

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

.....
dicembre 2018
Vol. 22

JOHN BROADUS WATSON

Psicologo statunitense anticonvenzionale per l'epoca, fu il padre del comportamentismo.



AVVISO ERRATA CORRIGE PSICOPUGLIA N.21 - GIUGNO 2018

Di seguito riportati i nominativi corretti degli autori presenti nella 21ª edizione di Psicopuglia (giugno 2018):

INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

Commissione comunicazione, gestione del web e trasparenza

- Coordinatore: *Antonio Calamo-Specchia*
- Componenti: *Geremia Caprioli, Paola Annese, Massimo Frateschi, Andrea Bosco, Anna Gasparre, Emanuela Soleti*

Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza

- Coordinatore: *Anna Gasparre*
- Componenti: *Calamo-Specchia, Massimo Frateschi, Geremia Caprioli, Paola Annese*

Commissione "attività formative e culturali, organizzazione convegni e patrocinii"

- Coordinatore: *Massimo Frateschi*
- Componenti: *Paola Annese, Ferdinando De Muro*

Commissione riabilitazione, neuropsicologia e psicologia del ciclo di vita

- Coordinatore: *Paola Annese*
- Componenti: *Massimo Frateschi, Ferdinando Ignazio Antonio De Muro, Geremia Caprioli, Anna Gasparre*

Tavolo tecnico per la psicologia dello sport

- Coordinatore: *Antonio Calamo-Specchia*
- Componenti interni: *Antonio Di Gioia, Emanuela Soleti, Anna Gasparre, Ferdinando Ignazio Antonio De Muro*

RICERCHE

Dalla Valutazione Neuropsicologica all'Intervento Multidimensionale in un paziente con Sclerosi Laterale Amiotrofica: case report

- *Giovanna Teresa Pontiggia* - Psicologo Psicoterapeuta, Segretario Ordine Psicologi Regione Puglia, Professore a contratto Università degli Studi di Bari e Istituto Skinner/Università Europea di Roma
- *Valentina Matarangolo* - Psicologo, Esperta in Neuropsicologia Clinica

Una mappa dei bambini a rischio DSA nel comune di Fasano

- *Florenza Prete* - Psicologa e Psicoterapeuta ASL BR
- *Emanuela Di Coste* - Psicologa specializzanda in Psicoterapia Sistemico-Relazionale
- *Antonella Orsini* - Psicologa specializzanda in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Approfondimento tematico: la disprassia in età evolutiva

- *Francesco Primo* - Psicologo Psicoterapeuta cognitivo comportamentale ad indirizzo neuropsicologico, Studio di Psico-Neuroriabilitazione (Bitonto), U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Asl TA

La presa in carico psicologica delle donne operate di neoplasia mammaria

- *Mariagrazia Carone* - Psicologa-Psicoterapeuta Dir.di I livello U.O.C. Psichiatria Univ Azienda Ospedaliera Policlinico Bari; Resp SIPO (Società Italiana di Psiconcologia), Reg. Puglia Basilicata)
- *Cinzia De Giglio, Annamaria Sumerano* - Psicologhe-Psicoterapeute, Già Consulenti Susan G. Komen Italia per il Progetto "Se.Non sono sola è meglio"
- *Rossana Mancarella* - Dottore di ricerca in Statistica. Tecnico Statistico - Agenzia Regionale per la Tecnologia e l'Innovazione ARTI Puglia

GAP - L'infelicità di "vincere facile"

- *Emiddio Ricco* - psicologo clinico / psicoterapeuta in formazione
- *Mariella Tambone* - psicologa / psicoterapeuta DDP Asl Ba
- *Antonio Taranto* - psichiatra direttore DDP Asl Ba

RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

Cher Ami... la Scuola Italiana di Psicopatologia Fenomenologica e Fenomenologia Clinica

- *Paolo Colavero* - Psicologo e psicoterapeuta individuale e di gruppo, psicopatologo di formazione fenomenologica, Professore a contratto Università D'Annunzio Chieti-Pescara, Consulente psicologo UOC Oncoematologia Pediatrica 'Ass. Per un sorriso in più', Ospedale Vito Fazzi, ASL Lecce

L'approccio evoluzionistico al benessere soggettivo

- *Carmela Messa* - psicologa psicoterapeuta, specializzata in Psicologia Clinica, Monopoli

Considerazioni in tema di responsabilità professionale dello psicologo

- *Simona Lorusso, Ignazio Grattagliano* - Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione Università degli Studi di Bari Aldo Moro

La psicopatia: una review di letteratura

- *Ilaria Daddario, Ignazio Grattagliano* - Dipartimento di scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli studi Aldo Moro

Chi chiami cattivo? Chi mira soltanto ad incutere vergogna. Quale è per te il gesto più umano? Risparmiare vergogna a qualcuno. Qual è il sigillo della raggiunta libertà? Non provare vergogna dinanzi a se stessi. - F.W. Nietzsche, La Gaia Scienza Splendido - disse, e mi ammalì con una risata carica di tutt'un altro tipo, una risata carica di amore per la vita e per tutte le sue insospettabili attrattive. In quel momento si sarebbe pensato che Olivia fosse tutta in quella risata, mentre invece era tutta nella sua cicatrice. - Philip Roth, Indignazione

- *Daniela Cirasino* - Associazione Il Gabbiano, Ostuni (Br)

Come aiutare i bambini a superare un lutto

- *Maria Angela Lucarano* - Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Emotional Suite®: arte e psicologia per la riduzione dello stress.

- *Mirco Turco* - Psicologo, Ipnologo, Project Manager and Trainer of Antistress Academy, Lecce. Member of the Scientific Technical Committee of Mediterranean Observatory in Digital Culture and Tourism of UniSalento, Lecce.

Percezione, proiezione e rappresentazione.

- *Massimo Frateschi* - Psicologo Psicoterapeuta, Presidente A.I.E.Psi., Associazione Italiana di Evoluzione e di Psicoevoluzione.

Le famiglie dei militari e la crisi del maschile: problemi

psico-sociali e ipotesi di intervento psicologico

- *Antonio Calamo-Specchia* - Psicologo psicoterapeuta, Consigliere Ordine degli Psicologi Regione Puglia
- *Vanda Vitone* - Psicologa psicoterapeuta, Vice Presidente Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

Attraversare il mare all'insaputa del cielo

- *Antonio Calamo-Specchia* - Psicologo, psicoterapeuta

Valutazione psicodiagnostica della Competenza Emotiva in età evolutiva

- *Annalia Palmisano* - Psicologa Psicodiagnosta

ESPERIENZE SUL CAMPO

Percorsi terapeutici di consapevolezza per gli autori di violenza contro donne e minori

- *Rita Russo* - Direttrice della Casa Circondariale di Lecce
- *Marika Massara* - Psicologa-psicoterapeuta, Coordinatrice Rete Antiviolenza Sanfra
- *Emanuela Soleti* - Psicologa-psicoterapeuta, Centro Antiviolenza Bari Rete Sanfra
- *Dalila Manti* - Psicologa, esperta in psicologia Giuridica

Un intervento psicoterapico al fine di riattivare la "costellazione materna".

- *Efsia Satta* - Dirigente Psicologa Psicoterapeuta dell'età adulta e dell'età evolutiva presso D.S.M.di Taranto
- *Maria Nacci* - Dirigente Psichiatra Direttore del D.S.M. di Taranto
- *Brigida Ruggieri* - Psicologa Psicoterapeuta

La Pet-Therapy e la didattica inclusiva

- *Tiziana De Vita* - Unibas
- *Lillina Paradiso* - Operatore di zoo antropologia didattica

SPAZIO NEOLAUREATI

Le basi biologiche della sindrome di Tourette

- *Luigi Gualtieri* - Psicologo libero professionista

Aspetti psico-sessuali nella bronco-pneumopatia cronica ostruttiva

- *Ceddia Nara Viviana* - Laureata in Psicologia Tesi di laurea in Psicologia Clinica

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE DEL PRESIDENTE

- 6 Servizio di consulenza e assistenza tecnica in materia di fondi strutturali, nazionali e regionali di interesse dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
- 9 Protocollo d'Intesa tra il CNOP e l'ANCI

INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 20 Commissione "attività formative e culturali, organizzazione convegni e patrocini"
- 21 Commissione promozione del benessere e psicologia dell'emergenza
Commissione comunicazione, gestione del web e trasparenza

RICERCHE

- 24 Valutazione degli effetti delle artiterapie nelle RSA del gruppo Villa Argento di Modugno e Alberobello
- 29 Valutazione Neuropsicologica e progetto di intervento in un soggetto con stroke ischemico
- 37 La malattia oncologica nella genitorialità: storie di cambiamento nel rapporto genitori - figli

- 44 Bambole Reborn: dalla mania alla terapia
- 51 La residenza emotiva
- 57 Psicologia e sport: un'indagine sulla percezione del ruolo dello Psicologo dello Sport nella regione Puglia

RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 68 A partire dai contributi di Imbasciati: alcune considerazioni sulla psicoterapia come progressivo apprendimento
- 72 Il Caregiver Burden nella Demenza di Alzheimer
- 75 L'urgenza in Psicologia Clinica
- 88 Il sogno in psicoanalisi: da Freud ad oggi
- 102 Detenzione al femminile: il vissuto affettivo, reti e rapporti interpersonali, bambini invisibili
- 110 Cher Ami... La scuola italiana di psicopatologia fenomenologica e fenomenologia clinica
- 116 Psicoanalisi e Psicoevoluzione, processi e stadi evolutivi
- 133 Le origini della violenza
- 149 L'altra faccia di Hollywood
- 156 L'esperienza del commiato
- 160 Media violenti: una visione generale

dell'influenza dei contenuti violenti sul comportamento individuale

- 172 Terapia e tango: la magia dell'abbraccio
- 176 From protosymbols to Anima Mundi: clinical experience of a group in a hospital Psychiatric Department
- 183 L'identificazione precoce delle difficoltà d'apprendimento nella scuola dell'infanzia

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

- 194 Ortoressia: fattore prodromico o entità nosografica autonoma? Dal caso clinico alle riflessioni metodologiche
- 206 Neuropsicologia della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)
- 220 La famiglia Vicini - un percorso di psicoterapia familiare in diversi formati

ESPERIENZE SUL CAMPO

- 232 Un caso di tumore al seno: una Persona comunica la sua sofferenza tramite il metodo Rorschach
- 240 ColMare
- 244 Percorsi terapeutici di consapevolezza per gli autori di violenza contro donne e minori

253 La dimensione affettiva della relazione uomo-animale nel contesto scolastico

260 La vulnerabilità nel sistema di accoglienza S.P.R.A.R.

267 Psicopatologia delle Nuove Psicosi Sintetiche

SPAZIO NEOLAUREATI

272 Personalità e Sclerosi Multipla: il ruolo dello psicologo clinico nella reazione alla malattia

277 Teoria dei sistemi dinamici: un framework metateorico per la psicoterapia?

RASSEGNA STAMPA

NOVITÀ IN LIBRERIA

292 Curare i bambini abusati

294 Il Domani è Oggi - Psicologia di un Procrastinatore

296 Proteggere i bambini dalla violenza assistita

299 Cambiare Pelle

301 NOTIZIE DALLA SEGRETERIA



SERVIZIO DI CONSULENZA E ASSISTENZA TECNICA IN MATERIA DI **FONDI STRUTTURALI, NAZIONALI E REGIONALI** DI INTERESSE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA

Report di monitoraggio Periodo gennaio - ottobre 2018

Il servizio di consulenza e assistenza tecnica, attivato attraverso apposita convenzione tra l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e un consulente incaricato, ha lo scopo di:

- Intercettare avvisi e bandi che offrono l'accesso a finanziamenti di tipo europeo o regionale rivolti a professionisti;
- fornire informazioni specifiche in merito a tali avvisi e/o bandi e chiarirne le modalità di presentazione;
- fornire assistenza tecnica per la presentazione e la compilazione di formulari e/o progetti attraverso piattaforme on line;
- offrire spunti e stimolare la nascita di nuove iniziative imprenditoriali che si pongano in parallelo all'attività ordinaria dello psicologo libero professionista;
- fornire informazioni utili circa l'esistenza di fondi, finanziamenti, avvisi e bandi per intraprendere nuove iniziative imprenditoriali;
- elaborare progetti o pratiche in materia di finanziamenti in favore degli iscritti all'Ordine o a favore dello stesso Ente.

I destinatari sono tutti gli psicologi iscritti all'Ordine, che hanno voglia di creare e proporre validi progetti per inserirsi in nuove iniziative imprenditoriali sociali.

Al fine di favorire l'accesso allo sportello sono state attivate le seguenti azioni di comunicazione:

- L'attivazione di un indirizzo mail specifico al quale



scrivere per richiedere informazioni, appuntamenti, inviare bozze di progetto, richieste chiarimenti e aggiornamenti;

- Numero telefonico dedicato essenzialmente per fissare appuntamenti;
- Possibilità di prenotare videochat attraverso whatsapp e facebook per gli iscritti geograficamente più lontani dalla sede dell'Ordine degli Psicologi o impossibilitati ad accedervi.

Nel corso dell'anno, sono pervenute 137 mail con svariate richieste; tutte le mail sono state riscontrate in ordine di arrivo.

Le richieste più frequenti sono state:

- Conoscere il funzionamento dello sportello;

- Conoscere le modalità per accedere allo sportello;
 - Richiesta delle informazioni generali sui bandi e gli avvisi attivi;
 - Descrizione di idee e progetti da voler realizzare e richiesta di pertinenza con i bandi/avvisi in corso;
- Richiesta appuntamento presso la sede dell'ordine degli psicologi per conoscere direttamente il servizio offerto.

Gli appuntamenti fissati per consulenza e assistenza tecnica **sono stati 43** di cui **5 per contatto telefonico** e **4 per videochat** con iscritti residenti fuori dalla provincia di Bari o impossibilitati a raggiungere la sede per motivi di studio e/o lavorativi. Durante i colloqui sono state trattate le seguenti tematiche:

- Informazioni e chiarimenti sull'esistenza di finanziamenti a cui accedere attraverso la presentazione di un progetto;
- Istruzioni, consigli, guida e assistenza su come stilare un progetto;
- Definizione di idee innovative, proposte soggettive e aderenza dell'idea iniziale al bando e/o avviso a cui candidarsi;
- Conoscenza delle forme di costituzione del libero professionista per la partecipazione e la candidatura del progetto. (Es. associazione, cooperativa, srl...);
- presentazione dei bandi disponibili (PIN, NIDI, RESTO AL SUD, BANDO FONDAZIONE MEGAMARK);
- Presentazione di altri avvisi pubblici in corso (SELEZIONE PROFESSIONISTI PER PON INCLUSIONE SOCIALE)
- Guida alla compilazione di formulari per la presentazione di progetti.

Sono state inviate n. 132 mail informative circa i bandi e/o avvisi cui presentare candidatura.

L'attività dello sportello, durante il periodo estivo si è concentrata maggiormente sulla richiesta da parte degli iscritti di maggiori approfondimenti sulla selezione relativa al PON INCLUSIONE SOCIALE. Le richieste maggiori sono state:

- Info relative al finanziamento PON INCLUSIONE (che cos'è, cosa finanzia, quali sono le fonti di finanziamento);

- Cosa sono le misure di inclusione REI/RED;
- Chiarimenti sul ruolo dello psicologo all'interno delle equipe per le misure di inclusione sociale REI/RED e mansioni da svolgere al suo interno;
- Approfondimento di tematiche sociali e di carattere normativo inserite all'interno del programma di studio per la selezione PON INCLUSIONE (Legge 328/2000, Regolamento Regionale 4/2007 e ss.mm. D.Lgs 147/2017 sulla misura di inclusione sociale SIA...)

In generale, le attività principali dello sportello sono:

- Attività di **front office** attraverso la programmazione di appuntamenti informativi ed esplicazione dei bandi e avvisi pubblici di interesse.
- Attività di **back office** con la raccolta dati e la valutazione di alcuni progetti particolarmente innovativi o rilevanti per gli scopi e la motivazione rappresentata.
- **Lavorazione e presentazione di pratiche** PIN o NIDI o altre pratiche a seconda delle richieste dei professionisti.

L'attività di front office è quella più intensa ed è quella che raccoglie il maggior numero di accessi: dall'inizio dell'attività dello sportello, il 05-10-2016, ad oggi sono stati effettuati **310 accessi** allo sportello per la richiesta di informazioni.

L'attività di back office riguardante invece la trasmissione di link e bandi o il riscontro delle mail per chi non può effettuare l'accesso allo sportello è stata effettuata per **321 iscritti** dall'attivazione dello sportello ad oggi.

La lavorazione e presentazione delle pratiche ha un andamento altalenante e ha visto la lavorazione di 32 pratiche di cui 27 per il bando PIN e 5 per il bando NIDI; sono stati effettivamente presentati 8 progetti come candidati per il bando PIN, destinato a giovani pugliesi innovativi e con obiettivi spalmati su tre assi: sociale, tecnologico e turistico.

Dei sei progetti elaborati attraverso l'attività di progettazione dello sportello presentati nella scorsa annualità 2017, tre sono risultati ammessi a finanziamento e due sono ad oggi in fase di start up, mentre altri due presentati nell'estate 2018 sono in attesa di valutazione.



Altri iscritti, sette per l'anno 2018 hanno presentato dei progetti elaborandoli personalmente ma con la guida e la consulenza dello sportello; due sono stati ammessi a finanziamento, uno è in fase di valutazione e gli altri non sono stati ammessi ma saranno ripresentati per il 2019.

PUNTI DI FORZA E PUNTI DI CRITICITÀ RILEVATI

Tra i punti di forza si rileva:

- Alta concentrazione della richiesta di appuntamenti e un buon livello di soddisfazione rilevato attraverso feed-back positivi degli iscritti in merito alle spiegazioni e alle informazioni fornite relativamente ai bandi e agli avvisi pubblici regionali;
- Soddisfazione dell'iscritto determinata dal poter usufruire di un servizio aggiuntivo gratuito offerto dall'Ordine degli Psicologi;
- Alta diffusione dell'informazione relativa al funzionamento dello sportello;
- Attivazione di nuovi servizi per gli iscritti ovvero:
 - a) Attivazione del servizio di video chat per gli iscritti territorialmente più distanti;
 - b) Attivazione della linea telefonica integrativa al servizio mail per la prenotazione di un appuntamento;
 - c) Formazione in merito a materie di competenza del Welfare e di misure di sostegno al reddito in cui viene coinvolto lo psicologo attraverso equipe multidisciplinari.

Tra i punti di criticità si rileva:

- Scarsa attinenza degli obiettivi progettuali degli avvisi e dei bandi disponibili con le aspettative degli iscritti, che spesso effettuano l'accesso allo sportello per richiedere finanziamenti per l'apertura di uno studio privato. Ciò nonostante, nel corso dei colloqui, è stato stimolato il professionista a creare nuove iniziative imprenditoriali anche in concomitanza all'apertura di uno studio, dove svolgere l'attività professionale classica;
- Assenza o difficoltà nel rintracciare un elemento di innovatività;
- Difficoltà a chiudere alcune pratiche poiché durante la lavorazione intervengono fattori esterni (allungamento dei tempi nel feed-back, attività lavorativa degli iscritti, distanza territoriale...) che

non ne determinano la definizione e la chiusura.

Dal mese di settembre 2018, lo sportello fornisce informazioni e approfondimenti su nuovi bandi quali:

- **RESTO AL SUD:** è una nuova serie di incentivi fiscali dedicati ai giovani tra i 18 ed i 35 anni residenti in una delle seguenti regioni **Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia** che intendono aprire una nuova impresa. A tali giovani, **Invitalia**, offre due tipi di agevolazioni fiscali che possono coprire il **100% delle spese** effettuate contributo a fondo perduto e finanziamenti a tasso zero.
- **URBIS:** una misura del PON Città Metropolitane 2014/20 promuove e sostiene, attraverso l'erogazione di incentivi a fondo perduto compresi tra 15.000 e 40.000 €, a fronte di un cofinanziamento del 15%, la creazione di nuove imprese sociali di prossimità nelle aree più fragili della città sotto il profilo socio-economico ed urbanistico.

NOVITÀ PER GLI ISCRITTI

- **FORMAZIONE FONDI EUROPEI E LABORATORI DI PROGETTAZIONE:** Lo sportello sta lavorando per l'annualità 2019 ad un progetto che consentirà agli iscritti di accrescere la conoscenza relativa ai finanziamenti europei e in materia di progettazione. Nello specifico saranno effettuate delle giornate di formazione in materia di fondi europei sia attraverso lezione frontale che con attività laboratoriali e di gruppo inerenti la progettazione. Le adesioni si inizieranno a raccogliere a partire dal mese di ottobre e fino al 20 dicembre 2018 per dare avvio al progetto a gennaio 2019.

Si ricorda a tutti i colleghi che l'Ordine degli Psicologi Regione Puglia ha attivato un indirizzo di posta dedicato sportello@psicologipuglia.it ed un numero telefonico 371/1403656 attivo negli orari e nei giorni di apertura dello sportello, per prenotare appuntamenti o per brevi info.

Lo sportello è operativo il mercoledì e il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 18.30 presso la sede dell'Ordine.



PROTOCOLLO D'INTESA TRA IL CNOP E L'ANCI

Nella giornata del primo ottobre 2018, a Bari, è stato sottoscritto dal Presidente del Cnop Dott. Fulvio Giardina e dal Presidente dell'Anci Ing. Antonio De Caro, il Protocollo d'Intesa tra il Cnop (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) e l'Anci (Associazione Nazionale Comuni Italiani), finalizzato alla promozione del benessere psicologico dei cittadini.

Un appuntamento di estrema rilevanza per la nostra Comunità professionale, perché a distanza di quasi trent'anni dall'istituzione della professione di Psicologo ad opera della L. n. 56/89, il Protocollo d'Intesa promuove la valorizzazione delle competenze incentrate sulla costruzione del benessere e della qualità della vita delle comunità locali. L'accordo ha come obiettivo quello di favorire un





programma di azioni e interventi in materia di diritti di cittadinanza e di salute, con un'attenzione specifica allo sviluppo e alla promozione del benessere dei cittadini.

Tanto in conformità a quanto previsto dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328: *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*, che promuove interventi volti a



garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, previene e si occupa delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivante da inadeguatezze economiche, e che nel caso specifico del Protocollo d'Intesa Cnop-Anci si traduce in interventi relativi alle situazioni di pregiudizio e di esclusione sociale, di emergenza e marginalità.

Mai come in questo momento il contesto sociale necessita di lavori risananti tali situazioni di forte disagio e gli Psicologi sono pronti a mettere in campo le proprie competenze e professionalità, creando collaborazioni per realizzare azioni congiunte dirette a sviluppare una cultura della prevenzione e di risposta alle povertà, alla mancanza di protezione e alle emergenze sociali, ben consapevoli che i comuni saranno interlocutori attenti perché estremamente sensibili alle condizioni di salute delle loro comunità locali.

L'Anci, d'altro canto, come da Protocollo d'Intesa

sottoscritto, si impegnerà a promuovere presso i comuni italiani la realizzazione delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali e psicoeducativi al fine di assicurare il sostegno psicologico e l'orientamento a favore delle famiglie e dei cittadini seguiti all'interno dei servizi sociali.

Come evidenziato dal Presidente del Cnop Dott. Fulvio Giardina, con la sottoscrizione del Protocollo d'Intesa Cnop-Anci, la comunità professionale degli Psicologi viene messa in rete, al servizio dei Comuni che ogni giorno si occupano di migliorare la vita dei cittadini.

La professionalità e l'esperienza degli psicologi italiani possono essere un valido aiuto per l'ente locale nella fase di facilitazione e comprensione dei numerosi processi di cui i cittadini sono protagonisti, e nell'ente

locale troveremo sicuramente la massima disponibilità a collaborare insieme nell'ottica della creazione di una Comunità forte e coerente.

Tanto è stato confermato anche dal Presidente Anci Ing. Antonio De Caro che ha evidenziato come *"La salute dei cittadini è uno degli indicatori fondamentali per testare il benessere di una comunità. Se una comunità è in salute, è coesa, significa che è forte e può crescere"*.

Il Presidente Anci ha inoltre sottolineato che anche se la sanità non è una competenza strettamente diretta delle amministrazioni comunali, i sindaci non possono ignorare le contingenze in materia di salute e benessere e sono necessitati a trovare soluzioni e strumenti risolutivi e volti soprattutto alla tutela dei cittadini più vulnerabili.

La comunità professionale pugliese è già molto attenta e legata al proprio territorio, in ambiti come le scuole, i centri famiglia, i centri

antiviolenza, le unità di strada dedicate alla prevenzione del disagio e della devianza, i centri per la prima infanzia e le famiglie, impegno e interesse al servizio di tutti gli enti locali e sanciti da questo accordo.

Anci e CNOP, con la sottoscrizione del Protocollo d'intesa, nell'ambito delle loro rispettive competenze, si impegnano a:

- promuovere presso i Comuni italiani l'implementazione delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali e psicoeducativi al fine di assicurare sostegno psicologico e orientamento in favore delle famiglie e dei cittadini seguiti all'interno dei servizi sociali dei Comuni, supportando e integrandosi al lavoro d'equipe, nei progetti di contrasto alla povertà, nell'area dell'emergenza, della protezione del pregiudizio;
- organizzare eventi formativi rivolti agli iscritti psicologi dipendenti comunali su tematiche relative all'area della tutela dei diritti di cittadinanza, della genitorialità, delle dinamiche familiari con specifico riferimento alle povertà e alle

problematiche connesse alla marginalità sociale all'emergenza.

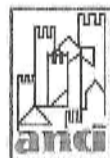
Entrambe si impegnano a compiere attività e organizzare eventi di sensibilizzazione, momenti di studio e aggiornamento sulla tutela dei diritti dei cittadini attraverso l'organizzazione di convegni, seminari, tavole rotonde, workshop, coinvolgendo gli Enti Locali, il mondo della cultura e dell'informazione, per promuovere cambiamenti concreti a livello sociale, culturale, politico e giuridico.

Gli ambiti di intervento in cui sarà promossa l'implementazione delle competenze psicologiche saranno diversi: quello della prevenzione e del pronto intervento sociale, quello delle attività di servizio sociale di supporto alla persona alla famiglia e rete sociale, gli interventi psicologici ed educativi assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo, interventi psicologici volti a favorire la permanenza al domicilio, azioni e interventi di coprogettazione e coordinamento presso asili e servizi per la prima infanzia.





CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



**PROTOCOLLO DI INTESA
PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO
DEI CITTADINI**

Tra

IL CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE DEGLI PSICOLOGI (CNOP) con sede in Roma, Piazzele Porta Pia 121, Cod. Fisc. 97107620581, in persona del Presidente o legale rappresentante pro tempore Fulvio Giardina, domiciliato per la carica presso la sede legale del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (di seguito anche "**CNOP**")

e

L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI COMUNI ITALIANI (ANCI) con sede in Roma, Via dei Prefetti 46, Cod. Fisc. 80118510587, nella persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore Dott. Antonio De Caro, domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (di seguito "**ANCI**")

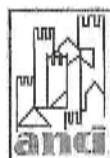
(L'**ANCI** e **CONSIGLIO NAZIONALE** di seguito anche indicate collettivamente le "**Parti**")

PREMESSO CHE:

il **CNOP**:

- promuove la professione di psicologo, predisporre ed aggiorna il Codice Deontologico, vincolante per tutti gli iscritti e lo sottopone all'approvazione per referendum degli stessi;
- cura l'osservanza delle leggi e delle disposizioni concernenti la professione relativamente alle questioni di rilevanza nazionale;
- esprime pareri, su richiesta degli enti pubblici o di propria iniziativa, anche sulla qualificazione di istituzioni non pubbliche per la formazione professionale;

1



- intende promuovere la professione dello psicologo presso gli Enti Locali, le istituzioni pubbliche, gli enti del Terzo Settore, le Aziende Sanitarie perché possano avvalersi del contributo dello psicologo per lo sviluppo e promozione del benessere e della salute;
- in data 5 giugno 2015, ha approvato il documento "La Professione di psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici" che definisce gli strumenti conoscitivi e di intervento della professione psicologica ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 56/89;

L'ANCI:

- in base alle previsioni dell'art. 1 del suo Statuto, costituisce il sistema di rappresentanza dei Comuni italiani, delle Unioni dei Comuni e delle altre forme associative, delle Città metropolitane e di tutti gli enti di derivazione comunale; ne tutela e ne rappresenta gli interessi, anche nei rapporti con il Governo, il Parlamento e tutte le istituzioni o gli Enti centrali o di rilievo nazionale, ed altresì nei rapporti con le Regioni, con le Province e con tutti gli enti pubblici di rilievo regionale e locale e al Comitato delle Regioni;
 - cura la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati e delle informazioni di loro interesse; svolge attività di sostegno, di assistenza tecnica ed erogazione di servizi nell'interesse e nei confronti dei Comuni italiani; promuove e diffonde, a tutti i livelli, la coscienza dei valori della sussidiarietà, dell'autonomia, del federalismo; riceve e gestisce finanziamenti, pubblici e privati; gestisce progetti e programmi di diversa natura.
- ◆ la Legge 8 novembre 2000, n. 328 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", promuove soprattutto interventi volti a garantire la qualità della vita, pari opportunità, la non discriminazione e diritti di cittadinanza; previene, riduce e si occupa delle condizioni di disabilità, di bisogno



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



e di disagio individuale e familiare derivanti da inegualtanza economica, difficoltà sociali e stress psicologico derivanti da situazioni complesse di non autonomia;

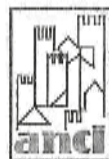
- ❖ nel contesto ancora in evoluzione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e scolastici (es. Piani Sociali di Zona e Ambiti Territoriali Sociali) si registrano nuovi bisogni, tra cui, l'esigenza da parte di famiglie ed operatori di supporto e orientamento nel fronteggiare temi di stretta pertinenza delle discipline psicologiche che non ricadono tra i servizi offerti esclusivamente in ambito sanitario;
- ❖ la professione di psicologo è ordinata dalla Legge 18 febbraio 1989, n. 56 che all'art. 1 definisce gli ambiti e le modalità di intervento: *"La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione - riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito"*.

CONSIDERATO CHE:

- ❖ il CNOP e l'ANCI condividono le finalità degli interventi indicati nel quadro delle loro rispettive strategie di azione;
- ❖ le Parti intendono collaborare attivamente per la tutela dei cittadini nei progetti di contrasto al disagio sociale.



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



Tutto ciò premesso, le Parti come sopra indicate:

CONCORDANO E STABILISCONO QUANTO SEGUE:

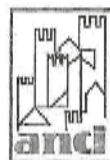
1. Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Protocollo di Intesa denominato "Protocollo di Intesa per la promozione del benessere psicologico dei cittadini".

3. Finalità del Protocollo

Il presente Protocollo ha come obiettivo quello di promuovere un programma di azioni e interventi in materia di promozione dei diritti di cittadinanza e di salute con un'attenzione specifica allo sviluppo e alla promozione del benessere dei cittadini in conformità a quanto previsto dalla "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" citata in premessa, con particolare riferimento alle situazioni di pregiudizio e di esclusione sociale, di emergenza e marginalità.

Le Parti concordano sulla necessità di realizzare azioni congiunte dirette a sviluppare in Italia una cultura della prevenzione e di risposta alle povertà, alla mancanza di protezione e alle emergenze sociali che promuova il ruolo attivo dei cittadini attraverso l'implementazione delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali e psicoeducativi e dei servizi sociali; di promuovere a livello istituzionale, nel mondo delle professioni e nella comunità civile, l'adozione di prassi e procedure per proteggere efficacemente i cittadini che si trovino in contesti di disagio psicologico per condizioni socio-economiche precarie, di marginalità e nelle emergenze, volte ad intervenire direttamente per la tutela e la promozione del benessere dei cittadini.



Nello specifico, ANCI, di intesa con il CNOP, si impegna a promuovere presso i Comuni italiani l'implementazione delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali e psicoeducativi al fine di assicurare sostegno psicologico e orientamento a favore delle famiglie e dei cittadini seguiti all'interno dei servizi sociali dei Comuni, supportando e integrandosi al lavoro d'équipe, nei progetti di contrasto alla povertà, nell'area dell'emergenza, della protezione, del pregiudizio.

Il CNOP si impegna ad organizzare in collaborazione con ANCI, previa condivisione di progetti mirati, eventi formativi rivolti agli iscritti psicologi dipendenti comunali su tematiche relative all'area della tutela dei diritti di cittadinanza, della genitorialità, delle dinamiche familiari con specifico riferimento alle povertà e alle problematiche connesse alla marginalità sociale e all'emergenza.

Le Parti si impegnano, altresì, a realizzare iniziative ed eventi di sensibilizzazione, momenti di studio, aggiornamento sulla tutela dei diritti dei cittadini, attraverso l'organizzazione di convegni, seminari, tavole rotonde, workshop, coinvolgendo gli Enti Locali, il mondo della cultura e dell'informazione, per promuovere cambiamenti concreti a livello sociale, culturale, politico e giuridico.

3. Ambiti di intervento

Le Parti si impegnano, sulla base del presente Protocollo, a promuovere l'implementazione delle competenze psicologiche nei seguenti ambiti di intervento (previsti dalle normative nazionali e regionali, nonché dal Nomenclatore degli interventi e servizi sociali come aggiornato dal CISIS nel 2013 e di seguito riportati a titolo esemplificativo e non esaustivo) del sistema dei servizi sociali integrati in una prospettiva multidisciplinare e multiprofessionale:

- prevenzione e pronto intervento sociale;
- attività di servizio sociale di supporto alla persona, alla famiglia e rete sociale (servizio per l'affidamento dei minori, servizio per l'adozione nazionale e



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



- internazionale di minori, servizio di mediazione familiare, interventi di sostegno alla genitorialità);
- interventi psicologici e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo;
 - interventi psicologici volti a favorire la permanenza al domicilio (assistenza domiciliare socio-assistenziale; assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari);
 - azioni e interventi di coprogettazione e coordinamento presso Asili e servizi per la prima infanzia (Asili nido, servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia in contesto domiciliare, spazi gioco, centri bambini-genitori) e presso Centri con funzione educativo-ricreativa (ludoteche, centri di aggregazione sociale, centri per le famiglie, centri diurni di protezione sociale, centri diurni estivi);
 - interventi psicosociali e psicoeducativi presso Centri a carattere socio-sanitario, quali centri diurni semiresidenziali e socio-riabilitativi, laboratori protetti e centri occupazionali;
 - attività di consulenza, coprogettazione, coordinamento, supervisione, prevenzione dello stress lavoro correlato e prevenzione del burn-out negli Enti locali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali del Sistema integrato dei servizi;
 - interventi di accoglienza, assistenza, supporto psicologico e interventi sul disagio psico-sociale della popolazione migrante con l'aiuto e il supporto di mediatori linguistico - culturali, con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati e rifugiati;
 - interventi in favore di minori, di persone minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica, maltrattamenti e stalking;
 - interventi in favore di minori e adulti nei percorsi processuali, di pena e riabilitazione;
 - interventi di informazione, formazione e consulenza nel sistema di istruzione e formazione professionale finalizzati alla salute, al benessere individuale e collettivo, al successo formativo, all'integrazione, al contrasto del disagio giovanile, della dispersione scolastica, del bullismo e dei comportamenti a rischio;

FFC



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



- azioni di prevenzione, informazione e comunicazione riguardo ai temi del disagio, della salute mentale e del benessere psicologico e sociale, in collaborazione con il Terzo Settore e il Volontariato;

4. Oneri

Il presente Protocollo d'intesa non comporta alcun onere finanziario diretto di una parte a vantaggio dell'altra.

5. Promozione dell'immagine - Comunicazione


Le Parti si danno atto dell'esigenza di tutelare o promuovere la collaborazione regolata dal presente Protocollo d'intesa e l'immagine di ciascuna di esse. In particolare i rispettivi segni distintivi delle Parti possono essere utilizzati nell'ambito delle iniziative di cui all'art. 2 del presente atto, previo consenso espresso da parte di ANCI che verrà reso secondo le modalità indicate nel Regolamento per l'uso del Marchio ANCI disponibile sul sito istituzionale www.anci.it.

Ciascuna Parte può condurre autonomamente attività di reportistica, stampa e comunicazione, *advocacy* per quanto riguarda le attività da essa direttamente realizzate, condividendole previamente con l'altra Parte secondo quanto stabilito al precedente capoverso.

Le Parti si impegnano a dare adeguata pubblicità all'iniziativa sui loro siti istituzionali e sugli organi di stampa e periodici/publicazioni da essi gestiti a tutti i livelli territoriali.

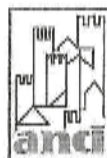
6. Durata del Protocollo

Il presente Protocollo avrà la durata di tre anni a partire dalla data dell'ultima sottoscrizione. E' escluso il rinnovo tacito. Ciascuna delle Parti potrà recedere liberamente dal presente Protocollo mediante raccomandata A/R da inviare all'altra Parte, con un preavviso di almeno 30 giorni.

FR 



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



7. Modifiche

Eventuali modifiche e/o integrazioni del presente Protocollo dovranno essere redatte in forma scritta e controfirmate dalle Parti.

8. Privacy

Le Parti si danno reciprocamente atto di essere titolari autonomi del trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR), cui si impegnano ad uniformarsi.

9. Legge applicabile e foro competente

Il Protocollo sarà regolato dalle disposizioni di Legge della Repubblica Italiana. Per qualsiasi controversia relativa o, comunque, occasionata dal presente Protocollo sarà esclusivamente competente il Foro di Roma.

Letto, confermato, sottoscritto

Roma, il *02/10/2018*

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
CNOP
Il Presidente
Fabio Giardina

Associazione Nazionale Comuni Italiani
ANCI
Il Presidente
Antonio Decaro



COMMISSIONE “ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI”

(luglio - dicembre 2018)

Coordinatore
Massimo Frateschi

Componenti
Paola Annese
Ferdinando De Muro

La Commissione “ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI” per il periodo luglio – dicembre (II semestre) 2018 ha proseguito la programmazione basata su una metodologia pragmatica per il perseguimento di obiettivi strategici a breve, medio e lungo termine, per il progresso della cultura e formazione psicologica, anche promuovendo le nuove proposte di diffusione, sensibilizzazione, informazione della cultura e formazione psicologica, in contesti intraprofessionali, interprofessionali, nella comunità e società civile. La Commissione si è impegnata a promuovere proposte di Eventi Formativi ECM, per soddisfare quanto più possibile il bisogno formativo dei professionisti psicologi; ha proposto e articolato uno sviluppo professionale culturale e formativo ampio e approfondito, con nuove iniziative di divulgazione nella società, nelle comunità e nei contesti istituzionali e privati, sulla multidimensionalità professionale dello psicologo, dei servizi e degli interventi di promozione della salute e del benessere. La comunità professionale degli psicologi della Puglia, quindi, continua a partecipare attivamente, con sinergia e con grande attenzione al progresso culturale, scientifico, formativo e applicativo per favorire il progresso complessivo umano civile, sociale, cooperativo e inclusivo.

Gli eventi e le iniziative confermate in calendario sono, in sintesi, nel seguente elenco cronologico:

1. Evento Formativo ECM dal titolo: *“Psicologia e Comunità: Sviluppo del Territorio”* organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 01.10.2018, presso Villa Romanazzi Carducci, Bari. L’evento è stato accreditato per 7 crediti ECM.
2. Evento Formativo ECM dal titolo: *“Psicodinamica della manipolazione: dalla comunicazione alla patologia”*, organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia “Istituto di Psicoterapia Psicomunitas S.R.L.”, tenutosi il giorno 19.10.2018, presso Multicinema Galleria, Bari. L’evento è stato accreditato per 6 crediti ECM.
3. Evento Formativo previsto in collaborazione tra l’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, l’Ordine degli Assistenti Sociali della Puglia, la Fondazione FIRSS e la rivista Animazione Sociale del Gruppo Abele, su temi riguardanti “Nei cantieri della città del Noi”, per i giorni 10-11 dicembre 2018.

Il gratuito patrocinio è stato concesso per numerosi eventi, in sintonia con tutte le norme del Regolamento, dando ampio spazio alla promozione di ogni iniziativa formativa e culturale degli psicologi per elevare la qualità della vita, della salute e del benessere della collettività.



COMMISSIONE PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Coordinatore
Anna Gasparre

Componenti
Antonio Calamo Specchia
Massimo Frateschi
Geremia Caprioli
Paola Annese

Coordinatore
Antonio Calamo Specchia

Componenti
Geremia Caprioli
Paola Annese
Massimo Frateschi
Anna Gasparre
Emanuela Soleti

COMMISSIONE COMUNICAZIONE, GESTIONE DEL WEB E TRASPARENZA

La Commissione Comunicazione, Gestione del web e trasparenza, nell'ultimo semestre ha proseguito i lavori ordinari di gestione del portale www.psicolgipuglia.it e della pagina Facebook [@OrdinePsicologiPuglia](https://www.facebook.com/OrdinePsicologiPuglia).

ANALISI DEL TARGET

Dal mese di giugno a ottobre 2018 si è verificato un aumento del 9% della fanbase della pagina Facebook dell'Ordine, passando da 14.900 fan (01/06/2018) a 16.501 (dati aggiornati al

22/10/2018). Il dato dimostra che l'attività svolta finora dall'Ordine sui social risponde perfettamente all'intento di informare i professionisti, i cittadini, gli studenti e le associazioni.

Il pubblico della Pagina Facebook dell'Ordine è prettamente **femminile (82%)**, il 47% delle fan ha un'età compresa tra i 25 e i 44 anni.

ANALISI DELL'ATTIVITÀ E DEI CONTENUTI

Il semestre è stato caratterizzato dal Mese del benessere psicologico. In collaborazione con la

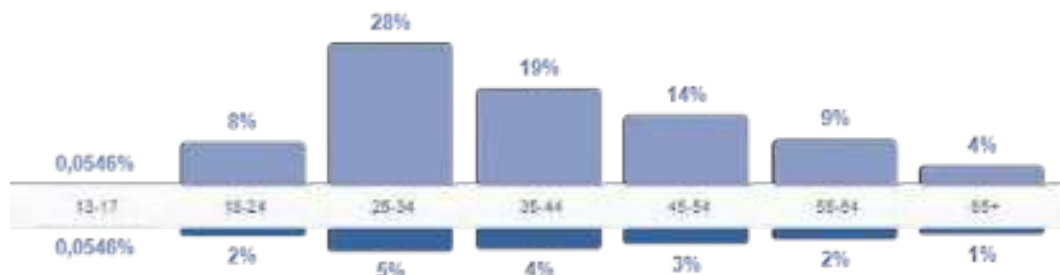


Fig. 1 - Dati demografici aggregati relativi alle persone a cui piace la Pagina in base alle informazioni su età e genere specificate nel loro profilo.



Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'emergenza, come di consueto, è stato organizzato un lavoro di comunicazione e promozione e ad hoc per l'evento, studiato insieme con i creativi consulenti dell'Ordine.

Per annunciare l'edizione del 2018 del Mese del Benessere Psicologico, si è sperimentato anche l'uso di un nuovo strumento di Facebook: le Stories, ovvero contenuti digitali destinati a scomparire dopo 24 ore dalla pubblicazione. Si è ottenuta una media di 69 visualizzazioni per ogni fotogramma della Storia nella prima mezz'ora di pubblicazione. Nella settimana di pubblicazione, 100 persone hanno visualizzato la pagina da desktop e 461 da mobile (smartphone, tablet).

Il **tasso medio di coinvolgimento** degli utenti sui post pubblicati è del **10%**: è davvero un ottimo segnale, considerato che il tasso medio sulla piattaforma in genere si attesta attorno al 3%. Un engagement così elevato conferma la presenza di un pubblico autenticamente interessato agli aggiornamenti condivisi sulla pagina e, quindi, la pertinenza dei contenuti con il pubblico di riferimento.

Segnaliamo inoltre che i **feedback negativi** (uso di *reaction* con *sentiment* negativo, come le opzioni

"Nascondi Post" o "Nascondi tutti i post") sono praticamente assenti nelle pubblicazioni dell'ultimo trimestre, eccetto casi sporadici assolutamente fisiologici.

Per la **9^a edizione del Mese del Benessere Psicologico**, sono state condotte le seguenti attività online:

- Aggiornamento del sito web dedicato: www.mesedelbenesserepsicologico.it
- Implementazione della sezione EVENTI CC MONGOLFIERA
- Gestione della pagina Facebook [@MeseBenesserePuglia](https://www.facebook.com/MeseBenesserePuglia)
- Attività di Facebook advertising

In merito alla pagina facebook dedicata al mese del benessere psicologico, si segnala l'incremento di **400 nuovi fan** della pagina, dal momento dell'annuncio della pubblicazione online del sito aggiornato; sono stati utilizzati strumenti di sponsorizzazione dei contenuti della pagina, per raggiungere più cittadini da coinvolgere nelle iniziative di quest'anno presso gli Studi e i Centri Commerciali Mongolfiera.



La pagina ha inoltre rilanciato con un post specifico **ciascun singolo evento organizzato dai colleghi sul territorio**, che – molto spesso – a sua volta è stato ripreso e diffuso da pagine stampa locali, creando così un circolo virtuoso di diffusione della notizia, vero obiettivo della campagna di comunicazione: **a vantaggio dei colleghi promotori delle iniziative e della cittadinanza tutta**, che ha potuto così più facilmente e capillarmente entrare in contatto con l'evento organizzato nel proprio territorio.

Anche per la pagina del Mese del Benessere, il pubblico è a prevalenza femminile (88%) di età compresa tra i 25 e i 34 anni (47%).

Si conferma il dato di fruizione della pagina Facebook del Mese del Benessere ripartito per dispositivi congruente con i dati di settore: **l'89%** delle persone visualizza la pagina Facebook del Mese del Benessere Psicologico da dispositivi mobile anziché da desktop.

Nell'ambito delle attività offline, si segnala in particolare il ricorso a sponsor e media partner per l'evento, la realizzazione di spot audio/video trasmessi nei circuiti cinematografici di Puglia e la campagna affissione (manifesti 6x3 in allegato), che ha proposto un gioco di parole con le locuzioni "scacco matto" e follia, temi da sempre controversi nel mondo dei professionisti della salute, ribaltando in positivo lo stereotipo.

Sono stati realizzati dagli Psicologi aderenti 133 Eventi, 325 Studi Aperti e 13 Eventi presso i Centri Commerciali Mongolfiera di Bari Japigia, Foggia, Andria, Taranto.

Il Mese del Benessere Psicologico è arrivato anche nelle scuole di Puglia, continuando il cammino di promozione intrapreso con il progetto in partnership con i CC Mongolfiera, "Il Villaggio delle Emozioni" svoltosi nei mesi di aprile-maggio.

Le scuole aderenti sono state 12; i **progetti presentati** ben **88**, di cui 62 presso le scuole che avevano partecipato al progetto "Il Villaggio delle Emozioni" che sono state automaticamente incluse in questa iniziativa e 26 presso scuole proposte direttamente dagli psicologi interessati ad aderire all'iniziativa.





VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE ARTITERAPIE NELLE RSA DEL GRUPPO VILLA ARGENTO DI MODUGNO E ALBEROBELLO

Fiora D'Amico, Emanuela Quaranta, Francesca Polillo, Angela Lasaracina, Anna Bruno, Francesca Piccoli, Giovanni Sasanelli, Antonella Spica
Gruppo Villa Argento Residenze Sanitarie Integrate Scarl, Modugno e Alberobello

Tea Baldini Anastasio, Lucia Giordano, Dania Caroli
Artedo - Scuola di Artiterapie Olistiche, Bari

RIASSUNTO

Il progetto sperimentale proposto descrive la valutazione di un intervento di arti terapie nel contesto delle RSA di Modugno (BA) e Alberobello (BA) con 2 gruppi di pazienti affetti da depressione in comorbidità con altri disturbi psichici (es. schizofrenia) o malattie neurodegenerative (es. sclerosi multipla). Gli obiettivi del progetto riguardano: 1) il miglioramento della capacità attentive e di problem solving, 2) il miglioramento del tono dell'umore e del livello di coinvolgimento nelle attività, 3) il miglioramento della motricità finalizzata e 4) lo sviluppo della capacità di rilassamento nel contesto delle sedute implementate con i 16 partecipanti coinvolti.

PAROLE CHIAVE

Artiterapie, Depressione, Funzionamento Cognitivo, Motricità, Rilassamento.

INTRODUZIONE

L'arteterapia può essere considerata una relazione di aiuto a mediazione artistica. Si definisce arteterapia l'insieme delle tecniche e dei metodi che utilizzano le attività artistico-creative come mezzi di aiuto al recupero ed alla crescita dell'individuo nella sua sfera emotiva, affettiva e relazionale. L'**Arteterapia** consiste quindi nella ricerca del benessere psicofisico attraverso l'espressione artistica di pensieri, vissuti ed emozioni.

A partire dal XIX secolo, con la fondazione delle

strutture psichiatriche, sono stati aperti *atelier* artistici, con la convinzione di poter produrre un cambiamento nei pazienti quando essi disegnavano o creavano. È del 1919 l'inizio del progetto di raccolta dell'arte prodotta negli istituti psichiatrici che ha visto in Karl Wilmanns il promotore e in Hans Prinzhorn, psichiatra e critico d'arte, il curatore della raccolta (Hoffmann, 1996).

Nel 1921, Morgenthaler ha pubblicato una monografia intitolata "*Ein wahnsinniger als Künstler*" (Un pazzo artista) in cui sosteneva che opponendo delle forme artistiche al caos mentale, il malato poteva ottenere "una sorta di liberazione da sé stesso" (Pedrazzini, 2007). Così, il mondo delle forme dello schizofrenico, che era stato considerato al principio solo mera espressione morbosa di un cervello squilibrato, è diventato l'espressione di tendenze di guarigione. Si è aperto così uno spiraglio verso un'evoluzione del concetto stesso di disturbo psichico e di una visione completamente nuova del fenomeno della creazione.

Come tecnica terapeutica e riabilitativa l'arte-terapia si è sviluppata solo di recente, in seguito ai successi ottenuti da alcuni specialisti in attività creative nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della riabilitazione e dell'educazione speciale. L'Arteterapia è attualmente utilizzata in diversi ambiti clinici, in via prevalente quale trattamento *add-on*. In letteratura sono documentate applicazioni efficaci nel decorso post-operatorio (Brunges & Avigne, 2003), nelle patologie dolorose croniche (Lepage,

Drolet, Girare, Grenier, & De Gagne, 2001) in gravidanza e nel parto, nella riabilitazione post-stroke e nei trattamenti di rallentamento del decadimento in patologie cronico-degenerative (Parkinson, Alzheimer) (Kydd, 2001). Anche in ambito psichiatrico l'arteterapia ha trovato applicazione in diversi disturbi (Gold, Haldal, Dahle, & Wigram, 2005) e risulta migliorare il funzionamento globale dei pazienti coinvolti. Nei disturbi d'ansia e nei disturbi depressivi alcuni trial hanno dimostrato risultati soddisfacenti nel controllo della sintomatologia (Mok & Wong, 2003).

Il presente lavoro di ricerca si pone come obiettivo quello di valutare l'efficacia delle arti terapie nel contesto delle RSA del Gruppo Villa Argento di Modugno (BA) e Alberobello (BA), con due gruppi di pazienti affetti da depressione in comorbidità con altri disturbi psichici (es. schizofrenia) o malattie neurodegenerative (es. sclerosi multipla).

METODO

Partecipanti

Sono stati coinvolti nello studio due gruppi di otto partecipanti afferenti, rispettivamente, alle RSA di Modugno (BA) e Alberobello (BA). Il primo gruppo ha partecipato ad un intervento integrato di Musicoterapia\Artegrafica, mentre il secondo ad un intervento integrato di Teatroterapia\Artegrafica\Musicoterapia.

L'età dei partecipanti coinvolti (sette donne e nove uomini) poteva variare da 49 a 85 anni (M=74.75). Sulla base dei criteri dell'ICD-10 essi avevano ricevuto diagnosi in ingresso di disturbo depressivo associato ad altre patologie quali: Sclerosi Multipla, Parkinson, Schizofrenia, disturbi di circolo, sindromi metaboliche, insufficienza cardio-respiratoria. Tutti i partecipanti assumevano, al tempo dello studio, anti-depressivi da almeno 6 mesi. Essi includevano SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) o SNRI (inibitore combinato selettivo della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina) e/o benzodiazepine. Non sono state riportate modifiche relative alla posologia dei farmaci assunti nel corso del trattamento.

Il livello di funzionamento cognitivo degli ospiti coinvolti poteva essere considerato nella norma o rientrare nel *mild cognitive impairment* sulla base del punteggio ottenuto alla *Wechsler Adult Intelligence Scale* (Wechsler, 1981) o al *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Prima dell'inizio dei trattamenti la valutazione del tono dell'umore, effettuata attraverso specifiche scale di valutazione (*Hamilton Depression Rating Scale*- Hamilton, 1960; *Beck Depression Inventory II*- Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) aveva riportato un tono dell'umore depresso da live a moderato per cinque dei sedici partecipanti, da moderato a grave per sette dei sedici partecipanti e grave per quattro dei sedici partecipanti. I partecipanti o i loro legali rappresentanti avevano firmato un consenso informato per la partecipazione alle attività e per l'eventuale possibilità di videoregistrazione delle sedute.

Materiale, Setting e Sessioni

Per le sessioni di Musicoterapia\Artegrafica (Gruppo 1) il materiale utilizzato ha previsto: un pc portatile, delle casse, un microfono, colori a spirito, tempere, cere, pastelli, spezie, cartelloni e cartoncini colorati, immagini, strumentario Orff, essenze profumate. Per le sessioni di Teatroterapia\Musicoterapia\Artegrafica (Gruppo 2) il materiale utilizzato ha previsto: un lettore mp3, delle casse, un microfono, colori a spirito, tempere, cere, pastelli, spezie, cartelloni e cartoncini colorati, immagini, strumentario Orff, stoffe colorate, oggetti di uso comune, fiori, acqua di mare, bacinelle colorate.

Tutte le sessioni sono state svolte in una stanza tranquilla dell'RSA di appartenenza degli ospiti e venivano condotte da un terapeuta e da un co-terapeuta. Le sessioni potevano avere una durata variabile tra 40 a 60 minuti e erano svolte a cadenza settimanale, per un totale di 8 incontri per Gruppo.

La prima sessione, ha avuto come obiettivo quello di: a) presentare i gruppi, b) comprendere l'approccio nei confronti delle arti terapie, c) valutare le aspettative riguardo il trattamento e d) ottenere una misura di baseline (vedi Condizioni



Procedurali). Nell'ambito delle successive 7 sessioni gli interventi si sono incentrati su: 1) musicoterapia recettiva e musicoterapia attiva, con una progressiva preponderanza della seconda (i partecipanti si sono cimentati nel cantare\ballare\muoversi\suonare sia individualmente che in gruppo); 2) attività di reminiscenza attraverso l'uso delle immagini, della pittura e del disegno, 3) espressione dei contenuti emotivi attraverso la combinazione di suoni, odori, immagini, oggetti, 4) sviluppo della motricità attraverso la mimica, 5) sviluppo della creatività e della comunicazione attraverso il racconto verbale e non verbale di storie (con l'uso di oggetti e della gestualità).

Nel corso dello studio si sono verificati 4 casi di drop-out (originariamente ogni Gruppo era composto da dieci membri, i suddetti pazienti non sono stati inclusi nei Gruppi 1 e 2 per la valutazione degli esiti). L'abbandono è stato dovuto al peggioramento delle condizioni medico-cliniche o al trasferimento in altra struttura. Non sono stati osservati eventi avversi di alcun genere.

Condizione Procedurale

Il disegno di ricerca ha previsto uno studio prospettico non controllato con i seguenti criteri di inclusione: 1) diagnosi secondo i criteri dell'ICD-10 di disturbo depressivo; 2) età compresa tra i 40 e gli 85 anni. Tutti i pazienti che avevano espresso interesse per tale iniziativa sono stati sottoposti ad una preliminare valutazione cognitiva e del tono dell'umore (vedi paragrafo Partecipanti).

Ai soggetti reclutati è stata somministrata da due valutatori indipendenti al tempo T0 (baseline- fine 1° incontro) al tempo T1 (valutazione in itinere - fine 4° incontro) e al tempo T2 (valutazione conclusiva- fine 8° incontro) una specifica griglia di osservazione strutturata di matrice cognitivo-comportamentale. La griglia comprendeva 3 macro-aree: 1) cognitiva, 2) emotiva e 3) corporeo- sensoriale. Gli items inclusi nell'area cognitiva riguardavano: 1a) livello di attenzione (orientamento al compito) e 1b) risposte cognitive (capacità di *problem solving* e di portare a termine le attività assegnate). Gli items inclusi nell'area

emotiva riguardavano: presenza di 2a) espressioni verbali significative (es. commenti positivi e reminiscenza) e 2b) manifestazioni comportamentali di coinvolgimento (es. sorrisi, movimenti ritmici, canto). Gli items inclusi nell'area corporeo-sensoriale prevedevano: 3a) presenza di motricità finalizzata (suonare uno strumento, utilizzare i colori, le spezie ed i materiali messi a disposizione) e 3b) capacità di rilassamento (ascolto passivo della musica e delle sensazioni corporee).

Ad ogni item poteva essere assegnato un punteggio su scala *Likert* che poteva variare da 1 a 5 ad indicare la minima o la massima valutazione positiva. L'accordo tra gli osservatori in relazione al punteggio assegnato ad ogni singolo item ai tempi T0, T1 e T2, calcolato dividendo il numero degli accordi per il numero degli accordi più i disaccordi e moltiplicando per 100, è risultato pari all'85% con range di variazione compreso tra l'80% ed il 100%.

RISULTATI

La Figura 1 riassume i dati ottenuti nelle valutazioni al tempo T0, T1 e T2 dai 16 partecipanti coinvolti nello studio. Al tempo T0 il punteggio medio ottenuto dai sedici partecipanti in relazione al livello di attenzione era pari a 1, al tempo T1 il punteggio medio ottenuto dai sedici partecipanti in relazione al livello di attenzione era pari a 2.56 con range compreso tra 2 e 3, mentre al tempo T2 il punteggio medio ottenuto dai sedici partecipanti in relazione al livello di attenzione era pari a 4 con range compreso tra 3 e 5, Al tempo T0 il punteggio medio ottenuto dai sedici partecipanti in relazione alle risposte cognitive era pari a 1, al tempo T1 il punteggio medio ottenuto era pari a 2.75 con range compreso tra 2 e 3, mentre al tempo T2 il punteggio medio ottenuto era pari a 4.25 con range compreso tra 3 e 5, Al tempo T0 il punteggio medio ottenuto dai sedici partecipanti in relazione alla presenza di verbalizzazioni positive era pari a 1.25 con range compreso tra 1 e 2, al tempo T1 il punteggio medio ottenuto era pari a 2.87 con range compreso tra 2 e 4, mentre al tempo T2 il punteggio medio ottenuto era pari a 4.06 con range compreso tra 3 e 5, Al tempo T0 il punteggio medio ottenuto dai sedici

partecipanti in relazione alla presenza di manifestazioni comportamentali di coinvolgimento era pari a 1.44 con range compreso tra 1 e 2, al tempo T1 il punteggio medio ottenuto era pari a 3 con range compreso tra 2 e 4, mentre al tempo T2 il punteggio medio ottenuto era pari a 4.12 con range compreso tra 4 e 5,

Al tempo T0 il punteggio medio ottenuto dai sedici partecipanti in relazione alla presenza di motricità finalizzata era pari a 1, al tempo T1 il punteggio medio ottenuto era pari a 2.87 con range compreso tra 2 e 4, mentre al tempo T2 il punteggio medio ottenuto era pari a 4.19 con range compreso tra 4 e 5,

Al tempo T0 il punteggio medio ottenuto dai sedici partecipanti in relazione alla presenza della capacità di rilassamento era pari a 1, al tempo T1 il punteggio medio ottenuto era pari a 2.75 con range compreso tra 2 e 3, mentre al tempo T2 il punteggio medio ottenuto era pari a 3.75 con range compreso tra 3 e 5.

Le differenze tra i valori assegnati al tempo T0 rispetto a quelli assegnati sia al tempo T1 che al tempo T2 sono statisticamente significativi al *T Test di Student* per $p < 0.01$.

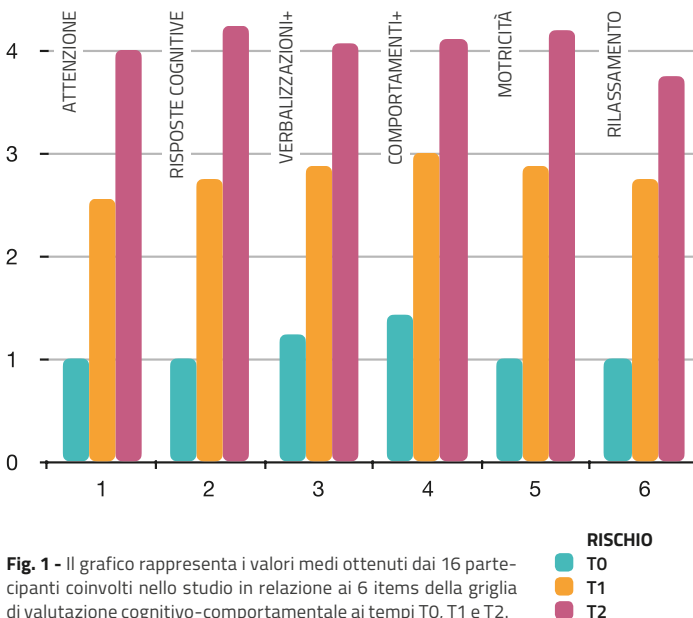


Fig. 1 - Il grafico rappresenta i valori medi ottenuti dai 16 partecipanti coinvolti nello studio in relazione ai 6 items della griglia di valutazione cognitivo-comportamentale ai tempi T0, T1 e T2.

DISCUSSIONE

I risultati dello Studio dimostrano l'efficacia di due interventi di Arteterapie integrate nel contesto delle RSA del Gruppo Villa Argento di Alberobello (BA) e Modugno (BA). Nello specifico tutti i partecipanti inclusi nello studio hanno mostrato differenze significative ai tempi T1 e T2, rispetto al tempo T0 (misura di baseline), in relazione a: a) livello di attenzione, valutato sulla base dell'orientamento mostrato verso le attività proposte; b) capacità di *problem solving* mostrata nel corso delle attività; c) frequenza di commenti positivi e reminiscenza; d) presenza di comportamenti partecipativi come sorrisi, movimenti ritmici e canto; e) presenza di motricità finalizzata valutata in relazione all'utilizzo di strumenti musicali, colori, spezie e materiali vari ed f) capacità di rilassamento, valutata in relazione alla capacità di ascolto passivo della musica e delle sensazioni corporee ad essa associate. In relazione ai risultati ottenuti è possibile formulare diverse considerazioni.

In primo luogo, è possibile sostenere come gli interventi integrati di Arteterapia possano essere considerati interventi rilevanti per aiutare, attraverso una forma di mediazione

non verbale, pazienti affetti da depressione in comorbidità con altre patologie quali: Sclerosi Multipla, Parkinson, Schizofrenia, disturbi di circolo, sindromi metaboliche, insufficienza cardio-respiratoria, così come dimostrato dal miglioramento ottenuto dai partecipanti in relazione a specifici indici di natura cognitivo-comportamentale valutati nel corso dello studio.

In secondo luogo, considerando che il focus dell'arte-terapia si basa, più che sul prodotto artistico finale, sul processo creativo in sé, essa diviene di fondamentale importanza soprattutto per l'opportunità di esprimersi e creare che essa



produce. L'atto di produrre un'impronta creativa, infatti, ha permesso ai partecipanti coinvolti, di accedere agli aspetti più intimi di sé, di contattare ed esprimere le proprie emozioni e di sperimentare e potenziare abilità, rendendosi più attivi. In questo senso il processo creativo, al di là del contenuto e del risultato finale, può essere già considerato terapeutico in sé. "L'arte ha valore per la sua capacità di perfezionare la mente e la sensibilità più che per i suoi prodotti finali" (Gettings, 1966). Ciò non toglie che i prodotti finali dell'espressione artistica, possano svolgere altre importanti funzioni. Prima di tutto rappresentano per "il creatore" una traccia di sé, la testimonianza della propria autoaffermazione e delle proprie abilità, inoltre il ricordo delle esperienze vissute durante la sua produzione, potrebbe portare a benefici anche a lungo termine, attraverso interventi basati sulla reminiscenza. Tra l'altro, in quanto rappresentazione simbolica del mondo interno del soggetto, essi rappresentano per il terapeuta uno strumento privilegiato ai fini di una maggior comprensione del paziente.

In terzo luogo, aver sperimentato uno strumento per la valutazione di specifici indici cognitivo-comportamentali nel corso delle sessioni, pone le basi per una maggiore applicabilità del metodo, in quanto basato su una più puntuale valutazione dell'efficacia. Si rende perciò necessario, replicare ed estendere le evidenze positive di questo studio con altri pazienti affetti da depressione in comorbidità con altre patologie. È altresì necessario valutarne l'applicabilità in altri contesti e con altri terapeuti e co-terapeuti e strutturare in maniera più specifica gli indici da osservare (ad es. valutando la presenza/assenza di disturbi comportamentali) e le modalità di registrazione di questi ultimi (ad es. attraverso sistemi di registrazione ad intervalli).

In conclusione, è possibile affermare la validità degli interventi di Arteterapie Integrate nel contesto delle RSA, che si configurano di particolare rilevanza per pazienti affetti da depressione; si ritiene necessario valutarne ulteriormente

l'applicabilità e l'efficacia, così che tale intervento possa essere utilizzato in maniera stabile in contesti clinici e riabilitativi.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Gold, C., Heldal, T.O., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia – like illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini Mental State Examination. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Hamilton, M.A. (1960). Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hoffmann, K. (1996). The Scientific Association of the Lake of Constance Psychiatrists 1919-1932: Psychoanalytic Contributions to the Treatment of Psychoses. *International Forum of Psychoanalysis*, 5, 271-276.
- Kydd, P. (2001). Using music therapy to help a client with Alzheimer's disease adapt to long-term care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 16, 103-108.
- Pedrazzini, A. (2007). Traduzione italiana della monografia " *Ein wahnsinniger als Kunstler*" a cura di Morgenthaler (1921). Milano: Alet.
- Brunges, M.J., & Avigne, G. (2003). Music therapy for reducing surgical anxiety. *Journal of Association of Perioperative Registered Nurses*, 78, 816-818.
- Gettings, F. (1966). *You are an artist: A practical approach to art*. New York: Hamlin.
- Lepage, C., Drolet, P., Girard, M., Grenier, Y., & De Gagne, R. (2001). Music decreases sedative requirements during spinal anesthesia. *Anesthesia and Analgesia Journal*, 93, 912-916.
- Wechsler, D. (1981). *WAIS-R. Scala d'Intelligenza Wechsler per Adulti-Riveduta*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Mok, E. & Wong, K.Y. (2003). Effects of music on patient anxiety. *Journal of Association of Perioperative Registered Nurses*, 77, 401-406.



VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PROGETTO DI INTERVENTO IN UN SOGGETTO CON STROKE ISCHEMICO: CASE REPORT

Giovanna Teresa Pontiggia

Psicologo Psicoterapeuta,
Segretario Ordine Psicologi
Regione Puglia, Professore
a contratto Istituto Skinner/
Università Europea di Roma

Maria Angiuli

Psicologo, Esperto in
Neuropsicologia Clinica

RIASSUNTO

L'ictus ha varie ripercussioni spesso irreversibili sulla vita del soggetto che, sin dalle prime fasi, necessita di cura e assistenza da parte delle persone con cui vive ed interagisce. Tale condizione comporta una riduzione del benessere psicofisico del soggetto e del *caregiver*.

Nel presente lavoro è descritto il funzionamento cognitivo ed il profilo psichico, ricavati mediante valutazione clinica e neuropsicologica, di un paziente colpito da ictus ischemico e il progetto di intervento riabilitativo con approccio globale, finalizzato al potenziamento delle abilità residue e al miglioramento della qualità di vita.

PAROLE CHIAVE

Stroke ischemico, Valutazione clinica e neuropsicologica, Intervento riabilitativo globale.

INTRODUZIONE

Definizione

Ictus è un termine latino che significa "colpo" (in inglese *stroke*). Viene definito come una «sindrome clinica caratterizzata da comparsa improvvisa di un deficit neurologico focale (talora globale), che persiste per più di 24 ore o porta a morte, che è causato da infarto o emorragia in un territorio dell'encefalo» (Linee Guida SPREAD, 2016, p.34). La caratteristica principale del disturbo è la sua

improvvisa comparsa: una persona in pieno benessere può accusare, di colpo, sintomi tipici che possono essere temporanei, restare costanti o anche aggravarsi nelle ore successive (Consoli, 2008).

L'interruzione del flusso di sangue al cervello, dovuto all'ostruzione o alla rottura di un'arteria, causa la morte delle cellule cerebrali. Quando un'arteria nel cervello si ostruisce o subisce un danno, i neuroni, privati dell'ossigeno e dei nutrienti necessari anche solo per pochi minuti, cominciano a morire; le cellule cerebrali distrutte dalla lesione iniziale causata dall'ictus innescano una reazione a catena che distrugge le cellule anche nell'area circostante.

Eziologia

Lo *stroke*, dal punto di vista anatomico-clinico, può essere di due tipi: ischemico o emorragico.

Lo *stroke ischemico*, o infarto cerebrale, rappresenta circa l'80% di tutti gli ictus e consegue all'improvvisa ostruzione dei vasi sanguigni mediante trombosi cerebrale o embolia cerebrale.

«Negli *stroke* trombotici, l'infarto origina, dall'occlusione di un vaso sanguigno ad opera di un aggregato di particelle ematiche e di tessuti in crescita eccessiva, un trombo, che si accumula nelle placche aterosclerotiche originate, nella gran parte dei casi, dove i vasi sanguigni si diramano o, meno frequentemente,



in sede di lesioni traumatiche o d'altro tipo sulla parete dei vasi. La crescita del trombo restringe l'apertura del vaso, riducendo così il flusso sanguigno, oppure occlude completamente il vaso. Gli *stroke* trombotici possono aver luogo improvvisamente, senza alcun ulteriore peggioramento dei sintomi; spesso sono preceduti da uno o più "piccoli *stroke*", cioè, da attacchi ischemici transitori (TIA), con sintomi che scompaiono in un giorno o, più probabilmente, nel giro di ore» (Lezak, 2000, p.328).

Nell'embolia cerebrale, invece, «l'ostruzione è causata da un embolo, un tappo di materiale trombotico o di un deposito grasso strappato via dalle pareti dei vasi ematici, oppure di materiale estraneo come aggregati di batteri, o da bolle di gas ostruenti. Inoltre, si presentano all'improvviso e senza essere preceduti da cefalea o TIA» (Lezak, 2000, p. 329).

Lo *stroke emorragico* è dovuto alla rottura di un'arteria cerebrale. «I due meccanismi più comuni, causa della rottura delle arterie, sono l'indebolimento della parete di un vaso dovuta ad alterazioni patologiche secondarie all'ipertensione e alla rottura di aneurismi (una parete vasale debole su base congenita che può gonfiarsi e, infine, scoppiare per effetto della pressione)» (Lezak, 2000, p. 335).

Le emorragie associate all'ipertensione interessano tendenzialmente i vasi sanguigni alla base degli emisferi cerebrali e il danno è di solito sottocorticale.

In seguito alla rottura dell'aneurisma si parla di emorragia subaracnoidea. I deficit cognitivi, causati dalla rottura di un aneurisma, sono diversi dalle alterazioni dovute ad incidenti ischemici cerebrovascolari, in quanto il danno è più esteso e non segue necessariamente quadri precisi sul piano anatomico e neuropsicologico.

Fattori di rischio dello stroke

Le malattie cardiovascolari riconoscono un'etiologia multifattoriale, ossia più fattori di rischio contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo.

Con il termine "fattori di rischio" si intendono le

condizioni personali o ambientali che aumentano la probabilità di insorgenza della malattia e che aumentano quindi il verificarsi di questa grave patologia. I fattori di rischio si dividono in modificabili e non modificabili (Consoli, 2008).

I fattori di rischio *non modificabili* non possono essere corretti e sono:

- Età;
- Sesso;
- Familiarità.

I fattori di rischio *modificabili*, attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci, sono:

- Ipertensione arteriosa;
- Fumo;
- Sedentarietà e scarsa attività fisica;
- Consumo di alcol;
- Diabete;
- Fibrillazione atriale;
- Obesità;
- Uso dei contraccettivi orali;
- Stenosi carotidea.

Epidemiologia

Secondo le linee guida italiane di prevenzione e trattamento SPREAD (2016), l'ictus costituisce la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale. La prevalenza aumenta con l'età; dati più recenti, riferiti all'anno 2013, indicano, a livello mondiale, una prevalenza di 4,9% per l'ictus ischemico e di 1,9% per l'ictus emorragico. In Italia, la prevalenza generale dell'ictus cerebrale è pari a 6,5%. Dal 2000 al 2010 l'incidenza dell'ictus ischemico si è ridotta nei soggetti di età ≥ 60 anni soprattutto grazie al controllo dei fattori di rischio, mentre è rimasta sostanzialmente immutata in quelli di età compresa tra i 45 ed i 59 anni. Complessivamente, dal 1990 al 2013, l'incidenza dell'ictus emorragico risulta stabile.

Sintomi e manifestazioni cliniche

I sintomi legati all'ictus sono differenti e dipendono della zona di cervello danneggiata. Normalmente rispetto all'emisfero colpito del cervello, la

compromissione si verifica nella parte opposta del corpo. I sintomi compaiono all'improvviso durante la giornata, ma possono anche insorgere di notte ed essere riconosciuti solo al risveglio. I sintomi e le manifestazioni cliniche più comuni sono:

Sonnolenza e perdita di coscienza: nei primi giorni dopo un ictus severo, il paziente può essere sonnolento o non cosciente e non rendersi conto dell'ambiente circostante. Alcuni soggetti migliorano, anche se tale disturbo rende meno probabile una guarigione completa.

Perdita di sensibilità: alcuni soggetti avvertono che la sensibilità in una metà del corpo è alterata, emianestesia, che si associa a formicolio o intorpidimento.

Cefalea: si manifesta bruscamente e soprattutto se la lesione è di tipo emorragico; anche nella forma ischemica rappresenta uno dei sintomi principali ed è di lunga durata.

Compromissione motoria: nella fase acuta, che va dall'insorgenza dell'ictus fino alla comparsa dei primi movimenti spontanei che si hanno in genere in uno/due mesi, si ha la perdita totale dei movimenti controlaterali alla lesione cerebrale. Si verifica inoltre una abolizione dei riflessi osteotendinei e cutanei e una riduzione del tono muscolare.

Disturbi del linguaggio: in seguito al verificarsi di un ictus nell'emisfero sinistro può emergere una difficoltà nell'articolazione dell'espressione linguistica (disartria) e/o difficoltà più o meno gravi nella comprensione, nell'elaborazione e nella produzione del linguaggio (afasia). Queste manifestazioni possono comparire singolarmente o essere presenti contemporaneamente.

Difficoltà attentiva nello spazio controlaterale alla lesione cerebrale: gli ictus, soprattutto quelli verificatisi nell'emisfero destro, causano difficoltà ad esplorare, prestare attenzione, percepire o agire nello spazio opposto alla sede della lesione cerebrale. Questo particolare disturbo è chiamato *neglect*.

Disturbi di equilibrio e visivi: l'ictus può causare un'alterata inclinazione del corpo tale da impedire o rendere difficoltose la stazione eretta e la marcia (retro o lateropulsione). Inoltre, può causare una visione doppia (diplopia) o più frequentemente la

perdita della vista nella metà destra o sinistra del campo visivo (emianopsia.) Alcuni soggetti diventano ciechi in un occhio (amaurosi.)

Disturbi di deglutizione: Disturbi di deglutizione: l'ictus può determinare disturbi di deglutizione più o meno gravi, che possono richiedere il posizionamento di un sondino naso gastrico per evitare la denutrizione del paziente e complicanze polmonari.

Ruolo dei caregivers

Con il termine *caregiver* si indica una persona che è dedicata alla cura del soggetto non autosufficiente. Il *caregiver*, solitamente, può essere la moglie, il marito, la/il figlia/o e chiunque si occupi dell'assistenza del soggetto con disabilità.

L'insorgenza improvvisa di un ictus, spesso si traduce in cambiamenti di vita repentini, come l'alterazione dei ruoli e delle responsabilità del sopravvissuto allo *stroke* e del *caregiver*. Tali modifiche incidono sul benessere psicosociale di entrambe le figure. Alti livelli di depressione sono stati riportati nei *caregiver* per gli esiti dell'ictus (King, Ainsworth, Ronen & Hartke, 2010).

Secondo Hoffmann e Cochrane (2009) c'è bisogno sia di migliori coordinate di formazione, fornite dalle diverse figure professionali, all'interno di gruppi multidisciplinari, che di una migliore comunicazione con la famiglia.

Un *caregiver* preparato e sostenuto emotivamente sarà una persona in grado di prendersi cura in maniera più appropriata del proprio assistito e di utilizzare in modo più efficace i servizi presenti sul territorio.

Tipologie di intervento

I risultati delle cure sulle persone colpite da *stroke* dipendono molto sia dal trattamento medico che dall'assistenza.

Gli obiettivi degli interventi terapeutici sono quelli di ridurre e migliorare la disabilità delle persone colpite da ictus, prevenire le complicanze e l'insorgenza di un nuovo ictus.

I principali interventi sono:

Chirurgia vascolare: quando dagli esami diagnostici



si rileva la presenza di un restringimento (stenosi) arteriosclerotico dei vasi del collo, è possibile un intervento di chirurgia vascolare per ripristinare il normale flusso sanguigno. Poiché l'intervento chirurgico stesso può avere complicazioni o può generare a sua volta un ictus cerebrale, è necessario valutare se il possibile beneficio è maggiore dei rischi che l'operazione comporta. È inoltre necessario che l'intervento sia eseguito in centri specializzati con un basso rischio di complicazioni.

Farmacologico: la terapia prescritta alla dimissione ospedaliera è di fondamentale importanza. Per quanto riguarda l'ictus ischemico, un primo tipo di terapia è rappresentato dai farmaci antiaggreganti. Si prescrive per impedire alle piastrine di aggregarsi, quindi serve a mantenere fluida la circolazione del sangue e a bloccare la formazione di eventuali trombi, cioè ostruzioni dei vasi arteriosi e venosi. La scelta del farmaco è comunque di competenza specialistica. In alcuni casi, invece, viene stabilita una terapia anticoagulante; essa rallenta la normale attività di coagulazione del sangue, impedendo la formazione di coaguli ed è indicata soprattutto nei pazienti che hanno avuto un'embolia originata dal cuore.

Socio-sanitario e riabilitativo: La riabilitazione inizia durante il periodo di ospedalizzazione, non appena viene confermata la diagnosi e si stabilizzano le condizioni cliniche. Se la si metterà in atto da subito, i risultati saranno migliori, in termini di riduzione delle disabilità (Consoli, 2008).

L'obiettivo principale del trattamento riabilitativo è permettere alla persona disabile di adattarsi alla sua realtà socio-ambientale e di interagire con essa, restituendo, seppure in parte, un certo grado di autonomia; inoltre comprende diversi tipi di intervento, non sono solo sanitari, ma anche sociali. La variabilità nel grado di disabilità che si può verificare dopo un ictus, rende necessario definire, per ogni singolo paziente, uno specifico progetto riabilitativo, in modo da offrire risposte diversificate ed appropriate ai bisogni dei pazienti.

La presa in carico riabilitativa di una persona con cerebrolesione è svolta da un gruppo di professionisti che lavorano in team: medico fisiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere, fisioterapista,

logopedista, terapeuta occupazionale, operatore socio-sanitario.

Gli obiettivi mutano a seconda della fase di recupero in cui si trova la persona. Sebbene gli interventi seguano modalità simili per tutte le persone, essi sono adattati in base, non solo alle condizioni cliniche, ma anche alla situazione familiare e sociale, e cercano di tener conto dei bisogni e delle preferenze della persona e della sua famiglia.

CASE REPORT

Il paziente, di anni 76 anni, presenta esiti di ischemia dell'emisfero destro, con rigidità dell'emilato sinistro paretico, soprattutto a carico dell'arto superiore, con mano tendenzialmente chiusa; la deambulazione avviene con sostegno. Lo stesso è in carico presso il Servizio di Riabilitazione ASL in cui segue un trattamento di fisioterapia. La terapeuta, al fine di approfondire lo stato generale del paziente, richiede una valutazione e un approfondimento del quadro clinico e funzionale. Tale valutazione risulta necessaria al fine di progettare un intervento riabilitativo globale ed appropriato.

METODI E STRUMENTI

Colloquio clinico e neuropsicologico

Il paziente si presenta all'osservazione clinica accompagnato dalla moglie. Nel corso del colloquio appare vigile e con un adeguato orientamento spaziale, temporale e personale. È in grado di riportare le informazioni relative alla propria storia anamnestica, pur presentando qualche deficit mnemonico. È collaborativo e in grado di relazionarsi positivamente al contesto clinico. L'eloquio spontaneo necessita di alcuni prompt, ma risulta adeguato e coerente nei contenuti. Per quanto riguarda le capacità prassiche e motorie presenta deficit nella motricità fine, soprattutto a carico dell'arto superiore sinistro. Il paziente è consapevole della propria condizione clinica, presenta pensiero pessimistico e distorsioni cognitive riferite al suo stato di salute e all'accettazione del limite. Gli impedimenti fisici limitano molto la sua autonomia, infatti afferma di non poter più guidare e di non essere indipendente in molte azioni e funzioni. Trascorre la maggior parte del tempo guardando

la tv e ha pochi contatti sociali con amici. Prima dell'ictus faceva uso di tabacco, tanto da definirsi un "grande fumatore".

La moglie manifesta ansia e preoccupazioni in merito alla malattia del marito e si mostra protettiva nei suoi confronti, la stessa non ha contatti sociali con amiche se non con figlie e familiari.

Valutazione neuropsicologica

Nella pratica clinica «la valutazione neuropsicologica permette di accertare il normale funzionamento cognitivo e, nei casi di danno cerebrale, di individuare con un elevato grado di attendibilità i processi cognitivi colpiti, le aree interessate e la gravità della patologia. Una qualsiasi lesione, anche se circoscritta, produce comunemente inevitabili ripercussioni sulle aree circostanti, strettamente interconnesse; d'altra parte, raramente distrugge tutti gli elementi nervosi di quell'area: quelli rimasti continuano a funzionare in condizioni patologicamente diverse» (Berardelli e Crocchi, 2015, pag.111).

Al fine di indagare la presenza di eventuali deficit cognitivi conseguenti lo *stroke* è stata somministrata una batteria di test per valutare l'efficienza cognitiva generale e i diversi domini cognitivi:

- Efficienza cognitiva generale: *Mini Mental State Examination, MMSE* (Measso et al.1993), e *Matrici progressive di Raven (CPM)* (Basso, Capitani, Laiacona, 1987);
- Memoria e Apprendimento: *Digit span* (Monaco et al., 2012), *Corsi span* (Monaco et al., 2012), *Test di memoria di prosa* (Spinnler e Tognoni, 1987), *Test delle 15 parole di Rey* (Carlesimo et al., 1996);
- Attenzione e Funzioni esecutive: *Matrici Attentive* (Della Sala e Spinnler, 1992), *Trail Making Test A e B* (Giovagnoli et al. 1996), *Test di fluenza verbale semantica* (Spinnler e Tognoni, 1987), *Test di fluenza verbale fonemica* (Carlesimo et al., 1996), *Test di Stroop* (Cafarra et al., 2002), *Frontal Assessment Battery* (Appollonio et al., 2005);
- Abilità prassico- costruttive: *Disegno dell'orologio* (Mondini et al., 2003), *A.C. di Milano* (Spinnler e Tognoni, 1987).

Valutazione degli aspetti clinici

In letteratura si evidenzia l'impatto che lo *stroke* può avere sulla dimensione psichica ed emotiva di chi ne è colpito (Politi et al., 2006). È evidente che a tal proposito, oltre a fruire di un adeguato supporto riabilitativo, e farmacologico se previsto, è auspicabile accedere anche ad un adeguato supporto psicologico proprio per affrontare in modo più sereno il futuro. Per tale motivo, nella valutazione del paziente descritto è stata anche indagata la sfera emotivo-relazionale con i seguenti test: *Geriatric Depression Scale, GDS* (Yesavage, Brink, Rose et al., 1983); *State Trait Anxiety Inventory, STAI* (Petrabissi, Santiello, 1989);

Valutazione degli aspetti funzionali

Un'altra area indagata nella valutazione è il funzionamento quotidiano e strumentale, in relazione alle abilità lavorative, sociali e relazionali, con lo scopo di determinare il grado di autonomia della persona. A questo proposito sono state utilizzate due scale di indipendenza funzionale:

- *Index of Independence in Activities of Daily Living, ADL* (Katz et al., 1970);
- *Instrumental Activities of Daily Living, IADL* (Lawton & Brody, 1969).

Valutazione del caregiver

Alcuni studi evidenziano ricadute che lo *stroke* può avere nel contesto in cui l'individuo è inserito, compreso il sistema familiare (Cook et al., 2006). Di conseguenza è fondamentale un adeguato supporto ai *caregivers* nell'ottica dei principi del *respite care*, al fine di garantire il loro stato di benessere e il miglior adattamento possibile del paziente e dei *caregivers* alla condizione di disabilità e alle sue ricadute nella vita quotidiana.

Per tale motivo, ma anche al fine di rispondere all'approccio olistico della presa in carico, si è scelto di utilizzare uno strumento specifico per la valutazione del carico assistenziale del *caregiver* principale:

- *Caregiver Burden Inventory (CBI)* (Novak et al., 1989).



TEST SOMMINISTRATI	P.G.	P.C.	P.E.
Efficienza cognitiva generale			
MMSE	27	29,03	Nella norma
Matrici di Raven	17	24	2
Memoria e Apprendimento			
Digit Span			
Diretto	5	5,65	3
Inverso	4	4,77	4
Corsi Span			
Diretto	5	5,69	4
Inverso	4	4,42	3
Memoria di prosa	11,9	12,65	3
Test delle 15 parole di Rey			
Immediata	27	37	3
Differita	5	8,10	3
Riconoscimento	13	-	-
Attenzione e Funzioni esecutive			
Matrici Attentive			
Parte I	6	Cut-off 6/10	Nella norma
Parte II	18	20,08	0
Trial Making Test			
A	121	90	1
B	322	215	1
B-A	201	125	1
Fluenza verbale Semantica	7,50	10,25	1
Fluenza verbale Fonemica	6	15,40	0
Test di Stroop			
Interferenza Tempo	10	-3,75	4
Interferenza Errori	5,5	3,5	1
FAB	11	12,5	1
Abilità prassico-costruttive			
Disegno dell'Orologio	6	Cut-off 3	Nella norma
A.C. di Milano	5	5,75	0
Aspetti clinici			
GDS	15	-	Lieve depressione
STAI			
Forma Y1	41	-	Medio-basso
Forma Y2	40	-	Medio-basso
Scale funzionali			
ADL	3/6 f. perse		
IADL	4/6 f. perse		
Valutazione del caregiver			
CBI	40	-	Richiesta di aiuto

Tab. 1 - Quadro riassuntivo dei test somministrati

RISULTATI

Dalla somministrazione delle prove neuropsicologiche e dalla valutazione degli aspetti funzionali e clinici è emerso quanto segue (Tab.1).

La prestazione al MMSE si colloca nella norma, come in quelle delle Matrici Progressive di Raven, indicando un adeguato livello di efficienza cognitiva generale.

Le abilità di memoria a breve e lungo termine risultano nella norma (Digit Span, Corsi Span, Memoria di Prosa, Test delle 15 parole di Rey).

La valutazione delle funzioni esecutive evidenzia a livello globale prestazioni ai limiti della norma, come emerso dalla FAB. Si riscontra una notevole compromissione nella ricerca lessicale fonemica e semantica (Fluenze verbali). Emergono difficoltà in compiti di attenzione divisa e selettiva: prestazione ai limiti della norma nel test TMT A e B, e deficitaria nelle Matrici Attentive, soprattutto nella parte II. Sono presenti buone capacità esecutive dovute al fattore interferenza tempo, ma si evidenzia una maggiore lentezza di shifting e di inibizione delle risposte automatiche (Test di Stroop).

Le abilità prassico costruttive risultano compromesse se misurate con il test A.C. di Milano. A fronte di una prestazione superiore al cut-off del test dell'orologio emergono difficoltà di pianificazione nella distribuzione

spaziale dei numeri.

La sfera delle autonomie risulta mediamente compromessa (IADL e ADL). Le limitazioni hanno avuto lievi ricadute sulla condizione psicologica (GDS e STAI Y1-Y2).

Dalla somministrazione della CBI al caregiver si è ottenuto un punteggio molto alto, che sta a sottolineare una richiesta d'aiuto e di sostegno da parte della moglie.

Riabilitazione e prospettive di intervento

Sulla base di quanto emerso è stato programmato un intervento riabilitativo globale, in modo da rispondere ai principali bisogni del paziente e del contesto di vita. Con la riabilitazione, infatti, si mettono in atto "strategie abilitanti" deputate alla riapertura dei canali relazionali, alla ridefinizione degli spazi e dell'uso della quotidianità, tramite il potenziamento delle abilità residue e il recupero possibile delle abilità perse.

Considerando le potenzialità del paziente, si è pensato di inserirlo all'interno di un progetto d'intervento che si pone come obiettivi:

- migliorare il tono dell'umore, conseguente a patologia cronica, che limita la qualità di vita;
- potenziare l'autostima, accrescendo il senso di autoefficacia e il consolidamento dell'identità personale destabilizzata principalmente dalla perdita delle autonomie;
- incentivare il senso di appartenenza al gruppo;
- favorire sostegno emotivo, per prevenire e ridurre condizioni psicopatologiche (stress emotivo, frustrazione);
- promuovere benessere attraverso l'occupazione, partecipando ad attività di vita quotidiana;
- favorire la stimolazione cognitiva centrata sull'area dell'attenzione, delle funzioni esecutive e delle attività prassico-costruttive, attraverso un intervento finalizzato al mantenimento e al rinforzo delle capacità funzionali residue;
- promuovere l'integrazione tra i servizi e il sostegno ai *caregiver*.

La prospettiva di intervento implementato è inserita in un'ottica biopsicosociale, sottolineando l'interazione tra aspetti biologici, psicologici e sociali

nella realizzazione della persona. La realizzazione del progetto, inoltre, ha come finalità il rispondere al bisogno emerso nell'ambito della valutazione del *caregiver* di alleggerimento del carico assistenziale.

La prima area su cui si è ritenuto utile intervenire è stata l'accettazione della malattia cronica e il sostegno emotivo. Il paziente, infatti, mostrava pensiero pessimistico e distorsioni cognitive riferite al suo stato di salute e all'accettazione del limite.

Successivamente si è incoraggiato il senso di appartenenza al gruppo, stimolando il soggetto in attività sociali recuperando relazioni precedenti.

In seguito si è ritenuto utile focalizzare l'attenzione sulla stimolazione cognitiva delle aree deficitarie, partendo da quelle integre. Si è lavorato inizialmente sulla memoria autobiografica, in quanto il paziente faceva costantemente riferimento a episodi di vita passata; successivamente sono stati svolti esercizi di barrage, di pianificazione e di fluenza.

Sono stati effettuati anche colloqui di sostegno psicologico con il *caregiver* primario, volti a ridurre livelli di stress e favorire l'accettazione della malattia stessa.

CONCLUSIONI

Le conseguenze dell'ictus possono avere un impatto rilevante sulle condizioni di vita del soggetto, costituendo un cambiamento rispetto alle abitudini precedenti la malattia. Tutto questo chiaramente destabilizza l'equilibrio della persona coinvolta direttamente, ma anche delle persone che lo circondano e di chi se ne prende assiduamente cura. Fondamentale, dunque, risulta la valutazione del quadro neuropsicologico e clinico post-*stroke*. In tal modo è possibile individuare le abilità residue e gli eventuali deficit nelle diverse aree cognitive.

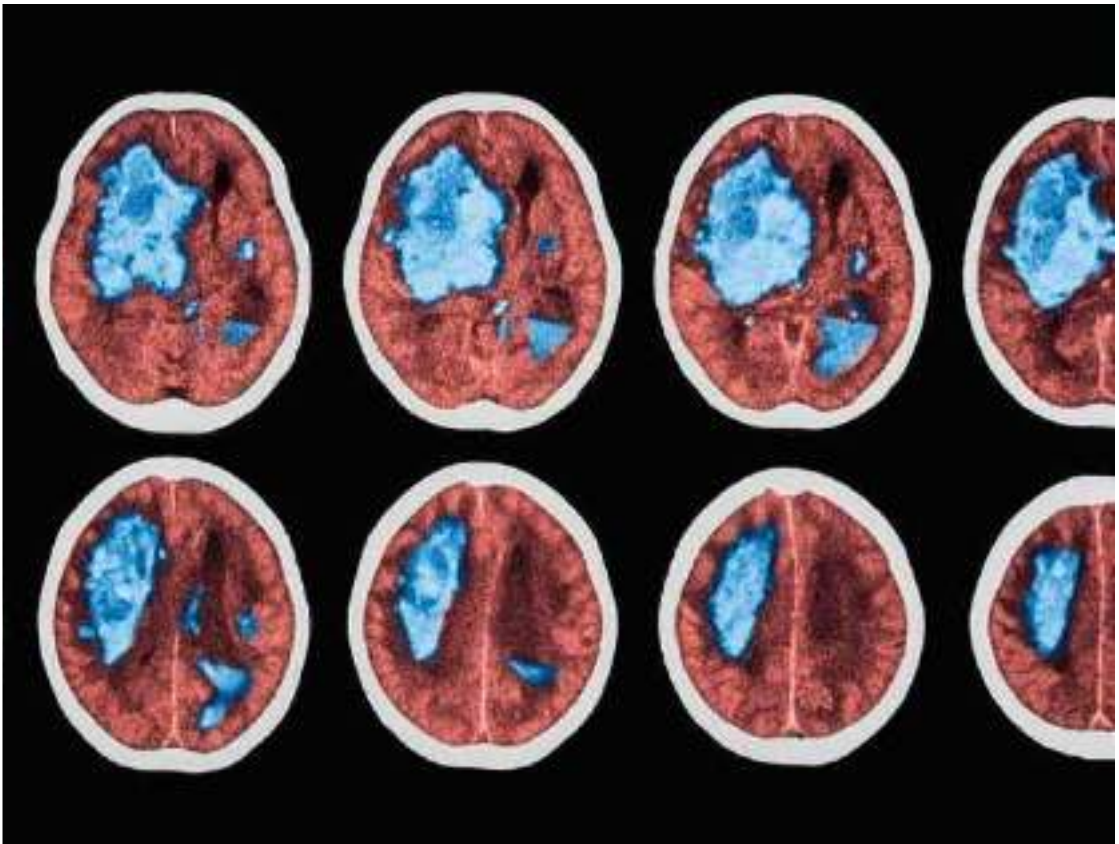
La presa in carico globale è fondamentale per prevenire/ridurre complicità cliniche e psico-sociali e garantire continuità degli interventi. In assenza del trattamento cognitivo e clinico, con la sola fisioterapia, il paziente potrebbe perdere parte delle funzioni cognitive e strutturare stati



psicopatologici, con ricadute sulla qualità di vita. È necessario anche pianificare interventi di psicoeducazione, fornendo informazioni specifiche relative al disturbo e al suo possibile evolversi, e supportare i *caregivers* nella gestione di comportamenti problematici, in modo da fronteggiare al meglio la complessità della situazione e prevenire forme di *burnout* o stati depressivi in chi cura.

BIBLIOGRAFIA

- Berardelli, A., & Croccu, G., (2015). *La Neurologia della Sapienza*. Ed. Bologna, Esculapio.
- Consoli, A., Galliani, S., Nucera A., Vidale, S., Gandolfo, C., & Micieli, G.(2008). *Conoscere l'ictus. Sintomi, cause, terapia, prevenzione, riabilitazione, reintegrazione sociale*. Ed.Torino, Federazione A.L.I.C.E. Italia Onlus.
- Cook, AM., Pierce, LL., Hicks, B., & Steiner, V. (2006). Self-care needs of caregivers dealing with stroke. *J Neurosci Nurs*, 38 (1), 31-36.
- Hoffmann, T., & Cochrane, T. (2009). What education do stroke patients receive in Australian hospitals? *Patient Educ Couns*, 77, 187-91.
- King, B.R., Ainsworth, C.R., Ronen, M., & Hartke, R.J. (2010). Stroke Caregivers: Pressing Problems Reported During the First Months of Caregiving. *J Neurosci Nurs*, 6, 302-311.
- Lezak, M.D. (2000). *Valutazione Neuropsicologica* (Vol. I) . Ed: Milano, Edra.
- Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (SPREAD) (2016). Ictus cerebrale: Linee guida italiane (<http://www.iso-spread.it>).
- Politi, P., Sciarini, P., Lusignani, G., & Micieli, G. (2006). Depression and stroke: an up-to-date review. *Epidemiologia e Psichiatria sociale*, 15 (4), 284-294.





LA MALATTIA ONCOLOGICA NELLA GENITORIALITÀ: STORIE DI CAMBIAMENTO NEL RAPPORTO GENITORI - FIGLI

RIASSUNTO

L'autore sostiene che la malattia oncologica in fase avanzata, come ogni altra malattia e disabilità, produca modifiche e cambiamenti all'interno delle vite degli individui, delle famiglie e delle coppie. Ritiene, dunque che il cancro, sempre percepito come ospite sgradito, occupi lo spazio domestico in modo invadente ed imponga radicali mutamenti delle abitudini, influenzi i rapporti, condizioni il futuro.

Afferma che la diagnosi, la cura del tumore e la prognosi di terminalità trasformano la relazione genitori-figli, anche quella di coppia, gli stili comunicativi, le attribuzioni di ruolo, le dinamiche emotive e relazionali. L'autore ha effettuato un'indagine qualitativa con l'obiettivo di estrapolare i livelli di sofferenza e i momenti di maggiore criticità che hanno o meno portato a un cambiamento nell'assetto familiare a livello relazionale, comunicativo ed emotivo.

PAROLE CHIAVE

Genitorialità, Malattia Oncologica, Relazione, Comunicazione, Vissuti Emotivi, Cambiamento

INTRODUZIONE

La malattia oncologica in fase avanzata, come ogni altra malattia e disabilità, produce modifiche e cambiamenti all'interno delle vite degli

individui, delle famiglie e delle coppie. In oncologia, la sofferenza psicologica del paziente si esprime in maniera molto più intensa che in altri ambienti medici perché, nonostante i notevoli progressi medico-scientifici, dal punto di vista emotivo la diagnosi di tumore rappresenta ancora qualcosa di minaccioso, che genera incertezza, ansia, paura, incrementa la vulnerabilità personale e il senso di continuità della propria esistenza. Il cancro viene sempre percepito come un ospite sgradito, che occupa il nostro spazio domestico in modo invadente, ci impone radicali mutamenti delle nostre abitudini, influenza i nostri rapporti, condiziona il futuro. La diagnosi, la cura del tumore e la prognosi di terminalità trasformano la relazione genitori-figli e anche quella di coppia, gli stili comunicativi, le attribuzioni di ruolo, le dinamiche emotive e relazionali. Così, questa malattia incide sulla vita familiare: unisce alcune famiglie, mentre, per altre, diventa una minaccia per l'intero gruppo. Inoltre, nel caso di famiglie con figli piccoli o adolescenti, le problematiche del paziente potrebbero portare il sistema genitoriale ad essere meno disponibile alla cura dei figli rispetto al periodo precedente la malattia.

Il presente lavoro di ricerca intende esaminare la percezione che il genitore ammalato e il partner hanno rispetto ai cambiamenti nel ruolo

Laera Stefania

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico
Relazionale in formazione

Liuzzi Vita Loredana

Medico Palliativista presso U.O.
Cure Palliative – ASL BA-Monopoli,
Psicoterapeuta Sistemico
Relazionale in formazione

Maggi Maria

Psicologa, Esperta in Disturbi
Specifici dell'Apprendimento,
Psicoterapeuta Sistemico
Relazionale in formazione

Mazzarelli Emanuela

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico
Relazionale in formazione



genitoriale che ipotizziamo occorrono nel caso di una malattia oncologica di tipo avanzato, a breve terminalità, utilizzando una metodica qualitativa. Si introduce pertanto una breve rassegna della letteratura scientifica riguardo l'impatto, in termini relazionali, comunicativi ed emotivi, del cancro sulle famiglie, indagando il cambiamento dell'assetto genitoriale nei confronti dei figli.

Dal momento che molte relazioni si interrompono anche in assenza di eventi stressanti gravi, si è spesso pensato che, dopo una diagnosi di cancro, le famiglie sarebbero più a rischio.

La letteratura mette in evidenza come il sopravvivere alla malattia e al trauma può essere per le famiglie un'esperienza arricchente e aumentare la vicinanza e l'intimità. Inoltre, sono stati identificati tre temi principali sulle esperienze dei genitori con cancro avanzato: la preoccupazione dei genitori sull'impatto della loro malattia e morte sui loro figli, le perdite dei ruoli e responsabilità genitoriali, il mantenimento delle responsabilità genitoriali nonostante la malattia che limita la loro vita.

I dati suggeriscono che la preoccupazione dei genitori è forte soprattutto per l'interruzione delle routine quotidiane dei figli, ma molto più comunemente la preoccupazione maggiore riguarda l'effetto negativo della loro morte anticipata sui figli e l'insostituibilità della loro responsabilità genitoriale. Nei casi di malattia oncologica allo stadio avanzato possono esserci perdite nel ruolo genitoriale, in quanto la preoccupazione è relativa alla loro minore capacità di accudire i figli e di seguirli nelle attività quotidiane. Oltre all'impatto che la malattia determina sulla responsabilità genitoriale, fonte di maggiore angoscia per i genitori è la preoccupazione di non essere presenti nelle vite future dei loro figli. Quindi i genitori utilizzano una varietà di strategie per mantenere i loro ruoli e l'identità genitoriale, che sono un modo involontario, ma potente, per affrontare il loro futuro incerto. Infatti, continuando le loro routine domestiche diminuisce l'angoscia emotiva per i loro figli.

La comunicazione tra genitori e figli è considerata un indicatore di qualità della loro relazione.

Gli studi hanno dimostrato che le relazioni familiari

sembrano essere più solide quando la comunicazione tra genitori e figli è migliore, aiutando i figli ad adattarsi a eventi di vita difficili. I genitori possono essere riluttanti nel parlare apertamente con i figli della malattia oncologica perché vogliono proteggerli o perché cercano di evitare le loro domande, specialmente quelle sulla morte. D'altra parte, anche i figli potrebbero trovare difficile parlare apertamente con i genitori di pensieri e sentimenti riguardo alla malattia oncologica, perché non vogliono turbarli e/o non vorrebbero sentire informazioni dolorose. Tuttavia, una comunicazione schietta ed efficace tra i familiari migliora la gestione di una situazione già di per sé complessa per tutti. Esprimere le proprie emozioni, condividere i sentimenti di frustrazione, rabbia e dolore depressivo, scatenati dalla malattia, è un consiglio sempre valido, come spiegare ai più piccoli ciò che sta avvenendo con delicatezza e con un linguaggio appropriato.

Quindi la modalità migliore è basata su una narrazione ricca e coerente, in cui i genitori sono in grado autonomamente di elaborare gli eventi traumatici, attivando le loro capacità di integrare le emozioni alla nuova esperienza e di reagire in modo flessibile alle circostanze stressanti. Al contrario, la rimuginazione sull'evento o la focalizzazione su emozioni non gestibili o su elementi oggettivi dell'esperienza, possono rappresentare forme di espressione non adeguate, che non comportano alcun beneficio, rappresentata da una narrazione poco coerente, con racconti lunghi e contorti e ipercoinvolgimento affettivo. In altri casi, infine, i genitori potrebbero non aprirsi agli altri, ed evitare di affrontare le emozioni legate agli eventi, mettendo in atto processi di distanziamento e ritiro del pensiero dalla fonte di stress.

L'aggressione psicofisica della malattia spezza l'equilibrio mente-corpo dell'individuo, e tanto più il percorso di malattia è complesso e difficoltoso, tanto più le dimensioni dell'esistenza umana, fisica, psicologica e sociale, vengono colpite. Realizzare di non essere più uguali a prima e non riuscire più a riconoscersi come individuo, provoca nel malato "paura di essere perduti a se stessi, angoscia,

disperazione". Nascono di seguito sentimenti come l'abbandono, la solitudine e l'emarginazione, modulati dalle rappresentazioni psicologiche che ha l'individuo sul cancro.

Il significato infausto attribuito al cancro in fase avanzata può compromettere lo stato di sicurezza del malato, facendo scaturire reazioni emotive che si manifestano verso se stessi e verso gli altri. Queste reazioni emotive producono uno stato generale di disequilibrio, mostrando di seguito atteggiamenti di instabilità interna e/o relazionale. L'instabilità interna dovuta all'incontro con la malattia neoplastica, ovvero l'instabilità della propria psiche e del proprio essere, si può rivelare tramite stati d'angoscia, sentimenti di colpa e vergogna, e può evolvere fino a comportamenti autopunitivi quali il rifiuto delle cure, la negazione della malattia, oppure sottolineare rassegnazione e condotte passive. Sintomi come la depressione e l'ansia sono presenti frequentemente e hanno un notevole impatto sulla qualità di vita del paziente. Si è dimostrato, infatti, che la mancanza di emozioni positive è associata all'incapacità di impegnarsi in attività significative, alla riduzione del funzionamento sociale e di quello cognitivo.

METODO

L'obiettivo del presente lavoro di ricerca è quello di indagare il cambiamento dell'assetto genitoriale nelle coppie con figli fino a 25 anni ed un genitore affetto da malattia oncologica avanzata, a breve terminalità. È stata, quindi, effettuata un'indagine qualitativa con l'obiettivo di estrapolare i livelli di sofferenza e i momenti di maggiore criticità che hanno o meno portato a un cambiamento nell'assetto familiare a livello relazionale, comunicativo ed emotivo.

Tale obiettivo è stato perseguito attraverso la somministrazione di un'intervista semi-strutturata di 4 domande aperte che, previo consenso informato, sono state audio registrate.

Sono state coinvolte coppie genitoriali con partner affetto da patologia oncologica avanzata con figli di età massima 25 anni. I dati socio anagrafici raccolti riguardano: sesso, età, scolarità, professione,

stato civile, motivo del ricovero e durata della malattia. Il campione di riferimento è stato quello relativo ai pazienti in day hospital del reparto di Oncologia medica dell'Ospedale Saverio De Bellis di Castellana Grotte, del quale è responsabile il Dott. Lolli.

Sono stati intervistati 23 pazienti, di cui 10 maschi e 13 femmine, di età compresa tra 29 e 62 (media 48,65), per lo più coniugati, diplomati e impiegati/dipendenti. Le caratteristiche generali dei soggetti riguardo al Sesso, al Lavoro, allo Stato Civile e al Titolo di Studio sono indicate nelle Figure da 1 a 4. Le Figure 5 e 6 ci mostrano com'è suddiviso il campione in base alle varie tipologie di diagnosi e alla durata, con una prevalenza di Neoplasia cerebrale e una durata della malattia in prevalenza di 1 anno.

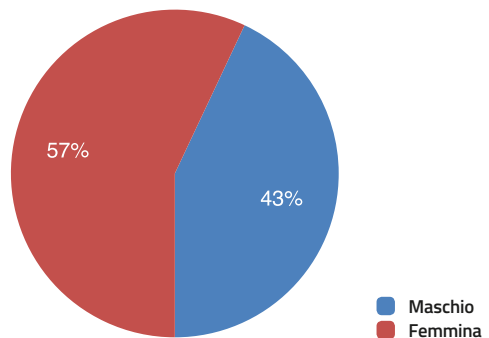


Fig. 1 - Composizione dell'intero gruppo di soggetti per "Sesso"

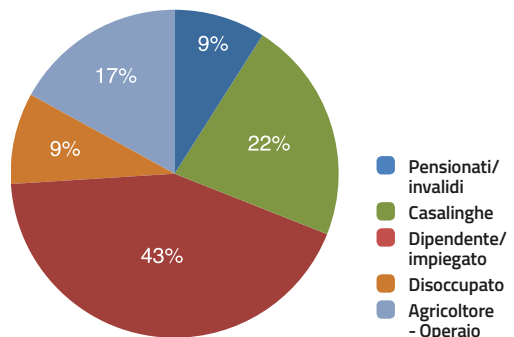


Fig. 2 - Composizione dell'intero gruppo di soggetti per "Lavoro"

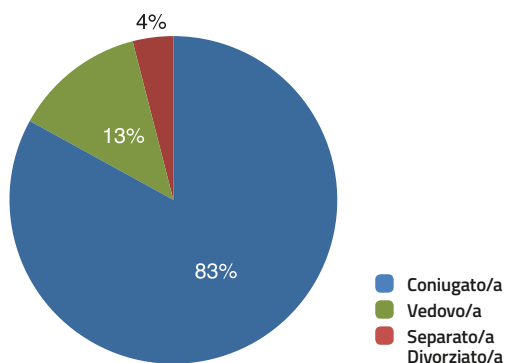


Fig. 3 - Composizione dell'intero gruppo di soggetti per "Stato Civile"

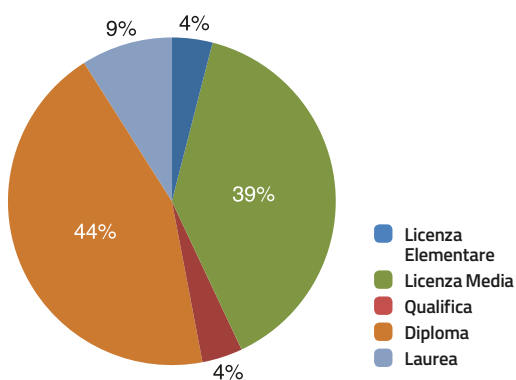


Fig. 4 - Composizione dell'intero gruppo di soggetti per "Titolo di Studio"

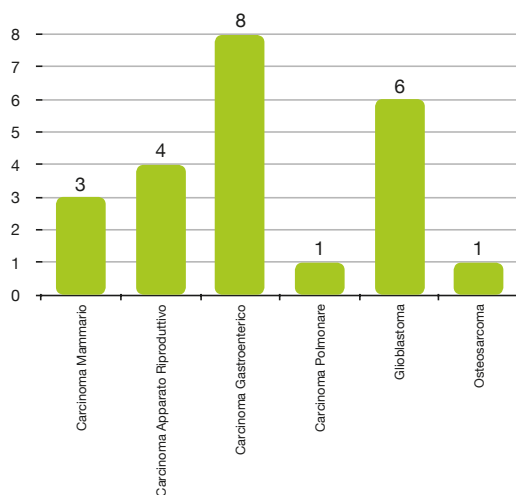


Fig. 5 - Comp. dell'intero gruppo di soggetti per "Tipologia di diagnosi"

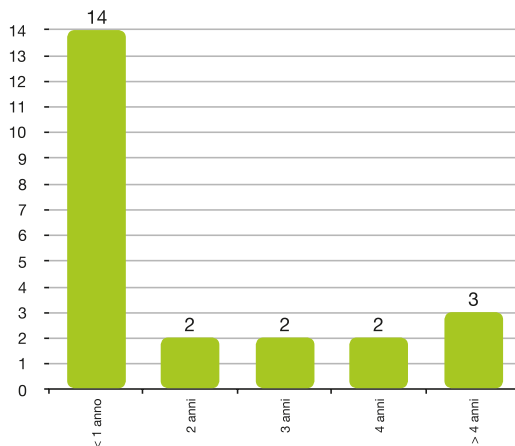


Fig. 6 - Composizione dell'intero gruppo di soggetti per "Durata della malattia"

È stata condotta un'intervista semistrutturata con lo scopo di ricavare le informazioni necessarie alla ricerca tramite un'analisi qualitativa del contenuto. L'intervista è composta dalle seguenti domande:

- Cosa sanno i vostri figli della malattia?
- Come è stato parlarne?
- Ha percepito cambiamenti nel suo essere padre/madre?
- Ha osservato cambiamenti nei suoi figli rispetto a lei?

A volte le domande prestabilite sono state affiancate da ulteriori domande di approfondimento, create al momento. La durata dell'intervista è stata variabile in base alle risposte del paziente, ma in media è stata della durata di 30 minuti. Sono stati inoltre raccolti dati socio-anagrafici (Età, titolo di studio, professione, motivo del ricovero, data della diagnosi) riportati nel paragrafo precedente.

Le interviste, previa lettura e sottoscrizione del consenso informato, sono state audio registrate e trascritte e successivamente codificate da valutatori indipendenti che hanno individuato, secondo le metodologie della ricerca qualitativa, dei codici tematici: etichette assegnate ad unità di significato per sintetizzare e ordinare le affermazioni degli intervistati.

I codici sono stati concordati dai quattro ricercatori

per ciascuna delle 23 interviste e, laddove non si sono identificati codici simili, si è discusso sino a raggiungere il consenso. I codici sono stati poi raggruppati in categorie di ordine superiore delle quali verrà discusso tra i risultati.

RISULTATI

Sono state intervistate 23 coppie. Tra i pazienti: sesso: 53% femmine e 47% maschi (fig.1); stato civile: 83% coniugati, 13% vedovo/a, 4% divorziato/separato (fig.3); scolarizzazione: 44% con diploma di scuola superiore, il 39% con licenza media, 9% con laurea, 4% scuola elementare, 4% qualifica (fig.4); stato lavorativo: 43% lavoro dipendente; 22% casalinghe; 17% agricoltore/operaio; 9% pensionato; 9% disoccupato (fig.2). Riguardo la diagnosi oncologica: 6 casi di neoplasia cerebrale, 8 dell'apparato gastro-enterico, 3 della mammella, 4 dell'apparato riproduttivo, 1 di carcinoma polmonare ed 1 di neoplasia ossea (fig.5). I mesi trascorsi dalla diagnosi sono: 14 casi da meno di 1 anno, 2 da 2 anni, 2 casi da 3 anni, 2 da 4 anni e 3 casi da più di 4 anni (fig.6). Tutti i casi intervistati sono in fase avanzata di malattia oncologica ed in trattamento chemioterapico.

Dalla codifica dei dati delle trascrizioni verbali delle interviste si sono individuate tre tematiche rilevanti ai fini dello studio: modalità relazionali, modalità comunicative e vissuto emotivo.

L'analisi delle interviste, in rapporto alle modalità relazionali di chi vive l'esperienza della malattia oncologica, a breve terminalità, ha consentito di identificare specifici pattern: sostegno e protezione; riconoscimento e approvazione; isolamento/evitamento, genitorializzazione; disconoscimento del ruolo genitoriale; aumento delle responsabilità del caregiver; negazione.

Per quanto riguarda le modalità comunicative, parlare della malattia oncologica è stato inizialmente riferito agli aspetti pratici, visite mediche e sintomi collaterali, ma durante il proseguo delle interviste il paziente si è aperto sul versante emotivo.

Le sottocategorie individuate per le modalità comunicative sono: verbale/non verbale; conforme/

non conforme all'età dei figli; esplicita/implicita; diagnosi segreta.

Per quanto riguarda la sottocategoria "diagnosi segreta", l'intervista è stata somministrata alla moglie del paziente che, a dir suo, era all'oscuro della diagnosi, benché si trovasse nel reparto di Oncologia e si stava sottoponendo alla chemioterapia.

Invece, il vissuto emotivo è stato caratterizzato da ambivalenza: sono emerse emozioni contrastanti, diverse, che variano di qualità ed intensità in base alle caratteristiche di personalità del paziente.

Si evidenzia che in tutte le interviste non si è osservata una crescita post traumatica e dunque si è osservata l'assenza di vissuti positivi.

Per le tre tematiche si sono ulteriormente individuate delle particolarità che sono state al tempo stesso analizzate. Nei paragrafi a seguire, verranno riportati i dati di cui sopra e alcuni frame delle interviste effettuate. Tutti i frame riporteranno: iniziali del paziente, sesso, età e patologia.

