due variabili e cioè quella del sostegno nella rete sociale della madre e le difficoltà dovute al temperamento del neonato.

Quest'ultima variabile ha diminuito il senso di efficacia genitoriale in maniera direttamente proporzionale alle caratteristiche di temperamento del piccolo, come la sua difficoltà ad addormentarsi, i risvegli frequenti durante la notte, l'impossibilità di comprendere il motivo del pianto e altre strettamente correlate ad esse. Tuttavia, il senso di autoefficacia aumentava sensibilmente in quelle madri che godevano di un adeguato supporto sociale, capace di offrire un valido ed efficace aiuto alla specificità della situazione. Risultati analoghi sono stati evidenziati da un altro studio, quello di Olioff e Aboud (1991) nel quale è stato dimostrata una correlazione tra la depressione *post-partum* e il senso di autoefficacia genitoriale. Risultati che svincolano, come si diceva al principio di questo paragrafo, anche questo tipo di depressione da una matrice endogena o biologica come si sosteneva fermamente un tempo, che si manifestava in concomitanza agli importanti cambiamenti biologici in generale ed ormonali in particolare, dovuti alla gravidanza e a tutto ciò che ne comporta.

Quello che è importante è anche quanto una madre ritiene che le persone intorno a lei, costituenti la sua stretta rete sociale, siano all'altezza di aiutarla nella specificità del momento di difficoltà che vive. La presenza di parenti stretti, come possono essere i propri genitori o di un compagno, non scongiurerebbe il rischio di sviluppare forme depressive, se questi vengono percepiti dalla madre come per nulla o poco affidabili. Ciò, riporta al concetto di qualità della rete sociale di sostegno costruita dalla persona, che non sempre corrisponde in termini qualitativi a quella che ci si può ritrovare, diciamo naturalmente, per motivazioni legate ai rapporti di parentela. Anche in questo ci vuole un forte senso di autoefficacia sociale per strutturare e mantenere relazioni sociali positive, che diventano merito della capacità



individuale di strutturarle e coltivarle adeguatamente (Glasgow e Arkowitz, 1975; Leary e Ather-ton, 1986). Anche nelle forme depressive legate ad un aborto le ricerche mettono in evidenza il contributo positivo della rete sociale, che giocherebbe un ruolo di mediazione tra depressione ed elaborazione cognitiva degli *stressors*. Major et al. (1985), hanno evidenziato come in seguito ad un aborto, donne con un senso di efficacia elevato, relativo al fronteggiamento della situazione, dimostrano minori reazioni fisiche negative e un quadro depressivo meno importante rispetto ad altre che presentano un'incapacità di fronteggiamento specifica della situazione e questo sia nel periodo immediatamente successivo a un aborto, sia nell'adattamento seguente (Major, Muller e Hildebrandt, 1985).

Stesse conclusioni sono emerse da un altro studio la cui finalità era la medesima (Muller e Major, 1989). In questo caso, a confermare come la ca-

pacità specifica richiesta dal problema in atto costituisca un fattore personale di protezione dalla depressione, è stata la situazione sperimentale nella quale le donne, suddivise in due gruppi, venivano sottoposte a dei colloqui formativi nei quali si lavorava su variabili differenti. Nel primo, i colloqui erano finalizzati ad aumentare il senso di efficacia specifica, mentre nel secondo erano strutturati in maniera tale da modificare le attribuzioni causali dell'evento a una serie di caratteristiche riconducibili al comportamento eterosessuale. Anche se entrambe le metodologie hanno riportato risultati positivi, consegnando un senso di controllo sulle proprie azioni, la prima ha registrato i risultati migliori nel contenere e gestire i risvolti depressivi, strutturando meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettivi più efficaci. Ancora una volta i risultati ottenuti, portano alla conclusione dell'importanza della formazione nell'acquisizione di strumenti finalizzati all'autoregolazione, che non sono acquisiti per



natura, ma appresi dopo specifico *training*. La dimensione del rapporto tra l'individuo e il suo ambiente rappresenta, quindi, un punto focale per la strutturazione di meccanismi di autoregolazione, che si unisce alla dimensione della relazione che la persona intrattiene con sé stessa.

Quest'ultima gioca un ruolo ancora più importante nella costruzione di adeguati meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettivi. Nella relazione con sé stesso, l'individuo costruisce meccanismi correlati alle reazioni depressive ascrivibili, principalmente, a 3 aree:

- quella dell'automonitoraggio e dell'elaborazione personale, a livello attributivo, dei successi e degli insuccessi in seguito all'esecuzione di un compito richiesto;
- quella dell'elaborazione cognitiva delle esperienze di confronto con gli altri, rispetto a compiti simili;
- quella dell'elaborazione cognitiva degli obiettivi e dei risultati raggiunti, derivanti dal confronto delle proprie esperienze nel corso del tempo.

Ognuna di queste, che potremo definire sotto-funzioni, gioca un ruolo di grande importanza nel determinare la vulnerabilità alla depressione, a seconda dei meccanismi cognitivi adottati per elaborare le situazioni e gli *stressors*. Nell'area dell'automonitoraggio, che richiede l'utilizzo di ottime componenti metacognitive, le persone depresse avrebbero una distorta percezione rispetto alla qualità espressa nella propria prestazione e tenderebbero, così, ad autoavvilirsi, in quanto più ossessionati dagli insuccessi (inevitabili), che dai successi ottenuti. Al contrario, gli individui che riescono a gestire in maniera funzionale questi aspetti, ricordano decisamente meglio le esperienze di successo e molto meno quelle di insuccesso, indipendentemente da differenze quantitative (DeMonbreun e Craighead, 1977; Nelson e Craighead, 1977; Wener e Rehm,

1975). Tra coloro che sono caratterizzati da elaborazioni funzionali del proprio operato, si registra, anche, una tendenza a sovrastimare la loro efficacia specifica e il relativo senso di controllo rispetto ai risultati positivi. In questo caso, sembrerebbe, che l'aspetto più importante che protegge dalle reazioni depressive, sia costituito decisamente dalla fiducia che nutrono rispetto alla capacità di controllo sugli eventi, più che da un effettivo livello di competenza specifica posseduta (Alloy e Clements, 1992). Tuttavia, anche se da monitorare, ciò può costituire un punto di forza in quanto permette alla persona di continuare, di fatto, ad esporsi rispetto ai compiti richiesti, migliorando con la pratica le proprie competenze.

Le differenze si registrano, anche, per quanto concerne la sottodimensione attributiva. I successi ottenuti sono elaborati come segnali di capacità da parte di coloro che possiedono meccanismi di autoregolazione funzionale, attribuendo gli insuccessi più a difficoltà esterne. Coloro che sviluppano reazioni depressive, leggono gli insuccessi come figli di scarse capacità personali e i successi come quasi sempre conseguenza di aiuti ricevuti dall'esterno, passando velocemente all'autobiasimo e ad una eccessiva attribuzione di responsabilità (Kuiper e Higgins, 1985, Peterson e Seligman, 1984; Rizley, 1978).

Come accennato in altre parti di questo lavoro, le depressioni reattive che si registrano sono il frutto dell'impossibilità di tenere il passo delle richieste performative del proprio contesto lavorativo e sociale in generale. Le diverse formazioni, eseguite nei vari contesti, dovrebbero tenere conto di tali dinamiche. Per evitare che i risultati ottenuti da un *competitor*, invece di essere un punto di riferimento, si trasformino nella causa di sentimenti auto-svalutativi e depressivi, occorrerebbe creare dei meccanismi valutativi attraverso i quali le persone siano portate a giudicare se stesse in relazione ai miglioramenti che hanno evidenziato rispetto alle proprie prestazioni passate, invece di confrontarsi con altri. Questo,

permette a ciascuno di migliorare progressivamente in relazione alle proprie risorse, evitando paragoni inutili e dannosi. Bandura e Jourdel (1991), hanno evidenziato come vedere di essere superati da altre persone, in ambiti che rivestono una particolare rilevanza personale, crei reazioni emozionali autodenigratorie, specialmente se in esse è già presente una bassa componente di autoefficacia. Un lavoro di Davis e Yates (1982) aveva la finalità di aumentare o ridurre le convinzioni di efficacia, riferendo alle persone partecipanti che altri individui avevano eseguito in maniera corretta o meno, prestazioni intellettive simili. Il risultato è stato che le persone che si sentivano incapaci di eseguire prestazioni considerate importanti, mentre altri ci riuscivano, svilupparono umore depresso e manifestavano successive prestazioni intellettive sempre più scadenti. L'utilizzo di adeguati meccanismi di autoregolazione cognitivo-affettiva entrano in gioco anche quando si tratta di effettuare quella che, ingenuamente, sarebbe la più facile e tollerabile delle valutazioni e cioè quella con sé stessi, mettendo a confronto i risultati del presente con quelli ottenuti in passato. In realtà questo confronto può risultare, per alcuni, il più difficile, in quanto sappiamo bene quanto alcune persone trovino molto più ostico confrontarsi con sé stesse che con realtà esterne.