Modalità relazionali

GENITORIALIZZAZIONE – ISOLAMENTO/EVITAMENTO

«*Si, vabbe la grande è diventata piu mamma che figlia, perche comunque ne avevo bisogno [...] mentre la piccola si era un attimino allontanata, nel senso che se stavo io in cucina, lei preferiva stare nella sua cameretta; se io stavo in camera lei... cercava di non stare nello stesso ambiente.*»

(G.M., donna, 47 anni, carcinoma mammario)

EVITAMENTO – RICONOSCIMENTO

«*Eh sì, purtroppo c'è chi reagisce in un modo e chi in un altro. Mia figlia reagisce facendo finta di niente, ecco, facendo finta che va tutto bene... invece, mio figlio è piu grande, l'ha presa un po' male, naturalmente, però adesso, che sono passati un po' di mesi, anche lui cerca di stare tranquillo per farlo vivere tranquillo.*»

(G.S., uomo, 50 anni, glioblastoma)

NEGAZIONE

«*No, tutto normale. Abbiamo continuato la vita*



normale, per cui apparentemente non pesa sulle ragazze questa storia qui. [...] ecco, ci sono delle sfumature nella famiglia del mulino bianco.»

(M. A. M., donna, 56 anni, carcinoma mammario)

Modalità di comunicazione

ESPLICITA VERBALE E NON VERBALE

«[...] anche i cambiamenti, no, il fatto che ho perso i capelli, il seno che non è più mio... io a casa sto senza parrucca, però non mi vergogno nel farmi vedere come sono adesso».

(G. M., donna, 47 anni, carcinoma mammario)

ESPLICITA VERBALE E CONFORME ALL'ETÀ DEI FIGLI

«Sì, lo sanno, seppur piccolissimi [...] sanno che il papà non sta bene, che sta combattendo... sanno questo. [...] la piccola lo ha conosciuto già malato».

(S. A., donna, 29 anni, glioblastoma)

IMPLICITE

«[...] le situazioni si sono... come posso dire... velocizzate tutte. Loro hanno incominciato a capire già per conto loro, poi è chiaro che è venuto fuori... non è stata una cosa diretta, diciamo. Mio marito è molto silenzioso, quindi, non è stato neanche lui a dirglielo. È una cosa che è avvenuta... che loro venendo in ospedale, poi parlando qui [...] poi chiaramente il giorno dell'intervento erano qui e il Dott. P. ha detto chiaramente «abbiamo tolto il tumore».

(L. V., donna, 46 anni, carcinoma colon)

«No, io mi sono sentito male, ecco perché. Mi sono sentito male e sono andato al pronto soccorso e da lì sono entrato in coma e loro praticamente erano con noi».

(G.S., uomo, 50 anni, glioblastoma)

DIAGNOSI TENUTA SEGRETA

«lo comunque non ho mai usato la parola tumore con mia figlia, mai, perché lei già a sentire tumore si spaventa e anche il papà, ecco perché mio marito non sa né come si chiama né niente, perché lui ha quel vizio di andare su internet».

(C. S., donna, 50 anni, glioblastoma)

Vissuti emotivi

PREOCCUPAZIONE FUTURA

«Io oggi devo pensare al domani, perché io in casa mia... chi mi deve mantenere? [...] io ho detto a mio marito che io devo pensare ai bambini, perché ai bambini non posso dire un giorno "No, questa cosa non ve la posso far fare perché vostro padre non c'è più».

(S. A., donna, 29 anni, glioblastoma)

FRUSTRAZIONE

«Non è facile farsi valere da qui (indica la poltrona sulla quale è seduto mentre fa la chemioterapia) quando litigano o combinano qualche marachella. [...] sono bravi perché non è facile questa situazione»

(G. L., uomo, 53 anni, carcinoma stomaco)

ANSIA/SENSO DI COLPA/PAURA

«Ho avuto paura... ma ho sempre paura ora... eppure lo so che N. è qui ed è seguito, ma... (piange) ho paura, ma sto combattendo, combattiamo insieme (moglie e marito-paziente si stringono la mano) anche se non è facile perché le bimbe ora, soprattutto, mi vogliono sempre di più in casa, cosa che non è possibile, perché N. è qui ricoverato e allora ogni tanto mi sento in colpa, ma come posso fare?»

(N. T., uomo, 42 anni, carcinoma polmonare)

CONCLUSIONI

Lo scopo del lavoro è stato quello di indagare come cambia il ruolo genitoriale all'interno di famiglie nelle quali un genitore sia stato colpito da malattia oncologica in stato avanzato a breve terminalità ed abbia figli piccoli o giovani-adulti. I limiti della metodologia utilizzata riguardano la ristrettezza del campione (23 pazienti) che non consente di generalizzare i risultati ottenuti e il fatto che i cambiamenti nel ruolo genitoriale, dovuti alla malattia oncologica, siano strettamente dipendenti da una percezione soggettiva.

L'analisi di contenuto delle interviste ha consentito di individuare alcune aree tematiche, raggruppate nelle seguenti categorie: modalità relazionali, modalità comunicative e vissuto emotivo.

Si sono osservati specifici pattern relazionali nelle

coppie genitoriali partecipanti. In alcune di esse la malattia ha generato atteggiamenti di sostegno e protezione; tale pattern è presente come partecipazione affettiva, sostegno reciproco e contenimento della sofferenza altrui. Sono d'altra parte emersi meccanismi di riconoscimento del paziente che si scopre capace di affrontare un evento traumatico come il cancro e di affidarsi al caregiver, spesso individuato nel partner. Diversamente, in altre coppie genitoriali, sono emersi atteggiamenti di isolamento ed evitamento; tale pattern è presente come strategia reattiva di taglio emotivo.

In alcuni casi, il carico emotivo della malattia oncologica porta ad una genitorializzazione dei figli, soprattutto quando sono giovani-adulti; al contrario, lì dove la malattia oncologica causa una limitazione fisica, questo determina un disconoscimento del ruolo genitoriale. In entrambi i casi, si è osservato un aumento delle responsabilità genitoriali del caregiver e dei pesi assistenziali, a volte eccessivi, che gravano sullo stesso.

Si sono osservati meccanismi di difesa come la negazione del cambiamento, derivante spesso da una comunicazione non autentica, dal diniego della malattia oncologica e dalle sue implicazioni. Si è rilevato che tali meccanismi di difesa emergono soprattutto in coppie genitoriali con figli giovani-adulti, in quanto viene meno la necessità di accudimento.

Dallo studio effettuato, si è rilevato come una comunicazione esplicita e conforme all'età dei figli, che utilizza canali verbali e non verbali, da parte dei genitori, sia correlata a una consapevolezza maggiore rispetto alla malattia del genitore stesso. Con tali modalità comunicative, i membri della famiglia condividono gli aspetti emotivi della malattia e favoriscono migliori capacità reattive agli eventi difficili/traumatici della vita familiare.

Un aspetto significativo della coppia genitoriale, che vive l'esperienza della malattia oncologica a breve terminalità, attiene l'area della sessualità, la quale non è stata oggetto diretto della nostra ricerca, ma è stato oggetto dell'osservazione clinica, potendo così affermare che le difficoltà

fisiche, causate dalla malattia, sono determinanti in tale area.

I vissuti emotivi che accomunano la maggior parte degli intervistati riguardano la preoccupazione del futuro, la frustrazione, l'ansia, il senso di colpa e la paura. Dall'analisi complessiva della ricerca, si osserva una migliore strategia di coping dei pazienti, del caregiver/partner e dei figli lì dove viene utilizzata una comunicazione esplicita e conforme all'età dei figli. Per tanto, l'intervento psicoterapeutico a orientamento sistemico relazionale ben si colloca per accogliere le necessità fisiche ed emotive del paziente e della sua famiglia, in tutte le fasi: diagnosi, terapia e prognosi.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. & Tambelli, R., (1995). *Maternità e gravidanza*. Studio delle rappresentazioni materne. Raffaello Cortina Editore.
- Associazione Italiana Infermieri di Oncologia, (2002). *Oncologia e cure palliative*. McGraw-Hill Companies.
- Huinzinga, G. A., Visser, A. Van de Graaf, W. T. A., Hoekstra, H. J. & Hoekstra-Weebers, J.E.H.M. (2005). *The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer*. Annals of oncology 2005.
- Muriel, A. C., MPH, Moore, C. W., Baer, L., Park, E. R. , MPH, Kornblith, A. B., Pirl, W., MPH, Prigerson, H., Ing, J., Rauch, BA & P. K., (2012). *Measuring psychosocial distress and parenting concerns among adults with cancer: The parenting concerns questionnaire*. Cancer 2012.
- Park, E. M., Check, D. K, Song, M.-K., Reeder-Hayes, K. E., Hanson, L. C., Yopp, J. M., Rosenstein, D. L. & Mayer, D. K. (2017). *Parenting while living with advanced cancer: a qualitative study*. Palliat Med.2017.
- Putton, A.& Fortugno, M. (2011). *Affrontare la vita*. Roma: Carocci.
- Siri, I., Badino, E. & Torta, R. (2007). *La famiglia del paziente* in R. Torta, A. Mussa, et al. (a cura di), *Psiconcologia. Il modello biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.



BAMBOLE REBORN: DALLA MANIA ALLA TERAPIA

RIASSUNTO

Le bambole reborn sono manufatti iperealistici con le fattezze di neonati umani. Spesso vengono utilizzate in modo improprio quale feticcio per sopperire a profonde mancanze affettive e relazionali, tanto da spingere molti acquirenti a trattarle come fossero dei veri e propri bambini, mescolando finzione e realtà. Ciò ha creato un forte pregiudizio morale attorno a questi oggetti, tanto da farci dimenticare che, invece, oltre manufatti da collezione, sono strumenti terapeutici idonei a stimolare fortemente l'empatia. In questo spazio si parlerà, quindi, della Doll Therapy (terapia della bambola) con soggetti disabili, affetti da patologie degenerative e/o sindromi ansioso-depressive. Si inquadrerà il ruolo della reborn dolls come possibile ausilio nella psicoterapia per accompagnare il paziente nell'elaborazione del lutto e nell'espressione dei vissuti di perdita o abbandono, con particolare riferimento alle dinamiche inerenti la genitorialità. Infine, si farà riferimento al mondo dei più piccoli e al ruolo pedagogico della bambola attraverso il gioco guidato.

PAROLE CHIAVE

Doll Therapy, terapia della perdita, gioco del "come se", reborn, empatia

Circa dieci anni fa in America si è sviluppato il fenomeno delle bambole reborn. Nato per collezionismo e non solo, di recente è giunto anche in Italia attraverso l'utilizzo di tali bambole nel web,

spostando l'attenzione mediatica dal semplice collezionismo e dall'impiego ludico, all'uso "auto-terapeutico" per sopperire a mancanze di natura affettiva.

La particolarità della bambola reborn è quella di possedere caratteristiche fisiche e percettive di estremo realismo. Grazie alle mani sapienti di chi le crea, sono oggetto d'arte e di desiderio per molti collezionisti. Inoltre, queste fattezze così realistiche hanno permesso di utilizzare la reborn, già da diversi anni, come controfigura in molti film e serie tv, soprattutto nelle scene in cui un vero neonato non potrebbe sopportare determinati movimenti o costumi. I prezzi di queste opere d'arte variano dalle 350 euro fino a toccare i 1000-1200 euro, prezzi giustificati dal fatto che sono pezzi unici e irripetibili, realizzate a mano e dipinte minuziosamente.

Da questo utilizzo socialmente accettato, si passa al suo estremo opposto, che vede sempre più persone coinvolte in atteggiamenti che si discostano dai chiari scopi ludici e artistici e che utilizzano la bambola come sostituto di un figlio mai avuto o perso. Ciò è ritenuto da buona parte dell'opinione pubblica un comportamento inquietante e preoccupante sotto molti aspetti. Nasce proprio da qui il forte pregiudizio nei confronti delle reborn: il fatto che queste bambole vengano spesso richieste e acquistate per motivi relazionali e personali, che nulla hanno a che fare col gioco o l'arte, porta erroneamente a generalizzare ed etichettare la reborn come causa del malessere, oppure conseguenza di un disturbo psichico.

Caterina Scarciglia

Psicologa dell'infanzia, adolescenza e famiglia. Psicoterapeuta

Lucia Ianne

Psicologa. Psicoterapeuta

Cristina Pipoli

Educatrice, Blogger

Giorgia De Lapis

Laureanda in scienze psicologiche. Web-blogger



Oltre ai collezionisti di bambole *tout court*, secondo le più recenti statistiche stilate in America, tra le tipologie di acquirenti che si rivolgono alle *reborners* (creatrici delle bambole) ci sono:

- Genitori che soffrono della "sindrome del nido vuoto";
- Coppie che non possono avere figli;
- Single che non vogliono o non possono diventare madri;
- Genitori di bimbi nati morti o deceduti nei primi anni di vita;
- Chi ha la necessità di colmare privazioni affettive o superare eventi traumatici (aborti, lutti, separazioni, ecc.);
- Chi interpreta positivamente la bambola come uno strumento concreto a scopi ludici ed educativi, o come un oggetto transizionale;
- Persone che curano parenti affetti da demenza senile e dal morbo di Alzheimer con la cosiddetta "terapia della bambola".

Quindi, le bambole reborn sono molto di più che un feticcio.

Finora è stato riscontrato, da parte di molti studiosi, un importante contributo delle bambole reborn all'arteterapia e in specifici contesti socio-educativi di intervento come disabilità, senilità e problematiche di Alzheimer, attraverso la cosiddetta *Doll Therapy* o *Empathy Doll*.

Infatti, si è riscontrato che la reborn produce nei pazienti pensieri di dolcezza, di gioia e di empatia che aiutano a contrastare il progredire della patologia, e per ostacolare il deterioramento di alcune abilità cognitive. Sembra essere indicata anche nella prevenzione/cura di stati d'ansia, condizioni di apatia e di depressione, e in tutte le difficoltà legate alla tematica emotivo affettiva. Il dibattito tra sostenitori e oppositori della terapia della bambola trova proprio nei risultati sul campo un punto di accordo che apre uno spiraglio alla collaborazione per il bene di pazienti e persone bisognose di sostegno in particolari vicende di vita. Con le loro perfette sembianze di cucciolo umano, le reborn hanno sicuramente il pregio di rendere ogni sensazione corporea, derivata dal tenerle in



braccio, vera. L'empatia si fa simile a quella che si potrebbe avere nei confronti di un neonato, si sprigionano sentimenti di cura, delicatezza, premura e dolcezza.

Le reborn dolls incoraggiano la sensibilità tattile, arrivando addirittura a stimolare l'ossitocina, il cosiddetto "ormone delle coccole", fondamentale per le donne durante il travaglio ed il parto.

Il Reborning consente di "dare vita" non solo a opere d'arte da collezionare, ma a oggetti «viscerali» che interpellano direttamente l'istinto materno e che, in virtù del loro aspetto realistico, chiedono di essere coccolati, accuditi, abbigliati proprio come dei veri bambini.

Il segreto del successo del *Reborning* consiste proprio in questa capacità delle reborn di attivare risposte corporee non controllabili, senso di estraniamento provocato da oggetti antropomorfi molto simili agli esseri umani che disorientano l'osservatore, causando una sconvolgente incertezza percettiva che è alla base dell'esperienza umana. Anche la Psicoterapia, ed in particolare quella della Gestalt tende a chiudere o risolvere situazioni inconcluse che generano senso di malessere, difficoltà di adattamento nella vita quotidiana. La forza delle Reborn dolls consiste nell'interpellare e soddisfare la dimensione aptica (ovvero quella del tatto): possiamo toccare e maneggiare le creazioni artistiche, a differenza delle altre sculture che generalmente vediamo in esposizione nei musei o luoghi d'interesse, che pur innescando forti risposte emozionali, difficilmente possono essere toccate. Anche se negli ultimi anni anche la dimensione tattile, non solo per soggetti con disabilità sensoriale visiva, grazie alle rappresentazioni in 3D sta permettendo un contatto fisico e manuale diretto. Il ricorso ad una bambola, in persone in cui le capacità di memoria, logiche e verbali si sono ridotte e che a causa di una patologia non riescono più ad intrattenere relazioni stabili ed equilibrate, consente di attivare delle modalità di relazione pre-verbali e non verbali e di manifestare emozioni e pensieri che altrimenti tenderebbero ad affollare in modo confuso il mondo interno del paziente. La Doll Therapy, riesce a dirigere l'attenzione di una persona affetta da

demenza o da patologie con compromissioni simili verso un compito semplice, come quello di accudimento di una bambola, evitando la congestione del pensiero dovuta alla concentrazione su idee e stati affettivi che, non avendo un filo di unione, generano stati di confusione e di disagio che vengono manifestati spesso con disordini del comportamento.

La Doll Therapy, riesce a dirigere l'attenzione di una persona affetta da demenza o da patologie con compromissioni simili verso un compito semplice, come quello di accudimento di una bambola, evitando la congestione del pensiero dovuta alla concentrazione su idee e stati affettivi che, non avendo un filo di unione, generano stati di confusione e di disagio che vengono manifestati spesso con disordini del comportamento.

Questo approccio di cura, consente di creare un contesto per rispondere ad alcuni bisogni universali privi di limiti di età come:

- Sentirsi utili e capaci di svolgere ancora delle attività quotidiane;
- Dare affetto e di prendersi cura di qualcuno;
- Esprimere emozioni primordiali e naturali.

Il rapporto importante a livello terapeutico è quello che viene a determinarsi con un oggetto immaginario che diviene simbolico grazie al processo attraverso cui la bambola viene investita con i propri ricordi e con le emozioni fissate nella memoria remota e che attraverso l'oggetto simbolico possono essere attualizzate ed esternalizzate.

Benefici della Doll Therapy

Tra i benefici che si osservano una volta avviato un rapporto con la bambola, vi sono anche le sollecitazioni quotidiane della memoria procedurale che viene chiamata in causa nell'esecuzione di alcuni gesti di cura come la vestizione, il cambio di abiti o ancora attraverso le azioni del cullare o dell'alimentare.

Il ruolo simbolico attribuito alla bambola e l'affettività proiettata su di essa sono evidenziate dall'agitazione emotiva che subentra quando si allontana la bambola o la si sostituisce con un oggetto con caratteristiche rievocative diverse, come ad esempio una scatola.

Benefici dell'intervento organizzato

Con la Doll Therapy è possibile notare un netto miglioramento anche nella modulazione di stati d'ansia e di agitazione e nelle loro manifestazioni sintomatiche come aggressività, insonnia, apatia o *wandering*. Di conseguenza, questo comporta:

- la possibilità di ridurre sensibilmente il ricorso ai sedativi;
- la riduzione di condizioni di apatia e depressione caratterizzata da disinteresse ed inattività totale;
- la capacità di rispondere ai bisogni emotivi-affettivi che, malgrado il deterioramento cognitivo, rimangono presenti ma non sono più soddisfatti come in età precedenti;
- la possibilità di ostacolare il deterioramento di alcuni abilità cognitive e di sostenere l'utilizzo di prassi motorie che fungono da stimolo delle abilità residue.

Aspetti procedurali della Doll Therapy

La somministrazione iniziale della bambola è diretta da un esperto che guida il percorso riabilitativo in alcuni momenti specifici della giornata, valutando i progressi e stimolando la costruzione del rapporto simbolico anche attraverso il coinvolgimento della famiglia o dell'équipe.

La bambola può essere riproposta in tutti quei momenti in cui i destinatari appaiono irrequieti o apatici; spesso questo avviene in momenti cruciali della giornata, come quello dell'igiene e della vestizione, durante i quali alcuni pazienti mostrano un picco di aggressività o di rifiuto dell'intervento assistenziale.

Caratteristiche della bambola

Le bambole terapeutiche originali, denominate *Joyk*, possiedono caratteristiche particolari che le rendono maggiormente in grado di suscitare emozioni e che per questo vengono definite anche "bambole empatiche":

- un peso né troppo leggero né eccessivo distribuito in modo equo lungo tutto il corpo;
- le braccia morbide e non troppo flosce ed una postura delle gambe lievemente rannicchiata ma non fetale, tale da rendere facile l'abbraccio;

- una dimensione simile a quella di un neonato;
- tratti somatici che ricordano quelli di un bambino.

Comportamenti interattivi del paziente

Nel corso della Doll Therapy, l'interazione paziente-bambola può attraversare diversi stadi, in rapporto anche alla disponibilità a riconoscere alla bambola un ruolo simbolico affettivo che rimanda alle relazioni infantili oppure a quelle materne.

Sono state indicate tre tipologie di comportamento interattivo:

- rifiuto: il paziente considera la bambola esclusivamente come un oggetto inanimato e tende ad esplorarla con un contatto iniziale che poi si riduce fino a portare all'abbandono della bambola da qualche parte;
- accudimento costante nel corso di vari momenti della giornata; in questo caso si evidenzia un riconoscimento del simbolismo dell'oggetto;
- un'alternanza tra intenso accudimento della bambola e disinteresse o rifiuto.
- Ognuna di queste modalità può dare un'indicazione della modalità di relazione affettiva caratteristica del paziente.

Funzione terapeutica della bambola

Nel corso di un programma di intervento con la Doll Therapy, vanno considerati alcuni segni tipici che mostrano la funzione terapeutica della bambola. Essi comprendono:

- l'accettazione della bambola;
- la ricerca di quest'ultima;
- le interazioni verbali con l'oggetto (ad esempio, il parlare alla bambola);
- il cullare;
- l'abbraccio o la tendenza a stringere al petto;
- la cura dell'abbigliamento;
- il sorriso diretto;
- il sorriso alle persone presenti;
- il canto di una ninna nanna;
- ogni forma di gioco con l'oggetto;
- il contatto continuo;
- l'accarezzamento.



Richiedono un incoraggiamento dell'interazione gesti quali:

- l'abbandono della bambola;
- la ricerca di consenso rispetto a forme di accudimento;
- il tenere la bambola senza muoverla;
- il contatto sfuggente.

Realtà ribaltata

Nel caso delle bambole *reborn* possiamo notare come viene completamente ribaltato il concetto di Oggetto Transizionale presentato da Winnicott (Winnicott, 1974): il bambino instaura una relazione con l'Oggetto per difendersi dall'angoscia della perdita della madre; con le *reborn*, contrariamente, la persona instaura una relazione con l'Oggetto (bambola) per difendersi dall'angoscia della perdita (reale o irreale).

La natura dell'amore: l'esperimento di Harlow

L'esperimento di Harlow (Harlow, 1962) sui macachi prevede la presenza di due "madri finte", una con biberon per il nutrimento, una morbida. Si nota come la scimmietta si lega alla mamma-scimmia morbida e va dall'altra solo per nutrirsi. Quindi, si è dedotto che anche il bambino vada dalla mamma non per il soddisfacimento dei bisogni primari, ma per riceverne protezione.

Attraverso la bambola (quale rappresentante della scimmietta morbida), è stato possibile identificare disfunzioni nel legame affettivo con le figure di riferimento primarie. Dietro ad alcune forme di rifiuto della bambola si possono celare traumi affettivi e possibili lutti che vanno intesi come una forma di controindicazione alla terapia della bambola, che potrebbe riattivare in tali casi frustrazioni e conflitti. La raccolta di dati sulla storia dei pazienti con dei familiari di questi ultimi rappresenta pertanto un passo fondamentale prima dell'inizio di qualsiasi terapia basata sul *maternage*. In presenza di lutti importanti in periodi dell'infanzia o della maternità o di disturbi dell'attaccamento, l'intervento va condotto con prudenza.

In conclusione, le esperienze positive di intervento ottenute attraverso l'uso della bambola

sottolineano la necessità di perfezionare queste ed altre metodologie di supporto, in cui il concetto di terapia si riferisce alle possibilità di sostegno delle risorse presenti.

Questo obiettivo, è estremamente importante nelle condizioni in cui non è possibile né necessario un miglioramento organico, ma in cui è possibile sostenere anche un minimo adattamento funzionale alla situazione (superamento di lutti, aborti, gravi separazioni ecc.);

Le potenzialità applicative di questa terapia potrebbero essere esplorate anche nel contesto di alcune disabilità cognitive medio-gravi presenti in altre patologie e in pazienti di età diverse, in considerazione della possibilità di ridurre trattamenti farmacologici massicci;

La Doll Therapy, riesce a dirigere l'attenzione di una persona affetta da demenza o da patologie con compromissioni simili verso un compito semplice, come quello di accudimento di una bambola, evitando la congestione del pensiero dovuta alla concentrazione su idee e stati affettivi che, non avendo un filo di unione, generano stati di confusione e di disagio che vengono manifestati spesso con disordini del comportamento.

L'uso della bambola, in gruppi guidati da esperti può favorire l'adattamento e l'accettazione di situazioni o perdite affettive migliorando il benessere psicofisico della persona, consentendo di sbloccare quei nodi residui e di proseguire la propria vita nel pieno della consapevolezza.

Questo approccio di cura, consente di creare un contesto per rispondere ad alcuni bisogni universali privi di limiti di età.

Terapia della perdita

C'è ancora un campo terapeutico in cui l'opinione sull'utilizzo delle bambole *reborn* risulta controverso, ossia l'elaborazione di vissuti relativi alla perdita, al lutto, alla solitudine relazionale, soprattutto riferiti alla genitorialità.

Anche lo stesso nome, *reborn* (rinato), richiama il meccanismo di sostituzione della bambola con un bambino mancato. Anche se è semanticamente non ci si riferisce a ciò, l'impatto simbolico del

nome risulta forte e induce automaticamente a pensare al concetto di perdita, aborto, mancata genitorialità.

Esiste una linea molto molto sottile che separa l'accudimento di un oggetto da quello di una persona, dalla quale ci si aspetta una reazione "umana". Il comportamento di chi tratta la bambola come se fosse vera è discutibile, in quanto l'accudimento è spesso parte di una relazione, la quale naturalmente prevede una modulazione tra due o più soggetti che interagiscono; inoltre, è un legame affettivo stabilito con qualcuno che necessita di cure. Esso cambia se rivolto ad un oggetto perché si perdono i presupposti della reciprocità, dell'interscambio e del bisogno di cure. Appare più come una forma di auto-cura attraverso l'esperienza del "far finta". Ma questo è un gioco pericoloso?

Mancanza d'affetto, solitudine, impossibilità ad avere figli possono in molti casi far scattare l'idea di adottare una bambola reborn che sostituisca e ottimizzi quel vuoto lasciato o mai riempito da una persona. Tuttavia Basta poco per superare quel famoso varco è trovarsi immersi completamente in un turbine di sentimenti che poi trovano poco spazio alla gestione. L'elaborazione, l'accettazione di questa mancanza, di uno stato d'animo spiacevole e doloroso è un passo indispensabile per tornare ad essere sereni, per conoscere le proprie risorse e scoprirsi più forti di quello che si pensava. Sopprimere ed evitare i propri sentimenti indirizzandoli verso una bambola forse non è sempre il metodo migliore per ricominciare. Lo stesso obiettivo può essere raggiunto ponendosi in discussione e approfondendo sé stessi attraverso un percorso terapeutico, che non per forza escluda la presenza delle reborn.

Infatti riteniamo che le bambole reborn possono essere degli ottimi ausili terapeutici se utilizzati in contesti protetti e con il supporto / supervisione di professionisti della relazione d'aiuto. In tal modo, possono fornire un ottimo apporto anche in campi sperimentali della Doll Therapy, come potrebbero essere quello dei gruppi di sostegno alla

genitorialità, corsi pre-parto, corsi di formazione sull'adozione, gruppi terapeutici per l'elaborazione del lutto, gruppi tematici sull'aborto, la perdita, l'impossibilità di essere genitori.

Detto ciò, data la forza emozionale che queste bambole emanano, è bene che ne sia ribadito il loro utilizzo come strumento terapeutico, e in quanto tale non utilizzarlo nello stile fai da te per non correre il rischio della confusione tra realtà e finzione. Come ogni strumento, ha bisogno di una regolazione di buon senso nel suo utilizzo. Perciò non è la bambola in sé a creare l'eventuale disagio psichico, bensì il vissuto di una persona, il dolore non elaborato, il vuoto affettivo sottostante che si legano disarmonicamente all'oggetto reborn.

D'altronde, il gioco del "come se" lo abbiamo fatto tutti sin da bambini, ed è servito per imparare a stare al mondo. Anche da adulti, quando qualcosa nella vita prende una piega difficile, abbiamo bisogno di re-imparare e sperimentare nuovi modi di essere e di pensarsi.

Uso delle reborn in età evolutiva

Infine, c'è da porre l'accento sull'aspetto pedagogico di questo fenomeno, anch'esso particolarmente discusso dagli addetti ai lavori e dall'opinione pubblica.

Molti educatori ritengono che le reborn possano essere utili in casi specifici, uno dei quali è l'arrivo del fratellino. Sentimenti di gelosia possono indurre il bambino a manifestare forme aggressive e di rifiuto nei confronti dell'ultimo arrivato. Questo accade perché il piccolo vive al suo interno una forte tensione emotiva, che possono essere smussate attraverso il gioco. Johan Huizinga rafforza questo concetto attraverso una bellissima frase: "il gioco sa innalzarsi a vette di bellezza e di sanità che la serietà non raggiunge" (Huizinga, 2002).

La bambola usata all'interno delle attività ludiche del bambino ha una sua valenza pedagogica, perché è un modo per preparare il bambino all'arrivo del fratellino attraverso la riproduzione di rituali comportamentali (dare la pappa, cambiare il pannolino, fargli le coccole) facendolo sentire



partecipe dell'evento. Se questo viene fatto con una bambola reborn, dalle tipiche sembianze di un bambino vero, sarà più forte la reazione empatica che permetterà di abituare gradualmente il bambino alla delicatezza del piccolo che sta per arrivare. Ad esempio un gioco indicato è "il cesto dei tesori", dove la bambola viene utilizzata in un momento scelto insieme al genitore nel quale se ne si prende cura insieme come fosse vera.

Il cestino dei tesori è frutto degli studi sul bambino della psicopedagogista inglese Elinor Goldschmied (Goldschmied, 1994). La prima volta verrà riempito in base alla fantasia dei genitori e a ciò che si ha a disposizione. A seconda degli interessi del bambino, verranno inseriti nel cestino dei tesori, gli oggetti che il piccolo predilige. Quando mettiamo nel cestino dei tesori un orsetto o una bambola (che sia una reborn o no) il bambino la osserverà, la manipolerà.

Tutti gli oggetti del cestino dei tesori vanno tenuti puliti e mantenuti in perfette condizioni, perciò si trasmette al bambino il senso di responsabilità e di ordine, in quanto bisognerà anche riporre gli oggetti nel proprio baule alla fine del gioco.

Responsabilizzare le persone a non usare in modo estremo le bambole, ma come un gioco quale esse sono (e come tutti gli altri giochi vanno riposti in un contenitore) è un dovere educativo importante relativamente al fenomeno delle reborn.

Inoltre, quando il gioco finisce si torna alla realtà, e le bambole ritornano ad essere oggetti inanimati. Ciò aiuta a stabilire un confine chiaro tra la finzione e la realtà.

Un ulteriore uso terapeutico delle bambole reborn nell'età evolutiva potrebbe essere all'interno di gruppi di teatroterapia o arteterapia con bambini e/o adolescenti disabili e non, per il rilascio e la gestione della rabbia (Sorrentini M., Fecchi O.). La formula dell'arte-terapia tramite la creazione di bambole reborn è applicabile sia in contesti socio-educativi di intervento quali handicap, senilità e problematiche di Alzheimer, ma anche in un contesto dove un percorso di arte terapia possa aiutare le persone senza particolari problematiche

nel recupero di uno stato di benessere ed equilibrio interiore.

BIBLIOGRAFIA

- Cappuccio, M., Cilesi I. *Realtà Svedese. Demenza: percorsi di ricerca e studio* in Assistenza Anziani, 8-19-26.
- Cilesi, I. Pazienti Alzheimer. *Disturbi del comportamento e sperimentazioni*. In Assistenza Anziani, 7,45-47.
- Fitzgerald, L. (2011). Let's Play Mummy': Simulacrum Babies and Reborn Mothers, «European Journal of Cultural Studies», vol. 14, n. 1, pp. 25-39.
- Fondazione I.P.S. Cardinal Giorgio Gusmini. *Star bene con una bambola*. In terapie Alternative, 2008,6, 3-5.
- D'Orsi, C. (2008). *Sara, Elisabetta e le altre... La femminilità ferita tra desiderio e limite della maternità*. Ricerche e Contributi in Psicologia. Edizioni Psiconline.
- Goldschmied, E. (1994). *Persone da 0 a 3 anni, crescere e lavorare nell'ambiente del nido*. Junior, Bergamo.
- Harlow, H.F. (1962). *Journal of Comparative and Physiological Psychology*.
- Huizinga, J. (2002). *Homo Ludens* Collana NUE n. 146, Einaudi, Torino 1973-2000.
- Mitchell, G. (2003). *Loyal Woman*. NHB Modern plays Series Royal Court.
- Winnicott, D. (1974). *Gioco e realtà* Roma, Armando editore.

SITOGRAFIA

- Sul sito www.benessere.com/psicologia/arg00/terapia_bambola.htm è possibile reperire materiale su Monaco, M. (2018). *La terapia della bambola*. (ultimo accesso 20-10-2018).
- Sul sito <http://6inestate.com> è possibile reperire materiale su Progetti Reborn Therapy. Sorrentini, M. e Fecchi, O. (ultimo accesso 20-10-2018).
- Sul sito <http://www.rebeccamartinez.com/#mi=1&pt=0&pi=4&p=-1&a=0&at=0> è possibile reperire materiale su Martinez, R., *Artist Statements* (ultimo accesso 20-10-2018).



LA RESIDENZA EMOTIVA: PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.E.I.) SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE E TERRITORIALE IN FAVORE DELLA SALUTE MENTALE

Alessandro Antonucci
Autore e coordinatore
dell'Educativa Domiciliare,
psicologo presso la Soc.
Cooperativa L'Adelfia

RIASSUNTO

La Coop. Soc. L'Adelfia è stata nell'annualità 2013/2014, ente gestore del progetto riabilitativo del bando "Servizi di Inclusione Sociale di educativa domiciliare per disabili psichici – Area della salute mentale".

L'esperienza si è articolata in un percorso educativo condotto dall'educatore/oss con l'utente in presenza dello psicologo di riferimento, riunioni periodiche di coordinamento e valutazione dell'equipe della cooperativa, riunioni di coordinamento e valutazione alla scadenza del PEI con tutti gli attori coinvolti, incontri di valutazione su bisogni ed eventi specifici relativi a singoli utenti, con i referenti del CSM, ed infine valutazione degli esiti (con scale Vado e di soddisfazione).

Il progetto dell'educativa domiciliare ha consentito di sviluppare vari spazi di holding che riguardano: la sfera dell'abitare; la cura di sé; del lavoro; il modo di trascorrere il tempo libero. Obiettivi dell'impiego di determinati progetti sono stati: favorire la comunicazione bidirezionale (tra pazienti e tra pazienti e referenti) allo scopo di incrementare la comunicazione e l'apprendimento sociale; incremento dei meccanismi decisionali "decisionamento consensuale" estesa a tutti i livelli per promuovere l'identificazione con gli scopi del caregiver; attivazione dei processi di auto-cura e mutuo-aiuto.

La possibilità di inserire produttivamente la casa e l'abitare nella relazione terapeutica, attraverso

la lettura e l'attribuzione di senso passerebbero quindi attraverso la ripetizione del rapporto con i primi oggetti relazionali (famiglia).

Esposizione dei risultati rilevati dal Questionario della Soddisfazione del Servizio di Educativa Domiciliare e Territoriale, compilati da utenti e familiari presso il C.S.M. di riferimento.

PAROLE CHIAVE

Educativa domiciliare, riabilitazione psico-sociale, l'abitare nella relazione terapeutica, equipe multidisciplinare, valutazione degli esiti.

INTRODUZIONE

La prima relazione emotiva attivata dall'operatore che effettua una visita domiciliare, subito dopo aver superato la possibile esperienza di non essere accettato, si svolge in luoghi in cui manca anche il tavolo dove ci si riunisce per il comune desinare o tra la mole di biancheria accumulata accanto alla lavatrice. Una residenza emotiva è, secondo la definizione datane da Zapparoli (1992) "uno spazio emotivo che può essere collocato in un luogo che lo favorisce, ma è essenzialmente un rapporto con un oggetto animato o inanimato a seconda delle capacità di relazione del paziente, nel quale quest'ultimo vive la possibilità che i suoi bisogni vengano salvaguardati". La possibilità di inserire produttivamente la casa e l'abitare nella relazione terapeutica, ha consentito la lettura e l'attribuzione di senso alla



educativa domiciliare, attraverso la ripetizione del rapporto con i primi oggetti relazionali nello spazio più vicino ad esso, e di ritrovarle trasposte, simbolicamente e materialmente.

Tutto questo scenario del bisogno, del desiderio e dell'indigenza, dell'angoscia di perdita del contatto con il territorio, che gli stati psicotici presentano in forme tanto enigmatiche e bizzarre, richiede una specifica semeiotica relazionale dell'abitare. Petrella (1993, p. 657-658) specifica che: "La casa, la stanza, ecc., replicano la holding materna costitutiva, sono gli eredi dei dispositivi funzionali di contenimento, di protezione e di sostegno originari".

R. Money Kyrle (1965, p. 618-619) descrive il concetto di "base":

"Questa base sembra essere normalmente non l'lo corporeo, bensì qualcosa verso cui l'lo corporeo si orienta come verso la propria "casa".

Finché si conserva il rapporto interno ed esterno con queste entità, noi non siamo mai disorientati, e in pari misura siamo preservati da attacchi acuti d'ansia. Ma l'orientamento nei confronti

della base si perde facilmente in molti modi" (Money Kyrle 1965, p. 618-619).

La Coop. Soc. L'Adelfia è stata, nell'annualità 2013/2014, ente gestore del progetto riabilitativo del bando "Servizi di Inclusionione Sociale di educativa domiciliare per disabili psichici – Area della salute mentale".

L'ammissione degli utenti è stata di competenza del C.S.M. di Lecce e San Cesario, di concerto con i Servizi Politiche Sociali dei dieci Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce.

L'esperienza condotta da un'equipe multidisciplinare si è articolata nel seguente percorso:

- gli utenti sono stati individuati attraverso un'attenta analisi sia del funzionamento Psico-Sociale sia delle condizioni Sanitarie, per ognuno di loro è stato redatto un progetto educativo individualizzato (P.E.I.);
- La fase di stesura e connotazione delle schede P.E.I. ha richiesto un intenso lavoro di gruppo tra i diversi referenti;
- Primo contatto dell'equipe referente con l'utente (e con la famiglia) con un incontro presso

-
- il domicilio;
- Stesura del calendario del Percorso educativo condotto dall'educatore/oss concordato con l'utente;
 - Visita domiciliare dello psicologo in presenza dell'operatore di riferimento almeno una volta al mese, e comunque secondo necessità specifiche;
 - Riunioni periodiche di coordinamento e valutazione dell'equipe della cooperativa;
 - Riunioni di coordinamento e valutazione alla scadenza del PEI con i referenti coinvolti;
 - Incontri di valutazione su bisogni ed eventi specifici relativi a singoli utenti, con i referenti del C.S.M.;
 - Stesura delle relazioni di verifica periodiche e valutazione finale degli esiti con scala di soddisfazione somministrata dai referenti del C.S.M. inviante.

Il progetto dell'educativa domiciliare ha consentito di sviluppare vari spazi di "holding" che riguardano: la sfera dell'abitare, la cura di sé, del lavoro, il modo di trascorrere il tempo libero.

Obiettivi dell'impiego di determinati progetti sono stati: favorire la comunicazione bidirezionale (tra paziente e tra pazienti e referenti) allo scopo di incrementare la comunicazione e l'apprendimento sociale; incremento dei meccanismi decisionali / "decisionamento consensuale" estesa a tutti i livelli per promuovere l'identificazione con gli scopi del caregiver; attivazione dei processi di auto-cura e mutuo-aiuto.

Lo spazio protetto transizionale, parte dal tragitto di Rocco e Carlo dalla casa al bar, per prendere un caffè, riflettono insieme ironicamente sulla sua attuale condizione di vita.

Questa fase di "riscaldamento" prima della visita domiciliare "affettiva", il cui nucleo riabilitativo portante era il cambio della biancheria sporca, la rasatura con arte e gioia svolta dall'operatore, la pulizia degli ambienti comuni, permetteva una co-costruzione di una connessione di senso e di

fiducia che gli accordava l'accesso alla dimensione della cura quotidiana del Sé.

Il malessere e la prostrazione di Carlo erano tali, da vederlo il primo giorno steso in un letto con la necessità di una sedia a rotelle per spostarsi, con un degrado della casa da far girare lo stomaco ad avvicinarsi a quel contesto.

Uno dei traguardi riabilitativi che gli ha consentito la manutenzione di un ordine mentale è stato quello di vederlo ogni giorno programmato al Centro Culturale fiero e giocoso con gli altri ospiti, non aveva più bisogno della sedia a rotelle per spostarsi.

Lo scrivente e Rocco hanno ripercorso quei passi fino al bar, o nella villetta vicino a casa, sentendo il vuoto abbandonico di Carlo, dove prima c'era una amico o una persona che gli dava lavoro.

Il carattere della costanza insita nella ritualità dell'incontro hanno costituito uno spazio di relazione affettivizzato, ma non solo.

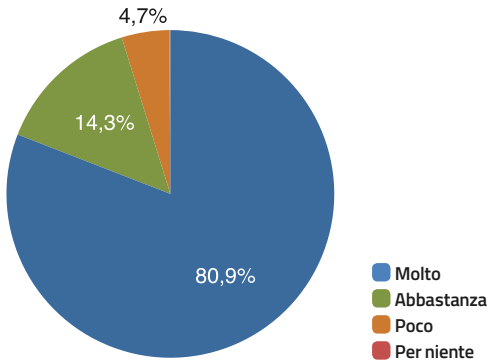
Qui lo spazio protetto si configura nella possibilità di un percorso ripetuto nel tempo ritmicamente dal centro alla periferia e viceversa, ovvero in quel migliaio di passi che cadenzano il movimento di va e vieni della dipendenza.

Là dove l'altro era mancante e sostituito con sintomi che racchiudevano l'impossibilità di un ritmo condiviso, con un chiasso assordante di pensieri "i dottori non credono che io stia male, pensano che mi rubo la pensione, quante volte ho dovuto urlare per farmi ascoltare, tutte le porte erano chiuse per me".

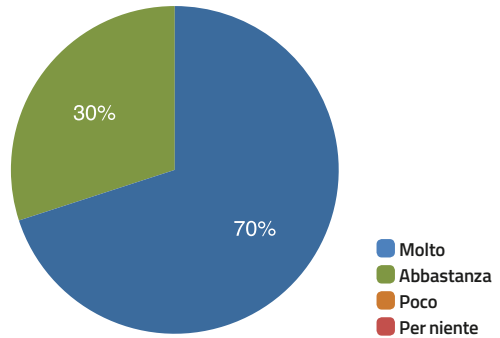
OBIETTIVI DELLA RICERCA

Di seguito esporrò un'analisi descrittiva con diagrammi a torta, calcolati con i risultati ottenuti dal Questionario della Soddisfazione del Servizio di Educativa Domiciliare e Territoriale, compilati da utenti e familiari presso il C.S.M. di riferimento.

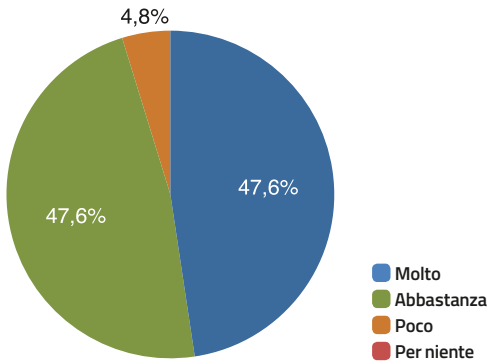
La finalità di tale analisi descrittiva è di verificare quanto il modello operativo seguito abbia conseguito gli obiettivi auspicati di attivare una relazione sufficientemente terapeutica.



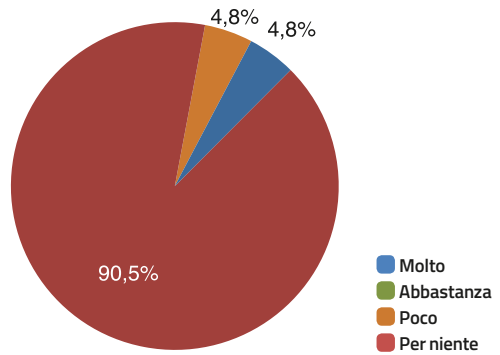
Graf. 1 - Soddisfazione rilevata nei Rapporti tra operatori e utenza



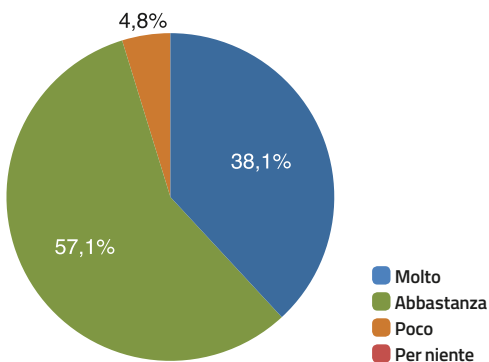
Graf. 4 - Gentilezza operatori



Graf. 2 - Affidabilità operatori



Graf. 5 - Rifiuto Educativa Domiciliare da parte dell'utenza

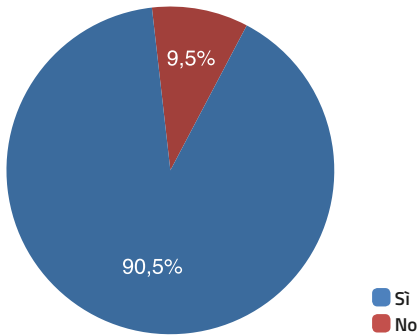


Graf. 3 - Capacità problem solving

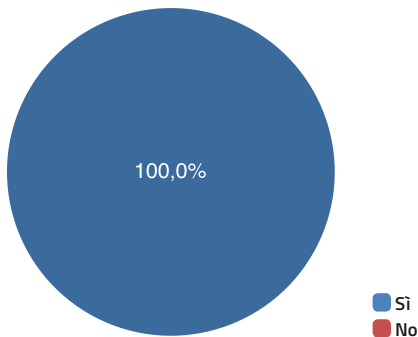
RISULTATI E CONCLUSIONI

La valutazione complessiva da parte degli utenti, come la totalità degli item evidenzia (Soddisfazione rilevata nei Rapporti tra operatori e utenza, Affidabilità operatori, Capacità problem-solving, Gentilezza operatori, Rifiuto Educativa Domiciliare da parte dell'utenza), è omogenea nel percepire positivamente la relazione con gli operatori della domiciliare. Questi dati su un piccolo campione, restituiscono una conferma su quanto ipotizzato sull'importanza dello spazio relazionale co-costruito, l'intera esperienza abitativa si fonda su di esso. Quindi il poter intervenire direttamente dal nocciolo dell'esperienza costitutiva riporta alla riattualizzazione e cura delle prime esperienze traumatiche. Infatti i seguenti dati estremamente

positivi (Miglioramento salute da avvio), mostrano una capacità di riconoscimento, critica e consapevolezza rispetto alla malattia, che si ritrova maggiormente in un setting terapeutico non istituzionale, in situazioni sul versante nevrotico, con domanda di cura del paziente.



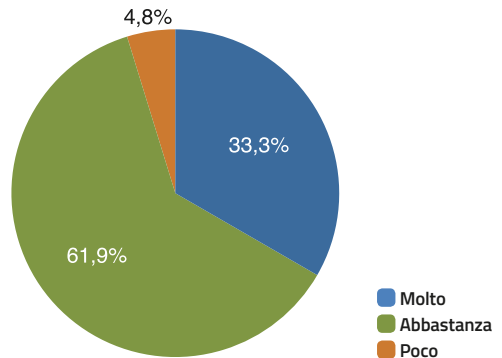
Graf. 6 - Miglioramento della salute percepita



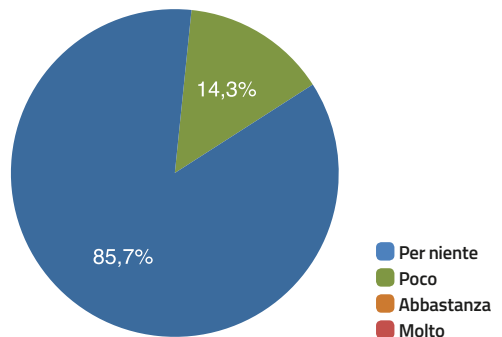
Graf. 7 - Ottimizzazione della gestione familiare

Come visualizzato dall'ultimo grafico (Ottimizzazione gestione familiare) l'intervento domiciliare ha consentito di fornire ai familiari un Parenting Coaching e una Holding, che evidenzia l'importanza del bisogno di cura del gruppo famiglia del paziente. Inizialmente gli svantaggi da cui si partiva erano: familiari troppo presenti che impediscono la relazione educativa; timore di essere descritti in maniera non adeguata e di sentirsi sostituiti nel ruolo; desiderio

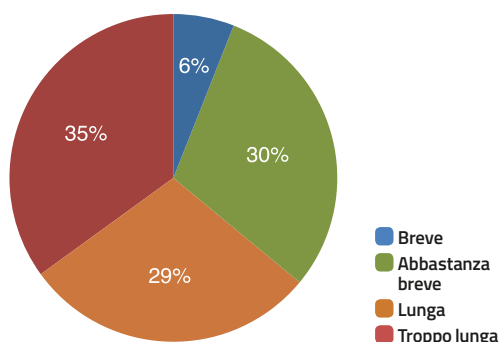
di guidare l'intervento secondo le aspettative genitoriali; atteggiamento delatorio sui comportamenti intercorsi tra un incontro e l'altro; copertura dei comportamenti disfunzionali intercorsi tra un incontro e l'altro; familiari assenti che non supportavano la relazione educativa; tentativi di compiacere l'operatore, nascondendo eventi e comportamenti disfunzionali. I traguardi conseguiti hanno un equilibrio labile, perché singoli eventi ed episodi possono causare importanti regressioni, per cui sarebbe auspicabile dopo il termine dell'intervento domiciliare la prosecuzione della presa in carico da parte di referenti Istituzionali. Riporto di seguito i dati relativi alla valutazione del servizio offerto dalle Istituzioni coinvolte (Corrispondenza esigenze servizio, Complessità procedure attivazione servizio, Attesa attivazione Servizio, Chiarezza informazioni).



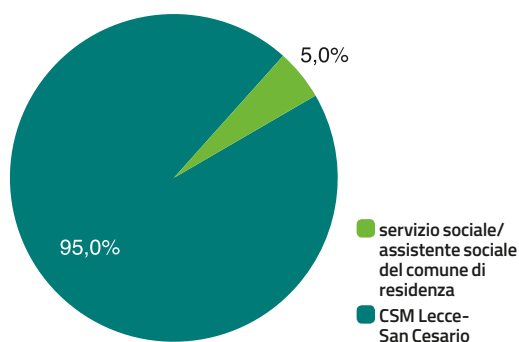
Graf. 8 - Corrispondenza tra esigenze dei pazienti e prestazioni del servizio



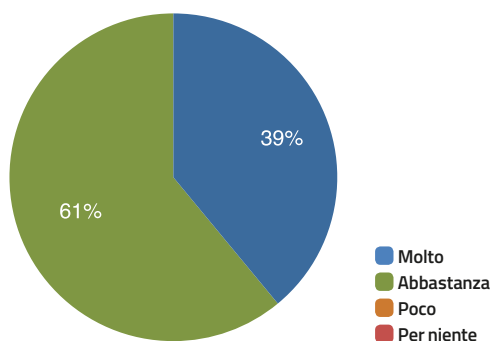
Graf. 9 - Complessità procedure attivazione servizio



Graf. 10 - Attesa attivazione servizio



Graf. 12 - Canale d'informazione



Graf. 11 - Chiarezza informazioni fornite rispetto al servizio educativa domiciliare

Anche in questi dati emerge una sostanziale valutazione positiva dell'apporto dei referenti del Servizio domiciliare, solo rispetto l'item attesa presentazione e domanda di attivazione il gradimento è stato meno omogeneo.

Un valore differente, che offre uno spunto di riflessione, è la valutazione raccolta rispetto all'item Origine canale di informazione, in quanto evidenzia una netta univocità del canale d'informazione.

Potrebbe essere auspicabile la possibilità di ricevere informazioni da più canali d'informazione per rendere più facilmente accessibile tale servizio, è necessario attivare maggiormente le diverse istituzioni del territorio e creare collaborazione tra esse. Anche rispetto al tempo d'intervento, alcune fonti di informazione come i medici di base, potrebbero consigliare interventi più precoci essendo più vicini e accessibili alle famiglie sul territorio.

BIBLIOGRAFIA

- Bion, W. R., (1956). Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Saggi e riconsiderazioni, Armando, Roma, 1988.
- Zapparoli, G. C., (1992). Paranoia e tradimento, Bollati Boringhieri, Torino.
- Heidegger, M. (1976). Saggi e discorsi, tr. it. a cura di G. Vattimo, Mursia, Milano 1976, pp. 96-108.
- Hinshelwood, R.D. (1994). Attacks on the reflective space. In Shermer V. and Pines M. (eds) Ring of Fire: Primitive Object Relations and Affects in Group Psychotherapy, Londra, Routledge.
- Anthony William, A., Liberman Robert Paul, (1977). La riabilitazione psichiatrica, Raffaello Cortina, Milano.
- Petrella, F. (1993). *Le psicosi e gli eventi* in "Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza", Raffaello Cortina, Milano.
- Money Kyrle R. (1965). "Megalomania", in The Collected Papers of Roger Money-Kyrle. Clunie Press Pertshire, 1978, trad. it. "La Megalomania", in: Scritti 1927-1977, Bollati Boringhieri, Torino, 2002.



PSICOLOGIA E SPORT: UN'INDAGINE SULLA PERCEZIONE DEL RUOLO DELLO PSICOLOGO DELLO SPORT NELLA REGIONE PUGLIA

L'importanza della figura dello Psicologo dello Sport

RIASSUNTO

Il presente contributo prende in esame la figura emergente dello psicologo dello sport, evidenziandone le potenzialità e le risorse. Vengono definite le competenze e delimitato il campo di azione dello psicologo che opera in ambito sportivo a tutti i livelli, distinguendo il suo specifico da quello di altre professioni. Il lavoro presenta i risultati dell'indagine condotta dagli Autori componenti del Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport istituito presso l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, che ha osservato la percezione della figura dello psicologo nelle realtà sportive presenti sul territorio pugliese a vario livello: agonistiche, non agonistiche, federali, associative, ricreative, ecc. I risultati mostrano che gli psicologi che operano in ambito sportivo si occupano prevalentemente di gestione delle dinamiche organizzative e relazionali (Gestione dei processi

comunicativi-relazionali tra compagni di squadra, allenatori, genitori, società; affiancamento dello staff nella pianificazione di allenamenti e percorsi educativo-sportivi). Evidenziano inoltre che lo psicologo è in grado di operare in tali contesti declinando la propria specificità professionale sia a livello individuale che a livello organizzativo, dall'ottimizzazione delle performance dell'atleta alla facilitazione delle dinamiche interpersonali, passando dalla prevenzione primaria fino alla promozione del benessere.

PAROLE CHIAVE

Psicologia dello sport – Percezione del ruolo dello psicologo in ambito sportivo – Competenze psicologiche

INTRODUZIONE. PSICOLOGIA E SPORT

La prima importante premessa, nel parlare di psicologia e sport, è rappresentata dalla

Antonio Calamo Specchia

Psicologo psicoterapeuta, Consigliere Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e Coordinatore Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport

Emanuela Soleti

Psicologa psicoterapeuta, PhD, Consigliera Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e componente Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport

Ferdinando De Muro

Dottore in tecniche psicologiche, Consigliere Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e componente Tavolo tecnico per la Psicologia dello Sport

Anna Gasparre

Psicologa psicoterapeuta, Consigliera Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e componente Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport

Antonio Di Gioia

Psicologo psicoterapeuta, Presidente Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e componente Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport



convinzione che esse siano intrinsecamente legate e rappresentino il connubio perfetto per la crescita personale dell'individuo. Lo sport agisce in maniera determinante a favore del benessere psicologico e di un sano equilibrio mentale, affettivo e socio-relazionale e, pertanto, lo psicologo può dare il suo importante contributo nel consentirne la massima espressione dei valori intrinseci, declinati sul versante sociale, relazionale ed educativo.

Il movimento che si trova alla base dell'attività sportiva non rappresenta infatti solo una pura ripetizione motoria, ma, grazie al suo valore psicologico, consente all'individuo di relazionarsi con il proprio ambiente di vita, rapportarsi agli altri per soddisfare le proprie esigenze, accettare impulsi ed istinti esprimendoli in forma positiva e socialmente accettata. L'attività sportiva, così intesa, ha le potenzialità, per chi la pratica, di favorire l'inserimento in un gruppo, abituare alla convivenza ed alla tolleranza sociale, migliorare la gestione emotiva e spingere a rispettare l'altro, considerandolo non come un avversario, ma come un compagno con il quale confrontarsi, misurarsi e crescere.

L'accrescimento delle proprie performance, l'inserimento in un gruppo, la gestione delle emozioni, l'integrazione delle differenze sono temi che aprono in maniera naturale lo spazio dell'intervento psicologico e che, anzi, sottolineano quanto il connubio fra psicologia e sport sia intrinsecamente esistente.

Lo sviluppo della disciplina della psicologia dello sport ha subito un percorso lungo e articolato, che per certi versi non è ancora giunto a compimento.

Scrivono Nascimbene (2011): "La psicologia dello sport riceve la sua investitura ufficiale nel 1965, con la celebrazione a Roma del Primo Congresso Mondiale e Assemblea costitutiva della Società Internazionale di Psicologia dello Sport (ISSP International Society of Sport Psychology) [...] da quell'evento nacquero circa 70 Associazioni di Psicologia dello Sport in tutti e cinque i continenti (di cui una ventina in Europa)". Nell'anno

1969 nascerà la Federazione Europea di Psicologia dello Sport (FEPSAC Fédération Européenne de Psychologie des Sports et des Activités Corporelles), mentre nel 1974 verrà fondata l'AIPS Associazione Italiana di Psicologia dello Sport. Nel 1985 muove i primi passi quella che oggi è conosciuta come Associazione Americana per la Psicologia dello Sport Applicata (AASP *Association for Applied Sport Psychology*), mentre l'anno successivo, il 1986, è quello in cui circa 500 membri dell'American Psychological Association (APA) firmano una petizione per creare la Division 47 "Exercise and Sport Psychology". Proprio la Division 47 definisce la Psicologia dell'attività fisica e dello sport come *lo studio scientifico dei fattori psicologici associati alla partecipazione ed alla prestazione nello sport, l'esercizio fisico e altri tipo di attività fisica*; la definizione che ne dà la FEPSAC è invece *una disciplina che si occupa delle basi psicologiche, i processi e le conseguenze della regolazione psicologica di attività riguardanti lo sport di una o più persone, in qualità di soggetto/i dell'attività. Il focus di studio può essere sul comportamento o su diverse dimensioni psicologiche*.

Attualmente, a livello sociale e nella pratica della professione, "è ormai diffusa ed accettata la figura e la pratica dello psicologo dello sport legato al mondo agonistico. I numerosi casi di atleti di altissimo livello che si avvalgono di consulenze psicologiche hanno contribuito enormemente alla diffusione di una cultura psicologica legata alla prestazione in senso ampio – e nello specifico alla prestazione sportiva agonistica – ed alla comprensione dell'utilità della nostra professione. Resta però ancora sostanzialmente sommerso il mondo dello sport giovanile non agonistico, che si colloca a cavallo fra quello agonistico e lo spazio del tempo libero, popolato da migliaia di "ragazzi normali" che si avvicinano allo sport. In questo campo non sono centrali i temi dell'agonismo quali la prestazione o l'ottimizzazione dei risultati, ma risultano fondamentali piuttosto gli elementi del pieno e sano sviluppo della personalità, della appartenenza

funzionale e formativa ad un gruppo governato da regole, dell'espressione di sé in un contesto protetto, utilizzando pienamente la propria corporeità" (Calamo Specchia et al., 2014).

Progressivamente, va sottolineato come il mondo sommerso stia cominciando ad emergere e come questo consenta di assistere, oggi – al pari dell'allenamento fisico – all'introduzione dell'allenamento mentale in ambito agonistico, ovvero una serie di tecniche utili per aiutare l'atleta affinché: "percepisca le proprie modificazioni fisiche prima, durante e dopo una competizione; riconosca le proprie modalità di pensiero abituali rispetto a se stesso come atleta e al significato per lui rivestito da una competizione; riconosca le attivazioni emotive più frequenti correlate a una situazione di competizione sportiva; gestisca attivamente emozioni e pensieri correlati a una situazione di gara; sviluppi strategie di rilassamento, concentrazione e attenzione funzionali al miglioramento della performance sportiva" (Penati, 2015).

L'ampliamento dei confini applicativi della psicologia in ambito sportivo, ha condotto oggi a comprendere tanto l'area agonistica quanto quella non agonistica, quella dello sport educativo e dello sport per tutti, in una unica disciplina riconosciuta dalla comunità scientifica che si definisce "Psicologia dello sport e dell'esercizio fisico".

Jean Giraudoux, scrittore e commediografo francese vissuto nella prima metà del '900, affermava che "lo sport consiste nel delegare al corpo alcune delle più elevate virtù dell'animo", e che "il gusto per lo sport è un'epidemia di salute", sottolineando il valore dello sport nell'espressione di se stessi e la sua potenzialità intrinseca nel favorire l'emergere di competenze psicologiche e motorie, indissolubilmente collegate.

Psicologia e sport si incontrano sulla stessa strada che percorre un individuo nelle diverse fasi del suo sviluppo, dall'infanzia all'adolescenza, dalla giovinezza all'età adulta e senile,





alla ricerca di un incremento della qualità della vita, di un maggiore benessere fisico, relazione e psicologico o nel conseguimento di obiettivi agonistici o non agonistici mirati.

LO PSICOLOGO "DELLO SPORT": COMPETENZE SPECIFICHE

Una interessante panoramica sulla psicologia dello sport e dell'esercizio fisico è fornita da Lucidi, Giardina e Bortoli (2017) che chiariscono come essa sia "attualmente capace di integrare conoscenze e competenze che derivano da differenti ambiti delle scienze del comportamento e delle neuroscienze, nell'organizzazione di interventi organici e integrati per lo sviluppo delle risorse dell'atleta. Per avere un'idea dei diversi ambiti di ricerca e intervento degli psicologi nei contesti sportivi, si pensi, ad esempio, alle analisi, sempre più sofisticate, sulle basi psicofisiologiche del gesto motorio, ai modelli di analisi e intervento che poggiano sul sistema complesso di relazioni tra meccanismi percettivi, attentivi, di pianificazione e di decisione alla base dell'azione nei contesti sportivi. Si pensi al ruolo attribuito ai livelli di attivazione, o alle emozioni nell'influenzare la prestazione sportiva. Si considerino gli interventi motivazionali, quelli basati sul *goal setting*, quelli legati ai temi della *leadership* e della coesione di gruppo, si pensi al contributo della psicologia negli interventi di natura organizzativa e sistemica nel contesto in cui gli atleti operano alla ricerca di una prestazione sempre più elevata. Si considerino ancora gli interventi e le analisi psicologiche sulle situazioni critiche in cui assume centralità la funzione di tutela delle atlete e degli atleti, dagli infortuni ai disturbi che si associano tipicamente ad alcune discipline (ad esempio, quelli legati al comportamento alimentare o all'immagine corporea), dai temi del *cheating* e del doping a quelli delle fasi di transizione, interruzione o conclusione della carriera".

Le molteplici aree di intervento rendono necessaria una formazione specifica ed altrettanto necessaria una definizione chiara del ruolo e dei

requisiti professionali utili per operare in questo settore.

"Attualmente, in Italia, la qualifica di 'psicologo dello sport' non è regolamentata, ed anche l'offerta formativa specialistica è estremamente frammentata, variando dai Master privati a quelli Universitari ai corsi promossi da Enti ed Organizzazioni sportive. Nessuno dei suddetti percorsi formativi può però conferire il titolo di 'psicologo dello sport', perché – come detto – si tratta di un titolo ancora inesistente" (Calamo Specchia et al., 2014).

A questo proposito, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOPI), ha recentemente istituito un Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport, invitando rappresentanti del mondo accademico, professionale, sportivo e degli Ordini territoriali, con l'obiettivo di avviare una discussione utile a definire i criteri, il percorso formativo ed il curriculum professionale che possa certificare tale competenza specifica. L'obiettivo dichiarato è quello di giungere ad una condivisione chiara, a livello istituzionale, della specificità di tale figura, così da giungere proprio ad una promozione di un percorso abilitante per acquisirne il titolo riconosciuto.

Ad oggi, dunque, lo psicologo "dello sport" è uno psicologo, laureato in Psicologia ed iscritto al proprio Albo professionale, che ha competenze specifiche relative a molteplici aree: psicologia, esercizio, fisico, ricerca, misurazione, elaborazione e diffusione di dati, etica, comunicazione e relazione. Egli lavora in ambito sportivo agonistico e non agonistico, nell'ambito della disabilità, del benessere, della riabilitazione e della formazione. In particolar modo, si occupa di problemi inerenti l'attività sportiva quali: il blocco o il miglioramento della performance, il raggiungimento degli obiettivi, la gestione delle emozioni e il recupero post infortunio. Lo psicologo che lavora in ambito sportivo si interessa anche dei processi comunicativi e relazionali tra i compagni di squadra, allenatori e genitori, per facilitarne il flusso e, quindi, migliorare sia il clima interno sia l'esperienza sportiva personale,

collabora con lo staff nella pianificazione di allenamenti e di percorsi educativo-sportivi per renderli idonei, raggiungibili e stimolanti per ogni individuo, in modo da salvaguardare e migliorare le capacità cognitive, emotive e relazionali di ciascuno.

Infine, organizza sessioni di formazione, individuale o di gruppo, rivolte ad allenatori, atleti, genitori, insegnanti, riguardo concetti psicologici di base, per informare e sensibilizzare tutti verso il benessere psicologico sportivo. Egli è dunque attore e promotore delle sue competenze psicologiche, che "esporta" in un ambiente che tipicamente non le conosce (se non dal punto di vista del supporto altamente specialistico alle attività agonistiche, come detto) e all'interno del quale è chiamato a muoversi, ritagliandosi spesso uno spazio fra diverse figure che, a vario titolo, occupano lo spazio delle competenze tipiche dello psicologo.

COUNSELOR, COACH, MOTIVATORE

La mancanza di definizione del titolo di "psicologo dello sport", unita alla crescente richiesta di psicologia proveniente dal mondo sportivo, complice anche una rinnovata cultura dell'attenzione ai bisogni profondi ed alla prevenzione del disagio in tutte le sue forme, hanno consentito l'emergere di varie figure che – a vario titolo – si sono occupate di temi di natura psicologica in ambito sportivo. Le figure del *counselor*, del *coach* e del motivatore, con cui frequentemente le realtà sportive si trovano ad interagire, verranno di seguito analizzate nel dettaglio.

L'enciclopedia Treccani (2016) così definisce il *counseling*: "Nell'ambito sanitario, è un'attività relazionale, svolta da personale specializzato (*counselor*), finalizzata a orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità di persone momentaneamente in difficoltà. Il *counselor*, che può essere individuale o di gruppo, promuove atteggiamenti attivi verso soluzioni possibili di una problematica, aiuta a prendere decisioni e a migliorare le relazioni interpersonali. Scopo fondamentale è lo sviluppo dell'autonomia della

persona, che rimane sempre la protagonista del processo di *counseling*, e che viene messa nelle condizioni di attuare scelte dopo essere stata guidata a esaminare la situazione da diversi punti di vista. [...] L'attività può essere svolta in ambito privato, comunitario, lavorativo e socio-assistenziale.

Attualmente in Italia il *counseling* non è una professione regolamentata e dunque non esiste un iter formativo unitario e riconosciuto scientificamente; essa, per le sue caratteristiche, è piuttosto una attività che rientra fra le competenze tipiche dello psicologo, che è l'unico professionista in grado di riadattarle al contesto sportivo. Il *coaching* è genericamente definito come un percorso con i clienti che, attraverso un processo creativo, stimola la riflessione, ispirandoli a massimizzare il proprio potenziale personale e professionale.

Grazie all'attività del *coach*, i clienti (i cosiddetti *coachee*) sono in grado di apprendere ed elaborare le tecniche e le strategie di azione che permetteranno loro di migliorare la qualità della propria vita. Il *coaching* così inteso rappresenta un mezzo per raggiungere obiettivi personali, di team, manageriali e sportivi; può essere rivolto a imprenditori, manager, insegnanti, atleti (per tanto è stata creata una adeguata terminologia: *life coach*, *business coach*, *sport coach*, *mental coach*, ecc).

Anche il *coaching* non è una professione riconosciuta e la formazione è affidata ad enti del settore privato, spesso riuniti in libere associazioni. L'intervento è mirato sugli obiettivi in qualunque settore della vita e sulle strategie per raggiungerli. Non provenendo da un percorso formativo certificato (chiunque può definirsi "coach") ed escludendo la molteplicità di fattori che entrano in gioco quando intervengono difficoltà nel raggiungimento di un obiettivo (personali, familiari, legate all'ambiente), il *coach* non sembra in grado di poter effettuare un intervento altamente specialistico in merito agli obiettivi, che spesso portano ad occuparsi di motivazione.

Il termine motivazione deriva dal latino *motus*,



che indica il moto, movimento.

In ambito sportivo non è raro imbattersi nella figura del "motivatore". Provando a descrivere il suo intervento, esso potrebbe essere racchiuso nel tentativo di sostenere/incoraggiare, tramite il proprio atteggiamento, la propria presenza, i suoi stimoli, le sue parole, a far *muovere* un atleta perché il raggiungimento degli obiettivi prefissati sia possibile. Il suo intervento dunque sarà focalizzato sull'individuare le principali leve motivazionali (pensieri, immagini, rappresentazioni legate all'azione – o alla non azione – necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo) ed usarle strategicamente. Tale intervento, se svolto da un non professionista, rischia sicuramente di fallire se non di creare una confusione ancora maggiore (o un danno) ad una persona che – in un particolare momento della sua esistenza – sta sperimentando una difficoltà.

Concludendo, il *counseling*, il *coaching* e l'approccio motivazionale, più che professioni sono tutti "strumenti" dello psicologo, che li utilizza in base alla valutazione del caso. Lo psicologo è l'unica figura in grado di muoversi nella complessità multifattoriale dell'esperienza umana (compresa quella sportiva). Anche e soprattutto gli interventi più altamente specifici (gestione delle dinamiche di gruppo, aspetti motivazionali e dimensioni della personalità, *mental training*, *biofeedback*, ecc) richiedono un approccio alla persona che soltanto un professionista della salute – quale è lo psicologo – è in grado di dare in modo certificato, riconosciuto e garantito dagli organismi istituzionali.

LA CENTRALITÀ DELLO SPORT ED IL CONNUBIO FRA SPORT E BENESSERE PSICOLOGICO NELLE ISTITUZIONI

L'architettura mondiale istituzionale che sancisce, sollecita e attiva programmi per favorire l'incontro dei cittadini con l'esperienza sportiva, sia essa agonistica che non agonistica, nasce sicuramente con la Conferenza Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura, riunita a Parigi,

nella sua XX sessione, il 21 novembre 1978, la quale afferma, nell'art.1: "La pratica dell'Educazione Fisica e dello Sport è un diritto fondamentale per tutti" ed all'art. 1.2 "Ogni essere umano ha il diritto fondamentale di accedere all'educazione fisica e allo sport, che sono indispensabili allo sviluppo della personalità. Il diritto di sviluppare le proprie attitudini fisiche, intellettuali e morali, attraverso l'educazione fisica e lo sport deve essere garantito tanto nel quadro del sistema educativo, come negli altri aspetti della vita sociale".

Il Consiglio d'Europa, all'art. 2 della Carta Europea dello Sport (1992), definisce lo sport come "Qualsiasi forma di attività fisica che, attraverso una partecipazione organizzata o non organizzata, abbia come obiettivo l'espressione o il miglioramento della condizione fisica e psichica, lo sviluppo delle relazioni sociali e l'ottenimento di risultati in competizioni di tutti i livelli".

In Italia, il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nelle Linee guida per le attività di educazione fisica, motoria e sport nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, afferma: "È ormai unanimemente riconosciuto che lo sport è uno degli strumenti più efficaci per aiutare i giovani ad affrontare situazioni che ne favoriscano la crescita psicologica, emotiva, sociale, oltre che fisica. Lo sport, infatti, richiede alla persona di mettersi in gioco in modo totale e la stimola a trovare gli strumenti e le strategie per affrontare e superare le difficoltà".

Tali definizioni, che hanno nel corso del tempo trovato una loro collocazione specifica nei diversi Paesi che le hanno adottate declinandole in specifiche politiche per le comunità, pongono le basi sulla prima definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che già nel 1948 definiva la salute come "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia". L'impressione è che attraverso lo sport tale definizione possa trovare una sua espressione pienamente concreta, consentendo a numerosissime persone l'incontro con una pratica positiva, in grado di

produrre salute.

Lo sport si è definitivamente affermato quale strumento utile per superare le barriere sociali, mettere in evidenza le capacità delle persone con disabilità, consentire lo sviluppo di capacità di leadership, promuovere uno stile di vita sano, sostenere le persone nella realizzazione ed espressione di sé, lanciare – per queste sue caratteristiche – messaggi sociali di forte impatto.

Per tale ragione oggi sono pienamente diffuse le politiche – a livello europeo e nazionale – di promozione dello sport. Un'opportunità concreta per i cittadini ed altrettanto per gli psicologi, che trovano nel settore sportivo (per affinità relative alla *mission* ed alle finalità) una loro naturale collocazione professionale.

L'INDAGINE

L'indagine proposta rappresenta un punto di partenza, in uno scenario di sostanziale assenza di analisi sistematiche nel nostro territorio. Pertanto, essa ha cercato di rispondere a criteri di economicità e praticità, cercando al tempo stesso di indagare aree specifiche inerenti la conoscenza, confidenza, percezione che le realtà sportive pugliesi hanno della figura dello psicologo dello sport.

METODO

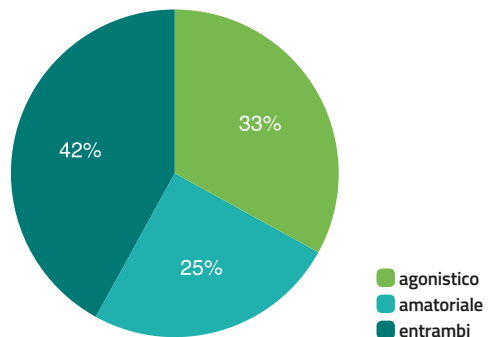
È stato strutturato un questionario composto da 5 domande chiuse, finalizzate ad indagare: l'ambito di attività delle associazioni sportive pugliesi, la conoscenza della figura professionale dello psicologo che lavora in ambito sportivo, la confidenza con lo stesso (aver avuto o meno esperienze di collaborazione), l'eventuale coinvolgimento di uno psicologo nelle attività associative e l'analisi sul suo operato (in quali settori nello specifico), la percezione sul suo apporto professionale nell'ambito sportivo ed il desiderio di avviare, proseguire o investire risorse in questa collaborazione. Il questionario è stato somministrato e compilato online.

È stato inviato al CONI Puglia, principale partner

per la diffusione e componente del Tavolo tecnico per la Psicologia dello Sport, che lo ha a sua volta trasmesso a tutte le associazioni/federazioni affiliate e reso visibile attraverso i propri siti istituzionali. Parimenti, l'Ordine lo ha trasmesso per la diffusione agli altri Enti partner regionali (Regione Puglia, Comune di Bari, UISP Unione Italiana Sport per tutti, CSI Centro Sportivo Italiano, CSEN Centro Sportivo Educativo Nazionale), ha promosso la sua compilazione con la pubblicazione dello stesso sul proprio sito istituzionale e sui social network.

Campione

La popolazione pugliese delle associazioni è composta da migliaia di associazioni che si occupano di sport. Il solo CONI Puglia riunisce 45 federazioni - più altre 15 discipline associate - per un totale di circa 3.300 società sportive. All'indagine hanno risposto 48 associazioni: 16 lavorano in ambito agonistico, 12 in ambito amatoriale, 20 in entrambi gli ambiti.



Il Questionario è stato strutturato come segue.

Questionario Psicologia dello Sport

Il presente questionario è parte di un'indagine messa in atto dal Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport dell'Ordine degli Psicologi di Puglia, volta a valutare la conoscenza e diffusione della figura dello Psicologo dello Sport presso associazioni e federazioni sportive della nostra Regione.



Da compilare a cura del Presidente della Federazione/Associazione

Nome Federazione/Associazione:

Ambito:

Agonistico Non agonistico Entrambi

1. È a conoscenza dell'esistenza della figura dello psicologo che opera in ambito sportivo, lo "Psicologo dello Sport"?

Sì No

2. Nella sua Federazione/Associazione opera uno Psicologo dello Sport?

Sì No

3. Se sì, di cosa si occupa?

Formazione (Informazione/sensibilizzazione verso il benessere psicologico sportivo)

Consulenza agli atleti (Lavoro sulla performance, nella gestione delle emozioni o nel recupero post infortunio)

Gestione delle dinamiche organizzative e relazionali (Gestione dei processi comunicativi-relazionali tra compagni di squadra, allenatori, genitori, società; affiancamento dello staff nella pianificazione di allenamenti e percorsi educativo-sportivi)

Disabilità (Opera nell'ambito della costruzione e della gestione dell'esperienza sportiva per persone con diverse abilità)

Altro (specificare):

4. Crede che possa essere utile per il lavoro che conduce la Sua Federazione/Associazione l'operato di uno Psicologo?

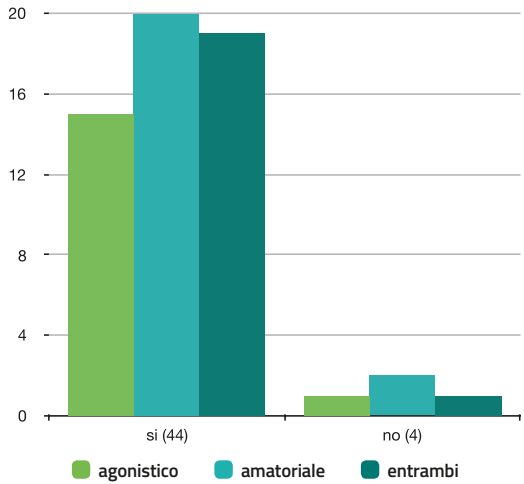
Sì No

5. Sarebbe interessato ad avviare una collaborazione con uno Psicologo?

Sì No

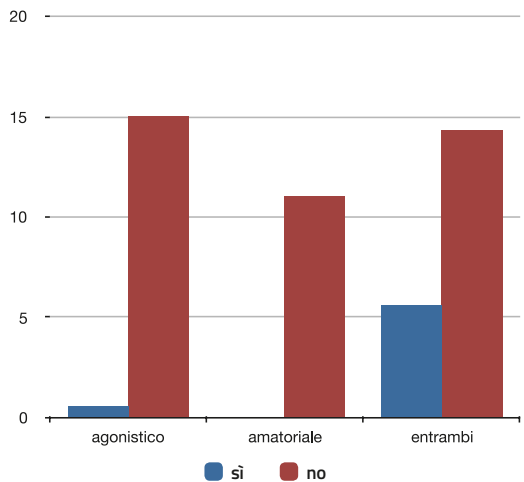
RISULTATI

44 associazioni conoscono l'attività dello psicologo che opera in ambito sportivo (15 agonistiche, 10 amatoriali, 13 entrambi i settori); 4 ignorano tale attività (1 agonistica, 2 amatoriali, 1 entrambe).



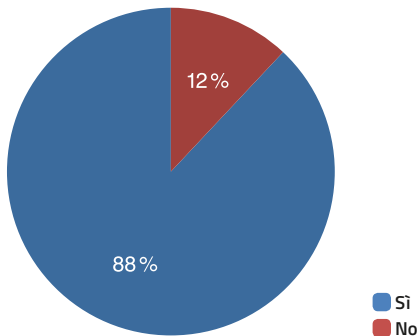
Conoscenza dello psicologo dello sport

7 associazioni delle rispondenti si avvalgono della collaborazione di uno psicologo (1 agonistica e 6 agonistico-amatoriale), le restanti 41 no.



Presenza dello psicologo dello sport

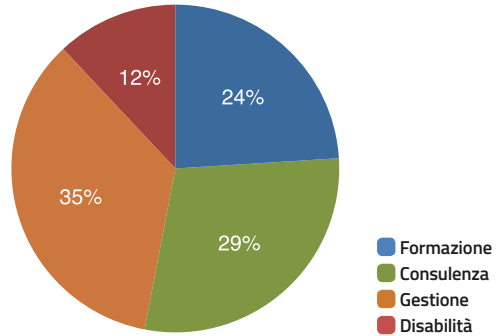
42 associazioni ritengono utile l'attività dello psicologo, 6 sono di opinione contraria; 35 fra le rispondenti dichiarano di essere disponibili ad avviare una collaborazione con uno psicologo (7 di esse dispongono già di uno psicologo).



utilità dello psicologo dello sport

Dall'indagine condotta si è potuto osservare che gli psicologi che operano in ambito sportivo si occupano prevalentemente di:

- Gestione delle dinamiche organizzative e relazionali (Gestione dei processi comunicativi-relazionali tra compagni di squadra, allenatori, genitori, società; affiancamento dello staff nella pianificazione di allenamenti e percorsi educativo-sportivi);
- Consulenza agli atleti (Lavoro sulla performance, nella gestione delle emozioni e nel recupero post infortunio);
- Formazione (Informazione e sensibilizzazione verso il benessere psicologico sportivo);
- Disabilità (Opera nell'ambito della costruzione e gestione dell'esperienza sportiva per persone con diverse abilità).



Servizi psicologi erogati

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE: IL LAVORO DEL TAVOLO TECNICO PER LA PSICOLOGIA DELLO SPORT DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA

Il Tavolo Tecnico per la Psicologia dello sport dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia nasce a metà del 2017 con l'obiettivo di promuovere sul territorio pugliese la figura dello psicologo dello sport. Questa *mission* si inserisce nel più ampio quadro progettuale promosso dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP), che a livello nazionale opera con le Istituzioni perché si possa giungere ad una definizione chiara della professionalità e della formazione dello psicologo dello sport. Anche in Puglia, ormai da tempo, il mondo della psicologia e quello dello sport hanno sperimentato una vicinanza ed un'affinità del tutto peculiari. Il tavolo propone un confronto costante fra rappresentanti accademici, rappresentanti politici, esponenti del mondo della professione psicologica e delle organizzazioni sportive a vari livelli; cerca di orientare il suo lavoro di promozione tanto agli addetti ai lavori quanto alla cittadinanza tutta. L'indagine condotta ha messo in luce diversi aspetti rilevanti, risorse e criticità rispetto alla situazione della Regione Puglia. L'osservazione di tali elementi permette di operare alcune riflessioni e porre delle domande, utili per articolare il lavoro futuro in favore di una sempre maggiore presenza ed efficacia dell'intervento psicologico in ambito sportivo.



- Si osserva innanzitutto il dato relativo alla scarsa risposta all'indagine conoscitiva. Rispetto al numero di realtà presenti sul territorio, il campione è da considerarsi estremamente basso. L'indagine ha previsto l'adesione di importanti istituzioni sportive, ma ciò non è bastato per raggiungere un livello elevato di rappresentatività del campione. È un indicatore di disinteresse? O è un problema circoscritto alla modalità di invio, avvenuto a mezzo email?
- Le associazioni che dispongono di uno psicologo al proprio interno, operano sia in ambito agonistico che amatoriale: lo psicologo in tali contesti opera declinando la propria specificità professionale sia a livello individuale che a livello organizzativo, dall'ottimizzazione delle performance dell'atleta alla facilitazione delle dinamiche interpersonali, passando dalla prevenzione primaria fino alla promozione del benessere. Viene confermata dunque la grande capacità di adattabilità e rimodulazione delle competenze psicologiche nei vari contesti di lavoro.
- Le associazioni riconoscono il potenziale della psicologia all'interno della propria organizzazione, e si dichiarano disponibili ad essere coinvolte in progetti in cui sport e psicologia siano promossi insieme.
- I professionisti psicologi dovrebbero riflettere sulle proprie competenze professionali, sugli atti tipici che caratterizzano la professione, che sono e devono essere proficuamente



impiegati in settori differenti dalla psicopatologia. Il benessere individuale e collettivo è uno degli obiettivi della nostra attività professionale e lo sport è uno degli ambiti in cui il nostro agire professionale trova la sua collocazione ottimale.

Lo scarto tra associazioni sportive che usufruiscono dei servizi di uno psicologo dello sport (n.7) e associazioni sportive che, pur ritenendo utile l'apporto dello psicologo dello sport non ne dispone al suo interno (n.28), apre a nuove domande di ricerca.

- In quale misura tale scarto è da attribuire ad una ridotta consapevolezza dei vantaggi che lo psicologo dello sport può apportare nella propria associazione?
- In che modo le realtà sportive del territorio soddisfano i bisogni psicosociali dei propri atleti?
- Quali criteri esse utilizzano per allocare le proprie risorse?

Le risposte a ciascun quesito possono dare un contributo nella direzione verso cui agire, per una politica dello sviluppo della professione. Tuttavia, appare centrale il tema dei criteri di scelta circa l'allocazione delle (solitamente scarse) risorse professionali psicologiche all'interno del mondo sportivo. Il che, conduce alla risoluzione di un fondamentale dilemma: l'apporto professionale di uno psicologo dello sport è percepito come un costo o un investimento?

L'investimento implica l'assunzione di una visione prospettica, che tende a valorizzare nel tempo i costi sopportati nel presente.

Per cogliere le opportunità fondamentali che lo psicologo dello sport può apportare, è necessario operare una politica che renda chiara la crucialità del suo apporto in termini di investimento, in grado di portare frutti nel tempo ed in maniera duratura.

Alla luce di tali considerazioni, il lavoro prossimo potrà sicuramente essere dedicato ad un maggiore coinvolgimento delle realtà sportive del territorio. A fronte di un forte bisogno ed interesse per i temi psicologici, si è riscontrata infatti una bassa partecipazione attiva alla ricerca, evidenziando così la necessità di far giungere alle realtà sportive con maggiore chiarezza un messaggio comunicativo inerente la figura dello psicologo, specificando quale sia il ruolo e la centralità della sua competenza, l'unica in grado di modularsi in base alle specifiche richieste del momento mantenendo intatta coerenza e rigore dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- Calamo Specchia, A., Laforgia, V. (2014). Psicologia al servizio dello sport giovanile non agonistico: il progetto "Sport di famiglia" presso il C.U.S. Bari, Psicopuglia – Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia n.14.
- Danish, S. J., Hale, B.D. (1981). Toward an understanding of the practice of sport psychology. *Journal of Sport Psychology*, 3, pp.90-99.
- Lucidi, F., Giardina, F., Bortoli, L. (2017). Psicologia dello sport e ruolo dello psicologo dello sport: documento unitario presentato alla 7ª Commissione del Senato della Repubblica, *GIPS Giornale Italiano di Psicologia dello Sport*, 25.
- Penati, V. (2015). Tecniche mentali per il potenziamento della prestazione sportiva, Edizioni Ferrari Sinibaldi, Milano.
- Silva, J.M. (2010). No one told you when to run: the past and the present is not the future of the sport psychology. Keynote presentation. Association for Applied Sport Psychology, Providence.
- Dizionario enciclopedico della salute e della medicina (2016). Casa Editrice Treccani, Roma.
- <http://www.psicologipuglia.it/progetti/r/tavolo-tecnico-per-la-psicologia-dello-sport/807.htm>
- <http://www.pugliasportiva.it/coni-in-puglia>



A PARTIRE DAI CONTRIBUTI DI **IMBASCIATI**

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA PSICOTERAPIA COME PROGRESSIVO **APPRENDIMENTO**

Maurilio Verdesca
Dottore in Psicologia

RIASSUNTO

Nonostante sia passato più di un secolo dalla nascita della psicoterapia psicoanalitica, i meccanismi alla base del suo funzionamento sono talvolta spiegati secondo concetti di stampo Freudiano e positivista (metapsicologico). Partendo dai contributi di A. Imbasciati si tenterà, ai confini tra cognitivismo e psicoanalisi, di rivedere alla luce dei riferimenti più attuali suddette assunzioni che sottendono la psicoterapia, intesa nel presente articolo, quale processo di progressivo apprendimento di funzioni via via più affinate e complesse.

PAROLE CHIAVE

Psicoanalisi; cognitivismo; psicoanalisi; psicoterapia; apprendimento;

INTRODUZIONE

I libri di Imbasciati (2005, 2013, 2016), colmi di

contributi cognitivisti e psicoanalitici, recano in calce un messaggio ben preciso: l'autore mira ad ammorbidire o ridimensionare - senza mezzi termini - l'importanza del *maestro* Sigmund Freud, non tanto a livello storico-epistemologico, quanto invece, a livello della validità del suo metodo clinico, ciò, sulla scorta delle più recenti scoperte provenienti dall'ambito cognitivista, neuroscientifico e psicoanalitico stesso.

Si ricorderà come, a cavallo fra Ottocento e Novecento, Freud (1901) scoprì che un numero regolare di incontri settimanali, incentrati sulla *talking-cure*, tendeva a migliorare la sintomatologia legata, soprattutto, alla nevrosi isterica.

Nell'ottica di Freud (ibidem) il miglioramento era dovuto al lavoro archeologico dello psicoanalista, tutto intento a interpretare i significati inconsci, cioè preclusi al pensiero cosciente.

Molti dei suoi colloqui erano tesi a indagare le

problematiche dei pazienti in un'ottica sessuale, non possiamo tuttavia non rammentare come il razionale di tali principi sia comprensibile se collocato nella sua epoca (cultura) di stampo vittoriano, nella quale tali temi risultavano, soprattutto per le donne (che costituivano la grande maggioranza della sua clientela) essere un tabù (Imbasciati, 2013; Eagle & Migone, 2012).

Così, per giustificare questi effettivi miglioramenti clinici, lo psicoanalista Viennese, avviò la costruzione della propria impalcatura teorica, postulando l'esistenza di due energie opposte, in contrapposizione conflittuale: la libido, una energia innata di tipo pulsionale, e una difesa, la rimozione, tesa talvolta ad arginarla (Freud, 2013); tale teoria, nonostante oramai sia evidentemente da rivedere, rimane secondo Imbasciati (2013; Bucci, 1999) ancora troppo attuale. In effetti, oggi, ci si concentra molto di più sulla regolazione emotiva negoziata tra analista e paziente: più che l'interpretazione e l'*insight*, a veicolare il cambiamento sarebbe proprio (l'interiorizzazione del)la relazione (Stern, 1998; Eagle & Migone, 2012); e non solo, ad intendersi in maniera essenzialmente differente è il concetto stesso di inconscio (Mitchell, 2002; Bucci, 1999). Su questa linea si pongono gli studi ad es. di Schore (2003), Beebe e Lachmann (2015) che individuano nel rapporto emozionale (non-verbale) tra madre e bambino, in particolare sulla sintonia delle loro interazioni, il positivo strutturarsi della mente del bambino o all'opposto il progressivo costituirsi della patologia. Insomma, tutto il filone inaugurato della Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1989) attribuisce alla qualità della relazione (primariamente quella madre-bambino) la relativa formazione delle future strutture mentali, le quali emergerebbero non tanto per natura quanto, invece, per *apprendimenti* interattivi di tipo implicito o procedurale (Imbasciati, 2005).

MEMORIA E APPRENDIMENTO IN PSICOTERAPIA

Gli apprendimenti sopraesposti (che si avviano già durante il periodo intrauterino) risultano codificati in memoria sotto forma di engrammi (Hebb,

2005). Tra essi i più importanti sono quelli che permettono la *memoria di funzioni*. Abbiamo, infatti, ricordi procedurali (e cioè che si *permano* nel loro stesso utilizzo pratico) legati ad es. a *come* percepire.

Non è affatto scontato per un infante organizzare miriadi di afferenze sensoriali differenti in un insieme Gestaltico dotato di senso e che abbia dei confini in grado di escludere il primo dal dopo, il dentro dai fuori e il me dal non-me. Non è raro, ad esempio, che un bambino intento a succhiare dal seno avverta casualmente un dolore alla pancia e che, per questo, attribuisca al seno la colpa di tale suo malessere (in gergo si dirà che il bambino proietta), fondendo erroneamente le afferenze rispettivamente estero e propriocettive (Imbasciati, 2005).

In questi termini, si spiegherebbe diversamente anche la questione Kleiniana (Klein, 1933) circa la *scissione* operata dal bambino sul seno buono e quello cattivo: semplicemente il bambino non sarebbe ancora in grado di riconoscere e integrare in modo coerente percezioni diverse in una unica rappresentazione. Non ci si deve stupire che prima ancora di riconoscere gli oggetti, nel bambino è mancante la capacità di stabilire il ruolo del soggetto nell'azione (se considerarsi agente attivo o passivo), ad es. nella sua mente colui che mangia è anche colui che è mangiato (Imbasciati, 2005; si rimanda anche a Blanco & Bria, 1981).

All'inizio è insomma l'allucinazione la modalità percettiva primaria del bambino. Quanto descritto è ciò che Imbasciati (1998, 2005) chiama memoria (meglio definibile meta-memoria) di funzioni, plasmata anche essa per apprendimenti veicolati dalle relazioni. Tali apprendimenti divengono sempre più complessi e affinati, come Damasio (2010) ed Edelman (1993) confermano sostenendo che il cervello cambi continuamente la sua struttura neurale e i suoi collegamenti di circuito. Va da sé che ogni esperienza si imprime in noi, venendo inevitabilmente appresa, così che ognuna di esse - nelle parole di Seung (2014) - altererebbe e muterebbe il nostro *connettoma*. Ogni nostro modo di funzionare è frutto



di apprendimenti ripetuti nel tempo (l'autore elabora in riferimento a ciò il concetto di *simbolopoiesi*, intendendo con esso una catena di significati interrelati), funzionali o disfunzionali o, se si preferisce, sani o patologici. Il cervello e la mente, volendo sintetizzare quanto fin qui riportato, si costruiscono grazie alle relazioni con gli altri significativi, sintetizzate in queste reti semanticamente affettive.

E poiché anche - e soprattutto - gli affetti sono frutto di progressivi apprendimenti verranno a formarsi, sin dai primi giorni del bambino, degli schemi viscerali in grado di sensibilizzarlo o meno a recepire e ad esprimere le proprie emozioni. In sostanza, è il cervello che produce la mente, questa ultima si baserebbe su apprendimenti stratificati che influenzano il ritmo e il modo di funzionare di ogni organo (si veda ad es. il concetto di sistema nervoso enterico), tramite il cosiddetto sistema polivagale (Porges, 2011). Quella descritta fin ora risulterebbe pertanto una memoria lontana da quella Freudiana di tipo esclusivamente simbolico, Imbasciati si riferirebbe infatti a una memoria di tipo implicito.

LA TEORIA DEL PROTOMENTALE

Imbasciati (1998) sistematizza il suo pensiero nella *teoria del protomentale*, assumendo che i processi primari, originari, siano alla base degli schemi emotivi, cognitivi e comportamentali tanto nel bambino quanto nell'adulto. È tutta qui che si pone la costruzione dei riconoscimenti percettivi e affettivi, sotto l'avvio di appurati e complessi processi di inclusione o esclusione, unione o differenziazione dei vari scenari parallelamente distribuiti, i quali, a seconda della propria priorità valoriale contingente, giungeranno o meno ad essere rappresentati nella più vasta mappa (Edelman, 1993) emergente comunemente chiamata coscienza. Tali attività vengono codificate sotto forma di funzioni significative stratificate, immagazzinate via via nel corso della memoria emotivo-implicita. Imbasciati insiste molto su questa forma di memoria procedurale: essa, contenendo tutti gli engrami, permetterebbe

via via di *apprendere dall'esperienza* (Bion, 2009). La memoria di funzioni è ciò che ci permette di cambiare, di variare a livello mentale e neuroviscerale, tramite meccanismi di plasticità cerebrale (Kandel, 2007). Quanto detto troverebbe riscontro nei moderni echi di *embodied cognition* (Gallese, Migone & Eagle, 2006). Più le funzioni si evolvono più si adeguano al reale, in tal senso Imbasciati si potrebbe considerare come un costruzionista moderato (Castiglioni & Corradini, 2011).

Ogni uomo ha dunque un cervello macromorfologicamente uguale: eredita lo stesso hardware, ma il software è - in termini informatici - di tipo proprietario e cioè venuto a costituirsi biograficamente ed esperienzialmente, similmente a quanto avviene per l'ecosistema macrobiotico intestinale (Mainardi, 2015) suscettibile tanto alla genetica quanto alle variabili ambientali. Come l'autore sostiene, la simbolopoiesi, in quanto natura dell'inconscio, è la struttura funzionale di elaborazione esperienziale di cui è dotato il singolo. Essa si presume sia il motore dell'intero sviluppo mentale e dell'intelletto stesso, il tutto avverrebbe, come già accennato, proprio per mezzo di una serie progressiva di apprendimenti.

LA PSICOTERAPIA COME APPRENDIMENTO: ALCUNE CONCLUSIONI

I primi apprendimenti, per questioni di spruning cerebrale, sono i più importanti e decisivi. Essendo gli affetti le prime funzioni e i primi significati ad essere costruiti, sostiene l'autore, saranno proprio essi ad essere le protostrutture gerarchiche di significato su cui le restanti, piano piano, si reggeranno (Siegel, 2011; Imbasciati, 2005). In questo senso, essendo la psicoterapia mirata alla ristrutturazione della mente - si chiede Imbasciati - potrebbe forse definirsi *psicopoiesi*?

Non c'è nessuna forza che si oppone ad un'altra allora, esistono solo apprendimenti emozionali più o meno integrati o disintegrati, più o meno basilari o sofisticati. L'esperienza stessa della analisi è un apprendimento e, come tale, dovrà pur modificare la struttura del cervello-mente

a livello epigenetico (Kandel, 2007). Non a caso Merciai e Cannella (2009, p.211) la definiscono come “una terapia biologica, o detto in altri termini, una particolare forma di apprendimento che si verifica nel contesto di una relazione terapeutica” e, a tal riguardo, J. Le Doux (2002, p.364) la descrive “essenzialmente come un processo di *apprendimento* per i pazienti, e in quanto tale, un modo di cambiare l’assetto delle connessioni cerebrali.”

BIBLIOGRAFIA

- Austin, J. L. (1987). *Come fare cose con le parole*, trad. it. Genova: Marietti.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (2015). *Le origini dell’attaccamento: infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bion, W. R. (2009). *Apprendere dall’esperienza*. Armando editore.
- Blanco, I. M., & Bria, P. (1981). *L’inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Giulio Einaudi.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Cortina, Milano.
- Bucci, W. (1999). *Psicoanalisi e scienza cognitiva: una teoria del codice multiplo*. Fioriti.
- Castiglioni, M., & Corradini, A. (2011). *Modelli epistemologici in psicologia. Dalla psicoanalisi al costruzionismo*. Nuova edizione. *Dimensioni della psicologia*, 1-231.
- Eagle, M. N., Migone, P. (2012). *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea: critica e integrazione*. Raffaello Cortina Editore.
- Edelman, G. M. (1993). *Sulla materia della mente (1992)*, trad. it. di S. Frediani, Adelphi, Milano, 19993, 127.
- Freud, S. (1901). *Frammento di un’analisi d’isteria (Caso clinico di Dora)*. *Opere di Sigmund Freud*, 4, 301-402.
- Freud, S. (2013). *Metapsicologia*. Bollati Boringhieri.
- Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. N. (2006). *Embodied simulation: Mirror neurons, neurophysiological bases of intersubjectivity, and some implications for psychoanalysis* *Psicoterapia E Scienze Umane*, 40(3), 543–580. Retrieved from http://www.openpsychodynamic.com/?page_id=32
- Hebb, D. O. (2005). *The organization of behavior: A neuropsychological theory*. Psychology Press.
- Imbasciati, A. (1998). *Nascita e costruzione della mente: la teoria del Protomentale*. Utenti pubblicità associati.
- Imbasciati, A. (2005). *Psicoanalisi e cognitivismo*. Armando Editore, Roma.
- Imbasciati, A. (2013). *Psicoanalisi senza teoria freudiana*, Edizioni Borla, Roma.
- Imbasciati, A. (2016). *Quindici brevi lezioni di psicologia*, Alpes, Roma.
- Kandel, D. (2007). *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina.
- Klein, M. (1933). *The early development of conscience in the child*. *Heirs to Freud: Essays in Freudian Psychology*, ed. HM Ruitenbeek, (New York: Grove Press, 1966), 253-269.
- LeDoux, J. (2002). *Il sé sinaptico: come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Raffaello Cortina.
- Mainardi, P. (2015). *Alla ricerca dell’Una (Medicina)*. Youcanprint.
- Merciai, S., Cannella, B. (2009). *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Cortina, Milano.
- Mitchell, S. (2002). *Il modello relazionale, dall’attaccamento all’intersoggettività*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano.
- Porges, S. (2014). *La teoria polivagale*. Fioriti, Roma.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Seung, S. (2014). *Connettoma. La nuova geografia della mente*, Codice, Torino.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale: neurobiologia dell’esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.
- Stern, D. (1998). *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The something more than interpretation*. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79(5), 903.



IL CAREGIVER BURDEN NELLA DEMENTIA DI ALZHEIMER

Mariagrazia Labarile

Esperta in Neuropsicologia Clinica
Psicoterapeuta in formazione
Cognitivo-Comportamentale

RIASSUNTO

Questo breve scritto si propone di evidenziare le conseguenze cognitive, emotive e somatiche dei caregiver che si prendono cura del proprio caro affetto da Demenza di Alzheimer. In particolare, sembra che siano i disturbi comportamentali ad avere maggiore impatto sui sintomi del burden rispetto alle sequele cognitive della demenza, ovvero dei più noti disturbi di memoria, orientamento e del linguaggio.

PAROLE CHIAVE

Demenza di Alzheimer, caregiver, caregiver burden, malattia neurodegenerativa.

SINTOMATOLOGIA DEMENZA

Il momento della diagnosi rappresenta sia per il paziente sia per la famiglia che lo circonda una circostanza particolare: mutano tutti gli equilibri e si apre una nuova fase della propria esistenza, piena di insidie, paure e di progetti da accantonare. In particolare, le famiglie dei pazienti affette da

malattie neurodegenerative, come ad esempio la malattia di Alzheimer, si trovano dinanzi a patologie con esordio insidioso, subdolo e con manifestazioni comportamentali, cognitive ed affettive eterogenee e instabili. Infatti, la sintomatologia associata alla demenza di Alzheimer è piuttosto cospicua e variegata: oltre al più noto disturbo di memoria, sono presenti anche disturbi dell'orientamento spazio-temporale, del linguaggio, come ad esempio l'anomia, ovvero la difficoltà nel reperire la parola appropriata durante una conversazione o nella denominazione di oggetti, disturbi aprassici, ossia l'incapacità di eseguire correttamente movimenti con gli arti e con le mani in maniera volontaria, ma anche difficoltà visuo-percettive, del ragionamento e disturbi dell'umore. Tuttavia la malattia di Alzheimer si caratterizza anche per la presenza dei disturbi del comportamento (BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia), anch'essi di forte impatto sulla qualità della vita del malato, ma anche e soprattutto, di chi se ne prende cura. All'interno di questa categoria ritroviamo deliri,

allucinazioni, irritabilità, aggressività e disinibizione sia motoria che verbale, disturbi del comportamento motorio, come l'affaccendamento afinalistico, ovvero la ripetizione continua di gesti e comportamenti senza uno scopo preciso, e il vagabondaggio, che si caratterizza per l'impellente necessità di camminare senza riuscire a fermarsi (Vallar & Pagano, 2011).

IL CAREGIVER BURDEN

Il caregiver è, per definizione, colui che si prende cura di un altro individuo che verte in uno stato di bisogno, fornendo assistenza e supporto con diversi livelli di intensità. Si distinguono due tipologie di caregiver: il caregiver informale, o primary caregiving, generalmente identificato in un familiare, e il caregiver formale, ovvero figure di cura come il medico e l'infermiere.

Essere il caregiver informale di un individuo con una malattia neurodegenerativa come la malattia di Alzheimer significa investire una parte sempre crescente del proprio tempo per il proprio caro a discapito di altre attività, ma anche il dover prendere parte a decisioni mediche e a farsi carico di responsabilità, preoccupazioni e tensione sempre più ingravescenti. L'intervallo di tempo intercorso dalla comparsa dei primi sintomi alla fase terminale della malattia è piuttosto lungo, complessivamente tra gli otto e i dieci anni. Pertanto, sia lo stress esperito dal caregiver che la partecipazione continuativa alla vita del proprio caro durano a lungo nel tempo, rendendo l'individuo più vulnerabile alla comparsa della sintomatologia stress-caregiving-correlata.

Il carico assistenziale del malato con demenza in Italia verte prevalentemente sulla famiglia, tendendo a privilegiare l'accudimento del proprio caro nelle mura domestiche sino a quando la sintomatologia del paziente e il livello di burden esperito dal caregiver non raggiungono livelli tali da impedire un'adeguata qualità della vita o la necessità di cure più rigorose dovute al mutamento del quadro clinico. In particolare, nel nostro paese, il caregiver è generalmente una donna che si fa carico della gestione della propria famiglia e dei figli, del proprio

caro con demenza, generalmente un genitore, lavorando e con tutto il carico emotivo e fisico che questa delicata situazione porta con sé.

La letteratura scientifica internazionale si è interrogata a lungo riguardo i possibili effetti della progressiva e prolungata condizione di caregiving: nel corso degli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi volti proprio ad indagare il caregiver burden, ovvero le ripercussioni psicofisiche e sociali che coinvolgono il familiare implicato in questo particolare percorso di assistenza. Poiché si tratta di una malattia cronica con un decorso lungo, il tempo dedicato al caregiving da parte del familiare aumenta progressivamente sino a divenire un impegno totalizzante: ciò impatta negativamente sulla vita familiare, sulle relazioni sociali -che si riducono progressivamente con il passare del tempo-, sulla qualità del lavoro e sulla salute psicofisica.

Un dato piuttosto critico, emerso proprio da tali studi, rivela che il caregiving predispone significativamente il familiare allo sviluppo di depressione, ansia, disturbi del sonno, in associazione a malattie cardiovascolari e all'aumentato rischio di mortalità (Seeher et al., 2013). Il progressivo peggioramento del funzionamento generale dell'individuo affetto da malattia di Alzheimer è considerato un fattore predittivo per lo sviluppo del caregiver burden (Razani et al., 2007).

Lo studio condotto nel 2016, presso il Tianjin Huanhu Hospital, mostra una correlazione tra il caregiver burden e la presenza dei disturbi del comportamento (BPSD) nel paziente con Alzheimer: in particolare, pare abbiano maggiore impatto sul caregiver le allucinazioni, i disturbi del comportamento motorio e l'apatia. Inoltre, anche la durata di tali manifestazioni sintomatologiche sembra essere correlata con la presenza di burden (Liu et al., 2016). Alcuni ricercatori giapponesi, a seguito di uno studio eseguito su 30 pazienti con demenza di Alzheimer e con i loro rispettivi caregiver, hanno osservato una forte correlazione tra il caregiver burden e la presenza di tre gruppi di *core symptoms*: i disturbi neuropsichiatrici, che includono i disturbi del comportamento (BPSD) e le alterazioni del tono dell'umore, la funzionalità dei lobi frontali, responsabili



di numerose funzioni cognitive quali, ad esempio, l'attenzione, il problem-solving, il monitoraggio e la memoria di lavoro, oltre che dei BPSD, e le attività strumentali della vita quotidiana (IADL), come, ad esempio, utilizzare correttamente il denaro, i mezzi pubblici o il telefono (Hashimoto et al., 2017). Inoltre, gli autori sottolineano che sia proprio l'alterata funzionalità delle regioni cerebrali frontali, e la relativa sintomatologia associata, a determinare maggiormente un peggioramento della qualità di vita del caregiver, oltre che del paziente. Oltre a ciò, i ricercatori suggeriscono che, la compresenza di ridotte capacità nelle IADL e dei disturbi neuropsichiatrici, favorisca l'isolamento sociale del caregiver dovuto all'aumentato tempo di accudimento. Studi precedenti avevano già suggerito quanto i disturbi del comportamento, associati ad un'alterazione anatomico-funzionale delle regioni cerebrali frontali, fossero in grado di influire sulla qualità di vita della diade caregiver-paziente in misura molto maggiore rispetto ai disturbi di memoria (Chen et al., 2010). Studi precedenti avevano già ipotizzato che fossero proprio i disturbi del comportamento ad essere il fattore che, più di tutti gli altri, promuoveva il caregiver burden (Donaldson et al., 1997).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I dati che emergono dalla letteratura suggeriscono che, nel complesso processo di trattamento della malattia di Alzheimer, particolare enfasi deve essere attribuita ai disturbi del comportamento, attualmente considerati come principale fattore responsabile del peggioramento della qualità della vita nella diade paziente-caregiver, oltre che in un'ottica preventiva.

Gli interventi di sensibilizzazione rispetto alla malattia di Alzheimer e al caregiver burden sono sempre più frequenti, così come la crescita del numero dei Centri Diurni e degli Alzheimer Caffè, che costituiscono un valido supporto alle famiglie nella gestione del proprio caro. Tuttavia, proprio a causa dell'enorme quota di individui affetti da demenza, tali interventi risultano ancora insufficienti. Particolarmente utili potrebbero rivelarsi gli interventi a

carattere psicoeducazionale, in quanto consentono di aumentare le conoscenze dei caregiver circa l'evoluzione del disturbo nel tempo e la sintomatologia, aiutando l'individuo a familiarizzare e ad accettare la malattia del proprio caro (Hashimoto et al., 2017). Si sono rivelati utili anche gli interventi di assistenza domiciliare al fine di rendere protesico l'ambiente domestico e di fornire supporto nella gestione dei disturbi comportamentali del paziente nella vita quotidiana. In ultimo, ma non importanza, si sottolinea l'importanza del supporto psicologico del familiare, aiutandolo ad affrontare questo lungo percorso di cambiamento che impatta prepotentemente nella sua vita.

BIBLIOGRAFIA

- Seeher K, Low LF, Reppermund S, Brodaty H. (2013). Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: a systematic literature review. *Alzheimers Dement*, 9: 346–355.
- Hashimoto A., Matsuoka K., Yasuno F., Takahashi M., Iida J., Jikumaru K., Kishimoto T., (2017). Frontal lobe function in elderly patients with Alzheimer's disease and caregiver burden. *Psychogeriatrics*, Japanese Psychogeriatric Society.
- Vallar G., Papagno C., (2011). *Manuale di neuropsicologia*. Il Mulino, 2 edizione.
- Chen HM, Hou SY, Yeh YC et al. Frontal function, disability and caregiver burden in elderly patients with major depressive disorder. *Kaohsiung J Med Sci* 2010; 26: 548–554.
- Liu S., Jin Y., Shi Z., Huo Y.R., Guan Y., Liu M., Liu S., Ji Y. (2016). The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, Lewy body dementia, and Alzheimer's disease: clinical experience in China. *Aging Ment Health*, 16:1–7.
- Razani J, Kakos B, Orieta-Barbalace C et al. Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1415–1420.
- Donaldson C, Tarrrier N, Burns A. The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 62–68.



L'URGENZA IN PSICOLOGIA CLINICA

Carmela Messa
Psicologa psicoterapeuta,
specializzata in Psicologia Clinica

RIASSUNTO

Lo psicologo clinico che lavora in ambito psichiatrico si trova spesso di fronte a situazioni di *urgenza*, che sicuramente richiedono sensibilità e prontezza particolari nella valutazione e nella pianificazione dell'intervento. Il presente lavoro propone una riflessione sul tema dell'urgenza psichiatrica e sulle possibili modalità di risposta ad essa. Inizialmente si cerca di definire il concetto di *urgenza*, intimamente associato a quelli di *emergenza* e *crisi*, e si descrivono i luoghi entro cui solitamente si accolgono le richieste urgenti e si cerca di proporre interventi ad esse adeguati. Quindi vengono individuati dei criteri generali di risposta all'urgenza, e si danno delle indicazioni per una comprensione –e una conseguente gestione– delle urgenze secondo un approccio psicodinamico.

PAROLE CHIAVE

Psicologia clinica, psichiatria, urgenza, crisi, valutazione, intervento psicologico, gestione della crisi.

INTRODUZIONE

L'area dell'urgenza in psichiatria e in psicologia

clinica ha assunto un rilievo sempre maggiore negli ultimi decenni, anche come conseguenza della riforma psichiatrica e dell'allargamento dei confini della psichiatria tradizionale. Ci sono delle controversie sulla possibilità di individuare un modello di psichiatria d'urgenza in qualche modo isolabile per le sue peculiarità nel contesto della clinica psichiatrica; c'è invece consenso sul riconoscimento dell'esistenza di momenti di urgenza nel dispiegarsi della sofferenza psichica, che sicuramente richiedono un'attenzione particolare nella valutazione e nell'organizzazione dell'intervento.

È importante che questi momenti così delicati trovino un adeguato accoglimento, per contenere opportunamente l'angoscia del paziente e dei familiari che stanno vivendo questa fase così difficile, restituendo loro i significati di ciò che sta accadendo e l'idea che qualcosa è possibile fare e che lo si sta già facendo. Perché ciò si verifichi, è necessario innanzitutto che all'urgenza siano riconosciuti uno spazio e un tempo di trattamento adeguati, che tengano conto della peculiarità di questa fase dell'intervento rispetto ad altri momenti della cura psichiatrica e psicoterapica.



DEFINIZIONI

Definire cosa si intenda per *urgenza* in psichiatria non è affatto un compito facile, la letteratura sull'argomento è ricchissima di definizioni, spesso eterogenee se non addirittura contrastanti tra loro (Asioli, 1993; Grassi, 1993; Casacchia, 1990). Inoltre, il concetto di urgenza è imprescindibile da quelli di *emergenza* e di *crisi*; talvolta questi termini vengono sovrapposti o utilizzati come sinonimi (Grassi, 1993; Mezzich e Zimmer, 1990; Morrison, 1975), ma attualmente si tende a definirli separatamente rilevando le peculiarità di ciascun concetto, non dimenticando come nella pratica quotidiana essi vanno a delineare situazioni e condizioni di solito variamente intrecciate tra di loro.

Per Cuzzolaro (1982), l'*urgenza* in psichiatria è definibile come "una situazione *acuta* e *grave* che richiede un *intervento terapeutico immediato*". Anche secondo Ferrari et al. (1995), il termine "urgenza psichiatrica" deve riferirsi a quelle situazioni in cui è necessario "un *intervento subitaneo* per ricondurre il paziente ad una condizione di *maggiore gestibilità*"; gli autori definiscono "urgente" quella "situazione psicopatologica in cui è necessario *prendere una decisione* adottando un *intervento terapeutico rapido*". Pavan (2006) si riferisce al concetto di "urgenza psichiatrica" intendendo "una sofferenza psichica *acuta*, espressa con sintomi psicopatologici tali da richiedere un *intervento rapido*, contenitivo, diagnostico e terapeutico *nel minor tempo possibile*". Colombo (2005), definisce in maniera completa l'*urgenza* psichiatrica come "situazione *acuta* e *grave* in cui la sofferenza psichica del soggetto o un suo comportamento, legati a una qualche psicopatologia, richiedono un *intervento psichiatrico immediato* per il grado di sofferenza o per i rischi che tale stato comporta alla persona stessa (per la sua tutela somatica, professionale, relazionale, sociale o patrimoniale) o agli altri".