È indispensabile che, anche in questa dimensione autocomparativa, vengano utilizzati meccanismi autoregolativi adeguati, evitando di trascurare l'aspetto di relazione più intimo e personale, che per certi versi può essere quello che spaventa di più. Le reazioni depressive possono manifestarsi anche in persone aventi carriere brillanti, che hanno raggiunto straordinari obiettivi e che attualmente valutano i propri risultati come meno importanti rispetto a quelli ottenuti in precedenza. Solitamente, queste sono le situazioni che appaiono più incomprensibili agli occhi dei non specialisti, proprio perché connotate da tali meccanismi. Quest'ultimo aspetto pone ancora una volta l'importanza di una continua formazione

estesa nel tempo e che coinvolga tutti, indipendentemente dal livello raggiunto, dal prestigio sociale, culturale e professionale, perché la nostra mente è un sistema complesso e al tempo stesso meraviglioso, che necessita di continue cure e attenzioni.

## BIBLIOGRAFIA

- Alagna S. W. E Reddy D.M. (1984), "Predictor of proficient technique and successful lesion detection in breast self-examination", *Health psychology*, n.3, pp. 113-127.
- Alloy L.B. e Clements C.M. (1992), " Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors", *Journal of Abnormal Psychology*, n. 101, pp. 234-245.
- Bandura A. (1969), "Principles of behavior modification", *New York, Holt, Rinehart & Winston*.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change", *Psychological Review*, 84, pp.191-215.
- Bandura A.(1986b), "The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory", *Journal of Clinical and Social Psychology*, n.4, pp. 359-373.
- Bandura A. e Jourdel F.J. (1991), "Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making", *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 60, pp. 941-951.
- Baron M., Dutil E., Berkson L., Lander P. e Becker R. (1987), "Hand function in the elderly: Relation to osteoarthritis", *Journal of Rheumatology*, n. 14, pp. 815-819.
- Beck K.H. e Lund A.K. (1981), "The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intention and behavior", *Journal of Applied Social Psychology*, n. 111, pp. 401-415.
- Brod M.I. e Hall S.M. (1984), " Joiners and nonjoiners in smoking treatment: A comparison of psychological variables", *Addictive Behaviors*, n. 9, pp. 217-221.
- Crabtree M.K. (1986), "Self-efficacy beliefs and social support as prediction fo diabetic



- self-care", tesi di Ph.D., *University of California*, San Francisco.
- Craig K.D. (1983), "A social learning perspective on pain experience", in M. Rosebaum, C.M. Franks e Y. Jaffe (a cura di), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*, New York Spinger, pp. 311-327.
  - Cutrona C.E. e Troutman B.R. (1986), "Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression", *Child Development*, n. 57, pp. 1507-1518.
  - Davis F.W. e Yates B.T. (1982), "Self-efficacy expectancies versus outcome expectancies as determinant of performance deficits and depressive affect", *Cognitive Therapy and Research*, n.6, pp. 23-35.
  - DeMonbreun B.G. e Craighead W.E. (1977), "Distortion of perception and recall of positive and neutral feedback in depression", *Cognitive Therapy and Research*, n. 4, pp. 311-329.
  - Feltz D.L., Landers D.M. e Raeder U. (1979), "Enhancing self-efficacy in high avoidance motor tasks: A comparison of modeling techniques", *Journal of Sport Psychology*, n. 1, pp. 112-122.
  - Glasgow R.E. e Arkowitz H. (1975), "The behavior assessment of male and female social competence in dyadic heterosexual interaction", *Behavior Therapy*, n.6, pp. 488-498.
  - Grossman H.V., Brink S. e Hauser S.T. (1987), "Self-efficacy in adolescent girls and boy with insulin-dependent diabetes mellitus", *Diabetes care*, n. 10, pp.324-329.
  - Hill G.J. (1989), "An unwillingness to act: Behavioral appropriateness, situational constraint and self-efficacy in shyness", *Journal of Personality*, n. 57, pp. 871-890.
  - Hurley C.C. e Shea C.A. (1992), "Self-efficacy: Strategy for enhancing diabetes self-care", *The Diabetes Educator*, n.18, pp. 146-150.
  - Kaplan R.M., Atkins C.J. e Reinsch S. (1984), "Specific efficacy expectations mediate exercises compliance in patients with COPD", *Health Psychology*, n.3, pp. 223-242.
  - Kuiper N. e Higgins E.T. (a cura di), (1985), "Social cognition and depression, numero speciale", *Social Cognition*, n. 3, pp. 1-15.
  - Leary M.R. e Atherton S.C. (1986), "Self-efficacy, social anxiety and inhibition in interpersonal encounters", *Journal of Social and Clinical Psychology*, n.4, pp. 256-267.
  - Maddux J.E. e Rogers R.W. (1983), "Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change", *Journal of Experimental Social Psychology*, n. 19, pp. 469-479.
  - Major B., Mueller R. e Hildebrandt K (1985), "Attributions, expectations and coping with abortion", *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 48, pp. 585-599.
  - Martin N.J., Holroyd K.A. e Rokicki L.A. (1993), "The headache self-efficacy scale: Adaptation to recurrent headaches", *Headache journal*, n. 33, pp. 244-248.
  - McAuley E. e Jacobson L. (1990), "Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females", *American Journal of Health Promotion*, n. 5, pp. 185-207.
  - McAuley E. e Rowney T. (1990), "Exercise behavior and intentions: The mediating role of self-efficacy cognitions. In L.V. Velden e J.H. Humphrey (a cura di), *Psychology and sociology of sport*, New York, AMS Press, vol. 2, pp. 3-15.
  - McCaul K.D., Glasgow R.E. e Schafer L.C. (1987), "Diabetes regimen behavior: Predicting adherence", *Medical Care*, n. 25, pp. 868-881.
  - Mitchell G. e Stuart R.B. (1984), "Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 52, pp. 110-1101.
  - Muller R. e Major B. (1989), "Self-blame, self-efficacy and adjustment to abortion", *Journal of Personality and Social Psychology*, n.57, pp. 1057-1068.
  - Nelson R.E. e Craighead W.E. (1977) "Selective recall of positive and negative feedback, self-control behavior, and depression", *Journal of Abnormal Psychology*, n.86, pp.379-388.
  - O'Leary A., Shoor S., Lorig K. E Holman H.R. (1988), "A cognitive behavior treatment for

rheumatoid arthritis", *Health Psychology*, n.7, pp. 527-544.

- Olioff M. e Aboud F.E. (1991), "Predicting postpartum dysphoria in primiparous mother: Roles of perceived parenting self-efficacy and self-esteem", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, n.5, pp. 3-15.
- Padgett D.K. (1991), "Correlates of self-efficacy beliefs among patients with non-insulin dependent diabetes mellitus in Zagreb, Yugoslavia", *Patients Education and Couuseling*, n. 18, pp. 139-147.
- Peterson C. e Seligman M.E.P. (1984), "Casual explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence", *Psychological Review*, n. 91, pp. 347-374.
- Rizley R. (1978), "Depression and distortion in the attribution of causality", *Journal of Abnormal Psychology*, n. 87, pp. 32-48.
- Seydel E., Thal K. E Wiegman O. (1990), "Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factor in preventive behavior related to cancer", *Psychology and Health*, n.4, pp. 99-109.
- Tall E., Rasker J.J., Seydel E.R. e Wiegman O. (1993), "Health status, adherence with health recommendations self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis", *Patient Education and Counseling*, n. 20, pp. 63-76.
- Thase M.E. e Moss M.K. (1976), " The relative efficacy of covert modeling procedures and guides participant modeling on the reduction of avoidance behavior", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, n. 7, pp. 7-12.
- Walker W.B. e Franzini L.R. (1983, aprile), "Self-efficacy and low-risk aversive group treatments for smoking cessation", *relazione presentata all'annual convention of the Western Psychological Association*, San Francisco.
- Wener A.E. e Rehm L.P. (1975), "Depression affect: A test of behavior hypotheses", *Journal of Abnormal Psychology*, n.84, pp. 221-227.
- Williams S.L., Kinney P.J. e Falbo J. (1989), "Generalization of therapeutic changes in agoraphobia: The role of perceived self-efficacy", *Journal of Cnsunlting and Clinical Psychology*, n. 57, pp. 436-442.
- Williams S.L. e Watson N. (1985), " Perceived danger and perceived self-efficacy as cognitive mediators of acrophobic behavior", *Behavior Therapy*, n. 16 pp. 136-146.