Le definizioni riportate hanno in comune il riferimento alla *gravità* con cui si presenta la situazione definibile come "urgente" e all'*insorgenza acuta* della sintomatologia. Ciò che si rende

necessario è un *intervento immediato e tempestivo* al fine di bloccare l'evoluzione del quadro clinico e riportare la situazione entro livelli di maggiore gestibilità. Tutto ciò ha a che fare con la *valutazione* da parte del clinico del carattere di urgenza delle situazioni che si presentano alla sua attenzione; tale valutazione, come sottolinea Casacchia (1990) deve tener conto non solo del quadro clinico in sé, ma anche di tutta una serie di altre variabili, associate per esempio al *luogo* in cui avviene l'incontro medico-paziente (ambulatorio, domicilio, ospedale), al ruolo svolto dai *familiari*, alla *tolleranza* da parte dell'ambiente sociale in cui si muove il paziente. In alcuni casi l'*urgenza* può essere individuata intuitivamente dal medico anche in una situazione di apparente tranquillità clinica. In ogni caso, è necessario l'intervento tempestivo. Grassi (1993) sostiene che ciò che deve essere repentino nella situazione urgente non è tanto l'intervento operativo, quanto il *processo decisionale*.

In ogni caso, è importante che il paziente e la sua famiglia avvertano la rassicurante sensazione che sia stata fornita una risposta; se la decisione viene procrastinata o rinviata ad altri, o se si lascia che intervengano ostacoli burocratici e formali, il paziente e la sua famiglia probabilmente percepiranno sensazioni di rifiuto o di abbandono, e ciò aumenterà il livello di tensione e di conflittualità e ridurrà la compliance alla cura (Colombo, 2005). Attualmente la distinzione tra urgenza ed emergenza si basa sulla caratterizzazione dell'*urgenza* in termini di tempestività diagnostica e di intervento, mentre l'*emergenza* appare più fortemente connotata da problematiche sociali (Grassi, 1993). Per Casacchia (1990), l'*emergenza* rappresenta una situazione in cui la richiesta viene fatta con urgenza, ma nella quale l'intervento può essere rimandato a tempi successivi, proprio perché nelle situazioni di emergenza l'elemento psicopatologico sarebbe in secondo piano rispetto alle problematiche psicosociali. Nella definizione di emergenza anche Colombo (2005) sottolinea che si parla di situazioni in cui non necessariamente si assiste ad uno scompenso acuto o al

peggioramento di un quadro clinico preesistente, quanto piuttosto ad una *rottura dell'equilibrio* tra il soggetto e il suo ambiente. Asioli (1993) sottolinea che in psichiatria la distinzione tra urgenza ed emergenza ha solo un valore accademico: di fronte ad un paziente psichiatrico, anche se è quasi sempre possibile distinguere dal punto di vista clinico fra una condizione di urgenza e di emergenza, il compito del clinico resta comunque quello di fornire *una risposta di aiuto immediata*. Semmai ciò che varia può essere il modo in cui strutturare l'intervento (Cuzzolaro, 1982).

Infine, la *crisi* e il suo trattamento occupano largo spazio nella letteratura psichiatrica degli ultimi decenni. Asioli (1993) sottolinea la confusione e le ambiguità della definizione del concetto di crisi, "usato da molti ma compreso probabilmente da pochi" (Ewing, 1978). Per Jaspers (1964) la crisi rappresenta "un momento in cui tutto subisce un cambiamento subitaneo, dal quale l'individuo esce trasformato, sia dando origine ad una nuova soluzione, sia andando verso la decadenza". Caplan (1961) ne sottolinea l'aspetto di impossibilità ad utilizzare i propri abituali metodi di risoluzione dei problemi di fronte ad un ostacolo percepito come insormontabile; anche Bellak e Small (1983) sottolineano l'intensità dell'ansia e della tensione che si ingenerano nel soggetto e che lo spingono verso la ricerca affannosa di una soluzione che sembra improcrastinabile. Ecco allora che la crisi si caratterizza come *urgenza*. Rossi (cit. in Bertin, 2005) definisce la crisi come "una situazione di acuta modificazione di uno stato di equilibrio o di compenso nell'individuo e/o nel suo sistema sociale" ed evidenzia proprio le caratteristiche d'urgenza con cui si manifesta la richiesta di intervento in tali situazioni, verosimilmente a causa dell'intollerabilità delle sensazioni di impotenza e di vicolo cieco che Pavan (1990) considera centrali nell'esperienza di crisi. Anche se la percezione soggettiva di una condizione di crisi è soggetta alle differenze individuali (Asioli, 1993), Cancrini e Onnis (1979) sottolineano che "in tutti i casi, e in tutte le accezioni", ciò che caratterizza la crisi "è in un certo senso ne costituisce l'essenza, è

quella indeterminatezza di esiti e quella molteplice potenzialità di sviluppi che ne fanno un *momento cruciale*". Gli stessi autori evidenziano il *duplice significato* che è possibile attribuire al concetto di crisi. *In termini negativi*, esso indica la disgregazione di un ordine preesistente (ibidem), un periodo di disequilibrio e disorganizzazione, in cui l'individuo è spoglio delle consuete difese e privo dell'abituale capacità di adattamento e di risoluzione dei problemi (Grassi, 1993); crisi come "rottura", come esperienza da interrompere al più presto per ripristinare la situazione di equilibrio precedente (Asioli, 1993). *In senso positivo*, la crisi può essere letta come l'espressione di una esigenza di crescita e di aspirazione ad un equilibrio più maturo (Cancrini e Onnis, 1979), alla "nuova soluzione" di cui parla Jaspers, come un segno di resistenza e lotta contro la malattia. Anche Minuchin (1976) sostiene che la crisi può essere letta come una "combinazione dell'elemento *pericolo* con l'elemento *possibilità*". In questi termini la crisi, come sostengono Cancrini e Onnis (1979), "non è *in se* nè salute nè malattia, non ha una fisionomia che sia data *a priori*. Il volto della crisi è quello che l'intervento psichiatrico le impone". Pertanto, a seconda che prevalga l'assunzione di uno dei due orientamenti, della crisi come rottura/malattia o come possibilità/maturazione, la proposta di intervento fatta al paziente sarà diversa (Asioli, 1993). Se si considera la crisi in termini negativi, come regressione e causa di disordine interiore ed esteriore, l'obiettivo dell'intervento sarà quello di riportare l'individuo alla condizione preesistente. Al contrario, se si ritiene che il momento di crisi rappresenti un segno della resistenza alla malattia, si insisterà sulle potenzialità positive di crescita insite nella situazione; si aiuterà il soggetto a riconoscere nei sintomi un tentativo di difesa e a partire da essi per arrivare a disvelare importanti potenzialità interiori e aspetti sconosciuti della propria personalità, facendo attenzione a proteggerlo dall'eccessivo carico di angoscia, impedendo che possa esserne travolto, aiutandolo a dare un senso costruttivo a ciò che nell'immediato appare solo come doloroso e disgregante.



CLASSIFICAZIONE DELLE URGENZE

Cuzzolaro (1982) distingue quattro tipologie di urgenza che possono presentarsi in contesto psichiatrico:

- a) *Urgenze miste*: comprendono i casi in cui si combinano sintomi somatici e psichici acuti. Esempi possono essere l'agitazione e l'angoscia che spesso accompagnano una crisi cardiaca, la psicosi post-partum o il panico pre o post-operatorio.
- b) *Urgenze pseudopsichiatriche*: si riferiscono a quelle patologie somatiche che si presentano solo (o prevalentemente) con l'aspetto di sintomatologia psichica acuta. L'autore riporta come esempio l'angoscia che può dominare il quadro clinico dell'infarto in un soggetto ansioso, i disturbi della coscienza in un soggetto diabetico, le crisi depressive da malattie neurologiche o endocrine. Viene da sé l'importanza che riveste la tempestività della diagnosi in queste situazioni, oltre alla considerazione di quanto sia fondamentale, di fronte a sintomi psichici acuti, andare sempre a valutare la possibilità di una causa organica sottostante.
- c) *Urgenze pseudosomatiche*: con questo termine l'autore fa riferimento ai disturbi psichici che si manifestano (e si nascondono) con sintomi somatici acuti che dominano il quadro clinico del paziente; può trattarsi di sintomi psicosomatici neurovegetativi, di somatizzazioni d'ansia o di veri e propri sintomi di conversione isterica. In questi casi è fondamentale che il medico riesca ad andare oltre il «lei non ha niente», comunicazione che aumenta le ansie e la confusione di questa tipologia di pazienti, aiutandoli a leggere i significati della patologia che loro portano come caratterizzante la loro esistenza e facendo gli opportuni invii.
- d) *Urgenze propriamente psichiatriche*: si riferiscono a quei casi in cui la patologia acuta è «francamente e propriamente psichiatrica». L'autore differenzia i quadri clinici a seconda che sia pre-

valente l'agitazione psicomotoria, lo stato depressivo o l'angoscia.

Casacchia e Sconci (1992) descrivono le «situazioni di pertinenza psichiatrica nelle quali è necessario dare una risposta adeguata, efficace e non dilazionabile a una richiesta di aiuto che non ammette ritardi»; essi propongono una classificazione in quattro gruppi:

- a) Patologie psichiatriche caratterizzate dalla *clamorosità* del quadro clinico (sia esso primario o secondario a una condizione organica) e dalla difficoltà ad entrare in contatto con il paziente e ad ottenerne la collaborazione, e per le quali è spesso necessario il ricovero.
- b) Situazioni caratterizzate da quadri d'*ansia acuta* che comportano una richiesta disperata di aiuto da parte del paziente e/o della sua famiglia, ma che generalmente si risolvono in un intervento o una adeguata prescrizione del clinico, senza che si renda necessaria l'ospedalizzazione.
- c) Situazioni di rischio suicidario, in cui l'urgenza non nasce da una richiesta diretta del paziente o dalla clamorosità dei sintomi, quanto dalla *sensazione di pericolo* che il clinico coglie nella valutazione del soggetto (per es. nelle fasi di remissione di un episodio psicotico).
- d) Emergenze psicosociali, in relazione alla rottura dell'equilibrio con l'ambiente sociale o lavorativo del soggetto. In questo gruppo gli autori considerano anche i disturbi dell'adattamento conseguenti a eventi significativi nella vita dell'individuo (separazioni, lutti, pensionamento, ecc.), in cui è fondamentale l'intervento preventivo per evitare che i sintomi «evolutivi» presenti si cristallizzino in una patologia grave.

Colombo (2005) suggerisce una distinzione delle urgenze di pertinenza psichiatrica a seconda del bisogno presente e del tipo di risposta che deve essere fornita:

- a) *Urgenze che necessitano di risposta psichiatrica*: sono quelle più chiaramente collegate ad un quadro psicopatologico (disturbi d'ansia, disturbi affettivi, disturbi psicotici, disturbi di personalità, ecc.), ma anche quelle situazioni di grave conflittualità (familiare, sociale) senza una specifica psicopatologia associata, le reazioni psichiche ad eventi traumatici e le crisi evolutive (per lutti, separazioni, ecc.). La risposta può essere farmacologica, psicologica o assistenziale (quando per es. si renda necessario un ricovero); nei casi in cui non sia presente un quadro psicopatologico conclamato, l'intervento precoce può evitare che la sintomatologia evolva verso una vera e propria sindrome psichiatrica.
- b) *Urgenze che necessitano di risposta somatica*: si tratta di quelle situazioni in cui l'intervento va effettuato prioritariamente sul corpo, che ricevono maggiori benefici da una terapia internistica e/o da un ricovero in reparto medico (per es. intossicazioni volontarie da farmaci, lesioni autoprovocate a scopo suicidario, urgenze somatiche associate a dipendenza da sostanze, estremo defedamento in pazienti anoressiche).
- c) *Urgenze che necessitano di risposta socio-ambientale e/o assistenziale*: in riferimento a quelle situazioni per le quali è necessario un intervento rapido ma rivolto ai bisogni della quotidianità (vitto, alloggio, assistenza domiciliare, ecc.). Spesso viene fatta una richiesta ai servizi psichiatrici perché è presente una sintomatologia di pertinenza psichiatrica (ansia, depressione, demenza) o perché si tratta di situazioni che coinvolgono pazienti già in carico presso tali servizi. È importante in questi casi la coordinazione con le altre strutture socio-assistenziali presenti nel territorio.
- d) *Urgenze che necessitano di risposta giudiziaria*: non competono, o non dovrebbero competere, ai servizi psichiatrici, ma spesso coinvolgono pazienti da essi seguiti (per es. comportamenti

antisociali in personalità psicopatiche o manifestazioni violente in pazienti con patologia psichiatrica grave).

Pavan (2006) distingue tra:

- a) Specifici disturbi psichiatrici in cui è frequente l'insorgenza di manifestazioni acute che necessitano di un intervento immediato (ansia acuta, stati depressivi o maniacali, esordi o riacutizzazioni psicotiche, stati confusionali, ecc.).
- b) Quadri psichiatrici correlati a patologie mediche o a dipendenza da sostanze.
- c) Stati di agitazione, come reazione ad eventi traumatici o come manifestazione di alcuni disturbi psichici.
- d) Comportamenti violenti associati a particolari quadri psicopatologici (disturbo esplosivo intermittente, disturbi di personalità antisociale e borderline, sadismo sessuale).
- e) Condizioni di "crisi emozionale", definite in termini di sofferenza acuta e soggettivamente importante in assenza di un quadro psicopatologico nosograficamente definito, in relazione a fasi di passaggio nella vita del soggetto o ad eventi di perdita.
- f) Situazioni di "emergenza sociale", caratterizzate da marcato disagio dell'individuo (mancanza di alloggio, emarginazione, ecc.) o da intolleranza da parte del suo ambiente.

I LUOGHI DELL'URGENZA

I luoghi entro cui lo psicologo clinico può incontrare il paziente in condizioni di urgenza sono essenzialmente tre: il Pronto Soccorso, il domicilio del paziente e il reparto psichiatrico ospedaliero (Spdc).

Il Pronto Soccorso

Asioli (1993) sostiene che il Pronto Soccorso rappresenta, in modo particolare nelle grandi città, la sede principale di gran parte degli interventi in condizioni di urgenza, perché è il luogo privilegiato in cui avviene la richiesta, da parte del paziente, dei familiari o delle Forze Pubbliche; l'autore fa notare come non sempre



c'è stata una riduzione in questo afflusso in seguito alla maggiore distribuzione dei servizi psichiatrici territoriali. Egli ritiene questa sede inidonea a garantire al paziente in situazione di urgenza psichiatrica un intervento efficace. Come nota anche Grassi (1993), il Pronto Soccorso è il luogo per eccellenza della fretta, dell'accavallarsi delle richieste, della rapidità delle decisioni, mentre l'urgenza psichiatrica richiede soprattutto che le sia dedicato *un tempo adeguato*. Inoltre il paziente si trova in una situazione che non conosce, è spaventato, può avere soggezione e temere il ricovero, e tutto ciò può contribuire a falsare l'immagine che presenta di sé; anche l'operatore è sicuramente condizionato dal fatto di trovarsi in ospedale, per cui la sua valutazione rischia di coartarsi e semplificarsi alla decisione se si debba ricoverare o meno, trascurando il vantaggio delle altre possibilità terapeutiche. Grassi sostiene che la consulenza psichiatrica urgente in Pronto Soccorso possa comunque rivelarsi efficace, nonostante la precarietà del luogo e della situazione, a patto che vengano rispettate alcune regole fondamentali: a) evitare che il paziente "scomodo" venga "scaricato" allo psichiatra: è importante definire le competenze e i ruoli di ciascuno degli operatori coinvolti e promuovere una discussione condivisa del caso; b) chiarire con il paziente che si sta conducendo un intervento psichiatrico; c) delineare l'importante lavoro di collegamento tra il paziente e i suoi familiari e i servizi psichiatrici e assistenziali del territorio (in questa fase può essere cruciale l'intervento dello psicologo clinico).

Il domicilio del paziente

La visita domiciliare è una modalità di intervento molto richiesta in situazioni di urgenza, quando sembra impossibile avvicinare il paziente in altri modi, costituendo il primo momento della presa in carico (Gozzetti e Cappellari, 1996). Ciononostante non sembra ci sia stato un adeguato approfondimento teorico e operativo

su tale tipologia di intervento; Correale et al. (1989) spiegano tale carenza di letteratura specifica con la difficoltà di identificare e definire in maniera esaustiva e dettagliata la vasta gamma di possibili situazioni che rientrano nella visita domiciliare. Grassi (1993) sostiene che la gestione domiciliare delle situazioni di urgenza rappresenti per gli operatori psichiatrici lo sforzo massimo e la fonte delle gratificazioni maggiori. L'autore evidenzia come la presenza dell'operatore a casa del paziente consenta di ottenere informazioni qualitativamente più ricche rispetto alla situazione ospedaliera o ambulatoriale, e anche di osservare come l'entrata in scena dell'operatore stesso modifichi il quadro e quali siano le risorse su cui si può far affidamento per promuovere un'evoluzione positiva della situazione. Anche quando si renda necessario un ricovero, il primo approccio domiciliare consente di avviare il lavoro fondamentale di informazione e negoziazione, che rende il paziente parte attiva nel progetto di cura. Asioli (1993) considera prioritaria la "scelta di affrontare ogni crisi laddove si sta verificando", sottolineando la grande quantità di informazioni che è possibile reperire intervenendo nel "teatro" entro cui si sta compiendo la crisi, che consente una migliore comprensione e restituzione dei significati del comportamento e della sofferenza del paziente. Secondo l'autore il vantaggio della visita domiciliare sta anche nella possibilità di intervenire non solo sul paziente, ma su di lui all'interno del suo ambiente e delle dinamiche familiari e sociali che in esso hanno luogo. Gozzetti e Cappellari (1996) sottolineano la necessità, anche in questo tipo di interventi, di porsi con un'ottica terapeutica e non di controllo, privilegiando sicuramente l'intervento nel "qui e ora", ma non trascurando l'elaborazione, anche se solo delineata, di un possibile piano di cura.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Come fanno notare De Martis e Vender (1996), la legge 180, nel momento stesso in cui prevede l'istituzione dei servizi psichiatrici di diagnosi e



cura, ne minimizza la funzione, proponendoli come luoghi da utilizzare solo in caso di impraticabilità di ogni altra presa in carico al di fuori dell'ospedale; addirittura, nelle zone d'Italia in cui l'impegno anti-istituzionale era molto intenso, si prevedeva il superamento dei servizi di diagnosi e cura a favore dell'istituzione di più idonei servizi territoriali. Secondo gli autori questo atteggiamento ha contribuito a frenare la riflessione sulle possibili funzioni a cui gli

Spdc possono assolvere, alimentando il circuito dell'assistenza ospedaliera privata. Grassi (1993) sostiene che negli anni, pur con il consolidamento della psichiatria di comunità, si è venuta chiaramente a delineare una fascia di situazioni che necessita della disponibilità di un adeguato luogo ospedaliero di cura; il problema è semmai quello di non utilizzare tout court il ricovero ospedaliero, ma di saperlo integrare in una presa in carico più globale. È possibile quindi riflettere



sugli aspetti complessi del lavoro in Spdc senza metterne in dubbio la legittimità e l'utilità, anzi proponendo approcci e modelli di intervento originali e in linea con le importanti acquisizioni della psichiatria negli ultimi anni. Secondo Grassi il ricovero in Spdc assolve sostanzialmente a tre funzioni: di *presa di decisione* e assunzione della responsabilità del caso da parte degli operatori psichiatrici, di *collegamento* tra il paziente e la sua famiglia con le agenzie sociali e sanitarie presenti nella loro realtà, e infine di *relazione terapeutica*. Il fine ultimo è la dimissibilità del paziente in tempi brevi affinché venga (ri)affidato ai servizi territoriali. Anche per Caverzasi e Vender (1984) l'obiettivo del ricovero consiste "nell'avviare una relazione potenzialmente terapeutica fra paziente e équipe curante, da prolungare nel rapporto con il servizio territoriale e nella realtà sociale". Riflettendo sulle peculiarità del ricovero in Spdc, Grassi (1993) sottolinea come, oltre a rappresentare una delle possibili soluzioni all'urgenza, esso stesso si caratterizzi come dominato dall'urgenza: le modalità in cui avviene l'ingresso, le continue e pressanti richieste, gli acting out del paziente e della famiglia; le stesse dimissioni rappresentano spesso la conseguenza di un'emergenza interna: può accadere che il paziente venga dimesso troppo presto a causa del sovraffollamento e della carenza di posti letto. Sembra che proprio la fretta di dimettere il paziente assuma un ruolo importante nel determinare il fenomeno del *revolving door*, cioè del precoce ritorno in reparto di un paziente dimesso da poco (Vender, 1987). È chiaro che il fatto che il ricovero psichiatrico si ponga come risposta a una situazione di urgenza non significa che tale situazione cessi al momento dell'ingresso del paziente in reparto (Grassi, 1993). Rispetto all'intervento domiciliare e ambulatoriale, gli obiettivi del ricovero ospedaliero in situazioni di urgenza sono sicuramente più chiaramente definiti e perseguibili (ibidem): alleviare la sofferenza del paziente, far rientrare le manifestazioni cliniche e comportamentali più eclatanti, ridurre

al minimo le possibili ripercussioni negative del nuovo inserimento sugli altri ricoverati. Assume però un'importanza rilevante *il modo* in cui questi obiettivi vengono raggiunti, che dipende dall'impostazione teorico-pratica degli operatori, dalla loro disponibilità, e ovviamente dalle risorse a disposizione (in termini per es. di rapporti posti letto per richiesta di ricovero e numero di operatori per affluenza di pazienti).

La gestione dell'urgenza nel territorio

Per Asioli (1993) "l'ospedale non ha alcuna caratteristica per il paziente psichiatrico che, dal punto di vista terapeutico, possa essere considerata peculiare o non riproducibile in contesti che, invece, offrono migliori caratteristiche per la terapia". L'autore fa riferimento alla possibilità che i pazienti psichiatrici, anche in situazioni di urgenza, trovino un'adeguata risposta in strutture protette non ospedaliere, che egli descrive come piccole comunità più simili alla famiglia, dove le risorse comunitarie (nel senso di interazioni del paziente con gli altri utenti e con gli operatori) vengano utilizzate come elemento terapeutico. Asioli è consapevole della scarsità in Italia di strutture di questo tipo (molto diffuse nei paesi di cultura anglosassone), e ritiene che la grande pressione che spesso si esercita nei confronti del ricovero in reparto psichiatrico derivi proprio dalla mancanza di forme di assistenza alternative a quella ospedaliera. Attualmente, rispetto al periodo in cui si colloca la riflessione di Asioli, si fa sicuramente maggiore ricorso alle strutture intermedie per la presa in carico dei pazienti psichiatrici, ma esse paiono comunque poco adatte e preparate a rispondere a situazioni di crisi acuta e di urgenza. Tuttavia, la richiesta all'ospedale o al Pronto Soccorso spesso non è immediata, semmai è conseguente ad un primo confronto con gli altri servizi territoriali, principalmente il Servizio di Igiene Mentale, che si occupano del paziente. Come evidenziano Gozzetti e Cappellari (1996), nel territorio gli spazi sono più fluidi, meno delineati, acquistano maggiore rilievo lo spazio mentale dell'operatore e del gruppo di

lavoro cui egli appartiene; questo consente di non cedere alla sensazione di impellenza, ma di riuscire a dedicare una riflessione più accurata alla situazione critica e a come essa si inserisce nella storia del paziente.

L'INTERVENTO NELLE SITUAZIONI DI URGENZA

Indicazioni generali nel trattamento delle urgenze

È utile a questo punto soffermarsi su alcune norme generali di comportamento che il clinico dovrebbe adottare di fronte alle situazioni di urgenza psichiatrica (Cuzzolaro, 1982; De Martis e Caverzasi, 1992; De Martis e Vender, 1996; Colombo, 2005):

1. Presentarsi chiaramente e senza ambiguità, definire da subito il ruolo che si ricopre e il proprio compito in quella circostanza.
2. Raccogliere un'anamnesi quanto più possibile accurata, anche se in tempi brevi.
3. Valutare la presenza di eventuali disturbi somatici.
4. Fondamentale è la *funzione di accogliamento*: è importante mantenere un atteggiamento di ascolto volto ad individuare il tipo di richiesta espressa, i bisogni sommersi, i significati individuali e collettivi sottesi alla situazione; in una parola, la *qualità dell'urgenza*. L'ascolto deve essere *plurifocale*, volto al disagio individuale, ma anche all'ambiente in cui trova espressione.
5. Cercare di stabilire un contatto con il paziente; può essere utile raccogliere una sua proposta (un sintomo fisico riportato, o anche una convinzione delirante) per poi spostare gradualmente il discorso su temi più attinenti alla realtà. Al paziente deve arrivare la sensazione che ci si occupa di lui con interesse e si cerca di aiutarlo a capire cosa sta accadendo. In questa fase è utile cercare di individuare l'evento che in qualche modo può aver scatenato la crisi, mentre è opportuno evitare interpretazioni o altri tipi di interventi psicoterapici specifici,

che il paziente non è in grado di tollerare né tantomeno di utilizzare.

6. Va sempre ricercata l'alleanza con i nuclei sani della personalità del paziente, per favorire una sua attiva partecipazione alla comprensione e alla risoluzione della crisi.
7. È utile anche fare da ponte tra il paziente e il suo ambiente, soprattutto quando la richiesta di intervento non è stata fatta direttamente dal paziente: in questi casi è importante riuscire da un lato a rispecchiare al paziente le sue emozioni, e dall'altro a metterle a confronto con le preoccupazioni e la tensione dei familiari o dell'ambiente circostante.
8. Gli interventi sull'urgenza devono essere possibilmente programmati pensando a spazi e tempi limitati: ciò consente una risposta rapida e quindi rassicurante, e allo stesso tempo scoraggia la dipendenza e la cronicizzazione.

La maggior parte degli autori ha proposto una serie di indicazioni in riferimento ad una visione globale della situazione di urgenza, che sottende l'idea di una *presa in carico* più ampia e continuativa. De Martis e Vender (1996), per esempio, evidenziano un paradosso insito nella risposta all'urgenza, di cui spesso non si è sufficientemente consapevoli: "quanto più si sono sviluppate le capacità di affrontare e guarire l'acuzie, tanto più si tende a perdere la capacità di *curare*, nel senso di prendersi carico, *nel tempo*, del paziente con la sua storia e le sue vicende". È quindi fondamentale la *storizzazione* della crisi, la sua collocazione nell'esistenza del paziente, oltre che la comprensione del significato che in quel momento assume per l'individuo e per il suo ambiente. De Martis e Caverzasi (1992) suggeriscono l'importanza di mantenere un atteggiamento critico e riflessivo, anche se di solito in tali situazioni si è chiamati a "rispondere subito", per evitare che l'urgenza



della richiesta generi a sua volta *un clima di emergenza* improntato all'azione anziché al pensiero. Già Hankoff (1965) metteva in guardia dai rischi di ciò che definiva efficacemente "furore terapeutico", cioè la fretta di intervenire e di fare qualcosa. Asioli (1993) evidenzia che molti pazienti si sentono sopraffatti o addirittura minacciati se l'operatore cerca di coinvolgerli in una relazione troppo intensa o in un trattamento che appare precipitoso. L'autore mette in guardia soprattutto dai rischi di un intervento psicofarmacologico volto alla repentina rimozione dei sintomi: un'eccessiva sedazione, per esempio, impedisce il mantenimento di un livello di vigilanza e di motivazione adeguati ad un coinvolgimento attivo del paziente nella risoluzione della crisi. Indispensabile nell'intervento sull'urgenza psichiatrica è anche la *duttilità operativa*; secondo Asioli (ibidem), la commistione di aspetti clinici con problemi relazionali e sociali nelle situazioni di urgenza, rende inadeguata la specializzazione su un solo versante dell'intervento (solo farmacologico, o psicoterapico, o assistenziale), al contrario è utile la capacità di ricorrere in maniera flessibile a tutti gli strumenti –terapeutici e assistenziali– a disposizione del servizio in quel momento. Per il paziente in condizione di urgenza assume inoltre un'importanza fondamentale la dimensione della *continuità della presa in carico*. Secondo Grassi (1993), nel servizio pubblico l'obiettivo non è solo il superamento dell'urgenza, ma anche l'integrazione dell'intervento di urgenza con gli altri interventi in atto (se il paziente è già seguito dai servizi psichiatrici) o previsti. È compito quindi dell'operatore considerare non solo l'esito immediato delle cure, ma anche il loro effetto nel tempo; questo implica la necessità, quando per vari motivi non sarà lui stesso a occuparsi del paziente anche in futuro, di fare da tramite con gli altri operatori che si occuperanno del caso (come deve accadere, per es., tra Spdc e servizi territoriali). Il corretto passaggio di informazioni contribuisce a dare al paziente la percezione della continuità della cura e della possibilità di

riconoscersi in maniera costante nell'altro (gli operatori, appunto) anche durante la crisi, quando è massimo il suo senso di disgregazione (Gozzetti e Cappellari, 1996). Secondo Gozetti e Cappellari (ibidem), un nodo fondamentale nell'approccio terapeutico alla crisi è rappresentato proprio dalla capacità della "madre-équipe" di restituire al paziente (nel senso di rispecchiamento winnicottiano) un'immagine di sé più strutturata che favorisca progressivamente la funzione di *integrazione*.

Il lavoro di questi autori introduce un sguardo psicoanalitico sull'urgenza psichiatrica, che ritroviamo nello stile di intervento proposto da Rossi e collaboratori (Rossi et al., 1992; Berti e Rossi, 2007).

Approccio psicoanalitico all'urgenza psichiatrica

Secondo Rossi e collaboratori (Rossi et al., 1992), "è possibile, e forse indispensabile, introdurre la cultura psicoanalitica nel contesto della realtà psichiatrica, dell'urgenza, del pronto soccorso, del paziente portato dalla polizia, nei setting stravolti e nell'assenza totale di qualsiasi setting, e vedere o percepire la realtà psichiatrica in termini analitici, senza con ciò pretendere di applicare tecniche psicoanalitiche strutturate o di ricondurre a setting analitico ciò che è a questo irriducibile". Ho riportato per intero la citazione di questi autori perché, secondo me, in essa la proposta di uno stile di intervento analiticamente orientato anche nell'urgenza è realisticamente ancorata alla consapevolezza dell'impossibilità di utilizzare un approccio "puro", che si traduce nella ricerca di interessanti chiavi di lettura e suggerimenti operativi. In quest'ottica, il "cosa fare" e il "cosa dire" passano in secondo piano rispetto al *capire* (Berti e Rossi, 2007), alla necessità di ricostruire le vicende interne dell'individuo che ci troviamo di fronte, affinché egli non sia una diagnosi su un oggetto anonimo, ma "pur nello sconvolgimento di ogni prevedibilità, sempre un uomo con una storia" (ibidem). Gli autori evidenziano come il lavoro di storicizzazione, seppur rapido e inevitabilmente incompleto, della

vita del paziente, rappresenti un'operazione di stampo chiaramente psicoanalitico. Rossi e i suoi collaboratori (Rossi et al., 1992) ritengono che si possa costituire un *setting* in senso psicanalitico anche nelle situazioni di urgenza. Questo prevede innanzitutto la possibilità di avere a disposizione un ambiente dedicato esclusivamente a ricevere i casi urgenti; secondo gli autori, non è importante il luogo di ubicazione di tale ambiente (se in ospedale o nel territorio), ma il fatto che ci sia e che sia facilmente raggiungibile. Secondo la loro proposta, è utile che gli operatori siano due: ciò consente di attenuare l'impatto con il sistema scompensato (spesso non arriva solo il paziente), garantendo agli operatori stessi la possibilità di un appoggio reciproco. Se i due operatori sono di sesso opposto, ciò favorisce la riproduzione della situazione triangolare di base, in cui è possibile osservare le posizioni alternativamente assunte dal paziente o dal sistema in crisi verso l'uno o l'altro membro della coppia terapeutica-genitoriale. L'utilizzo di un approccio psicoanalitico nella gestione delle urgenze comporta il rifiuto del ricorso automatico alla somministrazione di farmaci o alla decisione del ricovero; una situazione giunta all'osservazione come urgente e non dilazionabile non esclude la possibilità di una riflessione sulle sue cause e sul suo significato. Anche quando si ritenga necessario l'utilizzo di farmaci o il ricovero del paziente, questi interventi vanno valutati nelle loro conseguenze dinamiche, e pensati come parte di un percorso *psicoterapico* più ampio (ibidem). È importante che un operatore che intenda agire "psicoterapeuticamente" in situazioni di urgenza segua un adeguato percorso di formazione, che preveda anche un lavoro focalizzato su di sé per imparare a usare se stesso "come elemento di relazione e di risonanza" (ibidem) della storia del paziente e a comprendere e riconoscere i propri bisogni e difficoltà per evitare che questi possano in qualche modo condizionare l'intervento, innescando per es. una risposta difensiva. Non è raro, infatti, che gli operatori sviluppino modalità difensive di intervento per meglio tollerare il peso

della relazione con il paziente psichiatrico, ancor di più in situazioni di urgenza, e che tali modalità diventino condivise nel servizio in cui si lavora (Grassi, 1993). Colombo (2005) ha individuato e descritto in maniera dettagliata il modo in cui alcune di queste reazioni difensive possono manifestarsi nell'intervento con l'urgenza:

- Reazioni di *negazione*: il problema e la sua gravità non vengono riconosciuti, e di conseguenza non adeguatamente affrontati.
- Reazioni di *espulsione*: l'operatore incapace di contenere gli aspetti angoscianti e disgreganti del paziente, può rifiutare la presa in carico e delegare l'intervento. Un esempio è dato dal medico di Pronto Soccorso che demanda totalmente al collega psichiatra l'intervento sul paziente psichiatrico giunto in urgenza.
- Reazioni di *distanziamento emotivo* dal paziente: si traducono spesso nell'adesione a protocolli di intervento standardizzati e impersonali, quasi ritualistici (vd. anche Menzies, 1973). Un altro esito della necessità di mantenere una distanza affettiva dal paziente può essere il ricorso quasi automatico a comportamenti terapeutici improntati alla tendenza ad agire (per es. esclusiva somministrazione di farmaci).
- Reazioni di *simbiosi* con il paziente: le parti malate-colpevoli del paziente, intollerabili, vengono proiettate sugli altri e sull'istituzione; possono manifestarsi atteggiamenti di critica e accusa alle strutture e al contesto familiare/sociale in cui si è sviluppata la vicenda individuale (De Martis e Caverzasi, 1992).
- Reazioni di *onnipotenza*: collegate a sentimenti di colpa, si traducono nella tendenza ad assumere il ruolo salvifico del genitore (Rossi et al., 1996) e a ricorrere a tutta una serie di interventi con l'obiettivo megalomaniacamente rappresentato di salvare il paziente.

Colombo (ibidem) ha inoltre sottolineato come



un atteggiamento di empatia e contenimento aiuti l'operatore a comprendere e contenere lo scompensamento del paziente e l'angoscia circolante, evitando il ricorso agli agiti difensivi; questa modalità di risposta emotiva è l'unica terapeutica, assimilabile in un certo senso alla funzione materna di "réverie" di cui parla Bion. Colombo fa notare che l'ospedale (e i servizi di crisi istituiti nel territorio, qualora essi siano presenti) spesso si trova a svolgere una funzione materna nell'accoglimento delle richieste più regressive (quelle mediate dal corpo, passività e richiesta di dipendenza, apparente improrogabilità della domanda), venendo a svolgere per il paziente una funzione di "pelle" momentanea, capace di frenare l'angoscia e di contenere la distruttività. La funzione che l'autore definisce "paterna" fa invece riferimento agli aspetti normativi, decisionali, superegoici; anche essa dovrebbe essere presente nella presa in carico del paziente, soprattutto in situazioni di urgenza, come una sorta di "terzo elemento" che metta ordine nella fusione-confusione, dando un nome agli eventi e agli affetti, storicizzando l'episodio e stabilendo dei limiti (anche attraverso una prescrizione farmacologica o un ricovero).

In un'ottica psicoanalitica alla gestione delle urgenze, diventa inoltre fondamentale l'attenzione alle risonanze emotive dei vari personaggi coinvolti (De Martis e Vender, 1996), il che significa anche un'attenta considerazione delle dinamiche transferali e controtransferali. Anche nell'intervento urgente è importante riuscire a cogliere "l'invito a recitare una parte" (Rossi et al., 1992) che proviene dal paziente; l'operatore si trasforma da "genericamente psichiatrico" a "specialisticamente psicoterapico" nel momento in cui riesce a cogliere l'elemento "teatrale" proiettato su di lui dal paziente e a restituirglielo chiarificato e decodificato (ibidem). Fondamentale è l'attento riconoscimento dei propri sentimenti contotransferali, per le importanti indicazioni

che da essi possiamo ricavare, ma anche per evitare che diano origine a controrisposte a "cortocircuito" (Rossi et al., 1992). Per questi motivi, in situazioni particolarmente confuse ed esasperanti come quelle d'urgenza, sono fondamentali il lavoro in équipe e la possibilità di una supervisione regolare su di esso (Asioli, 1993).

BIBLIOGRAFIA

- Asioli F. (1993). *Le emergenze in psichiatria*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Asioli F., Ballerini A., Berti Ceroni G. (1996). *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Bellak L. & Small L. (1983). *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Berti A. & Rossi R. (2007). *Urgenza psichiatrica*. In Giberti F. e Rossi R., 2007.
- Bertin I. (2005). *Crisi emotiva*. In Colombo G. (a cura di), 2005.
- Cancrini L. & Onnis L. (1979). "Revisione storico-critica del concetto di crisi". *Giornale Italiano di Psicologia*, vol.3, pp.407- 433.
- Caplan G. (1961). *An approach to community mental health*. Grune and Stratton, New York. Cit. in Pavan L., 1990.
- Casacchia M. (a cura di) (1992). *Urgenze in psichiatria*. Masson, Milano.
- Casacchia M. (1990). *La psichiatria d'urgenza*. In Cassano G.B., 1990.
- Casacchia M. & Sconci V. (1992). *Urgenza, emergenza e crisi in psichiatria*. In Casacchia M. (a cura di), 1992.
- Cassano G.B. (a cura di) (1990). *Psichiatria medica*. Utet, Torino.
- Cassano G.B. & Pancheri P. (Eds) (1999). *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Roma.
- Caverzasi E. & Vender S. (1984). "Riflessioni sul significato del ricovero presso il servizio di psichiatria". *Rivista sperimentale di freniatria*, 3, pp. 621-629. Cit. in Grassi G., 1993.
- Colombo G. (1999). *Psichiatria d'urgenza*. In Cassano G.B. e Pancheri P. (Eds), 1999.
- Colombo G. (2005). *L'urgenza in psichiatria*. In

- Colombo G. (a cura di), *Psicopatologia clinica*. Cleup, Padova.
- Colombo G., Miotti M.V., Pigato G. (1992). "Il Servizio Universitario di Psichiatria d'Urgenza di Padova". *Rivista europea di psichiatria*. Atti del Congresso Internazionale "Intervention models in Emergency Psychiatry", Torino.
 - Colombo G., Brunello F., Pigato G. (1995a). "Il Servizio di Psichiatria d'Urgenza di Padova: dati sui primi quattro anni di attività". *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. CXIX (5), pp. 859-874.
 - Colombo G., Brunello F., Bonifaci G. (1995b). "Il problema dei repeaters in psichiatria d'urgenza. Analisi sui dati del servizio di Padova". Abstract presentato al IV International Congress on Emergency Psychiatry: "Emergency Psychiatry: Why?". Torino, 18-21 ottobre 1995.
 - Correale A. et al. (1989). "Note sulla visita domiciliare". *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, vol. 7 n. 1, pp. 101-108.
 - Cuzzolaro M. (1982). *L'urgenza in psichiatria*. In Reda, G.C., *Trattato di Psichiatria*. Uses, ed. scientifiche, Firenze.
 - De Martis D. & Caverzasi E. (1992). *Il medico di fronte al paziente con emergenze psicologiche*. In Casacchia M. (a cura di), 1992.
 - De Martis D., Petrella F., Ambrosi P. (1987). *Fare e pensare in psichiatria*. Cit. in Grassi, 1993.
 - De Martis D. & Vender S. (1996). *Acuzie ed emergenza*. In Asioli F. et al., 1996.
 - Ewing C.P. (1978). *Crisis intervention as psychotherapy*. Oxford University Press, New York. Cit. In Asioli F., 1993.
 - Ferrari A.M., Iacovelli L., Caltagirone C. (1995). *Urgenze ed Emergenze nelle Strutture Comunitarie Psicosocioterapeutiche*. Pubblicato negli "Atti del IV Congresso Internazionale di Psichiatria d'Urgenza", Torino, 18-21 ottobre 1995 (disponibile su www.psychomedia.it).
 - Giberti F. & Rossi R. (2007). *Manuale di psichiatria*. VI edizione. Piccin, Padova.
 - Gozzetti G. & Cappellari L. (1996). *La gestione extraospedaliera dell'acuzie*. In Asioli F. et al. (a cura di), 1996.
 - Grassi G. (1993). *L'emergenza in psichiatria. Strategie e percorsi operativi nel servizio pubblico*. Franco Angeli, Milano.
 - Grigoletti L., Rossi A., Zulian G., Amaddeo F. (2007). *Registri psichiatrici e geografia della salute mentale*. In Tansella M. e De Girolamo G. (a cura di), 2007.
 - Hankoff L.D. (1965). *Emergency Psychiatric Treatment*. Thomas, Springfield. In Asioli F., 1993.
 - Jaspers K. (1964). *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma. Cit. In Pavan L., 1990.
 - Menzies I.E.P. (1973). "I sistemi sociali come difesa dall'ansia. Studio sul servizio infermieristico di un ospedale generale". *Psicoterapia e Scienze umane*, 1-2, pp. 39-56.
 - Mezzich J.E. & Zimmer B. (1990). *Emergency Psychiatry*. International Universities Press, Madison, Connecticut. Cit. in Grassi G., 1993.
 - Minuchin S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
 - Morrison G.C. (Ed.) (1975). *Emergencies in Child Psychiatry*. Springfield, Thomas. Cit. in Ferrari et al., 1995.
 - Pavan L. (1990). *L'intervento sulla crisi emotiva*, in Cassano G.B., 1990.
 - Pavan L. (2006). *Psichiatria d'urgenza*. In Pavan L. (a cura di), *Clinica psichiatrica*. Cleup, Padova.
 - Pietrantoni L. e Prati G. (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Il Mulino, Bologna.
 - Rossi R., Muzio M., Scarsi F.J. (1992). *Percezione psicoanalitica della crisi*. In Casacchia M. (a cura di), 1992.
 - Sbattella F. (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Franco Angeli, Milano.
 - Tansella M. & De Girolamo G. (a cura di) (2007). "Epidemiologia psichiatrica: nuove direzioni". *Nóo. Aggiornamenti in psichiatria*, vol. 13 (3), sett.-dic. 2007, pp. 127-210.
 - Thornicroft G. & Tansella M. (2000). *Manuale per la Riforma dei Servizi di Salute Mentale. Un Modello a Matrice*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
 - Vender S. (1987). *La nuova cronicità nel Servizio di Diagnosi e Cura: la "sindrome della porta girevole"*. In De Martis et al., 1987.



IL SOGNO IN PSICOANALISI DA FREUD AD OGGI

Chiara Teresa Colamorea

Psicologa, specializzanda presso
la Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Psicanalitica ARIRI

RIASSUNTO

Questo articolo si presenta come una rassegna dei principali contributi relativi all'uso del sogno nella pratica clinica. A partire dal quadro teorico del padre della psicoanalisi, Sigmund Freud, e dai suoi rapporti con l'allievo Jung che ne prenderà le distanze per elaborare una teoria differente, sino alle teorie più recenti, quali Fosshage e Blechner, l'autrice intende offrire una panoramica di come le differenti correnti teoriche, tra cui la psicologia dell'Io, la teoria delle relazioni oggettuali, la psicologia del Sé, Bion e i postbioniani, hanno descritto le caratteristiche e le funzioni del sogno oltre che il suo uso nella pratica clinica. Non mancano, infine, i riferimenti alla psicologia cognitiva ed alla psicoterapia cognitivo-comportamentale ed ai recenti contributi delle neuroscienze che si avvalgono delle moderne tecniche di neuroimaging per studiare la fisiologia del sonno e il funzionamento cerebrale durante il sogno.

PAROLE CHIAVE

Sogno, psicoanalisi, psicoterapia, interpretazione

ALLE ORIGINI DELLO STUDIO DEI SOGNI: IL CONTRIBUTO DI SIGMUND FREUD

Narra la leggenda che quando gli dei crearono la

razza umana discussero a lungo sul luogo in cui mettere tutte le risposte alla vita così costringere gli uomini a cercarle. Un dio propose: "Mettiamo le risposte in cima ad una montagna, non andranno mai a cercarle lassù." "No, - risposero gli altri - le troverebbero subito". Un altro dio, allora, propose di metterle al centro della terra e un altro ancora in fondo al mare, ma entrambe le proposte furono rifiutate perché gli uomini le avrebbero trovate subito. Cadde poi il silenzio. Poco dopo un altro dio parlò: "Potremmo mettere le risposte alla vita dentro di loro. Non andranno mai a cercarle laggiù." E così fecero.

La leggenda, raccontata da Von Franz (1990), la più nota allieva di Jung, ci introduce con toni poetici al tema del sogno, da sempre considerato un'esperienza misteriosa e foriera di preziose informazioni circa il mondo interno. I sogni sono notoriamente bizzarri, a volte incomprensibili, perché non seguono le regole del pensiero cosciente e, comunemente, vengono liquidati come semplici stranezze prive di significato.

È solo a partire dalla psicoanalisi e, in particolare, con Sigmund Freud, che sono diventati oggetto di attenzione e studio scientifico e sono stati considerati la via regia di accesso all'inconscio.

Dal punto di vista psicoanalitico, infatti, la salute psichica si basa su un equilibrio dinamico tra mondo interno e mondo esterno: nei sogni, così come nel gioco d'immaginazione, si verifica un vero e proprio sganciamento della realtà interna da quella esterna dal momento che le richieste di adattamento si attenuano ed emerge un quadro più chiaro dell'inconscio.

Freud (1895) in principio comincia a considerare l'attività onirica come una scarica dell'apparato psichico dovuta all'impossibilità per lo stimolo di percorrere la via motoria, dato lo stato di sonno, con la conseguente considerazione che la funzione primaria del sogno sia di garantire la continuazione del sonno. Successivamente introduce l'ipotesi che il sogno esprima l'appagamento di un desiderio: come i sintomi nevrotici e i deliri psicotici, egli ipotizza che anche i sogni siano solo apparentemente assurdi ed insensati, ma altresì portatori di un significato inconscio da svelare. Una simile intuizione giunge a Freud dal suo celebre sogno di Irma, della notte del 24 luglio 1895, la cui autoanalisi può essere considerata la prima applicazione della psicoanalisi alla decifrazione del significato del sogno e della sua articolazione in contenuto latente e manifesto. Nella teoria del padre della psicoanalisi, dunque, il sogno viene ad essere una formazione di compromesso derivante dal conflitto tra un desiderio inconscio di soddisfacimento e la censura operata dalla coscienza che deve renderlo irricognoscibile.

Se il *contenuto onirico manifesto* riguarda, quindi, tutti gli elementi che il sognatore al risveglio è in grado di ricordare del sogno, il *contenuto onirico latente* contiene, invece, tutte le parti alle quali si può accedere solo mediante l'interpretazione: i desideri inconsci, i residui diurni, il materiale pre-conscio, gli stimoli somatici e sensoriali. Il sogno non è altro che il prodotto di due forze contrapposte: da una parte la forza psichica del desiderio che preme per essere soddisfatto e dall'altra la censura che ne determina la deformazione. Freud precisa, inoltre, che quest'ultima è una funzione del sistema pre-conscio e del Super-Io necessaria per preservare la continuità del sonno. D'altra parte,

l'impulso inconscio si serve proprio del parziale rilassamento dell'istanza censoria, che avviene durante lo stato di sonno, per penetrare la coscienza e ottenere un appagamento.

Freud (1899) ha anche elencato i diversi metodi con i quali i pensieri inconsci vengono modificati per la formazione della scena onirica:

- *Condensazione*: elementi differenti vengono combinati o fusi in un'unica immagine. Tale meccanismo spiega perché dai pochi elementi di un sogno possa ricavarsi un contenuto latente estremamente ricco. Esiste, però, anche un meccanismo opposto, la *dispersione*, per cui un'unica rappresentazione può manifestarsi in più elementi del contenuto manifesto;
- *Rappresentazione o drammatizzazione*: è il meccanismo attraverso cui i pensieri inconsci latenti vengono rappresentati in una scena concreta, il dramma onirico. Le rappresentazioni di parola vengono riportate alle originali rappresentazioni di cosa e i pensieri sono trasformati in immagini. Le relazioni logiche intercorrenti tra i vari elementi del contenuto latente, invece, vengono completamente cancellate perché non sono suscettibili di rappresentazione concreta: il rapporto causa- effetto, l'alternativa o-o e la negazione non possono essere raffigurati e i pensieri contraddittori coesistono così normalmente nel sogno l'uno con l'altro;
- *Spostamento*: assomiglia al gioco di un prestigiatore dal momento che l'attenzione della censura è distratta da uno spostamento di accento, di modo che ciò che è importante passa per irrilevante nel contenuto manifesto e viceversa. Lo spostamento riguarda, quindi, la carica energetica degli investimenti delle rappresentazioni;
- *Simbolizzazione*: processo in base al quale alcuni temi biologici fondamentali quali la nascita, la morte, la maternità, la paternità, le relazioni tra fratelli e la sessualità vengono rappresentati nei sogni mediante simboli tendenzialmente universali che riflettono l'eredità psichica ar-



caica dell'uomo. Nel sogno, però, molti simboli vengono utilizzati in modalità specifiche da ciascun individuo, motivo per cui i significati inconsci possono essere pienamente compresi solo attraverso le successive associazioni fatte dal sognatore, mentre le interpretazioni arbitrarie hanno poco valore. La simbolizzazione è anche quel fenomeno che connette il sonno al sintomo e al linguaggio, secondo un rapporto di analogia: tutto il campo dei giochi di parole e delle metafore viene, quindi, posto al servizio del lavoro onirico.

Freud definisce, infine, l'ultima fase del lavoro onirico, derivante dall'utilizzo di uno o più dei suddetti meccanismi, *elaborazione secondaria* riferendosi al modo in cui, nell'atto di ricordare e raccontare il sogno, l'individuo ne rivede e modifica il contenuto per conferirgli maggiore coerenza e intelleggibilità. Per Freud, dunque, l'elaborazione secondaria rappresenta un ulteriore offuscamento del vero significato del sogno stesso tanto che, se si chiede al sognatore di ripetere il racconto del sogno una seconda volta, emergono elementi, spesso molto rilevanti, che sono stati completamente trascurati nel primo resoconto.

Nella teoria dei sogni elaborata dal padre della psicoanalisi, inoltre, vengono delineate anche le numerose e possibili fonti di un sogno, da cui l'apparato psichico può attingere:

- *Materiale recente e indifferente (residui diurni)*: si tratta di materiale del giorno prima che può fungere da stimolo al sogno o fornire semplicemente quella materia che serve per dare espressione al desiderio inconscio. I residui diurni sono fondamentali perché, a differenza dei desideri inconsci, essi riescono molto più agilmente a sfuggire alle limitazioni della censura.
- *Elementi infantili*: per Freud si tratta degli elementi più importanti perché direttamente connessi a un desiderio inconscio che ha origine nella vita infantile. In ogni sogno dovrebbe, quindi, essere rintracciabile un elemento che ha a che fare con un desiderio infantile rimosso;

- *Fonti somatiche*: Freud distingue tra stimoli sensoriali esterni (oggettivi) come i rumori, stimoli sensoriali interni (soggettivi) dovuti all'eccitamento degli organi di senso e stimoli corporei interni (organici) dovuti a stati di eccitamento o malattia degli organi interni;
- *Idee cosce o preconsce*: il desiderio conscio può suscitare un sogno solo se riesce a destare un desiderio affine inconscio con cui si rafforza.

Una volta costruita, dunque, la scena onirica bisogna interpretarla per svelarne il significato latente: questo è il compito che Freud affida al meccanismo delle *libere associazioni*, che costituisce la tecnica fondamentale per l'analisi dei sogni: tramite essa il sognatore esplora le proprie risposte agli elementi del sogno seguendo la regola fondamentale di non respingere alcun ricordo o idea per quanto banali, imbarazzanti o irrilevanti possano apparire. Si parte, dunque, dal racconto del sogno e si procede attraverso le associazioni e, soprattutto, il negativo: ovunque vi siano lacune nel sogno manifesto, la censura onirica ne è stata responsabile; anche il rifiuto del paziente ad una certa interpretazione o le resistenze ad essa possono essere indicative di un intervento della censura. Tuttavia, raccomanda prudenza durante il trattamento al fine di non comunicare la soluzione di un sintomo o la traduzione di un desiderio prima che il paziente non vi si trovi talmente vicino da dover fare soltanto un breve passo per impadronirsi egli stesso.

Freud è sempre rimasto fedele alla sua teoria originaria e, anzi, lamentava che non fosse tenuta nella dovuta considerazione dai suoi colleghi più giovani; nonostante tutto, però, ha riconosciuto anche un'importante eccezione alla sua ipotesi del sogno come appagamento di un desiderio nel fenomeno dei sogni post-traumatici. Chi ha subito un trauma, infatti, sogna ripetutamente l'evento terribile e doloroso senza che questo venga in alcun modo mascherato. Il trauma, in quanto esperienza spiacevole, è escluso dalla pensabilità ma non dalla necessità dell'apparato psichico di

scaricare tale eccitamento. Così i sogni traumatici sono indicativi di un funzionamento dell'apparato psichico non improntato al *principio di piacere* ma a quello della *coazione a ripetere*. Freud ha, dunque, spiegato i sogni post-traumatici come un tentativo di padroneggiare stimoli psichici che minacciano di travolgere l'organismo, un tentativo di scaricare un eccitamento eccessivo e impensabile per poterlo in qualche modo controllare.

Successivamente, numerosi altri autori hanno dato del sogno interpretazioni diverse e, talvolta anche alternative a quelle proposte da Freud.

TEORIE POSTFREUDIANE SUL LAVORO CON I SOGNI

Carl Gustav Jung fu il primo autore a dissentire dal suo maestro, sebbene le sue opinioni valgano più come un mutamento di accento che come una contrapposizione radicale.

L'anno 1909 fu decisivo per la rottura dei rapporti tra i due autori. In particolare, come riferisce lo stesso Jung (1993), pur considerando Freud una persona più esperta e matura e sentendosi quasi un suo figlio, accadde qualcosa che incrinò irrimediabilmente la loro amicizia. In quell'anno Freud riferì a Jung di un suo sogno che questi tentò di interpretare al meglio aggiungendo, però, che avrebbe potuto dire molto di più se avesse informazioni su alcuni particolari della sua vita privata che Freud gli negò per non compromettere la sua autorità. Fu quel momento che, a quanto riferisce Jung, segnò la fine della loro amicizia e il punto di distacco del pensiero dell'allievo dal suo maestro. A differenza di Freud, infatti, egli ritiene che il sogno esprime in maniera aperta e non clandestinamente il mondo interno del paziente e concentra, quindi, la sua attenzione sul contenuto manifesto. Per lui il sogno non ha una natura ingannatrice ma esprime qualcosa come meglio può; sorge dal principio di compensazione tramite il quale mira a ristabilire un equilibrio ripristinando le immagini e le emozioni che esprimono lo stato dell'inconscio. Al contrario di Freud, quindi, considera il sogno non come connesso all'appagamento di un desiderio, ma come una rappresentazione simbolica

della situazione attuale, vissuta a livello inconscio, e capace di contribuire al processo di individuazione e allo sviluppo del Sé, inteso come principio interiore di consapevolezza e maturità.

Il contributo più rilevante del suo pensiero, però, è l'ipotesi che i sogni si muovano sullo scenario dell'inconscio collettivo nel quale si trovano gli *archetipi* o *immagini primordiali*. Egli giunge a questa idea attraverso alcuni suoi sogni, tra i quali uno particolarmente rilevante che lo conduce proprio al concetto di *inconscio collettivo*. Nel sogno da lui raccontato una casa su più livelli era per Jung l'immagine della psiche con la conseguente intuizione dell'esistenza, nella psiche di ognuno, di un apriori collettivo: come il nostro corpo conserva in molti organi relitti di funzioni e condizioni arcaiche, così anche il nostro spirito, che pure apparentemente si è sviluppato liberandosi da quelle tendenze pulsionali arcaiche, porta ancora il marchio dell'evoluzione percorsa e, almeno nelle fantasie, le ripete sognando i suoi primordi. Nell'uomo il contatto con la natura è perduto e con esso è venuta meno quella profonda energia emotiva che tale contatto simbolico sprigionava. Questa perdita enorme è compensata solo dai simboli dei sogni: essi ci ripropongono la natura originaria dell'uomo, con i suoi istinti e il suo particolare pensiero. Sfortunatamente, però, esprimono i loro contenuti con un linguaggio che agli uomini risulta strano ed incomprendibile ed essi hanno difficoltà nel tradurlo nelle parole e nei concetti del linguaggio moderno. Gli *archetipi* sono, dunque, per Jung modi elementari di comportamento della psiche, tendenze istintive altrettanto marcate quanto lo è l'impulso degli uccelli a costruire il nido o quello delle formiche a dar vita a colonie organizzate. La loro origine è ignota e si riproducono in ogni tempo e in qualunque parte del mondo.

Molto interessante è, infine, anche la tecnica di interpretazione del sogno proposta da Jung. Se, infatti, dal suo predecessore le libere associazioni sono usate per rilevare il significato delle componenti del sogno e dei complessi inconsci, per Jung esse non condurranno alla comprensione del sogno in quanto tale. Egli rifiuta di attribuire



ai simboli un significato fisso perché il simbolismo per lui ha un carattere personale e può essere delucidato soltanto mediante le associazioni del paziente. Per stabilire il significato esatto è indispensabile la collaborazione del sognatore attraverso un metodo di amplificazione, una sorta di associazione circolare intorno alle varie componenti del sogno. In questo modo si approfondisce un'immagine onirica tramite associazioni intenzionali e paralleli tratti dalla storia dei simboli e del pensiero umano (mitologia, mistica, folclore, religione, etnologia, arte) grazie a cui è possibile interpretarne il significato.

L'interpretazione del sogno, infine, secondo Jung, può essere fatta con due diverse modalità:

- *A livello dell'oggetto (sintetica):* il contenuto può essere ridotto a "complessi mnestici" collegati a persone o situazioni obiettive e concrete, situate al di fuori del sognatore;
- *A livello del soggetto (analitica):* le immagini del sogno possono essere considerate come riflessi dei fattori psichici interni e della situazione psichica interna del sognatore. In questo caso le figure del sogno sono concepite come aspetti personificati della personalità di chi sogna.

Non si possono dare indicazioni precise sull'uso dell'uno o dell'altro metodo". L'unica regola, non assoluta, che Jung ha fornito è di interpretare oggettivamente le figure che, al momento del sogno, hanno un ruolo nella vita del sognatore e, invece, soggettivamente, le figure per lui non importanti. Come già precisato, *L'interpretazione dei sogni* contiene la prima descrizione esaustiva della teoria topografica della mente. Freud, però, non operò mai una revisione della propria teoria dei sogni sulla base del successivo modello strutturale. Verso la fine della sua vita, egli attribuì un ruolo sintetico di risoluzione del conflitto all'lo del sognatore, che si trova a dover conciliare le richieste dell'Es e del Super-lo in maniera per certi versi simile al modello junghiano.

Gli psicologi dell'lo hanno, poi, sviluppato, questo tema, conferendo un rilievo maggiore al contenuto

manifesto del sogno e asserendo che questo è una costruzione dell'lo basata sul tentativo di recuperare esperienze affettive rimosse. Erikson (1954), ad esempio, in un articolo ormai classico, ha analizzato nuovamente il sogno di Irma mostrando come il suo contenuto manifesto riveli un lo che lotta con tutti i suoi dubbi e conflitti che tormentavano Freud, soprattutto il suo desiderio di ottenere il riconoscimento del ruolo di leader. Il sogno di Irma è certamente, dal punto di vista di Erikson, un sogno che viene "dall'alto", stimolato cioè da conflitti attuali, piuttosto che "dal basso", fondato cioè su conflitti infantili, considerati anche i risultati delle ricerche storiche successive che suggeriscono come egli fosse angosciato riguardo al dubbio esito dell'operazione nasale che Fliess, al quale Freud di lì a poco avrebbe rinunciato come consigliere, aveva compiuto su Irma.

Un importante passo avanti nella comprensione psicoanalitica del sogno coincide, poi, con l'introduzione della nozione di *schermo del sogno* da parte di Kurt Lewin (1949) il quale ha proposto un modello non solo molto originale ma che si è rivelato anche clinicamente utile. Con l'avvento del cinema, infatti, fin dai primi decenni del secolo, erano state più volte notate le qualità cinematografiche del sogno, ma fu Lewin il primo a chiedersi quale potesse essere lo schermo sul quale il sogno veniva proiettato. Secondo la sua teoria, tale schermo è il seno materno, "appiattito" e invisibile: egli ha postulato che la memoria visiva del seno costituisce uno "schermo" su cui viene proiettato il contenuto del sogno. Per Lewin, dunque, lo schermo del sogno è generalmente oscurato dai diversi derivati del preconcio e dall'inconcio che si situano davanti o sopra di esso. Questi derivati, se si segue Freud, sono degli intrusi che ostacolano il sonno, perché minacciano di svegliarci, e sono questi che noi vediamo sotto forma di contenuti visivi del sogno. Lo schermo del sogno, dunque, diventa il rappresentante del nostro desiderio di dormire e i contenuti visivi rappresentano ciò che si oppone a questo desiderio, ciò che ci risveglia. Dunque, non solo il sogno è visto come un custode del sonno, ma anche come un movimento opposto ad esso,

un movimento di risveglio. Lewin aggiunge anche che l'esaudimento del desiderio di continuare il sonno sia raggiunto attraverso una regressione allo stato emotivo del neonato che dorme al seno della madre dopo aver bevuto a sazietà. La teoria dello schermo del sogno è supportata anche da numerosi esempi di sogni dei pazienti del suo autore e ha trovato conferme cliniche straordinariamente ampie.

L'intuizione di Lewin ha condotto i teorici delle relazioni oggettuali a rendersi conto che *il sogno è in sé un oggetto* e che il modo con cui il paziente si mette in relazione ad esso e mette in relazione i propri sogni tra loro è altrettanto significativo quanto il contenuto del sogno stesso. È stata proprio Melanie Klein a mettere in evidenza le relazioni (conflitti, scissioni, collaborazioni) intercorrenti tra le varie parti dell'Io che popolano il mondo interno. La teoria delle relazioni oggettuali ha cominciato, dunque, a dare importanza all'aspetto relazionale del sognare, sottolineando che il sogno mette in scena le fantasie inconscie del paziente rivissute nella relazione di transfert, ma questo passaggio teorico è avvenuto in maniera graduale. Da Klein a Fairbairn, Winnicott e Bion si viene progressivamente delineando un nuovo modo di approcciarsi al materiale onirico dopo Freud. La teoria delle relazioni oggettuali, infatti, è caratterizzata da uno sguardo rivolto indietro ed uno, invece, in avanti. Indietro c'è proprio Freud con la sua concezione del sogno come esaudimento mascherato di un desiderio proibito, rispetto al quale il teatro delle relazioni oggettuali è un enorme passo avanti. Sulla scena salgono ora personaggi diversi rappresentanti parti del Sé e degli oggetti che interagiscono, soprattutto secondo dinamiche aggressive e persecutorie, talvolta colpevoli e riparatorie. Nel sogno kleiniano abbiamo oggetti, pezzi di oggetti, frammenti corporei che interagiscono fra loro attraverso legami di odio e amore, regolati da difese arcaiche: scissione, negazione, proiezione, identificazione proiettiva. Il passo compiuto è significativo perché introduce nel sogno (così come nel gioco) una quantità di personaggi interni. Guardando in avanti, tuttavia,

la teoria delle relazioni oggettuali presenta anche alcuni punti di debolezza. Innanzitutto, la fantasia inconscia che è sottesa alle relazioni oggettuali si appoggia a qualità innate: aggressività e invidia primarie sono le sorgenti che eccitano la fantasia inconscia e trasfigurano gli oggetti al di là della loro realtà relazionale. Sotto questo versante, dunque, la teoria della Klein rimane una teoria pulsionale. Come tale, diventa superfluo stabilire quanto spetta al Sé, nel sogno, e quanto all'oggetto: questo è frutto di proiezioni ora dell'istinto di morte, ora di difese idealizzanti, è un gioco in buona parte narcisistico che si gioca all'interno della nebulosa del Sé.

In questa situazione teorica, Winnicott (1971) introduce importanti novità. Il suo oggetto interno si avvicina a quello di Fairbairn, l'oggetto reale che si trasforma in oggetto interno, screziato dalle qualità della relazione madre- bambino che porta con sé; ma, rispetto a questi, dà assoluta priorità alle vicende diadiche esterne dei primi mesi: holding, handling, presentazione del mondo a piccole dosi. Il contributo di Winnicott, dunque, colora l'approccio al sogno: esso diventa quel teatro transazionale in cui il Sé in formazione si rapporta all'oggetto soggettivo in evoluzione verso l'oggetto oggettivo. Sogno e gioco rappresentano quel mondo di mezzo dove le trasformazioni del Sé e dell'oggetto sono in corso e talora si cimentano in situazioni di prova, quasi per finta.

Tra le teorie postfreudiane che si sono occupate delle funzioni e delle caratteristiche del materiale onirico, non si può non annoverare anche il contributo della Psicologia del Sé che considera il sogno una sorta di rendiconto esistenziale- in continuità con la teoria junghiana del sogno come manifestazione del sé o dei sé interni- dotato di una funzione equilibratrice, fondata sul bisogno di conservare l'organizzazione dell'esperienza.

In particolare Heinz Kohut (1977) parla di "*sogni di stato del Sé*" il cui contenuto manifesto è l'espressione dello stato attuale del paziente. Per Kohut, infatti, ci sono sogni tipicamente conflittuali, che esprimono un contenuto latente da cui la coscienza si difende, e sogni che, invece, esprimono angosce



preverbalmente che non possono essere messe in parole. Questi ultimi vengono definiti *self-state dreams* perché indicano stati del sé di solito relativi a paure arcaiche di dissoluzione o intrusione: tali sogni, più che attraverso interpretazioni volte a svelare il contenuto inconscio, vanno significati ex novo assieme al paziente nel contesto di un movimento identificatorio empatico continuo dell'analista con lui. Solo così, grazie alla cornice emotiva costituita dalla relazione attuale con il paziente, l'analista può essere in grado di cogliere il senso del sogno. Kohut e altri autori della Psicologia del Sé sottolineano anche una diversa funzione dei sogni, non solo comunicativa di contenuti inconsci ma anche elaborativa di stati interni o con funzioni di problem solving, come se la mente inconscia continuasse, sulla base delle esperienze diurne e dei vissuti profondi, a cercare soluzioni a condizioni di tensione. Il sogno, quindi, non andrebbe decifrato dall'alto di una maggiore conoscenza dell'analista, quanto piuttosto compreso come una metafora della condizione interna del paziente, non sempre verbalizzabile né storicamente riferibile. Inoltre, andrebbe considerato nella sua globalità piuttosto che frammentato nelle molteplici associazioni del paziente sulle sue parti costituenti. Il suggerimento, dunque, è di cogliere la globalità dell'esperienza del Sé attraverso il sogno, piuttosto che aspetti più specifici di desideri, impulsi e difese. Tutto ciò comporta una generale rivalutazione del contenuto conscio del sogno, inteso come un tentativo del paziente di figurare la propria condizione interna e le sue tensioni relazionali: un discorso metaforico che va compreso nella relazione analitica più che decifrato secondo una dinamica lineare di causa ed effetto, di movimenti pulsionali inconsci che spingono verso la coscienza. Alcuni degli spunti teorici di Kohut troveranno un'articolazione molto interessante nella teoria proposta da Fosshage, che sarà trattata più avanti.

La riflessione sul sogno ha subito una svolta significativa con i contributi di Bion (1962, 1992) e dei postbioniani, che si sviluppano in senso trasversale sia alle teorie inglesi (oggettuali) che americane (psicologia del sé). Bion considera il sogno come

un tentativo di generare nuovi significati a partire dalla percezione di un'esperienza emotivo-pulsionale di base priva di significato. In questo senso, il sogno viene considerato come una forma particolare della funzione simbolica, una via verso il pensiero, cioè verso il processo secondario.

Per Bion (1962) le esperienze di base che si hanno durante il sonno sono di natura sensoriale-affettiva, i cosiddetti *elementi beta*. Affinché possano essere utilizzate per la produzione di un sogno devono essere trasformate, acquisendo alcune caratteristiche dei pensieri coscienti, attraverso un processo denominato *funzione alfa*. Solo una volta trasformati, gli elementi dell'esperienza percettivo-sensoriale primitiva potranno essere utilizzati per la costruzione dei pensieri onirici e dar luogo al sogno. Se la funzione alfa è alterata, deficitaria o sopraffatta dalla tensione emotiva, gli elementi beta resteranno immutati, con la conseguenza che gli affetti-sensazioni di base saranno avvertiti come esperienze concrete; l'individuo, in questi casi, non potrà sognare o farà sogni non simbolici costituiti da materiale grezzo (sogni evacuativi o di scarica).

Da questo contributo teorico deriva una conseguenza di grande rilievo: poiché la funzione alfa opera su tutte le impressioni sensoriali e su tutte le emozioni, l'esperienza del sonno e quella della veglia non differiscono: i pensieri "onirici" – o affetti-sensazioni primitive – vengono ad essere parte integrante della funzione pensante tipica dello stato di veglia. Viene così dissolta in un continuum l'opposizione tra pensiero diurno e notturno e il processo del "lavoro onirico" è incluso nello stato di veglia, a differenza di quanto accadeva nella teoria classica, in cui esso apparteneva all'inconscio e al sonno, regolato dai modi di funzionamento propri del processo primario. Bion postula così l'idea di un *flusso di incoscienza*, non nel senso di essere incosciente ma nel senso di non esserne consapevole: in realtà noi sogniamo durante tutto l'arco della giornata, ma non ne siamo sempre consapevoli. Solo una parte dei sogni notturni spicca come cime delle montagne in mezzo ad una giornata nuvolosa o come un iceberg nel mare ed è

rappresentata dai sogni che riusciamo a ricordare. Bion (1992), infine, sottolinea un'altra caratteristica del sogno: non è un fenomeno di una psiche isolata ma un evento che si presta ad essere narrato e condiviso con altri, un fenomeno relazionale che ci fornisce preziose informazioni anche sul tipo di transfert (o fantasia inconscia) del soggetto sugli altri. Seguendo questo approccio, di pari passo con la maggiore importanza che la teoria psicoanalitica progressivamente attribuisce alle reazioni controtransferali dell'analista per comprendere il mondo interno del paziente, si è ampliato e modificato il modo di lavorare coi sogni, passando dallo stimolare le associazioni dei pazienti su di essi, come aveva suggerito Freud, alla riflessione sulle associazioni che il sogno del paziente suscita nell'analista, in un continuo gioco di identificazioni proiettive e di "onirizzazione" dell'attività mentale del terapeuta in seduta, il quale cerca, soprattutto, di collaborare col paziente nella costruzione di significati più che svelargli verità celate nell'inconscio. Secondo quest'ottica, interpretare un sogno comporterebbe un'opera di ampliamento e non di riduzione, la costruzione di un senso nuovo e non lo svelamento di un "significato" preesistente, attraverso l'oscillazione del pensiero dell'analista tra investigazione razionale e rêverie. Con il termine *rêverie* Bion intende, innanzitutto, lo stato mentale della madre con il suo bambino in cui la madre è pervasa da ciò che immagina sia la vita interiore del figlio. Questo è lo strumento fondamentale attraverso il quale la madre accoglie e comprende le comunicazioni affettive del bambino, è in grado di contenere e modificare l'intensità della sua vita emotiva e di insegnare al piccolo a gestire con maggiore competenza stati emotivi molto intensi. La rêverie è, quindi, la capacità della madre di ricevere le impressioni emotive e sensoriali del bambino e di elaborarle in una forma che la psiche del neonato possa reintroiettare e assimilare. Bion ha importato questa idea anche all'interno della psicoanalisi in riferimento alla capacità dell'analista di stare in uno stato mentale, e anche fisico, in cui si è molto rilassati e si può permettere ai propri pensieri di fluire senza bloccarli,

senza spingerli, senza interromperli. Questo consente al terapeuta di prestare attenzione ai propri pensieri inconsci che arrivano un po' più vicini alla superficie e poterli usare nella relazione analitica con il paziente. Si è così passati dalla centralità data alla funzione interpretativa razionale dell'analista a un utilizzo delle sue reazioni empatiche e controtransferali al materiale presentato dal paziente: significa, quindi, lavorare sui sogni non solo "dall'esterno", svolgendo una funzione di decodifica razionale (che può di certo risultare utile in un secondo momento), quanto piuttosto "dall'interno" della relazione col paziente, costruendo con lui possibili scenari di senso dei suoi sogni anche sulla base di quanto accade nell'hic et nunc della seduta e della sua vita. Il lavoro sui sogni diventa quindi un lavoro interattivo in cui anche il clinico viene coinvolto profondamente; richiede, tuttavia, una certa solidità del funzionamento della relazione analitica, nonché la fiducia da parte del terapeuta nelle sue capacità di utilizzare il suo preconcio per cogliere le comunicazioni del paziente.

IL CONTRIBUTO DELLE NEUROSCIENZE: QUALE LEGAME POSSIBILE CON LA PSICOANALISI?

Nella psicoanalisi contemporanea si è verificato un progressivo spostamento dal focus originario della concezione freudiana sulla *funzione* del sogno come esaudimento del desiderio e sulla preminenza del significato latente del sogno verso una più ampia accentuazione del *significato* dei sogni, della continuità fra contenuto manifesto e latente e della partecipazione del sogno al complesso della relazione analitica. Un simile cambiamento è coerente con le attuali teorie neurofisiologiche del sogno. Da un punto di vista strettamente medico, quello che si conosce sul sonno è stato scoperto grazie ad esami basati sul monitoraggio delle onde cerebrali, sull'elettroencefalogramma che registra l'attività elettrica del cervello, sull'elettrooculografia che registra i movimenti oculari e sull'elettromiografia, che rileva i movimenti muscolari. Questi studi hanno evidenziato che il sonno non è uguale per tutta la sua durata ma è caratterizzato dalla presenza di due fasi principali,



la fase non-REM, o sonno ortodosso, lento e sincronizzato e la fase REM, o sonno paradossale, rapido e desincronizzato. La fase non-REM si suddivide in: *stadio 1 o fase di addormentamento*, che è uno stato crepuscolare, fra veglia e sonno leggero; *stadio 2 o sonno leggero* in cui la coscienza è sopita ed i muscoli si rilassano; *stadio 3 o sonno profondo*, in cui il sonno comincia a diventare più profondo; *stadio 4 o sonno profondo effettivo*, quando il nostro organismo si rigenera (le onde corrispondenti all'attività cerebrale di questo momento sono più lente e questa fase si caratterizza anche per allucinazioni da addormentamento). La fase REM, invece, è così chiamata perché in essa gli occhi si muovono con movimenti ritmici rapidi (rapid eye movements). Il termine "sonno paradossale" deriva proprio dal fatto che l'elevata attività cerebrale e i rapidi movimenti oculari che caratterizzano questa fase sono in contrasto con il generale rilassamento muscolare e con l'aumento del flusso sanguigno verso il cervello. Il tracciato encefalico

del sonno REM assomiglia molto a quello tipico della veglia e dà luogo al variare, in modo analogo, delle pulsazioni cardiache, del ritmo respiratorio e della pressione sanguigna. Questa fase del sonno contraddistingue l'avvio dei sogni, seguiti attentamente dal movimento degli occhi del sognatore. L'individuazione da parte di Aserinsky e Kleitman (1953) dei *Rapid Eye Movement* associati al sogno ha dato il via a un'ondata di ricerche. In particolare, una scoperta importante è stata che i REM risultano essenziali per la salute psichica dal momento che lo stato mentale dei soggetti che, ripetutamente risvegliati durante il sonno, vengono privati della fase REM si deteriora e assume caratteri di confusione mentale molto più rapidamente di coloro che vengono privati di sonno non-REM. Anche Dement (1977) ha dimostrato che la privazione della possibilità di sognare attraverso la privazione delle fasi REM del sonno può provocare l'insorgenza rapida di sintomi ansiosi, irritabilità, difficoltà di concentrazione, disturbi mnemonici e, se protratta



a lungo, anche sintomi psicotici come spunti di de-personalizzazione e ideazione paranoide. Tuttavia, sappiamo anche che il sonno REM non è sempre associato ai sogni e non tutti i sogni compaiono nel sonno REM. Se, infatti, fino a metà del secolo scorso si riteneva che i sogni si verificassero unicamente durante la fase REM, recentemente diversi studi hanno dimostrato che anche altre fasi del riposo notturno ospitano i sogni; le persone fanno probabilmente cinque o sei sogni a notte, forse anche di più, nonostante al mattino riescano a ricordarne solo uno o due, talvolta nessuno. Il sogno, dunque, sembra essere una risposta all'attivazione durante il sonno, di cui la fase REM è la fonte più comune, ma non l'unica (i sogni si verificano anche in risposta a stimoli esterni come il suono di una sveglia o durante crisi notturne), e dunque l'idea di Freud che il sogno sia un tentativo di continuare a dormire a fronte di un'attivazione mantiene una sua plausibilità. Inoltre, grazie ai lavori sul processo onirico effettuati da Solms e Kaplan (2000) oggi sappiamo che il sonno REM e l'attività onirica appartengono a differenti strutture anatomiche e che i meccanismi fondamentali del sognare non sono regolati dalle strutture cerebrali profonde del tronco encefalico, le quali invece regolano i meccanismi fisiologici del sonno REM, ma da aree del cervello anteriore ed in particolare della parte inferiore dei lobi parietali e di quella medio-basale dei lobi frontali. Le strutture anatomiche del cervello anteriore interessate al fenomeno della costruzione del sogno sono le stesse impegnate nelle funzioni delle emozioni e della memoria (il sistema limbico, comprese le componenti limbiche delle aree frontali e temporali, cioè la giunzione occipito-temporo-parietale, e il sistema delle aree visive).

Attualmente il paradigma dominante e più rilevante nel panorama della ricerca neurofisiologica sul sogno è l'*ipotesi attivazione-sintesi* di Hobson (1998). Freud assumeva che lo scopo ultimo dell'attività mentale fosse la scarica di energia psicofisiologica accumulata e il ritorno a un precedente stato di quiescenza. Sembra oggi più probabile, invece, che il principale scopo del sogno sia di tipo *informativo* piuttosto che energetico e consista

nell'ordinamento e nell'immagazzinamento delle informazioni accumulate, così che esse siano disponibili durante la veglia e possano favorire l'adattamento alla realtà esterna. Hobson ha sostenuto che, se la stimolazione esterna è bloccata, il tronco cerebrale dà autonomamente inizio all'attività neurale della corteccia e le vie che sono state attivate di recente (il "residuo diurno" freudiano) ne sono particolarmente influenzate. Il cervello, nel momento in cui gli viene presentata una disparata gamma di ricordi e di esperienze così attivate, da compulsiva "macchina significatrice" qual è, tenta di sistemarle in un modello in qualche modo significativo, in una storia coerente. Il carattere vivido e bizzarro dei sogni deriverebbe così dalla natura casuale del processo di attivazione, dalla mancanza di un contesto esterno e dall'assenza di attività neurale di modulazione. Se nel modello freudiano i pensieri latenti del sogno subiscono una sottrazione di significato, allo scopo di eludere la censura, il modello di attivazione e sintesi sostiene, invece, che il significato viene aggiunto a una gamma di immagini potenzialmente incoerente. Il cervello che sogna non si sforza di mascherare alcun pensiero coerente ma inaccettabile, piuttosto di conferire senso a una serie caotica di rappresentazioni. Malgrado le interessanti implicazioni, la teoria- in qualche modo antipsicoanalitica- di Hobson è ancora lontana dall'essere unanimemente accettata. Per esempio, coloro che hanno subito un danno alla corteccia sensoriomotoria continuano a sognare normalmente, un aspetto che contraddice l'idea che i sogni derivino da una stimolazione casuale delle vie corticali e suggerisce che siano all'opera processi rappresentazionali molto più complessi, derivati da un livello cerebrale più alto rispetto alla corteccia motoria e sensoriale.

D'altra parte esiste anche una possibilità di conciliazione tra l'ipotesi freudiana e il modello neurofisiologico: secondo quest'ultimo, infatti, spetta ai desideri e alle preoccupazioni di chi sogna il compito di organizzare il materiale in ingresso in modo da conferirgli un senso e, quindi, Freud non sbagliava nel ritenere che i sogni riflettono inevitabilmente i desideri del sognatore.



L'USO DEL SOGNO NELLA PROSPETTIVA COGNITIVISTA

Nel panorama di teorie e approcci che hanno affrontato il tema dei sogni merita un cenno anche la prospettiva cognitivista ed, in particolare, la sua applicazione pratica nella psicoterapia cognitivo-comportamentale, che ha subito recentemente importanti cambiamenti. Inizialmente, infatti, essa era molto condizionata dalla poca scientificità dell'utilizzo dei sogni secondo l'approccio freudiano e una grossa parte dei terapeuti prediligeva la strada neuropsicologica secondo la quale essi venivano considerati solo un rumore di fondo prodotto dal cervello, dovuto alla sua costante attività.

Con il tempo parte del mondo cognitivo ha, però, avvertito la necessità di studiare maggiormente il fenomeno, nonostante la difficoltà di dover indagare un oggetto che non potesse essere replicato nel tempo: il significato che si attribuisce al sogno, infatti, ha proprio la caratteristica di essere strettamente personale. Negli anni l'importanza che le persone danno ai propri sogni e all'impatto emotivo che spesso hanno sulla veglia, ha portato i cognitivisti a dedicare maggiore attenzione allo studio più specifico di questo fenomeno. Già Beck (1971) propose diversi studi per poter valutare il legame tra lo stato depressivo dei pazienti e il contenuto dei loro sogni: egli ipotizzò come il sogno potesse essere un indicatore del cambiamento emotivo del paziente durante un episodio depressivo, ricollegandosi così a come i sogni potessero riflettere l'idea che il paziente ha di sé, del mondo e del suo futuro. Nonostante le teorie elaborate da Beck tra gli anni sessanta e settanta, la psicoterapia cognitivo-comportamentale non fece largo uso del materiale onirico nei trattamenti fino agli anni 2000.

Attualmente, invece, i cognitivisti considerano il sogno come un processo prodotto da un unico sistema cognitivo che opera nelle diverse fasi del sonno, sia REM che nonRem. Esso sarebbe, dunque, un processo simbolico di elaborazione, interpretazione e riorganizzazione in una sequenza narrativa del materiale accumulato

nella memoria durante la veglia. L'ipotesi cognitivista è che il sistema che organizza il sogno, nei suoi aspetti rappresentazionali e narrativi, sia lo stesso che organizza il linguaggio nei suoi aspetti sintattici e semantici. Per i cognitivisti, dunque, il sogno, privo di pulsioni, mascheramenti e rimozioni è assimilabile alla fantasia, una sorta di esercizio in cui esso, attraverso rappresentazioni fantastiche, servirebbe a simulare eventi minacciosi, esercitando la mente a percepirli ed evitarli.

Si deduce così l'importanza che esso può avere anche nella psicoterapia cognitivo-comportamentale, la quale ha sviluppato diversi modelli di lavoro sul materiale onirico: tra i più noti si annovera il modello DMR di Montangero (2009) che è anche il più recente. Il modello DMR (Description, Memory Sources and Reformulation) è organizzato in modo sistematico al fine di produrre diverso materiale onirico per portare il paziente alla sua interpretazione del sogno. Il processo è diviso in tre differenti fasi:

- *Description*: durante la prima fase viene chiesto al paziente di immergersi nel racconto del sogno, al fine di ritrovare fonti e significati. Questo è possibile anche attraverso tecniche della psicoterapia cognitivo-comportamentale come l'analisi ABC (Il termine ABC è un acronimo, in cui A sta per antecedent, B per belief e C per consequence. L'antecedent è lo stimolo di partenza, che in terapia è una situazione problematica in cui la sofferenza emotiva si è presentata in maniera particolarmente vivida e concreta. I beliefs sono i pensieri, le convinzioni che il paziente ha utilizzato per valutare –positivamente o negativamente– l'antecedent. Infine le consequences, possono essere emozioni, comportamenti, azioni). Il racconto del sogno permette al paziente la condivisione con il terapeuta dell'esperienza. Quest'ultimo prende nota della descrizione assegnando un numero ad ogni evento o cambiamento presente nel sogno. È importante che il paziente riesca a descrivere ciò che è stato visto, sentito o provato in ogni evento numerato;

- *Memory Sources*: nella seconda fase il terapeuta accompagna il paziente alla ricerca di memorie autobiografiche che possono essere collegate agli eventi avvenuti nel sogno. Chiederà, quindi, al paziente di indicare quali memorie può associare a questo elemento del sogno, cercando di seguire sempre lo schema numerato degli eventi fatto in fase uno. È importante inoltre chiedere al paziente che valore attribuisce al ricordo e il grado di piacevolezza legato ad esso;
- *Reformulation*: l'obiettivo dell'ultima fase sarà quello di far ri-descrivere il contenuto del sogno al paziente, non come un evento specifico e concreto, ma ricollegando i significati più ampi e generali, trovati in fase II. Questo passaggio permette di far emergere le preoccupazioni e gli obiettivi del paziente.

In psicoterapia cognitivo-comportamentale, quindi, l'utilizzo dei sogni è possibile all'interno di alcune modalità guidate con l'obiettivo di far riconoscere al paziente la propria modalità di funzionamento, utilizzando diversi materiali; può, infine, aiutare il terapeuta nel processo di riconoscimento delle distorsioni cognitive e guidarne la ristrutturazione.

IL CONTRIBUTO DI ALCUNI AUTORI CONTEMPORANEI

A partire dagli anni sessanta i sogni hanno perso quel posto centrale che precedentemente avevano nella pratica clinica del terapeuta. Si è assistito, infatti ad un progressivo spostamento di interesse dal mondo onirico al comportamento nella vita diurna, al materiale più vicino all'io e alla parte consapevole del paziente: sintomi, atti mancati, fantasie, modalità relazionali. Questo materiale è di per sé già molto ricco ed interessante per la comprensione del funzionamento conscio e inconscio del paziente, non inferiore a quello rivelato dai sogni. Questo scarso interesse per il lavoro con il mondo onirico ha anche prodotto la progressiva scomparsa dei libri e degli articoli sui sogni. In tempi più recenti, però, si è assistito ad un cambiamento di rotta grazie ad

una rinascita dell'interesse verso il mondo onirico. Questa riscoperta può essere dovuta non solo alle nuove acquisizioni delle neuroscienze ma anche a un modo diverso di intendere la clinica psicoanalitica, molto distante da quella concepita dal suo fondatore, e che a sua volta risente delle posizioni, sempre più diffuse, della Psicologia del Sé. L'interesse preminente di tali recenti contributi riguarda in particolare le diverse funzioni del sogno, in particolare le funzioni di crescita, problem-solving, mantenimento, regolazione, e, se necessario, riparazione (cioè guarigione) dei processi psichici allo scopo di favorire sempre un migliore adattamento e funzionamento mentale. Questa visione, in linea con la Psicologia del Sé, prevede che il Sé abbia un programma innato di sviluppo, finalizzato alla crescita, all'adattamento e alla socializzazione, in armonia - in condizioni ottimali - con il mondo esterno. Risulta, quindi, evidente il contrasto con la concezione freudiana tradizionale che prevedeva un conflitto innato, una sorta di ostilità con la realtà esterna, sulla quale l'io aveva bisogno di scaricare determinate energie pulsionali.

James Fosshage (1983, 1993, 1997) è l'autore che più si è occupato di raccogliere l'eredità lasciata da Kohut sul tema del sogno, ampliando ed espandendo la teoria della psicologia del Sé sulla funzione e sul significato dei fenomeni onirici e integrando ai risultati della ricerca psicoanalitica quelli delle neuroscienze e degli studi cognitivi. In particolare, ha sistematizzato e descritto dettagliatamente quali sono le diverse funzioni del sogno ed ha individuato sette principi tecnici per lavorare sul materiale onirico: 1) ascoltare in modo molto attento ed empatico l'esperienza del paziente durante il sogno; 2) ampliare l'esperienza del sogno del paziente; 3) le immagini di un sogno non devono essere tradotte ma devono essere comprese nel loro contenuto metaforico e tematico; 4) conclusa l'elaborazione dell'esperienza onirica, i temi emersi devono essere collegati alla vita reale del paziente; 5) l'interpretazione del sogno viene costruita da paziente ed analista insieme; 6) il contenuto del sogno non deve



necessariamente avere un riferimento diretto col transfert a meno che non sia esplicito, piuttosto è il processo di comunicare il sogno all'analista, invece che il suo contenuto, quello che può rivelare un significato transferale; 7) i sogni possono essere utili nella psicoterapia di qualunque paziente, indipendentemente dalla sua diagnosi.

Per Fosshage (1983), quindi, i sogni continuano gli sforzi consci e inconsci della veglia per risolvere i conflitti intrapsichici, attraverso l'utilizzazione di processi difensivi, una comprensione interna o una riorganizzazione creativa appena emergente. Il sogno rappresenta pertanto un processo di pensiero complesso la cui funzione centrale è l'elaborazione dell'informazione attraverso due modalità cognitive: il processo primario, immaginativo e dominata dai sensi, e il processo secondario, fondato su un piano verbale. Queste due forme di elaborazione compaiono nel sogno sotto forma di immagini sensoriali e di parole dette (e non dette). Se le parole sono poste in modo logico e coerente per dare forma al significato cognitivo del sogno, le immagini sono poste in ordine sequenziale per esprimere un significato e favorire così un'elaborazione affettivo-cognitiva. Queste immagini vengono scelte non per celare qualcosa, ma per favorire e promuovere gli sforzi del sognatore di elaborare e risolvere i problemi della vita quotidiana. La natura ambigua e caotica del sogno, dunque, non è spiegata attraverso il processo di mascheramento, ma dalla concomitanza di diversi fattori, tra cui il cattivo ricordo del sogno, l'intrinseca mancanza di chiarezza dell'attività mentale onirica, la difficoltà nel capire il significato delle immagini in una prospettiva vigile e la necessità di trovare una corrispondenza appropriata tra i due diversi stati mentali, onirico e di veglia.

In anni più recenti Fosshage (Lichtenberg, Lachman e Fosshage, 1996) ha integrato i suoi sforzi di sistematizzazione con il modello multimotivazionale elaborato da Lichtenberg, approdando ad un vero e proprio Modello organizzativo del sogno la cui idea di fondo è che tutta l'esperienza onirica si organizzi in primo luogo in congiunzione

con il contesto esterno che ha avuto un impatto percettivo, in secondo in risposta al sistema motivazionale dominante e/o in conflitto, infine in accordo con delle configurazioni organizzative, basate sulle esperienze passate del paziente. Il sogno assume, così, una duplice funzione di facilitare lo sviluppo e mantenere e reintegrare il Sé. Quest'ultima discende dal concetto kohutiano di sogni sullo stato del Sé e postula che gli obiettivi dell'attività onirica sono rivolti, di fronte ad una minaccia di frammentazione o disintegrazione, a restaurare un senso di Sé positivo e coeso. Tuttavia, la funzione di restaurare un'organizzazione psicologica non sempre segue un movimento "verso la salute". Al contrario, un sogno può servire per riaffermare una vecchia visione negativa, più familiare e meno ansiogena, del Sé come inadeguato, ripristinando così un minimo di equilibrio psicologico.

Un altro autore recente che si è occupato in modo interessante del sogno è Blechner (1998), uno psicoanalista che appartiene alla tradizione interpersonale e che si è particolarmente interessato alla forma espressiva dei sogni. Contrariamente alla tendenza oggi dominante a relativizzare l'importanza dei sogni, essi costituiscono per lui una preziosa fonte di informazioni, non tanto sui contenuti tradizionalmente intesi come inconsci, quanto soprattutto su quella parte della produzione mentale che non è codificata in parole. La traduzione verbale del contenuto onirico necessariamente limita grandemente la loro ricchezza, dato che le parole che conosciamo e usiamo limitano gli stessi pensieri che possiamo avere. Blechner sostiene che gli psicoanalisti e i ricercatori di laboratorio potrebbero trarre un grande giovamento da un serio scambio reciproco di informazioni, dopo che, per troppi anni, sono stati divisi da un gap che, invece, non esisteva agli albori della psicoanalisi e propone interessanti riflessioni comparative tra i sogni, i danni cerebrali e la psicopatologia. In una revisione della letteratura sul sogno, prende in esame anche alcune teorie neurobiologiche e descrive due fenomeni tipicamente onirici: le *disjunctive cognitions*

(cognizioni disgiunte) che si manifestano in quei sogni in cui, ad esempio, ci appare una persona che sappiamo con certezza che non è lei e gli *inter-objects* che sono nuovi oggetti, assurdi e inesistenti, in un certo senso a metà strada tra due oggetti di cui sono una sorta di condensazione. Queste singolari manifestazioni, tipiche solo dei sogni, curiosamente appaiono anche in certe forme di danno cerebrale e di psicopatologia. È per questo motivo che Blechner sostiene che i sogni possono essere una “via regia” non tanto per l’inconscio, quanto per conoscere il funzionamento del cervello, normale e patologico.

Tante, dunque, sono le riflessioni e le ipotesi che si possono fare sui sogni e a volte è affascinante vedere quale intelligenza inconscia essi rivelino. I contributi appena citati sono solo una parte del panorama degli studi sul tema ma testimoniano la complessità dei problemi e delle diverse posizioni che tutt’ora si confrontano nel dibattito psicoanalitico sul sogno.

RIFLESSIONI E CONCLUSIONI

Benché non conservi più la posizione di privilegio che aveva alle origini, l’analisi del materiale onirico rimane pur sempre uno strumento fondamentale del trattamento analitico. I sogni sono punti di riferimento indispensabili, veri e propri emblemi dello stato psichico del paziente. Per quanto confusi, essi agiscono da antidoto all’intellettualizzazione e, attraverso il residuo diurno, portano in seduta i contenuti più importanti della sua vita. Spesso, inoltre, dirigono l’attenzione sul transfert e riflettono i progressi del trattamento.

La tecnica dell’interpretazione dei sogni è rimasta fondamentalmente la stessa che Freud raccomandava: analizzare il sogno nelle sue componenti, prestare un’attenzione particolare alle associazioni libere del paziente, chiedergli di ripeterne il racconto così da poter meglio individuare i pensieri del sogno, non permettere ai propri assunti teorici di imporsi sulla creatività del sogno e non aspettarsi mai di comprendere completamente un sogno, che mantiene

comunque una quota di incertezza e impenetrabilità.

Gli approcci postfreudiani collocano il sogno nel contesto complessivo della seduta e della relazione analitica e tengono conto non solo del contenuto ma anche della forma e del modo di raccontarlo, assegnando al contenuto manifesto la stessa importanza del contenuto latente.

Il sogno, tuttavia, continua a rivelarsi tanto un mistero quanto uno scrigno di significati preziosi. In fondo quello che chiediamo al paziente è “A che pensa quando dorme?” oppure, con Jung: “Che cos’è che dice il sogno?”.

BIBLIOGRAFIA

- Bateman, A. & Holmes, J. (1998). *La psicoanalisi contemporanea. Teoria, pratica e ricerca*. Raffaello Cortina Editore, pp. 141-160.
- Beck, A.T. (1971). Cognitive patterns in dreams and daydreams. In Masserman, J.H. (Ed.), *Dream dynamics: Science and psychoanalysis*. New York: Grune & Stratton.
- Dement, W.C. (1977). *E c’è chi veglia e c’è chi può dormire*. Zanichelli.
- Erikson, E. (1954). *The dream specimen of psychoanalysis* *Journal of American Psychoanalytic Association*: 2: 5-56.
- Gabbard, G. (2011). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, pp. 135-149.
- Hobson, J.A., Stickgold, R. & Pace-Schott, E.F. (1998). The neuropsychology of REM sleep dreaming. *NeuroReport*, 9: R1-R14.
- Jung, C. G. (1993). *Opere*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Lonigro, L. (2017). *Dialogo con i sogni*. Unpublished manuscript.
- Migone, P. (2006). *Come la psicoanalisi contemporanea utilizza i sogni*. *Il Ruolo Terapeutico*, 102: 72-82.
- Montanero, J. (2009). *Using dreams in cognitive behavioral psychotherapy: Theory, method, and examples*. *Dreaming*, 19, 239-254.
- Panizza, S. (2016). *L’interpretazione nella psicoanalisi contemporanea: l’efficacia*. Ed. Franco Angeli, pp. 113- 130.



DETENZIONE AL FEMMINILE IL VISSUTO AFFETTIVO, RETI E RAPPORTI INTERPERSONALI, BAMBINI INVISIBILI

Florenza Prete

Psicologa Psicoterapeuta
Cogn.-Comportam., Neuropsi.,
ASL Br., form. criminologica

Viviana Guadalupi

Psicologa, Specializzanda in CBT

Sara Scoditti

Psicologa, Specializzanda in CBT

RIASSUNTO

Attualmente, nel panorama nazionale e internazionale, ancora poco si discute della detenzione femminile e della maternità vissuta in carcere, tuttavia essa è molto diffusa, per questo si è ritenuto opportuno approfondire tale tematica e valutare quali siano le strategie più adeguate che possano garantire il diritto della donna detenuta ad essere madre e il diritto dei figli a non essere privati di questo legame, affinché questi ultimi non si trasformino nei cosiddetti "bambini invisibili". Proprio per quanto riguarda tali bambini, nell'articolo si è voluto esaminare il tipo di sviluppo e di attaccamento che potrebbero sviluppare avendo una madre detenuta. Inoltre, si è cercato di approfondire alcuni aspetti della detenzione, come le differenze tra quella femminile e quella maschile e il tipo di vita che le detenute conducono quotidianamente all'interno delle strutture in cui devono scontare

la loro pena. A questo proposito uno sguardo particolare è stato rivolto agli ICAM (Istituti per la custodia attenuata di madri detenute) e alle case famiglia protette.

PAROLE CHIAVE

Detenzione femminile, bambini invisibili, ICAM, case famiglia.

Il sistema carcerario, nel corso dei secoli, è mutato drasticamente passando da un carcere punitivo, basato su torture e umiliazioni, ad un carcere ri-educativo, che pone al centro del trattamento il detenuto, attraverso il suo graduale recupero e reinserimento nella società. Eppure, nonostante il grado di civiltà raggiunto, le innovazioni in materia legislativa e i buoni propositi, ancora oggi è possibile riscontrare molteplici lacune e buchi neri dai quali è difficile emergere e che mettono a dura

prova il rispetto dei diritti e della dignità umana. L'elaborato pone l'interesse sulla vita, i vissuti e le problematiche della detenzione femminile, e più specificatamente la genitorialità detentiva di quest'ultime, con un particolare accenno alla realtà dei noti "bambini invisibili", figli di madri costrette alla realtà carceraria.

Come sostiene Susanna Ronconi (2014) nel suo libro *Recluse il carcere non è purtroppo pensato al femminile, ma al maschile*. Proprio per questo le donne rappresentano una minoranza (circa il 5%) su cui risulta difficile lavorare, in quanto sparse in piccole sezioni, a fronte del basso numero di reclusi. Questo sarebbe causa di scarso interesse per tale realtà, da cui ne consegue un basso investimento nei confronti di queste donne, causandone numerose problematiche.

Diverse osservazioni su campo riportano come i motivi principali determinanti la detenzione femminile risultano meno gravi rispetto a quelli commessi dagli uomini, e spesso sono riconducibili a reati commessi quasi per la totalità da donne straniere. Essi sono principalmente: reati contro il patrimonio, reati legati al traffico di stupefacenti; reati per associazione mafiosa (numero che negli ultimi anni è in forte crescita); reati legati alla situazione di povertà in cui vivono, che le induce a commettere comportamenti devianti, ad esempio di stampo economico, per provvedere al mantenimento dei figli.

Il nostro Codice di Procedura Penale ha sempre cercato di tutelare la maternità fin dal 1975, emanando la legge n. 354, modificata nel 2001, con la legge n. 40 ("Finocchiaro"), al fine di migliorare le condizioni dei genitori detenuti, ma anche dei bambini con essi reclusi. La legge n. 354 del 26 luglio 1975 art. 11, al comma 8, prevede che alle detenute madri sia consentito tenere presso di sé i figli fino all'età di 3 anni, sancendo legalmente così il diritto di svolgere il proprio ruolo genitoriale. È stata approvata alla Camera dei Deputati la revisione di questa legge, n. 62 del 21 aprile 2011, che prevede che le donne madri di bambini fino a 6 anni di età non debbano scontare la pena in carcere. Nel 2001, l'Onorevole A. Finocchiaro apporta, con la legge n. 40, ulteriori modifiche: il principale beneficio e la detenzione speciale domiciliare

(art. 3), per cui la pena può essere scontata sia nell'abitazione della donna, oppure presso strutture appositamente create. Nel 2014 è stata istituita la «Carta dei figli dei genitori detenuti», la quale riconosce il diritto di questi minori alla continuità del proprio legame affettivo col genitore detenuto e, ribadisce, il diritto del medesimo alla genitorialità. Obiettivi comuni di tali leggi sono: quello di garantire il diritto della donna detenuta ad essere madre ed il diritto dei figli a non essere privati di questo legame; la necessità di preservare il bambino il più possibile da un ambiente carcerario e tutelare il diritto della madre ad accudire il figlio senza che la stessa possa provare sensi di colpa nel causare sostanzialmente un «regime di vita ristretto».

Le carceri, o istituti penitenziari, nell'ordinamento giuridico italiano, sono le sedi in cui sono detenuti i condannati ad una pena detentiva (ergastolo, reclusione o arresto), nonché i destinatari di misure cautelari personali coercitive (custodia cautelare in carcere) o di misure precautelari (arresto in flagranza di reato). Gli istituti penitenziari italiani dipendono dal ministero della giustizia. Gli istituti penitenziari per adulti sono amministrati dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, mentre gli istituti penali per i minorenni dal Dipartimento per la giustizia minorile. Si può distinguere tra:

- casa circondariale, in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni, o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni;
- casa di reclusione, in cui sono detenuti coloro che abbiano riportato una condanna definitiva ad una pena non inferiore ai cinque anni;
- casa mandamentale, ossia gli istituti, pressoché tutti dismessi, in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio per reati lievi, oppure condannate a pene fino a un anno;
- carcere speciale, in cui sono reclusi i condannati per delitti di criminalità organizzata;
- il cosiddetto carcere minorile.



Anche nell'ambiente detentivo risultano evidenti le differenze tra la popolazione maschile e femminile. Partendo proprio dalle dinamiche relazionali femminili all'interno di un carcere, è possibile osservare come queste ultime siano infatti molto più raffinate di quelle presenti in un carcere maschile. Si prenda ad esempio la questione della leadership. Nel gruppo di donne detenute infatti si creano diversi ruoli, tra cui la leader, l'antileader e la leader occulta. È quest'ultima che in genere costituisce il vero riferimento per le altre, perché risponde a caratteristiche di autorevolezza rispetto ai valori delle donne. E quindi al concreto legame affettivo. In tale panorama risulta difficile per un operatore leggere correttamente le evoluzioni dei rapporti interpersonali, se non tiene conto di queste dinamiche meno evidenti. Tuttavia, spesso il primo ostacolo che ci si trova ad affrontare se si opera all'interno di un carcere femminile è proprio quello del riconoscimento.

Ulteriore differenza tra uomini e donne risulta inerente al trattamento. In tali ambienti infatti è possibile constatare come le donne hanno una minore possibilità di accesso alle attività trattamentali. È una discriminazione involontaria dovuta al loro numero limitato e all'impossibilità di condividere con gli uomini le strutture. Alle donne sono però affidate molte lavorazioni d'eccellenza, anche se queste opportunità sono ancora destinate soltanto ad una parte di loro. Ad es. sono coinvolte nel lavoro di imprese di scenografia, cucina e catering, esperti di controllo qualità, giardinieri e laboratorio di cosmetici, agricoltura, lavanderia.

Anche riguardo la vita quotidiana c'è una sostanziale differenza di genere nel modo di vivere il carcere. Gli uomini hanno una maggiore capacità di adattarsi all'ambiente o di accettare la carcerazione come conseguenza di comportamenti devianti. Le donne subiscono con sofferenza il carcere e per esse il bisogno di aggregazione e socialità è molto più forte che per gli uomini e i loro rapporti interpersonali rispondono più a logiche di espressione di affettività, che a quelle di comparazione della forza, sia essa forza fisica o forza del prestigio criminale. Le celle e gli spazi individuali vengono

curati dalle donne con attenzione particolare: le stanze sono ordinate e pulite, tenute meglio di quelle maschili; le donne tendono a riprodurre nella loro stanza l'ambiente familiare e i gesti consuetudinari compresa l'attenzione al proprio corpo.

È stato diffuso dal DAP uno schema di Regolamento interno predisposto per le sezioni femminili che tiene conto delle peculiarità dell'esecuzione penale riguardante il genere femminile al fine di elaborare accorgimenti organizzativi e offerte riabilitative idonei a cogliere e valorizzare la specificità della popolazione detenuta femminile. In esso trovano particolare attenzione la dimensione affettiva, le specifiche necessità sanitarie, il diverso rapporto con le esigenze della propria fisicità, la necessità di offrire pari opportunità di reinserimento sociale e sono accresciuti i momenti di compresenza con i detenuti maschi.

Sulla tutela della salute delle donne detenute si può affermare che le donne in carcere hanno esigenze di salute molto diverse rispetto agli uomini. Tra le azioni programmatiche, si ricordano in particolare:

- il monitoraggio dei bisogni assistenziali delle reclusi con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologico;
- gli interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori dell'apparato genitale femminile;
- corsi di informazione sulla salute per le detenute e le minorenni sottoposte a provvedimento penale e di formazione per il personale dedicato, che forniscano anche utili indicazioni sui servizi offerti dalla Azienda sanitaria al momento della dimissione dal carcere o dalle comunità (consultori, punti nascita, ambulatori ecc.);
- potenziamento delle attività di preparazione al parto svolte dai Consulenti familiari;
- espletamento del parto in ospedale o in altra struttura diversa dal luogo di reclusione;



- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del neonato.

A questo punto è rilevante soffermarsi su quella che è la genitorialità detentiva e chi sono e le relative caratteristiche dei "bambini invisibili". Nelle carceri italiane ci sono circa 60 bambini, figli di detenute. Hanno da pochi mesi a 6 anni e vivono dietro le sbarre. Condividono la reclusione delle madri, anche se il regime carcerario a cui sono sottoposti è attenuato rispetto al resto della popolazione carceraria.

La vita del bambino, figlio di madre detenuta, è segnata da un passaggio; da un legame eccessivo con la figura materna a un completo distacco da essa. All'interno del carcere, il legame che si viene a creare con la madre è un legame malato, caratterizzato da una totale dipendenza dalla madre, in cui il bambino è iperaccudito e dove l'influenza

istituzionale gioca un ruolo chiave nel determinare una scarsa autonomia del ruolo genitoriale.

Infatti, la donna detenuta con il proprio figlio, sviluppa un comportamento contraddittorio verso quest'ultimo:

- da un lato è presente un'attenzione morbosa nei suoi confronti,
- dall'altro è presente un atteggiamento permissivo e protettivo.

Questi atteggiamenti derivano da un senso di colpa della madre che cerca di trovare un riscatto sociale attraverso le cure e le regole comuni sull'educazioni e sull'allevamento dei figli, dimostrando così di essere una brava madre nonostante sia "carcerata".

La teoria dell'attaccamento contribuisce a chiarire il modo in cui tali relazioni influenzano lo sviluppo



cognitivo ed emotivo del bambino negli anni successivi, aiutando a ripensare anche che cosa accade nella separazione per l'evento carcerario di un genitore.

I figli delle detenute tendono infatti a sviluppare, due tipi di attaccamento in particolare:

- **Insicuro:** la separazione del bambino dalla madre in seguito alla carcerazione incide negativamente sulla naturale tendenza a mantenere la vicinanza con il caregiver per assicurarsi la protezione, con la possibilità che si sviluppino percorsi delinquenziali.
- **Disorganizzato (la maggior parte):** la separazione precoce dalla figura di cura li porta a non acquisire strategie di conquista e di mantenimento dell'attenzione del proprio caregiver; inoltre questi attaccamenti possono esporre il bambino a sviluppare in futuro patologie legate alla dipendenza. I bambini possono sviluppare problemi di ansia, depressione, dipendenza da sostanze, problemi fisici e spesso provano sentimenti di rabbia e risentimento verso il genitore detenuto.

L'educazione dei bambini in carcere sia condizionata dal contesto in cui viene esercitata. L'istituzione spesso si sostituisce alla madre in tutte quelle attività esterne previste per i bambini, come le passeggiate, gli accompagnamenti al nido, dalle quali la madre resta inevitabilmente esclusa. La reclusione determina quindi delle strette limitazioni nel ruolo genitoriale, precludendo un sano legame tra la madre e il bambino oltre a ripercuotersi sul suo vissuto psicologico ed emotivo. Il ruolo che una madre avrebbe in condizioni normali risulta limitato dalle norme vigenti all'interno del carcere riducendo così l'autorità genitoriale, in quanto le regole sono dettate dall'esterno e non provengono dalla mente della madre, che si ritrova a dover totalmente dipendere dalle concessioni del sistema penitenziario. Il bambino ha bisogno di una figura autorevole, e in alcune situazioni accade che prenda come riferimento le figure che esercitano autorità all'interno del carcere, cioè il personale penitenziario.

A pagarne le conseguenze sono quindi i bambini: essi si rendono conto, anche se molto piccoli, che la situazione non viene gestita dalle madri, le quali, di riflesso, perdono parte del loro potere genitoriale.

Il genitore che varca la soglia del carcere crea nel sistema familiare una profonda rottura, acuita dalle difficoltà economiche e psicologiche che la famiglia e il detenuto devono affrontare. Il genitore che si trova impossibilitato a svolgere il proprio ruolo, è attraversato da un senso di fallimento e di inadeguatezza, forte senso di colpa, vergogna per aver abbandonato il figlio, preoccupazione per le modalità di accudimento sperimentate dai figli con altre figure affidatarie, soprattutto per il timore di non riuscire più a recuperare con lui la relazione una volta terminata la detenzione.

Anche i figli vivono un forte disagio, spesso reagendo con sentimenti di solitudine, paura, preoccupazione e confusione, oppure con comportamenti aggressivi, mostrando in molti casi anche vergogna ed imbarazzo riguardo ai reati e alla detenzione del proprio genitore. Non è raro che i parenti o genitori stessi non riferiscano al bambino il luogo in cui si trova il padre o la madre, preferendo quindi non fornire spiegazioni o raccontare bugie. Questo "non detto" può favorire nel figlio una percezione di responsabilità per l'assenza del genitore, accompagnata da intensi sensi di colpa.

Nei bambini che vivono all'interno degli istituti penitenziari, infatti, è stata osservata una sorta di regressione o di ritardo nello sviluppo, poiché risulterebbero ipo-stimolati dall'ambiente in termini di movimento, materiali, giochi, attività, spazi, esperienze di socializzazione ed esplorazione. È stato osservato come prediligano giochi già strutturati e ripetitivi (apertura e chiusura delle porte e il gioco delle chiavi) e mostrino evidenti difficoltà nei processi di socializzazione, accentuate dalla natura del legame che si instaura con la madre, spesso di tipo simbiotico, improntato da una marcata iperprotettività e tensione per l'eventuale e dolorosa separazione, che porta il bambino a manifestare disagio, rabbia ed insicurezza. In detenzione, il minore può inoltre mostrare alcune difficoltà specifiche: di tipo alimentare, come

testimoniano esperienze di svezzamento tardivo, inappetenza o tarda autonomia nel mangiare, alterazioni del sonno, difficoltà che possono evolvere in veri e propri disturbi o ritardo nello sviluppo cognitivo e linguistico.

La separazione dalla madre, a causa della detenzione, è stato dimostrato come possa aumentare la probabilità nel bambino di sviluppare un attaccamento future difficoltà dello sviluppo:

- Sviluppo Psico-Motorio: la possibilità per il bambino di muoversi in piena libertà è ostacolata dall'esiguo spazio della cella, limitandola soltanto all'ora di aria concessa alla madre, sfavorendo così i comportamenti esplorativi.
- Ritmo sogno-veglia: la qualità del ritmo sonno-veglia risulta alterata, caratterizzata da un sonno discontinuo e difficoltoso, probabilmente riconducibile all'atmosfera agitata in cui si trova a vivere la maggior parte del tempo. I ritmi quotidiani poco stimolanti possono portare il bambino ad essere nervoso e poco stanco all'ora in cui dovrebbe dormire, a causa dei continui sonnellini volti a occupare il tempo.
- Sviluppo delle abilità comunicative: alterato risulta anche il linguaggio, in quanto, in carcere, troviamo un lessico penitenziario specifico, definito da un gergo che differisce dal linguaggio utilizzato nel mondo esterno. Tra le prime parole pronunciate dal bambino, figurano, infatti, termini appartenenti al gergo carcerario (come apri, chiave, guardia, aria), che possono presentarsi come ostacoli comunicativi nell'instaurazione di relazioni con il mondo esterno e, soprattutto, con i coetanei.
- Sviluppo delle competenze sociali e interazioni con i pari: un'altra qualità disfunzionale dell'ambiente carcerario è la mancanza di relazione con i coetanei che precludono la possibilità di apprendere molte competenze sociali.

Queste carenze possono essere attenuate grazie alla possibilità di frequentare l'asilo nido esterno al carcere, luogo più ricco di stimoli e di relazioni

sociali sia con l'adulto sia con i coetanei. I bambini hanno limitatissime occasioni di incontro anche con persone esterne, e praticamente nessuna con le figure parentali.

Possiamo affermare che il loro mondo di relazioni si conclude con il contatto con la madre, le altre detenute, il personale penitenziario e, qualche volta, con i volontari.

I complessi relazionali con i quali i bambini si confrontano, mostrano una netta prevalenza di presenze femminili, e questo gli impedisce di relazionarsi con un modello maschile. La deprivazione della figura paterna che subiscono questi bambini dentro il carcere, possono avere pesanti ripercussioni sul loro sviluppo.

Vi sono, inoltre, delle rilevanti differenze tra la detenzione paterna e quella materna. Quella del padre, rispetto a quella della madre, contribuirebbe a creare minor instabilità, per i figli, poiché non comporta il trauma dell'affidamento e le madri contribuiscono a preservare il più possibile l'unità familiare, ad esempio portandoli ai colloqui in carcere. La detenzione femminile è caratterizzata, invece, da una maggiore tendenza da parte dei parenti e dei figli, ad allontanare l'immagine socialmente non accettata della madre detenuta, contribuendo ad una vera e propria "sparizione del genitore". In effetti, altri autori in letteratura, hanno evidenziato come l'incarcerazione materna influisca sul bambino e sull'ambiente familiare in maniera maggiormente negativa rispetto a quella paterna.

Per le detenute madri gli interventi vertono sull'adozione di nuove modalità di custodia attenuata. Si segnalano a tal proposito le iniziative per le aperture degli ICAM (Istituti per la custodia attenuata di madri detenute), nelle aree di Roma, Torino, Milano, Venezia e Cagliari; e delle case famiglia protette, attraverso il contributo di enti e associazioni quali la Caritas, i Centri diocesani Migrantes e l'Ispettorato dei cappellani, in grado di assicurare una rete di strutture di accoglienza disponibili su tutto il territorio, facilitando in tal modo percorsi personalizzati per il reinserimento sociale.

Dalla lettura della legge 62/2011 si ricava una sorta di "circuiti" in cui sono prevedibili i seguenti



percorsi: il nido in carcere per i bambini fino a 3 anni, gli Icam per donne con bambini fino ai 6 anni e le case famiglia protette per le donne in misura cautelare, che non presentano profili di pericolosità. Obiettivo comune di tali strutture è quello di:

- Supportare le madri nel seguire percorsi di crescita e reinserimento nel tessuto sociale, valorizzando il rapporto madre-bambino in modo tale da costruire una relazione quanto più sana possibile e restituendo autorevolezza alla figura materna
- Mantenere e rafforzare i legami dei detenuti con i membri della famiglia e con la comunità esterna al fine di proteggere gli interessi dei detenuti e delle loro famiglie
- Assicurare un rapporto tra minore e madre ristretta al di fuori dell'ambiente carcerario, affinché il bambino possa subire il meno possibile la condizione della madre, è di assoluta rilevanza

La loro collocazione è all'esterno degli istituti penitenziari secondo un modello organizzativo di tipo comunitario. I bambini quindi possono condurre la loro vita in un contesto più idoneo al proprio sviluppo psichico, con madri assistite da operatori specializzati e circondate da strutture e agenti di polizia non riconducibili all'ambiente carcerario.

Gli istituti sono strutturati in modo da non ricordare il carcere. L'ambiente ricorda infatti quello familiare; il personale di sorveglianza lavora senza divisa, vi è la presenza costante di educatori specializzati che assicurano un'opportunità di formazione alle madri ed un sostegno nel rapporto affettivo con i figli.

Gli spazi sono strutturati in base a precisi criteri pedagogici in modo che i bambini possano formulare una propria idea di casa per evitare che soffrano l'esperienza della carcerazione forzata. I bambini possono trascorrere del tempo fuori dall'istituto in compagnia di familiari o volontari. La Polizia penitenziaria è di sesso femminile e gli educatori sono di entrambi i sessi, in modo che

possa relazionarsi anche con figure maschili in maniera costante.

In particolare, gli Icam sono stati considerati un'alternativa alla detenzione e non una modalità di esecuzione della pena, «considerata una via mediana di reclusione tra la detenzione nella propria casa e la galera tradizionale con le sbarre e le divise».

Facendo parte dell'ordinamento penitenziario, questi rappresentano una soluzione meno preferibile rispetto a quella degli arresti domiciliari in case famiglia protette.

Le Case Famiglia Protette, invece, sono strutture private, non penitenziarie, strutturate in modo tale da «agevolare il ripristino della rete di rapporti familiari in funzione dell'equilibrato sviluppo del minore».

Queste hanno caratteristiche che tengono conto in modo adeguato delle esigenze psico-fisiche dei minori in quanto sono dei veri e propri appartamenti in cui la madre può svolgere al meglio la sua genitorialità. Sono luoghi «dove la mamma può stare con il bambino, accompagnarlo a scuola, in ospedale se al bimbo capita qualcosa. Naturalmente con tutti i controlli dovuti

Sono strutture tali da consentire agli ospiti una vita quotidiana ispirata ai modelli familiari; ospitano non oltre 6 nuclei di genitori con prole; sono previsti spazi ampi per consentire gli incontri personali, gli incontri e i contatti con i figli e familiari per favorire il ripristino dei legami affettivi

Mentre le case famiglia protette sono sottoposte alla responsabilità degli enti locali o privati, escludendo ogni onere al Ministero della Giustizia, gli Icam sono sotto responsabilità del Dipartimento di amministrazione penitenziaria, e godono, quindi, dello stanziamento di fondi del Dipartimento.

BIBLIOGRAFIA

- Agostini, F., Monti, F. & Girotti, S. (2011). La percezione del ruolo materno in madri detenute. *Rivista di criminologia, vittimologia e sicurezza*, 5, 2.
- Berry, M., Johnson, T., Severson, M. & Postmus, J.L. (2009). *Wives and mothers at Risk: the role*

- of marital and maternal status in criminal activity and incarceration. *Journal of contemporary social service*, 90, 293 – 300.
- Bricchetti, R. (2007). *Codice Penale e Leggi complementari. Giurisprudenza schemi e tabella. Edizione Il Sole 24 Ore, Roma.*
 - Bouregba, A. (2004). *I legami familiari alla prova del carcere. Seminario tenuto il 9-10 settembre, Milano.*
 - Cassibba, R., Luchinovich, L., Montatore, J. & Godelli, S. (2008). *La genitorialità 'reclusa': riflessioni sui vissuti dei genitori detenuti. Minori Giustizia*, 4, 150-158.
 - Hale, D.C. (1988). The impact of mothers' incarceration on the family system: Research, recommendations. *Marriage and Family Review*, 12, 143– 154.
 - Hungerford, G.P. (2005a). "Children of inmate mothers in Ohio: Executive summary", in Unpublished manuscript. In Poehlmann, J., Representations of attachment relationships in children of incarcerated mothers. *Child Development*, 76.
 - Thompson, P.J. & Harm, N.J. (1995). Parent education for mothers in prison. *Pediatric Nursing*, 21, 552–555.
 - Poehlmann, J. (2005a). Representations of attachment relationships in children of incarcerated mothers. *Child Development*, 76, 679–696.
 - Hinshaw, S.P. (2005). The Stigmatization of Mental Illness in Children and Parents: Developmental Issues, Family Concerns, and Research Needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 714-734.
 - Boss, P. (2007). Ambiguous Loss Theory: Challenges for Scholars and Practitioners. *Family Relations*, 56, 105–111.
 - Johnston, D. (1995). The care and placement of prisoners' children. In Gabel, K., Johnston, D. (Ed.), *Children of incarcerated parents* (pp. 103-123). Lexington Books.
 - Koban, L. A. (1983). Parents in Prison: A Comparative Analysis of the Effects of Incarceration on the Families of Men and Women. *Research in Law, Deviance and Social Control*, 5, 171-183.
 - Mumola, C.J. (2000). *Special report: Incarcerated parents and their children.* Department of Justice, Bureau of Justice Statistic, Washington.
 - Poehlmann, J. (2005). Children's Family Environments and Intellectual Outcomes During Maternal Incarceration. *Journal of Marriage and Family*, 67, 1275–1285.
 - Dallaire, D.H. (2007). Incarcerated Mother and Father: A Comparison of Risks for Children and Families. *Family Relation Blackwell Publishing*, 56, 440-453.
 - Murray, J. & Farrington, D.P. (2008). Parental imprisonment. Long-lasting effects on boys' internalizing problems through the life course. *Development and Psychopathology*, 20, 273–290.
 - Minhyo Cho, R. (2009). Impact of maternal imprisonment on children's probability of grade retention. *Journal of Urban Economics*, 65, 11-23.
 - Margara, A., Pistacchi, P. & Santoni, S. (2005). Nuove prospettive nella teoria dell'attaccamento e tutela del rapporto genitoriale quando un genitore è detenuto. *Minori e giustizia*, 1, 87.
 - Myers, B. J., Smarsh, T. M., Amlund-Hagen, K. & Kennon, S. (1999). Children of incarcerated mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 11–25.
 - Snyder, Z.K., Carlo, T.A. & Coats-Mullins, M.M. (2001). Parenting from prison: An examination of children's visitation program at women's correctional facility. *Marriage and Family Review*, 32, 31–61.
 - Enos, S. (2001). *Mothering from the inside: Parenting in a women's prison.* State University of New York Press.
 - Dallaire, D. H. (2007). Incarcerated Mother and Father: A Comparison of Risks for Children and Families. *Family Relation Blackwell Publishing*, 56, 440-453.
 - Poehlmann, J., (2005). Children's Family Environments and Intellectual Outcomes during Maternal Incarceration. *Journal of Marriage and Family*, 67, 1275–1285.
 - Poehlmann, J., (2005a). Representations of attachment relationships in children of incarcerated mothers. *Child Development*, 76, 679–696.
 - Ronconi, S. & Zuffa, G., (2014). *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere.* Ediesse.



CHER AMI...

LA SCUOLA ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA E FENOMENOLOGIA CLINICA

La psicopatologia degli acronimi ("C'ho il Dap") è abbastanza avvilente.
S. Mellina

Lo psicopatologo viene fuori dove riesce a trovare
la continuità anche dove sembra ci siano solo roture.
G. Di Petta

La cura ha bisogno di criteri molto forti e di nessuna tecnica.
M. Armezzani

Paolo Colavero

Psicologo e psicoterapeuta individuale
e di gruppo, psicopatologo di
formazione fenomenologica

Professore a contratto Università
D'Annunzio Chieti-Pescara

Consulente psicologo UOC Oncoematologia
Pediatria 'Ass. Per un sorriso in più',
Ospedale Vito Fazzi, ASL Lecce

RIASSUNTO

Il presente lavoro analizza l'origine della scuola italiana di Psicopatologia Fenomenologica. Partendo dalla fondazione europea della psichiatria fenomenologica, avvenuta a Zurigo nel 1922, l'autore si propone, anche attraverso la scansione in generazioni, di fornire una veloce ma completa disanima del percorso di uomini e idee della psicopatologia fenomenologica italiana, percorso che ha visto la luce nei manicomi e che, anche grazie a una decisa

apertura agli psicologi e al pensiero psicoanalitico, ha portato attualmente allo sviluppo di un innovativo indirizzo di ricerca e psicoterapia.

PAROLE CHIAVE

Fenomenologia, psicopatologia, psicoterapia.

VENTESIMO SECOLO. PANORAMA DELLE IDEE.

Sono due le principali scuole di pensiero che hanno attraversato, modificandolo, il XX° secolo e sono

giunte sino ai nostri giorni.

Due scuole di pensiero che hanno condizionato e condizionano la vita culturale, scientifica e sociale dell'Europa e dell'intero pianeta. Stiamo naturalmente parlando della psicoanalisi e della fenomenologia, e quindi di Sigmund Freud e di Edmund Husserl. Al netto dei non semplici rapporti tra le due scuole, vale qui la pena solo ricordare in quale ricco *humus* di pensiero (filosofico e storico, geografico e culturale) le due scuole hanno preso avvio e quindi sempre maggiore forza con il passare dei decenni.

La psicoanalisi è nata sulla base della pratica clinica (pazienti nevrotici visitati in studio), della cultura (medica), degli studi e dei viaggi (su tutti la visita alla Salpêtrière di Charcot) del suo fondatore, si è da subito rivolta alla cura dei pazienti, al trattamento in particolare delle isteriche e dei casi di nevrosi che afferrivano in Berggasse 19, a Vienna, alla ricerca del senso ultimo che il sintomo nevrotico poteva avere per la singola persona e per la singola storia di vita, attraverso un metodo geniale e innovativo.

La fenomenologia ha avuto un'altra origine, più prettamente filosofica.

Di nazionalità austriaca e di religione ebraica come Freud, Edmund Husserl era un filosofo e matematico che si era formato in diverse università (Lipsia, Berlino e quindi Vienna, dove frequenterà i corsi del filosofo Franz Brentano) e che aveva votato la propria ricerca allo smantellamento del pensiero positivista e dello psicologista e quindi allo studio delle basi del conoscere, ovvero al modo in cui le cose appaiono al soggetto divenendo così fenomeni, ciò che Held (1999) definisce: "Ciò che appare nel suo apparire". Di questa ricerca aveva fatto una missione e una filosofia, la fenomenologia, il cui oggetto è ciò che si dà nell'immediatezza dell'esperienza umana e il cui scopo è tornare alla "cosa stessa", cioè al dato di coscienza.

Alla base di entrambe le scuole di pensiero troviamo alcuni fattori comuni, tra i quali l'*humus* culturale ebraico di partenza, la curiosità senza fine per le questioni umane e della natura e quindi una profonda attenzione al soggettivo, al vissuto, quale fonte e ispirazione del senso, quale unico luogo in

cui rintracciare ciò che davvero conta: l'esperienza personale (del sintomo, del mondo, della cosa o della propria storia di vita).

Nelle sue opere, Freud ogni tanto si scusa con i propri lettori per il tono familiare che nel suo scrivere è spesso costretto ad usare, ma, affermava essere la natura stessa del problema (la vita dei pazienti) a costringerlo a scrivere in modo spesso semplice e familiare.

Per Husserl invece, l'aderenza all'esperienza del soggetto, non è un orpello stilistico cui ci si deve adattare, bensì l'unica strada per accostarsi al modo in cui il soggetto fa esperienza delle cose. Così, a differenza della psicoanalisi, per la quale è il sogno la via regia per giungere all'inconscio, per la fenomenologia è l'accurata descrizione dell'esperienza soggettiva – e la ricerca del suo fondamento – la strada obbligata per giungere al fenomeno, alla cosa stessa.

La ricerca del senso, che non può essere che soggettivo, come afferma Fausto Petrella (1996), rappresenta il collante vero tra le due scuole di pensiero che devono e possono essere riunite in un unico sforzo ermeneutico a partire dal comune sguardo clinico, grazie alla ricerca sul senso dei sintomi e delle esperienze patologiche.

JASPERS. PER UNA CLINICA FENOMENOLOGICA

Come detto, per quanto riguarda la psicoanalisi la strada di ampliamento e di sviluppo di teorie e pratiche è stata sin dal primo momento quella clinica; per quel che riguarda la fenomenologia, è a partire dalla pubblicazione della *Psicopatologia Generale* (1913) di Karl Jaspers (giunta da poco e ancora 'giovane' al traguardo del centenario dalla prima edizione e ristampata in Italia con un nuovo saggio introduttivo del filosofo Federico Leoni che si va ad aggiungere a quello classico di Umberto Galimberti) che la disciplina fondata da Husserl diviene la base per una pratica clinica.

Jaspers inaugura il metodo fenomenologico nell'indagine psicopatologia. Al centro del discorso jaspersiano sta il vissuto e l'esperienza che il paziente fa dei propri 'sintomi' e quindi del proprio mondo (l'esperienza del paziente diviene così la



'cosa stessa' dello psicopatologo fenomenologo), esperienza dalla quale il ricercatore e il clinico devono partire, e alla quale si può giungere tramite lo strumento dell'empatia. Separando una volta per tutte lo spiegare (la ricerca delle cause, proprio delle scienze della natura) dal comprendere (la ricerca del significato personale, proprio delle scienze dell'uomo), Jaspers così afferma: "Noi vogliamo sapere che cosa provano gli esseri umani nelle loro esperienze e come le vivono" (1913, 2).

ZURIGO 1922. LA NASCITA DEL MOVIMENTO FENOMENOLOGICO IN PSICHIATRIA

È con Jaspers quindi che le implicazioni terapeutiche della fenomenologia e del metodo fenomenologico sono esplicitate e divengono quindi chiare. Ma è il 1922 l'anno della nascita del movimento fenomenologico in psichiatria. Quell'anno si incontrano infatti a Zurigo, in occasione del 63mo Congresso della Società Elvetica di Psichiatria, quattro nomi importanti del panorama europeo, stiamo parlando di L. Binswanger, E. Minkowski, E. Straus e V. Von Gebsattel. A Zurigo portano differenti relazioni, tutte però afferenti e riguardanti il contributo della fenomenologia alla psichiatria, alla psicopatologia e quindi alla cura della malattia mentale. In particolare, la relazione di Binswanger, intitolata *Sulla fenomenologia* (*Über Phänomenologie*), pubblicata in Italia nel 1970 all'interno della raccolta di scritti 'Per un'antropologia fenomenologica' (Feltrinelli), rappresenta l'avvio su scala continentale della riflessione sull'apporto della fenomenologia alla clinica e alla cura.

Si fonda così a Zurigo un movimento che vede nella 'Psicologia del Patologico' la propria bussola, ovvero nella ricerca della 'norma patologica' che può dar luce al mondo vissuto dei pazienti e nello studio quindi delle 'condizioni di possibilità' dei fenomeni abnormi.

DENTRO LE MURA. LA SCUOLA ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA

Il pensiero illuminista, curioso del paziente e delle sue esperienze di fronte e da dentro la follia, era già presente in Italia, anche se unicamente fuori dall'accademia.

Vi erano infatti già dagli anni Venti del Novecento alcuni psichiatri che avevano avviato un filone di ricerca personale sulla psicopatologia del paziente psicotico, avendo a che fare con pazienti gravi e gravissimi ospiti delle strutture asilari che gestivano o nelle quali si trovavano a lavorare.

Stiamo parlando qui della 'prima generazione' della psicopatologia fenomenologica italiana, ovvero di Enrico G. Morselli, Danilo Cargnello e Ferdinando Barison, che lavoravano rispettivamente a Novara, Sondrio e Padova (cfr. Di Petta, Cangioti, Rossi Monti 2014). I capostipiti della Scuola Psicopatologica e Fenomenologica italiana lavorano tutti in manicomio, ma sono ricordati per alcune particolarità e per il contributo diverso che hanno dato alla nascita, appunto, della Scuola italiana.

In particolare, Morselli è conosciuto per i suoi studi e la sua esperienza di intossicazione da mescalina (1962, 2016) e per il caso Elena, prima testimonianza clinica di grande valore all'interno della scena italiana, caso ancora oggi studiato e tenuto in grande considerazione dagli attuali clinici (cfr. Ferro et al., 2016).

Cargnello è stimato per aver introdotto in Italia alcune opere e il pensiero di L. Binswanger, di cui è un riconosciuto e acuto interprete. Il suo lavoro più conosciuto, nel quale analizza e ridefinisce il pensiero binswangeriano, *Alterità e alienità*, edito nel 1961 (da poco uscito in una nuova edizione da Fioriti e tradotto e pubblicato in francese nel 2016 – il testo francese contiene, tra l'altro, una preziosa, utile e curatissima prefazione sulla Scuola Italiana di Psicopatologia e sui suoi maggiori interpreti a cura di Laurent Feneyrou).

Barison è conosciuto per essere stato il fondatore della cosiddetta 'Scuola Veneta' della fenomenologia italiana, quella più prossima al pensiero psicoanalitico e al suo contributo in psicopatologia (anche per la vicinanza all'ambiente veneziano, nel quale lavoravano nomi come Boccanegra e sino a poco fa il compianto Salomon Resnik). Barison è stato anche il fondatore e animatore della rivista 'Psichiatria generale dell'età evolutiva', che ha da poco terminato le stampe.

La seconda generazione della psicopatologia fenomenologica italiana ha per protagonisti alcuni

degli allievi degli psicopatologi alienisti della prima generazione, ma non solo. Nomi come Arnaldo Ballerini (Firenze), Franco Basaglia (Gorizia e Trieste), Eugenio Borgna (Novara), Bruno Callieri (Roma), Lorenzo Calvi (Lecco), Luciano Del Pistoia (Lucca), Filippo Maria Ferro (Roma e Chieti), Giovanni Gozzetti (Padova), Carlo Maggini (Parma) e Clara Muscatello (Bologna) rappresentano la generazione che più ha contribuito, in numero di relazioni a convegni, articoli, monografie e impegno clinico a che la Scuola Italiana di Psicopatologia fenomenologica fosse conosciuta in Europa e riconosciuta come una delle più vivaci e rigorose voci della psichiatria e psicopatologia mondiale.

Alcuni fattori accomunano tutti, o quasi, i protagonisti della seconda generazione e cioè: la comune formazione neurologica di base, la mancanza di riconoscimento accademico, la frequenza e il lavoro svolto nei manicomi prima e quindi nella dismissione degli stessi e nella creazione dei servizi territoriali (Mario Tobino li avrebbe definiti 'novatori'), la continua frequentazione dei convegni continentali e quindi il rapporto privilegiato con i colleghi stranieri (francesi e tedeschi su tutti) e l'apertura (non di tutti e naturalmente non con la medesima sensibilità) verso filosofi fenomenologi (tra i quali possiamo qui citare Enzo Paci, Umberto Galimberti, Carlo Sini, Roberta De Monticelli) e psicoanalisti (Fausto Petrella, Solomon Resnik e Corrado Pontalti), figure amiche che affiancheranno il loro prezioso contributo alla ricerca clinica dei nostri.

Nel 1988, Lorenzo Calvi, allievo diretto e collaboratore di Danilo Cargnello, con il quale aveva lavorato e studiato a Sondrio, stanco e deluso dalla poca comunicazione che si aveva con i colleghi soprattutto stranieri, fonda la rivista 'Comprendre', con l'intento dichiarato di fungere da collante tra i colleghi psicopatologi sparsi per l'Europa:

"Cher ami, ce n'est pas là une nouvelle revue, mais un moyen rapide de communication entre tous ceux qui aiment l'anthropologie phénoménologique. On ne sait pas encore si ceux-ci sont nombreux, mais il existe certainement des savants isolée ou de petite groupes gardant dans leurs pensées les thèmes et les méthodes de l'anthropologie phénoménologique. Pour quelques-uns

d'entre eux c'est peut-être le regret d'une ancienne passion, pour d'autres un intérêt actuel, pour d'autres l'engagement culturel de la main gauche, pour d'autres encore de la main droite" (Calvi, *Comprendre* 1/ 1988). Qualche anno dopo Arnaldo Ballerini, con lo stesso intento, a capo di una pattuglia di giovani e meno giovani colleghi, fonda la Società Italiana per la Psicopatologia. Siamo nel 1994, anno cruciale questo perché rappresenta, al netto della stima e in qualche caso vera amicizia che già li legava, la fine dell'isolamento della maggior parte delle figure della seconda generazione italiana, riunite ora dalla comune appartenenza alla stessa società scientifica:

*"Quella sera a Folgaria tutto ci ribollì finalmente dentro e decidemmo quindi di fondare la Società Italiana di Psicopatologia per cercare di recuperare l'attenzione su questa disciplina chiedendo la partecipazione di un piccolo gruppo di soci "fondatori", da Bruno Callieri (che ne fu il Presidente Onorario), alla Clara Muscatello ed altri ancora. E poco influì il fatto che un anno dopo fosse opportuno modificare il nome in Società Italiana per la Psicopatologia. Qualche anno dopo la raffinata rivista *Comprendre*, fondata da Lorenzo Calvi quale lettera ciclostilata entre des amis, ne divenne l'organo ufficiale"* (Ballerini, 16.1.2011).

'Comprendre' diventa presto l'Organo ufficiale della Società, continuando nella sua missione culturale di ospitare i più autorevoli contributi della psicopatologia italiana ed europea e di connetterne così le voci e le idee.

Nell'anno 2000 la Società si fa promotrice di un Corso di Psicopatologia, che è attualmente alla sua diciottesima edizione continuativa, ovvero il Corso Residenziale di Psicopatologia Fenomenologica 'Arnaldo Ballerini', occasione che dà il via alla cosiddetta Scuola di Psicopatologia Fenomenologica di Figline Valdarno (il corso si tiene per i primi anni a Pistoia e si trasferisce quindi nel Valdarno, zona di elezione affettivo-lavorativa di Arnaldo Ballerini che vi si era trasferito dopo il lavoro di smantellamento del celeberrimo Manicomio San Salvi di Firenze).

Il Corso, che ha visto passare ogni anno le maggiori figure e personalità della psicopatologia, psicoanalisi e fenomenologia filosofica italiane, ha ospitato ogni anno un collega proveniente dall'estero (come



ad esempio G. Charbonneau – Francia, M. Musalek – Austria, G. Messas – Brasile, A. Dimoupoulos – Regno Unito, F. Madioni – Svizzera), ha goduto sin dalla sua fondazione della costante presenza e del pensiero vivace di Arnaldo Ballerini, vero e proprio animatore del Corso, insieme a Gilberto Di Petta e Giampaolo Di Piazza, che negli ultimi dieci anni gli hanno dato man forte nella programmazione e nell'attuazione delle giornate seminariali.

Dopo il doloroso addio a Bruno Callieri, Giovanni Gozzetti, Arnaldo Ballerini e più recentemente Lorenzo Calvi, la Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica ha oggi in Filippo Maria Ferro suo Presidente Onorario, in Gilberto Di Petta il suo Presidente e in Giampaolo Di Piazza il Vice Presidente; nel 2015 poi, con l'obiettivo di tenere un più visibile filo di contatto con gli allievi di Figline, giovani psicologi e psichiatri, è stata fondata la Sezione Giovani della Società, affidata a Paolo Colavero, psicologo.

La terza generazione vede tra le sue fila alcuni allievi dei maestri della generazione precedente, insieme ad altri professionisti provenienti da storie differenti, che hanno tutti passato, e ancora passano, la propria vita professionale a contatto con i pazienti. Fanno parte di questa pattuglia nomi molto noti in Italia e all'estero come Giovanni Stanghellini e Mario Rossi Monti (allievi di Ballerini, Firenze) Ludovico Cappellari e Leonardo Meneghetti (allievi di Gozzetti, Padova), Gilberto Di Petta (allievo di Callieri, Napoli), Antonello Corrales (Roma), Giampaolo Di Piazza (Empoli), Paolo Verri (Modena e Ferrara) e Paolo Scudellari (allievo di Clara Muscatello, Bologna).

Alcuni filosofi affiancano, con i loro scritti e la loro partecipazione attiva a corsi e convegni, lo sforzo riformatore della terza generazione, tra i quali possiamo citare Roberta De Monticelli e Federico Leoni (Milano), Michele Bracco (Bari) e Maria Armezzani (quest'ultima di formazione psicologica, professoressa presso la facoltà di Psicologia di Padova).

È questa la generazione che vede la novità dell'ingresso della fenomenologia in università, soprattutto per ciò che riguarda le facoltà di Psicologia

(Giovanni Stanghellini a Chieti, cattedra di Psicologia Dinamica e Laboratorio di Fenomenologia Clinica e Mario Rossi Monti a Urbino, cattedre di Psicologia Clinica nei Servizi Psichiatrici e Psicologia Clinica II).

L'anno 2010 vede poi, anche sulla spinta dell'entusiasmo di Arnaldo Ballerini, la fondazione della Scuola di Psicoterapia e Fenomenologia Clinica SRL, società composta da diciannove soci fondatori tra cui il sottoscritto (psichiatri, psicologi e filosofi), con l'intento di ampliare l'offerta formativa nel campo della psicopatologia e della psicoterapia fenomenologico-dinamica e allo stesso tempo dare impulso alla ricerca in fenomenologia clinica.

Avuto quindi il battesimo del riconoscimento ministeriale nel 2015 (MIUR), la Società ha dato avvio al primo anno della propria Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ad indirizzo Fenomenologico-Dinamico, con sede in Firenze, giunta quest'anno al terzo anno di corso.

Il programma didattico della Scuola si caratterizza, al di là dello studio delle materie indicate dal Ministero, per l'approfondimento critico della storia e dell'attualità della psicopatologia continentale e del pensiero fenomenologico ed ermeneutico in filosofia e in psicopatologia, ed è basato sul metodo PHD – *Phenomenology, Hermeneutic, (Psycho) Dynamic* – introdotto da Giovanni Stanghellini quale passaggio dall'atteggiamento fenomenologico puramente descrittivo (P) alla ricerca del senso del sintomo per il singolo paziente e il suo mondo (H) e quindi alla questione della cura psicoterapeutica (D) (si rimanda qui al suo ultimo testo *Noi siamo un dialogo*, 2017).

Docenti della Scuola di Psicoterapia Fenomenologico-Dinamica, e del Corso Base di Psicopatologia Fenomenologica, sono alcuni tra i maggiori ricercatori italiani ed europei nel campo della fenomenologia, della psicopatologia fenomenologica e della psicoanalisi, come Giovanni Stanghellini, che è anche Direttore della Scuola, Mario Rossi Monti, Antonello Corrales, Gilberto Di Petta, Giampaolo Di Piazza, Marco Monari, Andrea Ballerini, Maria Armezzani, Federico Leoni, Andrea Raballo, Paolo

Scudellari, Corrado Pontalti etc...

La terza generazione, nel suo diversificato impegno su più fronti (quello clinico, quello accademico, quello didattico e di ricerca, fronte aperto ad altri indirizzi, su tutti naturalmente quello psicoanalitico), ha potuto così sfatare negli anni quelli che sono stati descritti come i 'peccati capitali' della psicopatologia fenomenologica italiana (Rossi Monti, Cangioti 2012), ovvero:

- la sua non trasmissibilità (e quindi l'impossibilità di essere insegnata),
- la non traducibilità dei contenuti (per lo esplicitati più in tedesco e francese),
- la sua lontananza da questioni accademiche e di potere (e quindi la distanza da indispensabili questioni didattiche e di cattedra),
- la sua non attuabilità in contesti di cura (ultimo pregiudizio che è venuto finalmente a cadere con l'approvazione definitiva di contenuti, programmi e docenti della Scuola da parte del MIUR).

La quarta generazione, quella formata oggi da giovani psicopatologi, trentenni e quarantenni, vede finalmente la presenza tra le sue fila di un alto numero di psicologi, questione questa che riporta al centro la domanda sulla cura, sulla didattica in fenomenologia e quindi sulla possibilità che la fenomenologia e la psicopatologia fenomenologica, nonché la psicoterapia di stampo fenomenologico-clinico, figlia di questa lunga epopea che ho provato a descrivere, sia insegnabile e quindi applicabile nei contesti in cui attualmente si vedono i pazienti, in cui giovani psicologi e psichiatri affrontano oggi il problema della malattia mentale e del suo senso.

Il Corso Residenziale di Figline Valdarno, il Corso Base di Psicopatologia Fenomenologica e la Scuola di Psicoterapia Fenomenologico-Dinamica, sono quindi figli di questa lunga e preziosa, irripetibile tradizione.

Sono figli di una storia che ha inizio tra le mura manicomiali europee e italiane per arrivare negli

studi e negli ambulatori dove oggi operano i giovani psicoterapeuti e psicopatologi.

Una storia che dalla curiosità filosofica per il senso delle manifestazioni morbose di pochi illuminati porta oggi alla inedita domanda di una schiera di giovani clinici e ricercatori appassionati sulla terapia, sul senso delle esperienze morbose e quindi sulla didattica fenomenologica.

BIBLIOGRAFIA

- Binswanger, L. (1970). Per un'antropologia fenomenologica. Milano: Feltrinelli.
- Calvi, L. (1988). Cher amis. Comprendre, Archive International Pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques, n. 1. Padova: La Garangola.
- Cargnello, D. (1961). Alienità e alterità. Milano: Feltrinelli.
- Cargnello, D. (a cura di Fenevrou, L.) (2016). Les formes fondamentales de la présence humaine chez Binswanger. Paris: Vrin.
- Di Petta, G., Cangioti, F., Rossi Monti, M. (2014). L'ora del vero sentire: corpo, delirio, mondo. Roma: Fioriti.
- Di Petta, G., Tittarelli, D. (a cura di) (2016). Le psicosi sintetiche. Roma: Fioriti.
- Ferro, F. M. (2016). Un'altra volta ancora. Roma: Fioriti.
- Held, K. (1999). La fenomenologia di Husserl. www.youtube.com/watch?v=80xys5SKLhY.
- Jaspers, K. (2000). Psicopatologia generale. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Morselli, E. G., Callieri, B., et al. (1962). Le psicosi sperimentali. Milano: Feltrinelli.
- Petrella, F., Ballerini, A. et al. (1996). Ancora la psicopatologia. ATQUE n. 13. Bergamo: Moretti e Vitali.
- Rossi Monti, M., Cangioti, F. (2012). Maestri senza cattedra. Torino: Antigone.
- Stanghellini, G. (2017). Noi siamo un dialogo. Milano: Cortina.

ERRATA CORRIGE: IL PRESENTE CONTRIBUTO È VALIDO COME PUBBLICAZIONE SUL NUMERO DI GIUGNO 2018.



PSICOANALISI E PSICOEVOLUZIONE

PROCESSI E STADI EVOLUTIVI

Massimo Frateschi

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

RIASSUNTO

L'autore presenta un quadro introduttivo dell'orientamento psicodinamico psicoevolutionista, a partire da alcuni concetti fondamentali psicoanalitici di Sigmund Freud fino alla psicoanalisi contemporanea, sul filo conduttore dei processi e degli stadi evolutivi, e in particolare, configurando la nuova prospettiva della psicoevoluzione. Le ricerche e le scoperte degli ultimi decenni, da un lato confermano il valore e la solidità dei principi fondanti la psicologia psicodinamica e la psicoanalisi del secolo precedente, dall'altro promuovono modelli scientifici e tecnici contemporanei da sviluppare nel secolo attuale.

PAROLE CHIAVE

Psicodinamica, Psicoanalisi, Psicoevoluzione.

Gli studi e le ricerche sui processi e sugli stadi evolutivi degli esseri umani nel campo psicodinamico progrediscono continuamente.

Freud nel 1925, nella sua opera *Inibizione, sintomo e angoscia*, ha affermato che: "Tra la vita intrauterina e la prima infanzia vi è molta più continuità di quel che non ci lasci credere la cesura dell'atto della nascita. L'oggetto materno psichico sostituisce per il bambino la situazione fetale biologica. Non per questo possiamo però dimenticare che nella vita intrauterina la madre non era oggetto e che allora di "oggetti" non ce n'erano. I progressi

nell'evoluzione del bambino, l'accresciuta sua indipendenza, la più netta articolazione del suo apparato psichico in diverse istanze, l'insorgere di nuovi bisogni, non possono non influire sul contenuto della situazione di pericolo" (Freud S., 1925).

Zetzel E., Meissner W. W., (1973) sostengono che: "l'ipotesi evolutiva in psicoanalisi può essere espressa in una serie di proposizioni interconnesse. La teoria psicoanalitica del processo evolutivo la considera come il risultato di due fattori interagenti, forze organiche intrinseche di maturazione, che sono antecedenti all'esperienza e da essa indipendenti, e un fattore esperienziale basato sull'apprendimento, sull'addestramento o su altre forme d'influenza ambientale o stimolazione.

Le forze intrinseche comprendono sia le spinte pulsionali che cercano costantemente una scarica immediata e diretta, sia le strutture che controllano e regolano le pulsioni, che cioè sono preposte a ritardare la scarica pulsionale e a mantenere lo stato di tensione. Il ruolo dell'esperienza nel modellare e modificare lo sviluppo del comportamento è quello di mettere in grado l'individuo di apprendere l'uso di oggetti sostitutivi e di mete alternative nell'espressione e nella gratificazione di un istinto. La disponibilità di mezzi e mete multiple per la scarica della pulsione permette di rinviare la gratificazione e di ricercare alternative che soddisfino la pulsione e siano adeguate alle richieste della realtà. Il processo evolutivo ha luogo

in fasi discontinue e qualitativamente distinte. Nel processo evolutivo c'è una transizione dal prevalere della primitiva organizzazione del comportamento a forme di organizzazione più mature, più avanzate e meglio differenziate. L'organizzazione maggiormente sviluppata del processo secondario è costituita da strutture regolatrici delle pulsioni le cui funzioni relativamente autonome sono richieste per accrescere al massimo l'equilibrio adattivo tra derivati pulsionali e fattori della realtà. Le forme più infantili e primitive di organizzazione comportamentale non sono sostituite da forme sviluppatesi in un periodo successivo, ma rimangono potenzialmente attive per mezzo dell'incorporazione e dell'integrazione in modelli di organizzazione posteriori maggiormente sviluppati e differenziati.

La nozione di zone pulsionali e le modalità di attività con esse correlate sono molto utili nel concettualizzare queste sequenze evolutive. Tutte le zone pulsionali hanno i loro rispettivi modi di funzionamento: ciò è determinato chiaramente dalla meccanica delle operazioni che esse compiono (l'ano, ad esempio, elimina e trattiene). La qualità distintiva delle spinte pulsionali deriva dai modelli funzionali dei loro rispettivi modi.

Durante il corso della maturazione, gli spostamenti epigenetici da zona a zona sono compiuti da spostamenti dell'investimento, i quali producono una sempre crescente differenziazione delle spinte pulsionali, che è antecedente all'esperienza e quindi non specificamente determinata da essa. Quando la modalità pulsionale raggiunge la sua fase specifica d'influenza epigenetica, l'accumulo dell'esperienza agisce in maniera da generalizzare il modo particolare cosicché le sue caratteristiche si estendono ad altre zone e comportamenti; così il modo ritentivo della fase anale può essere esteso al comportamento manipolativo dando ad esso una qualità possessiva, ritentiva e dell'afferrare. Così l'allontanamento delle modalità dalle loro rispettive zone le trasforma gradualmente da derivati delle pulsioni in modi di azione disponibili per un'attività adattiva e intenzionale; tali comportamenti adattivi sono soggetti all'apprendimento e

all'esperienza, in modo che la separazione progressiva della zona e della modalità è dovuta in parte all'influenza modificata dell'esperienza.

Queste asserzioni e questi processi hanno oggi un'importanza fondamentale per la teoria e i lavori psicoanalitici. La conoscenza psicoanalitica del comportamento e della psicopatologia è intrinsecamente una conoscenza genetica. Essa approfondisce la sua capacità di intuizione per mezzo della comprensione delle radici genetiche del comportamento non soltanto come realtà storiche, ma specificamente come realtà psicologiche attuali. Comprende puramente l'azione causale di fattori innati e di esperienze precedenti come parti del passato del paziente, ma cerca di capire i residui storici, in quanto rappresentano aspetti ed elementi della realtà psicologica e dell'organizzazione psichica attuale del paziente. Tale conoscenza genetica è l'obiettivo non solo della teoria ma anche della tecnica psicoanalitica" (Zetzel E., Meissner W. W., 1973).

Una tesi psicodinamica genetica della psicoevoluzione delinea che: "Nella specie umana il corredo psico-bio-fisiologico genetico, strutturante un essere, è una totalità dinamica organizzata e attiva fin dai primordi della vita intrauterina. Nello stadio fetale, l'essere può riuscire a vivere e crescere sano, sulla base di intercorrelazioni multiple, simultanee e successive, di sistemi complessi anatomici, fisiologici, biologici e psicologici. Infatti, già ad un livello elementare anatomico, gli organismi animali pluricellulari hanno un piano gerarchico costruttivo" (Frateschi, 2012), "... lo spazio-tempo della nascita dell'essere umano, con l'uscita dal mondo campo organismo madre e con il proprio modo affettivo di entrare per la prima volta nel mondo, determina il fenomeno vitale multiplo simultaneo successivo soggettivo dell'essere-gettato nel mondo. Ogni nascita di un essere umano è unica, propria e irripetibile, ed è iscritta nel mondo campo organismo soggettivo per il futuro della vita psico-bio-sociale, ..." (Frateschi M., 2014). Con questa premessa, si apre un quadro di riferimento teorico, metodologico e pragmatico, da sviluppare con un primo



tipo di metodi e tecniche contemplati e previsti, nell'ambito della psicoevoluzione per la salute ed il benessere in ogni stadio di evoluzione umana: "La prevenzione psicoevolutionista primaria, secondaria e terziaria prende in considerazione, osserva, studia, analizza ed interpreta i fenomeni e gli eventi significativi essenziali del mondo interno in rapporto al mondo esterno in ogni stadio della evoluzione dell'essere umano, rispetto ad ogni condizione normale, psicomicrotraumatica e psicotraumatica, subclinica o psicopatologica" (Frateschi M., 2013). Inoltre, si può affermare che: "Le configurazioni cliniche psicodiagnostiche e psicoterapeutiche nell'orientamento psicodinamico possono comprendere concetti descrittivi ed esplicativi analizzati e rielaborati utilmente, per favorire un profilo di evoluzione psicologica del soggetto e per promuovere la sua condizione di salute e benessere umano" (Frateschi M., 2018).

Gabbard sulle considerazioni evolutive dice: "In qualche modo tutte le teorie psicoanalitiche sono basate su una logica evolutiva. Come la teoria psicoanalitica si è evoluta dall'enfasi sulle pulsioni, le difese e il conflitto intrapsichico all'interesse verso il Sé, l'oggetto e le relazioni, così ha fatto la ricerca dei modelli evolutivi. Le prime teorie dello sviluppo associate con la psicologia dell'Io si concentravano sulle zone libidiche ed erano principalmente ricostruzioni dello sviluppo nei primi anni di vita attraverso il lavoro psicoanalitico con gli adulti.

Il contributo di Anna Freud è fondamentale per lo studio e l'osservazione dei processi e degli stadi evolutivi. Infatti, Anna Freud (1936) afferma che: "Il principio sovrano che governa i processi psichici è il raggiungimento del piacere. Nell'Io invece l'associazione di idee è soggetta a delle condizioni severe, al cui insieme diamo il nome di processo secondario; inoltre gli impulsi istintuali non possono più tendere così senz'altro ad una soddisfazione; sono tenuti a rispettare le esigenze della realtà e ancor più a confondersi alle leggi etiche e morali con cui il Super-Io cerca di controllare il comportamento dell'Io.

Questi impulsi perciò corrono il rischio di non essere accettati dalle istanze che sono fondamentalmente loro aliene, di essere criticati, respinti e costretti ad ogni sorta di modificazioni. Le relazioni pacifiche tra le potenze confinanti sono giunte al termine. Gli impulsi istintuali, con la tenacità e l'energia a loro proprie, perseverano nello scopo ed effettuano delle incursioni ostili nell'Io, attaccandolo di sorpresa nella speranza di sopraffarlo. L'Io dal canto suo diffida e si porta al contrattacco invadendo il campo dell'Es: suo scopo è di mettere fuori combattimento in modo definitivo gli istinti, con appropriate misure difensive tendenti a proteggere i propri confini.

Il quadro di questi progetti, che ci viene trasmesso dall'Io per mezzo della sua facoltà di osservazione, è in realtà molto più complesso, ma nello stesso tempo molto più istruttivo. Esso ci dà la possibilità di osservare contemporaneamente le due istanze psichiche in azione: non vediamo più una pulsione dell'Es genuina, bensì modificata da certe misure difensive adottate dall'Io. Il compito dell'analista, in veste di osservatore, sarà quello di scomporre il quadro, che è l'immagine del compromesso tra le due differenti istanze, nelle parti che lo compongono, e cioè, Es, Io ed eventualmente Super-Io".

Erickson (1959), sulla scia di Hartmann, ha tentato di inserire il conflitto psichico nel tessuto più ampio della psicologia dell'Io. Ha focalizzato l'attenzione sulle problematiche psicosociali dell'ambiente, scelta che gli ha consentito di elaborare uno schema evolutivo epigenetico secondo il quale ogni fase è caratterizzata da una crisi psicosociale. Durante la fase orale dello sviluppo, per esempio, il bambino deve affrontare la lotta tra la fiducia di base e la sfiducia di base. La crisi della fase anale riguarda l'autonomia contrapposta alla vergogna e al dubbio. Durante la fase fallica-edipica, il bambino è alle prese con l'iniziativa contrapposta alla colpa" (Gabbard G.O., 2005).

Lingiardi e Madeddu affermano che: "... Su questi temi, può essere interessante riportare le riflessioni di Fonagy e collaboratori (1995). È importante identificare alcune idee evolutive generali (per

esempio le posizioni schizo-paranoide e depressiva della Klein, o l'attaccamento di Bowlby). Oltre a queste generalizzazioni, sono necessari concetti relativi a fasi più avanzate dello sviluppo per rendere ragione dell'impatto degli eventi ambientali e intrapsichici che influenzano profondamente la traiettoria evolutiva ben oltre i quattro anni di età" (Lingiardi V., Madeddu F., 2002).

L'orientamento psicodinamico psicoevoluzionista ha sviluppato e approfondito temi relativi ai concetti psicoanalitici classici e fondamentali di fasi/stadi evolutivi e processi dinamici evolutivi di Freud S., Freud A., Klein M., ecc., con una graduale estensione sui temi clinici, psicopatologici e psicoterapeutici, e, per una parte di questi temi, con Bowlby J., 1957, Wolff P. H., 1963, Ainsworth M. D. S., 1967, in quanto, per questi autori il bambino possiede predisposizioni e capacità percettive, motorie e sociali innate, trasmesse attraverso il patrimonio genetico, risultanti da adattamenti evolutivi di specie, che risultano utili nell'interazione con gli altri esseri umani: per esempio, comportamenti comunicativi come il pianto, il sorriso, la vocalizzazione, e modelli percettivi come il volto, e la voce umana" (Frateschi M., 2017).

Riprendendo Zetzel E., Meissner W. W. sull'ipotesi evolutiva: "Così non vi è aspetto della teoria psicoanalitica evolutiva in cui non abbiano posto i contributi rispettivi dei fattori innati ed esperienziali. Il processo evolutivo è impostato nei termini del loro complesso rapporto reciproco e della loro mutua interazione e determinazione. Sin dai primissimi stadi dello sviluppo, l'esperienza, in particolare nella forma di relazioni oggettuali, modula e modifica il modello delle forze evolutive innate; in corrispondenza ad ogni livello di sviluppo fattori costituzionali innati pongono le condizioni e contribuiscono a modellare l'esperienza; il rapporto reciproco dei fattori dà origine agli stadi dello sviluppo psicosessuale e psicosociale in un modello di crescita che non potrebbe essere definito meglio che col termine "epigenesi" usato da Erikson. L'organismo obbedisce alle leggi interne che comandano che un organo debba essere formato

dopo un altro, che un elemento del bagaglio comportamentale debba essere creato dopo un altro. Nel pensiero psicoanalitico contemporaneo è molto sottolineata l'importanza dell'adattamento, che viene considerato come uno dei più fondamentali presupposti meta psicologici della teoria psicoanalitica. La capacità di adattamento è ritenuta una funzione del livello evolutivo di pensiero del processo secondario. Nel suo scritto del 1911 sulle funzioni psichiche Freud osservava: "Con questa instaurazione del principio di realtà è stato compiuto un passo denso di conseguenze. In primo luogo le nuove esigenze hanno reso necessaria tutta una serie di adattamenti dell'apparato psichico..." (Freud, 1911, pp. 454).

Si ritiene che Hartmann nel suo *Psicologia dell'lo e problema dell'adattamento* (1958), abbia introdotto l'adattamento come attributo primario delle funzioni psichiche. Ma è chiaro non solo che Freud usò il termine "adattamento", ma che esso era implicito in molte delle sue formulazioni. Nel libro sull'interpretazione dei sogni egli fece molte affermazioni secondo cui era implicito che lo sviluppo psichico comprende cambiamenti di natura adattiva. Freud si occupò anche del sorgere del processo secondario in termini implicitamente adattivi" (Zetzel E., Meissner W. W., 1973)

Le ricerche e gli studi della psicoevoluzione negli ultimi trent'anni configurano l'attenzione all'origine psicologica nella specie umana, dall'embrione umano al neonato (Frateschi M., 1988-1989, 2012).

Dalla nascita fino ai primi due mesi di vita, il bambino vive in un mondo in cui nessuna parte è vista come distinta con precisione, non vi sono oggetti interni differenziati obiettivamente; ma, probabilmente, non esiste un solo spazio, bensì degli *spazi parte* nel campo organismo che si accrescono gradualmente in complessità. Il tempo potrebbe essere una successione vissuta di percezioni, sensazioni, emozioni, movimenti, senza riuscire a percepire la successione stessa. Il tempo relativo, vissuto dal neonato negli stati di sonno è maggiore di quello vissuto negli stati di veglia; il neonato è protetto dalle stimolazioni eccessive



(Frateschi M., 2012).

Successivamente il bambino evolve non solo in uno spazio-tempo oggettivo dettato dal mondo esterno, ma, particolarmente, in uno spazio-tempo soggettivo del mondo interno. Quindi, l'essere umano progressivamente è in grado di intuire e interiorizzare il proprio essere soggetto-oggetto, spazio-tempo, mondo interno - mondo esterno. La successione costante, continua e discontinua, degli eventi del mondo interno - mondo esterno è in correlazione con i fenomeni multipli simultanei. Centrale, quindi, è il paradigma della psicoevoluzione sulla base di struttura, funzionamento, processi e stadi di evoluzione umana. La mia scoperta della psicoevoluzione, è sintetizzata nella definizione: "La psicoevoluzione è lo studio, la ricerca scientifica e l'applicazione nei campi della psicologia e della psicodinamica comprendente le teorie scientifiche che spiegano le leggi dell'evoluzione per ogni fenomeno, qualità, oggetto e forma, dal mondo inorganico al mondo organico, dalla realtà all'immaginazione, in ogni spazio e tempo" (Frateschi M., 1989).

Occorre precisare che la psicoevoluzione è una scienza nell'area della psicologia. Psico è la prima parte della parola, che indica esattamente l'origine all'interno del sapere, della scienza e della conoscenza psicologica; evoluzione è la seconda parte della parola, che si riferisce allo sviluppo del sapere, della scienza e della conoscenza, in generale, dell'evoluzione degli organismi ed esseri viventi, in particolare, dell'evoluzione degli esseri umani. Ogni processo, stadio, fenomeno, evento, viene analizzato da un punto di vista psicologico psicodinamico; la psicoevoluzione, si articola, infatti, su una metodologia ad orientamento psicodinamico, composta da una complessa e rigorosa analisi, valutazione, elaborazione ed interpretazione di conoscenze" (Frateschi M., 2012).

Freud S. (1925) rivela che: "La tesi di Rank, che all'inizio era anche la mia, secondo la quale l'affetto d'angoscia è una conseguenza del processo della nascita e una ripetizione della situazione vissuta allora, rese necessario un riesame del problema dell'angoscia. Con la concezione rankiana della

nascita come trauma, della condizione angosciosa come reazione di scarica ad esso, e di ogni nuovo affetto d'angoscia come tentativo di "abreagire" il trauma in modo sempre più completo, non ho certo fatto grandi passi in avanti. Divenne necessario risalire dalla reazione d'angoscia alla situazione di pericolo che le stava dietro. Con l'introduzione di questo fattore la trattazione si arricchì di nuovi punti di vista. La nascita diventò il modello di tutte le successive situazioni di pericolo, subentranti nelle nuove condizioni della mutata forma d'esistenza e della progressiva evoluzione psichica. Il suo significato specifico fu però anche limitato a questa relazione esemplare con il pericolo.

L'angoscia provata alla nascita divenne ora il modello di uno stato affettivo che doveva condividere il destino di altri affetti. Esso si riproduceva o automaticamente in situazioni analoghe alla sua situazione di origine, come reazione inappropriata, dopo essere stato appropriato nella situazione di pericolo; oppure l'lo otteneva potere su questo affetto e lo riproduceva esso stesso, servendosi come segnale del pericolo e come mezzo per suscitare l'intervento del meccanismo di piacere-dispiacere.

L'aspetto biologico dell'affetto di angoscia ottenne il riconoscimento che meritava giacché fu individuata nell'angoscia la reazione generale alla situazione di pericolo; la parte spettante dell'lo come sede dell'angoscia fu confermata, essendo stata assegnata all'lo la funzione di produrre l'affetto di angoscia secondo i suoi bisogni. All'angoscia, nella vita ulteriore, furono così attribuiti due "modi di origine": uno involontario, automatico, sempre giustificato dal punto di vista economico, e occorrente ogniqualvolta si fosse riprodotta una situazione di pericolo analoga a quella della nascita; l'altro, per il quale bastava la minaccia incombente di una situazione simile, perché l'lo producesse angoscia al fine di evitare quella situazione. In questo secondo caso, l'lo si sottoponeva all'angoscia come a una specie di vaccino, per sottrarsi, mediante una lieve manifestazione morbosa, a un attacco patologico non attenuato". Secondo la mia tesi psicoevoluzionista, è

necessario, che la totalità dinamica del campo organismo del neonato sia ancora prevalentemente, organizzata e funzionante, in base alle leggi 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).

Sulla differenziazione degli eventi significativi clinici rispetto a quelli subclinici, 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).

Khan (1963) nei suoi studi psicoanalitici sui bambini, si riferisce ai "traumi cumulativi" che si determinano nei bambini per l'accumularsi di stati di angoscia, di terrore e di confusione, aggravati dall'inadeguatezza dello scudo protettivo esterno dei genitori.

Nell'analisi e nel metodo psicoevolutionista "un evento psicotraumatico è un tipo di evento che causa nell'individuo un trauma psicologico di





entità e di intensità di grado moderato, grave o gravissimo, di durata varia ed estensione considerevole, con evidenza percettiva media o alta” (Frateschi M., 2007a). “L’Evento PsicoMicroTraumatico è un tipo di evento che causa nell’individuo un trauma psicologico di entità e di intensità di grado lieve o molto lieve, di durata breve ed estensione minima, con evidenza percettiva bassa. Ne consegue che gli Eventi PsicoMicroTraumatici determinano segni di sofferenza quasi impercettibili, che sommandosi potrebbero avviare i primi segni e comportamenti precursori di rischio per la salute psicologica.

Una Sequenza di Eventi PsicoMicroTraumatici Accumulati con una concatenazione progressiva specifica, originale e propria del vissuto individuale, può produrre un aumento della frequenza e della intensità del fenomeno disturbante nel soggetto, fino alla sua emersione. Da una Sequenza di Eventi PsicoMicroTraumatici Accumulati infantili possono determinarsi dei comportamenti precursori a rischio di psicopatologia” (Frateschi M., 2007b).

Brenner sviluppa il riferimento all’organismo umano di Freud, circa l’angoscia, le situazioni traumatiche e le situazioni di pericolo, ad ogni stadio di evoluzione: “... egli credeva che l’organismo umano fosse congenitamente dotato della capacità di reagire con quelle manifestazioni psicologiche e fisiche che noi chiamiamo angoscia. Egli fece notare che nell’uomo come negli animali inferiori questa capacità ha un suo preciso significato di sopravvivenza per l’individuo, almeno quando esso è nel suo stato “naturale”. Se un essere umano privo della protezione dei propri genitori potesse non essere spaventato da niente, egli ben presto sarebbe distrutto.

Nella sua nuova teoria, Freud propose di collegare la comparsa dell’angoscia a ciò che egli chiamò “situazioni traumatiche” e “situazioni di pericolo”. Egli definì le prime come situazioni in cui la psiche viene sopraffatta da un afflusso di stimoli troppo grande, sia per essere dominato sia per essere scaricato. Egli riteneva che, quando ciò si verifica, l’angoscia si sviluppi automaticamente.

Il grande interesse di Freud nella nascita, come situazione traumatica accompagnata da angoscia, consisteva evidentemente nel fatto che la nascita poteva essere vista come il prototipo di successive situazioni traumatiche psicologicamente più significative, e come tali bene inserite nelle sue nuove idee.

Nel suo lavoro Freud studiò con particolare attenzione le situazioni traumatiche che intervengono durante la prima infanzia subito dopo la nascita. Come esempio di tali situazioni scelse il seguente. Nella prima parte della vita un bambino dipende dalla madre per la gratificazione della maggior parte dei suoi bisogni corporei e per il raggiungimento della gratificazione che, in quella fase di vita, è primariamente connessa con l’appagamento dei bisogni corporei, come per esempio nell’allattamento, dove il neonato sperimenta non solo la gratificazione orale ma anche il piacere di venire sorretto, scaldato, vezzeggiato. Il bambino, prima di un certo stadio nella vita, non è in grado di raggiungere da se stesso questi piaceri, cioè queste gratificazioni istintuali. Ha bisogno della madre per essere in grado di farlo. Se, quando la madre sarà assente, il bambino prova un bisogno istintuale che può essere soddisfatto soltanto attraverso la madre, si sviluppa allora una situazione traumatica, nel senso che Freud ha dato a questa parola.

L’Io del neonato non è abbastanza sviluppato da poter posporre la gratificazione mantenendo in sospenso i propri desideri pulsionali, e allora la psiche del neonato è sopraffatta da un afflusso di stimoli. Siccome egli non può né scaricare adeguatamente né dominare questi stimoli, si sviluppa angoscia. L’inondazione di stimoli che dà luogo a questo tipo primitivo, automatico, di angoscia, è di origine interna. L’angoscia del tipo di cui si è parlato è stata chiamata a volte “angoscia dell’Es”. Questo termine al giorno d’oggi viene comunque usato di rado, perché induceva il concetto errato che l’Es fosse la sede di questo tipo di angoscia. In realtà l’idea di Freud, contenuta nell’ipotesi strutturale, era che l’Io è la sede di tutte le emozioni. Sperimentare una qualsiasi emozione è una

funzione dell'lo, e naturalmente questo deve essere vero anche per l'angoscia.

Freud riteneva anche che la tendenza, o la capacità dell'apparato mentale a reagire ad un afflusso eccessivo di stimoli nel modo sopra descritto, cioè sviluppando angoscia persista per tutta la vita. In altre parole, una situazione traumatica si può produrre a qualsiasi età. Certo, tali situazioni si producono molto più spesso nei primi tempi della vita, perché l'lo non è ancora sviluppato; quanto più l'lo è sviluppato, tanto più diviene capace di padroneggiare o di scaricare gli stimoli che gli arrivano, sia di origine interna sia di origine esterna. Quando tali stimoli non possono venire adeguatamente padroneggiati o scaricati, la situazione diventa traumatica e si sviluppa angoscia" (Brenner, 1995).

"Fra i tre e gli otto mesi si determina uno spazio unico, ma, per il bambino, lo spazio non è ancora un insieme di rapporti entro cui disporsi, come oggetto fra gli oggetti; gli oggetti sono visti, vengono presi e portati alla bocca, quindi si sviluppa la coordinazione tra gli schemi della prensione, suzione, vista.

Tra gli otto e i dodici mesi, lo «spazio prossimo» (Petter G., 1961) si allarga, perché il bambino diviene capace di spostarsi; subentra una considerazione *dei rapporti spaziali che intercorrono non solo fra il bambino e gli oggetti, ma anche fra l'uno e l'altro oggetto*. Petter afferma, altresì, che i bambini di questa età sanno togliere gli oggetti che impediscono loro di prenderne altri; sanno ritrovare oggetti nascosti sotto altri oggetti, sanno imprimere agli oggetti un movimento di rotazione, non più soltanto perché desiderano avvicinare una parte per loro visibile, ma perché sono ormai in possesso dell'idea di un «rovescio».

Il bambino evolve non solo in uno spazio-tempo oggettivo dettato dal mondo esterno, ma, particolarmente, in uno spazio-tempo soggettivo del mondo interno" (Frateschi M., 2012).

Nella natura, ogni organismo è una entità che si costruisce da sé, per interazioni costruttive interne molecolari, simultanee al riconoscimento di altre molecole (funzione teleonomica di

proteine, DNA, RNA). Nella psicoevoluzione, viene definito il concetto della *congruenza intima psicofisiobiologica* (Frateschi M., 1997) per la specie umana. Ogni organismo umano viene alimentato dal mondo esterno a partire dalle energie delle proteine fino alle energie affettive. "Già nello stadio embrionale, e poi, nello stadio fetale vengono assorbiti alimenti per la crescita biologica e psichica; il feto, quindi, assorbe e immagazzina una moltitudine di alimenti composti biologici e psichici, tali da procurare sensazioni ed emozioni primordiali congrue al grado di evoluzione. La congruenza intima dei sistemi difensivi strategici fisici e psichici è una continua e complessa interazione, per comporre le azioni e reazioni difensive psicofisiche, non in uno spazio interno senza tempo, bensì, nello spazio-tempo interno, quindi sia nella simultaneità, che nella successione dei fenomeni. Per esempio, presentandosi un'interferenza visiva nel mondo esterno, o presentandosi una perturbazione percettiva nel mondo interno, l'osservazione non potrebbe essere svolta senza un *tempo – durata*, del fenomeno o dei fenomeni; l'osservazione, tra l'altro non riguarderebbe solo l'oggetto, eventualmente presente e visto nel mondo esterno, ma anche le dimensioni interne spazio-tempo, che creano continuamente rappresentazioni mentali di figure e sfondi nel mondo interno, riguardanti parti di una autopercezione, oltre che di una percezione verso il mondo esterno. Il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo elabora sicuramente l'interferenza visiva, anche se presente per una durata di una frazione infinitesimale di tempo, perché non crei squilibri psichici, pur minimi o lievi, dando correzione immediata segnaletica agli altri sistemi complessi del campo organismo, e tendendo all'equilibrio dinamico percettivo ed emotivo" (Frateschi M., 2012).

Freud, nel 1899, espose la sua tesi sul processo primario e sul processo secondario: "Chiamerò ora il processo primario il processo psichico che è ammesso unicamente dal primo sistema; processo secondario quello che risulta dalla inibizione del secondo. Posso dare un'altra indicazione



sullo scopo che costringe il secondo sistema a correggere il processo primario. Quest'ultimo tende alla scarica dell'eccitamento per stabilire, grazie alla quantità di eccitamento così raccolta, un'identità di percezione; il processo secondario abbandona quest'intento, per accoglierne al suo posto un altro, il raggiungimento di un'identità di pensiero. L'intero atto del pensare è soltanto una via indiretta, che va dal ricordo di soddisfacimento, preso come rappresentazione finalizzata, all'investimento identico del medesimo ricordo, il quale deve essere raggiunto di nuovo passando per le esperienze motorie. Il pensiero deve interessarsi delle vie di comunicazione tra le rappresentazioni, senza lasciarsi sconcertare dalle intensità di queste. È però chiaro che le condensazioni di rappresentazioni, le formazioni intermedie e di compromesso ostacolano il raggiungimento di questa meta di identità: sostituendo una rappresentazione all'altra, allontanano dalla vita che dalla prima rappresentazione avrebbe portato oltre.

Questi processi vengono dunque accuratamente evitati nel pensiero secondario. Inoltre, non è difficile rendersi conto che il principio di dispiacere rende arduo il perseguimento dell'identità di pensiero da parte del processo ideativo, al quale peraltro offre i punti di appoggio più cospicui. La tendenza del pensiero dev'essere dunque volta ad affiancarsi sempre più dalla regolazione esclusiva operata dal principio di dispiacere e a limitare lo sviluppo di stati affettivi da parte del lavoro ideativo a un minimo, ancora utilizzabile come segnale. Sembra che questo affinamento dell'attività venga raggiunto attraverso un ulteriore sovrainvestimento, mediato dalla coscienza. Ma sappiamo che esso riesce raramente in modo completo, persino nella vita psichica normale, e che il nostro pensiero rimane sempre accessibile alla falsificazione dovuta all'ingerenza del principio di dispiacere. Ma non è questa la lacuna nella capacità funzionale del nostro apparato psichico che permette ai pensieri risultanti dal lavoro ideativo secondario di cader preda del processo psichico primario, formula, questa, con

cui possiamo ora descrivere il lavoro che porta sia al sogno sia ai sintomi isterici.

L'inadeguatezza risulta dall'incontro di due momenti determinanti della nostra storia evolutiva, uno dei quali spetta interamente all'apparato psichico e ha esercitato un'influenza decisiva sul rapporto dei due sistemi, mentre l'altro interviene in misura variabile e introduce nella vita psichica forze motrici di origine organica. Entrambi provengono dalla vita infantile e costringono un precipitato della trasformazione che il nostro organismo psichico e somatico ha subito dai tempo dell'infanzia" (Freud, 1899).

Una prospettiva di ricerca ulteriore della psicoevoluzione è nella intercorrelazione dei sistemi difensivi strategici psicologici e biologici, della loro struttura, organizzazione e funzione, della loro congruenza intima e dell'intelligenza. Piaget, riferendosi al fattore ereditario dell'intelligenza, afferma: "Quanto all'eredità dell'intelligenza come tale, ritroviamo la stessa distinzione. Da una parte un problema di struttura: l'«eredità speciale» della specie umana e delle sue «razze» particolari comporta certi livelli d'intelligenza superiori a quello delle scimmie, ecc. D'altra parte, però, l'attività funzionale della ragione (*l'ipse intellectus* che non proviene dall'esperienza) è evidentemente legata all'«eredità generale» dell'organizzazione vitale: come l'organismo non potrebbe adattarsi alle variazioni ambientali se non fosse già organizzato, così l'intelligenza non potrebbe cogliere nessun dato esteriore senza determinate funzioni di coerenza (il cui termine ultimo è il principio di non contraddizione), di riferimento reciproco, ecc., comuni ad ogni organizzazione intellettuale. Orbene, questo secondo tipo di realtà psicologiche ereditarie ha un'importanza capitale per lo sviluppo dell'intelligenza. Difatti, se esiste veramente un nucleo funzionale dell'organizzazione intellettuale, che procede da ciò che l'organizzazione biologica ha di più generale, è evidente che questo invariante orienterà l'insieme delle strutture successive che saranno elaborate dalla ragione nel suo contatto col reale: esso sosterrà così la funzione che i filosofi hanno

assegnato all'*a priori*, ossia imporrà alle strutture determinate condizioni di esistenza necessarie ed irriducibili" (Piaget J., 1937).

"L'organismo nasce con due sistemi difensivi di specie appropriati, flessibili, intercorrelati e in continua trasformazione ed evoluzione. Dunque, in sintesi, un concetto psicologico nuovo delle mie ricerche cliniche sulla psicoevoluzione è che 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).

"Questo sistema strategico complesso, si potrebbe articolare su tre caratteristiche fondamentali: Struttura, Organizzazione, Funzione. La Struttura è determinata già in uno stadio embrionale, poi fetale, precostituita 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).

"Gli organismi pluricellulari, a complessa organizzazione, non risultano di sole cellule: ne partecipano entità di origine cellulare, quali le sostanze fondamentali e le strutture fibrillari, di impalcatura e di sostegno. Forma, volume, struttura della cellula sono vari, per intervento di fattori diversi, tra i quali, ad es., la specifica funzione esercitata: forma e funzione sono attributi interdipendenti della sostanza vivente ... A ciascun apparato compete una specifica funzione

fondamentale alla cui estrinsecazione partecipano i singoli organi costitutivi, con le proprie specifiche attività. Infine, dall'associazione degli apparati emerge l'*individuo*, la *persona*, quale entità unitaria per l'appunto risultante dalla connessione ed associazione delle parti gerarchicamente elencate. Le manifestazioni della "vita" dell'individuo sono espressione delle attività vitali dei singoli componenti a partire dal livello cellulare" (Loreti F., 1970).

Brenner riprende i concetti di Freud sul principio di piacere e sul processo primario, anche in riferimento all'angoscia e al dolore: "È una tendenza umana quella di sviluppare angoscia in determinate circostanze, tendenza che, per poter venire convenientemente illustrata, richiede non solo una discussione piuttosto estesa e di carattere tecnico, ma anche un'adeguata introduzione: l'attuale tecnica psicoanalitica dell'angoscia, infatti, non può venire compresa se prima non si espone ciò che Freud chiamò "il principio del piacere".

Il principio del piacere stabilisce che la nostra mente tende ad operare in modo tale da ottenere il piacere e da evitare il suo opposto. La parola tedesca che usò Freud per esprimere l'opposto del piacere è *Unlust*, che è stata spesso tradotta con "dolore", cosicché il principio del piacere talvolta viene chiamato anche "principio del piacere-dolore". Tuttavia, "dolore", diversamente da *Unlust*, denota anche la sensazione fisica del dolore, oltre che l'opposto di piacere, e, per evitare l'ambiguità di questi termini, è stato suggerito dai traduttori più recenti di usare al posto della parola "dolore" quella forse un po' goffa ma non ambigua di "dispiacere".

Freud aggiunse al concetto di principio del piacere l'idea che nei primissimi tempi della vita la tendenza a raggiungere il piacere sia imperiosa e immediata, e che l'individuo acquisti solo gradualmente, man mano che cresce, la capacità di posporre il raggiungimento del piacere.

Ora questo concetto del principio del piacere sembra molto simile al concetto del processo primario. Secondo il principio del piacere, vi è una tendenza ad ottenere il piacere e ad evitare il dispiacere,



tendenza che nei primi tempi della vita non ammette indugi. Secondo il processo primario, le cariche di energia pulsionale devono venire scaricate non appena possibile. Per quanto riguarda il principio del piacere, Freud affermò inoltre che con il crescere dell'età si aveva un graduale aumento nella capacità individuale di posporre il conseguimento del piacere e l'allontanamento del dispiacere, mentre, per quanto riguarda il processo primario, formulò l'ipotesi che lo sviluppo del processo secondario e l'aumento relativo della sua importanza consentisse all'individuo, via via che cresceva, di posporre la scarica delle cariche psichiche. Perciò, nelle sue linee essenziali, il primitivo concetto freudiano di principio del piacere corrisponde al suo successivo concetto di processo primario. L'unica vera differenza è che il principio di piacere è formulato in termini soggettivi, mentre il processo primario in termini oggettivi" (Brenner, 1995). Laplanche J, Pontalis J.B. (1967) chiariscono come la distinzione freudiana tra processo primario e processo secondario è contemporanea alla scoperta dei processi inconsci, anche in riferimento allo studio della formazione dei sintomi, dell'analisi dei sogni, ed in particolare come il processo secondario costituisca una modificazione del processo primario e possa adempiere ad una funzione regolatrice: "Lo studio della formazione dei sintomi e l'analisi dei sogni inducono Freud a riconoscere un tipo di funzionamento mentale con meccanismi propri, regolato da determinate leggi e molto diverso dai processi di pensiero che si prestano all'osservazione psicologica tradizionale. Questo modo di funzionamento, che il sogno mette particolarmente in evidenza, è caratterizzato non già – come affermava la psicologia classica – da un'assenza di senso, ma da un continuo slittamento di senso.

I meccanismi in azione sono da un lato lo spostamento, con cui una rappresentazione apparentemente insignificante può vedersi attribuire tutto il valore psichico, il significato, l'intensità originariamente attribuita ad un'altra; dall'altro, la condensazione: in una rappresentazione unica possono confluire tutti i significati portati dalle

catene associative che si intersecano in essa. La sovra determinazione del sintomo offre un altro esempio di questo modo di funzionamento proprio dell'inconscio.

È sempre il modello del sogno che ha indotto Freud a postulare che l'obiettivo del processo inconscio è quello di stabilire attraverso le vie più brevi una identità di percezione, cioè di riprodurre, secondo il modo allucinatorio, le rappresentazioni alle quali l'esperienza di soddisfacimento originaria ha conferito un valore privilegiato.

È in opposizione a tale modo di funzionamento mentale che possono essere descritti come processi secondari funzioni classicamente descritte in psicologia come pensiero vigile, attenzione, giudizio, ragionamento, azione controllata. Nel processo secondario è ricercata l'identità di pensiero: "Il pensiero deve interessarsi delle vie di comunicazione tra le rappresentazioni, senza lasciarsi sconcertare dalle intensità di queste". In questa prospettiva, il processo secondario costituisce una modificazione del processo primario. Esso adempie una funzione regolatrice resa possibile dalla costituzione dell'lo, il cui ruolo principale è quello di inibire il processo primario. Tuttavia, non tutti i processi in cui interviene l'lo vanno descritti come processi secondari. Freud, nel Progetto, ha subito notato come l'lo subisca l'influenza del processo primario, specie nei modi di difesa patologici.

Il carattere primario della difesa si manifesta allora clinicamente nel suo aspetto coattivo e, in termini economici, nel fatto che l'energia messa in gioco cerca di scaricarsi in modo totale, immediato, attraverso le vie più brevi: "L'investimento di desiderio portato fino all'allucinazione e lo sviluppo pieno del dispiacere, che reca con sé l'esaurirsi completo della difesa, si possono definire come processo psichico primario. D'altra parte quei processi sono resi possibili solo da una buona carica dell'lo e che funzionano da moderatori del processo primario, possono essere definiti come processi psichici secondari".

L'opposizione tra processo primario e processo secondario corrisponde a quella dei due modi di

circolazione dell'energia psichica: energia libera ed energia legata. Essa presenta un parallelismo anche con l'opposizione tra il principio di piacere e il principio di realtà.

I termini primario e secondario hanno implicazioni temporali, anzi genetiche. Queste implicazioni si accentuano in Freud nel quadro della seconda teoria dell'apparato psichico, in cui l'Io è definito come il risultato di una graduale differenziazione dell'Es.

Il problema è presente tuttavia già nel primo modello teorico freudiano. Nel Progetto i due tipi di processo sembrano corrispondere non solo a diverse modalità di funzionamento al livello delle rappresentazioni, ma anche a due fasi nella differenziazione dell'apparato neurale e perfino nell'evoluzione dell'organismo.

Tutte le attività del sistema nervoso debbono essere incluse o entro l'ambito della funzione primaria oppure entro l'ambito della funzione secondaria, imposta dalle esigenze della vita.

Va notato tuttavia che Freud, anche quando rimane aderente ai suoi modelli biologici, non assimila le funzioni primaria e secondaria dell'organismo a processi primario e secondario, che egli concepisce come due modalità di funzionamento dello psichismo".

Ritornando sullo stadio evolutivo delle prime settimane di vita extrauterina si può ritenere prevalente uno stato di assoluto narcisismo primario, di tipo autistico normale, con la mancanza di consapevolezza di chi si prende cura del neonato. Secondo l'approfondimento psicodinamico psicoevolutionista (Frateschi M., 2012), "le azioni e reazioni difensive elementari del campo organismo neonato, supportate dalla Motivazione Intrinseca Strutturale, come il pianto, il movimento degli arti, l'aggrappamento, ecc., consentono il passaggio allo stadio successivo, nonostante il conflitto con il potente, intenso e frequente Condizionamento Arcaico, che tende a dirigere il campo organismo neonato, verso una dipendenza involutiva, quasi totale dal campo organismo madre, poiché, ancora *impresso* fortemente di scene, sfondi e figure, probabilmente caotiche

e poco definite, dello stadio prenatale. La congruenza intima psicofisiologica attiva cause ed effetti delle intercorrelazioni dei sistemi strategici difensivi psicofisici e dei sistemi e processi complessi psichici, fisiologici e biologici, tendendo oltre l'omeostasi, verso uno slancio vitale in un equilibrio dinamico evolutivo.

Mahler, Pine, Bergman (1975) riferiscono che: "Meta della fase autistica è il raggiungimento di un equilibrio omeostatico dell'organismo nell'ambito del nuovo ambiente esterno attraverso meccanismi fisiologici prevalentemente somatopsichici (Spitz 1958)".

Segue, quindi, uno stadio di narcisismo primario di tipo simbiotico normale, che si sviluppa dal secondo al quinto mese, che Ferenczi (1913) denomina di "assoluta o incondizionata onnipotenza allucinatoria", in cui il bambino inizia ad avere una vaga consapevolezza che la soddisfazione di alcuni dei bisogni, ad esempio, protezione-difesa, allattamento-alimentazione, non può venire da sé stesso, ma da qualche parte esterna a sé, per cui si comporta e agisce come se egli e la madre fossero un sistema onnipotente, un'unità duale. In questo stadio, la Motivazione Intrinseca Strutturale deve riuscire a riportare in equilibrio dinamico, il campo organismo del bambino, rispetto alla preponderanza tendenziale, della spinta alla dipendenza del Condizionamento Arcaico.

"Così secondo Freud (1895) la percezione ("ricezione" secondo Spitz) al servizio della motivazione per il raggiungimento del piacere era in grado di determinare un'"identità percettiva" di uno stimolo esterno connesso a un ricordo piacevole" (Mahler M. S., Pine F., Bergman A., 1975). Quando il bambino volge lo sguardo al seno, costruisce l'"identità percettiva" dell'oggetto esterno, ed inizia a produrre un investimento affettivo sull'oggetto, in realtà a lui esterno. Con il passare dei mesi ciò procura angoscia, proprio mentre, direzionato dalla Motivazione Intrinseca Strutturale, esplora nuove mete, nuovi oggetti investiti di energia".

Un approfondimento importante, quindi, viene sviluppato da Zetzel E., Meissner W. W.,



quando articolano il pensiero di Freud, non solo sulla base della spiegazione dell'organizzazione dell'attività psichica inconscia, ma soprattutto sul collegamento specifico di tale attività inconscia con i processi e gli stadi infantili dello sviluppo psichico: "La spiegazione dei processi psichici che Freud diede nel suo studio del 1911 sui due principi dell'accadere psichico presenta un quadro alquanto semplificato. In esso egli collega il processo primario con l'operazione del principio di piacere e il processo secondario con l'operazione del principio di realtà; il principio primario è considerato come un pensiero governato solo dal bisogno di gratificazione senza nessuna considerazione della realtà, mentre il processo secondario funziona in relazione e in termini di struttura della realtà. Freud fa intendere che egli non sta dando soltanto una spiegazione dell'organizzazione dell'attività psichica inconscia, ma collega specificamente tale attività inconscia con gli stadi infantili dello sviluppo psichico. Egli mette in contrasto tale attività con la vita psichica dell'individuo che è maturato fino al punto di potersi adattare alle esigenze della realtà.

Il principio di piacere è il primo principio del funzionamento psichico; esso governa le operazioni del processo primario per produrre la gratificazione immediata e diretta di qualsiasi pulsione o desiderio non appena esso sorge; la gratificazione ha luogo senza considerazione alcuna per ciò che potrebbe accadere in realtà in quel momento.

Freud esprime l'assunto implicito che, in assenza dell'oggetto reale soddisfacente, la psiche fornisce automaticamente una soddisfazione sostitutiva sotto forma di oggetto allucinato. Ciò rappresenta il paradigma del pensiero del processo primario; non è importante che l'oggetto reale sia presente o no, sotto il dominio del principio di piacere il moto pulsionale troverà gratificazione facendo uso di ogni forma di scarica possibile: il bambino affamato, per esempio, cerca il seno, che collega con la soddisfazione e il lenimento della sua fame; quando il seno non è immediatamente a sua disposizione nella realtà, egli si procura una soddisfazione immediata anche se

sostituiva allucinando il seno. Le esigenze perentorie dei bisogni interni del lattante disturbano il suo equilibrio e richiedono soddisfazione immediata.

Freud commenta: In questo caso ciò che era pensato (desiderato) era semplicemente realizzato in guisa allucinatoria, così come ancor oggi accade ogni notte coi nostri pensieri onirici. Solo la mancanza dell'atteso soddisfacimento, la disillusione, ha avuto per conseguenza l'abbandono di questo tentativo di appagamento per via allucinatoria.

L'apparato psichico ha dovuto risolversi a rappresentare a se stesso, anziché le condizioni proprie, quelle reali del mondo esterno, e a sforzarsi di modificare la realtà. Con ciò si è instaurato un nuovo principio di attività psichica: non è più rappresentato quanto era piacevole, ma ciò che era reale anche se doveva risultare spiacevole. Con questa instaurazione del principio di realtà è stato compiuto un passo denso di conseguenze (Freud, 1911).

L'inizio del principio di realtà implica quindi che il lattante abbia cominciato a riconoscere che la pura allucinazione del seno, quale che sia la soddisfazione che l'accompagna, non placherà i suoi spasmi di fame. A poco a poco, tuttavia, egli comincia a rendersi conto di avere a disposizione dei mezzi con i quali può modificare la realtà e arrivare così a una vera soddisfazione: può, per esempio, manovrare la disponibilità della madre piangendo. All'inizio della vita queste manovre adattive sono largamente automatiche, sono originariamente più manovre riflesse che consce o riflessive.

Le origini del principio di realtà come fu originariamente formulato da Freud erano fatte risalire al periodo dell'esperienza evolutiva del lattante in cui questi comincia a rendersi conto che certe manovre da parte sua possono avere un effetto sul suo ambiente. Quando l'oggetto o la condizione gratificante non sono presenti, egli apprende che certe forme della propria attività sono seguite da modificazioni della realtà e da una modificazione reale dei suoi bisogni e dei suoi desideri interni; così, secondo questa formulazione,

il principio di realtà entra in gioco al servizio del principio di piacere.

Il lattante si rende conto che la soddisfazione allucinatória non soddisferà i suoi bisogni e comincia a fare degli sforzi intenzionali con il proposito di modificare la realtà: all'inizio il suo gridare è più o meno automatico e più o meno riflesso. Ma viene il momento in cui diventa abbastanza chiaro che il bambino sta piangendo con intenzione per produrre un cambiamento nel suo ambiente, per esempio per avere la presenza della madre" (Zetzel E., Meissner W. W., 1973).

Per acquietare l'angoscia, relativa alla consapevolezza della separazione dall'oggetto libidico affettivo, madre – seno, alimentata da riflessi involutivi del Condizionamento Arcaico, il bambino è costretto ad impegnarsi verso uno sforzo evolutivo, in un nuovo slancio vitale, per un investimento di forze vettoriali e di energie, amoroso nel mondo esterno, che deve essere ricambiato da colei, che così diventa figura affettiva primaria femminile. Quindi, lo scambio affettivo amoroso gratifica in modo adeguato il bambino, che può procedere, nei successivi investimenti libidici, verso la madre, vivendo una separazione graduale, fiduciosa e dinamica (Frateschi, 2007b).

Winnicott (1971) evidenzia che: "Non vi è possibilità alcuna per il bambino di procedere dal principio del piacere al principio di realtà, o verso e oltre l'identificazione primaria (vedi Freud, 1923), a meno che non vi sia una madre sufficientemente buona. La "madre" sufficientemente buona (non necessariamente la madre vera del bambino) è una madre che attivamente si adatta ai bisogni del bambino, un adattamento attivo che a poco a poco diminuisce a seconda della capacità del bambino che cresce di rendersi conto del venir meno dell'adattamento e di tollerare i risultati della frustrazione. Naturalmente è più facile che la madre vera del bambino sia abbastanza buona che non qualche altra persona, dal momento che questo adattamento attivo richiede una preoccupazione nei riguardi del bambino naturale e senza risentimento; in realtà il successo nella cura di un bambino dipende dal senso di devozione, non

dall'abilità e dalla informazione intellettuale".

Una conferma ulteriore sulla concezione degli stadi di evoluzione dell'essere umano su criteri di condizioni temporali per il processo primario ed il processo secondario, viene affermata da Freud già nel 1899: "Se ho definito primario un processo psichico dell'apparato, non l'ho fatto soltanto tenendo conto dell'ordine di importanza e di capacità delle sue prestazioni, ma facendo intervenire nel discorso anche le condizioni temporali. Un apparato psichico che possieda soltanto il processo primario non esiste per quel che ne sappiamo, ed è quindi una finzione teorica; ma sta di fatto che i processi primari sono dati in esso fin dall'inizio, mentre quelli secondari si sviluppano soltanto gradualmente, nel corso della vita; essi inibiscono e ricoprono quelli primari, e ne raggiungono il pieno dominio, forse soltanto con l'avvento della maturità.

In seguito a questa comparsa tardiva dei processi secondari, il nucleo della nostra essenza, consistente in impulsi di desiderio inconsci, rimane inafferrabile e non soggetto a inibizione da parte del preconcio; la parte di questo è ridotta una volta per tutte ad assegnare agli impulsi di desiderio provenienti dall'inconscio le vie più convenienti. Per tutte le aspirazioni psichiche successive, questi desideri inconsci rappresentano una costrizione, cui debbono arrendersi e che possono eventualmente sforzarsi di deviare e di guidare verso mete più elevate. In seguito a questo ritardo, un notevole settore del materiale mnestico rimane inaccessibile anche all'investimento preconcio" (Freud, 1899).

Il nucleo deve aver ricevuto una spinta prenucleare per iniziare a formarsi. Sostengo, perciò, che ogni struttura psichica ed intrapsichica si costituisce ed evolve, attraverso una spinta prenucleare interna strutturante, che è prima e principale forza vettoriale di matrice psichica: la Motivazione Intrinseca Strutturale, che compone e scompone figure e sfondi energetici del campo organismo, in evoluzione nello stadio fetale. 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 strutturanti 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. La Motivazione Intrinseca Strutturale, componendosi nella specie umana, con una traccia per ciascun essere umano specifica nella gestalt psico-fisio-biologica, si avvia nello stadio embrionale, e si sviluppa nello stadio fetale, nel "campo organismo fetale" all'interno del "campo organismo madre"; perciò, non è mai secondaria agli istinti, alle pulsioni o ai bisogni, bensì, è principale, indipendente e spesso causa determinante gli istinti, le pulsioni e i bisogni (Frateschi M., 2006). La Motivazione Intrinseca Strutturale non è presente solo ai livelli superiori, ma anche ai livelli inferiori, ritengo fino al livello di origine del sistema motivazionale, quindi, fino ai fondamentali sistemi e processi di regolazione del mondo interno, e di relazione con il mondo esterno. 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. Sistemi e processi complessi come: il sistema ipotalamico, il sistema limbico, il sistema dopaminergico, il sistema endorfinergico, presiedono i processi delle reazioni difensive, di fuga, di paura, ecc. Di conseguenza, ritengo che, lo "slancio originario" nella natura degli esseri viventi, corrisponde nella specie umana alla Motivazione Intrinseca Strutturale – M.I.S.

Per comprendere da quali altri contributi

psicodinamici e, in particolare, psicoanalitici, sono giunto alla dimostrazione della Motivazione Intrinseca Strutturale è necessario ripartire da Freud. Se proviamo a richiamare i riferimenti freudiani alla pulsione come rappresentante psichico degli stimoli che nascono all'interno del corpo, l'oggetto va inteso come oggetto esterno reale. Questo oggetto esterno non sarebbe presente all'esordio della vita psichica, piuttosto verrebbe interiorizzato successivamente all'incontro nella realtà, diventando utile per soddisfare i bisogni di una specifica area somatica. In tal senso il soddisfacimento pulsionale sarebbe la motivazione primaria che spingerebbe il bambino verso l'altro.

Occorre, però, avanzare verso la tesi sostenuta da Melanie Klein per avviare l'ampliamento della motivazione primaria alle relazioni con oggetti interni fantasmatici. Klein sostiene che il desiderio del bambino di possedere un seno resta sempre presente, in quanto non deriva soltanto dal bisogno di cibo e dalla necessità di soddisfare la libido, bensì dalla spinta ad ottenere la prova dell'amore della madre, che è radicata nell'angoscia; dunque, il bambino ha «dentro di sé» un'immagine dell'oggetto, funzionale al suo soddisfacimento, ed inoltre si attua un rapporto di influenzamento tra l'immagine dell'oggetto e l'oggetto reale, di conseguenza, appare la motivazione nella relazione con l'altro (Klein M., 1957). Spunti interessantissimi ho potuto cogliere da Kohut, fondatore della Psicologia del Sé, che ipotizza il Sé nucleare che costituisce i fondamenti del nostro senso di essere, un centro indipendente di iniziativa e di percezione e descrive gli oggetti-Sé del bambino. Dalle teorie di Freud A., Klein, Kohut, Spitz, Fairbairn, Sullivan, Bowlby, fino ai «sistemi motivazionali» di Lichtenberg, ho sviluppato un progressivo ampliamento e approfondimento dello studio della spinta prenucleare interna strutturante l'evoluzione umana, della Motivazione Intrinseca Strutturale.

In conclusione, accenno solo al fatto che la Motivazione Intrinseca Strutturale non è l'unica forza vettoriale di matrice psichica presente nel

campo organismo. Come la Motivazione Intrinseca Strutturale, M.I.S., è una forza presente nel campo organismo, già con l'esordio della vita, ed è derivante nell'essere umano dalla necessità di slancio vitale verso l'indipendenza, così è presente e si contrappone la seconda forza vettoriale di matrice psichica, il "Condizionamento Arcaico – C.A." (Frateschi M., 1997), che è una forza derivante dalla necessità, insita dell'essere nel mondo, del ritorno alla dipendenza. Questa seconda forza vettoriale è quasi pari alla prima forza vettoriale, per volume ed intensità di energia che produrrà per tutta la vita. Le due necessità sono presenti continuamente nel corso dell'esistenza umana.

BIBLIOGRAFIA

- Brenner C. (1955). *An elementary textbook of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York. Tr. It. *Breve corso di psicoanalisi*. G. Martinelli. Firenze, 1967.
- Erikson E.H. (1959). *Identity and the life cycle*. International University Press, New York.
- Ferenczi S. (1913). *Fasi evolutive del senso di realtà*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, Vol. I: *Le parole oscure ed altri saggi*. Guaraldi, Rimini, 1972.
- Fonagy P. et al. (1995). *Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology*. In *Developmental Psychopathology*, vol.1 Wiley, New York.
- 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 Psicoevolutionista 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. (1997). *L'evoluzione in Psicologia*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione umana: scienze a confronto", A.I.E.P., Bari.
- Frateschi, M. (2006). *La psicoterapia psicoevolutionista: psicodinamica e analisi delle difese degli adolescenti*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione dell'identità nell'adolescente", A.I.E.P., Bari.
- Frateschi, M. (2007a). *Il Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza: una prospettiva psicologica psicoevolutionista*. Comunicazione presentata al Seminario "Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza", A.I.E.P., Bari.
- Frateschi, M. (2007b). *La prevenzione psicologica dei comportamenti prevaricanti e il fenomeno del bullismo*. Comunicazione presentata al Seminario di studio su: "Bullismo e devianza minorile". Università degli Studi di Bari. Facoltà di Scienze Politiche, Bari.
- Frateschi, M. (2013). *La prevenzione e la diagnosi psicoevolutionista*. Comunicazione presentata al Seminario: "Problematiche dello sviluppo: percorsi di prevenzione, diagnosi, presa in carico e intervento", Comune di Castellana Grotte - Sala delle Cerimonie.
- Frateschi M. (2014). *Psicodinamica e psicoterapia psicoevolutionista e la promozione della salute e del benessere*. Comunicazione presentata al Convegno: "Psicoevoluzione e progresso psicologico per la salute e il benessere", A.I.E.Psi., 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. (2017). *Psicodinamica, analisi e fenomeno*. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 20, 12/2017, pp.151-161.
- Frateschi, M. (2018). *Percezione, proiezione e rappresentazione*. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 21, 6/2018, pp.106-121.
- 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. (1899). *L'interpretazione dei sogni. 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 del piacere. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Freud, S. (1923). *L'io e l'Es*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Freud, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia. 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.
- Hartmann H. (1958). *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Khan M.M.R. (1963). *Il concetto di trauma cumulativo*, in *Lo spazio privato del Sé*. Ed. Boringhieri, Torino. 1979.
- Klein M. (1957). *Envy and Gratitude. A study of Unconscious Sources*, New York, Basic Books; trad. It. *Invidia e gratitudine*, Firenze, Martinelli, 1969.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Puf, Paris.
- Lingiardi V., Madeddu F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Nuova edizione., Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Loreti F. (1970). *Elementi di anatomia umana*, Ed. V. Idelson, di E. Gnocchi e F., Napoli.
- 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.
- Petter G. (1961). *Lo sviluppo mentale nelle ricerche di Jean Piaget*. Giunti Barbèra, Firenze.
- Piaget J. (1937). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, Tr. It. *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, Giunti Barbèra, Firenze, 1968.
- Spitz R.A. (1958). *Il primo anno di vita del bambino. Genesi delle prime relazioni oggettuali*. Universitaria - Barbèra, Firenze, 1962.
- Winnicott D. W. (1971). *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London.
- Zetzel E., Meissner W. W. (1973). *Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry*, Basic Books, New York. Tr. it. *Psichiatria Psicoanalitica*. Boringhieri.





LE ORIGINI DELLA VIOLENZA

Rosa Iannone

Psicologa-Psicoterapeuta.
Ente affiliazione Scuola Europea
Psicoterapia Funzionale SEF

RIASSUNTO

La violenza è spesso concepita innata, idea che rischia di legittimarla.

C'è confusione su come si sviluppi la violenza.

La realtà virtuale e i modelli dei mass media creano squilibri nella struttura in formazione dei bambini. L'autrice, con una breve disamina, dalle teorie della pulsione a quelle dei funzionamenti di fondo (teoria del Neo Funzionalismo), sostiene che la violenza abbia radici in esperienze infantili non ben attraversate: quando il bambino non è ben accompagnato si possono creare le basi per l'innescare di una condizione che induce violenza.

Viene evidenziata ed approfondita la differenza tra aggressività, uso del capriccio, rabbia come funzionamento sano e adattivo o atteggiamento, invece, prodromico di violenza. Esperienze infantili distorte e fattori sociali possono condurre a violenza, così come stereotipi maschio/femmina. In definitiva carenze nel nucleo del Sé conducono a false sicurezze e a forme di potere violento. Vengono descritte le

esperienze di base collegate al capriccio e alla violenza.

Un ultimo aspetto riguarda la prevenzione del fenomeno e la necessità di interventi. Un cenno ad una lunga ricerca condotta dal Neo Funzionalismo (Alle Radici della Violenza) con applicazione in diversi contesti. Esposte alcune esperienze condotte in due scuole a Napoli per favorire stili di vita corretti e atteggiamenti di legalità.

PAROLE CHIAVE

Violenza, Bullismo, Rabbia, Capricci, Prevenzione, Neofunzionalismo

LE ORIGINI DELLA VIOLENZA: NON È UN ISTINTO MA È UNA ALTERAZIONE DEL SÈ

La violenza, spesso, viene concepita come innata e biologicamente determinata. Una tale considerazione oltre che semplicistica contiene il rischio di legittimarla. Pensare, infatti, che l'aggressività sia una caratteristica intrinseca all'essere umano può portare a considerare che un cambiamento



sia difficile e pressoché impossibile (Douglas, 1993).

C'è ancora disinformazione e confusione su come si sviluppi la violenza, sulle sue origini. Troppi pareri e teorie discordanti sulle cause della violenza, concezioni non scientifiche oppure obsolete che esprimono i primi tentativi di studiare i comportamenti degli individui collegandoli ai suoi processi interni. Eppure la violenza sotto ogni sua forma si estende nella nostra società, nella nostra cultura, alimentata da stereotipi di genere e anche da falsi miti di ruoli di potere e successo.

Ricerche effettuate dalla Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (a partire dall'osservazione e dal lavoro diretto con l'infanzia e l'adolescenza, dallo studio clinico, dall'attività che da anni essa svolge con insegnanti, genitori ed educatori) mostrano come si stiano dilatando eccessivamente atteggiamenti e funzionamenti di durezza, di agitazione, di aggressività, alimentando un *terreno* su cui si innestano poi alterazioni, patologie, comportamenti devianti, comportamenti di violenza.

Il bombardamento attraverso i mass-media di modelli improbabili e irraggiungibili, e di successi facili, la somministrazione continua di scene di violenza proposte da videogiochi, televisione, computer, la realtà virtuale e gli sviluppi tecnologici intensificano la dimensione virtuale dei rapporti a discapito di quella reale e contribuiscono a squilibri ed alterazioni della personalità, soprattutto nella struttura in formazione del Sé dei bambini, incidendo negativamente sui funzionamenti interni della tenerezza, della calma acuendo così le basi su cui cresce la violenza. Le condizioni sociali, inoltre, basate sulla fretta di raggiungimento di obiettivi, la competizione spasmodica i ritmi veloci, stanno marcatamente alterando la sfera dei valori.

Diventa assolutamente necessario indagare e approfondire le vere basi della violenza e proporre con programmi preventivi modelli basati sul rispetto, sulla cooperazione, sulla necessità dell'altro, sulla tenerezza, su una spiritualità

non basata su idoli e dei mistificati (il potere, il successo...) a favore di identificazioni con il bullo, il forte, il duro da cui derivano processi di costruzione dell'identità adulterati.

IL RUOLO DELL'AGGRESSIVITÀ NELL'INFANZIA: DALLA TEORIA DELLA PULSIONE A QUELLA DEI FUNZIONAMENTI INTERNI

Adolf Adler fu il primo teorico a definire la pulsione aggressiva come pulsione primaria ed innata.

Per S. Freud l'aggressività ha un ruolo centrale nella vita psichica di un individuo; punto di partenza della teoria per la quale il comportamento di un uomo scaturisce dalla "protesta" aggressiva nei confronti dei sentimenti di inferiorità; successivamente Freud, influenzato dagli studi di Darwin, parlerà di istinto aggressivo e di istinto di morte.

Egli, in uno scambio epistolare con Einstein, che sosteneva il rapporto indissolubile tra diritto e potere, sceglie di sostituire il termine potere con quello di violenza, egli scrisse <...*Posso rimpiazzare il termine potere ritorcendolo contro il suo interlocutore con il più duro e crudo termine violenza?*> (Perché la guerra. 1933)

Si assiste nel pensiero di Freud ad uno sviluppo delle sue ipotesi circa la genesi della pulsione aggressiva il cui ruolo cambia nelle diverse riflessioni teoriche: da appendice della sessualità, l'aggressività diventa una pulsione autonoma e importante durante lo sviluppo.

L'aggressività in Freud è un tema di spicco; parlando di aggressività Freud ricostruisce le dinamiche inconscie dell'adulto e del bambino; il quadro di riferimento è costituito dalle pulsioni inconscie e infatti, secondo l'autore, l'aggressività non è solo un'emozione o un comportamento ma la manifestazione di una pulsione, espressione di un bisogno.

Il fenomeno dell'aggressività in un primo tempo viene spiegato come derivante dal conflitto tra le pulsioni sessuali e le pulsioni dell'Io; le prime deputate alla soddisfazione dei desideri, le seconde all'autoaffermazione dell'individuo.

Successivamente Freud passa, da una concezione

dualistica della libido, ad una concezione di libido narcisistica. Attraverso varie fasi di revisione delle proprie teorie, l'autore arriva a concepire un istinto di morte che si contrappone alla pulsione di vita e, nella sua opera "Al di là del principio del piacere", teorizza una pulsione elementare che precede lo stesso principio del piacere; l'aggressività viene ricondotta alla pulsione di morte e non più alle conflittualità tra istanze psichiche.

In un primo momento teorizza l'aggressività come reazione all'impossibilità di soddisfare una pulsione; si tratta di una risposta primordiale che agisce sia a livello conscio sia a livello inconscio che si manifesta precocemente in forma positiva durante l'elaborazione del complesso di Edipo quando il figlio desidera uccidere il padre che gli impedisce di appagare i propri impulsi libidici con la madre. L'aggressività e la paura della punizione però sono anche la molla che permette al bambino di risolvere il conflitto interno e di imparare a deviare libido e aggressività verso altri oggetti sani.

Nel corso degli anni, la razionalità unita alla riflessione si approfondisce e l'aggressività cessa di essere asservita alle pulsioni sessuali (la libido), essa acquista indipendenza diventando una pulsione di autoconservazione.

Altri psicoanalisti hanno affrontato questo aspetto della vita umana tra cui Federn e M. Klein, per quest'ultima, l'aggressività è una componente precoce della relazione che il bambino ha con il seno materno.

J. Bowlby sostiene, come Freud, che la rabbia sia una reazione alla frustrazione di bisogni essenziali; egli ha dimostrato che un periodo di separazione o la minaccia di separazione dalla persona da cui si dipende emotivamente, la figura di attaccamento, causano nei bambini come negli adulti comportamenti ansiosi e collerici. L'angoscia di separazione e il sentimento di frustrazione sarebbero alla radice dell'ostilità verso la figura di attaccamento. La collera servirebbe sia come rimprovero per quello che è accaduto che come deterrente affinché ciò non si verifichi più. Questo è uno dei casi tipici nei quali amore, angoscia e

collera vengono suscitati da una stessa persona. Schematicamente, la pulsione aggressiva (definita anche istinto di morte, *thanatos* o *mortido*) è stata spiegata con due ipotesi di base: come causata da un fattore interno (aggressività innata o istintuale) o a un fattore esterno (aggressività come reazione alla frustrazione).

La *problematica di fondo rimane quella di stabilire se l'aggressività sia un istinto necessario ed immodificabile al centro delle esperienze emotive oppure è una reazione con significati diversi, talvolta adattivi talvolta difensivi.*

W. Reich, allievo di Freud, rigetta la concezione del pensiero del maestro, quella dell'istinto di morte, che postula l'esistenza nell'uomo di un istinto che lo spinge alla distruzione, alla violenza ed alla morte. Per Reich l'aggressività è un comportamento umano inevitabile, ma va intesa come una conseguenza del mancato soddisfacimento delle pulsioni sessuali che si ripercuote sul sistema motorio e muscolare, trovando sfogo sotto forma di azioni distruttive, mentre in altri casi genera nevrosi e angoscia. Reich attribuisce alle repressioni della società l'innescò della violenza nell'individuo: una società che rimuove e reprime, in particolare la sessualità, è per Reich inevitabilmente condannata alla violenza oltre che alla nevrosi.

Per E. Fromm, psicoanalista umanista, non tutto risponde alle forze della biologia ma sono la cultura, la famiglia e la società a porre limiti alle espressioni dell'essere umano

La sua concezione è che l'aggressività è condizionata biologicamente mentre l'iperaggressività, potenzialmente presente nell'individuo, è una possibilità, una predisposizione ma non una condizione inevitabile. Come l'animale, l'uomo può reagire agli attacchi in due modi, con l'aggressione o con la fuga. Secondo Fromm nell'uomo vi sono due tipi di aggressività, quella difensiva biologicamente condizionata e quella che si manifesta come crudeltà, necrofilia, sadismo. Distingue la potenzialità primaria da quella secondaria, quest'ultima si manifesta se la prima non riesce a trovare determinate condizioni



adatte alla propria realizzazione. Concezione in cui la distruttività è vista come una potenzialità secondaria dell'uomo, la rabbia, l'aggressività, la violenza sarebbero il risultato del fallimento nel realizzare la propria vita.

Fromm distingue, inoltre, cinque tipi di violenza:

- la violenza *ludica*, non motivata da odio (ne sono esempio i giochi di lotta o combattimento);
- la violenza *reattiva*, si attua quando è in gioco la difesa della vita (anche una minaccia presunta);
- la violenza *vendicativa* (vendetta per un'offesa subita, *lex talionis*);
- la violenza *compensativa* (compensa l'impotenza, quando la persona si sente incapace di agire) a questa forma sono connessi comportamenti di sadismo, che hanno come scopo di rendere l'oggetto di violenza in una cosa priva di libertà (il Colosseo, ad esempio risulta essere un'opera architettonica in cui si svolgevano azioni di sadismo);
- la violenza *sanguinaria* (motivata dal tentativo di ampliare le proprie sensazioni compiendo atti sanguinari), presente tra l'altro in alcune condotte nell'ambito di devianze sessuali.

LA CONCEZIONE DEL NEO FUNZIONALISMO SULLA VIOLENZA

Oggi, alla luce delle più recenti acquisizioni in campo neurobiologico e in generale dagli apporti delle neuroscienze, viene suggerito un *superamento di queste concezioni* con una visione che prenda in esame i funzionamenti interni dell'individuo, le Esperienze di base che si attraversano nell'infanzia (ampiamente osservate dal Neo Funzionalismo) e l'inter-gioco tra sviluppo evolutivo e stimoli ambientali.

Nello sviluppo infantile, quando questo periodo non è ben accompagnato e direzionato, si possono riscontrare le basi per l'innescarsi di una condizione che sfocia poi da adulti in atteggiamenti e comportamenti di violenza.

In fase evolutiva emerge precocemente nel bambino un rifiuto ostinato, un opporsi, uno scoppio di rabbia. Ma questa non è alterazione, la rabbia, infatti non è solo un sentimento, un'emozione ma è stato osservato e studiato che è un funzionamento umano.

Può accadere che un iniziale susseguirsi di atteggiamenti rabbiosi possano diventare una condizione di livore, di capricciosità continua, un comportamento, cioè, abituale; una condizione che permane nel tempo, che risale ad un disfunzionamento ed alterazioni di funzionamenti sani e adattivi.

Proverò ora a fare delle osservazioni su tali condizioni e ad evidenziare che cosa ha potuto "disturbare" in modo significativo la fase infantile di un individuo che, nella vita adulta, mostra comportamenti e sentimenti cronici di aggressività, prepotenza, persistente ostilità fino a violenza.

Il quadro teorico di riferimento del presente resoconto è quello della *Psicologia Neo Funzionale*. Tale approccio teorico prende in considerazione le leggi che regolano, sin dai primi anni di vita, le integrazioni tra il piano mentale e quello corporeo: dalla razionalità alle fantasie, dalle emozioni ai ricordi, dai movimenti alle posture, fino ai processi di regolazione fisiologica dell'organismo.

Evidenzia differenti livelli di funzionamento psichico, fisiologico e biologico, e tenta di stabilire connessioni tra elementi del funzionamento umano.

Il Neo Funzionalismo osserva e teorizza nell'individuo *Funzionamenti di fondo* presenti alla nascita, quindi innati, capacità di base, che si conservano integri in base l'esplicitarsi nell'infanzia di *esperienze fondamentali*, *Esperienze basilari del Sè* (così definite dal suo teorico prof. L. Rispoli), oppure per un esito negativo di queste ultime essi si alterano.

Tra essi oltre il Contatto, la Capacità di Condividere, quella di Fidarsi, Affidarsi, della Calma, dell'Autonomia ed altri esistono anche funzionamenti di Aggressione (anche per difesa), di

Negatività di cui fanno parte rabbia e odio, di Autonomia che comprende opposività come rifiuto e separazione, come distacco, di Forza, di Determinazione ma *nessuno di questi è un funzionamento che induce violenza. Essa, nelle sue varie forme è, invece, una alterazione di alcuni funzionamenti.*

L'aggressività nella vita psicologica risale ad una reazione normale della fase infantile

È innegabile, osservando il comportamento dei bambini, anche molto piccoli, che l'aggressività esiste come sano funzionamento per difendersi, così come anche la rabbia è un funzionamento oltre che un'emozione.

Il Neo Funzionalismo con anni di osservazione del neonato ha potuto mettere a punto una lista di Funzionamenti che caratterizzano l'individuo già alla nascita e che necessitano di svilupparsi nel corso dell'infanzia per divenire capacità piene dell'individuo adulto.

Le esperienze che il bambino in epoca evolutiva attraversa con il supporto dell'ambiente specializza le iniziali capacità di base ma se durante questa fase infantile si interpongono esperienze non facilitanti i funzionamenti innati si distorcono e si alterano. Può accadere, ad esempio, che il funzionamento della forza diventi un'espressione dura e mescolata con la rabbia così che si rischia che assuma da adulti la connotazione di violenza.

Lo sviluppo della Rabbia

Le Esperienze di contrasto con gli altri non sono da considerarsi meno importanti di quelle d'amore e di contatto. Il bambino sente molto forte la necessità di scontrarsi quando è il caso, di sperimentare la propria Forza e la propria Rabbia quando è necessario.

Quando accade che rabbia, odio, cattiveria diventano tratti nevrotici che non hanno reale motivo?

La Rabbia e l'Odio sono funzionamenti che hanno impronte sull'intero organismo e si produce una serie di risposte a catena: le *reazioni emotive violente* anebbiano la *razionalità* e si producono

fantasie distruttive. La persona entra in uno stato di attivazione *simpaticotonica* con *respiro* alto, *battito* cardiaco accelerato, *pressione* arteriosa aumentata, il sangue è richiamato al cervello e agli organi interni, la *postura* è protesa all'attacco e il *tono muscolare* è pronto al combattimento. A livello *neuroendocrino* si producono scariche di adrenalina e noradrenalina. Tale condizione e reazione è espressione di un sano funzionamento se si attiva in vista di una esigenza coerente (per difendersi da attacchi reali, da pericoli) e si spegne in tempi brevi. Se invece perdura o viene scatenata facilmente siamo di fronte ad una alterazione. Le modificazioni biochimiche, somatiche ed emotive sono un attacco al proprio organismo e la concezione che scaricare la rabbia e produrla come benefica tecnica terapeutica è superata.

I bambini si arrabbiano con molta facilità ma rapidamente superano quello stato, possono avere momenti di Odio intenso, ma poi ritornano al contatto. Lasciarsi andare frequentemente a momenti di Rabbia indica uno stato generale alterato del Sé che può anche condurre a rischio di patologie. Molti studi sono stati fatti ad esempio tra personalità di tipo A (molto aggressiva) e rischio di infarto miocardico.

Indubbiamente anche l'incapacità a esprimere la negatività quando sia veramente necessaria può essere nociva. I bambini imparano ad aver paura della propria Rabbia quando la loro reazione rabbiosa viene continuamente disapprovata e colpevolizzata. Spesso accade che rinunciano ad esprimere un moto di rabbia sano e giustificato per timore di fare male ad altri, di non essere approvati, di essere rimproverati e criticati, così la rabbia viene trattenuta e seppellita. Nel tempo diventa Rabbia chiusa che si accumulerà fino a diventare rancore, e in maniera invisibile persisterà nell'organismo lasciando traccia in un malessere che può esplodere improvvisamente o implodere e potrebbe diventare il filo conduttore delle relazioni che quella persona instaurerà nella sua vita. Sotto un'apparente calma e tranquillità la persona nutre un rancore che impedisce nei rapporti la fiducia



e quindi la possibilità di ricevere e dare affetto e amore. Tale rancore, livore può riemergere sotto forma di esplosioni violente e distruttive. Le stesse persone possono sentirsi vittime di queste proprie esplosioni incontrollabili e tendono, pertanto ad esercitare un controllo rigoroso sulla propria Rabbia, incrementando il circuito del rancore chiuso.

ESPERIENZE DI BASE COLLEGATE AL CAPRICCIO

Vediamo di seguito più approfonditamente quali esperienze basilari e quali funzionamenti di fondo si collegano in maniera evolutiva o in maniera alterata al manifestarsi del capriccio.

È indiscutibile che il capriccio si svolge in ambito relazionale ed ha significato comunicativo; una comunicazione non esplicita e spesso neanche consapevole, il capriccio è infatti una modalità comunicativa collegata a meccanismi e funzionamenti. Se da un lato è espressione di forza, di autonomia dall'altro deve essere sostenuta da un'accettazione dell'adulto che il bambino non è una sua appendice ma è dotato di funzionamenti che devono essere supportati nel loro sviluppo. Più in generale il bambino deve essere riconosciuto nella sua identità, nei suoi bisogni e nel suo sviluppo. È necessario che sia preso in considerazione per ciò che manifesta, che gli sia dedicata una sufficiente attenzione, che sia ascoltato nelle richieste, valorizzato sufficientemente per le sue capacità, peculiarità e progressi. Dovrà essere accompagnata nelle sue esperienze basilari quali la possibilità di Chiedere e di Ricevere, di Prendere, di Opporsi, di manifestare la sua Determinazione ed essere Assertivo, a tutte queste esperienze si affianca quella di Essere Guidato e anche di Essere Fermato.

Tutte queste EBS devono essere sperimentate dal bambino, in maniera tale che nella loro esplicazione il bambino proceda verso la via di acquisizione di capacità sempre più piene e sane

Essere ascoltati è una esperienza basilare che pone le basi della calma, dell'autostima, del senso di adeguatezza, induce la sensazione di essere un essere capace e utile. Essere ascoltati e capiti è il presupposto per non rinchiudersi nella

rabbia; ma allo stesso tempo non significa averla sempre vinta.

Chiedere qualcosa presuppone che la risposta può essere affermativa o negativa e se viene manifestata con calma e chiarezza non indurrà frustrazione e pertanto rabbia. Comunicare al bambino la sensazione di essere ascoltati anche se non sempre assecondati non genererà il circolo del capriccio per vincere a tutti i costi.

L'adulto avendo funzione di guida nella vita del bambino deve essere accorto nel facilitare, incoraggiare al momento opportuno la sua capacità di opporsi ma altresì frenarlo con limiti precisi e senza cedimenti per evitare che il bambino apprenda che la "modalità capriccio" è quella vincente. È essenziale nella crescita del bambino che egli sperimenti l'esperienza di essere fermato al momento opportuno, quando cioè la sua rabbia diventa debordante, quando il suo capriccio è sterile e diventa lamentosità; se il bambino sperimenta una "presa" ferma e decisa questo sortirà un effetto tranquillizzante e cederà alla necessaria calma, che in effetti sta chiedendo con un linguaggio inconsapevole. Al contrario fermarlo sempre, in tutte le sue manifestazioni avrà il significato di schiacciarlo e bloccarlo.

L'esperienza di *ricevere* è, un'altra esperienza basilare che un individuo deve poter vivere nella sua infanzia, ricevere deve essere gratuito non in "concessione di", non deve essere né un ricatto né un baratto. Si altera nei casi in cui assume una connotazione di compromesso. Allo stesso modo l'esperienza di *prendere* deve essere permessa, guidata verso il rispetto e senza sopraffazione. Un funzionamento importante nella vita di un adulto è la *determinazione*, funzionamento che permette di portare avanti decisioni e scelte per raggiungere un obiettivo, capacità che va coltivata nel bambino e non ostacolata o repressa. Se tale esperienza viene impedita può assumere le caratteristiche della rinuncia oppure della cieca ostinazione e in tal caso il capriccio assume la tonalità della caparbità a vincere.

L'assertività permette di sostenere il proprio



punto di vita, di esprimere le proprie idee, se al bambino questo viene impedito, può sfociare in una rabbia che innesca un capriccio fino a sbattere i piedi, una modalità impropria di far valere la propria assertività.

È necessario, in generale, quindi, comprendere quali siano le difficoltà che ostacolano lo sviluppo e la costruzione della personalità del bambino

Nel suo sviluppo il bambino deve sperimentare protezione e guida, calore affettivo e contesti di serenità, deve trovare risposta alla soddisfazione dei *bisogni fondamentali*, per prepararsi ad affrontare la vita

Se non c'è protezione sufficiente e attenzione ai bisogni fondamentali si formeranno pericolose

alterazioni del nucleo profondo del Sé con disagi, malesseri ed alterazioni comportamentali perché il nucleo del Sé, reso fragile e insicuro, si aggrapperà a immagini esteriori di forza e di certezza, tenterà di compensare le carenze profonde inseguendo *false sicurezze* come prendere potere sugli altri, usare atti di violenza, voler dominare e raggiungere le proprie soddisfazioni e vittorie con aggressività e sopraffazione.

Ne è piena la cronaca di notizie di giovani che ricorrono ad atteggiamenti alterati intrisi di aggressività, di violenza; serpeggia una tale insicurezza nella società, una tale carenza di solide certezze, scarseggia la capacità di fermarsi



e godersi piccole cose, dilaga un tale disorientamento nei processi educativi, condizioni che possono innescare aggressività, rabbia, violenza che può sfociare in atti potenzialmente molto gravi e rischiosi e distruttivi.

Dai capricci allo sviluppo dell'aggressività

Riassumendo, quindi, il capriccio nel bambino si sviluppa in una dialettica relazionale; nasce all'interno di una relazione e mira a modificare qualcosa nella relazione stessa. Ha generalmente due dimensioni: una è quella palese, quasi banale, l'altra è implicita, la radice che riguarda la rassicurazione, potersi affidare, essere considerato, verificare l'attenzione a lui rivolta e quindi una connotazione provocatoria: *<ti metto alla prova, metto alla prova quanto io valgo per te e quanto potere ho su di te>*.

In al senso ha funzione di segnalare bisogni di cui è portatore ma non razionalmente cosciente.

Quando si deve ricorrere in maniera sana all'*opposizione*?

Quando l'altro vuole farci fare qualcosa che ci danneggia, che è ingiusto, che è negativo per noi o per gli altri. Dunque il bambino può opporsi a qualcosa che è negativo per lui, e questo è sano e normale. Ma se non c'è veramente il negativo, allora opporsi è un'alterazione, è un pretesto per fare e dire altre cose; è ancora una volta una mescolanza di esperienze che non sono state aiutate e incoraggiate nel bambino separatamente, ognuna col proprio valore e il proprio significato.

Il bambino sente che ha bisogno di attenzioni, di essere guidato, ha bisogno di sentire che l'adulto è la sua guida, in tal senso sono benefiche le regole precise e chiare perché il bambino ha bisogno di essere fermato quando è necessario e sentire così che può affidarsi a chi lo prende in carico.

Un po' come avviene anche nei processi di terapia: la persona deve potersi fidare al medico, a chi gli fornisce cura e sperimentare un profondo affidamento.

Il capriccio, quindi, molto spesso è un braccio

di ferro tra bambino e adulto, determinato da profonda *insicurezza*. Si affianca a tale atteggiamento un secondo vettore che suscita il capriccio del bambino e cioè la sensazione che gli viene precluso il *riconoscimento* delle sue proprie competenze, del suo grado di autonomia, il bambino ha bisogno che dagli adulti siano riconosciuti i suoi bisogni e che sia da essi valorizzato per le sue crescenti competenze.

I capricci sono di tipo evolutivo quando il bambino li attua in una fase della vita come tentativo di affermare il proprio potere sull'adulto, un fisiologico ed evolutivo esercizio di forza e autonomia che diventa opposizione

Sono stati distinti livelli e fasi del capriccio e 3 *tipologie* di situazioni:

- *situazione esplorativa*: messa in atto dal bambino al fine di ottenere quello che vuole, anche solo per il gusto di misurarsi con gli adulti. Avviene quando sente la sua forza crescente ed è espressione di ricerca di indipendenza, autonomia, una fase caratteristica della sua forza e autonomia crescente in cui il bambino (2-5 anni) si oppone agli adulti, esplora quanto egli possa spingersi oltre la volontà degli adulti;
- un secondo tipo è più un *capriccio emotivo*, abbastanza comune nei bambini, quello che deriva dalla stanchezza, da uno stato di tensione. Ma questa è una situazione generalmente momentanea. Questo tipo di capriccio emotivo è anche tipico del bambino che non si adatta a cambi di programma, a piccoli insuccessi, questo a causa di mancanza di sicurezza, di guida che l'ambiente fornisce in alcune situazioni specifiche ma non è espressione di un ambiente disfunzionante o poco protettivo. Si tratta di un cambio di condizione momentanea, ad esempio una serata di festa in cui gli orari non sono quelli consueti, situazioni in cui il bambino anche più grandicello non si è ancora sperimentato, può nascondere piccoli timori, imbarazzo. È un momento di lieve stress che si ingenera nel bambino. Avendo il capriccio una

forte valenza comunicativa, la sua espressione può comunicare stanchezza come paura, sensazione di minaccia e pertanto va "ascoltato", compreso il contenuto del capriccio. Una condizione, quindi, che non va sottovalutata ma che necessita di uno sguardo attento dell'adulto;

- un terzo tipo è invece uno *stato di capricciosità*, una modalità tipica nella relazione con gli adulti, questa modalità genera rabbia e frustrazione in entrambi: il capriccio non viene superato neanche quando finisce la sua espressione. La dinamica si conclude ogni volta con un cedere il potere all'altro e ciò determina rancore e livore, specie nel bambino.