# PROGETTO DI RICERCA AZIONE LA CURA DELLA FILIERA CULTURALE

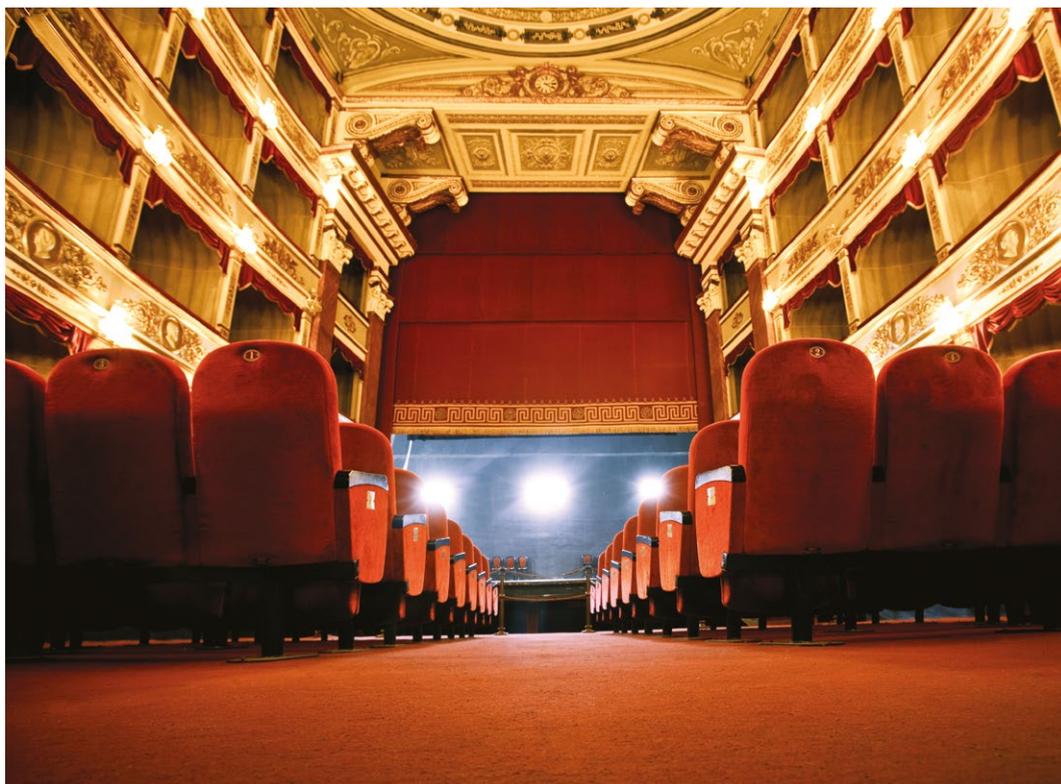
**Luigi Garofalo**  
Psicologo clinico e di comunità

## PRESUPPOSTI E CONTESTO

L'attività culturale e artistica è fondamentale per il benessere delle comunità, questo è quanto afferma il più recente studio condotto dall'OMS riguardo le evidenze scientifiche sul ruolo delle arti nel miglioramento della salute e del benessere. Come leggiamo nel documento del WHO Europe (2019, EURO Health Evidence Network – Report di sintesi 67) "Quali sono le evidenze sul ruolo delle arti nel miglioramento della salute e del benessere? Una scoping review (Rapporto completo)": "I risultati di oltre 3000 studi hanno identificato un

*ruolo importante per le arti nella prevenzione delle malattie, nella promozione della salute e nella gestione e nel trattamento delle malattie nel corso della vita (...) L'impatto benefico delle arti potrebbe essere favorito riconoscendo e agendo sulla base di prove crescenti; promuovere l'impegno artistico a livello individuale, locale e nazionale; e sostenere la collaborazione intersettoriale."*

In questo momento storico particolare, segnato dalla pandemia, è necessario che cultura ed arte svolgano a pieno le loro funzioni



di lettura ed elaborazione dell'attualità, di immaginazione dei nuovi scenari del vivere comune, oltre naturalmente ad intrattenere e fornire bellezza e significati al nostro tempo. Senza la risposta artistica e culturale l'impatto delle crisi che stiamo attraversando si amplifica causando danni che si ripercuotono direttamente ed indirettamente sulla salute, sulla qualità della vita e sull'economia dei territori.

A causa dell'emergenza pandemica però, il settore della cultura e dell'arte è stato costretto ad una interruzione improvvisa e lunga. Si può avere una panoramica dei tempi citando l'articolo pubblicato dall'associazione Civita, organizzazione no profit di ricerca nel campo della promozione culturale: *"L'intera filiera dello spettacolo come le realtà che operano per le at-*

*tività culturali e per la gestione e valorizzazione del patrimonio culturale in senso ampio: musei, mostre monumenti, aree archeologiche, teatri e spazi culturali ed espositivi, parchi e giardini storici, ecc.) oggi sta vivendo una fase di criticità senza precedenti, con il serio rischio che molte realtà non saranno in grado di riprendere le proprie attività una volta superata la fase acuta dell'epidemia. Ciò produrrà inevitabilmente effetti dirompenti tanto sulla qualità e quantità di offerta culturale, quanto sull'occupazione di un settore di per sé già strutturalmente fragile, composto da imprese labour intensive che vivono spesso di lavoro intermittente, con programmazioni rigide di medio-lungo periodo e fortemente dipendenti dai flussi turistici. La produzione e i servizi legati allo spettacolo dal vivo, alle arti visive, al cinema, all'editoria, ai musei, alle biblioteche e agli archivi, all'offerta di esperienze culturali in generale, si*



*regge largamente su lavoratori con contratti atipici, partite IVA, freelance, a prestazione occasionale o a giornata, ecc., talvolta riuniti in associazioni, cooperative, piccole imprese, reti e anche naturalmente lavoratori dipendenti, spesso a termine.*" <https://www.civita.it/News/La-Cultura-come-vettore-di-coesione-sociale-per-la-ripresa>

Da tutto ciò risulta un quadro generale di indebolimento della comunità della filiera culturale e delle attività da essa prodotte, ed un impoverimento conseguente dell'offerta culturale ed artistica per la cittadinanza.

Il contesto territoriale al quale si fa riferimento è quello della città di Foggia, con le sue risorse e le sue problematiche complesse alla cui soluzione le attività culturali ed artistiche potrebbero e dovrebbero dare il loro contributo fondamentale.

Molto spesso però le politiche culturali e sociali falliscono per la mancanza di contatto diretto e quindi di una visione veramente comprensiva dei processi reali e delle interrelazioni sistemiche che conducono ai risultati problematici.

Diventa fondamentale il richiamo ad una visione sistemica ed informata della complessità del funzionamento di un qualsiasi processo come quello legato alle produzioni culturali ed artistiche. Commettere l'errore di trascurare i legami e le interdipendenze delle reti produttive conduce al fallimento delle politiche calate dall'alto, che non riescono ad assumere un punto di vista davvero informato.

Il progetto nasce da queste consapevolezza e mira a sostenere l'iniziativa della comunità degli operatori culturali ed artistici della città di Foggia riunita intorno al "Documento della Filiera Culturale della città di Foggia: La Filiera Culturale deve sopravvivere al Covid, ad ogni costo", del 14 aprile 2021. Ci si è posti obiettivi di **"welfare culturale"** agendo attraverso una

ricerca azione partecipata e "dal basso" anche attraverso la facilitazione delle dinamiche di mutuo sostegno e di problem solving all'interno del gruppo.

**Welfare culturale** definito dalla Treccani:

"L'espressione *Welfare culturale* indica un nuovo modello integrato di promozione del benessere e della salute e degli individui e delle comunità, attraverso pratiche fondate sulle arti visive, performative e sul patrimonio culturale.