Se il capriccio non viene affrontato nel significato profondo può diventare l'innescò di una sua cronicizzazione. Il capriccio assume così una connotazione di capricciosità che non è utile alla crescita, trattandosi di una stereotipia. Il capriccio diventa una reazione del bambino al disagio e anziché sviluppare la sensazione di autoefficacia riterrà necessario sfidare ed essere sfidato. Una dinamica di potere di inevitabile braccio di ferro in cui spesso l'adulto, per mancanza di consapevolezza di quanto accade a livello profondo e per mancanza di strumenti per poter arginare il fenomeno, tenderà a cedere e anche il bambino cederà alla modalità "capriccio" per essere visto e ascoltato. Ovviamente questa modalità è avvertita dall'organismo come sforzo e non produce né soddisfazione né benessere. Quindi non affrontare il livello profondo, le motivazioni reali della capricciosità arreca un danno permanente nella personalità del bambino, nei suoi funzionamenti, quelli che sono collegati a tale comportamento e alla sua vita adulta.

LA VIOLENZA È UN DISFUNZIONAMENTO INFLUENZATO DA ESPERIENZE INFANTILI E FATTORI SOCIALI

Comprendere le vere origini della violenza risulta di importanza fondamentale per affrontare i problemi che si stanno cronicizzando nella nostra

società: aggressività di ogni forma e genere manifestata da ragazzi sempre più giovani di età, uso di violenza gratuita senza senso e senza scopo, talvolta, magari per emulare gli adulti, esplosioni distruttive per cui si dà fuoco ad alberi, coltivazioni con il gusto di assaporare una trasgressione ma anche di arrecare danni. Il fine, alterato, è di percepire sensazioni forti ed avvertire la propria forza.

Di fronte a tali brutalità bisogna reagire, e quando l'umanità perde la bussola bisogna reagire con il pensiero scientifico e questi ultimi anni la ricerca scientifica ha verificato come l'aggressività non sia in realtà un istinto, e quindi non inevitabile.

Dalle ricerche sul neonato e sulla prima infanzia è risultato evidente che la violenza non è innata, non è presente sin dall'inizio nella vita del bambino, ma è una alterazione, che si produce nella crescita se non vengono soddisfatti in pieno i bisogni del bambino, ed è collegata ad esperienze non vissute positivamente. Se l'ambiente in cui è inserito non fa sperimentare al bambino comprensione, valorizzazione, al contrario gli fa sperimentare rifiuto si innesca un processo di la rabbia che si cronicizza, e sfocia in aggressività con tendenza a distruggere l'altro e da qui fenomeni di bullismo e violenza nelle sue svariate manifestazioni.

Forme di violenza

Per violenza si intende una qualsiasi forma di abuso e di controllo che si manifesta in forma agita, esplicita, di tipo fisico e cognitivo o come forma silente, di tipo più sottile, mascherato e psicologico.

La *violenza fisica* comprende ogni forma di violenza contro il corpo o la proprietà, qualsiasi azione finalizzata a far male o spaventare. Le aggressioni possono essere evidenti (calci, pugni, spinte), oppure contro qualcosa a cui la persona tiene (animali, oggetti, vestiti, documenti). Spesso ne sono vittima i bambini nell'incontro con i pari.

Una sua forma è anche la *violenza sessuale*, azioni a sfondo sessuale che coinvolgono chi la subisce



in attività senza consenso compresi i tentativi di atto sessuale, commenti o avances sessuali non desiderate, o traffico sessuale, contro una persona con l'uso della coercizione.

La *violenza psicologica* è una mancanza di rispetto che offende e mortifica la dignità.

È meno visibile ma insita in ogni forma, non lascia segni sulla pelle e anche chi la subisce ne è per questo confuso perché spesso la vittima finisce con il percepirsi con gli occhi di chi gli perpetra la violenza. Agisce quindi sul senso d'identità. Comprende abusi psicologici quali intimidazioni, umiliazioni, svalutazioni, ricatti, controllo delle scelte personali e delle relazioni sociali fino ad indurre la persona all'isolamento. Può addirittura essere una metodica che vige nell'ambito familiare, per cui il bambino prima e l'adolescente poi sono estremamente criticati, ostacolati, controllati nelle loro scelte. Subisce ripetuti episodi di ricatti psicologici, manipolazioni, indifferenza, incuria, ostilità, mancanza di adeguati scambi emotivi e di ascolto dei loro bisogni o anche totale rifiuto. In tal caso non nasce come volontà di "schiacciare" ma può derivare dai funzionamenti alterati dei genitori o dal loro sistema dei valori per cui la severità estrema è una forma di ansia e paura, il non elargire una parola di fiducia e di valore al bambino è un modo di educarlo alla disciplina.

È una forma che si può riscontrare all'interno di una coppia, che si propaga come un'atmosfera di fondo; per descrivere una tale forma di violenza è stato utilizzato il termine *Gaslighting*, che deriva da un'opera teatrale (*Gas Light*) in cui, il protagonista attraverso un gioco manipolatorio di accensione delle lampade a petrolio, porta la moglie a dubitare delle proprie percezioni fino a farle dubitare della propria razionalità e ad impazzire; un'opera in cui è reso molto chiaro il clima relazionale di dubbio e confusione che si instaura progressivamente in una relazione perversa.

Tale tipo di violenza è anche alla base del fenomeno di *mobbing*, forme di comportamenti persecutori che tendono a emarginare un soggetto dal gruppo sociale tramite violenza psicologica protratta. È alla base dei comportamenti che costituiscono

stalking, atti che ledono la libertà e la sicurezza, forme di comportamento controllante messe in atto da parte del persecutore sulla vittima. Fa parte di questa tipologia la *violenza del silenzio* che adopera la regola del ghiaccio, utilizzata da persone apparentemente in possesso di grande autocontrollo che mettono in atto comportamenti che hanno l'obiettivo di ignorare una persona. Si tratta di azioni che mirano a sminuire la persona colpita tramite azioni quali fingere di non ascoltarlo quando parla, non rivolgergli la parola, ostacolare e sottovalutare quanto esprime, evitare la sua compagnia, condotte che hanno come obiettivo annullare o rendere invisibile tale persona. Può manifestarsi all'interno di tutti i tipi di relazione: coppia, amici, genitori e figli, familiari, ecc. Implica l'esistenza di un conflitto di cui spesso la vittima ne ignora l'esistenza. Si tratta di una violenza passiva che arreca danni profondi in chi ne viene colpito.

Il *maltrattamento economico* è una forma di privazione e controllo che limita l'accesso all'indipendenza economica di una persona. Include la non condivisione delle decisioni relative al bilancio familiare, impedire all'altro di lavorare, sminuire il suo lavoro. Tale forma di violenza riguarda tutto ciò che concorre a far sì che l'altro sia costretto in una situazione di dipendenza e/o non abbia i mezzi economici per soddisfare i propri bisogni. Le vittime spesso non ne consapevoli.

Una *mancanza di rispetto verso la sfera religiosa o spirituale* si sviluppa quando viene lesa la sfera spirituale della persona non permettendole di esercitare le pratiche del suo credo religioso o imponendole le proprie.

La violenza di genere merita un discorso più approfondito; è una forma di violenza all'interno delle relazioni affettive, la più diffusa in ogni società e cultura, ed ha le proprie radici nella millenaria disparità di diritti e sottomissione delle donne nella società patriarcale. Potrei estesamente dilungarmi sull'argomento ma ritengo più utile ed opportuno identificarne le cause culturali ed accennare alle stereotipie di ruoli da cui discende e deriva

Violenza di genere: il ruolo delle stereotipie maschili e femminili

Quando si sente parlare di violenza domestica è quasi automatico pensare a una qualche forma di violenza agita da un uomo verso una donna. Quindi, una riflessione sulla violenza di genere non può prescindere da un discorso guarda il modo in cui i ruoli sociali contribuiscono al fenomeno stesso. È, quindi, necessario considerare i *processi di socializzazione* maschile e il ruolo che le mascolinità, in particolare quella egemonica, hanno nella promozione della violenza. Si rischia di giustificare la disuguaglianza di genere in quanto impostazione "naturalmente legittimata" se si considera l'aggressività insita nel maschio. La violenza sulle donne è stata riconosciuta come un fenomeno dovuto agli stereotipi attribuiti ai due sessi.

Nella cultura occidentale vige il modello di *mascolinità egemonica* che riguarda l'essere competitivi, il ricercare successo e potere, l'essere ambiziosi, forti, indipendenti, autosufficienti, saper credere in se stessi e correre dei rischi. Tutte queste caratteristiche socialmente attribuite alla figura maschile, permettono stili di vita e comportamenti diversi rispetto a quelli pensati per la donna.

Sulla base di tale cultura si "allevano" in maniera diversa i maschietti dalle femminucce.

L'esperienza prevalente a cui sono sottoposte le femminucce è caratterizzata da un insieme di regole educative che hanno per effetto quello di allontanare la capacità di sentire e di esprimere pienamente la propria forza. Ne consegue che diminuisce anche la capacità di proporsi al mondo esterno, di "lanciarsi" in imprese e progetti importanti e ambiziosi.

Vengono così meno l'autostima, la sensazione di poter affrontare con successo le difficoltà, l'immagine positiva di sé. I messaggi che vengono loro inviati sono di trattenere il movimento, non sperimentare la forza, essere moderate e tranquille.

Le *bambine* devono essere delicate, più trattenute, più composte; un comportamento

che, anche se a volte non viene esplicitamente suggerito, viene però silenziosamente approvato come quello più "adatto" alle bambine.

Ne consegue che:

- la forza nelle femmine si trasforma in una tendenza a dedicarsi agli altri
- far le cose per gli altri è la possibilità residua di ricoprire un ruolo rilevante.
- dedicarsi agli altri può assumere una tonalità di sottomissione
- la forza è usata dalle donne per battere con il ménage quotidiano; non la usano per sé, per difendersi, per sapersi relazionare in positivo all'esterno, per proporsi, per prendersi uno spazio visibile e attivo nella società. La donna in tal modo acquisisce una immagine di sé come fragile e passiva vittima "predestinata predisponendosi a varie forme di prevaricazione.

Nei *maschietti* sono incentivati i giochi maschili e possono utilizzare giocattoli di guerra.

- Si è tolleranti (a volte compiaciuti) verso i modi forti e bruschi, verso l'aggressività espressa sfacciatamente, verso i movimenti scomposti, verso un alzare la voce esageratamente
- Vengono accordati maggiore libertà e permessi
- Viene attribuito un valore positivo per il maschio verso un aspetto aggressivo, la forza e la sopraffazione. In essi la forza è incentivata da parte dell'ambiente mentre è inibita l'esperienza di tenerezza, di fragilità; il potersi sentire piccoli e il bisogno di essere accuditi.
- La forza, privata della tenerezza, si trasforma in violenza e sopraffazione.
- Diventa ricerca esasperata di potere; ecco perché nei luoghi di potere sono gli uomini che si propongono, sempre e in tutto.



	AUMENTANO	DIMINUISCONO
POSTURE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posture racchiuse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posture aperte
MOVIMENTI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimenti rapidi ▪ Movimenti a scatti ▪ Movimenti piccoli ▪ Movimenti stereotipati ▪ Irrequietezza motoria ▪ Scariche di movimenti incontrollati 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimenti lenti ▪ Movimenti morbidi ▪ Movimenti ampi e intensi ▪ Movimenti portati fino in fondo (senso di soddisfazione, pienezza, stanchezza piacevole)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simpaticotonia ▪ Allarme ▪ Stress 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vagotonia ▪ Sicurezza
SISTEMI FISIOLGICI INTERNI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensione muscolare ▪ Ipertonia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rilassamento muscolare
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senso di insoddisfazione alimentare ▪ Vuoto allo stomaco 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senso di sazietà
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intolleranza al dolore 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistenza al dolore
PERCEZIONI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sguardo ▪ Velocità dello sguardo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percezioni tattili ▪ Percezioni interne ▪ Contatto
CONTROLLO - LASCIARE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attenzione ▪ Concentrazione ▪ Controllo duro ▪ Esplosioni di perdita di controllo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mollare ▪ Lasciare ▪ Poter "stare" ▪ Controllo morbido
TEMPI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Velocità ▪ Fretta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rallentamenti ▪ Dilatazione del tempo ▪ Tempo per crescere e tempo per trovare la propria strada e la propria identità

PREVENZIONE DEL FENOMENO VIOLENZA: NECESSITÀ DI INTERVENTI

Gli episodi segnalati dalla cronaca ogni giorno (bullismo, violenze, droga) sono solo le punte più evidenti di una condizione di disagio e di malessere diffusi, come abbiamo detto fin qui.

Bisogna dunque intervenire al più presto per far recuperare in pieno il senso dell' esistenza, la solidarietà, il rispetto per gli altri, per la natura e per se stessi. Anche a noi psicologi, come educatori, adulti e teorici di certe dinamiche spetta il ruolo di intervenire affinché personalità "infelici" cerchino un

palliativo all'angoscia nella droga, nella sopraffazione, nella violenza, nell'impulso alla distruzione o all'autodistruzione.

Dobbiamo agire, in fretta e in modo radicale, per salvare i nostri bambini e i nostri adolescenti.

Dobbiamo mettere in atto un'opera di prevenzione capace di agire ampiamente nella società, in grado di far ritrovare speranze e ideali; e soprattutto di collegare genitori ed operatori, società civile e religiosa, istituzioni e amministrazioni, scienza e professioni. Dobbiamo essere attenti ad alcuni segnali quali quelli della figura successiva.

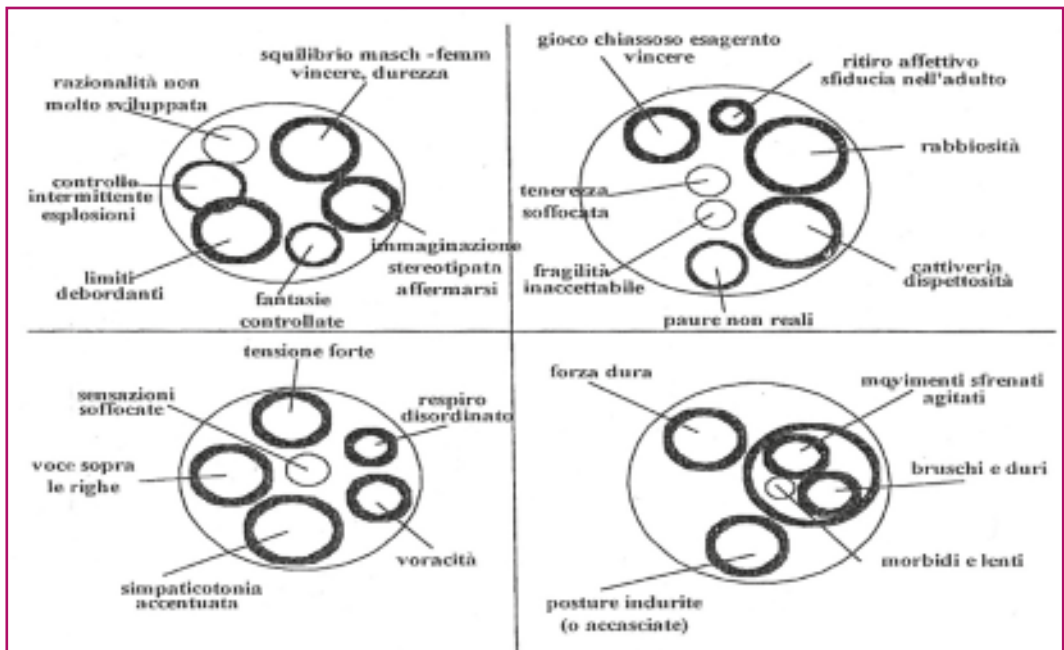
▪ In *terapia* con l'adulto si lavora specificamente per recuperare nuovamente un tipo di Rabbia aperta e diretta, non distruttiva, assai vicina alle arrabbiate rapide e passeggere dei bambini. Il paziente può così accorgersi che la propria rabbia non è devastante e non è illimitata: si esprime e si esaurisce facilmente, e dopo la rabbia, possono ritornare serenità e tenerezza. Dalle ricerche più recenti e dall'osservazione di una vasta casistica clinica è risultato evidente come sia importante, in questi casi, ripristinare la Forza-Calma, la Forza-Giocosa, la Forza-Morbida; perché queste Esperienze e queste Capacità costruiscono relazioni più dirette e aperte, ottengono risultati molto più efficaci e con minor fatica della rabbia, e possono far sciogliere la rabbia chiusa e accumulata.

della solidarietà, capace di portare nel mondo una nuova speranza.

Molto si è speso per diffondere in bambini e in adolescenti concetti di legalità e solidarietà; ma perché questi sforzi risultino efficaci, bisogna che incidano sui funzionamenti di fondo delle persone, sui loro processi più profondi, non limitandosi solo alla sfera più superficiale, solo ai livelli della consapevolezza e della volontà. Si possono usare parole che vanno nella direzione della non violenza e dell'amore ma nei fatti essere profondamente incapaci di essere nella cooperazione, nell'alleanza.

Ricerche per progettare interventi

Gli interventi del Neo Funzionalismo svolti sul territorio sono derivati da ricerche studi e osservazioni sul neonato, sul bambino, sull'interazione



Ma ciò che più è necessario prima di arrivare alle alterazioni è *una cultura della legalità e della solidarietà*.

Appare ogni giorno più urgente cercare di fermare il crescere della violenza e delle intolleranze favorendo lo sviluppo di una cultura della legalità e

bambino/genitori e bambino nei vari contesti infantili. Prima di condurre la ricerca in questione sui funzionamenti alle *radici della violenza* (ricerca così denominata L. Rispoli e coll.) sono state messe a punto Schede di osservazione per fascia d'età (L. Rispoli)



Ipotesi e Obiettivi della ricerca e del progetto

La ricerca analizzava i primi livelli di modalità oppositive che sfociano nella capricciosità. L'ipotesi è che si tratti dei primi livelli di aggressività, di veri e propri precursori dell'insorgere della violenza, al di là di quali manifestazioni poi essa prenda.

Quello che si vuole verificare, come seconda importante ipotesi, è la presenza di condizioni che generano la capricciosità nell'ambiente circostante, relativamente alle Esperienze di Base sopra citate. In particolare si intende verificare la presenza di stimoli eccessivi, di un non ascolto, di incapacità a fermare positivamente i bambini, mettendo tutto ciò in relazione con la presenza di capricciosità. La ricerca intende valutare la diffusione della capricciosità nei bambini, e il collegamento possibile tra capricciosità e ambiente circostante: il disfunzionamento dei genitori, l'utilizzo di videogiochi, la TV, i troppi stimoli, il non essere fermati, i valori positivi dati a rabbia e aggressività. In particolare si sono indagate alcune EBS, che, se non funzionanti, possono essere collegate all'insorgere e all'incancrenirsi della Capricciosità: Essere Portati, Forza, Calma, Rabbia, Condivisione, Tenerezza, Morbidezza, Autonomia, Calma.

Venivano intervistati gli insegnanti e i genitori; i genitori venivano anche osservati nel loro funzionamento e nel modo di essere con i figli.

Arrivare a comprendere quali siano veramente i valori che ragazzi e genitori attribuiscono alla violenza, all'aggressività; e, dall'altro versante, alla legalità, all'amore. Portare alla luce cosa pensano veramente i ragazzi e i genitori su questi temi.

Analizzare quali valori (positivi o negativi) vengono attribuiti a specifici comportamenti e atteggiamenti che esprimono la violenza o si collegano alla violenza.

Valutare precisi "funzionamenti" e processi di fondo sia di ragazzi che di genitori, con i quali viene letto, giudicato, interpretato il fenomeno della violenza al di là dei ragionamenti, in modo viscerale e diretto.

Valutare gli stessi funzionamenti visti questa volta come le cause potenziali di comportamenti violenti, che ne sono alla base e all'origine.

Elaborare i dati e dare un resoconto informativo dei risultati del lavoro a tutti i partecipanti.

Proporre interventi (in particolare nelle scuole) per diffondere e costruire una cultura delle legalità e della solidarietà.

INTERVENTI IN ALCUNE SCUOLE DI NAPOLI

Nella scuola elementare "Oberdan" e nella scuola superiore "Petronio Montereuscello" ho personalmente condotto e supervisionato progetti di prevenzione dei comportamenti violenti denominati «Le(g)Ali al Sud» per infondere corretti stili di vita

I progetti sono stati formulati nell'ottica della prevenzione e dello *sviluppo integrale dei giovani e della scuola* come Istituzione, attraverso un'educazione ispirata ai principi di legalità e rispetto delle regole di convivenza civile.

Inoltre, in linea anche con le formulazioni più innovative degli Organismi Internazionali della Sanità, gli interventi intendevano sottolineare l'importanza del *Benessere Profondo* nello sviluppo dei bambini e degli adolescenti, come scudo a comportamenti devianti e violenti e all'insorgere di disagi relazionali.

Percepire il *Benessere Profondo* permette di costruire una reale protezione al pericolo di cadere nelle maglie della tossicodipendenza, della delinquenza, della ricerca del successo a tutti i costi. Permette al ragazzo, di credere nei valori positivi della vita e di rapportarsi in modo responsabile e coerente con le regole di convivenza civile e di cittadinanza, anziché accumulare rabbia, rancore, frustrazioni, che esplodono poi nella violenza.

La legalità, la non violenza, la solidarietà non si insegnano soltanto parlando con lezioni e seminari, ma con azioni specifiche che tocchino l'intimo delle persone, gli atteggiamenti profondi, i Funzionamenti di Base, gli strati psicofisiologici dove attecchiscono le radici delle alterazioni. Per questo motivo, la realizzazione di questi progetti avvengono anche attraverso l'apprendimento "informale".

Il lavoro è stato volto per dare incremento allo sviluppo delle capacità delle nuove generazioni,

sostenendo quelle componenti di vita, quelle Esperienze Basilarì del Sé, che sono indispensabili per uno sviluppo sano e armonioso, quali la capacità di tenerezza, il poter fidarsi ed affidarsi, la calma e il contatto, la fiducia nell'adulto e nell'altro, il potersi fermare, fare pause rigeneranti, staccare la spina dall'affaccendamento, il poter percepire le proprie sensazioni.

Sono stati attuati, quindi, *Laboratori di Riequilibrio* che rappresentano delle attività fondamentali per un recupero dei valori della legalità e della solidarietà; attività fondamentali che non incidono solo sul livello cognitivo dei soggetti, ma vanno a influire sui *funzionamenti profondi*. Educare, quindi, alla solidarietà, alla cooperazione, alla tolleranza, alla flessibilità come antidoto al pregiudizio e all'agire stereotipato, con azioni che incidono su tutti i livelli profondi della persona,

L'intervento si propone da un lato di essere *informativo* e favorire un processo di sensibilizzazione e conoscenza per l'acquisizione di motivazioni che aiutino i ragazzi a fare scelte in favore della legalità promuovendo processi di educazione, alla cittadinanza, alla legalità al Ben-Essere incrementando anche la fiducia nelle istituzioni; dall'altro si proponeva di essere *formativo* con azioni di ripristino di funzionamenti collegati alla rabbia, all'odio, alla cooperazione, alla necessità dell'altro, alla tenerezza, azioni che sono modalità di intervento di tipo psicocorporeo, tecniche che derivano dal modello teorico funzionale direttamente e precisamente collegate agli obiettivi da raggiungere.

Il Progetto si è concluso con la messa in scena di una rappresentazione messa a punto dei giovani partecipanti aiutati dal tutor e mostrata a tutti in un momento finale.

Metodologia ed intervento di tipo Funzionale

Nel primo incontro si somministra la "scheda di osservazione Funzionale" per l'infanzia o per l'adolescenza per una valutazione iniziale della condizione di partenza del gruppo e dei singoli partecipanti attraverso una diagnosi di tipo Funzionale.

Si passa ad un lavoro esperienziale di tipo laboratoriale: i Laboratori di Riequilibrio rappresentano

delle attività fondamentali per un recupero dei valori della legalità e della solidarietà; attività fondamentali perché non incidono solo sugli elementi cognitivi dei soggetti, ma vanno a influire, in sinergia con questi, sui funzionamenti profondi dell'individuo.

I primi incontri sono condotti per ripristinare, attraverso tecniche Funzionali, la capacità di Respirazione diaframmatica profonda e la capacità di "Lasciare", condizione tipica di Benessere dell'organismo.

Seguono incontri esperienziali per ripristinare la mobilità tra le 2 polarità vigilanza, attenzione/allentamento del controllo e la capacità di "Stare" (altra condizione essenziale di benessere) attraverso tecniche Funzionali.

Il lavoro esperienziale di tipo laboratoriale prevede poi l'intervento sulle Esperienze della Tenerezza, delle Sensazioni, del Percepire l'altro, del Contatto, della Fiducia, del potersi Affidare attraverso ad esempio tecniche Funzionali, quale lo sperimentarsi alternativamente nei ruoli di "cieco e guida, si lavora anche sul senso di Appartenenza, sulla Continuità positiva per portarsi dentro le cose buone della vita, i legami profondi. Al termine del progetto si somministra il questionario per la valutazione dei risultati obiettivi e dei cambiamenti percepiti dai partecipanti.

Nella scuola elementare in questione i bambini hanno messo in scena il loro percorso svolto negli incontri come continuum delle esperienze riattivate, presentate al gruppo delle maestre e ai genitori.

Con il gruppo degli adolescenti c'è stata, nell'ambito dell'intervento, una visita in un istituto di detenzione e un incontro con le forze dell'ordine e, alla fine del percorso, l'ideazione e messa in atto di scenette per rappresentare l'intervento delle forze dell'ordine in episodi di violenza e illegalità. I ragazzi hanno costruito e inscenato tre rappresentazioni: "alcolismo e scippo", "depressione, droga e furto", "discriminazioni sociali e violenza sul tema dell'omosessualità e della diversità sessuale".

Un'ultima rappresentazione ha coinvolto l'intero



gruppo che ha messo in scena lo slogan del gruppo come un'onda crescente di braccia che rappresentava "l'oceano della solidarietà e le sue piccole gocce" accompagnato dalla "voce del gruppo", un coro che simulava il suono dell'oceano con un finale di una tecnica funzionale "stella di mani" indirizzata ad un contatto profondo e giocoso tra i partecipanti.

Le Finalità di questi incontri sono quelle di favorire l'adozione profonda ma concreta, e non soltanto cognitiva, nei giovani, di stili di vita e comportamenti ispirati ai principi di legalità, convivenza civile, rispetto dei diritti umani.

La mia speranza come psicologa, psicoterapeuta, ma soprattutto come persona, che la goccia in cui ciascuno può operare possa unirsi a tante altre gocce e diventare un oceano.

BIBLIOGRAFIA

- Benhaim D. (2010). Freud e la violenza Rivista Interazioni.
- Bowlby, J. (1969). Attaccamento e perdita, vol. 1. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1973). Attaccamento e perdita, vol. 2. Trad. it., Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Bowlby J. (1980). Attaccamento e perdita, vol. 3. Torino: Bollati Boringhieri, 1983.
- Caprara, G. V., Laeng M. (1988). Indicatori e precursori della condotta aggressiva Editore: Bulzoni.
- Douglas, M. (1993). Purezza e pericolo, Bologna, il Mulino.
- Lorenz, K. (2008). L'aggressività Ed. Il sagggiatore tascabil.
- Krahè, B. Psicologia sociale dell'aggressività.
- Freud, S. (1933). Perché la guerra?
- Freud, S. (1963). Pulsioni e loro destini.
- Freud, S. (1965). Normalità e patologia del bambino. Milano: Feltrinelli, 1969.
- Klein, M (1948-1952). Scritti. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Iannone, R. (2016). L'onda vitale la respirazione Psicopuglia n 18 Notiziario Ordine Puglia.
- Meotti, F. (2006). Oltre i confini dell'aggressività: perdita di umanità o caratteristica umana? Psiche 1, 2006. Panksepp, J (1998). Affective Neuroscience: the Foundation of Human and Animal Emotions. New York: Oxford University Press.
- Rispoli, L. (2004). Esperienze di Base e sviluppo del Sé. Ed. Franco Angeli.
- Rispoli, L. (2008). Scheda di valutazione infanzia.
- Rispoli, L. Manuale delle tecniche I e II vol.
- Sameroff, LA e Emde (1991). I disturbi delle relazioni nella prima infanzia. Torino: Bollati Boringhieri.





L'ALTRA FACCIA DI HOLLYWOOD

RIFLESSIONE PSICOLOGICA SU RIVER PHOENIX

The human spirit is a mysterious thing: traumas that flatten some people bounce off of others.

*G. Edwards, Last Night at the Viper Room:
River Phoenix and the Hollywood he left behind*

Riccardo Tarantino
Psicologo

Raissa Centonze
Psicologo

Gloria Lagetto
Psicologo, PhD Student in
Human and Social Sciences

RIASSUNTO

Hollywood è un mondo meraviglioso, un mondo meravigliosamente difficile. Nel presente lavoro si è inteso raccogliere frammenti di esistenza di una delle sue stelle precocemente risucchiate nel vortice oscuro dell'abuso di sostanze a partire da altre storie simili, ricordate per il passaggio da scintillanti copertine e nere testate di cronaca. Di River Phoenix, gioiello rubato alle vetrine di Hollywood per le sue stesse fragilità, sarà raccontata la breve vita e ne saranno ricostruite le ultime ore di una drammatica fine forse evitabile. Sarà approfondito in chiave psicodinamica e nella cornice teorica dell'*Infant Research*, uno stile di attaccamento e relazionale di natura disfunzionale mediante il ricorso a spaccati del suo sviluppo, prima come bambino e poi come giovane uomo, entro un nucleo familiare richiedente e deviante. Quest'ultimo aspetto sarà infine considerato alla luce del contesto – quello hollywoodiano dei riflettori e delle

esagerazioni – e delle influenze che esso ha avuto nel precipitato esistenziale del giovane River.

PAROLE CHIAVE

Hollywood, cinema, psicologia, attaccamento, abuso di sostanze, morte

INTRODUZIONE

Hollywood, si sa, non è un posto qualunque, è la dimora del cinema per eccellenza dove regnano incontrastati sfarzo e popolarità. Hollywood è una musa che incanta e seduce, il luogo in cui abitano bellezza patinata e potere, è un occhio il cui sguardo illumina. Come scrive il poeta americano Charles Bukowski (1989/1992, p. 87) "Nell'odio e a Hollywood tutto è lecito". Chi sogna Hollywood, sogna un nuovo se stesso visto con gli occhi dell'ammirazione e del plauso; chi sogna e vede Hollywood impara a non conoscere altro se stesso; lotta per non vedere mai più un altro se stesso. Hollywood



è quella terra promessa nella quale l'incredibile viaggio per raggiungerla è sempre meno impervio della sfiancante sfida per sopravvivervi. Sì, perché Hollywood mentre nutre e accoglie, toglie e piega; può essere un palco sul quale pochi fortunati mettono in scena il loro migliore spettacolo così come un sipario la cui chiusura toglie respiro prima e identità poi.

In questo mondo fatto di luccichii ed ombre, l'uso - e il più delle volte l'abuso - di sostanze stupefacenti tra le celebrità non è di certo un tabù: molti personaggi dello spettacolo hanno dichiarato apertamente di assumerle. Altri, ne sono addirittura rimasti uccisi. Fiabe interrotte a metà libro raccolgono storie come quella di Marilyn Monroe (morta all'età di 36 anni per un'indigestione di barbiturici), che probabilmente quando scriveva "*Help Help Help I feel life coming closer when all I want is to die*" sentiva vicina la precoce fine e le andava anch'essa incontro con la sua esuberante tristezza.

Potremmo ancora ricordare John Belushi: il suo

borsalino nero ed i suoi occhiali scuri hanno abbandonato per sempre i *Blues Brothers*, inghiottiti in un vortice di alcool e droga. Ad ucciderlo fu proprio un'overdose da speedball, la stessa di River Phoenix.

Negli ultimi anni le testate patinate si sono ulteriormente tinte di nero: ricordiamo Heat Ledger, un fragile *Joker* prematuramente scomparso a causa di un mix di farmaci e probabilmente di una depressione raccontata nelle pagine del suo diario. Stessa morte per Brittany Murphy, la vita della biondina di *Ragazze interrotte* (1999) è stata infatti interrotta davvero. Triste al pari delle precedenti la sorte di Amy Winehouse che, nel luglio del 2011, dopo una breve ma intensissima esistenza condotta tra intossicazioni, disturbi alimentari e rehab, ha spento per sempre la sua voce.

A partire da queste premesse, l'obiettivo di questo contributo vuole essere quello di approfondire - passando dal racconto della vita e della morte alle ragioni psicodinamiche del suo attaccamento disfunzionale - la storia di una di queste stelle



In foto River Phoenix. Fonte: <http://wallsdesk.com/river-phoenix-63755/>

precocemente oscurate, River Phoenix, un'anima saputasi in pena solo dopo la sua scomparsa, un talento interrotto, biondo e forse triste come Kurt Cobain. Anche per lui, un giorno, titoli di cronaca ad offuscarne il genio; anche per lui, da quel giorno, titoli di cronaca a ricordarne il genio.

Come la maggior parte degli appassionati di cinema saprà, l'attore americano River Phoenix è deceduto a Los Angeles la notte del 31 ottobre 1993 a causa di "un'intossicazione acuta da droghe multiple" (Pistolini, 1995, p. 81). Le indagini effettuate "[...] hanno rivelato nel suo sangue presenza di cocaina e morfina (l'eroina, una volta assimilata, precipita in forma di morfina), a cui si sommano tracce di marijuana, valium e medicine contro il raffreddore" (Ibidem). Aveva solo 23 anni. Il locale in cui l'attore ha ingerito il mix di sostanze che gli è costato la vita si chiama Viper Room ed è situato all'8852 sul Sunset Strip di West Hollywood.

L'esame autoptico è stato effettuato il 1 novembre 1993 dal medico legale Christopher Rogers, presso il Department of Coroner di Los Angeles, in California (<http://www.autopsyfiles.org>).

Atti ufficiali ci informano che "Il suo corpo viene cremato il 4 novembre del 1993 e le ceneri disperse nel ranch di famiglia a Micanopy, in Florida" (Aymone, 2017, p. 91).

La prematura scomparsa ha reso il giovane talento un mito della sua generazione come accadde in passato per il protagonista di *Gioventù bruciata* (1955), l'allora astro nascente James Dean, stroncato all'apice del successo da un incidente stradale il 30 settembre 1955, all'età di 24 anni, prima icona culturale di una "gioventù di ribelli senza una causa".

IL TALENTO SPEZZATO: RIVER JUDE PHOENIX

River Jude Bottom nacque il 23 agosto 1970. I genitori lo chiamarono River, come il "fiume della vita" nel romanzo di Hermann Hesse *Siddhartha* (1922), e Jude, come la canzone dei Beatles, *Hey Jude* (1968). Figlio di John Bottom e Arlyn Dunetz, due hippie che facevano uso di droghe e che, nel 1972, si unirono alla discussa comunità religiosa dei *Children of God* fondata dal fanatico David Berg che cambiò loro il cognome in Phoenix. River, nella sua infanzia vissuta

in condizioni di grave indigenza, girò il sud America. Nel 1978 si trasferì in Florida, ma si ritrovò completamente spaesato e riscontrò enormi difficoltà ad integrarsi e a conformarsi a quel tipo di società. Arlyn lavorò affinché il figlio diventasse famoso. Grazie all'agente Iris Burton, River divenne presto una star di spot pubblicitari e serie televisive nonostante le aspirazioni dei genitori fossero in contrasto con le sue esigenze lavorative. L'impegno e il talento gli permisero di recitare in diversi film, nonostante si sentisse sempre sotto pressione poiché la famiglia e alcuni amici confidavano in lui per sostentarsi. Durante le riprese di *Stand by me – Ricordo di un'estate* (1986) diretto da Rob Reiner, River si avvicinò alla marijuana e, in seguito, sperimentò anche altri tipi di sostanze stupefacenti. Neanche l'amore di Martha Plimpton e poi di Samantha Mathis furono sufficienti per porre fine al processo di dipendenza (Glatt, 1996).

Tra la fine degli anni ottanta e gli inizi degli anni novanta esplose il fenomeno del divismo: molti attori di Hollywood – tra cui River Phoenix – affascinarono e suggestionarono il grande pubblico attraverso le loro magistrali interpretazioni (Paraire, 1996).

River interpreta il personaggio di Danny Pope in *Vivere in fuga* (1988) diretto da Sidney Lumet. Tra le pellicole più riuscite e apprezzabili spicca *Belli e dannati* (1991) di Gus Van Sant, nella quale affianca un giovanissimo Keanu Reeves: la pellicola narra di "Amori e avventure di due ragazzi di vita [...]" (Mereghetti, 2016, p. 531). Phoenix interpreta "[...] un personaggio tormentato da un problema di carattere eminentemente psicanalitico, vale a dire da un'infanzia infelice che probabilmente si riassume nella sua nascita come conseguenza di un incesto, con squilibri, sofferenza e persino continui attacchi di narcolessia [...]" (La Polla, 2003, p. 142). La Polla (2008) scrive che "[...] *Belli e dannati* è il film quintessenziale di Van Sant, quello che riassume ed esemplifica ogni sua maggiore preoccupazione e ossessione" (p. 95). Nel cast è presente un altro sfortunato attore, il giovane Rodney Harvey, deceduto anche lui a seguito di un'overdose, l'11 aprile 1998.

Alla morte di River Phoenix, il film *Dark Blood* non era ancora ultimato, ma il regista lo conservò



ugualmente. Nel 2011 Sluizer ha voluto completare il lavoro per rendere omaggio al talento di River. Egli avrebbe voluto coinvolgere il fratello Joaquin, ma non ci fu mai un accordo con la famiglia. Nel 2012 il regista, una volta ottenuti i finanziamenti per completare il film, lo presentò al Netherland Film Festival di Utrecht, nei Paesi Bassi (Stempel, 2012).

Anche il mondo musicale gli ha reso omaggio, non senza dolore. I Red Hot Chili Peppers, gruppo rock statunitense vicino all'attore, gli hanno dedicato *Transcending*, l'ultimo brano dell'album *One Hot Minute* (1995). Si tratta di un omaggio che in sé contiene probabilmente le due anime di Phoenix, quella tormentata e persa in cui il rimando all'uso di sostanze è inteso tanto in senso salvifico quanto in senso alienante e privativo (il testo recita "trascendere la carne potrebbe essere una brezza che mi manda sulla luna") e quella arrabbiata e pesante, che sembra urlare – in un crescendo doloroso e disinibito – tutto il dolore per un impatto imminente ed inevitabile. Va ricordato inoltre che, sia il brano che l'intero album reificano il dramma della dipendenza che svuota dal momento che la maggior parte dei testi videro un notevole quanto insolito (in quella misura) contributo di Michael Peter Balzary (meglio noto come Flea) atto a sopperire l'appiattimento artistico dell'amico Anthony Kiedis (cantautore, cofondatore e frontman del gruppo), anch'esso risucchiato nel vortice della dipendenza. River comparirà anche nel video di un altro brano della band, *Breaking the girl* (1991), a conferma di quanto questa sia legata all'attore.

Oggi egli è considerato dai più un fugace splendore: quello spettrale candore e quella incredibile semplicità che le sostanze hanno cancellato, le pellicole cinematografiche hanno salvato.

LA NOTTE MALEDETTA AL VIPER ROOM

Come ogni *sad ending* che si rispetti, anche quella di River Phoenix merita il suo racconto. Lo ripropriamo attraverso le righe con cui lo scrittore americano Gavin Edwards (2013) ha descritto gli ultimi momenti della star, prima che una tragica fine giungesse a spegnere i riflettori sulla sua breve esistenza.

Il 30 ottobre 1993 alle 18.00, River si presentò alla

porta del direttore della fotografia del film *Dark Blood*, Edward Lachman, per aiutarlo con l'attrezzatura. Dopo un'ora tornò all'Hotel Nikko dove lo aspettavano il fratello Joaquin e la sorella Rain, entrambi in città per partecipare all'audizione del film *Safe Passage* (1994). In camera erano presenti anche Samantha Mathis, l'assistente Abby Rude e suo marito Dickie. Ben presto fecero festa con musica ad alto volume e champagne. Alle 22.00 River, dopo una giornata intensa si preparò per andare a dormire, ma i fratelli volevano uscire; era uno spreco non godersi il sabato sera a Los Angeles. Joaquin voleva vedere il Viper Room, dove Flea e Johnny Depp avrebbero suonato con la band P. Perciò i tre fratelli, insieme a Samantha Mathis, decisero di recarsi al locale. I quattro si diressero prima ad una festa sulle colline di Hollywood, in cui c'era anche Leonardo DiCaprio che, a posteriori, dichiarò che lì erano tutti ubriachi ed ammassati per il poco spazio a disposizione e che River era molto pallido. Più tardi, precisamente alle 00.27 del 31 ottobre, i ragazzi arrivarono al Viper Room su Larrabee Street ed entrarono alla festa. River trovò i suoi vecchi amici dei Red Hot Chili Peppers: Flea e John Frusciante, che lo informarono che non avrebbe potuto suonare quella notte. Alle 00:40 la band P salì sul palco. Alle 00:45 un chitarrista amico di River arrivò al suo tavolo con in mano una tazza e lo invitò a bere. Nonostante non sapesse cosa ci fosse dentro, River decise di bere. Nella bevanda era disciolta una speedball: una miscela di cocaina ed eroina. In quell'autunno a Los Angeles circolava la Persian Brown, un tipo di eroina particolarmente potente proveniente dall'Iran. River si sentì subito male e si agitò. Per tranquillizzarsi, prese un valium, senza però ottenere alcun beneficio. Subito iniziò a vomitare e si accasciò sulla sedia, privo di sensi. Nonostante le sue evidenti condizioni critiche, la gente non sembrò accorgersi della situazione per lungo tempo. Se l'ambulanza fosse stata chiamata proprio in quel momento, l'attore si sarebbe potuto salvare. Alle 00:55 River chiese di andare fuori a prendere una boccata d'aria fresca. Ebbe difficoltà a camminare e cadde a terra. Joaquin rassicurò tutti che stava bene e aiutò suo fratello ad uscire. Alcuni momenti dopo, all'1:00, River crollò sul marciapiede. Nessuno fece nulla per aiutarlo, erano

tutti impauriti e pietrificati. Il fotografo Ron Davis, che era fuori dal locale in attesa dell'uscita dei Red Hot Chili Peppers, si avvicinò a River. Rain si sedette sul petto del fratello, cercando di limitare le crisi convulsive. Un buttafuori del Viper Room uscì dal locale, esaminò la situazione e disse a Joaquin di chiamare il 911, ma lui si rifiutò. All'1:09 ogni crisi a cui River andava incontro durava circa venti secondi, le sue braccia si agitavano. Davis cominciò a sperare in ulteriori attacchi: erano la prova che River era ancora vivo. All'1:10 Joaquin decise di chiamare il 911. Solo allora la gente iniziò a riconoscerlo e a fermarsi intorno a lui. All'1:14 un team di quattro paramedici arrivò sul posto e si mise immediatamente al lavoro. Trovò il ragazzo senza polso e senza respiro ed attivarono immediatamente la procedura prevista nei casi di arresto cardiaco e, successivamente, quella del supporto vitale avanzato. Nonostante ciò l'elettrocardiogramma rimase piatto. All'1:31 l'ambulanza partì verso l'ospedale Cedars-Sinai per arrivare al centro medico tre minuti dopo. La pelle di River stava diventando blu, ma il suo corpo era ancora caldo. Era stato in arresto cardiaco per almeno venti minuti, ma i medici del pronto soccorso tentarono nuovamente un massaggio cardiaco, lo attaccarono ad un respiratore ed inserirono un pacemaker. Nulla funzionò. All'1:51 il dottor Paul Silka dichiarò ufficialmente la morte di River Jude Phoenix.

ANALISI PSICOLOGICA DI UN FENOMENO DI "SUCCESSO"

La biografia di River Phoenix può essere utilizzata come pre-testo per analizzare, utilizzando una cornice teorica integrata, tantissime altre storie perché frutto dell'interazione tra fattori relazionali ereditari, conseguenti dinamiche oggettuali, variabili contestuali e precipitati comportamentali.

Già nelle prime note della storia di River si possono individuare, sul piano simbolico, le prime forze inconsce che i genitori inconsapevolmente hanno trasmesso al figlio in chiave transgenerazionale: la dipendenza relazionale e l'idealizzazione nei riguardi della setta religiosa spiegano l'adesione passiva al cambio del cognome (da Bottom a Phoenix) quando River aveva solo due anni, perdendo

l'ancoraggio alle proprie radici storiche e assumendo nuovi significati identitari ascrivibili ad una cornice di unicità e di grandiosità. L'aver vissuto all'interno di un nucleo familiare problematico esposto quotidianamente a condotte devianti, ha facilitato il disorientamento preadolescenziale che spesso si incontra in figli di coppie tossicodipendenti. Le teorie dell'attaccamento (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Ainsworth, 1978; Main & Solomon, 1986), ci aiutano a comprendere come sia fondamentale per il nostro equilibrio psicofisico ed emozionale aver avuto nella prima infanzia un caregiver capace di sostenerci con affetto e sensibilità, di darci attenzione e riconoscimento favorendo lo sviluppo di uno stile di attaccamento sicuro che permane in noi sviluppando Modelli Operativi Interni che ci guidano nelle successive scelte e nella messa in atto, in una logica di sviluppo frattale, di schemi interpersonali. L'esperienza educativa con un genitore tossicodipendente espone il figlio a condotte di accudimento disfunzionali spesso caratterizzate da bassi livelli di coinvolgimento, presenza emotiva, sincronia, sensibilità e responsabilità, ma con alti livelli di intrusività e ostilità, impedendo il formarsi di un oggetto interno sicuro, permanente e rassicurante che incentiva l'esplorazione verso l'ambiente. In altri termini, nel momento in cui il genitore viene percepito dal bambino come fonte di paura, egli perde la sua funzione protettrice e di "base sicura" e ciò si traduce, sul piano evolutivo, in una difficoltà per il bambino a costruirsi un quadro integrato di strategie cognitive ed affettive supportata dal non sapere "quando" e "cosa" aspettarsi da un genitore in una situazione di espressione di bisogno (Ainsworth, 1978).

Dalla relazione con i genitori, come precedentemente anticipato, si evince che la madre lavorò affinché River godesse di una certa popolarità nonostante le idealità dei genitori divergessero profondamente dalle sue esigenze lavorative. Nella storia di River poco si legge di quali fossero le sue aspirazioni, i suoi interessi, i suoi gusti come se non si fosse mai realmente strutturata una personalità unica e separata dai propri oggetti e il Sé, l'espressione del loro prolungamento. Gli studiosi di psicoanalisi familiare



sostengono come tale dinamica sia il riflesso di una relazione oggettuale genitoriale dalla forte connotazione narcisistica: essi sperano di trovare nel partner un "completamento" del proprio Sé al fine di colmare un sentimento di carenza nel senso di identità e di autostima; quando il partner non soddisfa tale bisogno o lo fa solo parzialmente, perché magari anch'esso bisognoso, ne seguono reciproci sentimenti di frustrazione che non vengono verbalizzati ma proiettati sui figli, spesso i meno autonomi. Un ruolo centrale viene giocato dall'autonomia: nella relazione oggettuale narcisistica, l'altro è una parte di me stesso, la sua funzione è quella di soddisfare i miei bisogni fondamentali e poco (o nessun) riconoscimento è connesso al suo desiderio; il suo divenire autonomo, pertanto, è vissuto come una minaccia al desiderio del soggetto di completamento e perfezione, per questo spesso viene ostacolato ogni tentativo autentico di cambiamento che potrebbe realizzare una separazione tra i membri della famiglia. Spesso, in tali costellazioni familiari vengono nascosti sentimenti negativi di rabbia, mantenendo un continuo oscillare tra la conferma dell'amore sentito per il genitore e il suo ricorrente dubitarne, chiedendosi se l'amore ricevuto sia reale o solo uno strumento per soddisfare i propri bisogni di integrità, purezza o, nel caso di River, successo, ricchezza e grandiosità. Questa forma di amore ad uso e consumo, tra l'altro, differisce molto poco dal beneficio momentaneo legato all'assunzione di una sostanza. Secondo i teorici psicoanalitici contemporanei (Khantzian, 1997) la scarsa interiorizzazione delle figure genitoriali, l'insufficienza delle funzioni deputate alla regolazione degli affetti, al controllo degli impulsi e al mantenimento dell'autostima, quale espressione di un Io fragile (generatori in tale dinamica familiare), il vivere in un contesto sociale dove i comportamenti devianti vengono convalidati più che rifiutati, spiegherebbero l'incapacità di River a prendersi cura di se stesso e di proteggersi, mostrando un difetto di giudizio riguardo i rischi associati all'abuso di sostanze (visibile nella facilità con cui ingerisce una sostanza

di cui non conosce bene la natura e che lo porterà alla morte). L'uso di molteplici droghe pesanti è stato messo in rapporto con l'incapacità di tollerare e regolare l'intimità interpersonale, evitando un senso di impotenza o di disperazione (ferita narcisistica) attraverso il controllo e le modulazioni dei propri stati affettivi.

CONCLUSIONI

Come tracciato nelle prime righe di questo lavoro, gli autori hanno perseguito l'intento di delineare i passaggi della breve vita di River Phoenix, provando a mettere sotto una luce nuova una storia come molte altre nel patinato mondo di Hollywood. Si è partiti dall'impellente necessità di andare al di là delle tristi cronache che lo hanno riguardato, approfondendo la sua esistenza e provando a tracciarne le determinanti psicologiche con una lente psicodinamica. La letteratura relativa alle forme di attaccamento ha inoltre fornito numerose evidenze sul fatto che vi sia correlazione tra le modalità di relazione infantile con le figure primarie e lo sviluppo dei legami successivi nel corso della vita dell'individuo. Nella storia di River Phoenix sembrano trovare riscontro le teorizzazioni della Ainsworth (1978) secondo cui tracce della memoria relazionale del genitore, in particolare della madre, e delle sue modalità fantasmatiche di rapporto con la prole, si ripercuotono sulla qualità dell'attaccamento del figlio. Ella porterà infatti nella relazione con il figlio elementi del proprio passato e del proprio presente nonché le modalità di significazione del mondo. Laddove nel genitore esisterà un sistema familiare carente sul piano della costruzione di un adeguato stile di attaccamento, maggiori saranno infatti le probabilità che – in una dinamica di trasmissione intergenerazionale – anche lo stile relazionale del figlio risulti similmente carente (Ainsworth, Bell & Stayton, 1992). Il caso singolo presentato in questo lavoro non porta a concludere in modo assiomatico che i figli di genitori devianti siano impotenti vittime di un destino segnato; delinea ad ogni modo uno scenario in cui – a particolari condizioni, come possono essere quelle della

luminescente e altamente espositiva realtà hollywoodiana – il ricorso dell'esistenza possa prendere le forme di un sistema del Sé caratterizzato da disorganizzazione (Horowitz & Overton, 1992), in altri termini un sistema connotato anche in età adulta da quei pattern disadattivi sperimentati ed acquisiti nelle prime fasi di crescita. In termini più generali, la storia di Phoenix, sembra ribadire una tracciabilità transgenerazionale di modalità disfunzionali con cui l'individuo dà senso al proprio essere nel mondo, modalità acuite in un contesto le cui caratteristiche strutturali sembrano essere numerose richieste di esposizione ed elevati livelli di performance. Si potrebbe, in altri termini ed in conclusione, ipotizzare che quegli ambienti in cui il culto dell'immagine esterna tenda a prevalere sull'attenzione ai livelli di intimo benessere della persona, siano terreno più fertile per una trasmissione ed uno sviluppo delle modalità disfunzionali di organizzazione delle relazioni acquisite nei legami primari.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1992). L'attaccamento madre-bambino e lo sviluppo sociale: la socializzazione come prodotto delle reciproche risposte e segnali. In M. P. M. Richards (cur.), *L'integrazione del bambino in un mondo sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Aymone, C. (2017). *Hollywood. Morte e misteri delle star*. Firenze: Emmebi.
- Bowlby, J. (1969-1982). *Attachment and loss*, Vol. 1, Attachment, New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre, Torino, Bollati Boringhieri, 1972).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. 2, Separation, New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre, Torino, Bollati Boringhieri, 1975).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, Vol. 3, Loss, New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. 3: La perdita della madre, Torino, Bollati Boringhieri, 1983).
- Bukowski, C. (1989). *Hollywood*. Boston: Black Sparrow Books (trad. it. Hollywood, Hollywood!, Feltrinelli, Milano, 1992).
- Ciompi, L. (1994). *Logica affettiva*. Milano: Feltrinelli.
- Edwards, G. (2013). *Last night at the Viper Room. River Phoenix and the Hollywood he left behind*. New York: HarperCollins Publishers Inc.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press (trad. it. Psichiatria psicodinamica, Raffaello Cortina, Milano, 2007).
- Glatt, J. (1996). *Lost in Hollywood. The fast times and short life of River Phoenix*. New York: St Martins Pr.
- Horowitz, H. A., & Overton, W. S. (1992). Comorbid adolescent substance abuse. A maladaptive pattern of self-regulation. *Adolescent psychiatry*, 18, 465-483.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent application. *Human Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- La Polla, F. (2003). *Stili americani. Autori, generi, film nel cinema hollywoodiano del Novecento*. Bologna: Bononia University Press.
- La Polla, F. (2008). *Ombre americane. Regia, interpretazione, narrazione a Hollywood fra storia e cultura nazionale*. Bologna: Bononia University Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. Brazelton & M. Youngman (Eds.), *Affective Development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Mereghetti, P. (2016). *Il Mereghetti. Dizionario dei film 2017*. Milano: Baldini&Castoldi.
- Paraire, P. (1996). *Il grande cinema di Hollywood*. Roma: Gremese.
- Pistolini, S. (1995). *Gli sprecati. I turbamenti della nuova gioventù*. Milano: Feltrinelli.
- Stempel, P. (2012). *River Phoenix. They died too young*. New York: Infobase Learning.



L'ESPERIENZA DEL COMMIIATO

Solo la direzione è una realtà. La meta è sempre una finzione, anche quella raggiunta. E questa in modo particolare.

A. Schnitzler

Così viviamo, per sempre prendendo congedo.

R. M. Rilke

Sono soggiogato dalle lontananze - vibrazioni di una melanconia senza fine, con un ritmo di estasi in solitudine, con lo sguardo errante sulle altezze celesti e con l'afflizione delle proprie altezze.

E. Cioran

Daniela Cirasino
Psicologa Clinica,
Associazione Il gabbiano, Ostuni

RIASSUNTO

Prendendo spunto da un romanzo letterario in cui il commiato prende la forma di una lunga lettera di congedo relazionale, il seguente articolo si propone di scandagliare l'esperienza del commiato come un momento di crescita personale e di importante riformulazione. La lettura che si vuole fare del commiato assume una valenza positiva i cui riflessi sono distinguibili anche all'interno del percorso psicoterapeutico. Sotto l'attenta lente fenomenologica, nella sua parte finale l'articolo pone enfasi sull'importanza della parola come strumento utile a dare senso al commiato.

PAROLE CHIAVE

Commiato, Psicoterapia, Parola, Fenomenologia, Separazione

IN QUELL'ORA SENZA LUCE

"Questa lettera, amica mia, sarà lunghissima. Non mi piace troppo scrivere. Ho letto sovente che le parole tradiscono il pensiero, ma mi sembra che le parole scritte lo tradiscano ancor di più. [...] Una lettera, anche la più lunga, costringe a semplificare ciò che non avrebbe dovuto essere semplificato: si è sempre così poco chiari quando si tenta di essere esaurienti! Qui vorrei fare uno sforzo, non soltanto di sincerità, ma anche di esattezza. [...] Meglio sarebbe, forse, che io non me ne andassi senza una parola, come per vergogna, o come se tu avessi compreso. Avrei fatto meglio a spiegarmi a voce bassa, lentissimamente, nell'intimità di una stanza, in quell'ora senza luce in cui si vede così poco da osar quasi confessare tutto".

È così che si apre *Alexis. O il trattato della lotta vana*,



romanzo concepito nella forma di lunga ed intensa lettera d'addio in cui l'autrice Marguerite Yourcenar dà voce ad un uomo che sta per lasciare sua moglie dopo aver avuto il coraggio di confessarle per iscritto la sua omosessualità.

In questo capolavoro del congedo, il protagonista, si accomiata dalla moglie sostanzando il definitivo scioglimento dalla finzione coniugale che ha operato fino a quell'istante. Questo marito, spinto da un affetto quasi fraterno per la donna, nella missiva le chiede sinceramente scusa per non aver osato confessare in tutto quel tempo ed aver negato ad entrambi la promessa di una felicità.

“È terribile che il silenzio possa essere una colpa; è la più grave delle mie colpe ma, insomma, l'ho commessa. Prima di commetterla verso di te, l'ho

commessa verso me stesso. Quando il silenzio si è fissato in una casa, farlo uscire è difficile; più una cosa è importante, più sembra che la si voglia tacere. Lo si direbbe una massa di materia ghiacciata, sempre più dura e compatta; sotto di essa la vita continua; ma non si sente. Woroino era pieno di un silenzio che sembrava via via più grande, e ogni silenzio non è fatto che di parole che si sono taciute.”

Se tentassimo di dare voce al commiato, scopriremmo che in esso la parola rischia di naufragare nel vortice dell'indicibile, perché troppo ancorata al de-finire, all'inscrivere in orizzonti tangibili di significato un'esperienza che fa franare l'anima.

Sullo sfondo della narrazione, ciò che si configura è una lotta per la sopravvivenza della parola che



cerca di resistere al suo annullamento per diventare testimone di un patimento, farsi carne e plasma (o placare) un sentimento.

Quasi come se fosse una sonata, la lettera-romanzo giunge a conclusione accompagnata dall'immagine dello scrivente che, ancora una volta, nell'atto di un definitivo saluto, chiede perdono alla moglie ingannata e al se stesso ignorato fino ad allora: "Ti chiedo scusa, il più umilmente possibile, non tanto di lasciarti, quanto di essere rimasto così a lungo."

COMMIATO E SEPARAZIONE

Il commiato. Movimento oscillatorio tra due tempi e due luoghi, transizione dell'anima e rito di passaggio di ogni esistenza, è un momento che abita l'essenza umana e costituisce la sua esperienza vissuta nella sfera dell'intimità. Sin dall'istante in cui, naufraghi dal viaggio del non-essere, approdiamo al suolo terrestre, esperiamo sulla nostra pelle la separazione. Ci separiamo dal ventre materno, da stagioni della vita, da persone, luoghi e, talvolta, flessibili steli di giunco, togliamo radici dalla terra natale. In questo moto incerto e precario che a più riprese si esprime in veri e propri vacillamenti, accade un distacco al contempo mosso da una spinta verso ciò che ha ancora da venire, ancora da essere.

Ogni percorso esplorativo e conoscitivo è segnato da un commiato all'inizio e uno alla fine. Conoscere è allontanarsi da uno stato di ignoranza per seguire vie incerte nel tentativo di afferrare effimere certezze. Il continuo frantumarsi della soggettività per rinnovarsi e riformularsi, esprime sì una profonda sofferenza ma, come lo spirito hegeliano torna a sé rinnovato dopo aver attraversato la natura, così il commiato opera un attraversamento trasformativo in cui ogni cosa cambia per tornare ad essere la stessa. Ma mutata.

"Ciò che ti separa, tu sei. Defluisce, sapiente ritorna in nuova forma di commiato".

Nei versi scritti dalla poetessa I. Bachmann alla vigilia della catastrofe nucleare e nel pieno della Guerra Fredda, il commiato rappresenta il punto di una radicale proiezione in avanti, una

emancipazione dallo stato attuale in cui l'unico ostacolo all'avanzamento è posto dall'lo stesso che spesso funge da barriera alla nuova consapevolezza. L'io, in questo caso, pone una battuta d'arresto a ciò che la Bachman vede di positivo nel commiato: uno spostamento che vuol dire arricchimento.

IL COMMIATO IN PSICOTERAPIA

Il percorso psico-terapeutico di per sé, nel suo svolgersi come socratica arte maieutica, espone a continue rotture, separazioni e ricongiungimenti. La terapia della parola, nel suo procedere verso strade sconosciute e poco battute, rappresenta un vero e proprio processo conoscitivo in cui la ristrutturazione psichica segna una raggiunta rinascita.

Servono parole per dirlo, suggerisce Marie Cardinal in uno splendido romanzo in cui racconta di come la psicoterapia abbia sostanzialmente la "cosa" (così chiamava il suo isolamento e le sue improvvise emorragie vaginali) che abitava il suo corpo e la sua mente.

La parola, nell'atto di de-finire, pone un limite alla nostra angoscia esistenziale, le conferisce forma rendendocela più tangibile, visibile. La parola si fa carne e descrive esperienze.

In tal senso, la psicoterapia altro non è che un costante "accomiarsi da". Per richiamare le parole della Bachman, questo commiato, rappresentando un passaggio da un luogo/tempo ad un altro, è ben lungi dall'aver una valenza negativa. Esso è la condizione di possibilità del mutamento a cui nessuna esistenza può sottrarsi.

LA FORZA DELLA PAROLA NEL COMMIATO

L'aspetto essenziale del linguaggio, a giudizio del filosofo Emmanuel Levinas, sta nell'*interpellazione*, nel *vocativo*. In primo luogo il linguaggio è presentazione dell'altro il quale, prima di essere assunto come "questo altro qui", di essere tematizzato e nominato rispetto a qualche ruolo, ha un senso per sé, per la sua presenza d'altro. Presupponendo un interlocutore, il linguaggio invoca questo Altro il quale non è dipendente dal

discorso che gli è rivolto ma è funzione del linguaggio stesso. La presenza d'altro è condizione preliminare al linguaggio che diventa quindi domanda di contatto, richiesta di presenza. Tra alterità e linguaggio dunque, vi è uno stretto rapporto. Anche nel silenzio, che non è una cancellazione del linguaggio, ma una sua particolare affermazione, vi sono momenti carichi di significato e pregni di emozioni che hanno ancora da essere es-presses.

Come puntualmente nota lo scrittore e filosofo francese Maurice Blanchot, allorché Wittgenstein nel *Tractatus* afferma: "Ciò di cui non si può parlare, deve essere taciuto", qui, dice Blanchot, per il fatto stesso che per enunciare ciò non ci si possa imporre il silenzio, attesta che in definitiva per fare silenzio bisogna parlare. La parola dunque, strumento precipuo della psico-terapia, è un mezzo per accomiarsi dal dolore, dalla sofferenza in generale, da uno stato d'essere. È attraverso la parola che avviene il miracolo dello scambio.

IL "TRA" DEL COMMIO

Uscendo da una concezione geometrica del tempo, dello spazio e delle distanze, la fenomenologia spiega le relazioni a partire dai vissuti di coscienza. Ciò significa che non esistono in assoluto spazi più o meno estesi o distanze più o meno lunghe, ma che la vicinanza e la lontananza di qualcosa rispetto alla nostra persona dipendono dalla particolare intenzionalità di coscienza che apre a ciascuno uno spazio non neutro accompagnato da particolari tonalità emotive. In questo spazio vissuto l'incontro con l'altro "ha luogo". Tale prossimità, squisitamente teorizzata dal filosofo Levinas, "non si risolve nella coscienza che un essere prenderebbe di un altro essere ritenuto vicino in quanto sotto i suoi occhi o alla sua portata e di cui sarebbe possibile appropriarsi; essere che potrebbe essere tenuto o con cui ci si potrebbe intrattenere nelle reciprocità della stretta di mano, della carezza, della lotta, della collaborazione, del commercio, della conversazione".

Nella prossimità io abbraccio l'Estraneo che è in

altro ed è allo stesso tempo in me. L'incontro, a giudizio di Levinas, non è una semplice esperienza sociale tra un Io e un Tu; il dialogo non è semplicemente l'esperienza di due uomini che si scambiano dei segni linguistici. Nell'esperienza del faccia a faccia, io mi imbatto in colui che mi sta di fronte ad una distanza tale da scorgere ciò che il suo viso mi dice o tradisce.

In questa "traità" (Zwischenheit) di buberiana memoria che configura uno spazio alteregoico, accade l'incontro ed al contempo un movimento da uno spazio mentale ad un altro; un processo conoscitivo, un abbandono di qualcosa il cui commiato apre a nuovi orizzonti descrittivi che richiedono di essere coscientemente vissuti.

BIBLIOGRAFIA

- Bachman, I. (1978). *Werke*. 4 voll., München, Piper. Trad. It. *Il trentesimo anno*, a cura di Grazia Mannucci, Adelphi, Milano.
- Blanchot, M. (1983). *La communauté inavouable*, Minuit Ed., Paris.
- Borghi, L., Svandriik, R. a cura di (1996). *S/Oggetti Immaginari. Letterature comparate al femminile*, QuattroVenti, Urbino.
- Bracco, M. (2001). *Sulla distanza. L'esperienza della vicinanza e della lontananza nelle relazioni umane*, Stilo Editrice, Bari.
- Buber, M. (1957). *Colpa e sensi di colpa*, Tad. It. a cura di Luca Bertolino, Apogeo Education, Milano 2008.
- Cardinal, M. (1975). *Le parole per dirlo*, Trad. It. Bompiani, Milano 2001.
- Cioran, E. (1934). *Al culmine della disperazione*, Trad. It. Adelphi, Milano, IV edizione 2012.
- Levinas, E. (1980). *Le dialogue*, in *Di Dio che viene all'idea*, cit. p.230, Trad. It. Milano Jaca Book, 1986.
- Levinas, E. (1974). *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, Trad. It. Jaca Book, Milano 1995, p. 103.
- Ponzio, A. (1994). *Scrittura Dialogo Alterità. Tra Bachtin Lévinas*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze).
- Wittgenstein, L. (1921). *Tractatus logico-philosophicus*, Trad. It. Einaudi Torino 2009.
- Yourcenar, M., (1929). *Alexis. O il trattato della lotta vana*, Trad. It. La Feltrinelli, Milano 2013.



MEDIA VIOLENTI

UNA VISIONE GENERALE DELL'INFLUENZA DEI CONTENUTI VIOLENTI SUL COMPORTAMENTO INDIVIDUALE

Federico Russo

Scuola di specializzazione in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale
"Istituto Santa Chiara" - Lecce

RIASSUNTO

Dalla narrativa a cinema e videogiochi, i contenuti mediatici violenti hanno da sempre destato la preoccupazione che potessero influenzare gli individui e portarli a commettere atti violenti nella vita reale. In questa rassegna sono stati considerati i diversi contributi sul tema, scomponendo il fenomeno nelle parti più importanti che lo costituiscono: l'aggressività e la sua 'eziologia', in primo luogo, quindi i fenomeni mediatici e i loro effetti sulla popolazione generale e

sull'individuo in particolare. Dopodiché, è stata indagata l'influenza dei videogiochi, che offrono un'esperienza particolarmente intensa a causa dell'immersività che implicano, e delle loro conseguenze sul comportamento e la psiche. Sono stati isolati e discussi quindi i più importanti meccanismi, psicologici, sociali, culturali, e fisiologici, scatenati dalla fruizione o interazione con i media, sia sul breve termine che sul lungo termine. Infine, viene discusso il Modello Generale dell'Aggressività secondo le più recenti

conoscenze in materia. Per concludere, vengono presentate alcune proposte di intervento sociale.

PAROLE CHIAVE

Violenza, aggressività, media.

LO STATO DI NATURA

L'uomo è buono o cattivo? Ostile o amichevole?

Da millenni i filosofi si sono interrogati sulla natura umana, una questione che emerge in tutta la sua drammaticità nei fatti di cronaca nera e riaccende discussioni inerenti la salvaguardia della comunità, e l'istituzione di leggi specifiche, come la regolamentazione per le armi negli Stati Uniti.

Nel IV sec a.C., nella sua *Politica*, Aristotele definiva l'uomo come "animale sociale", e sosteneva che le leggi e lo stato derivassero dalle esigenze umane di aggregarsi e cooperare. Di conseguenza, l'isolamento porta a individui ostili e aggressivi.

Nel 1651 invece Hobbes, nel *Leviatano*, riprende la concezione che vede l'uomo come tendenzialmente egoista e bellicoso: "*homo homini lupus*", cioè "lupo con gli altri uomini". L'esigenza lo porterebbe a prevaricare gli altri, e l'unico motivo che lo spinge a tenere a freno l'aggressività è la paura per le eventuali azioni di prevaricazione da parte degli altri: per questo motivo elabora leggi che permettano la convivenza con i suoi simili.

In maniera simile, Freud (1920) postula l'esistenza di due forze, contrapposte tra loro, che guidano le azioni umane: *Eros*, che genera armonia e connessione sessuale, e *Thanatos*, che invece genera distruzione e aggressività.

Le speculazioni sul tema hanno dovuto attendere l'avvento delle scienze sociali e, più nello specifico, della Psicologia Sociale, per poter essere operazionalizzate in studi sperimentali e meta-analisi. La complessità del fenomeno è dovuta al problema della questione stessa: la ricchezza di influenze esterne, che sfuggono al controllo e alla possibilità di misurazione sistematica dello sperimentatore. La relativa perdita di rigore metodologico è inevitabile in un fenomeno così ampio e sfaccettato, ma il tempo, il progresso tecnologico nei metodi di ricerca,

e il miglioramento dei mezzi di informazione, hanno fornito dati sufficienti a poter delineare un quadro sicuramente più chiaro.

Una parte delle ricerche, in letteratura, ha cercato fattori causali nei risultati delle correlazioni statistiche tra media violenti e contenuti violenti, facendosi però sfuggire quei fattori "invisibili", non controllabili, che intervengono nella produzione dei risultati.

Un'altra parte delle ricerche, invece, ha isolato i fattori ipotizzati o individuati nelle ricerche correlazionali, e li ha sottoposti a procedure sperimentali controllate, così da poter ottenere una conferma o confutare l'ipotesi.

LA SPETTACOLARIZZAZIONE DELLA VIOLENZA

Nel 1774 viene pubblicato il romanzo *I dolori del giovane Werther*, di Johann Wolfgang Goethe. La storia racconta di un amore impossibile che porta il protagonista al suicidio. In seguito alla sua pubblicazione, molti giovani che avevano letto il romanzo si tolsero la vita, come su imitazione. Le vittime del cosiddetto *Effetto Werther* avevano caratteristiche simili a quelle del protagonista (età, sesso) e questo fenomeno fece nascere la preoccupazione che un'opera potesse influire sulla psiche di un individuo, al punto da spingerlo a compiere atti estremi.

L'effettiva esistenza del fenomeno è stata verificata in uno studio (Schmidtke e Häfner, 1988). Al posto del romanzo, i ricercatori si sono avvalsi di una serie TV di sei episodi, andata in onda nel 1981 e 1982, in cui uno studente di 19 anni si suicida su dei binari ferroviari. Come ipotizzato, i soggetti di sesso ed età uguali a quelli del protagonista hanno mostrato l'effetto imitativo. In maniera simile, fino a 70 giorni dopo il primo episodio della serie, il numero di suicidi ha avuto un incremento, fino al 175%, soprattutto tra i maschi di 15-19 anni, per diminuire gradualmente tra i soggetti di età superiore, e scomparire del tutto oltre i 40 anni per gli uomini, e i 30 per le donne.

Il timore che la violenza, sebbene inscenata, potesse portare ad altra violenza era già presente nell'antichità ed esorcizzato in diversi modi. Nel



teatro greco, per esempio, le scene che rappresentavano l'omicidio di un personaggio non venivano mostrate, ma raccontate da un messaggero. Il timore era che il pubblico, assistendo all'atto, venisse contagiato, con conseguenze drammatiche sul comportamento.

Nonostante il passare dei secoli, il timore della "contaminazione" è ancora vivo, soprattutto a causa della ricchezza di contenuti multimediali di tipo violento.

La diffusione del videogioco *Grand Theft Auto* ha suscitato, negli anni, indignazione e preoccupazione riguardo ai contenuti violenti e sessisti. In GTA, il giocatore avanza compiendo crimini di vario tipo, dai furti d'auto agli omicidi nella lotta tra *gang*. L'escalation della provocazione è arrivata, nel quinto titolo della serie, al punto da permettere al giocatore di vivere in prima persona un rapporto sessuale con una prostituta e, com'è consuetudine nel gioco, di picchiarla fino a ucciderla, per riavere indietro il denaro.

Pur essendo raccomandato a un pubblico maggiorenne, GTA viene giocato soprattutto dagli adolescenti, suscitando la preoccupazione dei genitori e domande del tipo: "E se avesse una cattiva influenza su mio figlio?", "E se cominciasse a imitare il personaggio del gioco?", "E se diventasse un criminale?" I timori sono ancora più fondati negli Stati Uniti – paese d'origine di GTA e della casa produttrice, la Rockstar Games – dove le armi si possono comprare con relativa facilità e il possesso e l'uso sono stati testimoniati in diversi casi.

La situazione si fa più complessa nel momento in cui effettivamente si manifesta un comportamento violento, come le drammatiche sparatorie nelle scuole americane, messe in atto da parte di giovani che inevitabilmente sono appassionati di qualche videogioco violento. In certi casi ci si chiede: è stata colpa del videogioco o tra i due fattori non c'è correlazione? Si rischia di creare un capro espiatorio, considerando il medium violento come causa fondamentale e deresponsabilizzando l'autodeterminazione della persona?

Per l'Italia, a destare preoccupazione in alcuni è stata *Gomorra - La Serie* (laddove fino a pochi anni prima veniva trasmessa una serie analoga, *Romanzo Criminale - La serie*) che come in GTA, fa domandare a qualcuno: e se questo incentivasse la criminalità? E se gli adolescenti venissero affascinati dai personaggi della serie e desiderassero emularli?

Per poter capire se esista un'influenza di qualche tipo tra la violenza nei media e il comportamento violento, negli anni i vari ricercatori hanno lavorato su dati provenienti da studi sperimentali (in laboratorio, strettamente controllati), studi correlazionali, e soprattutto studi longitudinali (effettuati nell'arco di un certo periodo di tempo, in cui si osserva un'eventuale covariazione tra i fattori). Complessivamente, le ricerche sembrerebbero non trovare correlazioni abbastanza solide per poter affermare, con totale certezza, e in maniera riduttiva e semplicistica, che guardare in TV *Ciro Di Marzio* (protagonista della serie TV *Gomorra*) sparare a un rivale possa trasformare un ragazzino in un camorrista. Inoltre, il numero di fattori in gioco è molto elevato, e le carenze metodologiche dietro l'angolo. Per esempio, in una meta-analisi circa gli studi condotti sull'argomento, Ferguson e Kilburn (2009) concludono che non ci sono evidenze che dimostrino che la violenza mediatica porti a comportamenti aggressivi e che, di conseguenza, questo tipo di contenuti non rappresenta un rischio per la salute pubblica.

Ciò non significa che la violenza su schermo passi inosservata alla cognizione individuale, come dimostrato sia da alcuni studi, sia dai casi di cronaca inerenti crimini compiuti sulla base di "modelli" di fiction.

Nel 2010, un adolescente di nome Andrew Conley uccide il fratello di 10 anni, e ammette di aver sempre voluto compiere un omicidio e di essersi ispirato al personaggio dell'omonima serie tv *Dexter*. Allo stesso modo, due anni prima, un canadese di 29 anni, Mark Twitchell, uccide il 39enne Johnny Altinger ispirandosi alla stessa serie.

Di fatto, la violenza mediatica *ha* una certa influenza sulla psiche e il comportamento umani, sebbene non di tipo deterministico.

Per poter comprendere il possibile processo di influenza, è necessario individuare i diversi fattori che intervengono: meccanismi cognitivi, differenze individuali, influenza sociale e culturale. Una buona comprensione del fenomeno, sebbene al momento non esaustiva, permette di intervenire per una riduzione del rischio di comportamento violento, a scopo preventivo e riabilitativo sia nei confronti del benessere dell'individuo, che dell'intera comunità.

L'AGGRESSIVITÀ

Nel tempo, sono state formulate diverse teorie che spiegassero le cause dell'aggressività e della sua messa in atto. Dapprima, ad avere la meglio sono stati i modelli idraulici, come quello di Lorenz (1974) o quello di Freud (1920), e tuttora è frequente pensare, nel senso comune, che le persone abbiano una "energia" negativa, accumulata, che deve trovare sfogo in qualche modo.

In seguito sono state proposte altre teorie di approccio meno biologico e più psicologico. Secondo l'ipotesi frustrazione-aggressività (Dollard, Miller, Doob, Mowrer, e Sears, 1939), l'aggressività non è altro che il prodotto di un'altra reazione, primaria: la frustrazione. Questa si forma nel momento in cui un ostacolo impedisce all'individuo di raggiungere un suo obiettivo. Lo stato di frustrazione può provocare risposte di diverso tipo, una di queste è l'aggressività (Miller, 1941).

A influire sul tipo di risposta da emettere, interviene l'ambiente. Se all'attenzione di un individuo ci sono indizi aggressivi, essi possono attivare costrutti aggressivi che danno più salienza alle condotte aggressive, nel repertorio di comportamenti. Presumibilmente, si innesca il meccanismo del *prime* (che verrà affrontato meglio più avanti).

In un noto studio di Berkowitz e LePage (1967) l'effetto arma è stato verificato sperimentalmente: dei soggetti che in una precedente parte

dello studio avevano ricevuto delle valutazioni negative e delle scariche elettriche, venivano posti nella condizione di poter somministrare le scariche agli stessi compagni. Se nell'ambiente erano presenti delle armi (per esempio, un fucile e una rivoltella), piuttosto che altri oggetti (come due racchette di Badminton), i soggetti somministravano un numero maggiore di scariche elettriche. L'indizio ambientale ha quindi favorito ed esacerbato la risposta aggressiva.

L'ipotesi frustrazione-aggressività ha trovato poi un'evoluzione (Berkowitz, 1993): l'*arousal* negativo sarebbe il responsabile del comportamento aggressivo, mentre la frustrazione, al pari di dolore o altri stimoli avversivi, costituirebbe una delle cause che scatenano l'attivazione affettiva e fisiologica negativa. L'attivazione di per sé sarebbe quindi negativa ma aspecifica, e susciterebbe reazioni di attacco (in caso di rabbia) o fuga (come evitamento, in caso di paura). Un'ulteriore valutazione cognitiva più complessa degli stati emotivi determina poi la risposta comportamentale.

Abbracciando una visione più ampia dell'aggressività, alcuni studi si sono soffermati sulle rappresentazioni cognitive degli individui come indicatori di futuri comportamenti aggressivi. Secondo Huesmann (1998), le rappresentazioni dei comportamenti che vanno messi in atto in determinate situazioni sociali generano poi i comportamenti sociali effettivi. Si parla di *script* aggressivi per riferirsi a quel repertorio di comportamenti più idonei alla situazione sociale in cui si trova un individuo. Per esempio, lo *script* sociale del buffet prevede che il cibo venga preso autonomamente e portato al tavolo, mentre lo *script* per il ristorante prevede che ci si sieda e si venga serviti al tavolo.

Script aggressivi possono includere anche determinate risposte basate su credenze normative, riguardo all'adeguatezza di un determinato comportamento rispetto a un altro. Per esempio, un adolescente può avere un gruppo di amici, significativo, che però condivide convinzioni aggressive e comportamenti violenti. In



un gruppo simile, si potrebbe ritenere adeguato spintonare o schiaffeggiare una persona che fa una critica, piuttosto che optare per una discussione matura e pacifica.

Le probabilità che venga messo in atto un comportamento violento dipendono da diverse variabili, ma una delle più importanti è la personalità. Non tutti hanno un temperamento irascibile, ma ogni individuo può presentare dei tratti di personalità che possono orientare maggiormente verso l'aggressività.

In un interessante studio di Herrero-Fernández (2016), i partecipanti che avevano tratti aggressivi più spiccati, a una simulazione automobilistica guidavano più veloce, avevano più incidenti, un'attivazione fisiologica maggiore, e punteggi più alti nella rabbia di stato, rispetto ai partecipanti con tratti aggressivi meno forti. Di fatti, persone con una spiccata rabbia di tratto riferiscono di sentirsi più arrabbiati, alla guida, mostrano comportamenti di guida più aggressivi, e sono coinvolti in più incidenti automobilistici (Deffenbacher, Stephens e Sullman, 2016). Una review di Stith, Smith, Penn, Ward, e Tritt (2004) ha rilevato che uomini con valori più alti nella rabbia di tratto sono portati, con più probabilità, ad abusare fisicamente delle proprie partner femminili.

In una prospettiva strettamente cognitiva, alcuni ricercatori ipotizzano che la tendenza caratteriale alla rabbia porti a una serie di *bias* nell'elaborazione delle informazioni (e.g., Wilkowski e Robinson, 2008). La rabbia di tratto, dunque, verrebbe plasmata a partire dalle interpretazioni cognitive fallaci, che strutturano una visione del mondo e ne esacerbano alcuni aspetti legati all'aggressività. Quest'ipotesi sembrerebbe essere verosimile: gli studi genetici finora non hanno individuato polimorfismi in grado di indicare una correlazione con l'aggressività e il comportamento violento (Vassos, Collier, e Fazel, 2014). La mancanza di un totale innatismo lascia aperta la possibilità di intervento precoce e possibilmente di un disapprendimento e dell'apprendimento di script e norme più adattive.

MEDIA VIOLENTI NEGLI ADOLESCENTI

Bambini e adolescenti sono maggiormente esposti, rispetto agli adulti, a contenuti multimediali, al punto da poter passare 9 ore al giorno davanti allo schermo di più dispositivi (<https://edition.cnn.com/2015/11/03/health/teens-tweens-media-screen-use-report/index.html>). Maggiore è l'esposizione, maggiore è la possibilità di fruire di contenuti violenti. Gli studi hanno in parte trascurato gli effetti di un'esposizione precoce a media violenti, eppure rappresenta un importante ambito da approfondire, per poter capire al meglio lo sviluppo psichico delle nuove generazioni e il tipo di ambiente in cui stanno crescendo.

Uno tra i primi studi a riguardo (Lefkowitz et al., 1972, in Gentile, Coyne, e Walsh, 2011) ha indagato eventuali modifiche nel comportamento in una coorte di bambini a partire dagli 8 anni, per 11 anni. Al compimento dei 19 anni, si è osservato che l'esposizione a contenuti televisivi violenti a 8 anni è predittiva di livelli più alti di aggressione a 19 anni. La correlazione opposta, cioè che l'aggressività a 8 anni predicesse la fruizione di contenuti televisivi violenti, non è stata trovata. A rendere più interessante i risultati, il controllo di eventuali correlazioni con i punteggi per QI, SES, e tempo totale passato guardando la TV è risultato negativo, a dimostrazione del fatto che questi fattori non fossero coinvolti nello sviluppo della condotta aggressiva.

L'aggressività però si manifesta in diverse forme, e limitarsi a quelle fisiche rischia di compromettere i risultati, facendo apparire i maschi come quelli più violenti.

Il quadro cambia se si rivaluta l'espressione dell'aggressività includendo anche forme più generali, dirette, che abbiano come scopo quello di provocare un danno, e indirette, sociali, e relazionali, oltre che fisiche. Queste ultime modalità vengono infatti messe in atto soprattutto dalle ragazze.

Ne è un esempio il comportamento gruppale che mettono in atto ragazzi e ragazze. I leader maschili tendono a mostrare aggressività fisica, mentre le

leader femminili sfruttano per esempio l'ostilità e l'esclusione dal gruppo come strategie aggressive. Altre modalità indirette molto utilizzate consistono nel "parlare alle spalle" o nel raccontare e diffondere storie per mettere in cattiva luce la vittima (Lagerspetz, Björkqvist, e Peltonen, 1988, in Gentile, Coyne, e Walsh, 2011).

L'aggressività di questo tipo viene definita relazionale, o anche aggressività sociale indiretta, e consiste nel danneggiare, o minacciare di danneggiare, relazioni e sentimenti di accettazione e inclusione sociale.

Il danno relazionale potrebbe apparire "meno grave", ma ha in realtà le stesse conseguenze dolorose di un danno materiale: il dolore provato

per un danno psicologico (i.e., l'esclusione sociale) è dimostrato essere pari a quello fisico.

Eisenberger, Lieberman, e Williams (2003) lo hanno verificato sperimentalmente, attraverso una scan fMRI, in uno studio. Ai soggetti veniva chiesto di partecipare a un gioco virtuale in cui i partecipanti si passavano la palla, ma complessivamente il soggetto sperimentale riceveva la palla meno spesso, avvertendo così di essere escluso dagli altri partecipanti, che in realtà non esistevano ma erano giocati da un programma preimpostato nella frequenza dei passaggi. Se l'isolamento era invece dovuto a difficoltà tecniche, il soggetto non riportava lo stesso grado di isolamento sociale.





Lo scan ha evidenziato una maggiore attivazione della corteccia cingolata anteriore durante l'esclusione sociale, e tale attivazione era correlata in maniera positiva con lo stress riferito dai soggetti. Il dolore fisico e quello psicologico sono molti simili: i cambiamenti nell'attività evocata dagli stimoli dolorosi, osservati nella corteccia cingolata anteriore, suggeriscono un suo coinvolgimento nel processo di codifica della "spiacevolezza" dell'esperienza di esclusione sociale (Rainville, Duncan, Price, Carrier, e Bushnell, 1997).

Nella loro rassegna, Gentile, Coyne, e Walsh (2011) hanno trovato alcuni studi che dimostrano come l'assistere a violenza fisica in TV possa influenzare l'aggressività relazionale e verbale nella vita reale in un po' tutte le età, da bambini di età prescolare fino agli adolescenti e gli adulti. Sul breve termine, l'esposizione a contenuti violenti può attivare, attraverso il meccanismo di innesco (*prime*), sia script di comportamento specifici (violenza fisica) che generici (qualsiasi tipo di aggressività), correlati al comportamento aggressivo, e da ciò si genera un aumento nelle possibilità che una persona possa assumere un atteggiamento aggressivo in generale, dopo aver guardato contenuti mediatici violenti.

Di conseguenza, in seguito all'esposizione ai contenuti violenti, le forme di aggressività più socialmente accettate, quella verbale e quella relazionale, avrebbero una più alta possibilità di essere messe in atto.

I MECCANISMI CHE PROMUOVONO L'AGGRESSIVITÀ

Menzione speciale meritano i videogiochi che, al contrario della fruizione passiva della TV, coinvolgono l'individuo in virtù della propria natura interattiva. Per quanto possa essere possibile empatizzare con il protagonista di un film, i videogiochi offrono numerosi modi di vivere la finzione nella maniera più credibile possibile. Attualmente, anche la realtà virtuale si sta dimostrando uno strumento davvero potente, si è visto per esempio che è in grado di aumentare l'empatia più di altri media, come la lettura di un brano (Herrera,

Bailenson, Weisz, Ogle, e Zaki, 2018), ma è anche di aiuto nel trattamento dell'ansia (Maples-Keller, Bunnell, Kim, e Rothbaum, 2017).

Assumere il ruolo di un personaggio, in un gioco, permette di immergersi in un'altra realtà, in cui la responsabilità dell'andamento degli eventi ricade sul giocatore, che deve così essere parte attiva della finzione.

Il dubbio quindi riguarda la possibilità che una così profonda immersione nella storia possa influenzare in maniera soverchiante i pensieri e i comportamenti di chi la gioca, al punto anche da mettere in atto azioni dannose.

Dalla letteratura scientifica emergono diversi possibili fattori di influenza, che aiutano a capire quali siano i meccanismi di base più importanti nel comportamento violento "provocato" dai media.

Krahé (2001) ha identificato alcuni meccanismi cognitivi che si manifestano quando si assiste a un contenuto mediatico violento, e che determinano poi la successiva risposta comportamentale.

Il primo riguarda l'accessibilità di pensieri e sentimenti aggressivi, facilitata dall'assistere a tale tipo di contenuti. Vale a dire, il semplice osservare una scena violenta in TV o ai videogame, accende tale costrutto nel cervello, così da dargli "la precedenza" rispetto ad altri costrutti "spenti", non accesi dal contesto (come, per esempio, il bricolage).

Il secondo è l'apprendimento sociale, un fenomeno illustrato da Bandura (1963) e dimostrato nell'esperimento classico della bambola Bobo, in cui dei bambini osservavano un adulto comportarsi in maniera violenta contro una bambola, e imitavano quel comportamento in uno step successivo, al contrario dei bambini di controllo, che rimanevano pacifici. In pratica, osservare un comportamento è sufficiente per apprenderlo e metterlo in pratica in futuro, pur non avendolo mai compiuto direttamente.

Un terzo meccanismo è la desensibilizzazione. Ogni presentazione di violenza, successiva alla prima, avrà un effetto sempre più debole sullo spettatore.

Il quarto e ultimo è il *bias* di attribuzione ostile.

L'esposizione a contenuti violenti porta, in un certo modo, a vedere violenza anche laddove non c'è. Comportamenti ambigui vengono interpretati con intenti malevoli o aggressivi. Il passo da un'interpretazione simile e la relativa risposta comportamentale violenta è breve.

L'accesso a specifici contenuti semantici avviene attraverso il *priming*, un processo molto importante, coinvolto nei cambiamenti di comportamento o di atteggiamento. Uno stimolo è in grado di influenzare la risposta a un secondo stimolo (Bargh e Chartrand, 2000). La lettura di una parola o la visione di un oggetto attivano una serie di costrutti e rappresentazioni correlate, e quest'attivazione di reti semantiche e associative influenza la risposta agli stimoli successivi. Per esempio, leggere la parola "rosa" permetterà una risposta più rapida verso uno stimolo simile, per esempio la parola "tulipano", rispetto alla parola "mattone".

Sulla base di questo meccanismo, Bargh, Chen, e Burrows (1996) hanno messo alla prova il priming per stimolare un comportamento predefinito. Col pretesto di un compito di attenzione linguistica, hanno effettuato un priming semantico dello stereotipo dell'anziano, dopodiché hanno misurato il tempo che i partecipanti impiegavano per percorrere il corridoio. Il gruppo sperimentale impiegava più tempo rispetto al gruppo di controllo, e ciò era dovuto all'attivazione di un pattern comportamentale dell'anziano: la lentezza.

Nella loro review, Anderson, Shibuya, Ihori, Swing, Bushman, Rothstein, e Saleem (2010) sollevano la questione circa gli effetti a lungo e a breve termine dell'esposizione a contenuti violenti. I ricercatori fanno notare la difficoltà nel riuscire a isolare sperimentalmente i fattori che influenzano in questo tipo di indagine. Per esempio, la presenza o assenza di censura in alcuni contenuti potrebbe avere un effetto diverso sul lungo termine, rispetto allo stesso videogioco privo di censura.

Ciò nonostante, gli effetti a breve termine sono facilmente individuabili in conseguenza del priming.

Le condizioni affinché possa verificarsi l'innescamento (il *prime*) del costrutto dell'aggressività sono: la presenza di script di aggressività ben sviluppati, e l'esposizione anche breve a un videogioco che includa attività violente. Una durata maggiore non influisce quindi sugli effetti a breve termine, tranne in un caso: l'apprendimento vicario. L'esposizione prolungata a contenuti violenti può favorire l'apprendimento e l'emulazione. Le condizioni in cui possa verificarsi, però, sono piuttosto improbabili, dato che richiederebbero un'assenza di script aggressivi già appresi, la novità assoluta del comportamento aggressivo messo in atto nel videogioco, e la somiglianza estrema tra il contesto del videogioco e quello della realtà.

Effetti su lungo termine, invece, implicano cambiamenti relativamente stabili in una serie di caratteristiche individuali, come aspettative, atteggiamenti, convinzioni, script di comportamento. In questo caso, la durata dell'esposizione a contenuti violenti deve essere necessariamente maggiore, e i tratti di personalità dell'individuo congrui con il costrutto (in una personalità dai tratti antisociali, l'attivazione delle rappresentazioni di ostilità e violenza sarà più probabile e immediata, portando a conseguenze anche estreme).

L'attivazione fisiologica è un altro importante fattore, sottolineano Anderson e colleghi (2010). I videogiochi possono essere di diverso genere, e ogni tipologia stimola determinate emozioni e correlati fisiologici. Se il genere è violento, innesca dei costrutti aggressivi e provoca un'attivazione fisiologica. In realtà la stessa attivazione è riscontrabile con videogiochi non violenti, come quelli di corsa o di sport, persino *Tetris*. Paradossalmente, i giochi non violenti potrebbero essi stessi provocare frustrazione e aggressività laddove hanno un ritmo troppo frenetico o sono troppo difficili, portando ugualmente a un aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna, parametri fisiologici ugualmente coinvolti nella rabbia.

Il rischio è che l'attivazione ripetuta di pensieri aggressivi possa alla lunga provocare un cambiamento stabile nella personalità di un individuo, a causa dell'apprendimento e del



sovrapprendimento cognitivo di schemi aggressivi, mentre gli effetti fisiologici tendono a estinguersi molto più in fretta, senza lasciare tracce sul lungo termine.

Tuttavia, nell'attivazione neurofisiologica sono coinvolti anche due sistemi, quello di evitamento e quello di avvicinamento (Stevenson e Rillich, 2012). Risposte di fuga vengono messe in atto come strategia di evitamento di una minaccia, innescate dalla paura, mentre il sistema di avvicinamento scatena l'impulso ad andare *verso* uno stimolo (Harmon-Jones, Harmon-Jones, e Price, 2013).

La cultura di appartenenza esercita anch'essa un'influenza significativa sull'espressione di comportamenti violenti. Secondo Bergeron e Schneider (2005), i livelli di aggressività cambiano tra le culture, probabilmente a causa delle differenze dei valori centrali che caratterizzano una cultura. Nelle culture collettiviste, riveste molta importanza l'appartenenza alla società, e i bisogni della collettività hanno un alto valore. In queste culture i livelli di aggressività sarebbero più bassi rispetto alle culture individualiste. A influire sull'aggressività non è tanto l'indipendenza in sé quanto la tendenza, delle culture individualiste, al primato, al controllo dell'ambiente, e all'autoaffermazione.

Le società che pongono maggior enfasi su attività centrate sulla persona, piuttosto che sul compito, mostrano a loro volta minori livelli di aggressività. Allo stesso modo, livelli più alti di aggressività si possono riscontrare in quelle società in cui i valori principali sono lo status, la gerarchia, e l'esercizio del potere per mantenere l'ordine sociale, al contrario delle culture in cui i membri cooperano in maniera volontaria.

In maniera interessante, alti livelli di aggressività si riscontrano in quelle culture che tendono a evitare l'incertezza, mentre culture che aderiscono ai valori del Confucianesimo, cioè di pace e nonviolenza, mostrano livelli di aggressività più bassi. Anderson e colleghi (2010) prendono il Giappone, società ritenuta comunemente abbastanza pacifica, come esempio di queste differenze culturali.

Se gli effetti dei media violenti sul breve termine sono ben dimostrati, più difficile è stabilire le cause degli effetti sul lungo termine. Krahé, Möller, Huesmann, Kirwil, Felber, e Berger (2011) pongono l'accento sull'apprendimento vicario (Bandura, 1973) e la desensibilizzazione come fattori più probabili, secondo la letteratura scientifica.

L'apprendimento vicario, come già accennato, si basa sull'imitazione del comportamento messo in atto da un modello. L'individuo apprende lo script comportamentale attraverso la mera osservazione delle azioni di un'altra persona.

Di conseguenza, film, serie tv o videogame che mostrino scene di violenza scatenano l'apprendimento osservativo di un repertorio di script comportamentali e informazioni che promuovono la violenza.

La desensibilizzazione invece è un processo basato sulla progressiva diminuzione della responsività nei confronti di uno stimolo prima attivante, in seguito a ripetute esposizioni.

L'esposizione a contenuti violenti tende a indurre accelerazione del battito cardiaco, sudorazione, e disagio soggettivo. Ma la ripetizione di questa esposizione diminuirà l'entità della risposta verso immagini sanguinarie e violente, in un processo di abitudine. Il rischio è che l'abbassamento delle reazioni possa, di conseguenza, facilitare l'accesso a piani di azione e pensieri violenti, normalmente inibiti dalla paura e dallo stesso *arousal*, aumentando quindi le possibilità di comportamento violento (Huesmann, Moise-Titus, Podolski, e Eron, (2003). Sul lungo termine, quindi, l'esposizione ripetuta a contenuti violenti potrebbe ridurre lo stato di attivazione ansiosa nei confronti della violenza.

La conferma a questa ipotesi viene da diversi studi mediante la registrazione delle risposte affettive e fisiologiche, in cui si è dimostrato per esempio che la responsività emotiva dei partecipanti era effettivamente inferiore all'aumentare del tempo passato a guardare contenuti mediatici violenti (Averill, Malmstrom, Koriat, e Lazarus, 1972).

UNA VISIONE GLOBALE: IL GENERAL AGGRESSION MODEL

Anderson e Bushman (2018) hanno proposto un Modello Generale dell'Aggressività (GAM) attraverso una rassegna della letteratura scientifica in questione, che riassume le evidenze note circa le variabili in gioco nell'aggressività e nel comportamento violento. I ricercatori hanno aggiornato il modello col passare del tempo, e al momento funge da punto di riferimento nello studio dell'aggressività e nell'elaborazione di interventi in contesti a rischio.

Le due parti principali che costituiscono il modello sono lo "sviluppo della personalità" e gli "incontri sociali", ovvero da una parte fattori di rischio distali, a lungo termine, relativamente stabili, e fattori di rischio e processi prossimali, a breve termine.

Secondo il modello, le modificazioni a livello biologico e ambientale strutturano la personalità aggressiva dell'individuo, che interagisce con gli stimoli esterni, che a loro volta possono concorrere allo sviluppo di condotte aggressive. I fattori causali di tipo distale includono, tra i modificatori ambientali, norme e insegnamenti culturali, esposizione a media violenti, vicinato violento, mentre i modificatori biologici includono disturbi del controllo degli impulsi, bassi livelli di serotonina, assetto ormonale, ecc.

Tra i fattori causali di tipo prossimale ci sono quelli inerenti la persona, come script comportamentali aggressivi, stereotipi culturali, deumanizzazione dell'altro, *bias* ostili, ecc., e quelli inerenti la situazione, come alcol o sostanze, diffusione della responsabilità, frustrazione, dolore, esclusione sociale, stress, ecc.

Il modo in cui si strutturano e interagiscono i diversi fattori varia da individuo a individuo, e a seconda dell'interazione con l'ambiente sociale. Per esempio, individui cresciuti in un ambiente familiare dedito alla caccia sono relativamente immuni al priming mediante effetto arma, che non innesca pensieri aggressivi al pari di altri individui (Bartholow, Anderson, Carnagey e Benjamin, 2005). Ciò è dovuto al fatto che i

costrutti attivati non sono collegati all'aggressività, quanto a concetti come sport, cibo, e tempo passato in famiglia.

Secondo il modello, quando un individuo si ritrova in una situazione sociale che presenta stimoli o contesto potenzialmente aggressivi, avvia una prima valutazione cognitiva. Da questa, è possibile che si attivino comportamenti aggressivi automatici, ma se ciò non avviene, si avvia una seconda valutazione cognitiva, che vaglia altre possibilità di interpretazione e comportamenti alternativi. Nel momento in cui la valutazione viene giudicata soddisfacente, o tempo e risorse sono insufficienti, l'individuo mette in atto un comportamento in linea con l'ultima valutazione effettuata.

Da un lato, le condotte messe in atto in seguito a un processo di valutazione cognitiva risultano, in persone normali e in situazioni comuni, meno aggressive. Dall'altro, il processo di rivalutazione potrebbe attivare altri costrutti, rappresentazioni ed emozioni, come aspettative di aggressione, ruminazione di tratto, che conducono a un aumento dell'aggressività e delle condotte violente. Questo avviene per esempio quando un individuo rumina relativamente ad azioni violente nei videogiochi (Bushman e Gibson, 2011).

CONCLUSIONI

La violenza genera violenza. Sebbene si possano effettivamente manifestare dei possibili effetti in seguito alla fruizione di contenuti violenti, non si può certo vietare di trasmettere serie tv di successo come *Gomorra*: è improbabile che la delinquenza diminuisca solo perché degli attori mettono in scena una storia. Lo stesso discorso vale per i videogiochi: se venissero banditi tutti i titoli violenti, basterebbe anche un gioco innocuo come Tetris per innescare meccanismi di aggressività. D'altronde, processi immediati e misurabili come l'attivazione fisiologica e l'accesso a costrutti e script violenti sono ampiamente documentati, e non possono essere trascurati nell'elaborazione di piani di intervento per la riduzione del fenomeno. Tuttavia dalla letteratura scientifica emergono due fattori di



ampia portata che aumentano il rischio di condotte aggressive nella popolazione: i tratti aggressivi di personalità, e la cultura.

Per la riduzione del rischio, le istituzioni potrebbero disporre piani di screening, monitoraggio e intervento, all'interno delle scuole. Individuare tratti aggressivi in bambini e adolescenti permetterebbe di correggere le inferenze fallaci degli individui con più rabbia e aggressività di tratto (Wilkowski e Robinson, 2008), così da insegnare loro strategie di ragionamento, coping, e problem solving più adattive, e ridurre la possibilità di comportamenti a rischio. Inutile sottolineare come un tipo di intervento simile andrebbe semplicemente a incastrarsi nei programmi di prevenzione primaria, e gioverebbero a tutta la comunità.

L'altro fattore su cui è possibile intervenire è la cultura. Di certo non è lecito né possibile cambiare i nuclei centrali che caratterizzano una cultura, con i relativi benefici e costi che tale cultura implica, ma è possibile spostare il focus sugli aspetti che generano meno aggressività, come la cooperazione, l'uguaglianza, l'importanza della persona, ecc. (Bergeron e Schneider, 2005). Anche in questo caso, le scuole potrebbero incrementare e promuovere progetti che rafforzino i fattori di protezione verso l'aggressività.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, C. A., e Bushman, B. J. (2018). Media Violence and the General Aggression Model. *Journal of Social Issues*, 74(2), 386-413.
- Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., Rothstein H.R., e Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in Eastern and Western countries: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 136(2), 151.
- Averill, J. R., Malmstrom, E. J., Koriati, A., e Lazarus, R. S. (1972). Habituation to complex emotional stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 80(1), 20.
- Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Bandura, A. Aggression: A social learning theory analysis. 1973. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bargh, J. A., e Chartrand, T. L. (2000). Studying the mind in the middle: A practical guide to priming and automaticity research. *Handbook of research methods in social psychology*.
- Bargh, J. A., Chen, M., e Burrows, L. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of personality and social psychology*, 71(2), 230.
- Bartholow, B. D., Anderson, C. A., Carnagey, N. L., e Benjamin Jr, A. J. (2005). Interactive effects of life experience and situational cues on aggression: The weapons priming effect in hunters and nonhunters. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41(1), 48-60.
- Bergeron, N., e Schneider, B. H. (2005). Explaining cross national differences in peer directed aggression: A quantitative synthesis. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 31(2), 116-137.
- Berkowitz, L., e LePage, A. (1967). Weapons as aggression-eliciting stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(2p1), 202-207.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGraw-Hill Book Company., pp. 103-133.
- Bushman, B. J., e Gibson, B. (2011). Violent video games cause an increase in aggression long after the game has been turned off. *Social Psychological and Personality Science*, 2(1), 29-32.
- Deffenbacher, J. L., Stephens, A. N. e Sullman, M. J. M. (2016). Driving anger as a psychological construct: twenty years of research using the Driving Anger Scale. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 42, 236-247.
- Dollard, J., Miller, Neal E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., e Sears, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven, CT, US: Yale University Press.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., e Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292.
- Ferguson, Christopher J., and John Kilburn. "The public health risks of media violence: A meta-a-

- analytic review." *The Journal of pediatrics* 154.5 (2009): 759-763.
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle* (Standard ed., Vol. 18). London: Hogarth.
 - Gentile, D. A., Coyne, S., e Walsh, D. A. (2011). Media violence, physical aggression, and relational aggression in school age children: a short term longitudinal study. *Aggressive behavior*, 37(2), 193-206.
 - Gerbner, George, and Larry Gross. "Living with television: The violence profile." *Journal of communication* 26.2 (1976): 172-194.
 - Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C., e Price, T. F. (2013). What is approach motivation?. *Emotion Review*, 5(3), 291-295.
 - Herrera, F., Bailenson, J., Weisz, E., Ogle, E., & Zaki, J. (2018). Building long-term empathy: A large-scale comparison of traditional and virtual reality perspective-taking. *PLoS one*, 13(10).
 - Herrero-Fernández, D. (2016). Psychophysiological, subjective and behavioral differences between high and low anger drivers in a simulation task. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 42, 365-375.
 - Huesmann, L. R. (1998). The role of social information processing and cognitive schema in the acquisition and maintenance of habitual aggressive behavior. In R.G. Geen e E. Donnerstein (a cura di), *Human aggression: Theories, Research and Implications for Social Policy*, San Diego, Calif., Academic, (pp. 73-109).
 - Huesmann, L. R., Moise-Titus, J., Podolski, C. L., e Eron, L. D. (2003). Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977-1992. *Developmental psychology*, 39(2), 201.
 - Lefkowitz M.M., Eron L.D., Walder L.O., Huesmann L.R. (1972). Television violence and child aggression: A follow-up study. In: Comstock GA, Rubenstein EA (eds). *Television and Social Behavior*, Vol. III. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
 - Lorenz, K. (1974). *Gli otto peccati capitali della nostra civiltà*, (trad. it.). Milano, Adelphi.
 - Krahé, Barbara. "The social psychology of aggression." (2001).
 - Krahé, B., Möller, I., Huesmann, L. R., Kirwil, L., Felber, J., e Berger, A. (2011). Desensitization to media violence: Links with habitual media violence exposure, aggressive cognitions, and aggressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 100(4), 630.
 - Lagerspetz, K. M., Björkqvist, K., e Peltonen, T. (1988). Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11 to 12 year old children. *Aggressive behavior*, 14(6), 403-414.
 - Maples-Keller, J. L., Bunnell, B. E., Kim, S. J., & Rothbaum, B. O. (2017). The Use of Virtual Reality Technology in the Treatment of Anxiety and Other Psychiatric Disorders. *Harvard review of psychiatry*, 25(3), 103-113.
 - Miller, Neal E. (1941). "The frustration-aggression hypothesis". *Psychological Review*. 48: 337-342.
 - Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., e Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277(5328), 968-971.
 - Stevenson, P. A., e Rillich, J. (2012). The decision to fight or flee—insights into underlying mechanism in crickets. *Frontiers in neuroscience*, 6, 118.
 - Schmidtke, A., e Häfner, H. (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological medicine*, 18 (3), 665-676.
 - Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., e Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and violent behavior*, 10(1), 65-98.
 - Vassos, E., Collier, D. A. e Fazel, S. (2014). Systematic meta-analyses and field synopsis of genetic association studies of violence and aggression. *Molecular psychiatry*, 19(4), 471.
 - Wilkowski, B. M., e Robinson, M. D. (2008). The cognitive basis of trait anger and reactive aggression: An integrative analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 12(1), 3-21.



TERAPIA E TANGO

LA MAGIA DELL'ABBRACCIO

Maria Piscopo

Psicologa
Psicoterapeuta di formazione
sistemico-relazionale

RIASSUNTO

Il Tango argentino, definito dall'UNESCO "*Un Bene Culturale Immateriale*" patrimonio dell'Umanità, è da tempo al centro di ricerche in campo medico. Nato nel '900 nei sobborghi di Buenos Aires è considerato una creazione degli immigrati europei nei loro incontri serali in zone malfamate di Buenos Aires, il Tango ha vissuto fortune alterne come un ballo proibito, ma negli ultimi anni sta vivendo un vero boom a livello internazionale.

PAROLE CHIAVE

Creatività, Assertività, Relazione

Il Tango argentino, definito dall'UNESCO "*Un Bene Culturale Immateriale*" patrimonio dell'Umanità, è da tempo al centro di ricerche in campo medico.

Nato nel '900 nei sobborghi di Buenos Aires è considerato una creazione degli immigrati europei nei loro incontri serali in zone malfamate di Buenos Aires, il Tango ha vissuto fortune alterne come un ballo proibito, ma negli ultimi anni sta vivendo un vero boom a livello internazionale.

Pochi attimi di una musica avvolgente che unisce due ballerini nell'abbraccio alla creatività e ad una intesa armonica e sensuale, è in questo tempo concentrato che avviene la magia della spontaneità, della relazione, del sentimento. Il ballo è l'arte del comunicare con il corpo e non con le parole: è la musica che parla. Il tango argentino può essere una vera e propria terapia in grado di migliorare il benessere fisico e psichico delle persone.

Studi recenti in campo psichiatrico, psicologico hanno portato alla nascita della 'Tangoterapia'.

I BENEFICI DELLA TANGOTERAPIA

Uno studio dell'Università Goethe di Francoforte ha sottolineato i benefici ormonali e psichici che il Tango offre, infatti molti ospedali hanno introdotto la Tangoterapia in percorsi di riabilitazione. Il Tango argentino agisce positivamente sulle funzioni respiratorie e cardiocircolatorie, sull'equilibrio e la postura, ma anche sulla emotività, sulla consapevolezza e sicurezza di sé. *"Il tango è capace di avvicinare i corpi in una sorte di intimità e mettere in gioco tante emozioni; ma può diventare una vera e propria terapia per conoscersi meglio, lavorando sui propri blocchi psicologici"*. È quanto afferma il prof. Federico Trossero, psichiatra-psicoanalista argentino fondatore della Tangoterapia.

"La netta divisione dei ruoli, il contatto fisico molto accentuato, la consapevolezza di realizzare qualcosa assieme, sono tutti fattori che permettono alla coppia di rafforzare, in poco tempo, l'equilibrio psico-fisico. La mia proposta di tango terapia è il ballare in un compromesso intimo con la nostra interiorità ed in comunicazione col partner ed il gruppo nel "salòn", considerando prioritari gli effetti ludici, plastici, creativi ed espressivi che si acquisiscono ballando. Ciò non toglie che qualcuno gusti il "piacere e mostrarsi" ed essere, perciò, ammirato e complimentato ("La bellezza è quel mistero stupendo che né la psicologia né la retorica possono decifrare" 3. L. Borges), ma non si giunge al nocciolo della questione, salvo in certe patologie. Quando la tensione alla perfezione toglie spazio alla creatività, all'espressività e al piacere, ci perdiamo la parte migliore del tango, gettando a mare la possibilità di offrire a noi stessi la parte più ricca di questa danza....."

La sua ricerca conferma l'efficacia della "tangoterapia" non solo per il movimento e l'equilibrio, ma anche per l'umore e la memoria. Il ballo argentino funziona perché ha ritmo ed uno schema di passi fissi in avanti e indietro.

Studiosi canadesi hanno sottoposto una quarantina di uomini e donne malate di Parkinson a un corso di tre mesi del ballo argentino col sostegno di due insegnanti di danza ed hanno analizzato, all'inizio

alla fine, lo stato delle disfunzioni motorie (tremore, rigidità, andatura anomala) ed altri sintomi quali: depressione, stanchezza, degenerazione cognitiva, constatando che il tango, esercitato regolarmente, può rallentare la progressione della malattia. In particolare, col suo ritmo, i passi obbligati, in particolare il dover andare in avanti e poi indietro, possono portare benefici al senso di stabilità, ammorbidire la camminata, stimolando la memoria, il buon umore e i benefici di una sana socializzazione.

La Tangoterapia a Milano entra in ospedale: allo Ospedale San Giuseppe si balla tango come in milonga (locale in cui si balla il tango) due volte alla settimana, col sostegno di due insegnanti di tango come attività inserita nel protocollo di riabilitazione per malattie come Parkinson, sclerosi multipla, ictus, problemi di deambulazione e respiratori, ballare ha benefici per tutti: per esempio fa bene al cuore, come assicurano gli studiosi, sia in senso metaforico, sia in senso fisiologico. Inoltre aiuta a combattere il mal di schiena ed è ideale per diminuire lo stress.

TOCCASANA CONTRO IL MAL DI SCHIENA

"La pratica rafforza i muscoli centrali e aumenta la flessibilità del tronco e la tonicità dei glutei", spiega Patricia Mc Kinley, professore associato di terapia fisica e occupazionale all'Università di Montréal, in Canada. *"Ma soprattutto è l'unica danza basata in modo completo sul principio dell'equilibrio. Grazie ai movimenti in avanti e all'indietro, il corpo impara a non smarrirsi nello spazio"*. Un esercizio che si rivela prezioso nella vita di tutti i giorni.

TANGO ANTISTRESS

Dalla mia esperienza di tanghera, l'abbraccio intenso stimola i recettori della pelle e attiva nel cervello il rilascio di ossitocina, l'ormone che combatte l'ansia e lo stress. Nel ballo si esprimono la propria personalità, i conflitti interiori, le proprie inibizioni; è veramente liberatorio ballare ad occhi chiusi, abbandonandosi al partner che conduce. Il tango è una danza, a volte complessa, in quanto due ballerini abbracciati devono cercare di realizzare figure, pause, movimenti nei tempi di una coreografia che include entrambi, improvvisando



e costituendo un completamento l'uno dell'altro in unica elegante danza.

Spesso la coppia dei ballerini non si conosce, ma si può ballare abbracciati seguendo il ritmo della musica, mettendosi d'accordo in qualcosa di meraviglioso e talvolta difficile da realizzare: è quella complicità tra uomo e una donna, quella passione che si vive in una Tanda: quattro brani musicali che si ballano insieme, che determina la sua magia, dove l'abbraccio può concludersi con un sorriso o può provocare, è un'attrazione che potrebbe essere il preludio anche di un amore.

Come affermava Alexander Lowen nel *"Il linguaggio del corpo"*: ***l'organismo si esprime più chiaramente con il movimento che con le parole***. Nella postura, nell'atteggiamento, in ogni gesto, il corpo parla un linguaggio che anticipa e trascende l'espressione verbale. *"Il linguaggio del corpo può risultare molto eloquente e costituire un materiale valido per scoprire i nostri desideri inconsci"*.

Attraverso il tango si possono delineare i nostri profili, le proprie difficoltà e le proprie tensioni, ma altrettanto i nostri desideri interni, pertanto questo ballo può essere veramente uno strumento di conoscenza dell'altro, ma soprattutto consapevolezza dei propri gesti e di parti corporee che aleggiano a tempo di musica, è un processo di Mindfulness che cerca di alleggerire i momenti di stress quotidiano.

In questa epoca odierna in cui i social network determinano maggiormente rapporti virtuali tra gli individui: è la parola muta o i messaggi vocali di un imperante **Whatsapp, Facebook** ad avere il sopravvento sulle sensazioni corporee, su un incontro vis a vis; spesso in questa pochezza di rapporti umani reali, molte persone scelgono il ballo per rivivere quei momenti di relazione che su uno smartphone non si potrebbero vivere, esprimere. La consapevolezza di una sempre maggiore difficoltà nel socializzare, ci avvicina al ballo per superare i momenti di difficoltà nell'aggregazione e non c'è differenza di età, anzi si riscontra una partecipazione crescente di giovani a quello che si considera una attività maggiormente frequentata da persone di mezza età.

Quello che si sta sviluppando, negli ultimi anni, è l'apertura di milongue: sale da ballo tanghere ma per persone diversamente abili; molti ragazzi down frequentano scuole di tango come nuove attività sportive. È impressionante la loro volontà di imparare anche avendo difficoltà di equilibrio nella postura e nel coordinamento fisico. Nella mia esperienza di partecipante istruttrice alla realizzazione di una coreografia per uno spettacolo con un gruppo di ragazzi down, i quali manifestavano difficoltà nel parlare, muoversi, ho riscontrato sorprendentemente il loro entusiasmo nell'apprendere. Nel loro andare in scena ho visto le stesse emozioni di un gruppo di normodotati: l'eleganza nei movimenti, la sensualità delle ragazze, la preparazione nei particolari dei costumi, il trucco, quella tensione sana, positiva che si avverte durante uno saggio di fine corso nei partecipanti di una scuola di tango.

Aver ballato con loro mi ha fatto molto riflettere sulle potenzialità terapeutiche del tango, poiché la loro frequentazione ai corsi ha determinato talvolta una relazione affettiva tra di loro, anche su un piano di appagamento di piacere psico-fisico.

AFFETTIVITÀ E SESSUALITÀ: PROBLEMATICHE DEI RAGAZZI DOWN

Quali sono infatti le problematiche più ricorrenti che si riscontrano per quanto riguarda il rapporto tra disabilità e sessualità?

"La sessualità e l'espressione sessuale delle persone disabili continuano ad essere controverse e gravide di pregiudizi" (Wolfe, 1997).

Vi sono barriere di natura attitudinale generale, ossia atteggiamenti e comportamenti di familiari, operatori e specialisti che denotano una tendenza a non incrementare il diritto all'espressione di una naturale (in senso di *biologica*) sessualità da parte delle persone con disabilità complessa. La persona con disabilità viene vista come l'eterno bambino, persona asessuale o riconosciuta nella sua sessualità e affettività solo nei *momenti problematici*.

Vi sono poi barriere di tipo attitudinale particolare: gli adolescenti disabili hanno meno contatto con i compagni al di fuori del contesto scolastico e/o familiare con la conseguenza che anche nella

fase successiva della vita le persone con disabilità usufruiscono di una rete sociale di supporto e di relazioni amicali ed affettive decisamente meno estesa e gratificante.

La stessa **Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità**, approvata nel 2007 e successivamente ratificata in Italia – sia con un esplicito riferimento all’esercizio della sessualità sia indirettamente – riconosce in diversi articoli, a livello di obblighi generali, di diritto alla casa ed alla famiglia, di diritto alla vita, di libertà, di inclusione, di vita indipendente, di educazione e di salute, la necessità di non discriminare le persone con disabilità per quanto riguarda il pieno godimento dei propri diritti, definendo una base etico giuridica agli interventi che sostengono l’educazione e la tutela della sessualità umana anche per le persone con disabilità.

INFINITANGO

Da questi riflessioni e 10 anni di attività di tango è nato il progetto INFINITANGO per ragazzi diversamente abili: Il ballo può essere una vera e propria terapia in grado di migliorare il benessere fisico e psichico delle persone disabili.

Obiettivo del progetto

Il tango è una opportunità per incontrarsi in contesti differenti dalle solite dinamiche sportive e di aggregazione scolastiche e familiari quotidiane, frequentando un luogo di studio insieme ad altre persone che desiderano crescere in questa disciplina di ballo, scoprendo nell’abbraccio sensazioni nuove, questa attività può agevolare la relazione e anche la scoperta della passione insita in questa disciplina. Inoltre molto importante è poter acquisire una maggiore motricità e la consapevolezza del proprio respiro e del proprio corpo, ma anche determinare una maggiore inclusione sociale e sicurezza di sé nelle relazioni.

Sarò coadiuvata in questo progetto, nella formazione degli allievi, da 2 ballerini con esperienza di 15 anni di tango, che lavorano in ambito socio-sanitario, inoltre assistenti di famosi maestri di tango argentino.

Realizzazione del progetto:

Sono previsti incontri settimanali di un’ora per imparare i primi passi di tango.

La parte iniziale della lezione sarà strutturata con tecniche psico-socio affettive:

1. Biodanza: tecniche di respirazione, equilibrio nella postura.
2. Bioenergetica ed affettività: tecniche di rilassamento, approccio guidato all’educazione dell’affettività, della socializzazione, delle relazioni e della sessualità. Come accade per i normodotati, il tango offre tante opportunità di relazionarsi affettivamente, con la differenza che per i disabili è un argomento maggiormente delicato; di conseguenza va seguito con incontri maggiormente mirati a queste tematiche.
3. Musicoterapia: tecnica di rilassamento nel tango attraverso l’ascolto di brani, si impara a ballare con musicalità, coordinamento dei movimenti a tempo, conoscenza de vari autori argentini.
4. Momenti ludici, feste e saggio di fine corso.

Questo progetto potrà offrire loro momenti di allegria, socializzazione, relazione per uno sviluppo cognitivo multidisciplinare ed è già stato presentato alla associazione A.I.D.P. *Associazione Italiana Persone Down* di Roma. Attualmente è in fase di realizzazione, a breve sarà organizzato un OPEN DAY con uno spettacolo di tango, dove verranno presentate tutte le fasi della attività a loro dedicata.

BIBLIOGRAFIA

- Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, 2007.
- Lowen, A. (2013). *“Il linguaggio del corpo”* ed. Feltrinelli - 12° edizione.
- Storia del tango: *Appunti di studio – Corso di maestro di tango rilasciato dal CONI.*
- Elisabetta Muraca *Il Tango* ed. Xenia 2000.
- Federico Trossero *Tangoterapia* ed. Continente 2006.



FROM PROTOSYMBOLS TO ANIMA MUNDI

CLINICAL EXPERIENCE OF A GROUP IN A HOSPITAL PSYCHIATRIC DEPARTMENT

Rosario Puglisi

Dirigente psicologo U.O.C. CSM di Casarano, DSM ASL/Lecce, psicologo analista, didatta e supervisore CIPA, Istituto per l'Italia Meridionale e Sicilia, membro IAAP (International Association for Analytical Psychology)

RIASSUNTO

Le costellazioni sintomatologiche della patologia psichiatrica, da qualche tempo ormai, si aprono a nuove ed affascinanti prospettive, grazie anche alle recenti ricerche legate alle neuroscienze, che collegano il sapere psicologico a discipline che fino a qualche tempo fa sembravano lontane quali l'ecologia e l'interazione uomo/ambiente, la filosofia, non a caso sempre più rivalutata e legata ad un dialogo costruttivo da parte del mondo scientifico con la metafisica, la stessa fisica soprattutto per quanto riguarda gli sviluppi della meccanica quantistica che propone complessi modelli di rappresentazione della realtà e del cosmo.

PAROLE CHIAVE

Neuroscience, schizophrenic protosymbols, progressive psychopathology, creative asymmetry, symbolic transcending, therapeutic proposal.

Le costellazioni sintomatologiche della patologia psichiatrica, da qualche tempo ormai, si aprono a nuove ed affascinanti prospettive, grazie anche alle recenti ricerche legate alle neuroscienze, che collegano il sapere psicologico a discipline che fino

a qualche tempo fa sembravano lontane quali l'ecologia e l'interazione uomo/ambiente, la filosofia, non a caso sempre più rivalutata e legata ad un dialogo costruttivo da parte del mondo scientifico con la metafisica, la stessa fisica soprattutto per quanto riguarda gli sviluppi della meccanica quantistica che propone complessi modelli di rappresentazione della realtà e del cosmo.

Il modello proposto da Thomas R. Insel (2010, p. 187-193), in linea con le recenti posizioni della *developmental psychopathology*, è quello di intendere la schizofrenia come un vero e proprio disturbo del neuro-sviluppo. Altrettanto interessante la riflessione di David Dobbs (2010, p. 154-156) sugli studi PET (tomografia ad emissioni di positroni), che evidenzia l'origine della schizofrenia durante l'adolescenza associandola ad una progressiva perdita di materia grigia cerebrale.

Jim van Os, (2010, p. 203-212) storico studioso del modello *geni-ambiente* applicato alle psicosi, propone uno schema nel quale la predisposizione genetica, in combinazione con l'impatto ambientale, determina una variabilità nell'espressione fenotipica della patologia, che implica la prevalenza nel quadro psicopatologico di una tra le quattro

dimensioni da lui prese in esame e cioè quella affettiva, quella psicotica in senso stretto, quella negativa e quella cognitiva.

Eric Kandel, (1998, p. 457 - 469) psicoanalista, psichiatra e neuroscienziato, premio nobel per la medicina nel 2000, aveva presentato, in tempi non sospetti, cinque principi su cui invita tutti a riflettere nella comprensione del funzionamento del nostro cervello, alcuni dei quali tutt'altro che scontati.

Recentemente Giacomo Rizzolatti (2009, p. 24 -34), insieme ad un gruppo di lavoro che nel 1992 ha scoperto l'esistenza dei *neuroni a specchio*, ha dimostrato come i *neuroni a specchio* non solo si leghino alle azioni degli altri, ma anche ai loro sentimenti.

Secondo Rizzolatti e collaboratori è possibile anche individuare come questi neuroni mandino dei messaggi al sistema limbico e che questi ci aiutino a sintonizzarci coi sentimenti degli altri, mettendo in evidenza una possibile spiegazione scientifica per comprendere meglio alcuni sintomi principali di forme psicotiche quali l'autismo e, soprattutto, il tentativo di delineare i principi teorici delle strategie di neuro-riabilitazione basati sui *meccanismi specchio*. Ma vorrei soffermarmi su una tipologia d'intervento che ho trovato interessante nel mio attuale lavoro sulla schizofrenia (R. Puglisi, 2010 p.11-14 e p.9-10, 2013 p.249), proposto da Gaetano Benedetti (1980, 1991, 1995, 1997).

Nella sua attuale posizione teorica il modello si è sviluppato solo negli ultimi 20 anni, ma sulla base di un'intera vita di dedizione di Benedetti ai malati psicotici; sia nella Clinica Burghölzli di Zurigo, dove ha lavorato per dieci anni nella tradizione di Manfred Bleuler, figlio del grande Eugen Bleuler, sia nel Policlinico di Basilea dove ha ottenuto anche la nomina a professore.

Un po' come accadde a Jung, in questa cornice teorica si è sviluppato il pensiero di Benedetti, rivolto centralmente al disturbo schizofrenico della simbolizzazione e alla creazione di quelli che lui stesso chiama *simboli positizzanti* nella psicoterapia.

Non è da trascurare che Benedetti durante l'intera vita professionale ebbe la fortuna di realizzare

profondi scambi di idee con J. N. Rosen (1962), con L. Binswanger (1945, 1958, 81:1), con G. Bally (1956, 10:437), lo stesso C.G. Jung (1956, CW 3, par.542 - 552 e par. 553 - 584), S. Arieti (1955), nonché con il gruppo della scuola di Milano fondata dallo stesso Benedetti.

Come abbiamo visto buona parte della psicopatologia schizofrenica viene compresa attraverso il concetto della perdita in profondità dell'immagine e dei simboli del Sé (Jung C. G., 1956, CW 3, par.542 - 552 e par. 553 - 584).

Al soggetto manca quindi spesso la possibilità di differenziarsi veramente dagli oggetti (fusione con l'ambiente, con il mondo), quindi a lui manca quel rapporto che è reso possibile solo dalla distinzione.

Il paziente tenta di difendersi dagli oggetti - che come continui introietti lo invadono e lo disorganizzano - attraverso la ritirata autistica o tramite la creazione di oggetti interni fantasmatici.

Questi ultimi, in alcuni momenti, vorrebbero esprimere un'attività creatrice del Sé, ma risultano essere sempre una contaminazioni del proprio Sé con il mondo e, non a caso, frequentemente perseguitano il paziente.

Alla perdita drammatica del rapporto con qualsiasi *alterità*, il paziente reagisce col tentativo di recuperarla mettendo tutto ciò che lo circonda in un rapporto semantico con se stesso (pensiamo al delirio di riferimento, il quale è una sorta di contaminazione tra difesa e persecuzione), o anche cercando la propria identità nella razionalizzazione della sua assenza o nella diffusione di essa.

Un altro tentativo ancora è quello di recuperare le cose del mondo, l'*Anima Mundi* con cui l'lo psicotico purtroppo non può mettersi in rapporto, moltiplicandone i significati possibili e le varie assonanze. Dalla scuola dei Bleuler noi tutti abbiamo appreso la verità del sintomo primario, la scissione intrapsichica e la chiusura autistica (è noto, storicamente, che la prima veniva sostenuta dallo stesso Eugen Bleuler (1911), l'altra da Eugene Minkowski (1927), i quali insieme dibattevano all'interno della Clinica Burghölzli con due allievi di eccezionale spessore, Jung e Binswanger.



Tuttavia la scissione in ambito psicodinamico è considerata dai vari autori in vari modi.

Non ultimo da Benedetti (1980, 1991, 1995, 1997), che ripeto trovo interessante per la forte assonanza con la teoresi junghiana, che considera la scissione fra Sé simbiotico e Sé separato, che da corpo, non a caso, alla perdita della simbolizzazione del Sé.

Ciò credo possa essere colto sia dalle parole dei pazienti, che oscillano fra la simbiosi e l'autismo, sia dal fatto che il recupero del Sé nel corso della psicoterapia è contemporaneo alla restaurazione dei confini dell'io e alla vicinanza relazionale con le cose.

Considerando che il disturbo della simbolizzazione colpisce la propria auto-rappresentazione, il simbolo del Sé non è più in grado di proteggere come una membrana il nucleo del Sé, di conseguenza quest'ultimo, cioè il Sé, si travasa nel mondo e si difende fuggendo dal mondo sociale o creandosi uno fantasmatico, che tuttavia continua a perseguitarlo.

Il mondo, dunque, nel funzionamento psicotico è percepito come fondamentalmente ostile e pericoloso, sia perché la sua percezione invade il Sé, sia anche per il fatto che la registrazione ordinata del mondo presuppone una mappa interna senza la quale appare solo il caos.

Il delirio è allora un tentativo di sistematizzazione ed anche, nella sua inflessibilità, una difesa contro lo smembramento, anche se poi il paziente può continuare a percepirlo, nel dialogo psicoterapeutico, come una mortifera prigione esistenziale.

Nella comunicazione con il paziente psicotico Benedetti distingue tre dimensioni.

Una è quella *simbiotica*, di cui ha parlato per primo Harold Searles (1965), in cui la simbiosi terapeutica si può manifestare in diversi modi come, ad esempio, nella fantasmizzazione terapeutica attraverso cui il terapeuta trasmette al paziente di aver recepito il suo mondo interiore, come nel sogno terapeutico oppure anche nell'ambito del disegno speculare (Benedetti, Peciccia, 1995), nella simmetria grafica, dove il terapeuta, raffigurando un disegno precedente del paziente, si mette al suo posto.

Quando da parte del terapeuta ciò avviene, non

solo con la parola che traduce in simboli i vissuti del paziente o con la mano che traccia le stesse linee di lui, ma anche con l'inconscio che, attraverso la simmetria psicomotoria, si identifica parzialmente con l'altro, allora questi recepisce la disposizione del terapeuta di farsi simile a lui.

Tale simbiosi terapeutica non è dissociativa come quella patologica, di cui soffre il paziente, poiché il terapeuta si avvicina al paziente come *alter ego*.

La *seconda dimensione* è visibile nell'attimo in cui il terapeuta, positivizzando i vissuti del paziente rompe la simmetria con lui, contrappone una sua immagine a quella negativa del paziente, quindi non negando quest'ultima ma trasformandola.

Gaetano Benedetti chiama questa dimensione con il termine di *asimmetria creatrice* ed ha il significato di aprire alla psicopatologia del paziente nuovi sbocchi fantasmatici, di estrarla dalla chiusura autistica, confermando così, nella dualità, l'identità del paziente, ma soprattutto, anche di iniziare la separazione terapeutica, avvertendola diversa pur nell'identificazione.

Infatti, io credo, e in questo sono d'accordo con Benedetti, che è proprio l'integrazione della simbiosi e la conseguente separazione ciò di cui ha bisogno l'io psicotico.

La terza dimensione è quella della *reciprocità*.

Con ciò Benedetti intende dire che nulla di quanto appare nel campo delle interazioni è di esclusiva appartenenza all'uno o all'altro polo della coppia.

Il terapeuta si configura nello specchio del paziente e il paziente si mette anche lui al posto del terapeuta il quale assume sempre un'attitudine dualizzante e positivizzante, come ad esempio accade nel disegno speculare o in altre attività creative come quelle proposte nelle mie esperienze di laboratorio con giovani utenti affetti da grave patologia psichiatrica (Puglisi R., 2010, p.11-14 e p.9-10, 2013 p. 249).

Il paziente si identifica parzialmente con una persona coerente e coesa, la quale pur dissociandosi tenderà di recuperarsi successivamente nel proprio vissuto.

Tuttavia il paziente psicotico, a differenza di quello nevrotico, è incapace di simboli.



Tutto nel suo linguaggio è metaforico, ma non rimanda a dei veri e propri concetti: le cose risultano essere realtà espresse nei *protosimboli* schizofrenici.

Con il termine *protosimbolo* Benedetti intende significare il delirio, l'allucinazione, cioè fenomeni che per il paziente non possono ancora essere simbolo che lo rimanda alla realtà ultima della cosa, e che invece restano solo un segno.

Il *protosimbolo* può essere tuttavia un germe del simbolo, a patto di inserirsi all'interno della trasformazione che a questo punto può avvenire, a mio modesto avviso, solo in ambito terapeutico.

Dunque, se noi riusciamo a modificare il *protosimbolo* nel discorso verbale col paziente, in modo tale che la nuova edizione del *protosimbolo* sia una nuova immagine ampliata rispetto a quella patologica (ampliata in modo da lasciar spazio anche a noi accanto al paziente) allora avremo realizzato quella che Benedetti chiama una *proposta terapeutica* valida nell'ambito delle psicosi.

In altre parole, al *protosimbolo* manca quella componente razionale che permette di distinguere fra il *simboleggiante* e il *simboleggiato*.

La trasformazione terapeutica del *protosimbolo* in simbolo avviene attraverso l'accettazione, la comprensione e la valorizzazione dell'immagine *protosimbolica* all'interno della dualità affettiva.

Non si tratta di concettualizzazioni che intendono chiarificare il metodo riferendosi ad una qualche teoria, ma un tentativo di descrivere sinteticamente tale metodo in base ai vissuti empirici sia del terapeuta sia del paziente psicotico.

Questi vissuti a partire dalla situazione di *non-esistenza* del paziente e dalla sua reclusione difensiva in un sistema che potremmo definire creativo, evolvono fino a riportarlo alle soglie del nostro *essere-nel-mondo*, all'*Anima Mundi*, con ulteriori possibilità terapeutiche ricostruttive sia sul piano interiore, sia su quello delle relazioni sociali.

Non solo le parole dell'uno e dell'altro, ma anche semplici gesti, occhiate, espressioni del viso, i movimenti, le posture testimoniano, qualora ci fossero ancora dubbi, la lettura reciproca nel comune linguaggio dell'*Anima*, che infonde vita alla materia psicotica inerziale e la riformula in qualche forma lavorata, conclusa in quella che potremmo dire una sua bellezza.



Secondo Benedetti il paziente, anche attraverso la sua chiusura, è in grado di sentire la situazione del terapeuta come un'offerta e una possibilità di vita. Di solito noi analisti mostriamo al paziente nevrotico, specie mediante l'analisi del transfert e quella dei sogni, in quale luogo (del suo passato o del suo presente) egli si trova, nella terapia della psicosi ci poniamo noi stessi in quel luogo significativo del suo mondo, per poterlo trasformare.

Non a caso, nel concetto di *psicopatologia progressiva* Benedetti riassume tutti questi aspetti comunicativi del dialogo, che sono contemporaneamente espressione sia della psicosi, sia del suo divenire in un *medium* del rapporto e dell'insight. Secondo me, tutto ciò può essere accettabile, purché sia visto come un polo al cui opposto vi sia la *psicopatologia progressiva*, ovvero una psicopatologia che ha la funzione di avere intenzioni comunicative, e che inoltre esprime un progresso al di dentro di un sintomo psicotico.

È dunque con questo nuovo uso della psicopatologia

che si descrive il vero inizio, da parte del paziente, dell'appropriarsi della realtà, e si tratta di un uso che non utilizza il concetto psicodinamico di *insight*, ma l'*assimilazione* della realtà che ha inizio a partire da un nucleo di identità, lungo una dimensione di dualità o di gruppo, come immagine ancor prima che come concetto.

Man mano che durante il processo terapeutico ciò si rende possibile al paziente, diverse qualità dell'oggetto entrano nel Sé che è stato a sua volta *transitivizzato* su di esso.

In questo modo il Sé si forma perché viene offerto tramite un processo di quella che Benedetti chiama *progressiva appersonazione*, con cui si descrive solitamente la perdita di realtà, dove le idee deliranti assimilano ed includono la persona del terapeuta.

Queste allora apportano al paziente certi elementi di realtà altrimenti impossibili.

Poiché in questo caso il contatto con la realtà sociale avviene ancora lungo la dimensione



allucinatoria o delirante, esso può rimanere ancora patologico.

Ma poiché il terapeuta coinvolto nella nuova esperienza del paziente, non riduce – e non traduce – il *protosimbolo* psicotico in concetti ma lo accoglie come *simbolo significativo*, avviene la creazione duale del simbolo, nel mondo ancora *asimbolico* del paziente.

Non solo secondo Benedetti ma in base anche alla mia esperienza con giovani pazienti psicotici, la stessa *psicopatologia progressiva* diviene creazione comune ad opera del paziente e del terapeuta (Puglisi R., 2010, p.11-14 e p.9-10, 2013 p.249).

A mio avviso, quando Benedetti afferma che ogni nuovo incontro con un paziente psicotico esprime sempre un *atto creativo*, in linea con tutto questo possiamo altresì affermare che analizzare una psicopatologia a funzionamento psicotico in questo modo, quale riflesso della psicoterapia, esprime di volta in volta ciò che nel paziente è massimamente singolare. È su questa linea che ha senso, allora, la tematizzazione costante dell'incontro come ricerca di unificazione di nessi.

Anche l'allucinazione, resa in questo modo *progressiva*, diventa voce interiorizzata del terapeuta che comunica interpretazioni che non sono solo verbali, ma che sono anche il frutto di una trasmissione dell'inconscio del terapeuta.

E il delirio, infine, effettuando via via un'opera di sintesi di parti buone e di parti cattive di sé, diviene anch'esso *progressivo* in termini propri di trasformazione.

In sintesi, la psicoterapia di gruppo offre ai pazienti affetti da patologia psichiatrica severa la possibilità di uscire dall'isolamento (non tanto quello fisico quanto quello sociale, relazionale) attraverso le esplicitazioni all'interno del procedimento della "socializzazione" psichica primaria attivate dalla psicoterapia di gruppo.

Quest'ultima si sviluppa proprio nelle nuove situazioni proposte dal gruppo, dove i disturbi psicopatologici, le difficoltà, le sofferenze, che si pensavano o sentivano come "unicamente" proprie, appaiono invece comuni a tutti o alla maggioranza dei partecipanti.

Se si assume che il giovane paziente "esiste" nella

narrazione del suo sintomo, all'interno del gruppo esso acquista una dimensione anche sociale che consente, attraverso una "cassa di risonanza" del gruppo stesso, di sostenere, organizzare e accelerare i processi trasformativi del passaggio dalla narrazione all'interpretazione, dal protosimbolo al simbolo reale e positivo, sia come emersione individuale nel campo gruppale del "profondo", che come relazione con i contesti di crisi familiare, sociali, culturali, economici, in cui i pazienti sono coinvolti.

Non dobbiamo dimenticare che l'esperienza psichica anche quando è posta in discussione o è compromessa da una patologia mentale grave si fonda essenzialmente sulla relazione individuo – famiglia - collettivo.

Dalla letteratura e dalle osservazioni in ambiti clinici nei quali si utilizzano il gruppo in contesti istituzionali è possibile mettere in evidenza dei fattori terapeutici di gruppo intrinsecamente curanti dando la possibilità di liberare emozioni, più o meno intense, che di solito vengono soffocate dalla terapia psicofarmacologica.

La nostra attività di gruppo è principalmente rivolta ai giovani pazienti che afferiscono al nostro CSM di Casarano DSM ASL/Lecce con grave patologia psichiatrica.

Di solito il numero dei partecipanti oscilla tra gli 8 e i 10 componenti, con una prevalenza maschile (rapporto 2:1), circoscritta in un tempo di 90 minuti, con cadenza bisettimanale.

Tutto questo, che potremmo definire come un *trascendimento simbolico*, permette a noi analisti, che ci occupiamo di funzionamento psicotico, di percorrere, grazie anche al gruppo, nuove esperienze ed articolazioni che aprono interessanti scenari nel trattamento psicoterapeutico e nella riabilitazione psichiatrica come ormai accade, dal 2006, nel CSM di Casarano.

Vorrei concludere con le parole profetiche dello stesso Jung (1956), tratte dal suo *Schizophrenia*, a proposito del rapporto tra neuroscienze e psicologia analitica e alle sfide future per quanto riguarda l'approccio psicoterapeutico/riabilitativo con pazienti a funzionamento psicotico.

"Anche se nella nostra conoscenza attuale non è



concesso di trovare quei ponti che uniscono le due sponde – la visibilità e tangibilità del cervello da un lato, dall'altro l'apparente immaterialità delle strutture psichiche – esiste tuttavia la sicura certezza della loro presenza. Questa certezza dovrà trattenere i ricercatori dal trascurare precipitosamente e impazientemente l'una in favore dell'altra o, peggio ancora, dal voler sostituire l'una con l'altra. La natura non esisterebbe senza sostanza, ma non esisterebbe neppure se non fosse riflessa nella psiche." (vol. 3., pag. 286)

BIBLIOGRAFIA

- Arieti, S. (1955). *Interpretation of schizophrenia*. New York: Robert Brunner.
- Bally, G. (1956). *Gedanken zur psychoanalytisch orientierten Begegnung mit Geisteskranken* (Thoughts on the psychoanalytically-oriented treatment of the mentally ill). *Psyche*, 10, pp. 437-447.
- Benedetti, G. (1980). *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale* (Alienation and personation in the psychotherapy of mental illness). Torino: Einaudi.
- Benedetti, G. (1991). *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica* (Patient and therapist in the psychotic experience). Torino: Bollati Boringhieri.
- Benedetti, G., Peciccia M. (1995). *Sogno, inconscio, psicosi* (Dream, unconscious, psychosis). Chieti: Métis.
- Benedetti, G. (1997). *La psicoterapia come sfida esistenziale* (Psychotherapy as an existential challenge). Milano: Raffaello Cortina.
- Binswanger, L. (1945). *Schizophrenie* (Schizophrenia). Pfullingen: Neske.
- Binswanger, L. (1958). *Daseinsanalyse, Psychiatrie, Schizophrenie* (Daseinsanalyse, Psychiatry, Schizophrenia). In: Schweiz. Arch. Neurol., 81: 1.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox in the group of schizophrenias*. (International Universities Press). New York: 1950.
- Dobbs, D. (2010). *Schizophrenia: the making of a troubled mind*. *Nature*, 468: 11, pp. 154-156.
- Insel, T.R. (2010). *Rethinking schizophrenia*. *Nature*, 468: 11, pp. 187-193.
- van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B.P. (2010). *The environment and schizophrenia*. *Nature*, 468: 11, pp. 203-212.
- Jung, C.G. (1956). *Recent thoughts on schizophrenia* - CW 3 (par.542 – 552), London: Routledge, 1992.
- Jung, C.G. (1956). *Schizophrenia* - CW 3 (par. 553 – 584), London: Routledge, 1992.
- Kandel, E.R. (1998). *A new intellectual framework for Psychiatry*. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 155 n°4, pp. 457-469.
- Minkowski, E. (1925). *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes* (Schizophrenia. Psychopathology of schizoids and schizophrenics). Paris: Payot.
- Puglisi, R. (2014). *From Jung to neuroscience; laboratory of the word art, sounds and music*. Copenhagen 2013 "100 Years on: Origins, Innovation and Controversies" - Proceedings of the 19th Congress of the International Association for Analytical Psychology. Edited by Emilija Kiehl, Einsiedeln, Switzerland: Daimon Verlag, 2014, p. 249.
- Puglisi, R. et al. (2010). *L'Arte delle Parole, dei Suoni e della Musica: un'idea di riabilitazione nel CSM di Casarano* (The Art of Words, Sounds and Music: a rehabilitation idea in Casarano's Mental Health Center). *Nuove ARTITERAPIE Rivista trimestrale*, Anno III – n. 9/2010, Roma: Nuova Associazione Europea per le Arti Terapie, pp. 11-14.
- Puglisi, R. (2010). *Arte e Creatività: una lettura psicologica analitica* (Art and Creativity: a psychological analytical reading). *Nuove ARTITERAPIE Rivista trimestrale* Anno III – n. 12/2010, Roma: Nuova Associazione Europea per le Arti Terapie, pp. 9-10.
- Rosen, J.N. (1962). *Psychotherapie der Psychosen* (Psychotherapy of Psychoses). Stuttgart: Hippokrates.
- Rizzolatti, G., Fabbri-Destro, M., & Cattaneo, L. (2009). *Mirror neurons and their clinical relevance*. *Nature Clinical Practice Neurology*, vol. 5, pp. 24 - 34.
- Rubin, V. (2006). *Seeing Dark Matter in the Andromeda galaxy*. *Physics Today* n. 59: 12, pp. 8-9.
- Searles, H. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.



L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLE DIFFICOLTÀ D'APPRENDIMENTO NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Francesco Primo
Psicologo Psicoterapeuta cognitivo
comportamentale ad indirizzo
neuropsicologico
Studio di Psico-Neuoriabilitazione
(Bitonto)
U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e
Adolescenza Asl Ta

RIASSUNTO

Nel corso degli ultimi anni si è assistito a notevoli cambiamenti sul piano operativo e legislativo, puntando i riflettori sull'importanza delle azioni di rilevazione clinica a scopo preventivo così come sulla responsabilità che la scuola possiede circa l'identificazione tempestiva e di conseguenza segnalazione dei casi a rischio.

Il documento "Raccomandazioni per la pratica clinica sui disturbi specifici dell'apprendimento" presenta un ampio spazio dedicato ai segni precoci e alle attività di primo screening nella scuola dell'infanzia. Esso delinea le difficoltà nelle competenze metafonologiche, comunicativo-linguistiche, motorio-prassiche, uditive e visuospatiali in età prescolare come possibili indicatori di rischio di DSA,

soprattutto in presenza di un'anamnesi familiare positiva. Tali difficoltà devono essere rilevate dal pediatra nel corso dei periodici bilanci di salute, direttamente o su segnalazione da parte dei genitori o degli insegnanti della scuola dell'infanzia e del primo anno della scuola primaria. Se persistenti nel tempo vanno segnalati ai servizi sanitari dell'età evolutiva per un approfondimento con la consulenza di professionisti della salute. La stessa legge 170/2010 e nelle successive Linee guida per l'individuazione dei DSA del 2013 si fa più volte riferimento alla necessità di identificare, in contesti di sviluppo tipico, situazioni di lentezza che, se non adeguatamente sostenute, potrebbero configurarsi come deficit e pertanto costituire il presupposto per un percorso scolastico problematico,



sotto il profilo sia delle prestazioni scolastiche sia personale e relazionale.

Tali interventi andrebbero intesi come ricerca-azione; che vede professionisti diverse che accettano di affrontare un problema condividendo evidenze scientifiche e azioni e verificandone gli effetti nel tempo. Queste attività di screening richiedono dunque un'attività di formazione e di costruzione condivisa di strumenti con gli operatori sanitari al fine di mettere gli insegnanti in condizioni di riconoscere gli indicatori di rischio e di favorire in modo ottimale lo sviluppo delle competenze implicate nell'apprendimento della letto-scrittura e del calcolo.

Gli screening andrebbero condotti all'inizio dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia con l'obiettivo di realizzare attività didattiche-pedagogiche mirate. Qualora, nonostante un'attività didattica mirata, alla fine dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia permangano significativi segnali di rischio è opportuna la segnalazione ai servizi sanitari per l'età evolutiva.

PAROLE CHIAVE

Identificazione precoce, difficoltà di apprendimento, prevenzione primaria, Questionario IPDA

I PREREQUISITI DI BASE DEGLI APPRENDIMENTI SCOLASTICI

È luogo comune negli anni della scuola dell'Infanzia pensare che gli ambiti di preparazione di un allievo prossimo a frequentare la scuola primaria siano relativi esclusivamente all'alfabetizzazione linguistica e logico-matematica attribuendo alla capacità di conoscere l'alfabeto, enumerare in avanti fino a 10-20, scrivere il proprio nome un valore sufficiente ed esaustivo per definire la cosiddetta "school readiness". La scuola dell'infanzia risulta un osservatorio privilegiato per individuare possibili percorsi deficitari dal punto di vista cognitivo e relazionale-affettivo, essendo il primo ambiente sociale più allargato in cui il bambino viene a trovarsi al di fuori del tessuto familiare e dove le sue difficoltà non godono più della protezione e della tutela del nucleo primario.

Il ventaglio di competenze che si consolidano nel

corso della scuola dell'infanzia costituisce inoltre il presupposto indispensabile per poter affrontare gli apprendimenti della scuola primaria. L'individuazione precoce di possibili percorsi a rischio comporta la possibilità, per le insegnanti della scuola primaria che prenderanno in carico il bambino, di strutturare fin dall'inizio curricoli scolastici tesi a potenziare le aree più forti e a vicariare, attraverso esse, le lacune nelle aree più deboli, in un'ottica individuale tesa non tanto a sottolineare e lavorare sulle difficoltà rilevabili quanto a permettere al bambino di entrare in un processo di co-costruzione dei possibili percorsi di apprendimento.

Alla base degli apprendimenti scolastici che caratterizzano gli anni della scuola primaria ovvero lettura e scrittura considerati come abilità strumentali, la comprensione del testo, la scrittura intesa come competenza espositiva, il calcolo sussistono numerose abilità neuropsicologiche trasversali che afferiscono a disparati domini cognitivi dell'allievo ed è di prioritaria importanza promuoverle nonché stimolarle o potenziarle sin dagli anni della scuola dell'Infanzia.

PREREQUISITI DELLA LETTO-SCRITTURA

Tra i cosiddetti prerequisiti della letto-scrittura è possibile annoverare:

la discriminazione visiva, che consente di riconoscere i grafemi da altri segni grafici e differenziarli tra di loro, sulla base del diverso orientamento spaziale, pur senza saperli attribuire ancora un nome;

la discriminazione uditiva, utile per riconoscere le caratteristiche fonetiche di un messaggio e quindi poterlo ricordare e riprodurre fedelmente. Solo se il bambino riesce a discriminare i fonemi della lingua, può, infatti, imparare ad associarli correttamente ai grafemi corrispondenti nei processi di lettura e scrittura;

la memoria fonologica a breve termine, fondamentale per mantenere in memoria una corretta sequenza fonologica, individuare i singoli fonemi e poterli convertire in grafemi (scrittura), così come

per trattenere i singoli fonemi ottenuti attraverso il processo di conversione grafema-fonema e poterli fondere per produrre la parola (lettura);

le abilità metafonologiche (o di consapevolezza fonologica), cioè la capacità di riconoscere ed elaborare le caratteristiche fonologiche delle parole tralasciando le loro caratteristiche semantiche. Tra esse citiamo la *capacità di fusione* ovvero riconoscere una parola dopo averne ascoltato i fonemi o le sillabe in modo separato. La sua importanza deriva dal fatto che, nella fase dello sviluppo della lettura in cui il bambino trasforma in fonemi ciascun grafema o gruppo di grafemi, egli deve poi riuscire a fonderli assieme per leggere correttamente la parola per intero.

La *capacità di segmentazione* cioè di scomporre una parola nei suoni che la costituiscono (sillabe prima e fonemi dopo) è fondamentale per riuscire a maturare adeguatamente il processo di scrittura. Dato che in tutti i sistemi alfabetici di scrittura i grafemi rappresentano i fonemi, per sapere quali simboli grafici utilizzare occorre prima individuare quali fonemi compongono la parola.

Se per esempio si vuole scrivere la parola «treno», a meno che non sia già stata appresa la forma globale, occorre individuare i fonemi t/r/e/n/o e, rispettandone l'ordine, rappresentarli graficamente utilizzando i grafemi corrispondenti;

la **coordinazione oculo-manuale**, rappresenta lo strumento di esecuzione dei processi di scrittura. Un'inefficienza in questa funzione non pregiudica totalmente i processi alla base della scrittura.

Lo dimostra il fatto che, anche in caso di difficoltà motorie, è possibile scrivere correttamente utilizzando una tastiera convenzionale o adattata alle difficoltà motorie del bambino. È pur vero, tuttavia, che lo sviluppo di questa funzione deve essere adeguato per un buon grafismo;

l'associazione visivo-verbale e l'accesso lessicale rapido, per ricavare velocemente il nome dei grafemi e delle parole scritte. Prima di saper attribuire il corretto nome alle parole o di associare

velocemente i grafemi ai fonemi corrispondenti, occorre saper nominare velocemente figure, oggetti, simboli, recuperando rapidamente le etichette dal proprio lessico verbale.

Molte ricerche hanno suggerito che la velocità di recupero lessicale (*speed of naming*) può essere un precursore della velocità di recupero dei fonemi;

l'elaborazione semantica di anticipazione, per facilitare e velocizzare i processi di lettura e scrittura. La capacità di effettuare inferenze sulla natura del materiale che segue in base al contesto precedente è in relazione con la velocità e l'accuratezza nella decodifica e nel dettato, oltre che con la comprensione.

PREREQUISITI NELL'AREA DEL CALCOLO

Fra le abilità che precedono la capacità di calcolo si ritiene importante soffermarsi su alcuni domini di seguito elencati:

conoscenza dei numeri: i bambini imparano presto la sequenza verbale dei numeri attraverso svariate attività quali giochi, filastrocche o per imitazione;

associazione tra simbolo numerico grafico e nome del numero: è la capacità di leggere o riconoscere i numeri; fa riferimento alla comprensione e alla produzione del numero in base a meccanismi lessicali;

corrispondenza biunivoca numero - oggetti contati: corrisponde alla seconda fase nello sviluppo dell'abilità di contare. Il bambino impara ad accoppiare la parola-numero all'atto del contare. Quest'atto avviene solitamente prima spostando il dito nell'indicare ogni elemento e successivamente spostando la fissazione oculare;

conoscenza della numerosità: è un'ulteriore fase nello sviluppo dell'abilità di contare, consistente nel saper riferire la quantità di oggetti presenti nell'insieme riportando l'ultimo numero pronunciato.

capacità di confrontare insieme con numerosità diversa (come accade quando si deve dire quale tra due



insiemi contiene più elementi): per fare questo non è sufficiente basarsi sulle dimensioni degli insiemi ed è necessario prescindere dalla configurazione degli elementi. Inizialmente è probabile che l'informazione su cui si basa il bambino sia il tempo impiegato per contare. Successivamente, diventa cruciale la capacità di confrontare gli elementi di due insiemi attraverso un controllo biunivoco (accoppiando ciascun elemento del primo insieme con uno del secondo);

capacità di confrontare numeri diversi: implica la capacità di riconoscere la quantità associata a ciascun numero. Fa riferimento alla comprensione del valore semantico del numero;

capacità di seriare elementi di diversa dimensione e mettere in sequenza ordinata insiemi contenenti diverse quantità di oggetti: una volta in

grado di stabilire quale insieme ha più elementi o ne ha di meno, occorre anche riuscire a ordinarne la numerosità secondo un ordine crescente o decrescente. Alla base di questo compito c'è la capacità di seriare ad esempio dei bastoncini di diversa lunghezza o altri oggetti di diversa dimensione.

È infatti più agevole discriminare visivamente le differenze di dimensione che quelle di numerosità per poi creare una scala ordinata con tutti gli elementi a disposizione.

Infine, non per ordine di importanza, accanto allo sviluppo dei prerequisiti descritti, per una buona riuscita scolastica si ritengono importanti la conoscenza delle strategie metacognitive sottostanti l'apprendimento, oltre che una buona capacità di attenzione/concentrazione.

APPRENDIMENTO SCOLASTICO DI BASE	PREREQUISITO COGNITIVO
1 - Lettura e scrittura come abilità strumentali	Discriminazione visiva
	Discriminazione uditiva
	Memoria fonologica a breve termine
	Fusione fonemica
	Segmentazione fonemica
	Coordinazione oculo-manuale
	Associazione visivo-verbale
2 - Lettura come comprensione del testo	Accesso lessicale rapido
	Conoscenza lessicale
	Comprensione delle strutture sintattiche
	Capacità di fare inferenze semantiche
3 - Scrittura come competenza espositiva	Comprensione di un racconto
	Memoria di lavoro
4 - Calcolo	Competenza espositiva orale
	Contare
	Associazione tra simbolo numerico grafico e nome del numero
	Corrispondenza biunivoca
	Numero-oggetti contati (ordinati)
	Conoscenza numerica
	Corrispondenza biunivoca
	Numero-oggetti contati (non ordinati)
Confrontare	
5 - Metamemoria	Seriare per dimensioni
	Seriare per quantità
6 - Concentrazione	Strategie di apprendimento metacognitive
	Capacità di concentrazione

L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE E LA PREVENZIONE

Alla luce di quanto suesposto è possibile affermare che gli apprendimenti scolastici di base (lettura, scrittura e calcolo), si fondano su abilità percettive, mnestiche, di pensiero e di pre-alfabetizzazione, detti precursori critici o prerequisiti, che iniziano a svilupparsi gradualmente molto tempo prima dell'inizio dell'attività scolastica. La valutazione e la stima del livello di sviluppo di tali precursori critici, offre l'opportunità di intervenire tempestivamente nel caso in cui si presenti la prospettiva, per qualche bambino, di un'evoluzione lenta, difficoltosa o problematica.

Uno dei motivi più importanti per intervenire precocemente sulle carenze nello sviluppo delle funzioni cognitive che sottostanno agli apprendimenti di base è che alcuni apprendimenti dipendono da altri: un'inefficienza nei processi di decodifica nella lettura, ad esempio, ostacolerà anche lo sviluppo di quelli legati alla comprensione del testo, all'ampliamento del vocabolario, alle conoscenze specifiche di vari argomenti e materie scolastiche.

Un'altra ragione risiede negli effetti negativi reciproci tra insuccessi e difficoltà nell'apprendimento da un lato e la motivazione allo studio e l'autostima dell'alunno dall'altro. È provato infatti che l'insuccesso scolastico tende ad abbassare nell'alunno l'autostima personale e la motivazione allo studio. Questi fattori, a loro volta, porteranno a ulteriori insuccessi, innescando un dannoso e preoccupante processo a spirale.

A tal proposito è interessante considerare la tipologia di attribuzione, studiata da Rogers "*locus of control*", dei bambini che incontrano difficoltà a scuola, sia nel caso di un successo che di un insuccesso. Questi alunni, che vivono spesso una forma di passività e di demotivazione nei confronti della scuola, sembrano dimostrare una sorta di "impotenza appresa" (Seligman, 1991) poiché non si ritengono responsabili degli insuccessi ottenuti a scuola ma neanche dei successi che attribuiscono a fattori esterni.

Tale posizione mette in luce la sfiducia dello studente con difficoltà che non si sente in grado di

influenzare o interferire in nessun modo sugli eventi occupando una posizione non di comodo, come spesso invece viene letta dagli insegnanti, ma di impotenza e impossibilità a cambiare i risultati, neanche mettendo in campo, ad esempio, un maggiore impegno o diligenza. È noto che giudizi negativi hanno un'alta probabilità di autoconferma, come una "profezia che si auto-avvera".

Dello studente da cui non ci si aspettano grandi prestazioni si è più portati a considerare ed evidenziare i risultati negativi, confermando così il giudizio iniziale. La tendenza a favorire gli alunni più bravi ("effetto Pigmalione") è un altro fattore che penalizza ulteriormente chi parte già da una posizione di svantaggio.

È importante porre quindi l'attenzione su prevenzione e intervento precoce poiché essi hanno la potenzialità di essere maggiormente efficaci ed economici rispetto a rimedi più tardivi. In alcuni casi, un ritardo di intervento può venir visto come una componente del problema di apprendimento e anche come probabile responsabile di danni irreversibili nello sviluppo (Adelman, 1983). Infine, secondo molti studi longitudinali, l'individuazione e l'intervento precoci giocano un ruolo positivo nel determinare l'evoluzione dei disturbi specifici dell'apprendimento e il complessivo sviluppo affettivo e cognitivo dei bambini con tali problematiche (Baker e Smith, 1999; Jackson *et al.*, 1999; Byrne *et al.*, 2000; Morris *et al.*, 2000; Schneider *et al.*, 2000; Vadasy *et al.*, 2000).

Il lavoro d'individuazione precoce dei soggetti che possono essere definiti "a rischio" non s'identifica con una segnalazione o, ancor peggio, con l'attribuzione di etichette diagnostiche, ma ha piuttosto la finalità di limitare la probabilità di un loro insuccesso scolastico avviando interventi di tipo educativo mirati e specifici. L'efficacia di un intervento mirato è stata evidenziata dagli studi longitudinali presenti in letteratura, come ad esempio gli studi di training metafonologici realizzati con bambini in età prescolare che ottengono risultati significativamente migliori in lettura e scrittura di quelli del gruppo di controllo (Bryant e Bradley, 1985; Pinto, 1993; Kozminsky e Kozminsky, 1995).



Il progetto da cui nasce questo lavoro si muove proprio nell'ottica dell'identificazione precoce e della prevenzione sperimentando l'utilizzo di un questionario osservativo come attività di *screening* presso la scuola dell'infanzia.

FINALITÀ DEL PROGETTO

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di ipotizzare un processo di individuazione precoce di soggetti che possono essere definiti "a rischio" di una difficoltà di apprendimento, in modo da ridurre la probabilità di un insuccesso scolastico e personale attraverso la strutturazione di interventi educativo-didattici mirati e specifici.

Il mancato riconoscimento di un DSA ha importanti conseguenze psicologiche, determinando spesso una scelta scolastica inferiore alle potenzialità di creatività e di intelligenza dell'alunno, demotivazione, timore del giudizio dei compagni, comportamenti oppositivi e depressione generata da pensieri negativi e dalla rappresentazione della vita fatta di continui fallimenti.

Diventa importante quindi puntare su un lavoro di intervento precoce per garantirsi una prognosi più favorevole dello sviluppo generale del bambino, un contenimento del fenomeno della dispersione scolastica, il miglioramento della qualità della scuola oltre a favorire la continuità didattica tra scuola materna e scuola elementare. Ovviamente l'ottica è quella della prevenzione primaria.

DESTINATARI

La presente ipotesi di progetto, è stata pensata come rivolta a bambini frequentanti l'ultimo anno di scuola dell'Infanzia. Nei bambini di cinque anni infatti, le competenze propedeutiche agli apprendimenti dovrebbero essere già state acquisite soprattutto in virtù delle nuove programmazioni scolastiche che già dalla prima classe di scuola primaria chiedono delle competenze nella letto-scrittura e nel calcolo. Appare questa pertanto l'età ottimale per operare un'identificazione precoce ed un intervento efficace.

FASI DEL PROGETTO

La presente ipotesi di progetto è stata articolata nelle seguenti fasi.

- Presentazione del progetto al Dirigente Scolastico, alle maestre e ai genitori in un incontro plenario al fine di condividerne le finalità e concordare le modalità di attuazione secondo le esigenze specifiche;
- Indagine generale sui fattori di rischio attraverso informazioni acquisite nell'ambito del contesto scolastico e familiare:
 - a) **CONTESTO SCOLASTICO:** compilazione del "Questionario osservativo IPDA (Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento) da parte delle insegnanti, con la supervisione dello Psicologo Scolastico, su tutti i bambini di 5 anni della scuola, previo un periodo di osservazione da parte loro di circa un mese;
 - b) **CONTESTO FAMILIARE:** colloquio di approfondimento con i genitori dei bambini risultati "a rischio" secondo il Questionario Osservativo IPDA, orientativamente da concludersi entro fine Dicembre;
- Screening individuale dei bambini risultati "a rischio", orientativamente entro Dicembre, che si realizza attraverso le seguenti due metodologie:
 - > Osservazione individuale dell'atteggiamento del bambino nei confronti dell'esaminatore e della prova utilizzando una scheda osservativa;
 - > Valutazione individuale attraverso l'uso di una batteria di prove volte a valutare nello specifico i prerequisiti degli apprendimenti scolastici. Tale fase consentirà inoltre di verificare i risultati emersi dall'utilizzo del questionario, con l'esclusione di eventuali "falsi positivi", e soprattutto di dare indicazioni per interventi riabilitativi il più possibile mirati;
 - > Elaborazione di un report di screening da restituire ai docenti e alle famiglie interessate e, previo consenso, al Dirigente Scolastico, al

fine di procedere con gli interventi più opportuni di potenziamento, per ridurre le difficoltà di inserimento nella scuola primaria.

STRUMENTI

Il “Questionario Osservativo IPDA”

Per l'indagine generale si è pensato di utilizzare il “Questionario Osservativo IPDA” (Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento). La scelta di un questionario osservativo compilato dagli insegnanti come primo screening è scaturita dalla consapevolezza di quanto esso possa essere uno strumento altamente predittivo rispetto alla possibilità di un successivo sviluppo di difficoltà di apprendimento, a condizione che gli item siano formulati chiaramente e in maniera tale da sfruttare appieno le possibilità osservative degli insegnanti.

Gli insegnanti infatti, grazie al contatto quotidiano con i bambini, sono in una posizione privilegiata per osservarli, innanzitutto perché i bambini non sono portati ad alterare il loro comportamento normale e spontaneo, come potrebbe invece avvenire in presenza di un estraneo.

Inoltre l'ambiente scolastico appare particolarmente adatto per le possibilità che esso offre di poter programmare e svolgere attività che evidenzino le capacità dei bambini, mantenendo ovviamente il piano ludico.

Il *Questionario Osservativo IPDA* è composto da 43 item suddivisi in due sezioni principali.

La prima riguarda le “abilità generali” relative all'idoneità all'apprendimento in genere, la seconda si riferisce ad “abilità specifiche”, cioè i prerequisiti della letto-scrittura e della matematica.

Gli item che hanno come oggetto le **abilità generali** sono così suddivisi:

item 1-9	Aspetti comportamentali
item 10-11	Motricità
item 12-14	Comprensione linguistica
item 15-19	Espressione orale
item 20-23	Metacognizione
item 24-33	Altre abilità cognitive (memoria, prassie, orientamento).

Quelli per le **abilità specifiche** sono:
item 34-40 Pre-alfabetizzazione
item 41-43 Pre-matematica

Le risposte si riferiscono, per alcuni items ad una valutazione del possesso di una determinata abilità o, nel caso di altri, richiedono un giudizio sulla frequenza con cui compare un certo comportamento. A ciascun insegnante viene chiesto di prendere visione dell'intero questionario, osservare i bambini per almeno una settimana (durante la quale potrebbe essere opportuno programmare alcune attività per poter valutare comportamenti e abilità che, di solito, non si ha la possibilità di osservare in classe) e quindi rispondere a ciascun item considerandolo indipendentemente da tutti gli altri. Il questionario è compilato dagli insegnanti in possesso di un'adeguata formazione al metodo dell'osservazione.

Gli aspetti sono valutati utilizzando una scala Likert a quattro punti secondo il seguente prospetto:

1. per niente / mai;
2. poco / a volte;
3. abbastanza / il più delle volte;
4. molto / sempre.

Attribuzione e interpretazione del punteggio totale

Il punteggio totale di ciascun bambino si ottiene sommando i punteggi (1, 2, 3 o 4) assegnati ai singoli items. Nel caso in cui l'insegnante ometta una o più risposte è necessario aggiungere per l'item mancante il punteggio medio degli altri items.

Esempio: l'insegnante non è riuscito a valutare un item, e quindi ha attribuito 42 punteggi anziché 43; se il punteggio totale calcolato su 42 item è 147, il punteggio totale stimato è pari a $(147 / 42) \times 43$, ovvero 150,5.

Per interpretare il punteggio totale occorre confrontarlo con i dati normativi riportati sul manuale, rappresentativi delle prestazioni dei bambini italiani all'inizio dell'ultimo anno di Scuola dell'Infanzia. Le norme del Questionario Osservativo IPDA si riferiscono ad un campione normativo di 6112 bambini di cui 3098 maschi (51%) e 3014 femmine (49%) iscritti al terzo anno di scuola dell'infanzia di



63,8 mesi di età media.

Saranno considerati "a rischio" tutti quei bambini il cui punteggio totale risulta inferiore a quello corrispondente al 10° percentile.

Nonostante la finalità di questo questionario sia quella di individuare la fascia a rischio rispetto al punteggio complessivo, può essere interessante osservare in quali aree il bambino ottiene i punteggi più bassi. È necessario tuttavia considerare con cautela i punteggi parziali in quanto sono calcolati su un numero esiguo di item e le loro caratteristiche di attendibilità e validità non sono sempre ottimali.

Scheda di osservazione del bambino

L'osservazione è un procedimento selettivo guidato dalle ipotesi che egli ha formulato e mira ad ottenere le informazioni rilevanti nel modo più accurato ed efficace.

Anche in questo contesto, l'osservazione dei bambini deve essere fatta utilizzando una "griglia d'osservazione" (cfr. tabella) che tenga conto delle aree da indagare utili alle finalità della valutazione.

In particolar modo, lo psicologo scolastico dovrà osservare:

- Le caratteristiche della relazione con l'esaminatore (disponibilità alla relazione, livelli di collaborazione, adeguatezza emotiva alla relazione, conoscenza del motivo dell'esame);
- Gli aspetti comunicativo-linguistici (caratteristiche del linguaggio espressivo e dell'articolazione fonologica, comprensione dei messaggi semplici, contestuali, complessi);
- I tempi attentivi e di affaticabilità nello svolgimento delle attività proposte;
- L'adeguatezza cognitiva;
- L'atteggiamento nei confronti delle prove proposte (oppositività, collaborazione, ansia da prestazione, precipitosità nelle risposte, ecc.)
- La motricità (impaccio, coordinazione, ecc.)

- La consapevolezza rispetto ad eventuali difficoltà;
- L'irrequietezza, la difficoltà a portare a termine un compito, il bisogno di richiami sul compito, ecc.

Gli elementi rilevati dall'osservazione saranno utilizzati a completamento delle informazioni ottenuti attraverso gli altri strumenti e le altre fonti.

Ecco la griglia di osservazione pensata per l'occasione:

SPUNTI DI OSSERVAZIONE	DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO
	Caratteristiche della relazione con l'esaminatore (disponibilità alla relazione, livelli di collaborazione, adeguatezza emotiva alla relazione, conoscenza del motivo dell'esame)
	Aspetti comunicativo-linguistici (caratteristiche del linguaggio espressivo e dell'articolazione fonologica, comprensione dei messaggi semplici, contestuali, complessi)
	Tempi attentivi e di affaticabilità nello svolgimento delle attività proposte
	Adeguatezza cognitiva
	Atteggiamento nei confronti delle prove proposte (oppositività, collaborazione, ansia da prestazione, precipitosità nelle risposte, ecc.)
	Motricità
	Consapevolezza rispetto ad eventuali difficoltà
	L'irrequietezza, la difficoltà a portare a termine un compito, il bisogno di richiami sul compito

Batteria di prove per la valutazione dei prerequisiti scolastici

Nella fase dello screening individuale, finalizzata alla valutazione delle competenze specifiche acquisite dai bambini "a rischio", lo strumento che verrà

utilizzato è una batteria di prove, pensata e costruita ad hoc per la presente ipotesi di progetto.

È utile ribadire che i risultati ricavati dalla somministrazione delle prove della batteria d'approfondimento, non portano all'individuazione di categorie diagnostiche.

L'obiettivo infatti non è quello della formulazione di una diagnosi.

La batteria comprende sia prove per valutare aspetti generali, che possono essere considerati abilità trasversali, sia prove che valutano i prerequisiti specifici di ciascun apprendimento scolastico di base.

Ecco di seguito una tabella riassuntiva delle prove che costituiscono la batteria di valutazione pensata per quest'ipotesi di progetto:

La formazione potrebbe essere svolta, per ciascun anno scolastico, nel maggio precedente l'inizio della sperimentazione per 6 ore con ciascun gruppo di docenti.

Tali incontri avranno l'obiettivo di formare il personale docente al metodo dell'osservazione e alle attività di screening nella scuola.

Accanto a questo si curerà l'acquisizione di conoscenze di base sui disturbi e le difficoltà dell'apprendimento scolastico, i prerequisiti di base e la ricerca sul tema.

A completare i momenti di lezione teorica saranno proposte delle attività laboratoriali di applicazione del Questionario Osservativo IPDA con l'esplicitazione di ogni singolo item, la simulazione della compilazione e la correzione del protocollo.

BATTERIA DI VALUTAZIONE		
ABILITÀ O APPRENDIMENTO	PREREQUISITO COGNITIVO	PROVA
Abilità cognitive	Discriminazione, analogia, percezione	Matrici di Raven
Attenzione	Capacità di concentrazione	Test delle campanelle modificato
Memoria	Capacità di memoria di lavoro uditivo-verbale	Materiale IPDA "Prove per la prevenzione delle difficoltà di apprendimento"
Abilità visuo grafo motorie	Capacità percettive relative ai rapporti spaziali, costanza della forma e relazione figura-sfondo	TPV (test di percezione visiva e integrazione visuomotoria) VMI (visual Motor Inventory)
Competenze linguistiche	Capacità di comprensione delle consegne, la conoscenza lessicale e le funzioni linguistiche (capacità di utilizzare in modo appropriato le espressioni verbali)	SR4-5 (Prova Abilità Linguistica) 5 anni PRCR-2
Competenze logico matematiche	Concetti di base del concetto di numero (quantificatori, corrispondenza biunivoca, classificazione, seriazione)	SR4-5 (Prova abilità logico matematica) 5 anni BIN 4-6

Per l'attribuzione di punteggi alle varie prove, si farà riferimento ai rispettivi dati normativi di ogni singolo test.

PROCEDURE E METODOLOGIE

Il progetto dovrebbe iniziare con la formazione del personale docente al metodo dell'osservazione e all'utilizzo dello strumento.

Tutte le insegnanti svolgeranno il corso con lo stesso formatore.

All'inizio dell'anno scolastico i docenti osserveranno, per circa un mese, il gruppo dei bambini e poi procederanno alla compilazione del Questionario Osservativo IPDA che verrà quindi compilato nel mese di ottobre (pre-test).

Nel mese di dicembre, si svolgerà un altro incontro



di formazione con i docenti per restituire loro i risultati di ciascun alunno ottenuti dalla compilazione del questionario svolta nel mese di ottobre.

Quindi i dati emersi dalla compilazione da parte delle insegnanti, saranno messi a confronto con i punteggi del campione normativo.

Sempre nel mese di dicembre, inoltre, verrà svolta, con gli insegnanti dei bambini appartenenti al gruppo sperimentale una specifica formazione per insegnare loro a riconoscere le abilità prerequisite agli apprendimenti che il bambino non padroneggiava ancora rispetto al livello atteso nei primi mesi dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia.

Durante questo secondo momento di formazione alle insegnanti verrà spiegata l'impostazione teorica sottostante il materiale scelto per il trattamento dei bambini del gruppo sperimentale accanto alla struttura del materiale stesso.

Verrà poi spiegato come poter focalizzare l'intervento attraverso la realizzazione di attività specifiche volte a rinforzare le abilità prerequisite carenti, senza dover operare ad ampio spettro su tutti gli aspetti. La definizione degli ambiti in cui lavorare richiederà, in alcuni casi di stabilire delle priorità.

Nel manuale dell'IPDA gli autori suggeriscono di identificare e realizzare dei piani di lavoro mirati per ciascun bambino a seconda dei bisogni individuali.

Nella presente proposta, in accordo con risultati di una sperimentazione che ha coinvolto anche i bambini che non presentavano difficoltà, estendendo a intere classi dell'ultimo anno di scuola dell'infanzia l'applicazione di piani d'intervento individuati per un gruppo ristretto (Trecate *et al.*, 2000), si auspica di proporre il trattamento all'intero gruppo classe e non solo ai bambini a rischio. I Materiali IPDA verranno quindi utilizzati con tutti i bambini del gruppo sperimentale dal mese di gennaio al mese di maggio inserendoli nella normale programmazione didattica. Essi comprendono attività didattiche atte a potenziare sia aspetti generali, che possono essere considerati abilità trasversali che favoriscono una buona riuscita scolastica, sia attività che potenziano i

prerequisiti specifici di ciascun apprendimento scolastico di base. Le abilità trasversali considerate sono la meta cognizione (negli aspetti di consapevolezza e controllo della propria attività cognitiva) e la concentrazione visiva. Tutti gli insegnanti dedicheranno a queste attività 2 ore alla settimana.

Nel mese di maggio sia le insegnanti del gruppo sperimentale che quelle del gruppo di controllo ricompileranno il Questionario Osservativo IPDA (post-test).

Report di screening

Al termine della somministrazione delle prove, i punteggi ottenuti saranno riportati insieme alle informazioni ricavate con gli altri strumenti, in un report di screening finale che andrà a descrivere un profilo riassuntivo del bambino così pensato:

Osservazioni:

Profilo emerso:

Indicazioni:

Il ritratto così delineato del bambino, sarà restituito alla famiglia, individualmente, e alla scuola, sempre previo consenso dei genitori, perché possa progettare interventi di recupero e potenziamento mirati alle necessità.

CONCLUSIONI

Questa ipotesi di progetto, costituisce una bozza di un pensiero traducibile in progettualità e buona prassi nonché una possibilità concreta di agire nell'ottica della prevenzione primaria.

L'individuazione dei bambini "a rischio" non deve essere vista come una sorta di etichettamento, pericolo purtroppo altamente reale, ma come una possibilità che viene data al bambino e alla famiglia di trovare, nella scuola, percorsi didattici che siano realmente personalizzati e funzionali ai bisogni di ogni bambino.

L'individuazione dei bambini "a rischio" è utile anche alla scuola non solo per riuscire ad assolvere a funzioni di apprendimento per tutti, ma anche ad esempio, per strutturare al meglio le prime classi della scuola primaria, distribuendo in maniera omogenea gli alunni che presentano difficoltà.

Sicuramente il risultato di tale lavoro sarebbe un'indagine di primo livello, una visione d'insieme della realtà che può avere lo scopo di portare alla luce la presenza di difficoltà, la cui gravità, tipologia ed eventuale intervento saranno a carico di un esperto o di un'équipe di professionisti. Sarebbe auspicabile creare, a livello nazionale, progetti di primo *screening* sia nell'ambito sanitario, sociale, che scolastico con l'obiettivo di creare un filtro per le situazioni difficili.

Tale attività dovrebbe essere in grado di evidenziare la presenza di situazioni più gravi ma, proprio nell'ottica della prevenzione, anche di cogliere precocemente l'insorgere di difficoltà che potrebbero, potenzialmente, evolvere in patologie più gravi, migliorando così anche la qualità della vita.

BIBLIOGRAFIA

- AID, (Ed.) (2009). *Disturbi evolutivi specifici di apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia*. Trento: Erickson.
- Albanese, O. (Ed.) (2003). *Percorsi Metacognitivi. Esperienze e riflessioni*. Milano: Franco Angeli.
- Albanese, O., Doudin, P.A. e Martin, D. (2003). *Metacognizione ed educazione. Processi, apprendimenti, strumenti*. Milano: Franco Angeli.
- Antoniotti C., Corcella P.R. (2006). Un programma italiano di formazione rivolto agli insegnanti per l'identificazione precoce dei bambini a rischio di difficoltà di apprendimento (IPDA). In Albanese, O. (a cura di). *Disabilità, Integrazione e formazione degli insegnanti*. Bergamo: Edizioni Junior, 177-190.
- Biancardi, A. (1991). *Bambino incompiuto. Disturbi di apprendimento nell'età scolare e successivi esiti sociali*. Milano: Unicopli, 3, 91-102.
- Campioni, L. (1990). L'osservazione, in L.Camaroni, F.Simion (a cura di), *Metodi di ricerca in psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Cassibba, R., Salerni, N. (2004). *Osservare I bambini: tecniche ed esercizi*. Roma: Carocci.
- Cornoldi, C. (1999). *Le difficoltà di apprendimento a scuola*. Bologna: Il Mulino.
- Cornoldi, C. (Ed.) (2007). *Difficoltà e Disturbi dell'Apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Cornoldi, C. e Pra Baldi, A. (1979). *Funzioni mnestiche, percettive e linguistiche implicate nei primi apprendimenti scolastici: un'indagine su alcuni strumenti predittivi*, AP - Rivista di applicazioni psicologiche, vol. 1, n. 4, 733-769.
- Cornoldi, C., Miato, L., Molin, A., Poli, S. (1985). *La prevenzione e il trattamento delle difficoltà di lettura e scrittura*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Facchetti, A., Cornoldi, C. (2007). Neuropsicologia dei disturbi dell'apprendimento. In C. Cornoldi (a cura di), *Difficoltà e Disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino, 53-76.
- Mazzoncini, B., Freda, M.F., Cannarsa, C. e Sordellini, A. (1996). *Prevenzione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento nella scuola materna: ipotesi per una batteria di screening*, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 63(2), 227- 245.
- Penge, R., Capozzi, F., Levi, G., Mariani, E. e Pietretti M. (1996). *Uno screening longitudinale per la prevenzione dei Disturbi di Apprendimento: studio pilota*. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63, 615-624.
- Pontecorvo, C. (Ed.) (1999). *Manuale di psicologia dell'educazione*. Bologna: Il Mulino.
- Terreni, A., Tretti, M.L., Corcella, P.R., Cornoldi, C., Tressoldi, P.E. (2002). *IPDA Questionario Osservativo per l'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento*. Trento: Erickson.

ORTORESSIA FATTORE PRODROMICO O ENTITÀ NOSOGRAFICA AUTONOMA? DAL CASO CLINICO ALLE RIFLESSIONI METODOLOGICHE

Daniela Alemanno

Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo
- Comportamentale ad indirizzo
Neuropsicologico; Servizio Riabilitativo
Domiciliare "Istituto Santa Chiara" - Lecce

Rosa Fanelli

Neuropsicologa, Psicoterapeuta,
Responsabile del servizio di Psicologia
Clinica e Psicoterapia e del Centro per i
Disturbi Alimentari dell'Istituto Santa
Chiara - Lecce, Vicedirettore e Docente
della Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale
"Istituto Santa Chiara" - Lecce e Roma

Antonio Leo

Neurologo e Direttore Sanitario "Istituto
Santa Chiara" - sedi di Lecce e Roma,
Docente Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale
ad indirizzo Neuropsicologico "Istituto
Santa Chiara" - sedi di Lecce e Roma

RIASSUNTO

Contestualmente alla diffusione sempre più consistente di filosofie di vita salutiste e di una maggiore attenzione, da parte della nostra società, verso il mangiare sano, si è visto l'emergere di un nuovo fenomeno legato ad un comportamento alimentare problematico: l'Ortoressia. Sebbene questa condizione non sia stata ancora riconosciuta come un disturbo psichiatrico, ed ancora non si disponga di criteri diagnostici univoci, l'Ortoressia si è visto essere associata ad una significativa alterazione del funzionamento

psicosociale dell'individuo. Molti autori (Barnes et al., 2016) hanno evidenziato la sovrapposizione di alcuni aspetti dell'Ortoressia con l'Anoressia, in particolare la predominante focalizzazione cognitiva sulla nutrizione, l'alto livello di perfezionismo, l'ansia, lo stile di attaccamento, l'eccessivo bisogno di controllo e la rigidità dei comportamenti e dei rituali legati alla preparazione dei cibi. Queste considerazioni hanno suggerito l'ipotesi che l'Ortoressia possa rappresentare un elemento prodromico di un disturbo alimentare più grave come l'Anoressia (Kinzl et al., 2006).

L'articolo prende in esame il trattamento individuale, strutturato seguendo il modello cognitivo-comportamentale, di un caso di Anoressia Nervosa, nel quale è stato possibile individuare un precedente stile alimentare di tipo ortoressico. Di fondamentale importanza è stato l'utilizzo di un approccio integrato psicoterapeutico cognitivo-comportamentale, farmacologico e nutrizionale.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, Ortoressia, Anoressia Nervosa.

INTRODUZIONE

Il termine Ortoressia Nervosa deriva dal greco "Orthos" (giusto) e "Orexis" (appetito) ed è stato introdotto per la prima volta da Steven



Bratman, nel 1997, per indicare una fissazione patologica sul consumo di cibo “sano”: l’ortoressia diventa un disturbo quando la persona che ne soffre manifesta una vera e propria ossessione verso un’alimentazione corretta e sana, tanto da diventare fortemente selettiva nella scelta di cosa e come mangiare; i cibi non vengono scelti in base alla sensazione di fame/sazietà o alle preferenze individuali, bensì secondo una valutazione cognitiva riguardante il loro contenuto calorico o i loro presunti effetti benefici e dannosi sulla salute.

Attualmente numerosi sono gli studi e le ricerche condotti al fine di approfondire la natura di questa patologia a fronte della controversia riguardo alla sua difficile definizione; tuttavia, il dibattito sull’inquadramento diagnostico è tutt’ora aperto (Fig.1): secondo alcuni autori (Bratman S., 1997), l’Ortoressia può essere classificata come un Disturbo Alimentare distinto e indipendente dagli altri, in quanto il focus del disturbo è sulla *qualità* dei cibi che si scelgono di ingerire; per altri (Morozze et al., 2015) è ascrivibile nel Disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione di

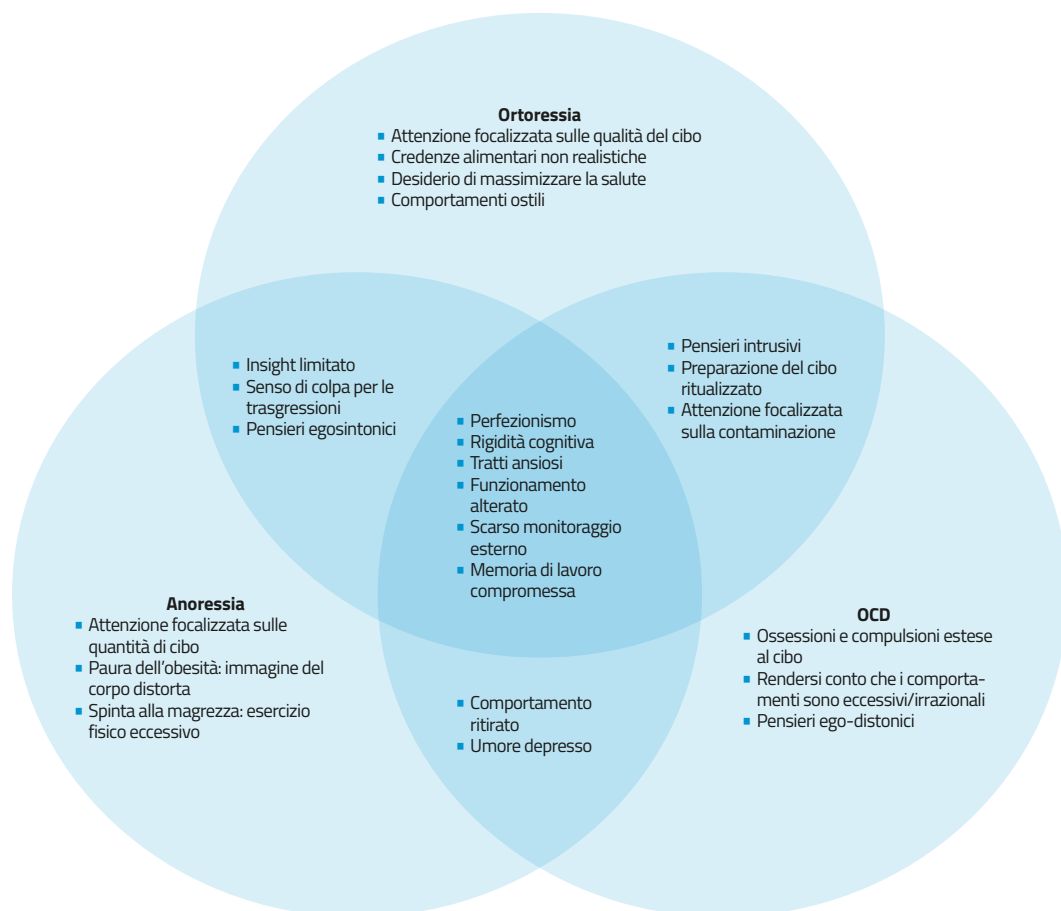


Fig. 1 - Diagramma di Venn che mostra le caratteristiche peculiari e quelle comuni di Ortoressia, Anoressia Nervosa e Disturbo Ossessivo-Compulsivo (2015, Koven and Abry).

cibo, rientrando così nei già esistenti Disturbi Alimentari; per altri ancora può essere considerata una variante meno grave dell'Anoressia (Kinzl et al., 2006) o una possibile strategia di coping (Gramaglia et al., 2017); infine, alcuni affermano che potrebbe essere considerata un'espressione del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Brytek-Matera A., 2012).

A fronte di questa incertezza diagnostica sono aumentati studi e ricerche a riguardo con l'intento di fare chiarezza sulla questione, che non è solo un problema puramente di definizione, ma è fondamentale perché dalla classificazione dell'Ortoressia si possono iniziare a mettere a punto strategie preventive e terapeutiche più mirate. Al momento attuale, anche se non può essere considerato un disturbo alimentare indipendente, l'Ortoressia prevede un disturbo delle abitudini alimentari: per tale motivo si pensa che dovrebbe essere trattato come un disturbo concernente un comportamento alimentare anomalo, legato a sintomi ossessivi-compulsivi (Brytek-Matera, 2012).

CASO CLINICO

Si espone il caso di una ragazza di 18 anni che giunge presso il Centro per i Disturbi Alimentari dell'Istituto accompagnata dai genitori, preoccupati per lo stato di salute e l'eccessivo dimagrimento della figlia (peso attuale 41,5 kg per 158 cm di altezza: Indice di Massa Corporea (IMC) o Body Mass Index (BMI) pari a 16.62 Kg/m²: "significativamente sottopeso").

In anamnesi patologica remota si evidenziano ernia iatale e reflusso gastroesofageo, sottoposti a trattamento farmacologico con beneficio. A 10 anni, in concomitanza con la morte del nonno materno, la ragazza ha iniziato ad avere attacchi di panico in classe, cui ha fatto seguito la restrizione calorica per circa 3 mesi: in questo periodo è stata supportata da una psicologa. Due anni fa, in seguito ad un furto in casa, la paziente rifiuta totalmente il cibo. Successivamente ha iniziato ad alternare periodi di restrizione calorica a periodi di grandi abbuffate.

Attualmente l'alimentazione tipica della paziente sembra essere costituita da: latte di avena, noci, frutta e legumi, con una particolare attenzione al "mangiare sano". La madre riferisce episodi di vomito: circa una volta alla settimana, così come le abbuffate. Inoltre, la paziente beve grandi quantità di acqua e spesso fa lunghe passeggiate. Vengono riferiti, infine, elevata irritabilità, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno. Non viene riferita la presenza di altri disturbi e non è in corso alcuna terapia farmacologica. Tale quadro sintomatologico sta causando, a lei e alla sua famiglia, forti limitazioni nella vita quotidiana e tensioni nell'ambiente familiare.

ASSESSMENT

Al primo incontro la paziente appare visibilmente magra, pallida, ipotermica. Appare irritabile, con difficoltà a concentrarsi e non ben predisposta al colloquio. Nei primi incontri afferma, infatti, di recarsi mal volentieri agli appuntamenti e solo per accontentare i genitori. Racconta poco di sé e si limita a rispondere alle domande in modo breve e conciso. Passeranno alcuni incontri, durante i quali continuerà a calare di peso (38,5 Kg), prima che la ragazza evidenzii motivazione al cambiamento e aderisca alle prescrizioni terapeutiche.

Sin da subito emerge come nella paziente sia presente una particolare attenzione non solo verso la quantità dei cibi da ingerire, ma anche e soprattutto nei confronti della loro qualità, presentando eccessiva preoccupazione per un'alimentazione corretta e salutare, significativa selettività nella scelta dei cibi da mangiare e nel modo in cui questi debbano essere preparati. La ragazza riferisce di preferire alimenti a base di farine integrali e cereali, di essere orientata ad un regime alimentare di tipo vegano, che è sua abitudine preparare da sola i pasti e che spesso utilizza ricette presenti in internet che le insegnano a cuocere i cibi in modo salutare. La paziente ha, quindi, iniziato a restringere la propria alimentazione eliminando dapprima i cibi ritenuti dannosi perché ricchi di grassi e zuccheri, fino ad escludere dalla propria dieta

interi gruppi nutrienti. Tale restrizione, sempre più marcata, ha comportato uno scivolamento della paziente verso l'anoressia restrittiva, con conseguenti e frequenti episodi di abbuffata e successivo vomito.

Negli incontri successivi, dopo aver lavorato sulla motivazione, racconterà del forte desiderio di riprendere in mano la sua vita e di come si senta in trappola nella sua mente, concentrando tutta la sua attenzione su calorie e quantità dei cibi e sul suo peso corporeo.

La paziente ricorda un'infanzia tranquilla, in cui però erano presenti spesso litigi e incomprensioni tra i genitori, di essere stata una bambina sempre molto precisa, con tratti ossessivi e tendenti al perfezionismo e alla doverizzazione.

La ragazza definisce buono il rapporto con il padre, che ricorda emotivamente molto vicino; con la madre, invece, ha sempre avuto un rapporto ambivalente: si alternano periodi nei quali la madre è eccessivamente protettiva e invadente, in un rapporto "morboso", ad altri nei quali risulta assente e svalutante, tanto da creare nella paziente un forte senso di colpa, come "se tutto dipendesse da lei". D'altro canto, essa aveva improntato l'educazione in maniera poco coerente, poiché ciò che veniva espresso verbalmente, non veniva poi supportato da fatti reali e concreti (*... mamma mi diceva sempre che potevamo mangiare quello che volevamo, siamo fisici che non ingrassano, ma poi lei non lo faceva mai, anzi, era sempre troppo attenta a quello che mangiava*). Si deduce da ciò, inoltre, che la madre ha svolto anche un ruolo di modello per l'apprendimento di regole e abitudini alimentari. La paziente ricorda poi lunghi e ricorrenti periodi in cui la madre era fortemente depressa: queste situazioni hanno portato la ragazza a mostrarsi sempre forte per essere d'aiuto nei momenti in cui la madre appariva piccola, indifesa e lontana, e ad essere sempre molto attenta al proprio modo di comportarsi e alle immediate reazioni della madre. Rabbia e accondiscendenza si alternano così nei confronti di una figura di attaccamento imprevedibile, che non si sa come

controllare e conquistare, ma della quale non si riesce a fare a meno. Proprio per contrastare l'imprevedibilità, la paziente tende ad attribuire a sé stessa il merito o la colpa di conquistare o perdere la vicinanza della madre: *"Tutto dipende da me!"*. Il giudizio sulla propria amabilità è costantemente modellato sui feedback che ella riceve dalla madre, secondo un ragionamento del tipo "Se sono accettata allora vuol dire che sono amabile", "Se sono rifiutata allora vuol dire che non lo sono". Tutto ciò ha contribuito a strutturare uno stile di attaccamento di tipo insicuro-ambivalente (Lorenzini R., 1995) Spesso ritorna a parlare della madre descrivendola come una persona sola, senza amiche, che non esce mai, nemmeno con la famiglia, bianca in volto e sempre con gli occhiali da sole: a causa del suo modo di mangiare, particolarmente attento alla "qualità" dei cibi, in casa viene chiamata "aliena". La ragazza afferma di aver ricevuto in eredità dalla madre una grande sensibilità e la predisposizione ad essere una persona ansiosa, e ritiene che essa abbia, da sempre, avuto una grande influenza sul suo modo di pensare e di essere.

Acquisita consapevolezza del disturbo, la paziente racconta che è stato quasi naturale per lei, un giorno, smettere di mangiare: *"in stallo, in uno stato di premorte, mi sentivo viva...senza accorgermi, era iniziata la mia dipendenza che giorno per giorno scavava la mia fossa"*. Ricorda la prima volta che ha saltato la cena: *"Dio, avevo una fortissima fame! Però pensai che tutto ciò non era poi così male!"*. Da lì *"ne ero dentro come una tossica per la sua droga: affamata, pensavo sempre al cibo...un giorno avevo un sacco di energia e l'altro la forza scompariva in un battito di ciglia"*. Ricorda che era incredibilmente felice a vedersi così, *"con i vestiti che calzano larghi...aspettando che le ossa uscissero fuori come fiori che si aprono al mattino...avevo il pallore di un corpo riesumato, cenere che si tiene insieme"*; tuttavia sentiva di dominare sé stessa e gli altri, aveva tutto nelle sue mani e non aveva bisogno di niente e nessuno.

Dall'analisi delle scale di validità del Test

MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2, Hathaway S.R., 1995) è possibile ritenere valido il protocollo. Il profilo emerso rivela che la paziente appare ansiosa ed eccessivamente meticolosa. Presenta difficoltà di concentrazione e di pensiero e mette in atto meccanismi di rimuginazione. Si rilevano scarso controllo del proprio umore ed un elevato livello di irritabilità. Si notano difficoltà ad esprimere le proprie emozioni in modo adattato e modulato e l'alternarsi di periodi di ipercontrollo a quelli di eccessi emotivi incontrollati.

Dal profilo emerso dal Test EDI – 3 (Eating Disorder Inventory – 3, Garner D.M., 2004) la paziente risulta essere terrorizzata dall'idea di riprendere peso e angosciata dal desiderio di essere più magra. Sono presenti un forte disprezzo per la forma del proprio corpo e per il proprio peso corporeo, oltre a forte insoddisfazione per specifiche parti del corpo. Si notano un significativo grado di confusione nella corretta identificazione, comprensione e risposta agli stati emotivi, e tendenza all'instabilità umorale, all'impulsività e alla rabbia. La paziente presenta un estremo bisogno di raggiungere i migliori standard possibili di prestazione, attraverso l'autodisciplina e il controllo dei bisogni fisici, e di evitare di deludere gli altri.

Nella somministrazione del Test per la Valutazione dell'Ortoressia (Test ORTO -15, Donini L.M., 2005) la paziente ottiene un punteggio indice di Ortoressia (pg 31; cut-off >35).

Tuttavia, è necessario porre in evidenza come tale quadro clinico sia significativamente influenzato dal basso peso della paziente.

Al termine dell'assessment, attraverso l'analisi e la valutazione di tutte le informazioni raccolte nel corso dei colloqui, dei risultati emersi dalla somministrazione dei test e un'accurata osservazione della paziente si è potuto rilevare la presenza di restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che ha portato ad un peso significativamente basso; intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassa; alterazione del modo in cui viene vissuto il peso e la forma del suo corpo,

con eccessiva influenza sui suoi livelli di autostima, unita ad una persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso. Inoltre, durante gli ultimi 3 mesi, la paziente ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata e condotte di eliminazione e particolare attenzione per la "qualità" dei cibi ingeriti. Pertanto, in accordo con i criteri del DSM-5, è stato possibile formulare la diagnosi di **Anoressia Nervosa, Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione (F 50.02), di gravità moderata** (IMC: 16,62 Kg/m²) **in paziente con pregressa condotta alimentare di tipo ortoressico.**

TRATTAMENTO

Attraverso l'utilizzo di specifiche tecniche cognitive si è potuto indagare sui pensieri automatici negativi, sulle credenze intermedie e sulle credenze di base ed elaborare la concettualizzazione cognitiva secondo il modello di Beck (Beck J. S., 2002). Sono stati, quindi, individuati e condivisi con la paziente gli obiettivi dell'intervento terapeutico, strutturato seguendo il modello cognitivo-comportamentale e diviso in 4 fasi (Fairburn C. G., 2010).

Considerando la relazione terapeutica come la variabile maggiormente influente sull'esito della presa in carico terapeutica (Liotti G., Monticelli F., 2014)), si è lavorato sin da subito per costruire l'alleanza terapeutica.

La paziente, durante i primi incontri ha mostrato scarsa collaborazione. Anche se veniva agli incontri era poco motivata al cambiamento e tendente alla minimizzazione della sua condizione fisica e psichica. Si è perciò cercato di creare una cornice relazionale, attraverso un atteggiamento empatico e collaborativo, ma nello stesso tempo fermo e autorevole, che portasse la paziente ad acquisire consapevolezza della malattia e che la facesse sentire al sicuro rispetto alle sue paure. La paziente, inoltre, non considerava il sottopeso e la dieta ferrea come problemi, ma indici positivi della sua capacità di autocontrollo e del suo valore. Si è pertanto lavorato sull'incremento della motivazione al trattamento



ponendo l'enfasi sui vantaggi del cambiamento e sui costi della malattia.

La Fase 1, in cui gli appuntamenti sono stati fissati in tre alla settimana, ha avuto inizio con la psicoeducazione sull'Ortoressia e sull'Anoressia Nervosa, sulle caratteristiche psicofisiologiche del disturbo, sui sintomi e sulle conseguenze, sottolineando l'aspetto subdolo dei disturbi dell'alimentazione e la necessità di riuscire a distinguere sé stessa dal disturbo, in quanto spesso c'è la tendenza a considerare il proprio stato attuale un riflesso della propria personalità. La paziente ha iniziato in questo modo a diventare consapevole del disturbo e man mano a prendere le distanze dall'Anoressia, che era ormai parte del suo essere, e a riconoscere i suoi continui attacchi (*"...è come se nella mia testa ci fossero due persone che lottano sempre tra loro: una mi dice di mangiare che mi serve per vivere e che tanto non può accadere nulla, l'altra mi urla che se inizio a mangiare non mi fermerò più ed ingrasserò sempre di più"*). Si è poi spiegato quanto fosse necessario e urgente riportare il peso corporeo ad un livello salutare, insistendo sugli effetti secondari (psicologici, sociali, fisici) dell'essere sottopeso, di quanto essi possano essere pericolosi e la tengano imprigionata nel Suo problema alimentare. Importante per la consapevolezza e per rafforzare il senso di autoefficacia della paziente si è rivelato un incontro con una sua coetanea affetta dallo stesso disturbo che ha rappresentato uno specchio nel quale rivedersi e pensare di non essere sola in questa dura battaglia.

In aggiunta è stato chiesto alla paziente il blocco di qualunque attività fisica, evidenziando i rischi ad essa connessi. Con estrema fatica la paziente ha accettato di lasciar fare agli altri tutto ciò che avrebbero potuto fare al suo posto (apparecchiare, cucinare, pulire la camera, fare la spesa).

Inoltre, è stato necessario spiegare alla paziente che per poter identificare esattamente cosa sta accadendo giorno per giorno e per decidere come attuare il cambiamento avremmo dovuto utilizzare il "diario alimentare": si è quindi illustrato

alla paziente come compilare le schede di auto-monitoraggio spiegando quanto questo la potesse aiutare ad acquisire consapevolezza di ciò che sta facendo, pensando e provando, nel momento in cui sta accadendo, comprendendo che è possibile scegliere e che alcune cose che riteneva automatiche e fuori dal suo controllo possono essere modificate con l'attenzione, l'impegno e la pratica..

È stato chiesto alla paziente di non pesarsi a casa, in quanto da quel momento in poi avremmo introdotto la misurazione del peso in seduta: la paziente ha accettato a patto di sapere in anticipo il giorno in cui sarebbe stata effettuata la misurazione, perché pesarsi per lei era fonte di ansia.

Prima di iniziare a lavorare sulla regolarizzazione dell'alimentazione, è stato necessario e utile far stilare alla paziente una lista degli alimenti che aveva escluso dalla sua alimentazione e poi far associare ad ognuno il livello di ansia provato immaginando di doverlo mangiare. A partire dall'alimento meno ansiogeno, avrebbe dovuto gradualmente inserire nella sua alimentazione tutti i cibi, eliminando i cibi vegani e necessariamente salutarissimi: la paziente era spaventata e per aiutarla le è stato spiegato che non sarebbe stata forzata, ma sarebbe stata lei a scegliere quando passare da un alimento al successivo, sottolineando l'importanza di procedere in maniera graduale, ragionando in termini di micro-obiettivi e sollecitandola a gratificarsi per ogni traguardo raggiunto. La paziente riuscirà man mano ad includere nella sua alimentazione anche alimenti che non erano contemplati nella lista, perché ritenuti da lei immangiabili (es. cono gelato panna e cioccolato, nutella, patatine fritte).

A questo punto la paziente sembrava pronta a modificare le proprie abitudini alimentari, pertanto le è stato chiesto di stabilire un pattern di alimentazione regolare che includesse almeno 5 pasti: colazione, spuntino di metà mattinata, pranzo, spuntino di metà pomeriggio, cena. Le è stato, pertanto, spiegato come, in quel momento, fosse necessario mettere in atto un tipo di alimentazione definita "meccanica": avrebbe, cioè,

dovuto mangiare non in base ai propri segnali o ai propri impulsi, non in riferimento ai propri pensieri problematici ma utilizzando il cibo come medicina, stabilendo il ritmo nei pasti, normalizzando le porzioni e variando gli alimenti per introdurre tutti i nutrienti necessari.

Inoltre, si è spiegato alla paziente l'importanza del non confondere il "sentirsi" grassa con l'"esserlo", identificandosi con l'emozione o il pensiero: ciò l'avrebbe aiutata a comprendere che il problema è la sua interpretazione negativa della sensazione, non la sensazione in sé.

Non è stato necessario, invece, insistere sul blocco delle abbuffate e del vomito autoindotto, in quanto appena la paziente ha normalizzato l'alimentazione essi sono andati scemando in frequenza per poi scomparire del tutto.

Per aiutare la paziente a stabilizzare il tono dell'umore le è stato consigliato di effettuare una visita neurologica, cui ha fatto seguito la prescrizione farmacologica (SSRI): escitalopram, 10 mg.

Il trattamento fino a questo punto è servito per preparare il terreno per quello che sarebbe stata una dettagliata discussione dei pro e contro del cambiamento: si è cercato, infatti, di incuriosire la paziente a proposito dei benefici del cambiamento e dell'opportunità di dare un "nuovo inizio" alla sua vita, validando la sua esperienza, riconoscendo ed empatizzando con la sua ambivalenza e, al tempo stesso, sostenendo la sua autoefficacia.

Si susseguiranno in questa fase ricadute e peggioramenti, a causa dell'immane sforzo che il cambiamento richiede alla paziente, alla quale spesso mancherà il giusto supporto da parte della famiglia; è stato necessario, infatti, richiamare più volte i genitori della paziente per illustrare loro i rischi connessi al non seguire le prescrizioni terapeutiche, fornire indicazioni per l'eventuale ospedalizzazione, per il blocco dell'attività fisica e sulla necessità del controllo su ogni azione compiuta dalla paziente. Tuttavia, anche in assenza del supporto familiare, non sono mancati i miglioramenti: *"Stanno nuovamente prendendo forma il sedere e il seno"* affermerà la paziente entusiasta.

Nella Fase 2 si è fatta una revisione del lavoro svolto e si è iniziato a lavorare sulle distorsioni cognitive e le emozioni disfunzionali, permettendoci di ridurre le sedute settimanali a due. Il nostro scopo principale era quello di identificare gli aspetti ancora problematici (le preoccupazioni sul peso e sulla forma del corpo), mettendo però in evidenza i cambiamenti che si erano verificati (miglioramento del pattern alimentare, riduzione delle abbuffate e dei comportamenti compensatori).

Si sono quindi affrontati i meccanismi chiave di mantenimento del disturbo della paziente: la rigidità cognitiva, l'eccessivo controllo alimentare, della forma del corpo e del peso. Si è quindi introdotta la tecnica della ristrutturazione cognitiva per modificare convinzioni disfunzionali associate ai fattori di mantenimento. Ci siamo focalizzate innanzitutto sull'identificazione dei "pensieri anoressizzanti" (il pensiero dicotomico, la generalizzazione, le varie doverizzazioni rispetto al non dover aumentare di peso e il conseguente senso di colpa) e degli schemi patogeni e disfunzionali della paziente; questi sono stati sottoposti al vaglio di un ragionamento logico-razionale e sostituiti con cognizioni e schemi più realistici, più adattivi e quindi più funzionali; infine, attraverso piccoli esperimenti comportamentali, si è verificata la validità di questi ultimi. La paziente si scopre così sempre più capace di prendere le distanze dal disturbo, tanto da riuscire ad identificarlo come una presenza estranea a sé (*"...Sì, ho una malattia e mi vergogno. Trovare le parole giuste per descriverla è difficile. È una voce, è un pensiero, è una bestia. È una ragnatela piena di miele, che ti chiama, ti disturba, ti assale, ti oscura la ragione. Si chiama anoressia la mia malattia. È legata a me come fosse un'ostrica legata allo scoglio nonostante le onde del mare in tempesta che cercano di portarla via... Lei è lì. Lei vive nella mia testa. Potrei usare un insetticida, uno spray al veleno, il limone, l'aceto, ma non basterebbe per ucciderla. Sembra che lei mi ami. Ma io la odio...mi manco, mi manco lo"*) e a darle anche un volto.

Nel corso della Fase 3 l'attenzione si è maggiormente focalizzata sui fattori di mantenimento non specifici dei disturbi alimentari presenti nella paziente, quali il perfezionismo clinico, l'intolleranza alle emozioni negative, il rimuginio, il bisogno di controllo e la bassa autostima.

Le convinzioni disfunzionali della paziente riguardano tutte le aree del funzionamento quotidiano, cioè sia le performances scolastiche, che quelle sociali e relazionali. La paziente si impone standard prestazionali elevatissimi: soltanto il raggiungimento del massimo è da lei valutato come accettabile e tollerabile, qualunque risultato inferiore viene interpretato come un fallimento atto a testimoniare la propria incapacità e inadeguatezza, vissuto con vergogna e mantenente lo schema di autovalutazione negativa. La paziente giungerà ad affermare *"Valgo perché sono IO, sono bella, sono intelligente, sono brava a scuola, sono una buona amica, so cucinare, so ascoltare chi mi parla...sono già perfetta nella mia imperfezione"*.

Si è anche lavorato sulla bassa tolleranza alla frustrazione rilevata nella paziente, la quale dava luogo a pensieri del tipo *"Sto troppo male... non ce la faccio...così non posso reggere..."*, fondandosi sulla credenza che non sia possibile tollerare le emozioni negative, e facendo sì che la paziente mettesse in atto comportamenti disfunzionali, come le abbuffate o il vomito autoindotto, per uscire dallo stato emotivo in cui si trovava. Pertanto, si è posta in evidenza la natura transitoria degli stati emotivi e come essi non richiedano necessariamente una reazione, ma possano semplicemente essere accettati. Inoltre, si è aiutato la paziente ad identificare e implementare metodi funzionali per regolare i propri stati emotivi quando se ne verificava il bisogno: ascoltare della musica, chattare con le amiche, leggere un libro.

A poco a poco la paziente ha anche lasciato emergere quanto tempo lei sente le venga "rubato" dal costante rimuginio sul cibo, sul corpo, sul peso e sull'alimentazione, e quanta energia spenda nel cercare di resistere. A tal proposito

si è cercato di far comprendere alla paziente che il rimuginio non è uno stato mentale ingovernabile, ma che lei ha dei margini di padroneggiamento che ne permettono un'attenuazione in termini di intensità e durata. La paziente dirà di iniziare a sentire "quella vocina" farsi sempre più debole, e ripresentarsi con meno frequenza, fino a quando diventerà perfino difficile riuscire a percepirla.

Si è poi lavorato sul controllo ossessivo (sul cibo, sul corpo e su tutto il proprio ambiente circostante, fisico e mentale), spiegando come esso sia un meccanismo di difesa che s'instaura con il tempo, inconsapevolmente, come fosse una corazza fatta di schemi e rigidità utili a tenere sotto soglia l'ansia inevitabilmente scatenata da tutte le emozioni vissute come pericolose. In realtà ciò che la paziente ritiene "pericoloso e spaventoso" è quello che non può controllare e così è diventato per lei utile illudersi di poter controllare almeno il cibo.

Infine, si è agito per incrementare il livello di autostima della paziente, nucleo centrale attorno al quale si è costruita l'immagine di sé, le sue modalità di interazione con gli altri, la sua vita affettiva e sociale. All'interno di quello che oramai era un contesto relazionale validante e rassicurante per la paziente, ci si è concentrati per ricostruire la sua storia di vita e le esperienze più pregnanti (relazione di attaccamento, esperienza di derisione, esperienza di rifiuto) che hanno contribuito a edificare un'immagine di sé così negativa, fondata su sentimenti di inadeguatezza, incapacità, scarsa amabilità e stimabilità. Inoltre, si è preso in considerazione come certe strategie, tra le quali il perfezionismo, siano state funzionali e adattive per gestire alcune situazioni problematiche della sua vita; col tempo, però, esse si sono trasformate in regole e abitudini di vita che hanno solo condizionato pesantemente la sua vita. La paziente ha imparato così a modulare le emozioni negative, a riconoscere valore ai successi conseguiti e ad autogratificarsi, guardando a sé stessa in un'ottica nuova, in cui fosse prevista l'accettazione

dei propri limiti e di alcuni dei propri difetti e la consapevolezza che alcune incapacità e difficoltà possono essere, con impegno, affrontate e, a volte, superate.

La Fase 4 è stata la fase finale nella quale l'attenzione si è spostata al futuro, gli incontri hanno avuto cadenza settimanale e l'obiettivo era quello di assicurarsi che i cambiamenti fossero mantenuti per ridurre i rischi di una ricaduta. Dopo aver sottolineato l'importanza di mantenere un pattern di alimentazione regolare, abbiamo concentrato la nostra attenzione sull'identificazione delle situazioni che nel futuro potrebbero riattivare la sintomatologia (es. eventi perdita, fallimenti prestazionali), analizzando le situazioni che in passato hanno innescato le crisi al fine di trovare delle strategie di coping nuove e più adattive. Inoltre, è stato necessario porre in evidenza come l'Anorexia sempre sarà, per la paziente, il suo tallone d'Achille e come, in momenti particolarmente stressanti o di fronte a certi triggers, è possibile che ricompaiano comportamenti disadattivi attinenti all'alimentazione e al corpo. Se ciò dovesse capitare, è importante non essere catastrofiche e pessimiste, e mettere in atto il prima possibile le strategie di coping apprese.

RISULTATI RAGGIUNTI

La costanza, l'impegno e la collaborazione della paziente hanno permesso di raggiungere gli obiettivi prefissati all'inizio del trattamento con conseguente remissione sintomatologica. In particolare, è venuta meno la marcata attenzione che la paziente riponeva alla qualità dei cibi, e quindi alla loro scelta e al loro modo di prepararli. La paziente, attualmente, oltre ad aver ristabilito il peso corporeo ad un livello accettabile (ha raggiunto circa 44 Kg per un BMI 17.63, leggermente sottopeso), inserito nella dieta tutti gli alimenti, eliminato l'alimentazione meccanica e i comportamenti compensatori, è capace di far emergere le proprie emozioni e ascoltarle senza farsi travolgere. Si è avuta una

significativa riduzione del perfezionismo e l'autostima risulta decisamente aumentata. La paziente afferma di sentirsi capace ed adeguata, di aver imparato ad amarsi e di non temere più il giudizio degli altri e darà prova del cambiamento avvenuto in lei portando in seduta delle foto per lei molto significative e scrivendo alcune lettere, di cui sono riportati degli stralci, in cui è resa esplicita la ristrutturazione dei core beliefs di inadeguatezza e non amabilità. Tuttavia, la terapia è tuttora in corso nella fase dei follow up, in quanto è necessario continuare a monitorare i risultati raggiunti per assicurarsi che questi vengano mantenuti nel tempo.

Prima lettera

"Vorrei dire che va tutto bene, ma le bugie non sono il mio forte. Però sono l'arma principale della mia malattia... Sono malata, ma non è un dolore fisico, è qualcosa di più potente...Mi sorprendo di come la mia mente possa vincere sempre...vorrei che la mia testa fosse una stanza vuota... Vorrei essere io il centro di me stessa...vorrei cancellare tutto: ricordi belli e brutti. Purtroppo, troppo tardi ho capito che nessuno si salva da solo. Passati due anni convivo ancora con ANA, però ho imparato! Siamo due cose diverse: o almeno lei è una "cosa"! Ho imparato a capire i suoi richiami e a gestire la tentazione. È il demonio che chiama a bassa voce, ma ora è come se avessi le cuffie...le parole delle persone che amo, i miei programmi futuri e le mie priorità mi coprono gli orecchi. Mangiare è bello, ti appaga, ti rinforza, ti permette di vivere e poi ADO-RO MANGIARE! Vorrei essere un petto di pollo, una chela di granchio, una noce, vorrei essere una pizza o un piatto che possa accogliere la pasta con panna e piselli. Non posso essere nulla di tutto ciò, ma posso essere una bocca per gustare tutto questo. Gusta, Assapora, Odora, Tocca, Osserva ogni cosa possibile; e AMA! Io amo...la rabbia ancora del tutto non è andata via, ma ora amo come prima, quando posso vivo ogni millesimo di secondo e sorrido anche mentre litigo perché ogni secondo, minuto, ora o giorno non tornerà mai più...Battaglie, battaglie e battaglie a non finire, ma non sanno che io mi sto

solo corazzando per affrontare e vincere la guerra, perché ho davvero voglia di vivere con leggerezza e spontaneità. Sopprimo sempre più il bisogno di sparire perché IO VOGLIO ESSERCI! Il dolore è intenso, la sofferenza è estremamente forte, sembra duri per sempre. Ma sono certa che non sarà così, perché l'inverno si trasforma sempre in primavera, come il bruco in una farfalla ed io in quella parte di me più vera, sana e profonda. E lo ammetto: NE VALGO DAVVERO LA PENA!"

Seconda lettera

"Mi sento nuova, e il bello è che non è una sensazione, ma è realtà. Mi sento forte e coraggiosa, sicura e indipendente. Finalmente sono di nuovo io! Con il mondo nelle mani. Riesco a correre senza dopo morire per l'affanno, riesco a ridere a crepapelle senza sentirmi quelle fitte fastidiose nel costato. Riesco a rialzarmi dalla sedia senza contare prima fino a 10. MI SENTO CAPACE. Di stare attenta a scuola, di sorridere delle insufficienze senza dopo scompigliare la mia stanza...l'anoressia mi ha cresciuta, per lei ho imparato ad affrontare i problemi di petto e a non scappare...in fondo mi ha costretta...ed ho imparato ad AMARMI PER QUELLO CHE ERO E STO TORNANDO AD ESSERE. È stata costantemente con me...e mi ha bloccato tutto...Mi ha lasciata su un pendio, senza via d'uscita, e lì, sola, nel mio piccolo spazietto ha abusato di me. Pian piano lo spazio restringeva e il terreno sotto i piedi sentivo stesse per cedere... "Ora cado" mi dico, immaginando che prima o poi sarebbe arrivata la mia ora. Ho spezzato quella corda che per tanto tempo ho tirato. Difatti crollò tutto...e io insieme a lei, che mi trascinava giù con sé. Non rimase più nulla. È sembrato come se, da un altro orizzonte, mi guardassi cadere, nuda e spoglia di ogni capacità. Mi guardo e provo un forte senso di dispiacere, di pietà...e mentre mi vedo sprofondare, mi pento di tutto, ripensando a ciò che avrei ancora potuto vivere...ed è proprio in quel momento che con la punta delle dita delle mani riesco ad aggrapparmi ad una sporgenza che sembra essere lì a posta per me, per salvarmi. La morte non mi è più vicina, anzi sempre più si allontana. Sento carne e non ossa, vedo forme e non ossa, odo risa e non pianti, sono

accettata per la mia naturalezza, non per la mia magrezza. MI DEVO AMARE, NON SOLO ACCETTARE, è questo che mi ha insegnato la mia "cara" anoressia, grazie alla quale ora sono forte, grazie alla quale mi sono riscoperta, grazie alla quale ora sono una ragazza migliore. Dicono che per imparare a non cadere più bisogna prima toccare il fondo, e io il mio fondo l'ho toccato nel momento in cui, guardandomi, mi sono accorta di dover nascere un'altra volta per poter continuare a vivere".

CONCLUSIONI

Pur essendo giunti alla formulazione di una diagnosi nosografica di "Anoressia Nervosa", si è rivelato di fondamentale importanza identificare i sintomi che hanno permesso di formulare la diagnosi sindromica di "Ortoressia Nervosa". Sono infatti molti gli aspetti dell'Ortoressia che si sovrappongono con l'Anoressia (Barnes et al., 2016): in comune esse hanno una predominante focalizzazione cognitiva sulla nutrizione, l'alto livello di perfezionismo, una particolare attenzione verso l'immagine del corpo e lo stile di attaccamento (stili predittori sembrano essere l'attaccamento ansioso, evitante e disorganizzato). È però necessario sottolineare una fondamentale differenza (Bratman S., 1997): il focus dell'Anoressia è sulla quantità di cibo ingerito, il focus dell'Ortoressia è invece sulla qualità dei cibi che si scelgono di ingerire. Ciò ha rivestito notevole importanza ai fini prognostici, in quanto, molto spesso, coloro che presentano le caratteristiche ortoressiche presentano una prognosi peggiore e possono presentare un'evoluzione verso lo spettro psicotico (Koven N.S., Abry A.W., 2015). Infine, è importante porre in evidenza che è stato possibile giungere a questi risultati grazie all'utilizzo di un approccio integrato, in cui alla psicoterapia cognitivo-comportamentale è stato affiancato il continuo monitoraggio del trattamento farmacologico in atto e la consulenza nutrizionale.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi menta-*

- li – Quinta Edizione (DSM-5). Edizione italiana a cura di Massimo Biondi, Raffaello Cortina Editore.
- Barnes Marta A., Caltabiano Marie L. (2016). *The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style*. Eating and Weight Disorder.
 - Beck J. S., (2002). *Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Mediserve Editore.
 - Bratman S. (1997). *Health Food Junkie*. Yoga Journal. September/October. 42-50.
 - Bratman S., Knight D. (2000). *Health food junkies*. New York: Broadway Books.
 - Brytek-Matera A. (2012). *Orthorexia nervosa – An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit?* Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 4(1), 55-60.
 - Brytek-Matera A., Rogoza R., Gramaglia C., Zeppegno P. (2015). *Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study*. BioMed Central Psychiatry, 12, 252.
 - Catalina Zamora M.L., Bote Bonaachea B., García Sanchez F., Rios Rial B. (2005). *Ortorexia nervosa. Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria?* Actas Espanolas de Psiquiatria, 33 (1): 66-8.
 - Chaki B., Pal S., Bandyopadhyay A. (2013). *Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder*. Journal of Human Sports and Exercise, 88 (4), pp. 1045-1053.
 - Dell'Osso L., Abelli M., Carpita B., Massimetti G., Pini S., Rivetti L., Gorrasi F., Tognetti R., Ricca V., Carmassi C. (2016). *Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population*. Rivista di Psichiatria, 51 (5), 190-196.
 - Donini L.M., Marsili D., Graziani M.P., Imbriale M., Cannella C. (2004). *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*. Eating and Weight Disorder, 9, 151-157.
 - Donini L.M., Marsili D., Graziani M.P., Imbriale M., Cannella C. (June 2005). *Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire*. Eating and Weight Disorder, vol. 10, e28-e32.
 - Fairburn C. G., (2010). *La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Edizione italiana a cura di Carrozza A. e Dalle Grave R. Eclipsi Editore.
 - Galeazzi A., Meazzini P. (2004). *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Giunti Editore.
 - Garner D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory – 3*. Adattamento italiano di Giannini M., Pannocchia L., Dalle Grave R., Muratori F., Viglione V. Giunti O.S. – Firenze.
 - Håman L., Barker-Ruchti N., Patriksson G., Lindgren E.C., (14 Aug 2015). *Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome*. International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being 10: 10,3402/qhw. v10,26799.
 - Hathaway S.R., McKinley J.C. (1995). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2*. Adattamento italiano di Pancheri Paolo e Sirigatti Saulo.
 - Hawton K., Salkovskis P. M., Kirk J., Clark D. M. (2016). *Manuale di terapia cognitivo-comportamentale. Aspetti teorici-pratici in psichiatria*. Giovanni Fioriti Editore.
 - Head R., Hanchob A., McCracken P., Jablome H., Dover B. (2015). *Orthorexia Nervosa: An Emerging Eating Disorder with Deep Psychological Origins*. Journal of Psychology and Clinical Psychiatry, vol. 3 Issue 1.
 - Koven N.S., Abry A.W. (18 Feb 2015). *The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives*. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11: 385-94.
 - La Mela C. (2016). *I protocolli clinici della terapia cognitivo-comportamentale*. Maddali e Bruni Editore.
 - Liotti G., Monticelli F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore.
 - Lorenzini R., Sassaroli S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
 - Varga M., Dukay-Szabò S., Türy F., Van Furth Eric F. (2013). *Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa*. Eating and Weight Disorder 18(2): 103-111.

NEUROPSICOLOGIA DELLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

DIMENSIONI PSICOLOGICO-EMOTIVO- COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Maria Mottolese
Specialista in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale ed
Esperto in Neuropsicologia e
Neuroscienze Cliniche

RIASSUNTO

La Sclerosi Laterale Amiotrofica è un grave disturbo neurodegenerativo progressivo che coinvolge soprattutto i motoneuroni della corteccia cerebrale, del tronco cerebrale e del midollo spinale. La SLA è caratterizzata dalla progressiva paralisi muscolare dovuta alla perdita dei motoneuroni corticali (I motoneurone) e dei motoneuroni spinali (II motoneurone). La terminologia indica la sclerosi per l'atrofia gliotica, laterale in quanto implica i cordoni laterali del midollo spinale, amiotrofica per la progressiva riduzione della massa muscolare.

I pazienti devono imparare a fronteggiare il declino progressivo della abilità motorie, potenzialmente con gravi conseguenze sulla propria qualità della vita, anche i familiari sono chiamati a prendersi carico del paziente, e non è infrequente che vi sia una persona della famiglia che si assume il compito esclusivo di prendersi cura del parente malato. Anche la qualità di vita dei caregivers rischia un possibile declino sia per il rapporto di dipendenza che si crea sia per la prossimità alla sofferenza fisica di una persona cara.

La qualità della vita in pazienti con disturbi neurodegenerativi dipende da diversi fattori non limitati agli aspetti fisico-motori, sono fondamentali gli aspetti psicologici ed esistenziali, elementi relazionali e di supporto emotivo.

PAROLE CHIAVE

SLA Sclerosi Laterale Amiotrofica, valutazione neuropsicologica, demenza fronto-temporale, qualità di vita, accettazione diagnostica.

FINALITÀ DELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA IN SOGGETTI AFFETTI DA SLA

Le funzioni cognitive sono attività mentali coinvolte nell'acquisizione, immagazzinamento, recupero ed utilizzo delle informazioni, che richiede l'integrazione di processi mentali comprendenti percezione, memoria, immaginazione, linguaggio, capacità di ragionamento, di risoluzione dei problemi e di *decision making*. La lesione di una determinata area può causare uno specifico disturbo alterando il funzionamento del circuito di cui fa parte. Le variabili che influenzano l'espressione del danno cerebrale sono le caratteristiche della lesione come la sede, la natura della lesione, la presenza di altre lesioni attuali o pregresse; ed il tempo ossia la modalità di insorgenza e il tempo di osservazione; la specializzazione emisferica e la variabilità anatomica; le caratteristiche del paziente quali età, sesso, stato pre-morboso, eventuale uso di sostanze psicoattive, variabili socio-culturali. Esiste un possibile ruolo di compenso di altre aree cerebrali vicarianti attraverso

due possibili modalità; un processo uguale seppur ridotto nell'efficienza, oppure un processo diverso ma con risultati simili.

La Neuropsicologia permette una maggiore accuratezza nel differenziare la normalità di un invecchiamento fisiologico dalla patologia, individuare i profili neuropsicologici attraverso l'uso di test specifici per le singole funzioni cognitive tenendo conto della doppia dissociazione e della multicomponenzialità delle singole funzioni. La valutazione neuropsicologica è un processo diagnostico costituito da una serie di step mirati alla comprensione e misurazione del funzionamento cognitivo di una persona; consiste nella raccolta d'informazioni soggettive fornite sia dal paziente sia dai familiari e da informazioni oggettive ottenute da un'osservazione comportamentale sistematica e dalla somministrazione guidata di una batteria specialistica di test neuropsicologici per accertare lo stato mentale generale e l'efficienza delle singole funzioni mentali superiori. I dati che si ottengono dalla somministrazione dei test neuropsicologici devono sempre essere integrati e interpretati alla luce dell'ambiente socio-culturale del paziente, delle sue condizioni di vita attuali, dell'anamnesi remota e attuale e dell'ambiente in cui avviene la valutazione stessa.

La valutazione neuropsicologica, pertanto, consiste nello stendere un profilo neuropsicologico attraverso la diagnosi differenziale; dare indicazioni riguardanti la gestione e assistenza del paziente; progettare un intervento riabilitativo e valutarne l'efficacia. Si cercano di individuare le funzioni cognitive risparmiate o colpite dalla lesione cerebrale per determinarne il profilo, si forniscono elementi utili a diagnosticare una determinata patologia contribuendo alla diagnosi precoce di alcune malattie neurologiche che in certi casi non sono documentabili da referti di *neuroimaging*. Guidare la gestione quotidiana del paziente consiste nel valutare se sia in grado di vivere autonomamente, usare apparecchi ed elettrodomestici, guidare o usufruire dei mezzi di trasporto, svolgere attività di studio o lavoro, gestire le proprie attività finanziarie. Una volta ottenuto il profilo neuropsicologico

del paziente, sulla base dei deficit riscontrati e delle abilità residue, si deve progettare un percorso di neuroriabilitativo individualizzato e programmare periodici follow-up atti a valutare l'andamento terapeutico multidisciplinare.

NEUROFISIOLOGIA E NEUROPSICOLOGIA DELLA SLA

Sebbene sia ancora da definire il substrato patologico di compromissione cognitiva, è stata suggerita la presenza di inclusioni intraneuronali ubiquitina-immunoreattive (Ub +) nelle regioni corticali per costituire un marcatore patologico di questo processo. In uno studio sono state confrontate le caratteristiche neuropatologiche di quattro pazienti cognitivamente compromessi con SLA, quattro pazienti cognitivamente intatti con SLA e quattro pazienti neurologicamente normali. I risultati indicano che sebbene le inclusioni intraneuronali Ub + e le neurite distrofiche siano osservate in entrambe le sottopopolazioni SLA, la presenza di compromissione cognitiva è stata associata ad una maggiore distribuzione e carico di entrambe le caratteristiche neuropatologiche, suggerendo un continuum della malattia. Inoltre, la disfunzione cognitiva è stata uniformemente associata a spongiosi lineari superficiali, una caratteristica patologica comune a diverse forme di demenza frontotemporale (Wilson C.M. et al., 2001).

La SLA detta anche *Malattia di Charcot* è una malattia neurodegenerativa a decorso lentamente progressivo. Nell'ambito dei deficit che possono manifestarsi, in modo differenziato, nella malattia del motoneurone, quelli cognitivi hanno per lungo tempo ricevuto scarsa attenzione. Gli studi neuropsicologici condotti negli ultimi quindici anni hanno rivelato che un deterioramento delle attività corticali (e sottocorticali) extra-motorie può presentarsi nei pazienti con malattia del motoneurone dando origine o ad un rapido quadro di tipo dementigeno, per lo più ad impronta frontale; o ad un lieve declino della capacità cognitiva che sembra incidere soprattutto sulle abilità frontali-esecutive.

La SLA influisce in modo predominante sui neuroni motori; il controllo dei muscoli oculari è la funzione

più conservata, benché alcuni pazienti con una durata estremamente lunga di malattia possono perdere anche il controllo degli occhi.

Sebbene la degenerazione prevalentemente colpisce il sistema motorio, i sintomi cognitivi e comportamentali sono stati descritti per oltre un secolo e ci sono prove che la SLA e la demenza frontotemporale si sovrappongono clinicamente, radiologicamente, patologicamente e geneticamente; il declino cognitivo è caratterizzato principalmente da cambiamenti di personalità, irritabilità, ossessioni, scarsa visione e deficit di pervasività nei test esecutivi frontali (Phukan J. et al., 2007).