Il Welfare culturale si fonda sul riconoscimento, sancito anche dall'Organizzazione mondiale della sanità, dell'efficacia di alcune specifiche attività culturali, artistiche e creative, come fattore:

1. di promozione della salute in ottica biopsicosociale e salutogenica, anche legato all'acquisizione di abilità di coping e sviluppo delle life skill;
2. di benessere soggettivo e di soddisfazione per la vita, in forza dei suoi aspetti relazionali, e potenziamento delle risorse (empowerment) e della capacità di apprendimento;
3. di contrasto alle disuguaglianze di salute e di coesione sociale per la facilitazione all'accesso e lo sviluppo di capitale sociale individuale e di comunità locale;
4. di invecchiamento attivo, contrasto alla depressione e al decadimento psicofisico derivante dall'abbandono e dall'isolamento;
5. di inclusione e di empowerment per persone con disabilità anche gravi e per persone in condizioni di marginalizzazione o svantaggio, anche estrema (ad esempio, senza fissa dimora, detenuti, ecc.);
6. complementare di percorsi terapeutici tradizionali;

7. di supporto alla relazione medico-paziente, attraverso le medical humanities e la trasformazione fisica dei luoghi di cura;
8. di supporto alla relazione di cura, anche e soprattutto per i carer non professionali;
9. mitigante e ritardante per alcune condizioni degenerative, come demenze e il morbo di Parkinson.”

da: <https://www.treccani.it/magazine/atlante/cultura/Welfare.html?fbclid=IwAR1xTreswD-id9zn2K0mtzwXBV5aQAjg-R2H-YfKzueiD1N-kaC65vZ5IHY>

### LA RICERCA AZIONE A FAVORE DELLA FILIERA CULTURALE

L'idea di iniziare una ricerca azione è nata da queste basi e dalla lettura del documento: “La Filiera Culturale deve sopravvivere al Covid, ad ogni costo”, del 14 aprile 2021. Si intende con “Filiera Culturale” (che d’ora in avanti potrà essere abbreviata in “f.c.”) la comunità delle persone operanti nel settore della cultura, dell’arte, dello spettacolo, dell’intrattenimento e nelle attività connesse, con riferimento particolare a coloro i quali non sono sotto i riflettori ma il cui contributo è necessario al funzionamento complessivo.

Alcuni dei settori compresi:

- Artisti della danza
- Musicisti
- Service audio
- Service luci
- Service video
- Studi di registrazione
- Tecnici specializzati (registri, fonici, tecnici luce, PA man, operatori di camera, backliner, etc.)
- Etichette discografiche
- Organizzatori di eventi dal vivo
- Uffici stampa in campo artistico
- Lavoratori della logistica negli eventi culturali

- Lavoratori nel settore della comunicazione specializzati in cultura, musica e spettacolo
- Servizi connessi alla filiera culturale e dello spettacolo
- Gallerie d’arte
- Tecnici del settore spettacolo (sarti, macchinisti, scenografi, costumisti, rigger, trucco e parrucco, autisti, facchini, etc.)
- Artisti visuali
- Tecnici e maestranze del settore teatrale
- Cantanti
- Artisti teatrali (drammaturghi, attori, performer, animatori di figure, etc.)
- Lavoratori nel settore della danza
- Noleggiatori di materiali per spettacoli (strutture, audio, luci, video, palchi, sartorie)
- Etc...

### IL DOCUMENTO DELLA FILIERA CULTURALE DELLA CITTA' DI FOGGIA

“La Filiera Culturale deve sopravvivere al Covid, ad ogni costo”, del 14 aprile 2021 è un documento attorno al quale si sono raccolti alcuni operatori e lavoratori della cultura, dell’arte e dello spettacolo nel quale si cerca di richiamare l’attenzione sulle problematiche sistemiche e meno evidenti della filiera culturale, denunciando la parzialità della visione istituzionale classica che lascia in ombra tutta una serie di attività legate alla cultura ma meno conosciute e tutelate di altre.

Così leggiamo all’inizio del documento: “(è) stato poco compreso il problema complessivo che ha travolto l’intero settore cultura, spettacolo e attività connesse (...) una catena formata da operatori culturali, che necessita di tenere in vita tutti gli anelli anziché spezzarsi.”

Il settore della cultura è un sistema che funziona sinergicamente, attraverso una “filiera”, appunto, di ruoli e attività, ma il dramma di coloro i quali operano dietro le quinte, nei posti meno esposti e visibili, non è stato compreso e raccontato in modo adeguato, questo può aver aggiunto un senso di isolamento al danno lavorativo.



Si auspica inoltre la nascita di una “comunità coesa dello spettacolo e dell’arte” che: *“rinunci ai personalismi e unisca le forze e gli oneri, che censisca i danni diretti ed indiretti causati finora dalla pandemia e che dia una visione unitaria, valida per tutti, alle richieste di aiuto tuttora inascoltate.”*

Per essere inclusivi ed efficaci è necessario però: *“un censimento capillare di tutte le realtà del comparto culturale sul territorio, per poi dar vita ad un tavolo permanente del settore cultura e spettacolo, che agisca insieme agli Enti locali cercando una strada condivisa”.*

### METODOLOGIA ED OBIETTIVI

Si è pensato dunque di dare vita ad una ricerca azione coinvolgendo i membri della comunità della Filiera per contribuire alla emersione delle dinamiche alla base delle difficoltà del settore culturale ed artistico e per convogliare le risorse individuali in azioni collettive che promuovessero la partecipazione, il benessere degli operatori e contemporaneamente l’offerta culturale alla cittadinanza.

Per un approfondimento della metodologia e delle prassi della ricerca azione partecipata si rimanda a testi qualificati come quelli di Kurt Lewin, o di Baldacci M. (Metodologia della ricerca pedagogica, 2001); al Metodologia di ricerca partecipata (Rapanà F. a cura di, 2005, Trento, Iprase) ed altri.

Qui per brevità si accennerà alle caratteristiche generali di una ricerca azione partecipata che come sostiene Lisa Bourke è il: “processo di ricerca che coinvolge coloro che sono oggetto di ricerca nel processo decisionale e nello svolgimento della ricerca, compreso il progetto, la pianificazione, il disegno della ricerca, la raccolta e analisi dei dati e/o la distribuzione e applicazione

dei risultati della ricerca”<sup>1</sup>. Per provare a condurre la comunità attraverso un processo democratico all’emancipazione ed al potenziamento degli aspetti positivi e propositivi.

Inizialmente abbiamo quindi approfondito la conoscenza del settore della produzione culturale focalizzando poi l’indagine sulle condizioni esistenziali, lavorative e psicologiche delle persone effettivamente coinvolte, per avere un quadro informato della situazione e poterla rendere nota.

Come scriveva Freire: *«In questo modo soggettività e oggettività si incontrano in quell’unità dialettica da cui risulta un conoscere che è solidale con l’agire, e viceversa. Questa unità dialettica genera un agire e un pensare esatti dentro la realtà, e circa la realtà, per trasformarla»* (Freire, 1970, p. 24).

È anche attraverso il lavoro d’inchiesta che una comunità può farsi sentire. Sintetizzando, si sono volute cercare ed attuare le possibilità:

- di aiutare effettivamente la comunità degli operatori culturali
- potenziare la risposta culturale ed artistica a favore della città di Foggia
- promuovere o e sostenere le iniziative per la cura delle persone, delle istanze e delle risorse interne della filiera

### FASI E ATTIVITÀ

Le attività attraverso le quali, fino ad ora, si è articolata la ricerca azione sono sintetizzabili in 6 fasi:

1. Analisi preliminare attraverso lo studio di documenti e interviste ai promotori del movimento della f.c.

<sup>1</sup> Bourke L. (2009), Reflections on doing participatory research in health: participation, method and power, in «International Journal of Social Research Methodology», Vol. 12, n. 5, pp. 457-474.

2. Progettazione partecipata
3. Creazione, diffusione e analisi del questionario
4. Animazione di un focus group
5. Diffusione dei risultati della ricerca
6. Promozione e sostegno di progetti e iniziative collettive

### LE PRIME INTERVISTE

Abbiamo quindi intervistato alcuni dei promotori della raccolta di firme per il documento della Filiera Culturale, i quali -come soggetti particolarmente informati- hanno espresso la necessità di analizzare la dimensione personale della crisi oltre le categorie professio-

nali; di riferirsi alle persone, ai singoli anche nelle dimensioni psicologiche ed esistenziali. Sembrava necessario portare fuori la struttura sottostante e portante del sistema fatta di ingranaggi funzionali non sempre visibili e precisamente di persone che hanno contribuito negli anni a fornire il nutrimento culturale necessario al benessere sociale, persone che si sono dedicate a questa attività per tutta la loro vita e che si sono trovate di colpo impossibilitate a proseguire i loro progetti. Una interruzione drastica che non si risolve con un riavvio del sistema come se si trattasse di un personal computer.

A partire da questi primi contatti si è costruito partecipativamente un progetto di ricerca azione che si è concretizzato nella successiva proposta di un "questionario per la filiera culturale".





## QUESTIONARIO

Il questionario per la Filiera, proposto ai firmatari del documento della f.c., nasce dalla volontà di indagare la situazione di disagio lavorativo ed esistenziale di coloro che a vario titolo erano occupati nella produzione culturale ed artistica prima e durante l'emergenza causata dal Covid-19 che ha costretto il settore a limitazioni improvvise.