Sul piano neuropsicologico, va segnalato che una percentuale di pazienti va incontro allo sviluppo della demenza fronto-temporale (FTD), complicata da profondi cambiamenti di personalità; seppur tale sintomatologia appare essere più comune tra i pazienti con una storia familiare di demenza. Una percentuale maggiore di pazienti sperimenta problemi con la generazione di parole, con l'attenzione o con i processi decisionali; e la quasi totalità dei pazienti nella fase terminale della malattia mostra un ritiro involutivo molto marcato e segni di progressivo deterioramento cognitivo. Tale fenomeno è molto più evidente nei pazienti che non hanno potuto, o voluto, servirsi di "protesi comunicative"; non è, infatti, chiaro se i disturbi della sfera cognitiva ed emotiva associata alla SLA siano a carattere primario o secondario. Diversi ricercatori hanno, infatti, proposto che tale sintomatologia possa derivare dal profondo isolamento sensoriale e sociale al quale sono costretti i soggetti, o essere conseguenza dell'insufficienza respiratoria e dunque dello stato di scarsa ossigenazione del cervello. È stata sostenuta su base differenziale istologica la possibilità che l'insorgere di demenza nella SLA presenti un *continuum* clinico-patologico di una entità a sé stante, piuttosto che l'associazione casuale tra diverse forme neurodegenerative. Il quadro clinico caratteristico è aderente ai criteri di degenerazione fronto-temporale con sintomi eterogenei di presentazione quali depressione, apatia, euforia, disinibizione, irritabilità, disturbi della condotta sociale, difficoltà

di critica e giudizio e disordini in un largo spettro di test frontali-esecutivi.

L'Afasia Progressiva Primaria (APP) ha un profilo neuropsicologico di deterioramento a partenza delle aree perisilviane fronto-temporali dell'emisfero dominante; nella APP si possono distinguere i seguenti profili: forma non fluente logopenica anomica, afemia lentamente ingravescente, forma non fluente con agrammatismo, forma fluente anomica, forma fluente con deficit di comprensione verbale, forma fluente con deficit di comprensione verbale semantica e di riconoscimento visivo.

L'APP nel suo decorso si può associare ai deficit cognitivo-comportamentali propri della demenza fronto-temporale quando il processo degenerativo si estende dalle aree del linguaggio alle circostanti regioni frontali e/o temporali. L'APP comunemente inizia con una difficoltà a trovare le parole o con anomalie e progredisce in una afasia non fluente. Unici sintomi non afasici associati possono essere una acalculia e una aprassia ideomotoria. Il disturbo del linguaggio può interferire sulla memorizzazione verbale diminuendo il rendimento mnemonico del paziente nei test di memoria verbale.

L'Afasia non fluente progressiva ha come caratteristiche diagnostiche (Neary D. et al., 2005) insorgenza insidiosa e progressione graduale con eloquio spontaneo non fluente con almeno uno dei seguenti disordini: agrammatismo, parafasie fonemiche, anomia. Tra le caratteristiche diagnostiche di supporto si riscontrano: eloquio e linguaggio (aprassia orale, ripetizione compromessa, alessia e/o agrafia, all'inizio è preservato il significato delle parole, mutismo), comportamento (all'inizio preservate le abilità sociali, eventuale sviluppo in fase avanzata di anomalie comportamentali simili a quelle della demenza fronto-temporale), segni neurologici (acinesia, rigidità, tremore); specificità Neuropsicologiche: assenza di gravi deficit di memoria e di percezione visuo-spaziale, è associata ad atrofia delle aree perisilviane anteriori di sinistra (Grossi D. e Trojano L., 2005).

La Demenza Semantica è una particolare forma di APP fluente riflette un interessamento bilaterale delle regioni temporali anteriori oppure se prevalente a sinistra costituisce la variante temporale sinistra della DFT. I pazienti con demenza semantica hanno una memoria episodica relativamente conservata con una compromissione selettiva della comprensione semantica. I criteri diagnostici della demenza semantica sono (Neary D. et al., 2005): insorgenza insidiosa e progressione graduale, disordini del linguaggio caratterizzati da eloquio spontaneo fluente e perdita del significato delle parole (anomie, comprensione deficitaria), disordini percettivi quali prosopagnosia e agnosia associativa (deficit nel riconoscimento dell'identità degli oggetti), preservato disegno su copia, matching visivo, preservata la ripetizione di parole, preservate le abilità di leggere a voce alta, e di scrivere sotto dettatura parole ortograficamente regolari. Specificità Neuropsicologiche della demenza semantica sono la compromissione del magazzino semantico, conservata fonologia, sintassi e processi percettivi elementari, abilità spaziali e memoria di eventi autobiografici. Dal punto di vista neuropsicologico, particolare interesse ha destato un sottotipo clinico caratterizzato dall'iniziale presenza di un'afasia non

fluente con agrammatismo e un danno selettivo nell'elaborazione dei verbi, i classici segni di MND (*motor neuron disease*) emergevano diversi mesi dopo la comparsa dei sintomi afasici e dei tratti cognitivo-comportamentali ad impronta frontale; tale forma è stata definita **Motor Neuron Disease Dementia-Aphasia Sindrome**.

In definitiva, i deficit neurocognitivi più frequenti nella SLA sono connessi all'involuzione del lobo fronto-temporale, tra cui difficoltà nell'attenzione sostenuta, riduzione del giudizio e della critica, deficit mnesici, deficit di fluenza verbale.

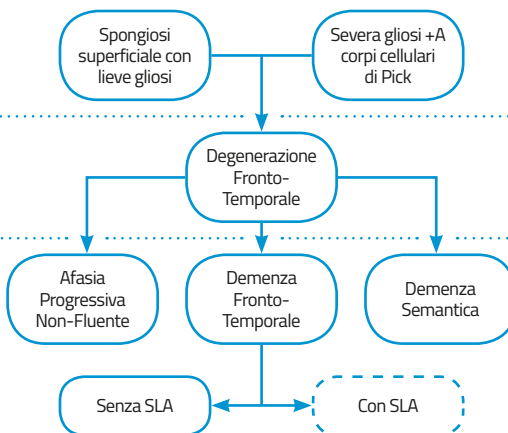
L'attenzione è la capacità di mantenere gli stimoli importanti nel campo della coscienza ed al tempo stesso di escludere le percezioni, i pensieri ed i sentimenti irrilevanti; è una complessa funzione cognitivo-comportamentale caratterizzata da una varietà di componenti psicologiche che comprendono l'orientamento, l'esplorazione, la concentrazione, la selettività e la vigilanza. L'attenzione è multicomponentiale, ossia è costituita da una componente intensiva e da una selettiva. L'attenzione sostenuta, o vigilanza, fa parte della componente intensiva e consta nella capacità volontaria di mantenere un livello di responsività adeguato in compiti monotoni e per periodi prolungati. I deficit mnesici sono disturbi della memoria, ossia la

capacità di immagazzinare le informazioni alle quali attingere quando necessario. I deficit di fluenza verbale fanno parte sia delle funzioni esecutive sia del linguaggio e sono disturbi di fluidità verbale e di capacità di astrazione. La progressione dei cambiamenti cognitivi nel tempo può dipendere dalla progressione della malattia, da caratteristiche proprie dell'individuo o dall'evoluzione che ha caratterizzato queste abilità nell'infanzia del paziente. Un'altra caratteristica sintomatologica può essere l'incapacità inibitoria di un'emotività inadeguata:

ISTOLOGIA

ANATOMIA

SINDROME CLINICA



Modello rivisitato dell'inquadramento della atrofie fronto-temporali classificati da Lund e Manchester



NOSOGRAFIA	CARATTERISTICHE NEUROPSICOLOGICHE
ABULIA	Consiste in un declino della motivazione essenziale all'esecuzione di attività quotidiane in un declino dell'interesse con riduzione del tempo trascorso in attività in precedenza ritenute piacevoli.
ANOSODIAFORIA	Caratterizzata da indifferenza o mancanza di preoccupazione per la condizione medica nonostante la relativa conservazione dell'insight.
MORIA	Umore eccitato ed euforico, incremento del livello di attività, del ritmo dell'eloquio, grandiosità delirante, coinvolgimento in attività imprudenti o rischiose, fuga delle idee.
DISINIBIZIONE DEGLI IMPULSI	Si manifesta con esplosioni d'irritazione, aggressività o rabbia senza alcuna provocazione; furto di oggetti; spogliarsi, avere comportamenti sessualmente esibizionistici, espletare funzioni corporali personali in luogo pubblico o in presenza di persone con cui non si è in intima relazione; esternare commenti inappropriati caustici o a sfondo sessuale.
CONFABULAZIONE	Riferire eventi inventati oppure riferire eventi al di fuori di un reale sistema temporale così come distorcere gli eventi riferiti.
REDUPLICAZIONE	Caratterizzata dalla convinzione erronea che l'attuale ambiente circostante sia situato in un luogo diverso da quello dove si trova effettivamente; dalla convinzione che le persone si siano scambiate l'identità personale o l'aspetto fisico; dalla convinzione che le persone familiari siano state sostituite da impostori rassomiglianti o identici; dalla convinzione di riconoscere una persona familiare in qualcuno che non ha alcuna somiglianza fisica.
ANOSOGNOSIA	Inconsapevolezza di una malattia manifesta, negazione della malattia anche dopo che sia stata dimostrata con invenzione di scuse per spiegare la malattia.
SOMATOPARAFRENIA	Negazione di una parte del corpo attribuendola a qualcun altro con riferita debolezza della parte non riconosciuta come propria e talvolta emineglect.

In un importante studio prospettico atto ad indagare i core-deficit Cognitive Impairment nella SLA, è stata dimostrata una compromissione lieve della produzione di parola, mentre vi era una maggiore disfunzione in memoria di lavoro, soluzione dei problemi, flessibilità cognitiva, percezione visiva e memoria di riconoscimento per parole e volti. I pazienti con SLA e deficit cognitivo se aventi contingentemente una perdita neuronale nel giro cingolato anteriore hanno successivamente sviluppato una disfunzione neuropsicologica più profonda seppur le capacità linguistiche e linguistiche rimangono relativamente preservate nonostante le anomalie (Strong M.J. et al., 1999). Nella fase finale della SLA il soggetto è tipicamente colpito da tetraparesi associata a un

grave deficit di fonazione e ha bisogno di ventilazione assistita invasiva, nutrizione enterale artificiale e/o mista e monitoraggio continuo dei parametri vitali, è spesso costretto a un completo isolamento fisico, sensoriale e sociale. Sul piano psicologico tali condizioni spesso si traducono in una grave frattura a livello dell'io, e ad una progressiva e più o meno profonda disgregazione del concetto stesso di identità personale.

Invariabilmente, una tale condizione comporta lo sviluppo d'importanti sindromi ansiose e depressive in chi ne è colpito, oltre ad un progressivo deterioramento cognitivo. Sono talvolta presenti vissuti persecutori e ideazione paranoide, frutto della disgregazione e caduta dei più basilari sistemi di comunicazione.

NEUROBIOLOGIA E NEURORIABILITAZIONE COGNITIVO-PSICOLOGICA

La plasticità cerebrale non è osservabile solo nel caso di lesioni che avvengono nelle fasi di sviluppo cerebrale, ma anche in individui adulti. Numerose ricerche sperimentali documentano la possibilità di osservare riorganizzazioni corticali in seguito a soppressioni di input sensoriali instauratisi durante l'età adulta ed anche successivamente a distruzioni corticali. I meccanismi responsabili sono la disinibizione di input normalmente soppressi, il potenziamento di input inefficaci e la crescita di ramificazioni dentritiche e assonali. Importante è il contesto ambientale nel guidare i processi di riorganizzazione funzionale del cervello, in quanto i cambiamenti strutturali che si verificano in presenza di una lesione cerebrale iniziano e si definiscono a condizione che l'ambiente fornisca un'adeguata e specifica stimolazione volta a compensare i deficit sensoriali, motori o cognitivi indotti alla lesione stessa. In presenza di una lesione corticale si osserva una riorganizzazione delle rappresentazioni corticali nelle aree risparmiate e ad esse funzionalmente connesse. È possibile osservare una riorganizzazione strutturale, accompagnata da mutamenti prestazionali nella corteccia sensoriale e motoria di adulti; nella maggior parte dei casi questi cambiamenti necessitano di un tempo lungo per consolidarsi; i cambiamenti strutturali si verificano al livello delle connessioni intracorticali all'interno delle aree funzionali collegate a quelle lese. L'apprendimento indica cambiamenti funzionali e strutturali nel sistema nervoso. Le modificazioni sinaptiche indotte dall'apprendimento sono dimostrate da un ampliamento delle aree di rappresentazione nervosa riguardanti elettivamente strutture coinvolte nell'apprendimento di un determinato compito. Di grande rilievo funzionale è la reversibilità dei cambiamenti che supporta ulteriormente l'elevata dinamicità di connessione del cervello anche in età adulta in relazione ai mutamenti dinamici delle rappresentazioni cerebrali legate all'apprendimento di specifici compiti e l'accrescimento di aree corticali mappanti i distretti corporei coinvolti nel compito.

ASPETTI PSICOSOCIALI DEL PAZIENTE CON SLA

Calman descrive la qualità della vita (QoL) nei termini di una corrispondenza tra le speranze e le aspettative di un individuo e la realtà attuale (Calman KC., 1984). Per le malattie del motoneurone (Motor Neuron Disease - MND), dove non c'è trattamento curativo, il fulcro dell'assistenza deve essere il mantenimento ed il miglioramento della qualità di vita. Gli aspetti fisici di MND purtroppo ancora oggi, nonostante la divulgazione dell'importanza dell'approccio bio-psico-sociale e della multidisciplinarietà integrata, non ricevono spesso adeguata attenzione sia dalle ricerche che da un punto di vista sanitario. Determinanti della QoL in MND sono gli aspetti psicosociali piuttosto che gli aspetti fisici, in particolare la disabilità fisica (Clarke S. e al., 2001).

Esiste una correlazione tra QoL e i fattori psicologici, infatti essi, più che le disabilità fisiche, contribuiscono profondamente alla qualità della vita. Questi studi sottolineano quanto gli aspetti psicosociali della cura siano importanti, serve più del semplicemente assistere allo stato fisico di una persona per mantenere un'adeguata QoL (Simmons Z. et al., 2000, 2006).

Secondo Worthington gli aspetti psicologici della malattia MND rimangono poco studiati e spesso gli viene erroneamente attribuita un'importanza secondaria. Inoltre, l'adattamento psicologico sembra essere un importante fattore prognostico per MND. Tempi di sopravvivenza più brevi e più alti tassi di mortalità sono stati riportati in pazienti con livelli elevati di impotenza, depressione e ansia anche dopo aver controllato l'età, la gravità della malattia e il tempo trascorso dal momento della diagnosi (Worthington A., 1986).

Vi è un reciproco rapporto tra sostegno sociale e depressione; il modello anti-stress spiega come lo stress associato ad una malattia cronica o terminale può essere significativamente moderato da un buon supporto sociale (Lazarus R.S. et al., 1993); purtroppo, la vita di molti pazienti MND è significativamente limitata per quanto concerne l'interazione sociale. Sorprendentemente, alcuni pazienti descrivono la loro forma più stabile di interazione sociale come la visita del medico o in

clinica. Questo fenomeno è stato descritto come 'disabilità sociale', accentuata a volte dal rifiuto e dall'abbandono dai suoi cari.

Il sostegno sociale è un fattore di protezione contro la depressione; ed è fortemente associato con QoL ed inversamente correlato al desiderio di affrettare la morte. La perdita o difficoltà della comunicazione e della mobilità sono esempi delle limitazioni di socializzazione che la MND impone. Una diagnosi di MND minaccia la speranza, la riscrittura dei piani della vita, dei sogni e delle aspettative. Gli individui non hanno un rimedio, una cura che gli consenta una completa guarigione e sono lasciati impotenti sapendo che non c'è nulla che possa esser fatto per cambiare il loro destino. La disperazione è associata alla solitudine e alle credenze irrazionali, una percezione di perdita di controllo e di scopi nella vita; mentre la funzione fisica non è un predittore significativo di disperazione (Plahuta JM., 2002). La disperazione, inoltre, è un forte predittore di ideazione suicidaria e di intenti suicidari.

I progressi tecnologici hanno creato l'opportunità di continuare a vivere anche dopo l'insufficienza respiratoria; purtroppo però, seppur la ventilazione artificiale possa prolungare la sopravvivenza, il processo degenerativo della malattia continua incessantemente. Ricevere una diagnosi di SLA è un evento traumatico, in quanto l'impatto emotivo e l'attivazione di una serie di strategie di fronteggiamento che permettono una riorganizzazione dello schema di sé e l'integrazione di nuovi aspetti nella propria vita sono difficili nel caso di patologie croniche infauste che non lascino la possibilità di guarigione. Oltre al trauma relativo all'impossibilità di guarigione, si associano le disabilità che si manifestano riducendo le autonomie. L'attivazione di meccanismi difensivi, quali la negazione e l'isolamento, consente di ridurre l'impatto emotivo della SLA; pertanto i ricercatori attualmente dirigono le ricerche in tre differenti direzioni; una prima consiste nell'elaborazione di strumenti sensibili a discriminare gli aspetti della depressione e dell'ansia che attengano meno agli aspetti somatico-vegetativi sovrapponibili ai sintomi della malattia inficiandone

i risultati, ma che si focalizzino sui fattori psicologici, di elaborazione cognitiva ed emotivo-affettiva.

La seconda direzione di studi punta a individuare i domini della QoL che compongano un più ampio concetto di benessere psicologico o esistenziale e dell'elaborazione di strumenti in grado di misurarla anche quando sono irrimediabilmente compromesse le funzioni comunicative verbali.

Infine, la terza direzione consta nell'elaborazione di disegni di ricerca alternativi che si concentrino su aspetti non presi sufficientemente in considerazione come la rappresentazione della malattia e il processo di adattamento ad essa.

Il primo impatto con la malattia si accompagna generalmente nel paziente a vissuti di angoscia, paura, rabbia, tristezza e senso d'isolamento, benché le reazioni affettive possano spesso essere differenti da una persona all'altra. In fase iniziale si possono individuare due atteggiamenti opposti, da una parte può prevalere un atteggiamento di rifiuto, incredulità o distanza rispetto a ciò che sta accadendo, come se non fosse vero; all'opposto, altri soggetti tendono a calarsi completamente in questa realtà fino al punto di anticipare vissuti e reazioni emozionali legati alle limitazioni future e all'evoluzione della malattia.

La SLA si accompagna a un'inevitabile sofferenza



Le 5 fasi dell'elaborazione del lutto della E.K. Ross:

psicologica dovuta alla perdita graduale delle proprie capacità motorie, della propria autonomia e indipendenza. Sempre, quando si perde qualcosa e qualcuno per noi importante, si scatena una reazione emozionale di tipo depressivo chiamata "lutto". Quali che siano le modalità d'acquisizione delle informazioni e l'elaborazione conoscitiva ed emozionale delle stesse, i malati e i loro familiari normalmente si confrontano con risposte emozionali e comportamentali che passano attraverso un percorso caratterizzato da cinque stadi individuati da E.K. Ross (1984). La prima fase consta nella negazione della realtà e nell'isolamento, si tratta di un meccanismo di difesa temporaneo che consente al paziente di attenuare l'intensa fase iniziale del dolore; poi passa alla seconda fase in cui esperisce rabbia, quando gli effetti mascheranti della negazione della realtà e dell'isolamento cominciano a svanire, la realtà ed il relativo dolore riappaiono esprimendosi con la rabbia. La terza fase è caratterizzata dalle auto-recriminazioni, è la fase della contrattazione, in cui il soggetto si autorecrimina circa le azioni che si sarebbero potute compiere per evitare o ritardare il lutto (ad esempio *"se mi fossi rivolto prima al medico prima..."*). La quarta fase è caratterizzata da un forte stato depressivo; in realtà due tipologie di depressione sono associati al dolore che provoca un lutto, una depressione più profonda ed una più legata agli aspetti pratici che il lutto può comportare. Le manifestazioni più tipiche sono umore depresso, sentimenti di tristezza, inappetenza, crisi di pianto, agitazione e scarsa concentrazione. La quinta ed ultima fase dell'elaborazione del lutto consta nell'accettazione, i sintomi depressivi regrediscono ed il paziente tenta di riconquistare un nuovo equilibrio.

Queste fasi possono manifestarsi con tempi e sequenze diverse in base alle caratteristiche della persona. Vi sono poi periodi in cui prevale una specifica risposta emozionale con tempi che variano da settimane a mesi. Tali reazioni, anche se in forma, intensità e durata variabili, si possono riscontrare nelle diverse fasi evolutive della malattia, in quanto normali conseguenze della perdita. Rifiutare passivamente la malattia significa in ultima

analisi darle più spazio, più forza e potere rispetto a quello che già possiede, significa cioè permetterle di prendere il sopravvento anche dove sono presenti potenzialità (abilità cognitive, relazionali ed emotive) portando a una sofferenza crescente e insopportabile e influenzando negativamente l'andamento stesso della malattia.

Prendere atto e confrontarsi con difficoltà e limitazioni comporta sempre inevitabili disagi emozionali e spesso per molto tempo la persona malata e i suoi familiari si dibattono tra domande continue ed estenuanti che si ripetono: *"Com'è possibile che tutto questo stia capitando a me?"*, *"Perché proprio questa malattia di cui non si conoscono cause né cure almeno per bloccarla?"*.

Vivere con la malattia significa vivere con le limitazioni e adattarsi ad essa; per ottenere questo è però necessario accettare gli ausili e le terapie che permettono e migliorano l'adattamento all'ambiente circostante e alla vita di relazione. L'accettazione può essere passiva quando domina la rassegnazione, quando ci si sente completamente sconfitti e si rinuncia a reagire. Invece, l'accettazione attiva è quella di coloro che, pur riconoscendo la presenza della malattia, rifiutano di sentirsi malati e si impegnano cercando di mantenere il più possibile il proprio stile di vita permettendo un buon adattamento alle proposte di aiuto, volte a una migliore qualità della vita quotidiana, e rinforza al massimo le capacità disponibili di ognuno per quello che è possibile.

Le condizioni esistenziali e psicologiche caratterizzanti la persona affetta da SLA sono:

- IMPOTENZA come ritorno a una condizione prima fantasticata poi reale di *"essere nelle mani di"*;
- LUTTO E PERDITA;
- FAME DI RELAZIONI (per isolamento relazionale ma anche e soprattutto come conseguenza dell'impotenza): contatto emotivo;
- PERDITA DELLA DIMENSIONE DEL FUTURO quale fonte di investimenti, progettualità e speranza;
- EGOISMO con un investimento in se stessi per sopravvivere psicologicamente, condizione di emergenza psichica.



La persona affetta da SLA non ha un futuro come lo intendiamo comunemente, ma può investire sul presente e sul futuro a breve termine. Un soggetto ammalato può adottare, in modo più o meno consapevole, diverse modalità di coping, ossia strategie di fronteggiamento di eventi o situazioni stressanti. In base allo stile di coping del paziente è possibile trovare la modalità più adeguata per comunicare diagnosi ed eventuale prognosi (Lazarus R.S., 1993). Colui che cerca di reagire positivamente e in modo costruttivo alla malattia ha un atteggiamento combattivo e ha fiducia nelle proprie capacità di sconfiggere la malattia; al contrario, c'è chi adopera un atteggiamento fatalistico in cui vi è passività nei confronti della malattia. Colui, invece, che assume un atteggiamento di distacco nei confronti della sua condizione tende a negare, evitare e minimizzare l'entità della malattia. Inoltre ci sono pazienti che hanno un atteggiamento di disperazione e sono spesso accompagnati da vissuti depressivi e mancata aderenza alle terapie; infine, ci sono coloro con un atteggiamento di preoccupazione ansiosa che si ripercuote significativamente sulla propria qualità della vita.

COME FARE AD AFFRONTARE LA SLA?

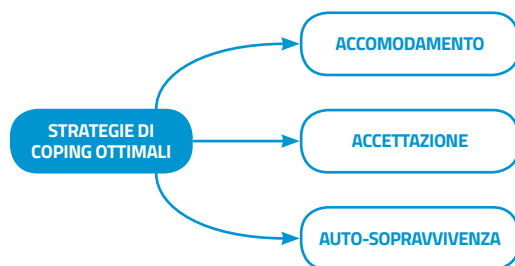
Al momento della diagnosi di SLA l'ansia può sopraffare il soggetto, addirittura alcuni pazienti

riferiscono che non ricordano proprio quel momento, oppure che hanno vissuto il momento diagnostico come se fossero osservatori esterni. Il momento diagnostico è un vero e proprio shock che può perdurare anche per giorni ed esperire anche sentimenti depressivi con una sensazione generale di tristezza ed impotenza; sentire come se la vita fosse improvvisamente finita, niente in quei momenti ha importanza.

Tra le strategie di coping ottimali utili nell'affrontare la SLA ci sono l'accomodazione, l'accettazione e l'auto-sopravvivenza.

L'accomodazione è il processo di regolazione e di adattamento al cambiamento, implica essere proattivi e praticare un'auto-difesa, trasformando in tal modo la domanda "Perché io?" in " Che cosa posso fare?"

Per quanto riguarda l'**accettazione** ha necessità di un tempo variabile da persona a persona, per alcuni può essere mesi, mentre per altri può non accadere mai. Quando la propria vita è in gioco si farà tutto il possibile per salvarla; l'**auto-sopravvivenza** è la forza più potente degli esseri umani.



È necessario tenere in debita considerazione anche lo stile di coping della famiglia del paziente; poiché come il coping del soggetto ammalato si ripercuote sul proprio nucleo familiare, così quello dei familiari ha effetti diretti ed indiretti sul paziente. La medicina focalizzata sulla persona integra la dimensione biologica con la sfera psicologica e sociale del malato; essa aggiunge alla necessità di individuare la malattia organica anche il bisogno di confrontarsi con il significato soggettivo che la malattia assume per il soggetto che soffre.

ASSUNZIONE DEL RUOLO DI CAREGIVER INFORMALE

Solitamente si utilizza l'espressione caregiver informali per riferirsi ai familiari accidentati distinguendoli dai cosiddetti caregiver formali che hanno seguito un percorso di studi attinenti all'area medico-assistenziale.

I caregiver informali sono per lo più familiari che forniscono assistenza a persone con difficoltà cognitive, fisiche ed emotive senza essere pagati e che dedicano molte ore al giorno all'assistenza diretta con attività che comprendono le cure igieniche, l'alimentazione e la somministrazione della terapia farmacologica.

Il caregiver rappresenta l'altro soggetto colpito dalla malattia; è necessario prendersi cura del caregiver in quanto esso influenza l'accettazione della malattia da parte del paziente e l'aderenza del paziente alle prescrizioni; influenza lo stato emozionale del paziente e quindi le sue reazioni psicologiche e comportamentali; si sente spesso inadeguato e iper-responsabilizzato.

Il caregiver burden è il grado in cui la salute fisica e psichica, la vita sociale e lo status economico del caregiver entrano in uno stato di sofferenza a causa dell'attività di prendersi cura. Tra gli strumenti a disposizione è il *Caregiver Burden Inventory* di Novak e Guest (1989) è uno dei più utilizzati, è formato da 5 sottoscale che contempla variabili in ottica biopsicosociale.

È fondamentale approcciarsi alla coppia paziente con SLA e caregiver non come entità unica, ma tenere in considerazione sempre l'individualità di ciascuno, ognuno con i propri bisogni e le proprie richieste di informazioni che possono anche essere diversificate.

La SLA impone all'intera famiglia una riorganizzazione a seguito del cambiamento e della redistribuzione dei ruoli per vicariare le funzioni del paziente non più sostenibili. I caregiver si trovano necessariamente ad affrontare le tematiche della perdita e del lutto, oltre alla riorganizzazione della quotidianità si presenta spesso in loro il senso di colpa quando lasciano il paziente da solo e il distress dovuto al desiderio

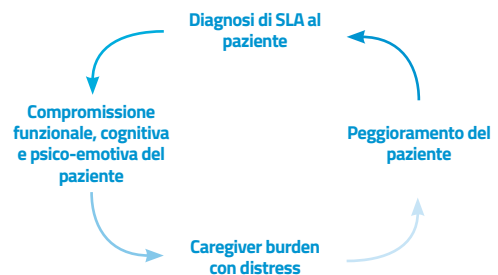
ambivalente di poter fare di più per il proprio caro e alla frustrazione e al senso di impotenza di fronte ai propri limiti (Rabkin J.L. et al., 2000, 2009).

Il caregiver assume il ruolo di mediatore con l'avanzare delle disabilità del paziente, deve relazionarsi con gli operatori socio-sanitari e con le istituzioni pubbliche e private deputate all'erogazione dei servizi assistenziali.

DISTRESS DEL CAREGIVER INFORMALE

Lo stress è una reazione dell'organismo agli stimoli ambientali, esterni o interni, che determina l'attivazione di segnali di difesa e di adattamento corporeo a una nuova situazione. È una sindrome generale di adattamento; è un meccanismo psicosomatico con cui gli individui reagiscono agli stressor, in altre parole che portano a una reazione stressante (Seyle H., 1976). Lo stress è una risposta agli stimoli e possiede due componenti: l'eustress e il distress. L'eustress si riferisce agli aspetti positivi dello stress che spingono ad adattarsi, mentre il distress è lo stress negativo che si ha quando stimoli stressanti determinano un logorio progressivo fino alla rottura delle difese psicofisiche, ad esempio la malattia cronica tanto per il paziente quanto per chi se ne prende cura.

Per *caregiver burden* si intende "quell'insieme di problemi fisici, psicologici o emotivi, sociali ed economici che possono essere sperimentati da quei componenti della famiglia che si occupano dell'assistenza di un anziano invalido" (Ankri J. et al., 2005).



Loop distress paziente-caregiver

Il supporto psicologico al caregiver dovrebbe essere assicurato in quanto il caregiver burden correla positivamente con la depressione ed una percezione negativa della propria QoL (Chiò A. et al., 2004).

Il caregiver è impegnato 24 ore al giorno e, se spesso sentirà di non farcela più, dovrà ricordarsi che si tratta di una sensazione assolutamente normale in queste situazioni; ma poiché il rischio di andare incontro a disturbi psicofisici e depressione e inoltre di ridurre la qualità dell'assistenza diventa decisamente è alto è indispensabile avvalersi di un supporto e di aiuti. Esistono alcuni fattori di proiettività per il caregiver: domandare per sapere (psicoeducazione), avere cura di sé, chiedere per avere, programmare e delegare, coinvolgere il malato nella vita quotidiana.

LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Lo psicologo che si prende cura del soggetto affetto da SLA e dei caregivers dovrebbe avere una adeguata formazione clinica, psicodiagnostica e neuropsicologica, questo perché la valutazione dovrebbe essere tanto psicologica (indagando i vissuti emozionali, i pensieri ed i comportamenti) quanto neurocognitiva; ovviamente tali valutazioni non sono da riferirsi agli stadi terminali della malattia.

Un rapido screening psicodiagnostico inerente lo stress del paziente può essere attuato attraverso la somministrazione della *Valutazione rapida dello stress (VRS)*, mentre per i caregiver utile è la *Caregiver Burden Inventory*. La *Caregiver Burden Inventory* consente di valutare fattori diversi dello stress: carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo; ottenendo un profilo grafico del burden del caregiver nei diversi domini, per confrontare diversi soggetti e per osservare immediatamente le variazioni nel tempo del burden.

Al paziente è utile approfondire il quadro psicologico e delle autonomie attraverso l'uso di strumenti specifici ad esempio:

- *The Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional*

Rating Scale-R

- *Fatigue Severity Scale*
- *ALS Depression Inventory-12*
- *ALSAQ-40 oppure ALSAQ-5 per valutare la qualità della vita autoriferita.*

Per quanto concerne la valutazione neuropsicologica, sarebbe utile somministrare al paziente insieme al caregiver la *Frontal Behavioral Inventory ALS Version* che misura il cambiamento di comportamenti del lobo frontale tra i pazienti con malattia dei motoneuroni; idealmente il caregiver deve aver conosciuto il paziente per almeno due anni prima della comparsa dei sintomi di malattia del motoneurone.

Per il paziente un utile protocollo "base" potrebbe consistere nel somministrare:

- *Frontal Battery Assessment e Test dell'orologio* per valutare le funzioni esecutive e comportamentali
- *ADL, IADL e Indice di Barthel* per le autonomie funzionali e strumentali della vita quotidiana e per valutare la mobilità
- *Mini Mental Examination State* associato ad una batteria testistica Neuropsicologica standardizzata su popolazione italiana (ad esempio *R-BANS* o *I'ENB-2*) atte ad indagare le varie aree cognitive nella loro multi-modularità: attenzione, orientamento temporo-spaziale e personale-familiare, memoria, linguaggio, velocità di processazione e elaborazione delle informazioni, funzioni esecutive
- *Test specifico di memoria visuo-spaziale*
- *Questionario atto ad indagare la sfera timica ed affettiva* (umore-ansia)
- *Valutazione sintomatologia Neuropsichiatrica*
- *Prassie costruttive, oro-bucco-facciali, ideative e ideo-motorie.*

Nelle fasi avanzate della patologie ove alcune prove o items non sono somministrabili, ovviamente il punteggio finale dovrà essere sottoposto ad analisi proposizionale prima della correzione per età e scolarità e successiva codificazione clinica.

TRATTAMENTO COGNITIVO, PSICOLOGICO ED EMOTIVO-COMPORTAMENTALE

La neuroriabilitazione si occupa del recupero dei deficit e delle disabilità secondarie a malattie neurologiche o cerebrolesioni. Lo scopo della riabilitazione è migliorare l'adattamento funzionale del paziente e il suo benessere soggettivo. Gli scopi principali consistono nel determinare le risorse cognitive disponibili risparmiate dalla lesione, determinare l'abilità del soggetto di apprendere nuove strategie per ritrovare una nuova autonomia, fare inferenze circa funzioni cognitive necessarie per l'adattamento all'ambiente e che influenzano le intenzioni.

I rapporti tra sintomi emotivo-comportamentali e le lesioni cerebrali sono complessi, in quanto tali sintomi sono localizzati in aree cerebrali multiple e mediati oltre che dal danno cerebrale da fattori psicosociali tramite l'interazione con l'ambiente. Le cerebrolesioni acquisite e le neurodegenerazioni seppur di fatto generalmente non prevedono dolore fisico, sicuramente sono accompagnate da un'inevitabile sofferenza psicologica dovuta alla perdita graduale delle proprie capacità cognitive, della propria autonomia e indipendenza. La comparsa di disturbi cognitivi, di una trasformazione della personalità, della perdita di interesse per le attività produttive e di svago, nonché dell'effetto di rinforzo che esse hanno, rappresenta una minaccia per l'identità e costringe l'individuo con un sistema cognitivo alterato allo sviluppo e all'accettazione di nuove priorità. Ovviamente le aspettative, tanto del paziente quanto della famiglia, non devono essere irrealistiche altrimenti possono portare a distress psicologico. Pertanto è necessario considerare anche le conseguenze psico-sociali, neurocomportamentali e le relazioni emotive che accompagnano la patologia.

Il sostegno dato dalla famiglia al paziente contribuisce alla capacità individuale di adattarsi alla nuova condizione dovuta alla malattia e lo aiuta a rimanere più attivo in una serie di attività. Un sistema familiare supportivo condiziona

positivamente la qualità di vita del paziente ed anche dei caregivers familiari e professionali. Lo stato psicologico della persona di supporto influenza il paziente in termini di benessere fisico e psicologico, ciò è un fattore rilevante nell'approccio alla persona con disturbi emotivo comportamentali acquisiti.

I modelli di assistenza alle persone affette da neuro degenerazioni e alle loro famiglie sono essenzialmente tre:

1. *Il modello gentelcare*
2. *Il programma del saggio caregiver*
3. *Intervento psicoeducativo grupale per i caregivers con approccio bio-psico-sociale ai disturbi del comportamento acquisito*

Il modello gentelcare, proposto da Moyra Jones (1996), è un modello di assistenza e di cure protesico per la vita delle persone affette da deterioramento cognitivo che mira a cambiare l'esperienza di malattia a favore dei pazienti, delle famiglie e dei caregiver professionali. Si focalizza sulla necessità di adattare l'ambiente fisico e sociale in cui il paziente si muove, piuttosto che intervenire sul comportamento. Si aiuta la famiglia e gli operatori ad identificare e rimuovere fattori di stress dall'ambiente in cui vive il paziente, formulare strategie e programmi efficaci per far vivere in modo confortevole il paziente nel proprio ambiente; e potenziare le capacità esistenti.

Il saggio caregiver è un programma di formazione per l'assistenza alle persone affette da deterioramento cognitivo con la partecipazione a gruppi di sostegno coordinati; con un percorso strategico e "interiore" relativo alla consapevolezza di sé per affrontare le difficili relazioni che si instaurano in tutto l'ambiente familiare colpito dalla malattia. Il saggio caregiver è colui che è a conoscenza di..., che è pronto e capace ma allo stesso tempo e in grado di essere obiettivo, che osserva ciò che avviene e programma la migliore risposta alla situazione. Per avere successo il caregiver deve gestire la vita quotidiana insieme al malato, trovare ed utilizzare un aiuto per

i compiti del caregiving con la gestione delle risorse familiari e delle risorse esterne; prendersi cura di sé, della propria salute fisica e mentale. L'ICF è la classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità promossa dall'organizzazione mondiale della sanità, tale modello tende a valutare a livello multidimensionale la persona con disabilità permettendo quindi di avere una visione d'insieme di tutte le componenti che caratterizzano la persona; si fonda sul modello bio-psico-sociale cogliendo la natura dinamica e reciproca delle interazioni individuo-ambiente. La disabilità è concepita e valutata come una variazione lungo tre dimensioni definite come deficit, limitazioni nell'attività e limitazioni nella partecipazione, circa la partecipazione vengono considerate tutte le aree della vita umana, dall'aspetto fisico alla spiritualità e al coinvolgimento politico. L'intervento psicoeducativo grupppale per i caregivers con approccio bio-psico-sociale ai disturbi del comportamento acquisito è ottimale per tutti i soggetti con cerebro lesioni acquisite e con neurodegenerazioni, ottimale per affrontare la SLA. I principali obiettivi sono educare e formare il caregiver alla malattia, fornire al caregiver delle nuove strategie di gestione e un nuovo modo di entrare in relazione con il paziente, promuovere gli effetti terapeutici caratteristici della situazione grupppale attraverso l'alleanza tra i componenti del gruppo, l'identificazione con persone che hanno esperienze simili aumenta la consapevolezza di non essere soli e la condivisione di conoscenze e informazioni al fine di ricercare nuove strategie che consentano di affrontare lo stress in modo più efficace. Il gruppo psicoeducativo mira ad intervenire essenzialmente sui pensieri e le emozioni connesse alla situazione problematica per modificare le risposte in modalità maggiormente funzionale.

BIBLIOGRAFIA

- Ancri, J., Andrieu, S., Beaufile, B., Grand, A., Hendar J.C. (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psych*, 20(3):254–260.
- Calman, K.C., (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics*, 10(3):124-7.
- Chio, A., Gauthier, A., Montuschi, A., Calvo A., Di Vito N., Ghiglione P., Mutani R., (2004). A cross sectional study on determinants of quality of life in ALS. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 75:1597–1601.
- Clarke, S., Hickey, A., O'Boyle, C., Hardiman, O. (2001). Assessing individual quality of life in amyotrophic lateral sclerosis. *Quality of Life Research* 10:149.
- Damiano A.M., Patrick D.L., Guzman G.I. et al., (1999). Measurement of health-related quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis in clinical trials of new therapies. *Med Care* 37(1): 15-26.
- Grossi D. e Trojano L., (2005). *Neuropsicologia dei lobi frontali, Sindromi disesecutive e disturbi del comportamento seconda edizione. Il Mulino – Itinerari.*
- Hunter M.D., Robinson I.C., Neilson S., (1993). The functional and psychological status of patients with amyotrophic lateral sclerosis: Some implications for rehabilitation. *Disabil Rehabil* 15: 119-126.
- Jenkinson C., Fitzpatrick R., Brennan C., Bromberg M., Swash M., (1999). Development and validation of a short measure of health status for individuals with amyotrophic lateral sclerosis/motor neurone disease: The ALSAQ-40. *J Neurol* 246 (Suppl 3): 16-21.
- Jones M., (1996). Working together in therapeutic partnership. In: Richmond BC, ed. *Gentlecare: changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way*, pp. 344-54.
- Neary D., Snowden J., Mann D., (2005). Frontotemporal dementia. *The Lancet Neurology*; 4: 771–80.
- Nordeson A., Engstrom B., Norberg A., (1998). Self-reported quality of life for patients with progressive neurological diseases. *Qual Life Res* 7: 257-266.
- Novak M. e Guest C., (1989). Application of a

- multidimensional Caregiver Burden Inventory (CBI). *Gerontologist*, 29, 798-803.
- Plahuta J.M., McCulloch B.J., Kasarskis E.J., Ross M.A., Walter R.A., McDonald E.R., (2002). Amyotrophic lateral sclerosis and hopelessness: psychosocial factors. *Soc. Sci.Med.* 55, 2131–2140.
 - Phukan J., Pender N.P., Hardiman O., (2007). Cognitive impairment in amyotrophic lateral sclerosis. *The Lancet Neurology*, Volume 6, No. 11, p994–1003.
 - Rabkin J.G., Albert S.M., Rowland L.P., Mitsumoto H., (2009). How common is depression among ALS caregivers ? A longitudinal study. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 10: 448-55.
 - Rabkin J.G., Wagner G.J., Del Bene M., (2000). Resilience and Distress among Amyotrophic Lateral Sclerosis patients and caregivers. *Psychosomatic Medicine*.
 - Rabkin J.L., Albert S.M., Del Bene M.L., O'Sullivan I., Tider T., Rowland L.P., Raji T.T., Numminen J., Närvänen S., Hiltunen J., Hari R., (2009). Strength of prefrontal activation predicts intensity of suggestion-induced pain. *Hum Brain Mapp*, 30(9): 2890 -7.
 - Selye H., (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6:117-231.
 - Simmons Z., Bremer B. A., Robbins R. A., Walsh S. M., Fischer S., (2000). Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. *Neurology* 55, 388–392.
 - Simmons Z., Felgoise S. H., Bremer B. A., Walsh S. M., Hufford D. J., Bromberg M. B., et al. (2006). The ALSSQOL: balancing physical and nonphysical factors in assessing quality of life in ALS. *Neurology* 67, 1659–1664.
 - Smith C.A., Lazarus R.S., (1993). Appraisal components, core relational themes and the emotions. *Cognition Emotion* 7, 233–269.
 - Sorensen S., Duberstein P., Gill D., Pinquart M., (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies and clinical applications. *The Lancet Neurology*, 5:961–73.
 - Strong M.J., Grace G.M., Orange J.B., Leeper H.A., Menon R.S., Aere C., (1999). A prospective study of cognitive impairment in ALS. *Neurology*, 53:8 1665; 1526-632X.
 - The ALS CNTF Treatment Study (ACTS) Phase 1–2 Study group. The amyotrophic lateral sclerosis functional rating scale, assessment of activities of daily living in patients with ALS. *Arch Neurol* 1996; 53: 141-147.
 - Wilson C. M., Grace G. M., Munoz D. G., He B. P., Strong M. J., (2001). Cognitive impairment in sporadic ALS: A pathologic continuum underlying a multisystem disorder. *Neurology*, 57:4 651-657; 1526-632X.
 - Zucker P.J., Worthington E.L., (1986). Supervision of interns and postdoctoral applicants for licensure in university counseling centers. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 87-8.



LA FAMIGLIA VICINI

UN PERCORSO DI PSICOTERAPIA FAMILIARE IN DIVERSI FORMATI

Antonio Calamo-Specchia

Psicologo, Psicoterapeuta familiare
sistemico e relazionale, Consigliere
Ordine Psicologi Puglia

La storia clinica che segue è il resoconto del lavoro condotto dall'Autore nel corso della formazione come psicoterapeuta presso la Scuola Change, sede di Bari del CSTFR di Roma, utilizzando lo strumento della supervisione indiretta, svolta dal dott. Antonio Romano. Rispettando le normative relative alla privacy, i nomi delle persone e dei luoghi riportati sono fittizi ed è stato modificato ogni altro elemento che potrebbe far identificare le persone di cui si parla.

RIASSUNTO

L'articolo descrive un caso di psicoterapia familiare affrontato secondo l'ottica sistemica relazionale. A partire dall'emergenza sintomatica presentata, è stato possibile ridefinire il disagio portato in terapia dal paziente designato in chiave relazionale e lavorare, in diversi formati, per una migliore comprensione dello specifico apporto che ciascun componente del sistema ha fornito al problema, in favore di una riorganizzazione della rete relazionale.

INTRODUZIONE

Conosco la famiglia Vicini tramite una telefonata della signora Alice, casalinga, che mi richiede un consulto per il figlio Erri, quindicenne. La signora mi racconta di avere due figli gemelli ma che la sorella Margherita, al contrario del fratello, "non ha mai dato problemi".

Nell'ultimo periodo Erri si mostra vivace: non è più concentrato, passa moltissimo tempo davanti al pc o con il cellulare in mano, isolandosi. È anche aggressivo e scontroso e, in particolare verso la mamma e la sorella, inscena attacchi verbali inaspettati e violenti; anche il suo profitto scolastico, precedentemente molto alto, per la prima volta è calato. Con un po' di imbarazzo, la signora mi riferisce di una recente lite in famiglia in cui il figlio, nel pieno della rabbia, ha dichiarato di avere "qualche tendenza", riferendosi con questa espressione all'omosessualità e spiegandomi che per questo suo "problema" Erri viene deriso a scuola, perché probabilmente non si accetta e non si sente accettato. È evidente la sua difficoltà nel parlare dell'argomento, e trovarsi nella condizione di madre alle prese con un figlio problematico, probabilmente, le risulta difficile da accettare.

Invito la signora ad informare il figlio della telefonata avvenuta, spiegandogli che i genitori sono preoccupati per il momento che sta attraversando e che ci tengono a fare qualcosa per lui, presentandosi congiuntamente per la prima convocazione.

La famiglia che ogni terapeuta vorrebbe

La famiglia Vicini presenta un assetto tradizionale: Teodoro, papà lavoratore, Alice, mamma casalinga e due figli adolescenti, gemelli: Erri e Margherita.

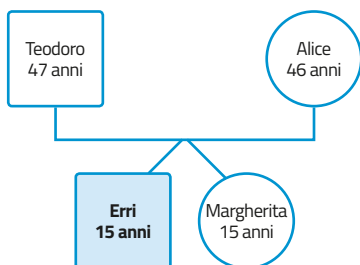


Fig. 1 - Genogramma familiare di Erri

Nel pieno del secondo anno di scuola superiore, l'*outing* di Erri fa deflagrare una bomba emotiva che investe i componenti della famiglia e che conduce il papà, uomo completamente dedito alla cura della propria famiglia, a chiedere aiuto al proprio pediatra di base, il quale – intuendo quanto la difficoltà che Teodoro gli presenta sia profonda – li invia presso il mio studio professionale.

I due coniugi si presentano subito come persone educate e gentili: entrano in stanza con l'aria sommessata e quel po' di vergogna di chi si sente in difficoltà, ma al tempo stesso quando la discussione si avvia sono entrambi in grado di attivarsi con decisione ed energia.

I due ragazzi all'ingresso in stanza di terapia si mostrano più imbarazzati, si guardano intorno curiosi, lanciandosi occhiate di intesa. La signora Alice, con un bel sorriso e l'aria vagamente assente, riprende il racconto già condiviso in telefonata. Presenta subito la lite appena avvenuta come momento *clou* della difficoltà per la famiglia e per lei, che non riusciva a capire cosa stesse accadendo al figlio. Il duro confronto avvenuto, in cui Erri – incalzato – ha confessato la sua omosessualità ai genitori, le ha permesso di dare un senso alla rabbia ed agli atteggiamenti scontroso del ragazzo. Alice descrive l'arrivo di questa notizia come un duro colpo: ha paura che essere gay possa creare al figlio dei problemi con il mondo esterno e si mostra perplessa sul fatto che, così giovane, abbia già capito in modo definitivo il suo orientamento sessuale.

Il signor Teodoro aggiunge che, come padre, fa tutto quello che può per il bene dei figli, ma il recente periodo è stato tanto difficile da far perdere

il controllo anche a lui, solitamente mite. Sapere dell'omosessualità del figlio ha generato in lui una prima reazione di immobilismo. Dopo qualche tempo ha iniziato a reagire; già nel tempo attuale, sta cercando di affrontare la difficoltà, per far sì che il figlio Erri stia bene. Teodoro parla piano, ma mette bene in chiaro che vuole il bene del figlio, indipendentemente dal suo orientamento sessuale. Se essere gay vuol dire esternare aggressività e cattiveria e non sapere più relazionarsi con gli altri, allora ha paura che per il figlio alcune strade, principalmente quelle lavorative, possano essere precluse. Aggiunge che sono stati giorni difficili, in cui si è chiesto se, come padre, avesse, fatto mancare qualcosa a suo figlio. In modo molto contenuto e dignitoso, si commuove. L'onda dell'emozione che il padre manifesta investe la famiglia.

Erri, così, nel descrivere il suo punto di vista, si mostra molto affettuoso verso il papà. È un ragazzo magrolino e dal look eccentrico. Ha un eloquio molto fluido e possiede, in particolare, una notevolissima proprietà di linguaggio, fornitagli dagli studi, in cui eccelle; le sue parole, pur veloci, sono scelte con cura. Davanti alle lacrime del padre, si dichiara dispiaciuto per essersi comportato in modo scontroso. Capisce la difficoltà dei genitori, ma, dal canto suo, aveva molta paura della loro reazione. Ha trascorso diversi mesi covando il suo segreto, nascondendosi per la paura di mostrarsi davanti a familiari, amici e professori, assorbendo in silenzio le loro opinioni e le battutine. Pian piano, ha preso consapevolezza del suo modo di essere ed ha capito di non voler più soffrire per l'ignoranza delle persone, ma di voler mostrarsi per quello che è. Facendosi più rabbioso, afferma che anche il suo percorso, al pari di quello dei genitori, è stato difficile e si è sentito solo.

Rigliano, Ciliberto e Ferrari (2012) definiscono l'omosessualità una "differenza socialmente rilevante" e ben descrivono il senso di isolamento sociale di chi, come Erri, compie questa scoperta. Scrivono a tal proposito: "Se ogni diversità è di per sé unica, quella omosessuale, più di altre, se non capita e valorizzata, rischia di rendere le persone coinvolte devianti ai loro stessi occhi. [...] Gli individui



omosessuali scoprono di non essere previsti da nessuno. Essi sono nella stragrande maggioranza dei casi qualcosa che non avrebbe dovuto essere, qualcosa per cui sono peraltro considerati colpevoli”.

Sentito il punto di vista di Erri, sua sorella Margherita, una ragazza minuta e piuttosto silenziosa, si assesta sulle posizioni dei genitori: lamenta l'eccessiva aggressività del fratello ed il suo essersi sentita esclusa dal rapporto con lui. Erano molto legati, ma, da qualche mese, tutto è cambiato.

Nonostante la difficoltà, i genitori dichiarano la loro volontà di attivarsi, condividendo apertamente l'idea che l'essere gay non sia un problema, ma che il problema possa essere il modo di vivere la sua condizione da parte del figlio, se caratterizzato da una continua aggressività. Si definisce così in maniera condivisa con la famiglia il contratto terapeutico: la preoccupazione dei genitori, declinata in questi termini, attiene alle difficoltà che Erri potrebbe incontrare nel mondo *fuori*, dunque può essere una buona idea utilizzare l'ambito familiare come una sorta di "laboratorio" in cui egli possa sperimentarsi e in cui ciascuno possa impegnarsi per trovare il giusto equilibrio. Questo processo dovrà coinvolgere tutti, partendo da un punto fermo: la reazione di rabbia di Erri, che sembra essere dettata dalla solitudine e dalla paura sperimentate, non è connessa con la condizione di omosessualità in sé; questa reazione, pur non trovando grandi motivi di persistenza attuali, resta un tema sul quale si dovrà lavorare, perché pone le sue radici nel periodo della sua solitudine e del suo rancore; i genitori dovranno rispettare la sua difficoltà e concedergli il giusto tempo per assestarsi.

Dalla richiesta iniziale – velatamente incentrata sull'omosessualità quale problema di cui occuparsi – il piano di lavoro si sposta sulle modalità scontrose di Erri, che vengono subito slegate dalla connessione diretta con l'omosessualità e che, per questo, aprono lo spazio per nuove domande da trattare. Perché Erri è così scontroso? Con chi, in particolare? Da quando? Come si comportano davanti a questo gli altri membri della famiglia? La definizione condivisa del contratto terapeutico permette al sistema

di compiere, in modo repentino, un passaggio di notevole importanza: dalla preoccupazione per l'omosessualità del figlio alla preoccupazione su come fare per difenderlo dal pregiudizio.

La famiglia affronta con curiosità il lavoro di terapia, utilizzando il gioco delle definizioni reciproche. La mamma ha un carattere acceso: alza spesso il tono della voce ed è molto passionale; il papà è invece un paciere, quello che nel sistema familiare vuole sempre trovare una soluzione che faccia stare tranquilli tutti. Margherita è piuttosto "ermetica", non mostra il suo modo di sentirsi, ma nei momenti difficili prova sempre a calmare le acque, un po' come il papà. Erri invece ha un carattere focoso, ribelle, si accende facilmente ed inscena spesso dei litigi con la mamma, la più simile a lui. Rispetto a questo punto, Erri non sembra accettare di buon grado la definizione di sé come aggressivo che gli viene dalla sua famiglia.

Insieme ai suoi aspetti duri e ribelli, è possibile osservare al tempo stesso il suo lato tenero, quando il papà introduce l'argomento della sua abitudine, quando si sveglia la notte e non riesce a riprendere sonno, di andare nel letto dei genitori. I familiari lo vedono come un bisogno di protezione ed in particolare Margherita lo legge come un segnale di fragilità, nonostante la scorza che suo fratello cerca sempre di mostrare al mondo esterno.

Il comportamento che Erri agisce, analizzato in supervisione, sembra possedere una doppia valenza: appare come un segnale di insicurezza, ma al tempo stesso rappresenta una ricerca di sicurezza, rifornimento affettivo e riparo. Questo aspetto pare in linea con le richieste che i genitori fanno al figlio: desidererebbero che il figlio si appoggiasse a loro nei momenti di difficoltà, che non si isolasse con il cellulare; il figlio risponde attuando un comportamento regressivo, che sembra voler dire: *voi siete importanti per me così come io sono importante per voi*.

Progressivamente si costruisce in seduta l'immagine di un Erri intento a costruire un muro fra sé e gli altri, un muro che ha imparato a costruire nel tempo lungo della sua solitudine, che gli è servito per nascondersi e per sfidare le persone dall'altra parte, come se volesse dire: *qua dietro ci sono io: se*

mi vuoi bene, scala questo muro e arriverai fino a me. Sembra che il suo funzionamento in relazione agli altri sia quello che Lorna Smith Benjamin definisce come *trincerarsi*. Un segnale regressivo, che caratterizza quella che l'Autrice chiama *parte rossa*. Afferma Lorna Smith Benjamin (2004): "La parte rossa è sostenuta dal *Sé Anelante*: quando la persona è ansiosa e non c'è motivo di esserlo, essa desidera, *anelare* vicinanza alla figura di attaccamento". La parte rossa è la più disadattiva, ma – in modo particolare, nel caso di Erri – sembra contenere in sé il seme della *parte verde* che sarà, perché esprime un messaggio di vicinanza, diretto alle persone per lui significative. Il lavoro di decodifica di questo messaggio aiuterà progressivamente il rosso a trasformarsi in verde, cioè un alleato importante per la crescita ed il cambiamento.

L'invito a scalare il muro richiede ai familiari di Erri uno sforzo notevole, cui, però, riescono a far fronte con notevole energia: i Vicini si mostrano infatti come degli esperti scalatori, talvolta stanchi, altre volte arrabbiati, ma difficilmente rinunciarci davanti alla scalata, manifestando così amore e interesse per lui.

Tanta ricchezza e tanta collaborazione sembrano presentare questa famiglia come "la famiglia che ogni terapeuta vorrebbe": gentile, disponibile, coraggiosa, che ha accesso alle emozioni, con un padre ed un figlio che compiono subito una importantissima autocritica, mettendosi in discussione.

Eppure questi elementi fanno scaturire in me una sensazione di disagio, come se il mio lavoro mancasse di concretezza. La supervisione mi aiuta a leggere questa come una reazione dovuta alla marcata partecipazione della famiglia: in poco tempo ha ribaltato la domanda iniziale, accettando il piano di lavoro proposto e disponendosi correttamente nella direzione che ho indicato loro. Questo può aver scatenato

in me un eguale senso di "velocità": come se dovessi fornire, anche io, delle risposte terapeutiche importanti ed in poco tempo. Potrà essere più utile al mio lavoro, invece, sostenere la loro capacità di condivisione e di utilizzo delle relazioni come risorsa positiva, per rilasciargli un "attestato di qualità" in cui possano riconoscersi.

Il Disegno Congiunto della Famiglia: l'agito in stanza di terapia

Un interessante spunto sul funzionamento della famiglia è dato dal lavoro sul Disegno Congiunto della Famiglia: uno strumento utile per fornire alla famiglia un'occasione per attivarsi in stanza di terapia e per dare a me un elemento concreto cui appoggiarmi, placando così la sensazione di incompletezza.

La famiglia Vicini si avvicina, ancora una volta, in modo positivo al lavoro proposto ed esegue il test secondo le consegne standard. La restituzione del lavoro svolto avviene in assenza di Margherita, che nel frattempo ha avuto diversi problemi di salute diagnosticati come "crisi vagali". La mamma, molto preoccupata, ha raccolto una sua confessione fatta in un momento di sconforto: dopo un periodo iniziale felice, coinciso con l'inizio della terapia, adesso il rapporto con il fratello le sembra tornato come prima; lui la tratta male e lei ne soffre molto.

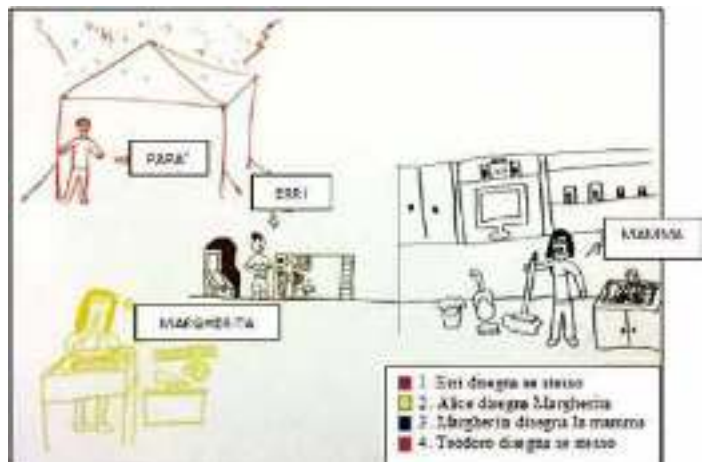


Fig. 2 - Disegno Congiunto della Famiglia



Gli aspetti analogici emersi grazie al Disegno Congiunto della Famiglia mettono in luce chiaramente una dinamica che la famiglia riconosce come tipica: essi infatti non innescano un vero confronto circa la modalità di approccio al lavoro. Davanti al foglio bianco, subito Erri compie un passaggio all'azione (mentre la mamma e la sorella avevano appena accennato una discussione circa la modalità di affrontare il compito, il ragazzo prende il pennarello ed inizia a disegnare) che determina un freno negli altri, che devono, pertanto, collocarsi di conseguenza e scegliere la modalità di disegno "singolo". Il disegno viene perciò diviso in quadranti e ciascuna parte viene disegnata separatamente dai singoli membri della famiglia, che si passano il foglio.

Nell'esecuzione singola di ciascuno, i restanti membri della famiglia intervengono con suggerimenti e ipotesi scherzose: l'ironia ed il tono di giocosità con cui la famiglia interagisce, determinano dunque un clima emotivo funzionale, sia per i figli che per i genitori.

Il dato principale, che il ricorso al test del Disegno Congiunto della Famiglia permette di trattare, è il passaggio all'azione di Erri. In generale, sembrerebbe che l'emotività e l'impulsività del ragazzo siano degli aspetti considerati "delicati" dalla famiglia, che ritiene di non voler intervenire (pur avendo qualcosa da dire), probabilmente per il timore di suscitare ulteriore ostilità in lui. Dunque, la famiglia sceglie un accomodamento alla modalità impulsiva del ragazzo.

Poter guardare a questo funzionamento rappresenta un'occasione importante per i Vicini. Erri stesso, per la prima volta, riesce a guardare la fatica che le sue modalità possono generare per i genitori e per la sorella, che forse ne soffre particolarmente. Il ragazzo accoglie con tenera sorpresa questo dato e mostra lo stupore autentico del fratello che non voleva recare un danno alla sua sorellina.

Proprio mentre sembra nascere il seme della consapevolezza ed il giovane compie lo sforzo di esternare il suo sentimento, mettendosi in discussione, la signora Alice, con commenti improvvisi e taglienti, fa passare una sottile attribuzione di colpa

verso il figlio per la sofferenza della sorella. A nulla valgono i miei tentativi di arginare questa condotta e di difendere lo spazio di parola del ragazzo. Erri, così, prende a difendersi da solo, utilizzando probabilmente le stesse strategie che utilizza fuori dalla stanza di terapia: scaccia in malo modo la mamma, grida, la insulta, rifiuta l'attribuzione di colpa e si dichiara offeso. Per la prima volta osservo la furia di quell'Erri "aggressivo" tante volte descritto: il ragazzo è rabbioso e – utilizzando tutti gli strumenti dialettici di cui dispone – riesce sempre a zittire i suoi genitori, che provano a calmarlo.

Diversamente da lui, che costruisce muri, Margherita sembra con il suo atteggiamento volersi confondere e mimetizzare vicino al muro. Il comportamento di Margherita sembra voler dire: *io sono qui nascosta, accorgetevi di me; se lo farete, mi avrete trovata e potrete volermi bene.*

Mi appare chiaramente il grande legame esistente fra i fratelli, nonostante i litigi ed i bisticci riferiti. Erri infatti, pur ferito dai commenti materni, si ricompone e riattiva subito per comprendere il discorso che riguarda la sorella. Si mostra concentrato sul lavoro che sta svolgendo (e che sa di dover svolgere) su di sé, conscio che da esso dipenderà il futuro dei legami per lui importanti.

Dall'aggressività alla rabbia di Erri: un messaggio per mamma e papà

Il lavoro viene portato avanti ancora in assenza di Margherita, che viene però costantemente aggiornata dai familiari sul lavoro che stiamo svolgendo. Uno scambio fra Erri ed i genitori, in quinta seduta, fa esplodere, stavolta in modo fragoroso, la rabbia del ragazzo.

L'occasione è fornita dal papà, che, mentre parla, invita il figlio a non nascondersi con la mano i brufoli che ha in volto, perché – se anche qualcuno li vedesse – non succedrebbe niente. Questa battuta scatena un durissimo litigio, in cui il figlio insulta esplicitamente il padre, dandogli dell'ignorante, dello stupido e del frustrato. I due genitori si coalizzano davanti alle manifestazioni del figlio, definendolo come il solito aggressivo che loro conoscono a casa. Erri, dal canto suo, prova a difendersi

sottolineando quanto la sua sia una difesa, di fronte all'innescò di polemiche inutili. Il ragazzo, per dispetto, decide di tenere per tutto il colloquio la mano sulla guancia. Dopo averlo rassicurato ed autorizzato ad esprimersi liberamente, tenendo la mano in viso fin quando sente di volerlo fare, è possibile ingaggiare con la famiglia un confronto su quanto avvenuto. Con fatica Erri esprime il suo vissuto: si è sentito, come ogni volta, un bambino da correggere, che non è in grado di decidere da solo cosa fare. Per questo, quando qualcuno gli fa sentire che lui non va bene così com'è, attacca.

Secondo Watzlawick (1971), la disconferma è "fra le reazioni più significative, in termini pragmatici e psicopatologici, alla definizione che una persona può dare di sé. Essa infatti non si occupa della verità o falsità della definizione che una persona fornisce di sé, ma piuttosto nega la realtà di quella persona come emittente di tale definizione".

In quest'ottica, Erri sembra esprimere la sua rabbia quando legge i messaggi dei genitori come una disconferma: protesta, dunque, in modo congruente, perché non si riconosce nelle definizioni e nei problemi che i genitori gli attribuiscono. *Tu non esisti, non nella definizione che ci fornisci di te, tu sei altro*, sembra recepire il figlio dai suoi genitori (e talvolta anche da sua sorella), ogni qualvolta non codificano il messaggio con lo stesso significato che lui vi aveva attribuito.

La sua protesta è plateale e furiosa e, quando avviene, inonda la stanza di terapia, fornendo una testimonianza diretta del disagio che questo meccanismo provoca in lui. Al tempo stesso, la rabbia verso i genitori è l'occasione per una riflessione congiunta, in cui essi accettano e mostrano di comprendere l'importanza di interagire con le parti reali che il figlio mostra di sé, non con quelle che loro immaginano. Definire il figlio come "aggressivo" rappresenta, infatti, l'attribuzione di una qualità, tipica e quasi immutabile del loro figlio. Erri, invece, è "arrabbiato", a causa di una attribuzione che ritiene errata.

Questo nuovo, importante, passaggio sembra portare degli effetti benefici alla famiglia, che, nelle fasi successive della terapia, racconta di un andamento

positivo; in particolare, Erri dichiara dei grandi miglioramenti nel rapporto con il papà e con la sorella, ancora convalescente e assente dalla terapia. Il rapporto con la mamma invece continua ad essere più teso.

La signora Alice si mostra molto severa ogni volta che la discussione tocca gli aspetti critici del comportamento di suo figlio. Erri, dal canto suo, vorrebbe che lo comprendesse di più e, finalmente, riesce a dichiararlo. Questa importante confessione consente di mettere a fuoco maggiormente il dolore profondo del ragazzo, che, forse, si mostra così determinato a cambiare proprio per mostrare alla mamma, in modo particolare, che lui vale e che va bene così.

In questo quadro si inserisce la proposta di lavoro individuale per Erri, che accetta di buon grado e che – quasi a voler differenziare non solo se stesso ma anche la sorella – vorrebbe con sé in questa parte di lavoro Margherita, che ha sempre sentito vicino e che, ne è convinto, potrebbe aiutarlo in questo momento per lui importante. Ad Erri pare chiaro che il lavoro individuale può (in modo indiretto) aiutare la mamma ed il papà a capire meglio come lui si è sentito e come adesso si sente; se lui stesso fa chiarezza dentro di sé, potrà poi dare loro qualche strumento in più per farsi capire.

Sedute individuali: Erri può abbassare il muro

Con Margherita ancora in convalescenza, convoco Erri da solo. Il ragazzo può così riflettere su di sé e ricordare il periodo trascorso, in cui aveva già capito di essere omosessuale: riferisce di non aver mai avuto problemi ad accettare se stesso, né di aver sofferto particolarmente; aveva, però, il timore di sbagliare e di non aver capito bene i segnali che stava iniziando a cogliere da se stesso. La difficoltà più profonda, per lui, attiene alla possibilità di confrontarsi con gli altri: ci sono voluti diversi mesi per iniziare a mostrarsi. In questo lungo periodo non è riuscito ad esprimersi con nessuno e progressivamente si è chiuso nella sua solitudine. Era scontento a casa perché non si sentiva capito, bensì incompreso e contraddetto. Sentendo parlare di omosessualità si rendeva conto di quanti pregiudizi

vi fossero e temeva che questi potessero essere rivolti a lui, se si fosse dichiarato.

La paura di Erri riguarda una delle domande fondanti l'adolescenza. Il ragazzo si chiede: *chi sono io? Sono giusto così come sento di essere? Andrò bene?* Il confronto con le domande identitarie e la progressiva scoperta della sua omosessualità lo intrappolano in un periodo di difficoltà e solitudine. Afferma Paolo Rigliano (2001), a proposito della scoperta dell'omosessualità in adolescenza: "A questi adolescenti si impone una identità in negativo, è lanciata una sfida che li differenzia dai coetanei eterosessuali: in loro c'è qualcosa che non va, sono 'scherzi di natura', non hanno futuro perché impotenti a esercitare il ruolo di genere loro prescritto, non avranno amori, fidanzate/i, coniugi, figli". Quello che spesso è in discussione, continua l'Autore, non è la consapevolezza della propria omosessualità, bensì l'autostima, ovvero il giudizio di valore che il ragazzo omosessuale attribuisce a se stesso, in base al senso che conferisce alla propria affettività.

In questo quadro si è mosso il giovane Erri, che nei suoi primi tentativi di interazione con il mondo esterno cercava proprio una conferma di sé, per non sentirsi sbagliato. Eppure, quando e se interagiva con gli altri, sentiva solo "consigli" che interpretava come una costrizione, come se volessero dirgli che la strada giusta fosse un'altra. La cosa che lo preoccupava di più era l'accettazione da parte della mamma, dalla mentalità antica e legata alla cultura del paese.

Il ragazzo è molto fluido e lucido nell'analisi che riguarda se stesso; mostra un piglio risoluto ed una gran determinazione. Adesso non sente quasi più la rabbia, perché ha sperimentato che nessuna delle persone intorno a sé ha reagito davvero male, quando si è dichiarato. Guarda a quello che è accaduto riconoscendo la sua enorme paura del giudizio.

Scrive ancora Rigliano (2001): "Nell'identità in cui ognuno si riconosce si iscrive un senso di appartenenza ('io mi riconosco in questa forma e in questa struttura di personalità'), strettamente connesso alla descrizione di sé ('io mi vedo così') e alla definizione di sé ('io sento di potermi definire in questi

termini')". Questo è proprio quello che le lesbiche e i gay rischiano di non riuscire a fare: perché significherebbe aver individuato una forma che segna i confini, indicando uno spazio di valorizzazione in cui si abita con dignità. Ma la forma ha bisogno di essere costruita con elementi sicuri e approvati".

Erri, progressivamente, ha iscritto nella sua identità il suo nuovo modo di sentirsi ed ha chiesto ai suoi familiari quegli elementi di sicurezza ed approvazione che gli erano – e gli saranno – indispensabili, per definire con maggiore serenità i confini entro i quali collocarsi. Il ragazzo non sente oggi particolare ostilità intorno a sé: non più. Può avvenire così il fondamentale passaggio dal *trincerarsi* al *mostrarsi* (Smith Benjamin, 2004). Mattone dopo mattone, sente di poter abbassare il muro.

Erri e Margherita giocano alla guerra: le sedute con il sottosistema dei fratelli

Dopo diverse sedute, ritorna Margherita in terapia, per l'avvio del lavoro con il sottosistema dei fratelli. La ragazza per un lungo periodo ha patito per degli episodi di crisi vagali, ha trascorso un periodo di riposo e adesso si sente finalmente meglio. Erri, per spiegarle il senso della sua presenza, le propone di parlare del loro rapporto, perché lei possa stare dalla sua parte, nel percorso che sta affrontando ed affronterà con i genitori, che gli potrà essere utile per farsi capire di più. La ragazza accetta questo piano e passa ad illustrarmi la situazione attuale della loro relazione.

Quando tocca le "parti negative" del fratello, emerge nuovamente il suo rifiuto rabbioso. Impegnato, com'è, nel suo percorso di liberazione e di crescita, Erri vorrebbe che tutti si accodassero al suo cammino e non tollera che qualcuno gli mostri le sue mancanze. Quando Margherita, dal canto suo, palesa le sue personali difficoltà, il suo risentimento cresce sempre di più fino ad esprimere il pentimento esplicito di aver voluto la sorella in terapia. Nemmeno una ridefinizione in positivo della rabbia come segnale del legame verso la sorella riesce a sedare l'animo di Erri; sua sorella, dal canto suo, reagisce inasprendosi ed attaccando la fiducia che pure aveva riposto nel fratello.

I due fratelli, sull'onda del conflitto scoppiato in terapia, andranno incontro a settimane descritte come molto difficili, fatte di insulti e litigi frequenti. Progressivamente, lavoro per garantirmi un accesso al vissuto dei due fratelli, "schierati" nelle loro posizioni di battaglia.

Margherita sa che a volte potrebbe risparmiarsi nei commenti aspri, ma non ritiene giusto che debba essere sempre lei a frenarsi; Erri invece si sente punzecchiato e, dal suo punto di vista, reagisce soltanto dopo che Margherita "ha iniziato".

In un clima da resa dei conti, fatto di battute taglienti e risposte pronte, una dichiarazione di Erri apre lo scenario per una riflessione profonda. <<Tanto qualsiasi cosa io faccia, secondo lei io non migliorerò mai>>, dice rivolgendosi alla sorella. È l'occasione che aspettavo per definire, finalmente, che la sua rabbia deriva proprio dal mancato riconoscimento e dal rifiuto della definizione che egli fornisce di sé. Erri è tanto arrabbiato quanto è grande la sua delusione per il mancato riconoscimento dei suoi sforzi da parte di Margherita. Lui, che la vorrebbe sempre al suo fianco nei momenti importanti, si è sentito tradito e desidera moltissimo il riconoscimento del suo sforzo; vuole essere capito per quello che è. La scoperta di questo dato tenero e sincero permette ai due di "sentire" il legame e l'interesse profondo che li unisce reciprocamente. Il rinforzo del loro legame serve ad alleggerire la dimensione del conflitto, mostrandoglielo come un gioco delle parti. Erri si arrabbia quando Margherita gli mostra le sue parti negative e, allo stesso modo, Margherita si arrabbia quando Erri non vede la sua sofferenza. I due fratelli "giocano" alla guerra, ma in realtà compiono dei movimenti l'uno verso l'altro: vogliono la pace, si cercano.

Finalmente, quando la tensione è allentata, è possibile la comprensione reciproca. Margherita comprende che l'atteggiamento del fratello è una richiesta di essere capito, ma – in modo molto coraggioso – gli chiede del tempo, per riuscire in questo passaggio.

Rinforzo questo lavoro fatto insieme, in quanto i due fratelli hanno messo le basi, in terapia, per un lavoro che li porterà ad imparare un nuovo modo

di vedersi reciprocamente. Erri e Margherita, consapevoli di questo, si sentono più uniti. L'obiettivo che condividono è quello che li condurrà, come afferma Kahn (1992), a "vedere le cose in modo diverso, sentendosi comunque uguali", cioè compresi, accettati, l'uno confortato dalla vicinanza dell'altro. Lavorare insieme ha attivato il loro vissuto di alleanza e solidarietà, elementi fondanti la possibilità di aiuto reciproco ed al tempo stesso in grado di facilitare il compito dei genitori, immettendo nel sistema familiare nuovi elementi di cambiamento. Entrambi i fratelli, se pensano al futuro, lo desiderano pieno di complicità e unione.

Con queste due parole, che scandiscono due grandi obiettivi da raggiungere, congedo Erri e Margherita. Dedicherò ancora due sedute al lavoro individuale con Margherita, che mi chiede esplicitamente del tempo per sé.

Una psicologa in casa: Margherita.

Nel lavoro individuale, Margherita riesce a mostrarsi e scoprire parti di sé. Racconta di essere sempre stata legata molto al fratello ma poi, sin dalle scuole medie ha iniziato a notare alcune sue stranezze, come ad esempio la sua abitudine ad uscire solo con le ragazze. Alle scuole superiori, poi, sono arrivate le domande impertinenti da parte degli amici e dei genitori, generando in lei imbarazzo e difficoltà nel trovare una risposta. Quando cercava di avvicinarsi a suo fratello, percepiva la sua distanza ed il suo atteggiamento sempre più respingente e scontroso.

Il suo funzionamento tipico, in casa, l'ha vista impegnata nel tentativo di calmare Erri, di arginare la sua esuberanza per evitare che si trasformasse in un'esplosione rabbiosa. In questo compito, esplicitamente affidatole dai genitori, si è spesso sentita inutile ed ha sofferto molto nel vedere tutti i componenti della famiglia star male, nonostante i suoi sforzi. Con poche parole, Margherita parla della sua famiglia dalla posizione di chi, osservando l'evolversi degli eventi e non riuscendo a far nulla per modificarli, si sente solo, impotente e frustrato. Infatti, mentre era impegnata a calmare Erri, a coccolare la mamma quando era triste, a rincuorare



il papà, sembra che nessuno si sia occupato di lei e del suo vissuto. Si definisce come una ragazza che non vuol dare a vedere se sta male. Piuttosto, lei è quella che ascolta tutti, con cui tutti si confidano: la psicologa di casa, sempre a disposizione per amici e familiari. Con coraggio, Margherita ha sempre offerto la sua spalla, ignorando, però, che anche gli psicologi hanno bisogno di parlare e che incamerare tante sofferenze, senza elaborarle, rischia di generare altro dolore e di condurre fino al punto di esplosione, in cui il dialogo diventa obbligato, perché quel dolore incamerato "preme" troppo ed ha bisogno di manifestarsi. Amante del cinema, la ragazza riflette sul suo funzionamento facendo un paragone col grande schermo: come nei film gialli, affronta il groviglio intricato della trama, cercando pian piano di dipanarlo e metterlo in ordine. Spesso si cimenta in questa operazione senza chiedere l'aiuto di nessuno, sentendosi poi affaticata. Nel recente periodo di difficoltà familiare ha tentato di scoprire la trama, ma i suoi sforzi purtroppo sono stati vani. Per questa ragione è stata la prima a consigliare ai genitori di chiedere un aiuto psicoterapico.

Condivido con la ragazza l'idea che il carico che ha portato sulle spalle (occuparsi di tutti e scoprire la trama dell'intera famiglia in difficoltà) è stato eccessivo per lei. Gli episodi di crisi vagali di cui ha sofferto, generalmente legati allo sviluppo ed alla crescita, possono rappresentare per lei una sorta di campanello di allarme, che suona per ricordarle che è il caso di fermarsi e riposarsi un po'. Margherita riconosce che cercare di fare tutto da soli è un tentativo rischioso; si mostra propositiva e incuriosita, quando le propongo di sperimentarsi in altre modalità. Chiudo il lavoro individuale con lei condividendo l'idea che la difficoltà possa essere stata una cosa utile, perché le ha fornito il punto di partenza dal quale adesso mettersi in moto per sperimentare modalità diverse per essere felice, laddove quelle precedenti non funzionano più.

Il ritorno al formato familiare: l'intervista circolare sistemica

Il ritorno al lavoro congiunto rappresenta la prima occasione per la famiglia per confrontarsi sul

percorso condotto in terapia. In accordo con il supervisore, propongo loro una seduta organizzata secondo le modalità di un'intervista circolare, così come illustrata dal celebre lavoro di Mara Selvini Palazzoli (1980). Le riflessioni che la famiglia produce sono molto interessanti.

Il rapporto fra la mamma ed il figlio viene descritto oggi come un po' turbolento, ma tendenzialmente "normale" e gestibile, diversamente da prima, quando non era quasi percepito come un rapporto, bensì come una battaglia. Allo stesso modo, la relazione fra il papà ed Erri vive un momento di cambiamento, agli occhi della famiglia, soprattutto nell'efficacia degli interventi paterni: prima Teodoro cercava di mediare nei conflitti fra la mamma ed il ragazzo, riuscendoci poco; adesso i litigi sono diminuiti ed il rapporto è generalmente migliorato. Quando interviene con il figlio, il padre risulta poi più efficace. Viene riconosciuta ad Erri una maggiore predisposizione all'ascolto ed il ragazzo, finalmente, può godere del riconoscimento della sua fatica.

L'aver aperto una finestra di dialogo fra i membri della famiglia, tramite l'esperienza della psicoterapia, sembra aver prodotto effetti benefici anche nella relazione fra Margherita ed i genitori. Con la mamma, in passato talvolta il rapporto risultava compromesso dalla permalosità della ragazza e dalla conseguente ira della mamma; oggi questo accade di rado e le due godono dei loro ritrovati momenti di vicinanza. Fra Margherita ed il papà invece continua a sussistere una relazione fatta di complicità molto profonda, in cui i due riescono a stuzzicarsi e giocare, risultando sempre molto uniti. Agli occhi dei genitori, i due figli sono passati dalla continua litigiosità ad una relazione più serena e complice. Proprio la parola "complicità" era emersa nelle sedute dedicate ai fratelli e ritrovarla, adesso, suscita nei ragazzi un pizzico di orgoglio.

L'intervista si conclude con il punto di vista dei figli sull'evoluzione dei genitori. È in questo momento che Erri, come se volesse chiudere un cerchio, rivolge un importante messaggio alla mamma ed al papà, ringraziandoli per la forma altissima di amore che mostrano: fanno sempre tutto per i figli,

sostenendosi e proteggendosi a vicenda. <<Se dovessi descrivere l'amore, descriverei loro>>, dice. In questo clima emotivamente carico, la famiglia riesce per la prima volta in seduta a scambiarsi affetto, tramite il riconoscimento reciproco del lavoro svolto e tramite definizioni in cui ciascuno, finalmente, può sentirsi apprezzato e riconosciuto. Una volta condivisa l'idea che lo spazio della terapia resterà a disposizione di tutti, laddove dovesse essere necessario, su invito del signor Teodoro (che si mostra particolarmente sensibile ed attento a fare in modo che il distacco dal contesto terapeutico non sia troppo brusco) mi congedo dalla famiglia, fissando un incontro a distanza di due mesi, in piena estate.

Erri e la mamma: un confronto necessario

Quando riaccolgo la famiglia, due mesi dopo, la cautela mostrata dal signor Teodoro mi appare molto congruente. La famiglia infatti si ripresenta piuttosto scoraggiata, perché alle prese con i soliti screzi, in particolare fra i due fratelli. Erri dichiara apertamente che non può cambiare se gli altri intorno a sé non cambiano: la sua richiesta esplicita è che la mamma sia più pacata e la sorella meno permalosa, meno chiusa nel suo mondo. Lo scambio fra lui, Margherita e la mamma diviene occasione per tematizzare un'antica convinzione – che diverse volte avevo percepito ma che non ero stato in grado di cogliere – che serpeggia nella famiglia, facendolo infuriare. Sia la mamma che la sorella, infatti, ritengono che Erri sia così scontroso perché non si accetta o ha paura di non essere accettato dagli altri così com'è, con la sua sessualità; il suo problema, in sintesi, è che è insicuro.

In particolare, la mamma sembra la più decisa in questa interpretazione e questa dichiarazione esplicita fa spegnere pian piano Erri in uno sguardo sempre più triste. Neppure il papà, da sempre promotore della possibilità di uscire dallo sconforto, riesce a consolare e spronare il figlio, ma pare stanco ed affaticato. Con i componenti del sistema familiare per la prima volta tutti in una posizione di difficoltà, propongo personalmente un rilancio. Con delicatezza, ma in maniera ferma, smentisco la

convinzione che Erri sia insicuro e scontroso perché portatore di un problema personale (che avrebbe a che fare con il suo orientamento sessuale). È possibile dunque che Erri accetti senza alcuna difficoltà se stesso ed il suo orientamento sessuale, ma che percepisca il disagio e la difficoltà nella relazione con gli altri – in particolare con la mamma – proprio perché così convinta che la sua insicurezza sia il segno del suo "problema".

La mamma attribuisce al figlio l'insicurezza, come una sua caratteristica, e questo oggi intristisce Erri, privandolo persino della sua proverbiale dialettica. Il mio intervento ha l'effetto pragmatico di riattivare Erri, che annuisce vistosamente e si mostra soddisfatto quando propongo un colloquio fra il figlio e la mamma, per approfondire questo vissuto da parte di entrambi. *Finalmente ci sei arrivato*, sembra volermi dire il ragazzo.

I due colloqui successivi sono dedicati dunque ad Erri ed alla mamma.

La signora Alice, seppur molto determinata nelle sue convinzioni, riesce al tempo stesso a farsi toccare dai messaggi più carichi emotivamente e ad affidarsi alla guida del terapeuta, quando riconosce che questa strada può far stare meglio il figlio. Il suo vissuto è quello di una mamma frustrata, spesso presa in giro dal figlio e che ha scarsa fiducia in lui; vive gli scambi con Erri come un meccanismo confuso che si innesca all'improvviso e che, senza che lei capisca come, esplose in una sfuriata del ragazzo, che la fa sentire ogni volta come al punto di partenza. Non trovando altra spiegazione, crede che lui viva male la sua omosessualità: <<se sei così, è un problema tuo, non è che devi farci penare tutti>>, dice.

Dal canto suo, Erri si sente una vittima, ma continuerà ad arrabbiarsi, se non sentirà la fiducia della mamma. Il ragazzo si sente incolpato, capro espiatorio di ogni situazione problematica all'interno della famiglia. Propongo in questo momento la lettura che via via ho costruito nel tempo con la famiglia, che esplicito stavolta in modo compiuto e deciso. Quello che fa infuriare Erri è il sentirsi non visto, e l'attribuzione di qualità e caratteristiche in cui egli non si riconosce.

Erri grida per essere ascoltato, il suo messaggio ai familiari potrebbe essere così riassunto: *non sono come voi mi vedete, non grido perché sono omosessuale, ma solo perché non mi riconosco nella definizione che voi mi date di me!* La mamma, dal canto suo, vuol bene al figlio e vi si dedica moltissimo, compiendo sforzi che hanno carattere di tenerezza e protettività. Quel che accade, però, è che l'idea del figlio che la mamma ha in testa non corrisponde a quella in cui il figlio si riconosce. Perciò, paradossalmente, proteggendo un'idea del figlio che è soltanto sua, la mamma finisce per esporlo ancora di più alla sofferenza, facendolo infuriare.

La signora Alice, forse un po' scossa dalla seduta, è estremamente attenta alle mie parole: coglie che il figlio vi si riconosce pienamente e che, quindi, seguirmi può rappresentare un'occasione per trovare un'intesa con lui. Nel secondo dei due colloqui, infatti, lei stessa mi dice della sua nuova attenzione a non etichettare il figlio in modo frettoloso. La signora inizia, cioè, a guardare alla sua modalità ed a riconoscere il suo pregiudizio: il principale effetto di questa aumentata autoconsapevolezza della mamma è l'essersi guadagnata il rispetto ed il riconoscimento da parte del figlio. Erri conferma, infatti, con gran serenità, gli effetti benefici di questa attenzione materna.

Concludiamo l'incontro condividendo l'idea di ravvicinamento, in cui Erri può sentirsi finalmente riconosciuto e rassicurato. Restano alcune piccole sue stravaganze, non ben viste dalla mamma (un taglio di capelli molto eccentrico, abbigliamento ed accessori altrettanto stravaganti, portati contro il volere materno), ma nulla per cui sia il caso di preoccuparsi.

Verso la conclusione: il congedo ed il successivo contatto di follow up

Il confronto successivo, dopo l'estate, si presenta subito come momento conclusivo, dedicato alla riflessione su quanto accaduto, in quasi sette mesi di lavoro. I componenti della famiglia descrivono un andamento sempre migliore nei loro rapporti. Il papà – che nel frattempo ha attraversato silenziosamente una crisi lavorativa, dalla quale adesso

inizia a risollevarsi – vede il figlio molto migliorato. Vorrebbe che la sua impulsività nei litigi si mitigasse un po', ma si dice tuttavia molto felice della situazione oggi: le difficoltà sono meno intense e meno frequenti. Anche Margherita racconta di una maggiore intimità con il fratello: si sente molto più vicina a lui, come aveva sempre desiderato. La mamma, invece, pare aver acquisito una modalità nuova. Si mostra più pacata nell'eloquio e racconta solo episodi positivi: sa che il figlio ha dei momenti talvolta sopra le righe, ma *lascia che scorrano*, per poi andare avanti.

Eleggiamo il "lasciare che scorrano" della mamma a manifesto del lavoro che la famiglia ha condotto in terapia. "Lasciar scorrere", infatti, è ben diverso dal sopportare passivamente il figlio problematico: è un atteggiamento che segnala un'accettazione genuina, ironica, qualche volta più difficile di altre, di alcuni tratti delle persone che ci circondano. Si può "lasciar scorrere", soltanto in un contesto relazionale basato sulla condivisione e sull'amore.

Il momento del congedo è molto emozionante. I Vicini hanno saputo fare autocritica, liberandosi dall'attribuzione di colpa verso Erri, il membro della famiglia sintomatico, e capendo profondamente con quali atteggiamenti e comportamenti ciascuno possa co-occorrere (spesso non sapendolo e spesso non volendolo) a creare una difficoltà in grado di mandare in crisi l'intero sistema familiare. In buona sostanza, molte delle difficoltà che la famiglia ha portato hanno avuto a che fare con dei difetti della comunicazione. Quello che, tecnicamente, secondo l'analisi di Watzlawick (1971), sembra essere un rifiuto della definizione che Erri presenta di sé, per il ragazzo – già provato dal percorso di scoperta della sua sessualità e dal timore del mostrarsi – ha assunto il valore della disconferma, generando così la sua rabbia (accentuata dal fatto di essere legata alla figura materna, estremamente significativa per lui e con cui sussiste una relazione asimmetrica). L'intervento teso ad illustrare queste dinamiche ha avuto un effetto pragmatico immediato: aiutare la decodifica dei messaggi e superare il rifiuto. La richiesta, presentata in ultima battuta al ragazzo, è che sia anche lui a compiere questo sforzo nella

decodifica verso gli altri; in questo nuovo scenario, gli è possibile accettarla, perché – senza più il rifiuto della definizione che egli fornisce di sé – Erri è certo che non avrà difficoltà ad orientarsi allo stesso modo verso gli altri. Afferma Rigliano (2001): “Ecco perché è così importante chiarire la fondazione positiva dell’essere gay: solo una tranquilla certezza su di sé può costituire il fondamento di una vita serena, responsabile e autonoma”.

Il contatto di follow up avviene a nove mesi di distanza dall’ultimo contatto. Il confronto con la signora Alice è cordiale e disteso: mi racconta che le relazioni fra i vari membri della famiglia vanno bene; purtroppo, però, l’aggravarsi delle condizioni di salute di Margherita ha messo in apprensione l’intero sistema familiare. La ragazza, infatti, ha trascorso dei mesi difficili, alle prese con ricoveri e diete che l’hanno molto intristita e fiaccata nel corpo. Con un periodo di vacanza alle porte, il momento attuale la vede, fortunatamente, in leggera ripresa. Le liti e le dinamiche affrontate in terapia talvolta ritornano, soprattutto in alcune “scintille” che Erri continua a produrre con la mamma. A differenza di prima, però, la signora mi dice che – capito il meccanismo – riesce da sola a <<recuperare l’equilibrio, per evitare di cadere>>. Il signor Teodoro è molto impegnato con il lavoro e, riferisce la moglie, sarebbe stato molto felice di ringraziarmi e salutarmi al telefono.

Congedo Alice chiedendole di mandare i miei saluti a tutti, in particolare a Margherita, che avrà bisogno di tutto il coraggio e di tutto il supporto che la sua famiglia potrà fornirle e che, le ricordo, può sempre contare sull’appoggio del lavoro di terapia, se dovesse averne necessità.

CONCLUSIONI

Dalla famiglia in balia delle difficoltà alla famiglia che affronta le difficoltà

Il percorso di psicoterapia ha visto i Vicini attivarsi grandemente per risollevarsi dalla difficoltà.

Dopo aver superato il sintomo presentato, alla famiglia tocca il lavoro di messa a punto dell’apprendimento sperimentato in stanza di terapia. Il passaggio che vivono i Vicini, infatti, è quello che li vede

impegnati nel progressivo ed autonomo riconoscimento delle difficoltà, sperimentando gli apprendimenti acquisiti in stanza di terapia.

Passare dall’essere in balia delle difficoltà ad un funzionamento che preveda la capacità di riconoscere e trattare le difficoltà – distinguendo quelle seriamente critiche da quelle che attengono alle normali (e difficili!) vicissitudini della vita di una famiglia con figli adolescenti – è un compito affascinante e complesso. La famiglia Vicini sembra pronta per affrontarlo e, laddove dovesse sperimentare ulteriori difficoltà, è ormai del tutto consapevole che lo spazio della terapia resterà a disposizione come un contesto protetto e privato, dove esercitarsi e mettere a punto nuove e più funzionali modalità di funzionamento.

BIBLIOGRAFIA

- Canevaro, A. Quando volano i cormorani. Roma: Edizioni Borla, 2010.
- Gennari, M.L., Tamanza, G. Il Disegno Congiunto della Famiglia. Uno strumento per l’analisi delle relazioni familiari. Milano: Franco Angeli, 2012.
- Kahn, M.D., Lewis, K.G. Fratelli in terapia. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1992.
- Rigliano, P. Amori senza scandalo. Milano: Feltrinelli Editore, 2001.
- Rigliano, P., Ciliberto, J., Ferrari, F. Curare i gay? Oltre l’ideologia riparativa dell’omosessualità. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. Ipotizzazione-circularità-neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia familiare* 1980; 7: 54-66.
- Smith Benjamin, L. Terapia Ricostruttiva Interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono. Roma: Editrice Las, 2004.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., Jackson, D.D. Pragmatica della comunicazione umana. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1971.
- Workshop: La formulazione del caso secondo la Terapia Ricostruttiva Interpersonale, Istituto Dedalus e Istituto Random, Sala Unicef, Roma, 2013 in: *Colacicco, F. Ogni psicopatologia è un dono d’amore. Roma: Scione Editore, 2014, pag. 33.*



UN CASO DI TUMORE AL SENO

UNA PERSONA COMUNICA LA SUA SOFFERENZA TRAMITE IL METODO RORSCHACH

Carone Mariagrazia
Psicologa Psicoterapeuta Dir. I Livello
con incarico di Struttura Semplice
c/o U.O.C. Psichiatria Univ.
Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari

Daddario Ilaria
De Carne Ilaria
Lorusso Simona
Saullo Valentina
Psicologhe Tirocinanti
c/o U.O.C. Psichiatria Univ.
Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari

RIASSUNTO

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare la situazione psicologica di una persona affetta da cancro al seno tramite il metodo Rorschach. Si sono approfonditi in prima istanza gli effetti della malattia sulla qualità della vita e dei rapporti interpersonali ed inoltre la relazione che si instaura tra medico e paziente e le sue implicazioni. Ci si è focalizzati in particolare sull'atteggiamento dei sanitari, che potrebbe essere fonte di comprensione, empatia e supporto; diversamente potrebbe causare al paziente profonde ferite psicologiche,

andando ad aggravare una condizione già molto difficile. Si è portato a supporto di questa argomentazione il caso clinico di una donna, che aveva subito diversi interventi al seno, alla quale era stato somministrato il metodo Rorschach.

PAROLE CHIAVE

Tumore al seno, immagine corporea, rapporto medico-paziente, test di Rorschach.

INTRODUZIONE

In tutte le culture il seno è un organo carico di

significati, rassicurante per la funzione dell'allattamento, per la femminilità e l'autostima. Esso conferisce un'identità femminile e suscita un movimento di scambio tra sé e gli altri, ma nella malattia neoplastica può trasformarsi in un simbolo di estrema sofferenza e angoscia e, in taluni casi, di morte. Alla privazione del seno si aggiunge la perdita di un'immagine di donna bella e sana, con profonde ferite narcisistiche della sfera psichica e fisica. Più forte è il meccanismo di idealizzazione del proprio seno e maggiore sarà la svalutazione del proprio lo corporeo in seguito all'asportazione del seno malato.

La diagnosi di tumore alla mammella cambia la vita di una donna e delle persone a lei care. Cambiamenti come le emozioni e le incertezze sul futuro, soprattutto quelle riguardanti gli aspetti di vita quotidiana (lavoro, relazioni familiari e sociali), sono difficili da gestire, insieme alla modificazione

della propria immagine corporea e alla paura che si presenti una recidiva di malattia.

CANCRO AL SENO E IMMAGINE CORPOREA

La diagnosi e il trattamento del cancro al seno colpiscono le donne sia fisicamente sia psicologicamente. Il tumore al seno interessa l'8-10 per cento delle donne, il 25% delle quali in fase premenopausale (Bloom et al. 2004). Tale diagnosi, se da un lato minaccia la salute e la sopravvivenza della persona, dall'altro può alterare la qualità della vita, la percezione del Sé, della propria immagine corporea, della propria sessualità e i rapporti interpersonali. Si può parlare di un vero e proprio trauma e la sofferenza psicologica è l'espressione sia dell'incapacità ad affrontare le minacce che la malattia rappresenta, sia della difficoltà ad adattarsi ai vari cambiamenti che essa richiede (fisico, psicoemotivo, relazionale, sociale) con conseguenze negative





sulla qualità di vita delle persone malate e di chi le assiste. Ciò può accadere sia alle donne che hanno appena scoperto di avere un cancro, sia alle pazienti in trattamento, sia a quelle sopravvissute. Ci sono molti fattori collegati al disagio psicologico nelle donne che affrontano il cancro al seno, in primis quello di affrontare una malattia potenzialmente letale, trattamenti dolorosi e cambiamenti di ruolo significativi (Golant, Altman, & Martin, 2003; Pinto, Clark, Maruyama & Feder, 2003, cit. in Helms, O'Hea & Corso, 2008). Dopo la diagnosi le pazienti devono confrontarsi con difficili scelte di trattamento (chirurgia, radioterapia, chemioterapia, terapia endocrina). Le loro emozioni possono fluttuare tra la speranza di una cura e la paura per il futuro, ed essere eventualmente esacerbate da disturbi psicologici preesistenti (Griffin & Fentiman, 2002, cit. in Helms, O'Hea & Corso, 2008). Gli effetti negativi del trattamento del cancro al seno possono essere duraturi: indipendentemente dal miglioramento del funzionamento fisico, il disagio psicologico continuo può essere evidente anche dopo un anno successivo alla diagnosi (Pinto et al., 2003, cit. in Helms, O'Hea & Corso, 2008). Sebbene questi fattori siano chiaramente importanti, assumono un ruolo preponderante le problematiche relative all'immagine corporea. Molte donne riscontrano sofferenza psicosociale come risultato diretto o indiretto della diagnosi e del trattamento del cancro al seno. Tale diagnosi e il successivo trattamento possono essere correlati a un significativo disagio psichico e a una compromissione della qualità della vita (Golant, Altman, & Martin, 2003; Pinto, Clark, Maruyama & Feder, 2003, cit. in Helms, O'Hea & Corso, 2008). Secondo Schilder (1935), *"L'immagine corporea è l'immagine e l'apparenza del corpo umano che ci formiamo nella mente, e cioè il modo in cui il nostro corpo ci appare."* Questo costrutto è connesso con le emozioni che il nostro corpo suscita, con le sensazioni e con i ricordi cui può essere associata una determinata percezione del Sé che si è avuta in un dato momento. A conferma di ciò Slade (1988) la definisce: *"L'immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro*

corpo, e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti del nostro corpo". L'immagine corporea è costituita da diverse componenti: percettiva, attitudinale (quello che la persona pensa e conosce del proprio corpo), affettiva (i sentimenti che la persona nutre verso il proprio corpo) e comportamentale (riguardante ad esempio, l'alimentazione e l'attività fisica). Si può quindi affermare che lo schema corporeo sia un costrutto multifattoriale che va formandosi in un processo di integrazione e mediazione tra percezioni, cognizioni ed emozioni che influiscono sull'autostima (Posavac & Posavac, 2002). Quindi l'immagine corporea riguarda la persona nella sua globalità, e i suoi effetti possono essere rilevanti e complessi. Dal punto di vista psicologico il cancro al seno comporta una "ferita alla femminilità", in quanto va a minare l'immagine di sé come donna, come partner e come madre, poiché sono l'estetica, e quindi l'attrattività e la femminilità, ad essere deturpate (Anfossi, 2002). Le donne infatti si preoccupano considerevolmente del loro aspetto, del loro peso e del loro corpo; la mammella, in particolare, è di massima importanza per il senso di femminilità, l'autostima, la fiducia in sé stessa e la sensibilità erotica della donna; non stupisce quindi come l'identità, la funzione e la relazione sessuale femminile possano essere profondamente ferite, a livello fisico ed emotivo, dai cambiamenti e dalle sfide che la donna deve affrontare quando colpita da un tumore al seno. Per alcune la preoccupazione che il seno possa essere sfigurato dopo l'intervento chirurgico può avere un ruolo nel processo decisionale iniziale circa la cura per il cancro. Tra le donne sessualmente attive, i maggiori problemi relativi all'immagine corporea sono associati alla mastectomia e alla possibile ricostruzione, alla perdita di capelli da chemioterapia, alla preoccupazione per l'aumento o la perdita di peso. Tra queste donne si rileva minore autostima e da parte del partner sono state riscontrate difficoltà nel comprenderne i sentimenti (Helms, O'Hea & Corso, 2008). Il vissuto del tumore al seno è connesso all'identità sessuale della donna e conseguentemente un ruolo particolare viene rivestito

dalla mammella e da quello che rappresenta nella sua sfera sessuale (Graziottin, 2009). Il seno, con le sue numerose modificazioni morfologiche e fisiologiche che avvengono nel corso della crescita e del tempo, segna le tappe della vita della donna, conferendole man mano quella percezione di femminilità e, successivamente, di maternità che conducono alla sua piena realizzazione, divenendo prima un importante segno di identificazione sessuale e poi, con la gravidanza e l'essere madre, un simbolo denso di significatività. Questo processo di investimento emotivo, che avviene quasi inconsciamente, rende il seno un'importante regolatore del benessere emotivo della donna: non a caso, numerosi studi hanno illustrato come molte pazienti affette da neoplasia mammaria presentino vissuti e risvolti psicologici, conseguenti alla malattia, che possono tramutarsi in ingenti fattori di rischio di malattia. Questo avviene principalmente perché se da un lato il seno riveste il ruolo di segno identificativo di femminilità e, con la maternità, di vita, dall'altro, al momento della malattia, esso si trasforma in un "oggetto negativo", che genera paura della caducità della vita, della mutilazione del corpo e della propria femminilità, e infine della morte (Panzironi, 1993). A seguito di una diagnosi di tumore o, successivamente, di un intervento di mastectomia, può risultare fortemente danneggiata la funzione psicosessuale per aspetti diversi, che vanno dal desiderio all'eccitazione, fino al livello della relazione sessuale e di coppia, come dimostrato da numerosi studi sulla tematica (Graziottin, 2009; Andersen et al. 1989; Ganz et al. 1992, 1996). In particolare in uno studio di Schover e al. (1995), è stato riscontrato che il 44% delle donne con mastectomia parziale, e l'83% di quelle con ricostruzione della mammella ($p < 0,001$), riferiscono che il piacere provocato dalle carezze è diminuito. Inoltre, il mutamento percettivo dell'immagine corporea non si limita alla mammella operata, ma può andare a inficiare la funzionalità di altre parti del corpo sempre connesse alla sfera sessuale (ad es. può generare secchezza vaginale; Graziottin & Castoldi, 2000).

Nell'area della relazione di coppia un'altra

problematica rilevante può riguardare la comunicazione tra i partner. Alcune donne potrebbero scoprire che i loro partner sono a disagio con le discussioni sulle persistenti paure di recidiva; i partner, d'altro canto, possono mostrarsi protettivi, avendo paura di rafforzare il pensiero negativo delle loro compagne (Annlo, 2000). I problemi riguardanti la sfera sessuale sono comuni tra le giovani donne poco dopo il trattamento del cancro al seno. Sebbene alcune differenze siano state osservate tra razze/etnie diverse, il funzionamento sessuale e i problemi correlati tra le giovani donne con cancro al seno appaiono simili a quelli delle donne sopravvissute al cancro al seno con età più avanzata e a distanza di tempo dal trattamento. Tuttavia, queste giovani sopravvissute al cancro al seno erano meno sessualmente attive e avevano più problemi sessuali rispetto alle donne sane nella stessa fascia d'età (Fobair et al., 2005). Tale compromissione del benessere psicologico e della percezione di sé nel proprio contesto di vita implica un adattamento forzato a questa nuova condizione (Crotti, 1998).

Una diagnosi di tumore al seno e il trattamento che ne conseguirà inficeranno e modificheranno inevitabilmente la quotidianità della donna, in particolar modo se coniugata: in questo caso, sarà l'intero assetto familiare a subire una forte scossa destinata a rompere l'equilibrio della vita quotidiana (Casadio, 2004). Infatti possono sovrapporsi problematiche nel rapporto con il coniuge connesse anche con la difficoltà nella gestione dei figli, lontani nei periodi di ospedalizzazione: potrebbe esservi un cambiamento nei livelli di responsabilità e nei ruoli rivestiti all'interno dell'assetto familiare.

Molto spesso le pazienti con cancro al seno trovano difficoltà nel verbalizzare ed affrontare i propri problemi relativi all'immagine corporea e alla sessualità, e nella comunicazione con il proprio medico (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998, cit. in Annlo, 2000), poiché lo sentono come "esterno": il suo compito si limiterebbe a classificare patologie, dare informazioni, spiegare sintomi e applicare protocolli di terapia. In realtà



il medico dovrebbe comprendere non solo i segnali del corpo da un punto di vista anatomico, ma in relazione all'interezza della persona che li vive per aiutarla a dar voce al suo dolore. Dovrebbe accogliere e contenere il dolore dell'altro, fornire supporto e infondere speranza ed energia: egli è chiamato a lavorare sulla dimensione psicologica della relazione con il pz., il quale non si affida solo alla "cure", ma anche alla "care", riconoscendo sé e l'altro in una dimensione intima e personale. La malattia infatti non può essere ridotta semplicemente a una questione nosografica, essendo un'esperienza che coinvolge una stratificazione di dimensioni personali, culturali e familiari.

La comunicazione presenta aspetti verbali e non verbali, e sono questi ultimi a essere maggiormente percepiti dal paziente: uno sguardo, il tocco una mano, un tono di voce rappresentano lo spazio dell'intimità. Per quanto riguarda gli aspetti verbali è fondamentale che il medico preste ascolto ai racconti del malato, mediante i quali dovrebbe cercare di organizzare significati e ridare senso all'esistenza (Fosser, Robustelli della Cuna e Valagussa, 2007). Quando il medico non riesce a instaurare un buon rapporto con il paziente, quest'ultimo si sente incerto, perde fiducia nel medico e non aderisce più ai programmi terapeutici proposti, provocando l'insuccesso della cura (Britten, Ukoumunne e Boulton, 2002, cit. in Lamberto e Levaggi, 2004). Quando bisogna comunicare notizie negative, spesso ci sono omissioni da parte del medico, deleterie per il rapporto con il paziente, poiché vengono percepite lo stesso e d'altro canto possono spingerlo a sovrastimare la gravità della malattia e a sviluppare sfiducia nelle cure e maggiore stress emotivo (Caplin e Leahy, 2003). Una "buona comunicazione" è un processo che si costruisce a partire dalla formazione del medico, che dovrebbe usufruire non solo di aggiornamento scientifico, ma anche dell'apprendimento di tecniche comunicative professionali, mirate alla comunicazione con il paziente. Un training adeguato del medico riduce il numero di visite e migliora il ristabilimento della salute (Liang et al, 2002), evitando d'altronde al medico di cadere in

Burnout per la mancata elaborazione dei propri sentimenti ed emozioni relativi ai pazienti.

PSICODIAGNOSTICA E TEST DI RORSCHACH

La psicodiagnostica si occupa della valutazione e della diagnosi psicologica: essa utilizza una vasta gamma di strumenti operativi tra cui questionari, colloqui clinici, osservazioni, batterie e testistiche psicometriche e proiettive. La varietà dei metodi utilizzati dipende da molti fattori: l'ambito di applicazione, lo scopo, l'età, le difficoltà del singolo, il tipo di percorso formativo del professionista e non solo. Tra gli strumenti psicodiagnostici maggiormente utilizzati da psichiatri e psicologi vi sono le tecniche proiettive (Anastasi, 1982), che consentono di ricavare moltissime informazioni, anche inconscie, relative ai vissuti della persona che sarebbe difficile ottenere con altri strumenti. Infatti, il termine *proiezione* richiama proprio il meccanismo psicologico della proiezione introdotto per la prima volta da Freud (1896) per indicare quell'operazione inconscia e difensiva attraverso la quale l'individuo attribuisce all'altro, persona o oggetto, i propri sentimenti e stati d'animo come difesa dell'io. L'utilizzo di stimoli ambigui e non strutturati ha lo scopo di creare una condizione che consenta al soggetto di manifestare, proiettare doli, stati interni profondi, aspetti di sé e delle sue relazioni. Tra questi strumenti in particolare vi è il test di Rorschach, che prende il nome dal suo ideatore, lo psichiatra svizzero Hermann Rorschach, il quale lo introdusse nel 1920 negli Stati Uniti. Esso è composto da dieci tavole, su ciascuna delle quali è riportata una macchia d'inchiostro parzialmente simmetrica: tali macchie fungono da stimolo per la produzione di un'interpretazione. Come sosteneva l'ideatore del test, mediante l'uso delle tavole si innesca un processo di percezione contraddistinto dai momenti della sensazione, del ricordo e dell'associazione: le macchie provocano il risveglio di vecchi insiemi di sensazioni sotto forma di immagini ricordo e forniscono, quindi, informazioni preziose sulle strategie cognitive, affettive e relazionali attuate dal soggetto (Rorschach, 1921). Nei casi di malattia tali strategie necessitano di

una ristrutturazione, che non sempre si dimostra funzionale all'adattamento dell'individuo al nuovo stile di vita. Il disagio psicologico associato alla malattia è stato correlato ai tratti di personalità e alle strategie di coping per fronteggiare lo stress della malattia (Spiegel et al., 1996; Marchioro et al., 1996 cit. in Marchioro, Barbato, Azzarello & Vinante, 2005). L'applicazione del Metodo Rorschach alle pazienti affette da cancro al seno, induce le stesse a rispondere al significato che esse danno agli stimoli e alle sensazioni che provano (Marchioro, Barbato, Azzarello & Vinante, 2005).

UN CASO CLINICO

La signora C.B., di 55 anni, viene inviata dalla Dott.ssa M. Carone per la somministrazione di una batteria di reattivi psicodiagnostici finalizzati a una valutazione di eventuale idoneità al prepensionamento.

È coniugata da 31 anni con un coetaneo e ha due figli, di 29 e 25 anni, entrambi laureati e occupati. Possiede una qualifica come contabile, e fino agli 11 mesi antecedenti alla visita ha lavorato nell'amministrazione di un grande ospedale. Sette anni fa le è stato diagnosticato un tumore al seno destro, a causa del quale è stata sottoposta a ben otto interventi di chirurgia plastica mal riusciti, che le hanno lasciato dei segni profondi sul seno e nella psiche anche per le modalità con cui C. si è sentita manipolata, sia a livello tattile sia sul piano relazionale, dallo specialista che l'ha operata. Si sente offesa nella propria femminilità, deturpata e ingrassata a causa delle terapie conseguenti. Si rifiuta sessualmente al marito. Piange per l'interruzione della propria vita personale, oltre che per il timore che il male sia ancora dentro di sé, in qualche oscura parte del proprio corpo e della propria mente, pronto a colpire ancora e ancora, fino a distruggere ogni cosa. È seguita con psicofarmaci ansiolitici e antidepressivi da una psichiatra.

Al colloquio appare molto desiderosa di essere compresa, consolata, accarezzata, ma anche molto timorosa di ricevere ancora un insulto, un mal-trattamento del suo caso.

Pian piano si fida e riesce a comunicare attraverso

il suo protocollo Rorschach il suo essere e il suo profondo malessere.

I TAV.) 19". Faccio un sogno ricorrente e... fa spavento questa! Sogno di essere buttata giù, giù, giù, e ci sono queste persone nere che mi tirano. È un sogno che faccio spesso dalla mia malattia: sento qualcuno nero, brutto, che mi tira, e grido di notte quando lo sogno. È bruttissimo!

II TAV.) Fa spavento anche questa, ma di meno. 26". Con le ali nere, brutto, un uccello rapace. E questo cos'è? Sangue? Non lo so. Queste non so cosa possano essere (macchie rosse)... che si è fatto male, sta cadendo, sangue.

III TAV.) 23". Due persone con un teschio, con una testa. È brutto come esame!

IV TAV.) Queste immagini sono brutte! Sogno sempre queste cose brutte! È un uccello rapace in azione come se qualcuno mi volesse possedere: sogno spesso la morte.

V TAV.) 52". Sempre un uccello rapace e grande, ma più piccolo, come se si stesse allontanando rispetto agli altri. Ma è sempre brutto! Sono animali? Mi fanno paura.

VI TAV.) 22". È come mi sento io: spezzata in due. Questo è il di sopra: dal petto in su non servo più a niente! Questa linea serve a spezzare? Mi fanno tristezza queste immagini. Potrebbe essere anche il mio cervello che sta scoppiando da un momento all'altro: è combattuto perché non sono creduta in quello che sento.

VII TAV.) Qualcosa si sta frantumando, una stoffa che si è consumata: un pezzo di



stoffa: questi sono i pezzi.

VIII TAV.) 34". Niente. L'utero. Animali che salgono. Mi sento agitata a vedere la l'immagine.

IX TAV.) (Confabulazione: parla della l'immagine e del suo sogno ricorrente). 14"Una spina dorsale; intorno ciò che succede nel mio organismo: organi che lottano tra loro, una confusione! Così come c'è confusione nel mio cervello.

X TAV.) Il mio cervello: a volte sento che vuole uscire tutta questa materia dalla testa. Me lo sento scoppiare così, che lo sto perdendo così.

Dal piano della percezione al piano della rappresentazione, dal piano della materia con le sue leggi fisiche a quelle del desiderio, della paura, dell'angoscia, della speranza della sua richiesta di essere compresa. C. e le sue idee di persecuzione, le sue fantasie di annientamento, di distruzione, di fagocitazione. C. e le sue difese. La rimozione, la scissione per sopravvivere al terrore, la frammentazione, la concretizzazione dei sentimenti, i riferimenti alla propria persona che entra ed esce dal contatto, che desidera manifestarsi, direttamente o indirettamente, prepotentemente e timidamente. Le sue difese che non sempre tengono, non sempre contengono la ferita narcisistica profonda, e dalle cui maglie allentate fuoriescono fiotti di processo primario come un agglomerato di sangue e di cellule impazzite, come masse tumorali bisognose di un contenimento.

CONCLUSIONE

Dall'analisi dei vissuti interiori di C.B., scaturiti dalla semplice esposizione a immagini evocative e proiettive, è possibile constatare quanto sia di basilare importanza che tra il medico e il paziente si instauri un rapporto di vicendevole empatia, che prevarichi il limite legato al ruolo rivestito da uno rispetto all'altro, con il fine ultimo di permettere

ai pazienti di sentirsi accolti, supportati e tutelati dal medico. Il metodo Rorschach, in questo caso in particolare, ha permesso di delineare in maniera limpida e sincera la fragilità interiore della donna, vessata non soltanto dalla malattia, ma anche da una svalutazione del Sé e della propria figura, provocata dalla scarsa empatia del medico, da cui si è sentita manipolata come un "oggetto".

È necessario, alla luce di quanto emerso dal caso e dalla rassegna letteraria presentata, che i medici o gli organi sanitari in generale vengano dotati degli strumenti adeguati all'accoglienza e al sostegno non soltanto delle donne con questa problematica, ma dell'intera utenza, poiché tali rapporti devono essere intesi come parte integrante del processo di cura, di guarigione e di riabilitazione e, pertanto, influiscono notevolmente sulla capacità del malato di far fronte a questi aspetti.