Abbiamo approntato una serie di 6 domande, più una domanda aperta per i suggerimenti, che ci permettesse di avere un primo quadro della situazione psicologica e lavorativa della f.c. e per raccogliere disponibilità e proposte per attività future di natura collettiva.

Il questionario è stato costruito appositamente, ospitato dalla piattaforma "Survio" e proposto in forma digitale ai firmatari del documento della filiera culturale inviandolo tramite il web.

## CAMPIONE DI RIFERIMENTO

L'insieme degli operatori della cultura firmatari del documento della f.c. sono il campione di riferimento della ricerca, i destinatari del questionario e gli invitati al successivo focus group.

Si tratta di soggetti eterogenei da molti punti di vista, tutti accomunati dall'appartenenza alla filiera culturale ma con professionalità molto diverse fra loro, e tutti attivi da diversi anni nel settore.

I firmatari del documento erano da principio circa 80 (ma continuano a crescere le adesioni), la metà dei quali residenti fuori dal comune di Foggia. Di questi hanno risposto al sondaggio proposto, 26 persone, circa il 33% del totale degli invitati alla compilazione.

Il campione di riferimento risulta molto significativo dal punto di vista qualitativo, essendo tutti i partecipanti attivi nel settore da molti anni, particolarmente informati e già coinvolti nell'azione comunitaria.

## CONTENUTI E RISULTATI

### 1. Ripensando al periodo che va dal principio del 2020 ad oggi, in che misura si è sentito felice, soddisfatto o contento della sua vita?

A volte abbastanza felice, a volte piuttosto infelice	64%
In generale insoddisfatto o infelice	20%
In generale abbastanza soddisfatto - contento	12%
Quasi sempre o sempre molto insoddisfatto o infelice	4%
Veramente molto felice	0%

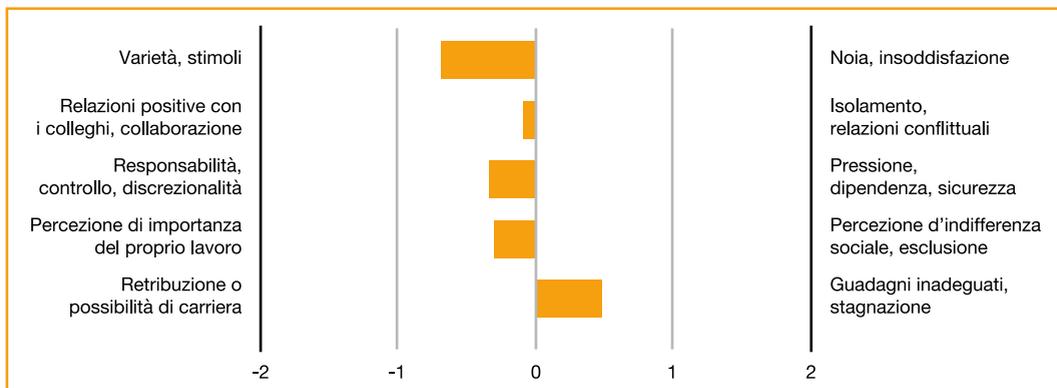
### 2. A quali di queste cause (anche più di una) crede possano essere ricondotte le sue eventuali difficoltà odierne? Oppure: in quali di questi campi desidererebbe che la sua vita migliorasse?

Scopo nella vita, progetti per il futuro	44%
Crescita personale	36%
Autonomia	32%
Relazioni interpersonali positive	24%
Controllo ambientale e partecipazione	20%
Auto-accettazione e autostima	8%

### 3. Che impatto ha avuto la crisi pandemica sulla sua vita lavorativa dal 2020 ad oggi?

La mia attività è un po' cambiata, ho dovuto adattarmi facendo alcuni sacrifici	32%
Ho subito ripetute sospensioni della mia attività o un definitivo stop; non c'è stato modo di progredire nella mia carriera lavorativa	32%
Ho dovuto cambiare i miei progetti incontrando molte difficoltà per continuare a lavorare	20%
Ho continuato ad esercitare la mia attività in modo positivo, sviluppando la mia carriera e le mie capacità	6%

#### 4. Come valuta la sua vita lavorativa in relazione a queste dimensioni contrapposte?



#### 5. Quando pensa al prossimo futuro, rispetto alla sua attività...

Nutro un certo ottimismo, credo che le cose gradualmente miglioreranno	44%
Qualche volta penso al futuro con un po' di ansia e timore	44%
Mi sento spaventato o disperato per quello che potrà succedere	12%

- 36% molto favorevoli
- 32% mediamente
- 32% poco
- Supporto psicologico individuale
  - 36% molto favorevoli
  - 16% mediamente
  - 48% poco favorevoli

#### Altro: suggerimenti con risposta aperta.

#### FOCUS GROUP

Dopo aver raccolto i risultati dei questionari abbiamo dato vita ad un focus group con alcuni dei partecipanti della filiera per approfondire i temi emersi dal questionario e facilitare un gruppo di lavoro per nuove proposte. Al gruppo hanno partecipato 10 persone.

Si è deciso di tenere segrete le identità dei partecipanti per poter raccogliere esperienze dirette, opinioni e vissuti personali legati alla crisi del settore culturale. Tutti i componenti hanno potuto conoscersi meglio ed immedesimarsi nelle esperienze altrui per assumerne il punto di vista, in un clima di solidarietà e di "non giudizio".

Il confronto nel gruppo ci ha permesso di comprendere meglio la situazione oggetto d'indagine

#### 6. Quanto troverebbe utile partecipare alle seguenti attività?

- Supporto lavorativo, consulenza di carriera, orientamento e formazione
  - 56% molto favorevoli,
  - 32% mediamente favorevoli
  - 12% poco
- Riunioni per promuovere la funzione sociale della comunità degli operatori culturali ed artistici
  - 52% molto favorevoli
  - 24% mediamente favorevoli
  - 24% poco
- Gruppi di parola o di auto-aiuto per condividere problematiche eventualmente incontrate e trovare soluzioni



in due modi. Primo passando per il particolare, il personale, lo specifico e l'individuale e cioè ascoltando le esperienze degli esperti, degli stakeholder, di coloro che praticano da anni nell'ambito culturale ed artistico, lo conoscono profondamente e conoscono le dinamiche locali, i bisogni, le connessioni e le interdipendenze.

Ed ha aumentato la nostra comprensione anche attraverso il riconoscimento delle dinamiche comuni, il riconoscimento dell'uguaglianza sostanziale nell'essere umani al di là delle differenze individuali. Questa a mio avviso la base di partenza fondamentale per creare un'etica e quindi un'atmosfera produttiva e creativa (un ethos, direbbero i greci)<sup>2</sup> in un gruppo di lavoro.

Si tratta nello specifico di una comunità speciale con la quale si sente un particolare onore a collaborare, anche per l'energia creativa e pregna di significato che il gruppo esprime. Il mio vissuto specifico è stato di entusiasmo oltre che di vicinanza e comprensione e si è concretizzato nella consapevolezza dell'importanza di utilizzare al meglio le risorse di cui i singoli ed il gruppo sono portatori.

Nel complesso si riceve l'impressione di una comunità ferita ma non sconfitta, propositiva con potenzialità inesprese o non valorizzate. Emergono anche alcune difficoltà e criticità da prendere in considerazione.

Durante il focus group è stato proposto di discutere i risultati del questionario per scambiare punti di vista e storie personali legate ai temi emersi. L'analisi partecipata ha aggiunto informazioni e reso ancora più chiara la situazione studiata, informandoci meglio e producendo un dibattito a beneficio del gruppo.

## ANALISI PARTECIPATA DEI RISULTATI DEL QUESTIONARIO

Nella prima domanda, riguardante la qualità della vita in senso generale, oltre il 60% dichiara di aver vissuto, durante il periodo da alcuni momenti felici ed altri meno. Il periodo trascorso tra limitazioni e paure ha coinvolto tutti in dinamiche comuni anche della popolazione generale. Alcuni hanno anche apprezzato il momentaneo fermo delle attività, potendo dedicarsi a progetti nuovi o ad attività accantonate da tempo. I riadattamenti delle proprie attività e la ricerca di soluzioni hanno coinvolto i più in una dinamica di lotta alle avversità per certi versi produttiva e stimolante. La gravità e la durata della crisi hanno però inciso sul benessere di molti. Il dato critico è rappresentato dal 24% che dichiara di essere stato prevalentemente insoddisfatto o infelice.

Le risposte alla domanda 2 indicano che i problemi riguardano più la sfera lavorativa che quella privata. Scopi e progetti per il futuro sono i bisogni più sentiti. Si vorrebbe ripartire, naturalmente, ma non è facile come premere un interruttore. Le altre due risposte più scelte indicano difficoltà nella crescita personale e all'autonomia.

Le attività artistiche tendono per loro natura ad evolversi nello stile e nei significati espressi, e tale evoluzione si alimenta proprio nel farsi, nell'attività e nelle interazioni. Le chiusure hanno rappresentato un problema anche dal punto di vista della crescita e dell'evoluzione professionale. I motivi che spiegano il bisogno emergente di autonomia vanno ricercati anche nella situazione contingente che costringe la filiera culturale a dipendere dai regolamenti, dai progetti e dai fondi

**2 Ethos** (ἦθος) è un termine **greco** (il cui significato, in origine, era "il posto da vivere") (...) Dalla stessa radice greca deriva il termine **ethikos** (ἠθικός) che significa "teoria del vivere", da cui il termine moderno **etica**.  
da <https://it.wikipedia.org/wiki/Ethos>

che i vari organi istituzionali decidono. Le criticità emergono ancora più chiaramente nelle risposte riguardanti il benessere lavorativo e lo sviluppo di carriera. Infatti alla domanda 3 la maggior parte dei partecipanti al sondaggio risponde di avere avuto difficoltà lavorative durante la crisi. La maggioranza ha subito perdite. In molti casi (il 32%) l'interruzione completa delle proprie attività. Solo il 6% ha continuato a lavorare quasi normalmente. Nell'ambito del gruppo alcune storie di vita riguardanti il periodo sono state generosamente condivise ed hanno contribuito ad informare la ricerca.

Alla domanda 4, sulla descrizione della propria attività rispetto ad alcune dimensioni, la maggior parte descrive il proprio lavoro molto stimolante e vario. I rapporti con i colleghi sono stati molto limitati dalle chiusure; nel focus group emerge a tale proposito il desiderio di maggiore partecipazione e connessione tra tutti gli operatori.

Per quel che riguarda gli atteggiamenti verso il futuro (domanda 5) una percentuale importante si dice comunque ottimista (46%). Risultano relativamente maggiori però le risposte che indicano una certa ansietà rispetto al futuro sommate con quelle di coloro che si sentono molto preoccupati (in totale il 56%).

Per i più può essere difficile prevedere quello che avverrà al loro settore, se ci saranno altre ondate pandemiche e restrizioni, quali saranno le nuove regole, le nuove tecnologie e le pratiche da dover adottare, e quindi se ci si potrà rimettere in piedi dopo i danni subiti.

Il 12% è molto preoccupato: si tratta di un dato critico, potrebbe includere i casi estremi di coloro i quali abbiano contemporaneamente subito i danni più gravi e siano anche in una situazione che non lascia prevedere grandi speranze all'orizzonte.





Con la 6<sup>a</sup> domanda si voleva individuare le preferenze rispetto alla partecipazione ad attività che potessero migliorare il benessere individuale e supportare le istanze della f.c.

La proposta più votata è stata quella di ricevere supporto lavorativo, consulenza di carriera, orientamento e formazione (56% molto favorevoli, 32% mediamente favorevoli e 12% poco). Questo tipo di richiesta di sostegno può essere legata alla forte incertezza rispetto al futuro oltre che al danno economico già subito. Molti hanno valutato positivamente anche la prospettiva d'incontrarsi e di fare riunioni per promuovere la funzione sociale della comunità degli operatori culturali ed artistici (52% molto favorevoli, 24% mediamente favorevoli e per il 24% poco).

Anche nel gruppo si concorda sul bisogno di cultura, di arte e di eventi che la comunità foggiana mostra ma di cui la stessa comunità non sembra essere pienamente consapevole. Risultano indicativi anche i suggerimenti lasciati in risposta all'ultima domanda aperta che sono stati: "Fare rete per promuovere soluzioni adeguate. Reclamare il diritto al lavoro. Adoperarsi per avere attenzione nei canali di informazione". Sembravano sin dal principio segnali di una certa propositività, di desiderio di partecipazione e di spirito di comunità: propensioni poi effettivamente confermate nel gruppo.

### **LA CURA DELLA FILIERA CULTURALE**

Alcuni elementi importanti sorti nella discussione del gruppo possono essere espressi citando le parole di uno dei promotori del documento della f.c.: "Lo stato di pandemia proclamato dall'OMS a livello mondiale e non ancora ritirato dopo circa due anni inibisce i rapporti professionali a lungo termine, gli stimoli artistici, la distribuzione di eventi e, quindi, tutta la produzione culturale di una certa tipologia. Questo stato di pandemia crea un effetto di disorientamento su tutta la Filiera Culturale e la rende dipendente

quasi esclusivamente da fondi pubblici destinati alla cultura, poiché l'intero settore privato non può assumersi oltremodo i rischi in merito a nuove zone gialle o rosse, o in merito a produzioni interrotte a causa di focolai. I costi e i rischi supererebbero di gran lunga le possibilità di guadagno, soprattutto per gli eventi grandi e a lungo termine. Ecco la frustrazione lavorativa di un intero universo produttivo che viene tenuto in stasi senza idonei supporti alle proprie ferite, tuttora aperte, e mai curate. Tutto questo in aggiunta ad anni in cui la gestione dei fondi pubblici ha comunque privilegiato soltanto una piccola parte del potenziale cittadino, sminuendo e manipolando gli effetti benefici che sarebbe stato possibile raggiungere con una gestione migliore".

Sembra nel complesso che la comunità della Filiera Culturale manifesti un bisogno di cura nel senso più ampio ed alto del termine e cioè di rispetto, attenzione e di buone pratiche:

- Per favorire le dinamiche di gruppo, la creatività e l'empowerment in un clima supportivo, democratico e non giudicante.
- Per riconoscersi ed essere riconosciuta da tutti nel ruolo fondamentale che le attività culturali ed artistiche hanno per la salute biologica, psicologica e sociale.
- Per attuare quello che essa può fare per la salute ed il benessere della cittadinanza.
- Per quello che la stessa comunità della filiera può fare per se stessa.

Nella fase conclusiva del focus group abbiamo raccolto le numerose idee e proposte per sviluppare ulteriormente l'azione di comunità e l'empowerment personale e collettivo. Si è espressa la volontà di rincontrarsi; di avviare un osservatorio della cultura e dell'arte; fare un censimento degli operatori e delle risorse; catalizzare ancora di più la partecipazione sia degli appartenenti alla filiera che della cittadinanza tutta; creare un tavolo permanente per promuovere nuove azioni di valorizzazione, coordinamento e attuazione di progetti

partecipati. Crediamo quindi che l'interazione in successivi gruppi dedicati alla filiera culturale potrebbe essere un modo potente per favorire prospettive di cura e di azione comunitaria.

#### BIBLIOGRAFIA

- Amerio P. *Psicologia di Comunità*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- Bourke L. (2009), Reflections on doing participatory research in health: participation, method and power, in «International Journal of Social Research Methodology», Vol. 12, n. 5.
- Baldacci M., *Metodologia della ricerca pedagogica*, Milano, Mondadori, 2001.
- Documento della Filiera culturale della città di Foggia "La Filiera Culturale deve sopravvivere al Covid, ad ogni costo", del 14 aprile 2021
- Cardano (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carocci editore, Roma
- Colella F. (2011), *Focus group, ricerca sociale e strategie applicative*, Franco Angeli, Milano
- Fare lavoro di comunità, Elvio Raffaello Martini e Alessio Torti, Carocci, Roma 2003
- Freire, *La pedagogia degli oppressi* (1970), tr. it., Torino, EGA, 2011
- Lewin K. (1951), *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Narayan D. (1996), *Toward participatory research*, Washington, DC, World Bank.
- Rapanà F. (a cura di) (2005), *Metodologia di ricerca partecipata*, Trento, Iprase.
- Steinberg D. (2002), *L'auto/mutuo aiuto: guida per i facilitatori di gruppo*, Trento, Erickson.
- WHO Europe (2019), *EURO Health Evidence Network – Report di sintesi 67. "Quali sono le evidenze sul ruolo delle arti nel miglioramento della salute e del benessere? Una scoping review (Rapporto completo)"*, Daisy Fancourt, Saoirse Finn.





# CHANGE

## INCONTRARE IL DOLORE CONDIVIDERE IL CAMBIAMENTO NEI CONTESTI DI VITA QUOTIDIANA E IN PSICOTERAPIA

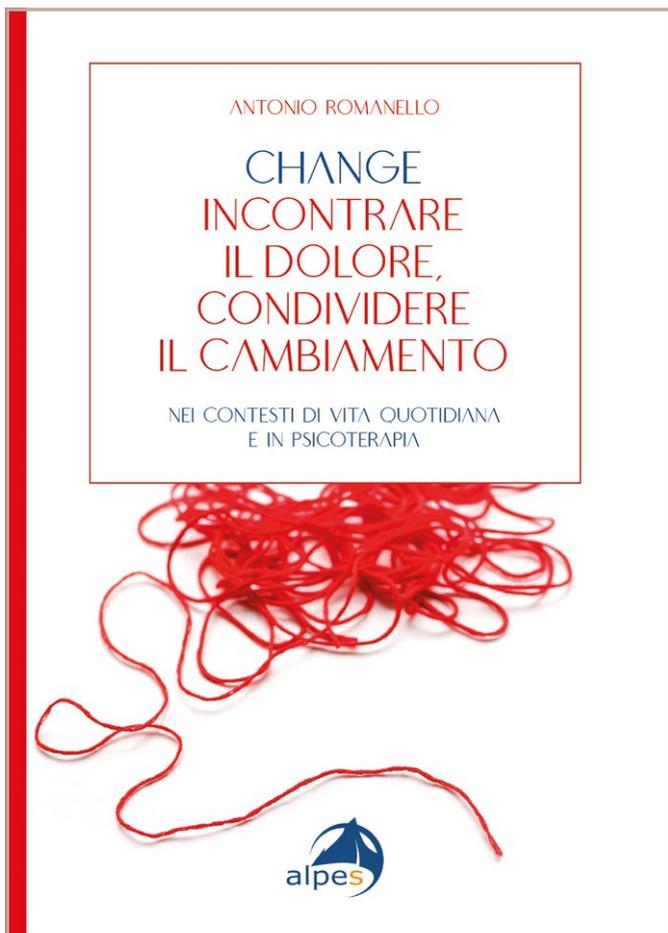
**AUTORE** Antonio Romanello

**CON I CONTRIBUTI DI** Maria Fara De Caro, Chiara Abbatantuono, Ivana Romanello, Antonio Calamo Specchia, Maria Luisa Alessio, Maria Murgolo, Cosimo Rubino.

Il processo di sintonizzazione a ettiva nella relazione primaria tra la madre e il bambino con i suoi effetti sulla salute dell'individuo nel corso della sua crescita e l'isomorfismo con la sintonizzazione a ettiva nella relazione terapeutica costituiscono il filo rosso che unisce tutti i capitoli di questo libro. Con il supporto degli studi nei campi della neurobiologia, neuroscienze, psicologia dello sviluppo

e biologia naturale, l'autore sostiene la possibilità e la necessità di un dialogo in tutti i contesti di vita quotidiana per un mondo migliore.

Nello stesso tempo, intende proporre un modello di psicoterapia aperto a una visione unitaria. Il libro si rivolge alle famiglie, docenti e operatori della scuola, del mondo della sanità, della giu-



stizia minorile, del lavoro, della politica, in modo particolare, a chi aspira all'esercizio di una professione di aiuto, in ambito psicoterapeutico e non, o già la svolge.

Gli studenti del corso di laurea in psicologia, gli specializzandi in neuropsichiatria infantile, in psichiatria e in psicoterapia, potranno trovarvi riessioni e indicazioni utili per orientarsi nella loro formazione e pratica professionale.

### **Antonio Romanello**

Laureato in Sociologia nel 1974 e in Psicologia nel 1987, è didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma dal 1996 e socio ordinario della S.I.P.P.R. (Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale).

Ricopre l'incarico di Presidente e direttore della Scuola Change di Bari. Ha diretto dal 1982 al 2003 un Consultorio Familiare della ASL/TA e svolto attività clinica di psicologo convenzionato a tempo

indeterminato nel Servizio Dipendenze Patologiche della stessa ASL dal 2003 al 2014.

Ha una lunga esperienza, oltre che di psicoterapia, di formazione e supervisione nell'ambito della scuola pubblica e servizi che operano nel campo della salute mentale e delle tossicodipendenze in Puglia e Basilicata. È stato responsabile scientifico di vari eventi ECM.

Con questa stessa casa editrice ha pubblicato nel 2018 (a cura di) Cambiare pelle - diventare terapeuta attraverso i percorsi formativi della Scuola Change - sede del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma.





# LO SGUARDO SULLA PERSONA

## PSICOLOGIA DELLE RELAZIONI UMANE

**AUTORE** Renato Vignati

**PUBBLICATO DA** [libreriauniversitaria.it](http://libreriauniversitaria.it) Edizioni, Padova, 2019, terza ed.

**RECENSIONE A CURA DI** Angie Ignazzi, Psicologa clinica

Giunto alla sua terza edizione, "Lo sguardo sulla persona" cattura l'attenzione sin dal titolo. Il libro, consigliato a professionisti della salute mentale, ad insegnanti e genitori, dà rilevanza allo sguardo, *file rouge* che percorre la presentazione di alcune storie della psicologia clinica e storie cliniche. Non si tratta di semplici casi in cui l'individuazione dei sintomi conduce linearmente ad una diagnosi e ad un trattamento: la ricognizione del "patologico" e il suo etichettamento formale sono sostituiti dalla ricerca di "senso". I sintomi, anche quando emergono, non sovrastano il pri-

mato della persona, protagonista che richiama una vitale necessità di comprensione. L'obiettivo della guarigione, pur importante, sembra impallidire rispetto al bisogno di esistere oltre qualsiasi disagio.

In una simile visione, "guarire" è importante se si associa al "guardare", non solo con gli occhi ma soprattutto con le lenti interpretative più umane che possediamo. Una di queste è l'empatia, preceduta da un concetto affine e di portata più generale: l'altruismo. Indagato so-

STUDI E PROGETTI

Renato Vignati

# LO SGUARDO SULLA PERSONA

PSICOLOGIA DELLE RELAZIONI UMANE

libreriauniversitaria.it  
edizioni

prattutto in psicologia sociale, l'altruismo pone la questione circa la sua natura (innata *versus* appresa) e attraverso gli esempi riportati nel libro, come quello di "Kitty Genovese", è possibile pensare che non esistono persone altruiste e altre indifferenti o persino malvagie. In opposizione a questa considerazione essenzializzata, che tenta di ridurre in stereotipi la poliedricità delle attitudini umane, è forse necessario considerare che l'altruismo non ha a che vedere con la bontà, con la patologia o con particolari tipologie di personalità, ma con le situazioni. Esse forniscono una cornice agli eventi che viviamo, influenzano i nostri interventi o la nostra inerzia attraverso un delicato intreccio di variabili,

lasciandoci un ampio margine di scelta. Più che di un istinto umano teso a guardare l'altro, pare plausibile parlare di predisposizione perché, davanti al "peso" di ogni situazione, sono preziosi sia i soggetti del nostro guardare sia le sfumature che ci concediamo di cogliere. Le recenti scoperte neuroscientifiche hanno fornito prove straordinarie, confermando che il mondo sociale è basato su un senso del "noi" incarnato nei processi neuro-corticali. L'analisi di Gallese e Rizzolatti ha mostrato una peculiare capacità di eccitabilità, di fronte al comportamento altrui, dei neuroni motori e pre-motori; i *mirror neurons* hanno evidenziato che la comprensione dell'altro avviene all'interno di un sistema che è già funzionalmente diretto alla comprensione delle emozioni altrui.

Non tutto è però semplicemente ascrivibile alla neurofenomenologia. In effetti, ogni sguardo è potenzialmente capace di avvertire l'altro, di prestare l'ascolto e le

attenzioni necessarie, come anche di disconoscerlo, riducendolo ad oggetto senza anima. Il riferimento è, da un lato, all'empatia e, dall'altro, all'abuso in ogni sua forma. Appare così la centralità della relazione umana, la quale può metaforicamente essere ala di conforto, ma può anche essere un'onda violenta che sconvolge le placide acque dell'esistenza di chi ne viene travolto. Relazione come aiuto, come interesse autentico per l'altro e relazione come ostacolo, come ingiustificata sopraffazione.

Quando le relazioni della quotidianità presentano la grave mancanza di spazi empatici, la relazione terapeutica rappresenta un ambito privilegiato



per vivere un nuovo rapporto qualificante o per recuperare pezzi di sé. È la possibilità di riscoprirsi e di ricostruire la propria storia, attribuendo significato agli eventi vissuti, come anche a quelli a cui si è rinunciato vivere. Nessuna storia è davvero personale se non è rappresentabile e condivisibile con l'altro. In ciò, la professione del terapeuta si fa presente e presentificabile nella persona che ha il bisogno di "essere guardata per guardarsi". L'empatia è dunque un nucleo dell'essere umano che emerge alla luce di un lavoro personale che ognuno è chiamato a svolgere, partendo soprattutto dalle proprie difficoltà e dai propri conti in sospeso.

Non è un artificio da costruire ma un'esperienza che dura per tutta la vita: si può imparare a posare lo sguardo su una sofferenza che non ci appartiene direttamente ma che ci somiglia e ci coinvolge come nucleo della condizione umana. La riflessione appena avanzata ha un valore soprattutto quando l'infanzia si trova a rappresentare non un periodo di sviluppo, seminato da problemi più o meno tipici, bensì un periodo di minaccia alla propria integrità; esempi sono la storia di Dibs e la storia di Genie. Dibs è un bambino "difficile" di 6 anni, psicotico o forse autistico che rappresenta tutti i bambini che hanno dei bisogni educativi particolari. Come emerge nel corso della ludoterapia, il terreno problematico di Dibs è la sua emotività, dal momento che la sua intelligenza è superiore alla norma e funge da "scudo" per il conflitto interiore che vive. Dibs non si sente capito e sostenuto affettivamente dai genitori, i quali si considerano letteralmente "rassegnati" e lo incolpano per le loro mancanze, portando lo stesso bambino ad allinearsi al senso di colpa attraverso atteggiamenti di isolamento, inibizione e rabbia. In questo caso, la relazione terapeutica utilizza la modalità espressiva che è più consona alla persona in oggetto, il gioco come *setting* concreto e metaforico per "contenere" il bambino senza invaderlo o costringerlo e, anzi, per liberare il connubio tra capacità e sentimenti. Anche a fronte

di una famiglia non accettante come nella storia di Dibs, proprio le capacità e i sentimenti possono risvegliarsi grazie ad un ritrovato rapporto con il Sé e quindi anche con la famiglia e i coetanei. Un finale positivo non si ritrova, invece, nella storia di Genie, una bambina di 13 anni che per tutta l'infanzia, dall'età di 20 mesi, è stata tenuta chiusa in una stanza dai genitori dove di giorno era legata su una sedia munita di vasino e di notte era costretta in un letto chiuso da una gabbia di fil di ferro. Alla scoperta delle condizioni di Genie, un *team* di esperti e la linguista Susan Curtiss la presero in custodia. La bambina aveva ricevuto dalla nascita la diagnosi di ritardo mentale ma l'isolamento vissuto aveva compromesso in maniera ancora più radicale il suo sviluppo cognitivo e relazionale nonché il suo linguaggio. Il punto focale della storia di Genie non si esaurisce nella violenza educativa ma nella profonda negligenza di cure predisposte ad aiutarla. Paradossalmente, l'isolamento di Genie si è prolungato persino durante il periodo in cui è stata osservata più che aiutata.

Non basta guardare l'altro superficialmente: in presenza di traumi così "impensabili" è necessario preservare il percorso evolutivo come priorità assoluta, come diritto inviolabile. D'altro canto, le storie di Maya, di Ruth e di Ellen West sono particolarmente interessanti per numerosi aspetti. Maya è presentata come una ragazza di 28 anni con diagnosi di schizofrenia paranoide. La sua storia emerge pienamente solo all'interno di relazioni familiari contraddittorie: la diffidenza della ragazza si mostra man mano non come segno di malattia ma come prodotto di una alterazione comunicativa che perdura nel tempo. Maya, un po' come il piccolo Dibs, ha dovuto adattarsi agli schematismi dei genitori fino a sentirsi schiacciata e confusa, troppo lontana dal poter percorrere la via dell'autonomia. Similmente, la storia raccontata da Laing ed Esterson parla di Ruth che ha 28 anni e molti ricoveri alle spalle. La ragazza sperimenta sentimenti di irrealtà e idee suicide, passando da momenti di depressione a momenti

---

di sovraeccitazione. La ribellione e il risentimento sono catalogati come segni patologici da parte dei genitori, i quali hanno contribuito al senso di vuoto e inautenticità della figlia attraverso una comunicazione paradossale costituita da un atteggiamento ambiguo e duplice. La mistificazione di Ruth mostra quanto un forte malessere non sia necessariamente frutto di un trauma ma che, in maniera più sottile e continuativa, le incongruenze tra discorsi espliciti e contenuti possono insinuarsi fino a trasformare la comunicazione in una prigione di sterilità.

È in questi casi che la figura del terapeuta pare indispensabile per scoprire i paradossi e le distorsioni sistematiche, conducendo le persone ad una metariflessione con cui ripensare i ruoli, le aspettative, i vincoli e gli atteggiamenti. Dalle storie menzionate si evince poi come la malattia sia talvolta un macro-contenitore in cui relegare la "non-comprensione" della persona: quando non si è disposti a comprendere, diventa più semplice far coincidere la persona con la sua (a volte solo supposta) malattia. La pericolosità di questo atteggiamento è evidente nella storia pubblicata da Binswanger (1958) di Ellen West, diventata prototipo dell'anoressia mentale ma anche modello di psicopatologia. Ellen è una donna che muore suicida all'età di 33 anni, assillata dagli "spiriti del male". Gli specialisti che l'hanno conosciuta le hanno attribuito diverse diagnosi ma, come Rogers e Laing sottolinearono, l'analisi di Ellen è stata più operativa che affettiva. La storia di Ellen, tanto dibattuta, non ha trovato accoglimento sul piano della solitudine e del rapporto drammatico della donna con la sua corporeità. Ellen, come Virginia Woolf, come Sylvia Plath o come Cesare Pavese, ha scelto la morte dopo averla corteggiata a lungo. La sua "parete di vetro", simbolo di una totale impossibilità di interagire col mondo e ritrovare la speranza, è una lucida consapevolezza della propria condizione, del proprio vissuto di solitudine, intesa non come ricerca di sé ma come imposizione a sé stessa. L'odio per il proprio corpo

è l'odio per una vita che è destinata a finire, l'odio per il cibo è l'odio per una vita che tutti noi alimentiamo in modo forse eccessivamente naturale. Così gli istinti di Ellen, quelli che garantiscono la sopravvivenza, vengono sacrificati in virtù di rigidi ideali autoimposti, forse gli unici cui aggrapparsi quando l'esistenza è percepita come una sorta di "natura morta" dell'anima. La storia di Ellen è la storia della solitudine dell'uomo di oggi, che si ritrae dal contatto con i propri "spiriti del male".

La storia di Ellen avrebbe potuto avere un epilogo diverso, se soltanto avesse potuto concedersi una terapia disposta ad accettarla, una terapia in cui il clinico, sospendendo ogni giudizio, avrebbe potuto condividere con lei i significati della vergogna, del vuoto e della disperazione per scoprirli in qualità di elementi che albergano nell'uomo, al di là di ogni patologica manifestazione. Questo stesso approccio "centrato" sul singolo individuo in terapia si può e deve trovare in un altro ambito, quello che attiene ai processi di crescita.

"L'insegnamento centrato sullo studente" ne è un esempio infatti l'eccessivo *focus* posto sui programmi didattici toglie spesso spazio ai processi di apprendimento veri e propri. L'inserimento di occasioni per stabilire una sicurezza emotiva può essere importante per gli studenti, insieme alla possibilità di sperimentare soluzioni creative ai problemi, di indagare la moralità (si pensi ai dilemmi morali di Kohlberg), di sollecitare il senso critico e quindi il riconoscimento delle proprie emozioni, inscindibili dall'ambito razionale. A scuola come nella vita, l'altro è la presenza con cui ognuno deve confrontarsi entro un equilibrio di reciprocità in cui il proprio sguardo non viene sostituito da quello altrui né vi si impone, ma si impegna a mettere a fuoco "la distanza da cui guardarsi, guardare e farsi guardare", sempre nel "rispetto dell'essere persona" che ci accomuna e diversifica al contempo.

# psicopuglia

Notiziario  
dell'Ordine  
degli Psicologi  
della Puglia  
.....  
dicembre 2021  
Vol. 28

ISSN 2279-4031

## IVAN PAVLOV

Medico, fisiologo ed etologo russo,  
premio Nobel per la Medicina e  
scopritore del riflesso condizionato  
nei cani.

## PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia  
n. 28 - DICEMBRE 2021

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine  
degli Psicologi della Regione Puglia.**

**Via F.lli Sorrentino, 6 - Bari**

**Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.**

## DIRETTORE SCIENTIFICO

dott.ssa Anna Gasparre

## REDAZIONE

dott. Ferdinando Ignazio De Muro

dott. Massimo Frateschi



**BUON**  
**Natale**  
**- E FELICE 2022 -**

Dal Presidente, il Consiglio dell'Ordine  
degli Psicologi della Regione Puglia,  
il personale di segreteria e la redazione.







## SEGRETERIA ORDINE

-  Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari
-  +39 080 5421037
-  +39 080 5508355
-  [segreteria@psicologipuglia.it](mailto:segreteria@psicologipuglia.it)
-  [www.psicologipuglia.it](http://www.psicologipuglia.it)