BIBLIOGRAFIA

- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing*. New York: McMillan.
- Andersen, B.L., Anderson, B., & De Prose, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *J Consult Clin Psychol*, 75 (6), 683-91.
- Anfossi, M. La femminilità ferita e ritrovata. Gruppi esperienziali per donne operate al seno. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 46, 38-51.
- Annlo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 241-248.
- Bert, G. (2006). Per un miglior rapporto tra medico e paziente: un traguardo possibile. *Recenti Progressi in Medicina*, vol. 97, (10), 548 - 555.
- Böhm, E. (1998). *Manuale di Psicodiagnostica di Rorschach*.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S. et al. (2004). Then and now: quality of life of young cancer survivors. *Psychooncology*, 13 (3), 147-60.
- Britten, N., Ukoumunne, O.C., & Boulton, M.G. (2002). Patients' attitude to medicines and expectations for prescriptions. *Health Expectations*, 5, 256 - 269.
- Caplin, A., Leahy, J. (2004). The supply of

- information by a concerned expert. *Economic Journal*, 487-505.
- Carone, M. (2018). La presa in carico psicologica delle donne operate di neoplasia mammaria. *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi Puglia*, 21, 44-54.
 - Carone, M., Checo, S., & Viterbo, R. (2010). Assistenza psicologica a pazienti oncoematologici in età pediatrica e ai loro familiari". *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi Puglia*, 2.
 - Carone, M., & Ingrosso, S. (2007). L'intervento dello psicologo in un reparto di onco-ematologia pediatrica". *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 9, (1).
 - Carone, M., Pierri, G., De Candia, M.P., & Vendola, R. (2004). Il test di Rorschach in Medicina interna: attendibilità inter-test. *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi Puglia*.
 - Casadio, I. (2004). Il tumore al seno nelle relazioni familiari e l'educazione alla cura. *La Famiglia*, 225, 58-64.
 - Crotti, N. (1998). *Cancro: percorsi di cura*. Roma: Meltemi, p. 43.
 - Fobair, P., et al. (2005). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594.
 - Freud, S. (1896). *Nuove osservazioni sulle neuroprosicosi da difesa*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Ganz, P.A., Shag, A.C., Lee, J.J. et al. (1992). Breast conservation versus mastectomy: is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*, 69, 1729-1738.
 - Ganz, P.A. Coscarelli, A., Fred, C., et al. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 1996, 38(2), 183-99.
 - Graziottin, A., & Castoldi, E. (Eds.). (2000). Sexuality and breast cancer: a review. In Study J., The management of the menopause. *The millennium review*, 211-220.
 - Graziottin, A. (2009). Immagine corporea e funzione sessuale dopo un tumore al seno - Parte 1: Fattori Biologici. https://www.alessandragraziottin.it/it/div_scheda.php/Immagine-corporea-e-funzione-sessuale-dopo-un-tumore-al-seno-Prima-parte?ID=645
 - Graziottin, A. (2009). Immagine corporea e funzione sessuale dopo un tumore al seno - Parte 2: Fattori Psicosessuali. https://www.alessandragraziottin.it/it/div_scheda.php/Immagine-corporea-e-funzione-sessuale-dopo-un-tumore-al-seno-Seconda-parte?ID=6992
 - Helms, L., O'Hea, L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3), 313-325.
 - Klopfer, B., & Davidson, H.H. (1998). *La tecnica Roschach*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.
 - Lamberto, A., Levaggi, R. (2004). La comunicazione fra medico e paziente: aspetti di costo efficacia. *Politiche Sanitarie*, 5(1).
 - Liang, C.B. et al. (2002). Communication between physician and older woman with localised breast cancer: implications for treatment and patient satisfaction. *Journal of Clinical Oncology*, 20(4), 1008 – 1016.
 - Marchioro, G., Barbato, F., Azzarello, G., & Vinante O. (2005). The rorschach ink-blot test as an instrument for evaluating quality of life in breast-cancer victims. *Rorschachiana*, 27, 119-138.
 - Panzironi, G. (1993). Una donna curata dal cancro. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 20, 11-15.
 - Posavac, S.S., Posavac, H.D. (2002). Predictors of Women's Concern with Body Weight: The Roles of Perceived Self-Media Ideal Discrepancies and Self-Esteem. *Eating Disorders*, 10, 153-160.
 - Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostics: a diagnostic test based on perception*. New York: Grune & Stratton.
 - Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Oxford, England: Kegan Paul.
 - Schover, L.R., Yetman, R.J., Tuason, L.J. et al. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54-64.
 - Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour research and therapy*, 32(5), 497-502.



AsudIdee



COLMARE

Antonella Battista

Fotografa sportiva,
Founder A.S.D. AsudIdee

Daniela Paparella

Psicologa, Psicomotricista, Terapista
TMA, CO-Founder A.S.D. AsudIdee

Francesco Vito Iannone

Ingegnere, Responsabile
Marketing e Amministrativo

RIASSUNTO

AsudIdee è un'associazione dilettantistica sportiva, vincitrice del bando PIN "Pugliesi Innovativi", che si impegna in progetti ad impatto sociale mettendo in relazione fotografia, psicologia e sport per valorizzare il nostro territorio attraverso il mare.

Il progetto ColMare nasce dal desiderio di creare un contesto di supporto per bambini e ragazzi che vivono possibili condizioni di particolare disagio.

PAROLE CHIAVE

Fotografia, psicomotricità, sociale, sport, bando PIN, Regione Puglia

COLMARE 1ª EDIZIONE

La prima edizione, del laboratorio ha visto il coinvolgimento e la partecipazione di 20 bambini di 4° e 5° elementare della scuola primaria Marconi di San Cataldo.

Il laboratorio della durata di 6 mesi (gennaio - giugno 2018) si è sviluppato in due fasi:

1ª Fase

- In aula, con Antonella Battista, sono state introdotte nozioni di teoria e storia della fotografia e funzionamento della macchina fotografica;

- In palestra, con Daniela Paparella, è stata svolta un'attività psicomotoria attraverso percorsi e giochi educativi in base a differenti temi affrontati durante le lezioni teoriche.





2ª Fase

- Presso il Centro Universitario Sportivo di Bari sono state effettuate attività motorie di nuoto, canoa, canottaggio e vela affiancate dall'attività fotografica dei bambini svolta in base al tema assegnato dal tutor;
- In aula attraverso gli scatti eseguiti dai bambini è stata svolta "un'analisi e ricostruzione del vissuto".





Con questo connubio i giovani partecipanti hanno potuto provare due forme di espressione, quella più fisica e quella più mentale, e acquisire una maggiore consapevolezza e conoscenza di sé stessi. Inoltre, hanno attivato uno spazio di ricerca e sperimentazione raccontando qualcosa di sé con i loro scatti fotografici e acquisito valori etici fondamentali attraverso pratiche, promuovendo competenze relazionali, di problem solving, di rispetto di sé, dell'altro e del gruppo. Ricerche vedono la fotografia e la psicologia in simbiosi considerandole ambedue come linguaggi comunicativi della condizione di disagio psicologico.

CONCLUSIONI

L'analisi fotografica che è stata supportata da un'analisi psicomotoria, ha dimostrato una buona

conoscenza del mezzo fotografico, ed un buon livello di apprendimento delle basi fotografiche. Le foto nella maggior parte dei casi, realizzate spesso sotto forma di gioco a squadra, hanno avuto una risposta positiva sulle tematiche richieste. Dalle foto si è potuto evincere una capacità di osservazione, ed attenzione all'immagine. Il loro occhio frutto di allenamento svolto con diverse tematiche, e con lo studio dei colori, del movimento, del ritratto e autoritratto, dei particolari e delle somiglianze e differenze si è abituato a studiare l'immagine a 360 gradi, osservando ogni dettaglio, non tralasciando nulla, e abituandosi a vedere anche oltre ciò che l'immagine raffigura in sé per sé. Ricercare nella foto un aspetto emozionale, in grado di riuscire a leggere ciò che è sempre inespreso visivamente, ma solo mentalmente.

Questo ha permesso loro di esprimersi, iniziando a conoscere aspetti del proprio carattere mai conosciuti prima, acquisendo una maggiore sicurezza in se stessi, autostima e consapevolezza del proprio corpo, e di cosa si è capaci di mostrare in delle foto, risultate considerate fino ad ora solo pezzi di carta o immagini digitali.

I nostri bambini hanno realizzato una nuova esperienza, ricca di emozioni e di attività psicomotorie in base a degli obiettivi raggiungibili e tangibili in maniera tale da garantire il loro successo, quindi l'esperienza favorevole, stimolando al tempo stesso le funzioni che si intendevano potenziare: giochi strutturati come il puzzle e il jenga per sviluppare abilità prassiche e visuo-spaziali; giochi di società come il gioco della tombola, del domino per sviluppare il rispetto delle regole e di tolleranza alla frustrazione; giochi di percezione sia motoria come eseguire una lettera dell'alfabeto da soli o in coppia con molte difficoltà di esecuzione, sia corporea come il riconoscere il compagno al solo contatto delle mani; giochi di imitazione e di role playing importanti per l'apprendimento e l'osservazione.

Abbiamo potuto constatare che l'Istituto Marconi, situato in una zona periferica di Bari, se pur in un quartiere in forte crescita, ospita delle situazioni familiari molto difficili. I bambini della 4° e della 5° classe si conoscono sia dai primi passi scolastici e hanno creato un gruppo affiatato sia all'interno della scuola che nel tempo libero. Abbiamo

imparato a conoscerli, a capire i loro comportamenti d'aiuto, ad assecondare la determinazione di alcuni di metterci costantemente alla prova, e siamo state ripagate con l'affetto e l'ascolto.

Un ambiente di classe che incoraggi il confronto attivo e mostri ai bambini che il loro contributo ha valore e viene rispettato potrà fare molto per accelerare questo processo.

Le attività in cerchio, sono state utili per l'ascolto immediato, alla verbalizzazione libera, spontanea per descrivere le azioni motorie, ma anche i contenuti emotivi. Ogni sguardo, commento, azione, ha avuto il potere di incoraggiare la spontaneità e la creatività come per esempio nel creare il loro **DIARIO DI BORDO** con le loro foto e le loro didascalie. Incoraggiarli nello scrivere la loro esperienza, nel creare qualcosa con le loro mani e vedere come interagivano l'uno con l'altro, è stato molto emozionante.

COLMARE 2ª EDIZIONE

Il nuovo laboratorio si svolgerà con lo stesso obiettivo e stesse fasi, rispetto al primo, ma con caratteristiche differenti. Vi invitiamo a scoprire tutte le nostre novità sul profilo facebook del nostro progetto.

SEDI OPERATIVE 1ª EDIZIONE

- Istituto Comprensivo "San Giovanni Bosco - Melo da Bari - Scuola Marconi"
- Centro Universitario Sportivo di Bari





PERCORSI TERAPEUTICI DI CONSAPEVOLEZZA PER GLI AUTORI DI VIOLENZA CONTRO DONNE E MINORI

IL PROGRAMMA ANTIVIOLENZA FRIDA KAHLO

Rita Russo

Direttrice della
Casa Circondariale di Lecce

Marika Massara

Psicologa-psicoterapeuta,
Coordinatrice Rete Antiviolenza Sanfra

Emanuela Soleti

Psicologa-psicoterapeuta,
Centro Antiviolenza Bari Rete Sanfra

Dalila Manti

Psicologa, esperta
in psicologia Giuridica

RIASSUNTO

Il presente contributo intende illustrare un intervento realizzato presso la Casa Circondariale di Lecce dalla Cooperativa "Comunità S.Francesco"-Cav "Il Melograno" di Parabita, realizzato con il finanziamento della Regione Puglia-Programma Antiviolenza "Frida Kahlo" presentato dall'Ambito Territoriale di Martano (LE).

Il progetto "Frida Kahlo" è rivolto ai detenuti autori di violenza sessuale e domestica contro le donne e i minori e si pone come obiettivo principale la prevenzione della recidiva attraverso percorsi rieducativi articolati in attività di gruppo e individuali. Il lavoro si sviluppa su vari

livelli d'intervento che prevedono l'acquisizione di abilità sociali, lo sviluppo di abilità di coping e di gestione dello stress, la ristrutturazione delle distorsioni cognitive e la revisione critica del reato commesso. Il trattamento poggia sul principio della responsabilità penale personale che prevede il riconoscimento della propria condotta criminale, comprendendo l'origine del problema e affrontando il danno cagionato alla vittima. Il progetto, attivato nel mese di marzo 2016, ha avuto una durata di 12 mesi e si è concluso con una conferenza stampa svolta presso la Casa Circondariale di Lecce a dicembre 2017, alla quale hanno partecipato anche i detenuti.

PAROLE CHIAVE

Sex offenders, trattamento psicoeducativo, recidiva.

PREMESSE TEORICHE

La costante crescita di reati di natura sessuale e aggressiva contro le donne e i minori ha imposto una riflessione sul trattamento del reo e sulle misure di prevenzione della recidiva quali strumenti di prevenzione terziaria, esplicita all'interno di misure di controllo sociale quali la detenzione in carcere. Il programma antiviolenza diviene un'importante occasione in cui il detenuto può confrontarsi con se stesso, riconoscersi in quel comportamento antisociale, assumere le proprie responsabilità accedendo ad una dimensione non più distorta di sé, allentando la possibilità di reiterare fantasie sessuali devianti. Il trattamento intramurario risulta, allora, fondamentale per prevenire la recidiva, sebbene gli interventi rieducativi non siano semplici a causa della multifattorialità del comportamento violento e/o sessuale deviante e della scarsa motivazione e disponibilità del reo ad essere supportato nell'eventuale processo di cambiamento. Il trattamento deve puntare all'analisi delle componenti del comportamento criminale in linea con la capacità cognitiva di apprendimento delle attività erogate e con le caratteristiche di personalità del reo.

Dal punto di vista clinico è intuitivo che i comportamenti abusanti si attivano, a volte, in comorbilità con particolari disturbi di personalità: il Disturbo Antisociale di Personalità, il Disturbo Borderline di Personalità e il Disturbo Narcisistico di Personalità. Secondo il DSM-V il primo è tipicamente contraddistinto da un deficit empatico, impulsività, irritabilità e aggressività, mancanza di rimorso e per questo le condotte devianti sarebbero caratterizzate da atteggiamenti coercitivi e dalla mancanza di assunzione di responsabilità. Il Disturbo Borderline invece si riferisce ad una modalità pervasiva delle relazioni interpersonali e ad un'immagine di sé instabile, a comportamenti impulsivi dettati da un'erronea codifica della regolazione affettiva. L'agito criminale sarebbe mosso dall'esperienza di rigetto e dall'impegno costante

ad evitare l'abbandono. Il Disturbo Narcisistico di Personalità, infine, è caratterizzato da un quadro di grandiosità, mancanza di empatia e attività manipolatorie dirette a raggiungere gli scopi prefissati. In questo caso l'agito deviante sarebbe supportato, in parte, dal concepire i propri bisogni come più importanti rispetto a quelli degli altri e l'offender, nel tentativo di nascondere la bassa autostima e l'insicurezza. Queste considerazioni non intendono trovare un nesso di causazione tra reati sessuali e disturbi psicopatologici poiché i sex offenders rappresentano una categoria eterogenea suddivisa in varie tipologie rispetto alle caratteristiche di personalità e motivazioni che spingono alla commissione dell'evento delittuoso. Alcuni studi hanno, per esempio, esaminato la relazione tra caratteristiche di personalità psicopatica e comportamento sessuale aggressivo (Porter et al., 2002), individuando nel deficit empatico, nella mancanza di vergogna e senso di colpa, nell'egocentrismo e manipolazione il nucleo caratteristico del sex offending.

In questa sede è importante sottolineare che, superando le categorie nosografiche, è necessario un lavoro che sovverta le regole comportamentali e di pensiero che hanno mosso il reo, agendo sia su un cambiamento di tipo culturale in cui la violenza diviene l'unica via comunicativa e comportamentale intrapresa, sia sull'attività di relapse prevention del reato sessuale. Difatti la violenza fisica/sessuale nasce, anche, da una matrice culturale che poggia su modelli arcaici, in cui emerge come "normale" il senso di possesso della donna privata del suo status di essere umano e intrappolata in una dimensione oggettuale. Come sostenuto da Barbaree e Marshall (1984) il reato sessuale è riconducibile anche a fattori situazionali in cui le esperienze educative passate acquistano rilevanza nell'insorgenza di un comportamento antisociale. L'analisi si rivolge alla ricerca di eventuali esperienze di trascuratezza e abuso pregresse, accompagnate da processi di socializzazione disfunzionali che hanno permesso l'instaurarsi di risposte comportamentali aggressive, di pattern relazionali inadeguati, di difficoltà a intraprendere e mantenere relazioni intime sane



e scarso controllo emotivo (Patterson et al. 1989). L'attività di prevenzione della recidiva, inoltre, necessita dell'analisi degli eventi antecedenti l'agito deviante, quelli cioè che riguardano l'attenzione al pensiero e alle emozioni provate in modo da fornire adeguati strumenti di autogestione e supervisione dei comportamenti disfunzionali, di riconoscimento delle condizioni ambientali e dei rinforzi che favoriscono l'azione deviante.

Petrucci e Pedata (2008) individuano i seguenti fattori di rischio:

1. fattori storici: la storia personale passata, i precedenti penali, le ospedalizzazioni, la scarsa compliance al trattamento;
2. fattori costituzionali: le caratteristiche di personalità;
3. antecedenti contestuali di violenza: i bisogni criminogeni, la mancanza di supporto e reti sociali;
4. fattori clinici: eventuali diagnosi psichiatriche e l'abuso di sostanze.

Si punterà, inoltre, al potenziamento delle abilità di coping attraverso un focus attentivo sugli impulsi fisici ed emotivi esperiti e sulla capacità di modificare le distorsioni cognitive che autorizzano il comportamento deviante. È auspicabile l'implementazione di programmi trattamentali che favoriscano, quindi, lo sviluppo della capacità empatica in modo da fornire al sex offender un adeguato supporto nella gestione di relazioni sociali sane e di comportamenti moralmente accettabili. L'abilità empatica appare fortemente compromessa sia a causa dei meccanismi di negazione tipici dell'aggressore che dell'attivazione di un'impalcatura difensiva che lo protegge dall'autostigmatizzazione. Infatti una storia personale contraddistinta da un comportamento antisociale, dal deficit di presa di prospettiva dell'altro associata a scarsa empatia rappresentano condizioni favorevoli un comportamento criminale (Hare, 1970). L'analisi del comportamento abusante si muove in un ambito complesso che tiene conto anche di altri fattori quali le distorsioni cognitive, l'inadeguatezza sessuale e personale,

l'autostima, il senso di autoefficacia, il funzionamento sociale, il disimpegno morale, le razionalizzazioni e la neutralizzazione delle inibizioni. Il ruolo delle distorsioni cognitive è importante nell'esordio e mantenimento del comportamento abusante in quanto autorizza l'offender a interpretare le informazioni relative alla vittima in maniera distorta e a renderle coerenti con i propri pattern cognitivi. L'aggressore si affida, quindi, a informazioni e giudizi sul comportamento della vittima, anche nella fase antecedente il passaggio all'atto, che diventano supporto giustificativo esimendolo dalla percezione della colpa, disimpegnandosi moralmente. I rapporti di responsabilità nell'ottica del sex offender sono sovvertiti ed è necessario un intervento che problematizzi la condotta fonte di appagamento, introducendo il punto di vista della vittima e ponendo la logica della vittimizzazione al centro del trattamento stesso. In particolar modo i sex offenders si servono di meccanismi di negazione del reato come tentativo di appellarsi ad attenuanti circostanziali che limitano la negatività delle conseguenze, come tentativo di spostare la responsabilità verso altri, verso condizioni personali o contestuali che hanno obbligatoriamente causato l'abuso, minimizzando il peso delle azioni antisociali intraprese e del reale danno cagionato alla vittima. Quest'ultima è deumanizzata e privata del rispetto che meriterebbe, effettivamente essa non è percepita come persona che ha subito un danno. Le distorsioni cognitive devono essere adeguatamente trattate e messe in discussione in modo da percepirne l'inadeguatezza proponendo una ristrutturazione cognitiva solida su cui poggiare il nuovo assetto cognitivo ed emotivo. Utile risulterà anche un lavoro sul recupero delle competenze relazionali compromesse in cui il sex offender risulta incapace di interpretare correttamente i segnali provenienti dall'altro e dal contesto e deficitario nella capacità di pianificazione e previsione del comportamento altrui. Ward, Gannon e Keown (2006) propongono un modello che spiega il contenuto delle distorsioni cognitive riconducendolo a sette categorie di false credenze:

1. incontrollabilità: il sex offender si percepisce come incapace di controllare la sua vita, così che le sue azioni devianti vengono giustificate da forze interne (desideri e impulsi) o esterne (altre persone) che risultano pervasive;
2. mondo pericoloso: l'individuo è mosso dalla credenza di un mondo ostile e aggressivo da cui proteggersi e si rifugia in relazioni con bambini fonte di sicurezza e innocenza;
3. autorizzazione: l'esaltazione delle proprie caratteristiche personali e sociali portano l'individuo a sentirsi superiore e quindi autorizzato ad anteporre i suoi bisogni a quegli degli altri. In questo modo l'offender si sente legittimato ad agire;
4. donne impossibili da conoscere: le donne sono etichettate come manipolatrici e malvage e quindi le relazioni assumono una valenza sospettosa;
5. donne come oggetti sessuali: la femminilità viene inevitabilmente accostata al desiderio sessuale, così che l'offender giustifica le sue azioni ammettendo che il rifiuto in realtà nasconde la volontà di intraprendere rapporti sessuali;
6. bambini come esseri sessuali: i bambini vengono percepiti come capaci di comprendere le attività sessuali e dato che l'offender concepisce il sesso come benefico si rifà a tentativi di educazione e controllo del bambino;
7. natura del danno: l'attività sessuale con i bambini è vista come priva di danno rispetto ad azioni peggiori come l'aggressione fisica.

Sulla base di queste premesse risulta fondamentale considerare non solo le condizioni sociali, familiari, scolastiche, ma è indispensabile prendere in esame le variabili individuali coinvolte nell'agito criminale: l'intenzionalità che orienta il comportamento (Bruner, 1992; Von Cranach, Harrè, 1991), le regole determinanti l'agire, le convinzioni sociocognitive, tra cui anche il senso di autoefficacia e le strategie di disimpegno morale (Bandura, 1996), le abilità relazionali, emotive e comunicative (Barbaranelli, Regalia, Pastorelli, 1998; Adamo, Valerio, 1997; De Leo, 1998).

IL PROGETTO FRIDA KAHLO E LE FASI OPERATIVE

Il progetto "Frida Kahlo" nasce per arginare il fenomeno della devianza, prevenire la recidiva in autori di violenza sessuale e domestica attraverso percorsi terapeutici di consapevolezza finalizzati ad una revisione critica del reato commesso. La metodologia psicoeducazionale adottata è in grado di fornire al detenuto gli strumenti per identificare quei campanelli d'allarme che precedono l'evento criminale monitorando i processi cognitivi, motivazionali, affettivi e sociali connessi al controllo dei comportamenti intenzionali. La prima fase progettuale è stata dedicata alla raccolta anamnestica in cui gli operatori hanno acquisito informazioni familiari e personali relative alla storia delinquenziale, ai dati giudiziari e al fenomeno delittuoso e tramite la somministrazione di un questionario è stato possibile valutare le aspettative in funzione di un cambiamento futuro. I colloqui individuali sostenuti in questa fase preliminare hanno avuto l'obiettivo di approfondire la motivazione al cambiamento e indirizzare il detenuto verso l'adesione ad un patto trattamentale, condividendo le finalità e le metodologie da intraprendere. L'iter progettuale è stato monitorato tramite questionari sottoposti ai partecipanti per valutare il gradimento e gli obiettivi raggiunti. Perché il lavoro di gruppo è importante? Il gruppo è concepito come un contesto psico sociale all'interno del quale convogliano vissuti personali e collettivi e in cui è possibile attivare il confronto con l'altro. È il setting trattamentale capace di contenere, ed eventualmente elaborare, l'esperienza emotiva e rieducativa garantendo ai membri maggiore possibilità di apprendimento dei contenuti espressi. È possibile, inoltre, sperimentare l'attività di rispecchiamento assumendo come propria la problematica espressa dall'altro, connessa all'azione deviante riconosciuta come maladattiva.

Il lavoro di gruppo offre possibilità di crescita e di confronto, in cui il partecipante non rimane semplice ascoltatore ma assume un ruolo attivo nella gestione dei contenuti proposti dedicandosi al dialogo attivo e al mutuo sostegno. Nel gruppo è inoltre possibile attivare la riflessione e la



razionalizzazione dei conflitti e assumere atteggiamenti sociali maturi, ovviamente il tutto sarà possibile solo dopo previa acquisizione della capacità di esprimere, ascoltare e comprendere l'altro. Inoltre il lavoro di gruppo è fondamentale per superare l'ansia, il disagio, la scarsa motivazione e le resistenze tipiche del sex offender. Garantisce il confronto con esperienze comuni e tramite la discussione con l'altro è possibile comprendere criticamente il reato commesso e riconoscere l'inadeguatezza del proprio modo di pensiero e delle proprie strategie comportamentali disfunzionali. Importante è far parlare il detenuto di sé come persona che ha commesso un'aggressione sessuale e non etichettarlo come aggressore sessuale in quanto ciò potrebbe generare vergogna e bloccare l'eventuale cambiamento. Di contro considerare se stesso come qualcuno che ha commesso un reato favorirebbe il senso di colpa e la disponibilità al cambiamento tramite attività riparatorie. Raccontando i dettagli dell'aggressione attuata il detenuto rivela anche le sue errate percezioni e atteggiamenti, tutto diviene quindi oggetto di discussione. Il trattamento diviene, quindi, reciproco in quanto ognuno impara a leggere criticamente i pensieri, atteggiamenti e percezioni degli altri, fino a che sarà in grado di ragionare su se stesso, sui propri comportamenti e pensieri in modo esplicito e diretto. I feedback ricevuti dagli altri partecipanti divengono elementi fondamentali d'analisi poiché raccontano anche l'esperienza personale e il proprio pattern cognitivo.

Le fasi operative del progetto sono le seguenti:

1. Fase dello sviluppo delle abilità sociali

Lo scopo di questa fase è stato il potenziamento delle social skills attraverso l'acquisizione di uno stile comunicativo efficace, un miglioramento della capacità di stare con gli altri e lo sviluppo dell'abilità di ascolto attivo. L'intervento ha fatto leva sul recupero consapevole di quelle competenze personali che afferiscono alla sfera relazionale. Sono stati attivati laboratori dedicati alla conoscenza di sé e presentazione agli altri attraverso giochi psicologici in grado di ampliare il ridotto vocabolario con cui ognuno dei partecipanti

ha descritto se stesso, attingendo anche a eventi di vita privata e non solo a variabili prettamente detentive. Durante questa fase, inoltre, è stato possibile sviluppare le abilità di ascolto attivo e il rispetto dei turni di parola attraverso la costruzione condivisa di regole che hanno poi scandito tutti gli incontri successivi. Il lavoro sulle varie forme comunicative, soprattutto di matrice non verbale in cui il non detto acquista rilevanza nelle relazioni interpersonali, ha permesso di dimostrare come alcune forme di comunicazione possono risultare inefficaci e divenire veicolo di messaggi facilmente fraintendibili.

2. Fase della gestione dei conflitti

Questa fase è stata dedicata all'analisi delle emozioni provate, ampliando il ventaglio di emozioni a cui ci si può riferire. Di ogni emozione è stato possibile analizzarne l'attivazione fisiologica, quindi le modificazioni fisiche di cui non sempre si è consapevoli ma anche lo stato mentale ad essa correlato. La somministrazione di compiti che prevedevano la discriminazione tra ciò che rappresenta pensiero, emozione e situazione ha permesso di imparare a riconoscere le proprie risposte emotive e avere un supporto nell'individuazione e correzione di eventuali pensieri disfunzionali. Attraverso la visione di cortometraggi è stato possibile affrontare il tema del controllo degli impulsi e della gestione dello stress. La rabbia risulta essere l'emozione maggiormente esperita e riconosciuta che determina l'impulso ad agire, attraverso l'attività di role playing è stato possibile calare la rabbia in situazioni sociali specifiche in cui si è attivata la costruzione consapevole di modelli comportamentali alternativi.

3. Fase prevenzione della recidiva

A questo livello l'intervento multidimensionale ha puntato sulla problematizzazione del comportamento deviante introducendo il punto di vista della vittima tramite la discussione attiva sul tema della violenza che fa leva sul recupero della capacità empatica. Sono stati proposti



esercizi dedicati alla capacità di mettersi nei panni della vittima sia tramite la stesura di una lettera indirizzata ad una vittima immaginaria sia grazie alla discussione di eventi di cronaca realmente accaduti che permettono di accedere ad una dimensione meno distorta dei pattern cognitivi che portano il sex offender a giustificare o negare un comportamento sbagliato. Il detenuto è chiamato ad affrontare una ristrutturazione cognitiva in grado di sovvertire le regole comportamentali di cui finora si è servito per lasciare spazio ad una buona capacità adattiva dettata dalla disponibilità a valutare alternative comportamentali utili ad attivare azioni funzionali alla convivenza sociale. La comprensione del danno e della sofferenza arrecata alla vittima favorirebbe un allentamento della resistenza e una presa di consapevolezza del reato commesso in un'ottica di prevenzione della recidiva.

4. Fase di analisi delle competenze lavorative

Attraverso la partecipazione a colloqui individuali e attività di gruppo è stata effettuata l'analisi delle potenzialità personali, familiari e contestuali, un orientamento al lavoro attraverso la redazione di un curriculum professionale.

Anche in questo caso il lavoro terapeutico ha proposto interventi diretti al riconoscimento delle aree di funzionamento sane tra cui la valorizzazione delle qualità di ognuno in un'ottica di bilancio delle competenze professionali. Naturalmente è stata garantita la precedenza a chi era prossimo alla scarcerazione.

Parallelamente alle attività gruppal, i detenuti hanno avuto la possibilità di raccontarsi durante i colloqui individuali, visti come spazio di confronto e dialogo in cui poter ricevere un adeguato supporto. Un momento per ricostruire il reato tramite l'ausilio di un esperto che funga da supporto nella consapevolezza di quei registri emozionali disfunzionali correlati al reato stesso. Il colloquio clinico, infatti, si pone come un momento d'analisi in cui è possibile comprendere il ruolo giocato dai fattori sociali e dalle esperienze di vita in interazione con le caratteristiche psicologiche dell'individuo, un mezzo per giungere alla comprensione delle motivazioni che hanno definito l'azione deviante.

DESTINATARI

All'avvio del progetto i destinatari erano 11 detenuti ubicati nella 3 sezione del blocco R2 della



Casa Circondariale di Lecce, selezionati in base alle seguenti variabili: età, posizione giuridica, fine pena e motivazione al cambiamento. Durante la realizzazione dell'attività trattamentale 1 detenuto ha abbandonato il progetto in seguito al primo incontro, 3 detenuti si sono ritirati dopo alcuni mesi di lavoro, 1 detenuto ha ottenuto l'affidamento in prova, i restanti 6 hanno concluso le attività previste e hanno partecipato alla restituzione dei risultati raggiunti durante la conferenza stampa svoltosi in carcere.

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Composta da una psicologa, una psicoterapeuta, un esperto della comunicazione, un educatore e un'assistente sociale.

CONCLUSIONI

I colloqui individuali sono stati principalmente orientati a verificare ed ampliare il vocabolario emozionale del detenuto, passando attraverso la "facilitazione" di una narrazione via via più ricca ed articolata tesa a migliorare la messa a fuoco di capacità relative alla identificazione di emozioni disfunzionali, al fine di costruire un'impalcatura di sostegno in vista di programmi utili alla gestione o modificazione dei comportamenti emotivi disadattivi.

Allo stato si è osservata la presenza nei detenuti di un ridotto (scarno, poco variegato) vocabolario emozionale che, verosimilmente, ha contribuito (nella storia pregressa dei soggetti) a determinare scarsa consapevolezza nel processare contenuti di specifici registri emozionali correlati al comportamento-reato. È emerso inoltre un ricorso frequente al meccanismo difensivo della negazione e dell'attribuzione causale all'esterno.

Lo strumento ampiamente utilizzato è stato il colloquio clinico, al fine di avviare nel soggetto un processo di ristrutturazione cognitiva dei vissuti emozionali: di grande aiuto è risultata la scheda di raccolta dati che – utilizzata strategicamente dalla psicologa – ha rappresentato un valido strumento in grado di principiare in alcuni detenuti, un processo di consapevolizzazione, sicuramente

prodromico di eventuale cambiamento.

Per ciò che riguarda i successivi incontri di gruppo, attraverso la visione di cortometraggi e video appositamente selezionati ed utilizzati come stimolo, è stato possibile affrontare il tema del controllo degli impulsi e della gestione dello stress e della collera. Ai detenuti è stato poi assegnato un compito che consisteva nella somministrazione di una lista di affermazioni dalla quale emerge la capacità di discriminare tra pensieri/emozioni/situazioni in modo da imparare a riconoscere le proprie risposte emotive e avere un supporto nell'individuazione e correzione di pensieri disfunzionali.

Il deficit empatico si avalla nel repentino spostamento di prospettiva in cui tutti si inquadrano come vittima di una macchinazione ad opera di una donna vendicativa, donna manipolatrice che utilizza lo strumento della denuncia di abuso come mezzo per ottenere qualcosa in cambio (soldi ad esempio).

La maggior parte dei detenuti ha continuato a sostenere la "teoria del complotto" tramite racconti caratterizzati da freddezza emotiva che determina l'estraniamento dal reato, le storie sono narrate esclusivamente da un punto di vista processuale che si appella all'insussistenza di prove. Alcuni partecipanti, però, hanno iniziato gradualmente ad esporre le vicende criminali attraverso una visione consapevole delle sofferenze arrecate all'altro, ottenendo un immediato feedback sulla condannabilità del reato perpetrato grazie ad una buona abilità di riflessione su di sé.

In alcuni partecipanti, permane un atteggiamento di negazione del fatto reato e radicato in una cultura di discriminazione basata sul genere.

Gli stereotipi relativi ai ruoli sociali di donne e uomini e di ciò che a ciascuno è consentito, risultano influenzare profondamente le condotte di questi soggetti.

Nonostante questi aspetti, sui quali si è concentrata la prosecuzione del lavoro, tutti i detenuti si sono mostrati collaborativi e partecipativi, offrendo contributi al lavoro di gruppo.

Parallelamente alle attività di gruppo, sono proseguiti i colloqui individuali con i detenuti, con

cadenza settimanale che hanno offerto agli stessi la possibilità di ritagliarsi uno spazio psicologico individuale in cui raccontarsi e ricevere adeguato supporto.

Nei percorsi individuali si è lavorato sul cercare di sviluppare le capacità empatiche ed in particolar modo nel mettersi nei panni della vittima. I detenuti nella maggioranza dei casi tendono a minimizzare e giustificare i comportamenti violenti, spesso radicati all'interno di una cultura che vede la donna come soggetto inferiore e le condotte violente come espressione di forza. Tali aspetti culturali appaiono il focus di una eventuale prosecuzione del nostro intervento, così come lo sviluppo dell'empatia e la gestione delle emozioni conflittuali.

I detenuti utilizzano lo spazio individuale come possibilità di confronto e di dialogo e, pur con i presenti limiti culturali, mostrano di giovare del percorso intrapreso.

Nel mese di marzo 2017 è stata attivata la fase di analisi e sviluppo delle competenze lavorative tramite colloqui individuali ed in piccoli gruppi. Questa fase del progetto è stata promossa attraverso incontri individuali e di gruppo, in cui sono stati coinvolti per primi i detenuti prossimi alla scarcerazione, è stata effettuata l'analisi delle abilità e delle potenzialità personali, familiari e del contesto socio-ambientale di previsto rientro; orientamento al lavoro, preparazione di un curriculum, informazioni sulle agenzie sociali e di avviamento all'impiego ed alla formazione professionale.

Gli incontri laboratoriali di gruppo hanno previsto un lavoro su uno scritto finale realizzato dai detenuti stessi all'interno del laboratorio che è stato presentato nella fase conclusiva del progetto alla presenza delle Autorità nel mese di dicembre 2017. Questa occasione ha consentito ai soggetti di poter fornire una restituzione del lavoro svolto ed ha avuto un'immediata ricaduta in termini di autostima e autoefficacia percepita.

Circa i risultati rilevati sia dai questionari di autovalutazione dei detenuti che dalle valutazioni degli operatori, emerge un lavoro significativo con alcuni detenuti, ma anche la difficoltà a creare

spazi di lavoro e di elaborazione laddove vi era un atteggiamento molto forte di negazione del reato commesso e di qualsiasi responsabilità relativa a quanto accaduto.

Probabilmente, per questi detenuti, la presenza di possibili limiti cognitivi e culturali unitamente a false credenze radicate nella personalità, hanno limitato l'impatto degli interventi svolti.

Al fine di strutturare programmi adeguati al reinserimento sociale dell'individuo è fondamentale sia la valutazione del rischio di recidiva (risk assessment) attraverso la stima dei fattori di rischio della condotta deviante sia la gestione del rischio di recidiva (risk management), cioè la valutazione della probabilità che un individuo commetta lo stesso reato in un certo arco di tempo. È auspicabile un tipo di intervento che analizzi i bisogni criminogenici cioè quei fattori di rischio, psicologici e sociali, implicati direttamente nella manifestazione del comportamento antisociale e che preveda l'analisi delle competenze cognitive e sociali e i processi di autoregolazione. Senza trascurare, naturalmente, il sistema di regole e interazioni in cui l'individuo è quotidianamente coinvolto. L'analisi della carriera criminale va letta in un'ottica interattiva di meccanismi individuali e spinte contestuali con l'obiettivo di individuare i fattori di rischio predisponenti ad un comportamento deviante. Si registra il bisogno di programmi anti violenza, anche all'interno del contesto carcerario, tesi alla lettura critica delle differenze di genere in cui si analizza il comportamento aggressivo in un'ottica di allentamento dei rigidi stereotipi sessuali. L'esecuzione penale deve porsi come un momento di reintegrazione socio-affettiva trattamentale in grado di consentire al detenuto di rielaborare il proprio agito deviante in modo che, una volta tornato in libertà, abbia strumenti utili al controllo della propria condotta evitando così situazioni che potrebbero esporlo al rischio di recidiva. Naturalmente imprescindibile risulta l'esigenza di una continuità trattamentale del sex offender dal carcere all'uscita nel mondo esterno, una presa in carico dell'individuo dai servizi del territorio diretti ad operare un controllo del comportamento deviante e una



conseguente riduzione della pericolosità sociale. Oltre alla presa in carico della vittima di violenza, la società dovrebbe consapevolmente occuparsi anche dell'implementazione di un'attività preventiva in cui il maltrattante venga, precocemente, individuato e sottoposto a trattamento psicoeducativo.

Ricordiamo, inoltre, che di fondamentale importanza risultano essere tali trattamenti psicoeducativi nei casi di violenza intrafamiliare, ove ci sia la presenza di figli minori. Recentemente, anche nelle "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età" in attuazione della legge regionale 29/2014 "Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne" e del "Piano operativo per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere"- D.G.R. 729/2015, viene riportata la necessità di procedere con opportuna valutazione del rischio prima di dar corso agli eventuali incontri protetti tra il minore e il maltrattante, comprendendo, oltre agli indicatori di rischio (Metodo SARA- Spousal Assault Risk Assessment), una attenta analisi circa la possibilità di recupero delle capacità genitoriali del padre ed anche la disponibilità dello stesso a partecipare a percorsi terapeutici e riabilitativi specifici "per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti." (articolo 16 Convenzione di Istanbul).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association –APA. (2017). Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders – 5 edition. (DSM-5).
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. In *Personality and Social Psychology Review*, 3 (pp. 193-209).
- Bandura A., Caprara G., Barbaranelli C., Pastorelli C., Regalia C., (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125-135.
- Caprara, G., Alessandri, G., Fida, R., Tisak, M., Fontaine, R. & Paciello, M., (2014). The contribution of moral disengagement in mediating individual tendencies toward aggression and violence. *Developmental Psychology*, 50 (pp. 71-85).
- Craparo, G., Petruccelli, I. (2012). *Sex offenders. Psychopatological characteristics and treatment*. In rivista di Sessuologia Clinica, XIX, 2012/2.
- Eisenberg N., Miller P., (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101, 91-119.
- Fabrizi, A., Petruccelli, I., Turella, B., & Farigu, F. (2007). *Personality characteristics of sex offenders: a research contribution*. In Rivista di Sessuologia clinica, XIV, 2007/2.
- Giulini, P., & Xella, C. M. (2011). *Buttare la chiave? La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Malti T., Krettanauer T., (2013). The relation of moral emotion attributions to prosocial and antisocial behavior: a meta-analysis. *Child Development*, 84, 397-412.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez. Y. (1999). *Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali*. Centro scientifico Editore.
- Miller, P., Eisenberg, N., (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103 (pp. 324-344).
- Petruccelli, I., Grilli, S., Bruni, J., Nimbi, F., Navarro, F., & Simonelli, C., (2015). *Psychopathic traits and cognitive distortions in sex offenders: an on site research*. In Rivista di Sessuologia clinica, XXII, 2015/2.
- Petruccelli, I., & Pedata, L. T. (2008). *L'autore di reati sessuali. Valutazione, trattamento e prevenzione della recidiva*. Milano: Franco Angeli.
- Toi Miho, Batson C., (1982). More evidence that empathy is a source of altruistic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 281-292.
- Zara, G. (2005). *Le carriere criminali*. Giuffrè.

ERRATA CORRIGE: IL PRESENTE CONTRIBUTO È VALIDO COME PUBBLICAZIONE SUL NUMERO DI GIUGNO 2018



LA DIMENSIONE AFFETTIVA DELLA RELAZIONE UOMO-ANIMALE NEL CONTESTO SCOLASTICO

Il cane è l'amico d'infanzia dell'umanità, la relazione con lui indica il livello di consapevolezza che abbiamo su ciò che siamo...

Il cane è lì di fianco a noi, completamente dato e facilmente assimilabile al nostro mondo."

Marchesini Roberto

Tiziana De Vita
Università degli Studi di Bari

Lillina Paradiso
Operatore di zoo antropologia didattica

RIASSUNTO

Il presente contributo, partendo dal concetto di zooantropologia, intesa come disciplina che si occupa di comprendere le specificità della relazione uomo-animale e la particolare tendenza di tale relazione a produrre nell'uomo effetti positivi, intende approfondire la dimensione di relazione relativa all'affettività. Emerge la necessità di attivare dei percorsi ad hoc volti a favorire l'educazione affettiva e l'acquisizione delle competenze

in tale ambito, oltre alla necessità di focalizzare l'attenzione su come l'affettività viene espressa nei diversi momenti della vita quotidiana.

Si propone un intervento intenzionale di educazione affettiva, all'interno del contesto scolastico, fondato sulla relazione uomo-animale, realizzata principalmente nella dimensione affettiva, con le diverse attività di pet-relationship che potrebbero catturare l'attenzione degli studenti e spostare il loro focus attentivo verso alterità animale e quindi



verso la relazione, verso il lavoro sulle emozioni, sugli stati d'animo e sui sentimenti e ancora verso il soddisfacimento di coordinate motivazionali filogenetiche che li condurrebbe all'acquisizione di competenze.

PAROLE CHIAVE

Pet-therapy, Educazione, Affettività, Didattica

LA RELAZIONE UOMO-ANIMALE

Partendo dal concetto di zooantropologia, intesa come quella particolare disciplina che si occupa di comprendere le specificità della relazione uomo-animale e la particolare tendenza di tale relazione a produrre nell'uomo effetti positivi, si vuole approfondire una delle dimensioni di relazione relativa all'affettività (De Vita e Paradiso, 2018). Prima di addentrarci nel cuore del discorso che riguarderà la dimensione affettiva, ricordiamo alcuni degli elementi che caratterizzano la zooantropologia e che la rendono utilizzabile all'interno dei percorsi educativi. Innanzitutto è importante rammentare la centralità della relazione tra uomo e animale intesa come rapporto dialogico che prevede l'esistenza di un piano di incontro-confronto, uno scambio continuo tra i due poli di interlocuzione. La rilevanza di tale rapporto dialogico risiede senza dubbio nell'attribuzione di soggettività anche al polo animale che viene, pertanto rispettato per la sua alterità, alterità capace di innescare cambiamenti nell'uomo. A seconda del modo in cui i due soggetti si incontrano, o meglio, a seconda delle motivazioni che spingono i due poli di interlocuzione a dialogare, la relazione si realizza in una dimensione piuttosto che in un'altra, bisogna precisare che la relazione transpecifica non si realizza mai in un'unica dimensione ma ne tocca sempre diverse, solitamente però assume caratteristiche più marcate di una dimensione anziché di un'altra. Ad esempio, una relazione che si realizza prevalentemente nella dimensione affettiva sarà caratterizzata da uno scambio di attenzioni espresse attraverso comportamenti parentali. Tali comportamenti prevedono interesse e attenzione verso l'altro, desiderio di prendersi cura dell'altro, farsi carico di responsabilità e molte altre

caratteristiche sulle quali oggi si cerca di intervenire anche attraverso i percorsi educativi formali, ovvero quei percorsi posti in essere dalle agenzie educative che hanno come obiettivo quello di rendere competenti. Infatti, la scuola oggi opera allo scopo di far acquisire competenze agli studenti e renderli, quindi capaci di vivere adeguatamente in ogni situazione e di risolvere problemi nuovi nei diversi contesti di vita. Le competenze da acquisire non sono solo connesse allo studio delle discipline e alla capacità di applicare quanto studiato teoricamente, le competenze investono anche la sfera affettiva e il modo in cui ogni studente struttura relazioni, si pone in ascolto dell'altro, gestisce emotivamente problemi e situazioni di diverso tipo. La cura della dimensione affettiva non è quindi da trascurare poiché essa incide su moltissimi aspetti della vita, dall'equilibrio emozionale ai processi di apprendimento. La relazione uomo-animale realizzata principalmente nella sua dimensione affettiva può rappresentare un efficace "strumento" volto a sostenere l'educazione emotiva, l'incontro con l'altro e l'apprendimento in generale.

LA DIMENSIONE AFFETTIVA

La dimensione affettiva ed emotiva dell'uomo è un fattore indispensabile del suo essere individuo partendo dalla dimensione biologica. Esaminare la dimensione affettiva ed emotiva dell'uomo implica studiarne la relazione tra psiche, corpo e ambiente. Tutte le esperienze che coinvolgono la corporeità e la sfera emotiva influenzano fortemente l'identità di ogni essere umano (Rosa e De Vita, 2018). In base alla condizione affettiva in cui siamo e, in base ai nostri bisogni, gli elementi del mondo circostante possono assumere valenze diverse: posso essere stimolanti, significativi o ostili. Attraverso l'affettività diamo significato ad una intima esperienza e al mondo che ci circonda. Panksepp (2012) descrive lo sviluppo dei neurocircuiti che sono alla base delle emozioni e individua sette "sistemi affettivi di base" che governano i fondamentali ambiti della vita. Questi sistemi affettivi di base si trovano nelle aree più profonde e antiche del cervello. L'attività mentale è quindi,

un'attività intimamente connessa con l'affettiva. I sette "sistemi affettivi di base" sono:

1. il sistema della RICERCA e dell'attesa;
2. il sistema della PAURA e dell'ansia;
3. il sistema della COLLERA e della rabbia;
4. il sistema del DESIDERIO SESSUALE e dell'eccitazione sessuale;
5. il sistema della CURA e dell'accudimento;
6. il sistema del PANICO/SOFFERENZA e della tristezza;
7. il sistema del GIOCO e della gioia sociale.

Secondo Pankseep, questi sette sistemi emotivi si possono dividere in due gruppi: in uno dominano emozioni negative, che consentono il comportamento di attacco e fuga, e nell'altro dominano emozioni positive, che favoriscono i comportamenti di esplorazione, socializzazione, di accoppiamento e procreazione.

Pankseep considera il sistema della RICERCA il più rilevante, poichè connesso a dimensioni quali entusiasmo, curiosità, aspettativa. Qualsiasi azione positiva che elicitava una risposta attiva, è associata a questo circuito, a sua volta associato ad aree cerebrali istintive, emotive e cognitive.

Il sistema della RICERCA fa parte del sistema dopaminergico, ed è connesso con l'ipotalamo e con la corteccia frontale, favorendo i processi cognitivi. La dimensione emozionale ha, quindi, una funzione considerevole nel processo di apprendimento. Le emozioni possono modificare l'apprendimento di conseguenza il contesto di apprendimento, diviene di fondamentale importanza. Le emozioni positive facilitano l'attivazione di processi favorevoli all'apprendimento, all'opposto delle emozioni negative che, al contrario, le sfavoriscono.

EDUCAZIONE AFFETTIVA A SCUOLA

Secondo lanes (2017) "educare all'affettività nella scuola significa attivare specifici percorsi ma anche e soprattutto, specifiche attenzioni all'affettività nei momenti più delicati della quotidianità. L'educazione all'affettività non può diventare ulteriore materia, ma dovrebbe diventare uno spazio specifico di

crescita personale, esplicito e protetto, nel contesto di un fare e vivere la scuola in un modo affettivamente sensibile". Dalle parole del pedagogista emerge la necessità di attivare dei percorsi ad hoc volti a favorire l'educazione affettiva e l'acquisizione delle competenze in tale ambito, oltre alla necessità di focalizzare l'attenzione su come l'affettività viene espressa nei diversi momenti della vita quotidiana. Secondo lanes i percorsi da attuare dovrebbero essere articolati in specifiche attività che si prestano alla documentazione e che siano replicabili, è inoltre necessario che abbiano delle finalità esplicite e che vadano a strutturarsi come un rituale da attendere. È possibile pensare ad un intervento intenzionale di educazione affettiva fondato sulla relazione uomo-animale, realizzata principalmente nella dimensione affettiva, con le diverse attività di pet-relationship che potrebbero catturare l'attenzione degli studenti e spostare il loro focus attentivo verso alterità animale e quindi verso la relazione, verso il lavoro sulle emozioni, sugli stati d'animo e sui sentimenti e ancora verso il soddisfacimento di coordinate motivazionali filogenetiche che li condurrebbe all'acquisizione di competenze.

La relazione è sempre il perno, il centro di maggiore interesse attorno al quale realizzare le diverse attività, la relazione è la dimensione fondamentale della didattica ed è la ragione per la quale una classe può diventare una comunità, ovvero un gruppo in cui ognuno è portatore di risorse emozionali, cognitive e motivazionali e ognuno pone il suo essere al servizio dell'altro.

In buona sostanza la relazione, se curata e costruita in maniera adeguata, può attivare quella che lanes definisce la "risorsa altri", insomma all'interno di un clima positivo, equilibrato e democratico in cui la cooperazione è posta in primo piano ogni componente del gruppo, sia esso uomo o animale, può fornire il suo contributo per il successo comune. Tale contributo è dato dal semplice "essere" di ogni singolo soggetto, dalle sue caratteristiche specifiche, dal suo bagaglio esperienziale, dal suo assetto emotivo e dalle sue competenze interattivo-relazionali in sostanza, nel rispetto dell'alterità di ognuno, tutti costituiscono una risorsa.



Il concetto di "risorsa altri" che ben si presta non solo alla didattica speciale ma, anche a quella generale, può essere considerato un facilitatore, se pensiamo alla logica che ci viene proposta dall'ICF, che consente il raggiungimento di diversi obiettivi tra cui quello del benessere bio-psico-sociale dell'individuo.

In quest'ottica è facile comprendere come all'interno della parola "altri" possa essere incluso anche il cane e il particolare tipo di relazione che questo è in grado di instaurare con l'uomo nelle diverse dimensioni.

In conclusione, ponendo attenzione alla relazione e nello specifico dando vita ad una relazione autentica, la classe diventa una comunità aperta ed inclusiva nei confronti dell'alterità sia essa umana o animale, diventando così un sistema resiliente in grado di fronteggiare le difficoltà derivanti dai bisogni di ogni singolo componente del gruppo stesso (Scataglini C. et al., 2016) e la comunità intesa come tale è strettamente connessa al concetto di apprendimento.

LA DIMENSIONE AFFETTIVA IN ZOOANTROPOLOGIA: EPIMELESI E ATTACCAMENTO

La dimensione affettiva "prende in considerazione un particolare tipo di interscambio basato sull'affiliazione, sull'intimità, sulla condivisione emozionale, sugli archetipi parentali, sulla protezione, sulla rassicurazione vicendevole e reciprocante, sull'offerta-richiesta di aiuto" (Marchesini, 2005). In generale, è possibile affermare che la relazione uomo-animale che si sviluppa principalmente nell'ambito della dimensione affettiva è caratterizzata soprattutto da immediatezza e spontaneità, si tratta di una relazione diretta poiché trova le sue radici in uno dei tratti predominanti e caratterizzanti dell'essere umano, ovvero quello di mettere in atto le cure parentali, che possono essere considerate una forma di manifestazione affettiva. Ne deduciamo quindi che l'affettività e le cure parentali sono strettamente connesse tra loro e come afferma Marchesini (2015) questa connessione rende l'uomo particolarmente incline

a due disposizioni, quella epimeletica e quella di attaccamento.

La disposizione epimeletica si esplicita attraverso la tendenza a porre in essere atteggiamenti di cura e di accudimento, in questo caso, nei confronti del soggetto etero specifico. Tale disposizione pone, inoltre, l'uomo nella condizione di provare soddisfazione nel compiere tali azioni. Il soggetto umano dotato di propensione all'epimelesi manifesta una particolare sensibilità alle richieste di cura e di attenzione provenienti dall'eterospecifico e prova una sorta di attrazione nei confronti dello stesso. Tale attrazione che spesso viene identificata con il termine "tenerezza" (Marchesini, 2015) in realtà è la tendenza umana a soddisfare i bisogni di cura dell'altro ed è ciò che spinge l'uomo ad aiutare un cucciolo in difficoltà o a cercare immediatamente il contatto fisico attraverso una carezza. Per tutte queste ragioni è possibile affermare che la tendenza a prendersi cura dell'altro è, per l'uomo, una "coordinata motivazionale" (Marchesini, 2015) cioè un comportamento o una propensione radicata nell'uomo stesso, poiché proveniente dalla necessità di assolvere ad un particolare bisogno filogenetico.

A livello pratico, nella relazione con il cane, la disposizione epimeletica si esplicita attraverso una serie di azioni, quali la pulizia del corpo del cane, della sua cuccia e dei luoghi in cui vive, la spazzolatura e l'occuparsi di dargli da mangiare e da bere e ancora fornirgli un'educazione che gli consenta di vivere adeguatamente all'interno dei diversi contesti di vita. Queste ed altre azioni affini possono essere racchiuse all'interno di due diverse categorie di epimelesi, quella calda e quella fredda.

L'epimelesi calda o affettiva include azioni come tranquillizzare, dar da mangiare, proteggere, accarezzare e coccolare, mentre l'epimelesi fredda è caratterizzata principalmente da azioni di accudimento e gestione, si tratta di una attenzione più distante che prevede azioni come la pulizia della cuccia, la preoccupazione per lo stato di salute e per l'educazione.

Queste azioni, per quanto semplici e banali,

concepite all'interno di un percorso educativo acquistano grande importanza poiché capaci di promuovere interesse e responsabilità nei confronti dell'altro, una maggiore sensibilità e disposizione all'aiuto.

Volendo essere più precisi l'esplicitazione della tendenza epimeletica nei confronti dell'eterospecifico promuove decentramento, diligenza, e corporeità.

Nel caso del decentramento, attraverso la relazione con il cane, il soggetto umano è portato a spostare l'attenzione su qualcosa di diverso da se stesso e ciò favorisce l'apertura verso l'altro e l'accesso alle relazioni e al mondo sociale, il focus attentivo si orienta verso i bisogni dell'altro attivando empatia e capacità di ascolto.

Per quanto concerne la diligenza, questa si realizza nel prendersi cura dell'altro. Curare richiede tempo e concentrazione, magari è necessario rispettare delle regole o un ordine preciso di esecuzione del compito. Si lavora dunque sulle capacità organizzative e gestionali, sul proprio stile operativo e sulla costruzione di azioni sequenziali che portano al raggiungimento di uno scopo ben preciso, in tal modo si costruisce un proprio stile operativo e si tengono in esercizio le diverse funzioni cognitive. Il lavoro sulla corporeità riguarda azioni come spazzolare e pulire il cane o ancora controllare e raccogliere le deiezioni. Tali azioni sono da intendere come attenzione verso il corpo nella sua totalità, questo tipo di attenzione "non ci permette soltanto di essere meno sensibili e intolleranti rispetto a ciò che è organico, ma anche di accettare

il nostro corpo in tutte le sue manifestazioni, compresa la sua vulnerabilità" (Marchesini, 2015)

Disposizione epimeletica e disposizione di attaccamento, sebbene entrambe appartenenti alla dimensione affettiva, sono in un certo senso in contrapposizione in quanto, se nel primo caso è l'uomo a porsi come base sicura nel secondo caso è il cane a svolgere tale ruolo, mentre l'uomo gli chiede di assumere il ruolo di guida e di garantirgli protezione.

La disposizione o dimensione di attaccamento vede, in qualche modo, le cure parentali come mezzo per giungere all'educazione, infatti l'adulto in questo caso rappresenta la "base sicura" che non deve essere intesa solo come un posto sicuro in cui tornare quando si è in difficoltà ma anche come una spinta alla centrifugazione (Marchesini, 2015). Quando la base sicura è in grado di infondere sicurezza e tranquillità, diventa anche capace di stimolare la centrifugazione ovvero la tendenza del cucciolo ad esplorare il mondo esterno e ad ampliare le sue esperienze.

Una buona base sicura incoraggia ad arricchire le esperienze ad entrare in relazione con l'altro e a costruire l'identità attraverso la relazione e la socializzazione. È rilevante notare che la dimensione relazionale dell'affettività produce quella che Marchesini definisce "elettività centrifugativa" ovvero ogni referente affettivo genera una diversa sicurezza o meglio genera sicurezza in un campo esperienziale diverso, pertanto ogni referente orienta verso una differente esperienza centrifugativa. Sembra quindi necessario introdurre la





presenza di più referenti affettivi e il cane può essere uno di questi referenti e favorire, per l'uomo, l'accesso ad una nuova serie di esperienze, anch'esso può essere un modello dal quale attingere. Si tratterebbe di una sorta di apprendimento per imitazione che è solitamente ritenuta una forma di apprendimento specie-specifica, in realtà sostiene Marchesini, nel momento in cui il cane fa il suo ingresso all'interno del gruppo umano si ha una sorta di apertura della struttura etografica di specie (Marchesini, 2015) e l'uomo per diventare umano ha bisogno di acquisire informazioni provenienti dal non umano.

La "comunità transpecifica" (Marchesini, 2015) che viene a crearsi ogni qualvolta uomini e animali vivono insieme prevede la possibilità che oltre al ruolo genitoriale svolto dall'uomo, anche il cane svolga il suo ruolo di base sicura orientando, a seconda delle sue specificità, l'esperienza umana verso particolari coordinate. L'uomo avrà in tal modo accesso ad aree che prima gli erano precluse e sarà possibile lavorare su nuove "zone di sviluppo prossimale".

Il modo in cui il cane svolge il ruolo di base sicura può essere vario ed espresso attraverso comportamenti differenti, il cane tranquillizza la persona mostrandogli affetto, lo spinge a compiere nuove azioni e a misurarsi con se stesso, riequilibra l'assetto emotivo attraverso un'osmosi emozionale fondata su emozioni positive, promuove esperienze nuove e diverse.

Anche la dimensione di attaccamento, come quella epimeletica, può essere fredda o calda. Quella fredda si fonda sulle esperienze che il cane può promuovere, sulle motivazioni che attiva, e sull'alleanza e la complicità che si crea tra i due poli, mentre quella calda si fonda sul legame stabilito tra l'animale e il fruitore, in questa situazione il primo ha la funzione di rassicurare e dare conferme affettive ed emotive, fornire protezione e amore. Nel caso della dimensione di attaccamento gli specifici referenziali sono quindi legati alla capacità del pet di fornire sostegno e protezione, di orientare e fornire un indirizzo, di porsi cioè, come guida nei nuovi processi esperienziali o relazionali e aiutare a sviluppare un

assetto motivazionale ed emozionale e ad attivare il sistema cognitivo.

Il pet promuove, inoltre "centrifugazione" ovvero porta il fruitore all'esterno, inducendolo a sperimentare il nuovo e al contempo promuove la costruzione dell'identità del fruitore, lavorando sui meccanismi di autoefficacia, sulle competenze relazionali e comunicative, sulla conoscenza di se stesso e del mondo che lo circonda.

CONCLUSIONI

Per fare in modo che la vita affettiva prenda un po' più "diritto di cittadinanza" (lanes, 2013), per rispondere all'attuale "emergenza educativa" (lanes, 2013) che vede bambini e ragazzi affetti da diverse forme di "analfabetismo", da quello corporeo a quello emotivo e relazione e, infine, per promuovere la "centrifugazione" e quindi una serie di esperienze che siano sempre meno "schermo-mediate" (lanes, 2013), sulla base di quanto affermato fino ad ora, è possibile proporre le attività di pet-relationship attraverso cui la relazione con l'animale può sprigionare tutti i suoi "effetti benefici".

Queste attività di pet-relationship potrebbero catturare l'attenzione degli studenti e spostare il loro focus attentivo verso alterità animale e quindi verso la relazione, verso il lavoro sulle emozioni, sugli stati d'animo e sui sentimenti e ancora verso il soddisfacimento di coordinate motivazionali filogenetiche che li condurrebbe all'acquisizione di competenze.

Le attività di pet-relationship a scuola sono una proposta innovativa in grado di interessare l'intero gruppo classe. La relazione con l'animale ha una potente conseguenza sull'affettività. "... il cane può essere un importante referente affettivo e può svolgere il ruolo di base sicura in alcune fasi della vita dell'individuo, ciò consente allo stesso di sentirsi importante e riconosciuto, protetto e rassicurato e di acquisire autonomia" (De Vita e Paradiso, 2018). L'animale favorisce l'acquisizione dell'autonomia, che sostiene il processo di "decantamento", facilitando l'empatia, le relazioni con l'esterno, la capacità di collaborare e cooperare

(De Vita e Paradiso, 2018).

È possibile ricorrere al contributo animale nel processo di sviluppo proponendo alcune attività di pet-relationship in grado di favorire la capacità del prendersi cura, di essere altruisti, di avere cura del proprio corpo, di sé e del mondo.

In conclusione, la relazione con l'animale è in grado di favorire competenze come, sicurezza, relazionalità, socialità, motivazione, affettività, psicomotricità e di favorire lo sviluppo delle abilità cognitive.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books. [Trad. it Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Boringhieri, 1972].
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. [Trad. it Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre. Torino: Boringhieri, 1975].
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books. [Trad. it Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre. Torino: Boringhieri, 1983].
- Bandura, A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Edizioni Erickson, Trento.
- De Vita T., Paradiso L., (2018). *La Pet-Therapy e la didattica inclusiva* Psicopuglia n.21 p.157-165 ISSN22394001.
- De Vita T., Rosa R. (2018). *Motor activity, corporeity, education, inclusion the perspective of a special didactics*. Italian Journal of Health Education, Sports and Inclusive Didactics, Educating to the body for health and proper development, Anno 1 n.3, Edizioni Universitarie Romane. Roma, pp 45-60.
- Goleman, D., (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York.
- Bantam Books (trad. it. L'intelligenza emotiva, Rizzoli, Milano, 1997).
- Le Doux, J., (1996). *The Emotional Brain*. New York: Simon & Schuster, Touchstone (trad. it).
- Il cervello emotivo, Baldini e Castoldi, Milano, 1998).
- Ianes, D., (2013). *Le emozioni proposte di educazione affettivo-emotiva a scuola e in famiglia*, Trento, Erickson.
- Ianes, D. Demo, H., (2017). *Educare all'affettività, a scuola di emozioni, stati d'animo e sentimenti*, le Trento, Erickson.
- Marchesini, R., (2005). *Fondamenti di zooantropologia, zoo antropologia applicata*. Alberto Perdisa Editore.
- Marchesini, R., (2014). *Vivere con il cane, come migliorare il rapporto fra cani, bambini e adulti*. Milano: De Vecchi Editore.
- Marchesini, R., (2015). *Pet therapy, manuale pratico*, Milano De Vecchi.
- Marchesini, R., (2016). *Pensieri sul cane e su altri animali*, Bologna Apeiron.
- Morin, E., (2015). *Insegnare a vivere, manifesto per cambiare l'educazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Morin E., (2000). *La testa ben fatta, riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Milano Raffaello Cortina Editore.
- Panksepp J., (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford University Press.
- Panksepp, J., Biven, L., (2012). *The Archeology of Mind. Neuroevolutionary Origins Of Human Emotions*, New York.
- Rosa R., De Vita T. (2018). *The educational value of corporeality and motor activities in learning of life skills education in school*, Sport ... as Educational Tool, Italian Journal of Health Education, Sports and Inclusive Didactics, Anno 2 n.1. (a cura di F. Peluso Cassese). Edizioni Universitarie Romane. Roma, pp 56-72.
- Rosa R., De Vita T. (2018). *Corporeity, affectivity, emotion and cognition in the learning processes*, Italian Journal of Health Education, Sports and Inclusive Didactics, Educating to the body for health and proper development, Anno 1 n.3. Edizioni Universitarie Romane. Roma, pp 23-31.
- Salovey, P. & Mayer. J.D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Scataglini, C., Cramerotti, S., Ianes, D. (2016). *Fare sostegno nelle scuole superiori*, Trento Erickson.



LA VULNERABILITÀ NEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA S.P.R.A.R.

Sperti Giannandrea
Psicologo Clinico

RIASSUNTO

L'esigenza che spinge l'autore a scrivere è il bisogno di trovare risposte a delle particolari riflessioni. Riflessioni che sono maturate, anno dopo anno, da quando ha iniziato a lavorare all'interno del sistema di accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati politici (Sistema di Accoglienza S.P.R.A.R.), che lo ha messo di fronte a delle realtà che un occhio clinico o semplicemente riflessivo non può trascurare. Le realtà di cui parla fanno riferimento a quelle sanitarie su cui, un Progetto di accoglienza di vulnerabilità mentali e fisiche, si trova ad affrontare quotidianamente.

PAROLE CHIAVE

Psicopatologia, vulnerabilità psicologica, diagnosi clinica, setting terapeutico, colloquio clinico, test psicodiagnostici.

INTRODUZIONE

Gli spazi di cura dedicati alle disabilità psichiche dei presidi territoriali di riferimento, per la maggior parte dei casi, sono impreparate ad affrontare dimensioni clinico – culturali completamente diverse da quelle europee e differenti anche tra

loro stesse.

Incontrare e comprendere l'Altro, quando l'Altro è completamente diverso da sé per lingua e cultura è un ostacolo fin troppo arduo da fronteggiare. Teoria, colloquio, diagnostica, ascolto e comprensione si fermano davanti ai fantasmi di idiomi mai sentiti nominare fino ad allora soprattutto per una mancanza di ricambio generazionale dei professionisti coinvolti.

È pur vero che la realtà dei progetti S.P.R.A.R. si trova a dover gestire carichi di sofferenze e fragilità immani, persone che fuggono da storie di guerra e malattia, per poi finire in Libia un luogo che più si addice alla metafora de "l'inferno in terra" e, se riescono a sopravvivere, arrivano in Italia, in cerca di pane, acqua e salvezza.

La maggior parte delle richieste che arrivano in valutazione d'inserimento all'interno dei progetti, si concentrano, per il 99,9% dei casi, in "Disturbo Post-traumatico da Stress" e "Disturbo dell'Adattamento". Entrambi abbastanza plausibili e troppo generalizzati per descrivere la condizione psichica di quasi tutti i ragazzi con "disabilità mentali".

Il processo di cura e di relazione terapeutica

tende ad essere abbastanza complicato da affrontare perché necessita di una spiegazione dettagliata e suddivisa in più punti:

- 1. Lo psicologo:** deve necessariamente conoscere le realtà culturali di provenienza del ragazzo che si trova davanti, conoscere la cornice di senso all'interno della quale il suo pensiero si muove e comunica. Un retaggio culturale pervaso da misticismo e religione che permane ed aleggia nella relazione terapeutica, tradizioni o credenze culturali che, se non inserite all'interno della cultura religiosa di riferimento, potrebbero causare un'erronea interpretazione del sintomo con conseguente errore nella diagnosi. Ad esempio, un ragazzo accolto per HIV raccontava di come questa malattia fosse stata causata da una maledizione lanciata da una sua ex compagna e che il tutto fosse iniziato con incubi e visioni di demoni appollaiati sulla propria spalla che lo tormentavano con fruste e lame infuocate, talmente tanto dolorose e reali, da svegliarlo nel cuore della notte rendendo il sogno vivido fino a visualizzare i demoni ad occhi aperti. L'unica ancora di salvezza sarebbe stata quella di trovare un prete che lo potesse guarire ed eliminare così la sua maledizione. Esempio più che congruo e facilmente applicabile a fraintendimenti diagnostici;
- 2. Il mediatore:** figura necessaria e centrale che trasforma la relazione diadica in relazione triadica. Un filtro di comprensione e traduzione di quanto viene espresso in forma dialogica. Un filtro, appunto, non sempre idoneo e competente che riesce ad amalgamarsi all'interno della relazione ponendosi sempre alle "sane" distanze sia dal paziente e sia dallo psicologo. Mediatore non sempre con la stessa provenienza geografica e non sempre dello stesso ceppo culturale e dialettale. Inoltre anch'esso straniero ed ora, la riflessione sorge spontanea, quanta comprensione e traduzione fedele vi può essere in tali scambi comunicativi? Una

sorta di "catena di produzione", ciò che viene detto viene compreso dal mediatore, tradotto a proprio modo e comunicato al paziente che dà poi vita allo stesso passaggio ma al contrario. Può una relazione psicologica costruirsi e realizzarsi in tali condizioni? È alquanto difficile trovare delle soluzioni a tali problematiche ma una riflessione è possibile, in relazioni di cura altamente ardue da affrontare quanto può acquisire valore primario la comunicazione non verbale ed emozionale nella relazione terapeutica? Le emozioni, trasversali da cultura a cultura possono rappresentare uno strumento idoneo ed un'ancora di salvezza per la costruzione di un percorso fiduciario prima e di sostegno poi?

- 3. La cultura e la religione:** aspetti imprescindibili e necessari se si avvia un percorso professionale con culture diverse.
- 4. La testistica:** ad oggi il vero problema fondamentale e di difficile risoluzione nella diagnosi attraverso test clinici presenti e quasi tutti non Culture Free (di valido aiuto le "Matrici di Raven). Come diagnosticare un ritardo cognitivo? Una demenza? Ed una valutazione neuropsicologica? Applicare un MMPI-2? Ecc ecc.

DISCUSSIONE

Uno spunto di riflessione si spera di darla con la batteria di seguito ipotizzata ma non ancora testata con all'interno dei test che possono essere applicati perché "Culture Free" ed in grado di poter dare una panoramica generale delle incidenze delle patologie mentali suddivise nelle varie popolazioni individuando così, in riferimento alla cultura, indici di rischio o di presenza di disturbi psicopatologici sul territorio.

PROGETTO

Partendo dal presupposto fondamentale che non vi sono in Italia test psicologici in grado di essere utilizzati trasversalmente su soggetti stranieri perché non culturalmente e linguisticamente



applicabili e dotati di validità scientifica, vi è però la possibilità di definire dei fattori di rischio universali identificatori del concetto di vulnerabilità psicologica in modo da essere predittivi e sintomatici di tale costrutto ed utilizzabili come riferimento valido e clinicamente attendibile. Non partire dalla patologia ma da fattori di rischio clinicamente significativi utili a comporre un quadro clinico, con la presenza dei quali è possibile affermare lo stato di vulnerabilità psicologica, disagio psichico, disabilità psicologica ed un'eventuale psicopatologia.

Per vulnerabilità psicologica si intende un stato di disagio clinicamente significativo tale da indurre nel soggetto la compromissione totale o parziale del normale funzionamento psichico e comportamentale, quando il benessere mentale è significativamente perturbato o compromesso da cambiamenti dei ritmi-sono veglia, dell'appetito e nell'alimentazione, della capacità di concentrazione e dalla ripetuta comparsa di sintomi fisici come mal di testa, tachicardia, disfunzioni dell'apparato gastrointestinale e del sistema muscolo-scheletrico.

Il concetto di vulnerabilità psicologica viene così individuato in cinque fattori di rischio, la cui presenza sancisce uno stato di vulnerabilità psicologica inteso come disagio psicologico, disabilità psicologica e psicopatologia tali da determinare una disfunzione ed una sofferenza nell'essere umano.

Fattori di rischio

1. Status socio - economico;
2. Esposizione ad eventi traumatici;
3. Presenza di sintomatologia psichiatrica;
4. Personalità disfunzionale;
5. Difficoltà cognitive.

La presenza o assenza di tali fattori di rischio incide profondamente nella valutazione e nell'individuazione di una probabile vulnerabilità psicologica.

Partecipanti ed obiettivi

Per la realizzazione della ricerca verranno reclutati cinquanta soggetti per macro-area rappresentativi dell'etnia di provenienza. Verranno somministrati test psicometrici per valutare: lo status socio - economico, l'esposizione ad eventi traumatici, la presenza di una sintomatologia psichiatrica, una personalità disfunzionale e la presenza di difficoltà cognitive. Non è stato applicato nessun criterio di esclusione. Lo scopo è di definire la significatività clinica del costrutto di vulnerabilità psicologica.

Le aree geografiche di riferimento sono Africa ed Asia, in particolare:

Africa:

- Nord-africa;
- Africa occidentale;
- Africa centrale;
- Africa orientale;
- Africa del Sud.

Asia:

- Asia occidentale;
- Asia meridionale;

Totale soggetti: 350

Il progetto è destinato a tutti quei servizi, istituzionali, di ricerca ed accoglienza che oggi giorno affrontano il fenomeno dell'immigrazione, fornendo loro una valida documentazione testimoniale che possa essere utile a livello pratico in vari modi come:

- Documentazione valida per la Commissione Territoriale come aiuto alla valutazione dei singoli casi ed alla tutela dei diritti inalienabili del rifugiato;
- Come documentazione utile ad una conoscenza psicologica approfondita del funzionamento psicologico del soggetto utile all'equipe ed ai servizi territoriali;
- Come documentazione valida ad approfondire criteri di vulnerabilità psicologica e funzionamento come sintomatici di un disagio psicolo-

- gico, disabilità e di una possibile psicopatologia;
- Come strumento clinico utile ai servizi territoriali sanitari di competenza come materiale ausiliario e diagnostico dei singoli casi;
 - Come aiuto e supporto all'equipe dei servizi di accoglienza SPRAR, CAS e CARA per la presa in carico dei beneficiari;
 - Come strumento guida nella progettazione del percorso individuale ed assistenziale del rifugiato funzionale all'inserimento nel territorio nazionale;
 - Come raccolta materiale scientifico utile ad approfondire nuovi ambiti in risposta all'emergenza migratoria;
 - Come strumento utile alla commissione di invalidità funzionale ad una più attenta e clinicamente significativa valutazione di assegnazione dell'invalidità stessa;
 - Fornire consigli clinicamente validi alla progettazione di un inserimento integrato in comunità onde impedire, causa la mancata individuazione di una vulnerabilità psicologica, la ghettizzazione del soggetto vulnerabile;
 - Per la scelta di un percorso formativo e lavorativo idoneo alle capacità ed ai limiti del vulnerabile;
 - In fine, ma non meno importante, come strumento diagnostico/informativo utile all'individuazione di una vulnerabilità psicologica causa di disagio, sofferenza, disabilità e psicopatologia in modo da poter tutelare i diritti fondamentali ed inalienabili dell'essere umano.

Metodo e strumenti

Verrà eseguita una somministrazione a tappeto appena gli strumenti saranno tradotti e pronti all'utilizzo dividendo i soggetti in macro-aree di provenienza territoriale al fine di escludere eventuali inferenze statistiche.

Batteria di screening della vulnerabilità:

Questionario biografico + 174 Item totali (eventualmente, si potrebbe somministrare una forma ridotta del SCL-90 per arrivare a 137 item).

- Status socio - economico: Questionario bio-

grafico costruito ad hoc;

- Esperienze traumatiche: TLEQ (Traumatic Life Events Questionnaire, 23 item);
- Sintomi psichiatrici: SCL-90 (The Symptom Check List – 90 item);
- Difficoltà cognitive: SPM – SF (Standard Progressive Matrices - Short Form, 36 item).

TLEQ

Il TLEQ è un test self - report di 23 item e misura 22 tipi di eventi potenzialmente traumatici quali: catastrofi naturali, l'esposizione alla guerra, la rapina con il coinvolgimento di un'arma, abusi fisici e l'essere stato pedinato. Per ogni evento gli intervistati sono invitati a fornire il numero di volte in cui si è verificato (che vanno da "mai" a "più di 5 volte") e se la paura, l'impotenza ed il terrore erano presenti ("sì / no").

Alcuni eventi includono una domanda sulla presenza di lesioni ("sì / no") e, per le domande di vittimizzazione, anche le caratteristiche del colpevole (ad esempio, "straniero? Sì / no"). L'ultima domanda chiede agli intervistati di identificare un evento che ha provocato maggior disagio tra quelli descritti. Gli intervistati sono invitati ad indicare anche la loro età durante il primo evento traumatico, la data dell'ultimo episodio e la quantità di angoscia provocata dall'evento ("nessun stress" ad "estremo disagio"). I risultati possono essere utilizzati sia per scopi clinici e di ricerca.

SCL-90

Symptom Checklist 90 (S.C.L.-90. Derogatis, 1994); nella sua versione definitiva la scala risulta composta da 90 item e valuta la presenza e la gravità di sintomi di disagio psichico nell'ultima settimana (incluso il giorno in cui avviene la valutazione) in diversi domini sintomatologici. A ogni item viene attribuito un punteggio su una scala Likert a cinque punti che va da "Per niente" a "Moltissimo". Lo strumento si differenzia da altri questionari autosomministrati per la rilevazione del disagio psichico dal momento che misura tanto i sintomi internalizzanti (quali depressione,



somatizzazione, manifestazioni di ansia) quanto quelli esternalizzanti (quali aggressività, ostilità, impulsività), arrivando quindi a coprire quasi interamente lo spettro psicopatologico. Altri aspetti che ne hanno favorito la diffusione dello strumento sono la rapidità della compilazione (richiede circa 12-15 minuti di tempo) e la possibilità di utilizzarlo per misure ripetute, valutando ad esempio l'efficacia di specifici trattamenti nel ridurre i livelli di disagio psichico. In letteratura la scala è infatti stata abbondantemente utilizzata anche come misura di outcome nella ricerca in psicoterapia e in setting di medicina di base. Nella pratica clinica, la S.C.L.-90 è utilizzata per la valutazione del livello di disagio generale così come per ottenere profili più articolati e specifici che illustrano cioè la peculiare configurazione di sintomi psicologici in soggetti non clinici e clinici (pazienti psichiatrici o di medicina generale).

- 1. Somatizzazione (SOM.):** riflette il disagio derivante dalla percezione di disfunzioni corporee e include sintomi incentrati sugli apparati cardiovascolare, gastrointestinale e respiratorio, oltre a sintomi algici e agli equivalenti somatici dell'ansia;
- 2. Ossessività - Compulsività (O.- C.):** include i sintomi che sono comunemente identificati con la sindrome clinica che porta lo stesso nome; gli item indagano la presenza di pensieri, impulsi e azioni sperimentati soggettivamente come persistenti e irresistibili e che sono di natura egodistonica o indesiderati;
- 3. Ipersensibilità interpersonale (I.-S.):** si focalizza sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, autosvalutazione, marcato disagio nelle interazioni interpersonali, estrema ipersensibilità rispetto al Sé e aspettative negative riguardo ai comportamenti interpersonali;
- 4. Depressione (DEP.):** i sintomi di questa scala coprono le manifestazioni cliniche della depressione e includono affetti disforici, ritiro dell'in-

teresse nella vita, mancanza di motivazione e perdita di energia vitale, disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione;

- 5. Ansia (ANX.):** include segni generali di ansia quali nervosismo, tensione e tremori così come attacchi di panico e sentimenti di terrore, apprensione e paura;
- 6. Ostilità (HOS.):** riflette pensieri, sentimenti o azioni caratteristici della rabbia di cui coprono tutte le modalità di espressione e manifestazioni quali aggressività, irritabilità e rancore;
- 7. Ansia fobica (PHOB.):** si riferisce a una risposta persistente di paura - per una specifica persona, uno specifico luogo, oggetto o situazione - che viene riconosciuta come irrazionale e sproporzionata allo stimolo e conduce a comportamenti di evitamento o fuga;
- 8. Ideazione paranoide (PAR.):** pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, autoriferimento, paura di perdita dell'autonomia e deliri sono concepite come espressioni primarie di questa sottoscala;
- 9. Psicoticismo (PSY.):** include item indicativi di uno stile di vita introverso, isolato, schizoide, così come sintomi di primo rango della schizofrenia, quali allucinazioni e disturbi del controllo del pensiero ed è concepita come un continuum che oscilla da una moderata alienazione interpersonale fino alla franca psicosi. 10) Disturbi del sonno (SLEEP): Che comprende insonnia, sonno disturbato e risveglio precoce.

STANDARD PROGRESSIVE MATRICES (SPM - SF):

Le Matrici progressive di Raven misurano l'intelligenza non verbale durante tutto l'arco dello sviluppo intellettuale, dall'infanzia alla maturità, indipendentemente dal livello culturale.

Le Matrici costituiscono uno degli strumenti più

utilizzati per la misurazione dell'intelligenza "fluida" e richiedono di analizzare, costruire e integrare fra loro una serie di concetti, in modo diretto, senza ricorrere a sottoscale o sommatorie di fattori secondari.

- Misurano le abilità mentali di adolescenti e adulti.
- Si compongono di 36 item.
- L'ordine di presentazione delle prove permette al soggetto di procedere secondo un ritmo e un metodo di lavoro individuali.
- Il punteggio finale riflette le capacità intellettuali di un soggetto, qualunque sia il suo grado di scolarità.

CONCLUSIONI

Il progetto si pone come risultato atteso di porre rimedio ai numerosi problemi istituzionali, burocratici, diagnostici e di presa in carico del costrutto di vulnerabilità psicologica, fornirà una documentazione clinicamente significativa capace di individuare e valutare la vulnerabilità psicologica e di declinarla nei gradi di gravità fornendo il tassello mancante nel quadro clinico dei soggetti migranti ed arrivando ad essere un ausilio importante per tutti quei servizi istituzionali e non che affrontano le problematiche connesse alle ondate migratorie. Con tale progetto si creerà una testistica adeguata e conforme alle differenze culturali e linguistiche, rappresenta un passo innovativo nell'ottica moderna e culturale in cui la nazione si trova ed aiuta i servizi coinvolti a relazionarsi e fronteggiare quotidianamente

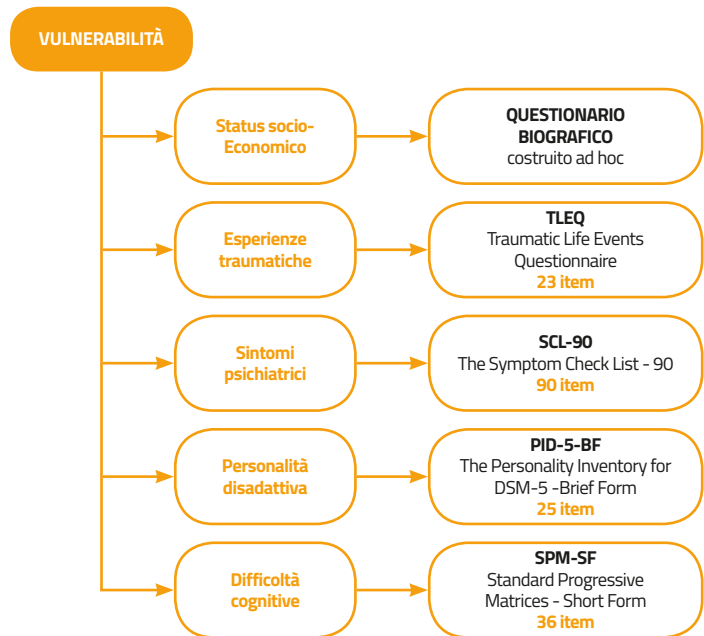
il fenomeno dell'immigrazione.

Tale progetto nasce dalla necessità di fornire una strumentazione testistica utile ad individuare e valutare la vulnerabilità psicologica come indice di un possibile disagio psicologico, disabilità psicologica e della presenza di una possibile psicopatologia.

Batteria di screening della vulnerabilità (Questionario biografico + 174 Item totali)

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, D.C.: APA (Trad. It. DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Raffaello Cortina, Milano, 2014).
- American Psychiatric Association. The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) - Adult. 2013b. Retrieved from https://www.psychiatry.org/File_Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Full-Version-Adult.pdf. Ac-





cessed 02 Dec 2016.

- American Psychiatric Association (2013c). The Personality Inventory for DSM-5—Brief Form (PID-5-BF)—Adult. Retrieved from https://www.psychiatry.org/File_Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Brief-Form-Adult.pdf. Accessed 02 Dec 2016.
- Derogatis, Leonard R.; Savitz, Kathryn L. (2000). "The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care". In Maruish, Mark Edward. Handbook of psychological assessment in primary care settings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kubany ES, Haynes SN, Leisen MB, et al. Development and preliminary validation of a brief broadspectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. Psychol Assess 2000.
- "Symptom Checklist-90-Revised". Pearson: Clinical Psychology. Pearson Education, Inc. Archived from the original on 13 May 2016.
- Scale di valutazione PID-5 ADULTI e Manuale d'uso. American Psychiatric Association; Raffaello Cortina Editore.
- Van den Broek, M. a. B., C (1994). "Detection of Acquired Deficits in General Intelligence Using the National Adult Reading Test and Raven's Standard Progressive Matrices." British Journal of Clinical Psychology.





PSICOPATOLOGIA DELLE NUOVE PSICOSI SINTETICHE (NPS)

L'ESPERIENZA SOGGETTIVA TRA EMERGENZA MEDICA E ANALISI DEL VISSUTO

RIASSUNTO

Questo breve lavoro, che per precisa scelta metodologica porta il lettore direttamente *in medias res*, introducendo ovvero una vignetta clinica esplicativa della nostra 'cosa stessa', affronta la questione delle Nuove Psicosi da Sostanze (NPS) e quindi dell'impegno medico e psicopatologico che l'intossicazione da nuove sostanze d'abuso comporta per i medici, per gli psichiatri e per gli psicologi che hanno il compito, nella tempesta delirante e allucinatoria come nella bonaccia più muta, di ricercare il senso del singolo mondo vissuto.

PAROLE CHIAVE

Nuove psicosi da sostanze, Delirio.

Ma bisogna ricordare che io parlo con l'autorità di una grande, profonda esperienza personale: mentre la maggior parte degli autori non scientifici che si sono occupati dell'oppio (...) rivelano chiaramente che la loro conoscenza sperimentale della sua azione è assolutamente nulla
Thomas De Quincey

Nella mia esperienza gli psicotici classici suonano secondo una partitura, mentre gli psicotici da sostanze suonano a caso!
Gilberto Di Petta

Roberta è un giovane ragazza di 25 anni. Ha fumato con continuità grandi quantità di marijuana

Paolo Colavero

Ass. Per un sorriso in più / UOC
Oncoematologia Pediatrica ASL Lecce
- Società Italiana per la Psicopatologia
Fenomenologica - Scuola di Psicoterapia
Fenomenologico - Dinamica - Maglie

Giuseppe L. Palma

Dirigente Psicologo. Servizio di
Psicologia Ospedaliera ASL Lecce,
Ospedale Vito Fazzi.



sin da ragazzina, prima in compagnia di amici e amiche e quindi da sola, isolandosi sempre di più e mantenendo con gli altri contatti puramente formali. Pur se soggetta a momentanei black-out emotivo-percettivi, a crisi di panico devastanti e a momenti di grave derealizzazione e depersonalizzazione, ha studiato ed è riuscita a prendere una laurea triennale che l'ha introdotta, per via della sua viva curiosità e quindi brillante intelligenza, al lavoro che desiderava. In questi cinque anni ha lavorato all'estero e in giro per l'Italia, ha avuto un paio di storie serie senza riuscire mai a stabilire un vero progetto di vita e convivenza.

La incontro in un momento di grande sconforto per la perdita del lavoro.

L'abbigliamento è poco curato e il passo incerto, l'eloquio lento, ma quello che colpisce in maniera immediata è lo sguardo invece rapido e l'atteggiamento come di ascolto che mantiene per tutta la seduta. I suoi occhi passano da me alle librerie, alla stanza a fianco e al tavolo, come a cercare di sistemare, di mettere pace e ordine all'ambiente che, questo è vero, non è univocamente definito e definibile in un solo sguardo. Torna, si riperde, avanza e si blocca, osserva e sfugge, si fissa invece per alcuni secondi e riparte dai particolari. Mi ascolta poi, ma è più come si ascolta, più come

sentisse e fosse concentrata più a sentire ciò che le sue orecchie dicono e producono (non parlo di dispercezioni maggiori), che i rumori di fondo, della strada e del palazzo. La mia voce si gioca così la sua attenzione con la scrivania, la tenda in fondo alla stanza, i libri e gli oggetti sistemati sulle mensole. Roberta è angosciata ma quasi divertita, si direbbe infatti impegnata in una opera magistrale, decisiva e fondamentale quanto fonte di motivi di evidente e superficiale ironia per la quale deve spendere quasi tutta l'energia mentale a sua disposizione.

Il suo atteggiamento profuma di paratimia, come di una reazione a lei ben nota - perché oramai di lunga data - al perturbante (*Das Unheimliche*).

Come un caffè aggiunto di sale: è disgustoso ma provoca allo stesso tempo il sorriso.

Oramai da alcuni anni, il Salento è al centro di un grande flusso di turisti italiani e stranieri, ma in particolare la 'Città bella' è nota per ospitare, per via delle sue spiagge e delle discoteche diurne e notturne, il cosiddetto 'sballo' giovanile che, per quanto riguarda i servizi di Medicina di Urgenza della città, significa almeno due mesi (tra l'altro la stagione quest'anno ha esordito prima del tempo) di continui arrivi al "triage" del Sacro Cuore di casi di intossicazioni acute da alcool, sostanze



psicotrope, intossicazioni varie e psicosi sintetiche. *“Il problema di Gallipoli non è tanto il raddoppio (della richiesta di intervento NdR)” - conferma il primario – “Qui siamo di fronte ai giovani. C’è l’intossicato e l’alcolista che sono difficili da gestire. Quando arriva uno in agitazione, da sballo, occorrono 4-5 persone per fermarlo”.*

Si tratta quindi di una questione di quantità, certo, aggravata dalla qualità dei problemi che gli operatori, continuamente da aggiornare rispetto alla questione nuove-sostanze, sono costretti ad affrontare con i propri occhi, spesso con le proprie mani, utilizzando a volte il corpo, il naso e l’intuito. Al di là dei numeri, infatti, la caratteristica delle difficoltà di gestione del pronto soccorso gallipolino, come di quelli delle città balneari che hanno a che fare con la vita notturna giovanile, risiede nella tipologia degli accessi. Sono infatti casi spesso complicati, dalla gestione complessa e diversificata, che hanno bisogno di particolare attenzione e di una diagnosi rapida e appropriata, nonché di cure immediate che prevedono la collaborazione di differenti professionalità (infermieri, medici di medicina di urgenza, anestesisti, neurologi, psichiatri e psicologi) e qualche volta dell’intervento della Forza Pubblica. In questo breve lavoro ci concentreremo, per questioni di spazio, su quelle che attualmente sono definite come Nuove Psicosi Sintetiche (NPS). Si tratta di psicosi derivate dall’utilizzo di sostanze psicotrope, caratterizzate dalla mutevolezza delle esperienze e dei sintomi che i giovani pazienti mostrano, dalle cangianti manifestazioni e dai bizzarri comportamenti che questi mettono in atto e per i quali spesso si fanno notare. Se, infatti, per quanto riguarda le classiche psicosi maggiori, come la schizofrenia o la malinconia, abbiamo a che fare con delle esperienze patologiche ben note e riportate da decenni, che danno vita a comportamenti infine comprensibili fenomenologicamente sulla base della storia di vita, dell’anamnesi e infine del mondo-della-vita del soggetto (la sua esperienza del tempo, dello spazio, del proprio corpo e dell’altro), per quanto riguarda le NPS siamo e saremo sempre a rincorrere i pazienti e i loro mondi fuggevoli dei quali sono preda, mondi alterati che riflettono

l’esperienza percettiva alterata e lo stato di coscienza proprio del singolo soggetto.

Non siamo qui, si badi bene, nella galassia delle cosiddette ‘doppie diagnosi’ per le quali il disturbo psicotico è nucleare ed endogeno e si va a sommare nello stesso soggetto, con differenti modalità ed effetti, all’utilizzo di sostanze psicotrope. Siamo invece al cospetto di una questione che investe il concetto di coscienza, definito però in maniera qualitativa (forma) e non quantitativa (livello); siamo qui ovvero alle prese con gli effetti della c.d. ‘coscienza crepuscolare’: *la depersonalizzazione, la derealizzazione e la dissociazione sono esperienze globali della formale destrutturazione del campo di coscienza tossicomane, e non vanno considerate come semplici sintomi, quanto piuttosto come articolazione della modificazione crepuscolare della coscienza* (Di Petta e Tittarelli, 2016). Si tratta di uno stato alterato di coscienza nel senso di una ‘restrizione del campo di coscienza’ (Jaspers 1913, Schneider 1950), stato che promuove allucinazioni, micropsie, megalopsie, illusioni e dispercezioni visive e uditive, esperienze che sono parte del percorso che porta dai c.d. Sintomi Base ai fenomeni deliranti finali (cfr. Klosterkötter 1988, in Stanghellini 1992).

“Vedere qualcosa fuori dal campo visivo normale, vedere un inesistente paesaggio, un ambiente bizzarro, forme geometriche, vedere immagini bidimensionali e schiacciate aggiunte al campo visivo normali: tutte queste sono percezioni visive comuni indotte da allucinogeni (...) Nonostante l’evidente grave dimensione allucinatoria causate interpretazioni deliranti, non vi è alcuna prova che mostra che le NPS sono in grado di indurre direttamente disturbi del pensiero. Tuttavia le NPS compromettono gravemente l’esame di realtà. Come possono essere davvero efficace la critica e giudizio nell’esperienza di realtà, se il sensorio è totalmente compromesso? (...) Pertanto i deliri chimici non sono primari, ma secondari a forti modifiche del rapporto con la realtà, sulla base di una distorsione della percezione- movimento indotta dalle nuove sostanze psicoattive” (Di Petta e Tittarelli 2016, 12).

I tipici deliri delle NPS sono quindi caratterizzati da contenuti fantastici e dalla possibilità di avere sia esperienze di *conferma delirante* (tipicamente



malinconica) che di *interpretazione delirante* (legata per definizione alla galassia paranoide); sono privi tuttavia della c. d. esperienza di *rivelazione delirante* (più prettamente schizofrenica). I deliri chimici così definiti riportano quindi alcune caratteristiche proprie dei deliri parafrenici nei quali a una radicale sensazione di irrealtà si oppone la comune viva e mantenuta capacità critica di analizzare la sensazione stessa:

“Il concetto di automatismo mentale di De Clerambault, è un ottimo modello per capire questa psicosi sintetica: in questa psicosi atipica parte dell’Io del paziente rimane uno spettatore critico della propria patologia, uno spettatore dello psicomato esterno/ interno (Cargnello 1958). L’ego impazzisce nel suo disperato tentativo di ‘sintetizzare’ (riparare) il varco profondo provocato dalle droghe dissociative, a causa delle quali si creerebbe quella ‘attitudine psicomotrice’ che fa da primum movens del delirio” (Di Petta e Tittarelli 2016 14).

Capiscuola della ricerca sulle psicosi sperimentali sono stati gli italiani Giovanni Enrico Morselli, che provò su di sé la mescalina dando una accurata descrizione di quanto provato, delle esperienze avute nel suo appartamento e lungo le strade di Milano che attraverserà per farsi ricoverare alla clinica Besta di Milano (*Contributo alle turbe da mescalina* 1935, 1962 e 2016), Danilo Cargnello, primario manicomiale a Sondrio, che provò l’LSD su ‘normali’ volontari (*Gli aspetti psicopatologici della intossicazione sperimentale da LSD nei normali. Lo psicomato da LSD*, 1956, 1962 e 2016) e Bruno Callieri, direttore dell’ospedale Psichiatrico di Guidonia e padre della psicopatologia fenomenologica italiana (*Contributo allo studio psicopatologico degli effetti della monoetilamide dell’acido lisergico* 1958, 1962 e 2016).

Prima di loro, con una vocazione altrettanto sperimentale ma non medica, potremmo dire una vocazione da *psiconauta*, Ernst Jünger, già combattente nella prima seconda guerra e scrittore di fama, aveva fornito, nel suo testo *Avvicinamenti - Droghe ed ebbrezza* (1970), la lista e la minutissima descrizione delle proprie esperienze alterate di coscienza quando alle prese con alcune tra le maggiori sostanze psicotrope disponibili in natura, dall’alcool all’LSD,

dalla mescalina all’etere e alla cannabis (testimonianza della sua capacità narrativa e curiosità intellettuale si trova anche nel carteggio che ebbe con Albert Hofmann, padre dell’LSD, pubblicato nel 2017). Se da un lato di Jünger appare chiara la vocazione esplorativa di mondi differenti, dall’altro è lo stesso autore ad ammonire il lettore a farsi cauto, a *conoscersi* prima di assumere sostanze pericolose; è lo stesso Jünger ad evidenziare infatti spesso il pericolo della perdita di controllo (senza ritorno) della propria realtà per mano dell’angoscia (che Lorenzo Calvi definirà *smondanzante*, 2007) di fronte alla quale tutto è capace di perdere di definitezza e chiarezza:

“La lacerazione del velo (mondano, NdR.) intessuto dai sensi, lacerazione cui sono strettamente uniti il senso di angoscia o anche il brusco dolore che accompagnano l’ebbrezza. Ci accontenteremmo di servirvene anche una sola volta, come traghetto. Si tratterebbe in ogni caso di una manovra, di un esperimento, di un giro di prova. Non c’è da aspettarsi che tutti lo sappiano fare.” (1970, 48).

Quando qui parliamo di NPS, e seguendo il crinale che abbiamo sin ora percorso, non possiamo non accennare al vero e proprio allarme che stanno suscitando le notizie e le comunicazioni scientifiche riguardanti le connessioni tra l’abuso di cannabis e gli esordi psicotici nei giovani. Oramai, infatti, la comunità scientifica è concorde nell’indicare nell’uso di cannabis da parte dei giovani/ giovanissimi uno dei fondamentali indici di vulnerabilità per lo sviluppo di psicosi. L’uso di cannabis sarebbe correlato ad un esordio giovanile della psicosi per cui l’uso della stessa sostanza durante la pubertà risulterebbe essere uno dei principali fattori di rischio per la schizofrenia (o, diremmo meglio ora, per lo sviluppo di una psicosi chimica).

Ad essere incriminata è la quantità di THC (tetraidrocannabinolo), principio psicoattivo della cannabis, in assenza del metabolita invece non attivo e dagli effetti opposti (il cannabidiolo, CBD). È dimostrato che chi fuma piante modificate ad alto contenuto di THC (possono arrivare a contenere il 18% rispetto al classico 4%), e con un basso contenuto di cannabidiolo (varietà modificata conosciuta come *skunk*), ha un rischio di sviluppare

una psicosi tre volte superiore a chi invece fuma varietà classiche di cannabis (Di Forti et al. 2015). Certo, è anche questione di chi fuma cosa, ovvero della vulnerabilità di base del singolo soggetto, delle proprie caratteristiche di partenza, quindi della base organica della singola persona.

Nella nostra pratica clinica ci è capitato spesso di incontrare dei ragazzi, oramai quasi adulti, che raccontano di aver sofferto sin da ragazzini di crisi di panico, di momenti di depersonalizzazione (finemente descritti come distacco dal proprio corpo, auto-osservazione etc.) e derealizzazione, subito dopo aver fumato cannabis in compagnia o da soli. Abbiamo incontrato ragazzi che sono stati presi letteralmente per i capelli dai propri amici mentre provavano a uscire dalla camera della loro stanza di albergo, al terzo piano, direttamente dal balcone, poiché ai loro occhi sarebbe stato sufficiente mettere il piede fuori dalla ringhiera per toccare terra (esperienza questa descritta magnificamente anche da Morselli nel testo citato). Tali soggetti giungono alla nostra osservazione senza aver mai messo in correlazione l'uso di sostanze e i loro disturbi; al massimo riescono a parlare di *bad-trip*, definizione pericolosa perché ha, in definitiva, il vantaggio tranquillizzante di definire un viaggio (trip), che ha, appunto per definizione, una andata e un ritorno.

Ciò che i giovani ragazzi non calcolano e ciò di cui non vogliono sentire parlare è invece proprio il fatto che spesso i viaggi iniziano per non terminare; si sosta così a volte in stazioni di passaggio, si cambia binario, possono scattare degli scambi piuttosto che altri ma si resta, alcuni restano sempre e comunque, per citare Arnaldo Ballerini, uno dei maestri italiani della psicopatologia fenomenologica, in scuri vagoni piombati dai quali osservano la realtà circostante e gli altri non avendo più la possibilità di raggiungerli, di liberarsi dello schermo sensoriale che hanno acquisito loro malgrado. Dello schermo che distorce le loro percezioni.

Il clinico, questo il richiamo ultimo che vogliamo far passare con questo nostro breve testo, deve muoversi con assoluta cautela quando alle prese con un giovane ragazzo in intossicazione acuta.

Deve lasciarlo dire, spiegarsi, deve permettere lui, una volta messo al sicuro ed effettuati gli esami del caso, di spiegarsi, di descrivere il particolare mondo in cui si trova perché solo in questo modo potrà accostarlo davvero e quindi agganciarlo, ottenere una descrizione di mondo e rimandarlo ai colleghi sul territorio con qualche riflessione in più che una semplice definizione diagnostica.

Serve tempo, e spesso per i medici in P. S. non ce ne è a sufficienza.

È forse per questo a scrivere queste riflessioni sono due psicologi.

A volte, così, anche il mondo chimico di 'Alice nel Paese delle Meraviglie' (Di Petta) può rappresentare una condanna senza fine. Un carcere fantastico e bizzarro, senza uscita se non quella del delirio vero e proprio quando, in una sorta di sintonizzazione folle tra percezione distorta e significato patologico, il delirio arriva a riportare la pace del 'senso' - eterno, completo, totale, onnivoro e anche per questo delirante - che si impadronisce della singola esistenza facendola risuonare in maniera di nuovo perfetta con il mondo.

BIBLIOGRAFIA

- Calvi, L., (2007). *Il consumo del corpo*. Milano. Mimesis.
- De Quincey, T., (1862). *Confessioni di un oppiomanne*. Milano. Garzanti, 2007.
- Di Forti M. et al.. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, n. 3, pp. 233-238, march.
- Di Petta, G., Tittarelli, D. (a cura di) (2016). *Le psicosi sintetiche*. Roma. Fioriti.
- Jaspers, K., (1913). *Psicopatologia generale*. Roma. Il pensiero scientifico, 2002.
- Jünger, E., (1970). *Avvicinamenti*. Parma. Guanda, 2012.
- Jünger, E., Hofmann A. (2017). *LSD. Carteggio 1947-1997*. Macerata. Giommetti & Antonello.
- Schneider, K., (1950). *Psicopatologia clinica*. Fioriti. Roma, 2004.
- Stanghellini, G. (1992), *Verso la schizofrenia*. Napoli. Idelson-Gnocchi.



PERSONALITÀ E SCLEROSI MULTIPLA: IL RUOLO DELLO PSICOLOGO CLINICO NELLA REAZIONE ALLA MALATTIA

Costanzo Silvia

Psicologa Clinica e della Salute e
Psicoterapeuta in formazione

RIASSUNTO

La presente tesi mira ad approfondire i bisogni psicologici ed emotivi che i soggetti affetti da Sclerosi Multipla (SM) manifestano in relazione alla loro condizione di malattia, anche e soprattutto alla luce delle attuali conoscenze disponibili sulla loro struttura di personalità. Dopo aver definito le caratteristiche relative a diagnosi, incidenza, eziologia e trattamento della SM e illustrato il costrutto psicologico di personalità secondo gli opportuni riferimenti teorici, si sono passate in rassegna le più recenti pubblicazioni scientifiche circa i tratti di personalità, le strategie di coping e le modalità di espressione delle emozioni più frequentemente riscontrati nei pazienti affetti da SM. Si è infine esaminato nel dettaglio un recentissimo studio di ricerca effettuato da 4 Centri SM Ospedalieri italiani (tra cui spiccano quelli di Chieti e di Bari) e, contestualmente, si è fatto riferimento alla testimonianza resa da due pazienti reclutati in uno dei Centri SM di Bari. È stato così possibile elaborare una riflessione critica sul ruolo dello Psicologo Clinico nei

reparti dedicati alla diagnosi e al trattamento della SM e ipotizzare una possibile prospettiva terapeutica a vantaggio dei pazienti con tale disturbo: similmente a quanto già accade in taluni altri reparti, sarebbe infatti auspicabile che anche all'interno delle Unità di Neurologia si strutturasse una figura professionale specializzata per formazione e training clinico nell'affiancamento del personale medico-specialistico, nonché nel supporto psicologico clinico ai pazienti per meglio rispondere alle loro necessità e consentirgli la miglior qualità di vita possibile.

LA SCLEROSI MULTIPLA: ASPETTI GENERALI, INCIDENZA E DIAGNOSI

La Sclerosi Multipla (SM) è una malattia neurologica cronica e a carattere degenerativo su base autoimmunitaria caratterizzata dalla demielinizzazione progressiva della sostanza bianca del Sistema Nervoso Centrale (SNC). Solitamente compare nella prima età adulta (20-40 anni) e colpisce le donne molto più del doppio degli uomini: attualmente più

di 1.3 milioni di soggetti ne risultano affetti e solo in Italia si diagnosticano più di 1800 casi all'anno. Essa presenta un'origine multifattoriale che vede coinvolti i meccanismi autoimmunitari, la predisposizione genetica e l'esposizione infantile ad agenti infettivi. La patologia si caratterizza per l'estrema variabilità dei sintomi (che possono comportare alterazioni di vista, equilibrio, eloquio, sensibilità dolorosa, tono muscolare o livello di fatigue percepita) e per il decorso imprevedibile e fluttuante. In base a quest'ultimo possiamo distinguere differenti forme di SM con incidenze percentuali diverse: Recidivante-Remittente (SM-RR) nell'85% dei casi, Secondariamente Progressiva (SM-SP), Primariamente Progressiva (SM-PP) e SM a decorso progressivo con ricadute. La diagnosi di SM si effettua sulla base della presenza/assenza dei sintomi, dell'esame neurologico e delle analisi strumentali e biologiche effettuate sul liquor cefalorachidiano e attraverso RMn. Attualmente non esiste una cura definitiva alla SM, ed i farmaci impiegati per i trattamenti terapeutici sono di tipo sintomatico (neurotrofici, corticosteroidi) o immuno-soppressivo/immuno-modulante.

La diagnosi di Sclerosi Multipla va a tutti gli effetti considerata un evento di vita traumatico e dirompente che presenta un grave impatto sulla salute fisica e sulla sfera psicologica, familiare, lavorativa e sociale del soggetto che la riceve. Ad essa il paziente reagisce con sentimenti prevalenti di ansia e angoscia (osservati in 4pz su 10) a cui segue una deflessione del tono dell'umore (depressione reattiva) quando i sintomi diventano più chiari. Prevalgono i sentimenti di rabbia, paura, sconforto, impotenza ed il desiderio di negazione e nell'elaborazione della malattia (esattamente come nell'elaborazione del lutto) si possono identificare le seguenti 4 fasi:

1. Fase di shock, caratterizzata da negazione e spostamento e in prevale la confusione circa il proprio corpo traditore;
2. Fase di reazione, caratterizzata dalla domanda «perché a me?» e in cui la maggiore consapevolezza della malattia porta rabbia e impotenza;

3. Fase di elaborazione, in cui il soggetto prende contatto con le proprie emozioni e prova ad attribuire un significato alla malattia e ad integrarla nella propria vita;
4. Fase di accomodamento, ovvero un processo in continuo divenire che consente al soggetto di far riemergere la propria progettualità futura.

A tutt'oggi si da per scontato che la diagnosi di una grave malattia cronica impatti non solo sulla salute fisica, ma anche sul benessere psichico, familiare e lavorativo di un soggetto, ma è altrettanto vero che le caratteristiche di personalità di un soggetto, già strutturate in epoca pre-morbosa, influenzeranno significativamente il modo (più o meno adattivo) in cui lo stesso soggetto reagirà alla malattia che gli è stata diagnosticata.

LA PERSONALITÀ E GLI STILI DI COPING DEI SOGGETTI CON DIAGNOSI DI SM

La *personalità* è definita dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) come «una modalità strutturata di pensiero, sentimento, comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale» e gli aspetti che meglio permettono di classificarla e categorizzarla sono definiti *tratti di personalità*, ovvero, secondo la definizione del DSM-5, «modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali». McCrae e Costa postulano l'esistenza di 5 grandi dimensioni (Big Five) di personalità individuate a partire da studi psicolessicali: le 5 dimensioni elencate, quindi, corrisponderebbero alle macro-categorie più usate, nel linguaggio, per descrivere le diversità tra individui e sono: 1.apertura all'esperienza (disponibilità ad accogliere stimoli di pensiero esterni), 2.coscienziosità (perseveranza, autodisciplina e affidabilità personale), 3.gradevolezza (disponibilità e accoglimento dell'altro nelle relazioni interpersonali), 4.nevroticismo (grado di resistenza personale allo stress, resilienza vs instabilità emotiva), 5.estroversione (autostima, fiducia ed entusiasmo circa le proprie condotte). Uno studio di Braz de Lima del 2014 ha dimostrato che i



soggetti affetti da SM presentano elevati livelli di coscienza, gradevolezza e nevroticismo, essendo fortemente autodisciplinati, molto disponibili verso gli altri ma emotivamente instabili ed insicuri, e bassi livelli di apertura mentale ed estroversione. Un secondo lavoro di ricerca (Dubayova, 2012) ha verificato l'esistenza di una significativa associazione tra diagnosi di SM e personalità di tipo D, ovvero distressed personality, concetto introdotto da Denollet nel 1996 che identifica i soggetti caratterizzati da elevati livelli di affettività negativa e dalla contemporanea presenza di elevata inibizione sociale della sua espressione. Questo tipo di personalità risulta essere significativamente associata a depressione, rabbia, pessimismo e distacco sociale. Nei soggetti con SM si rende dunque necessaria l'identificazione precoce dei tratti di personalità per prevenire o minimizzare l'insorgenza di disturbi psichiatrici secondari (ansia, depressione), favorire l'adesione ai trattamenti e promuovere l'uso di strategie di coping adattive. Il *coping* in effetti è definito come "l'insieme dei tentativi comportamentali e cognitivi messi in atto da un soggetto per far fronte alle situazioni percepite come stressanti con lo scopo di superarle, evitare l'esposizione ad esse o ridurne gli eventuali svantaggi". Tradizionalmente si distingue il CFP, Coping Focalizzato sul Problema, che punta alla ricerca attiva di informazioni per risolvere il problema evitando le azioni impulsive, dal CFE, Coping Focalizzato sulle Emozioni, che invece mira a ridurre l'impatto emotivo delle situazioni stressanti sul soggetto. È noto che le caratteristiche di personalità influenzano la scelta delle strategie di coping, così come il coping utilizzato sui soggetti influisce sulla loro qualità di vita. Studi sperimentali hanno dimostrato che i soggetti con SM, preferiscono l'adozione di CFE, ma queste favoriscono e sono favorite dalla presenza di ansia e depressione. I pazienti che, nonostante la SM, utilizzano CFP hanno infatti dimostrato di avere un maggiore adattamento alla patologia e, quindi, una migliore qualità di vita (QoL) percepita. Al fine di impostare un intervento psicologico mirato ed efficace, si rende per tanto necessario identificare quali soggetti usino strategie di coping inadeguate o insoddisfacenti, in modo da aiutarli a recuperare il controllo sulla malattia. Attualmente, infatti, la percentuale di soggetti

con SM che manifestano depressione e ansia risulta molto elevata (rispettivamente 11-50% depressione e 20-40% ansia, spesso compresenti) ma, ciononostante, esiste una forte tendenza a sottostimare gli aspetti emotivi e psicologici del disturbo, preoccupandosi esclusivamente delle sue manifestazioni "fisiche".

L'ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI NEI PAZIENTI CON SM E LE RISPOSTE FORNITE DAI NEUROLOGI

Nel quadro delle conoscenze sulle caratteristiche di personalità e sulle strategie di coping più adottate dai soggetti con SM, uno studio sperimentale ci fornisce una fotografia dello stato attuale di accoglimento dei bisogni emotivi di questi pazienti. Si tratta dello studio di Del Piccolo, Pietrolongo et al. (2015) condotto dai dipartimenti di: Medicina e Pubblica Salute dell'Università di Verona; Neuroscienze, Neuroimmagini e Scienze Cliniche dell'Università G. d'Annunzio di ChietiPescara; Scienze mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso dell'Università di Bari; IRCCS C. Besta di Milano, Università di Sassari e University Medical Center di Amburgo che ha indagato le espressioni emotive ricorrenti nei pazienti con SM e come questi le gestiscano e le esprimano con i professionisti sanitari. Nello specifico, si è inteso valutare quale fosse l'espressione delle emozioni nei pazienti con SM alle loro prime consultazioni neurologiche e quali fossero le relative risposte dei neurologi. A tale scopo sono state audiovideoregistrate 88 prime consultazioni effettuate in 10 centri SM italiani e ad ogni paziente è stata somministrata in via preliminare la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). I trascritti delle audiovideoregistrazioni sono stati codificati con il Verona Codifying Definition od Emotional Sequences in modo da classificare le espressioni emotive prodotte dai pazienti come preoccupazioni, quando si trattava di verbalizzazioni chiare di emozioni spiacevoli, o come spunti se si trattava di suggerimenti verbali o non-verbali da cui si intuiva la presenza di emozioni spiacevoli sottostanti. Questi ultimi (spunti) sono stati suddivisi in 7 sottocategorie a seconda che si trattasse di: a.termini vaghi per descrivere emozioni, b.preoccupazioni nascoste, c.correlati fisiologici delle emozioni spiacevoli, d.espressioni neutrali con rife-

rimenti emotivi impliciti, e ripetizioni di espressioni già usate, f. espressioni non verbali negative chiare o g. preoccupazioni per stati mentali precedenti. Le risposte dei neurologi sono invece state codificate in base a quanto fossero o meno distanzianti rispetto al paziente e a quanto consentissero o impedissero ulteriori esplorazioni dei contenuti emotivi presentati. Ne è risultato un totale di 492 spunti e 45 preoccupazioni con una media di 4 spunti e 1 preoccupazione per consultazione. Gli spunti prevalentemente riscontrati erano del tipo b (preoccupazioni nascoste) nel 41% dei casi, d (riferimenti emotivi impliciti) nel 26% e degli altri tipi in meno del 10% dei casi. Inoltre, nella maggioranza dei casi le risposte dei neurologi agli spunti (58%) e preoccupazioni (76%) prevedevano che il medico fornisse consigli, cambiasse argomento o ignorasse completamente i contenuti emotivi presentati dal paziente generando:

- il considerevole aumento della distanza dal paziente,
- l'impossibilità di ulteriori esplorazioni dei contenuti emotivi riferiti,
- il consolidamento della tendenza all'inibizione sociale delle emozioni spiacevoli già dimostrata nei pazienti con SM,
- la diminuzione del coinvolgimento percepito dal paziente nei processi decisionali circa i propri trattamenti, (diminuendone, di conseguenza, anche aderenza e compliance al trattamento stesso);
- l'aumento dell'ansia percepita dal paziente circa la propria condizione medica
- l'insaturazione di un circolo vizioso per cui i pazienti più ansiosi mostravano il maggior numero di preoccupazioni e in risposta a queste i le comunicazioni dei neurologi determinavano un ulteriore aumento della loro ansia.

Alla luce di questi risultati, possiamo per tanto asserire che sia necessario accogliere e contenere le comunicazioni emotive dei pazienti con SM e ridurre la distanza tra gli interventi medici e psicologici nell'interesse del loro benessere psicofisico. A riprova di quanto asserito nello studio sperimentale citato, si è deciso di raccogliere delle testimonianze circa la comunicazione della diagnosi e lo stato

psicologico dei pazienti affetti da SM. Si citano due casi emblematici della necessità di accoglimento e contenimento delle angosce correlate alla scoperta e alla convivenza con la malattia. Il primo è il caso della Signora C., 40 anni, madre di un bimbo di 8 anni, che riferisce di aver chiesto al Neurologo in sede di diagnosi cosa poteva aspettarsi dal futuro data la sua condizione morbosa. Il medico le risponde lapidario "quando suo figlio compirà 18 anni, lei sarà in sedia a rotelle". Il secondo caso è invece quello di, Giulia, oggi trentenne, che scopre la malattia a 19 anni e parla degli anni a ridosso della diagnosi in questi termini «Vivevo pensando di avere i minuti contati. Era solo questione di tempo e sarebbe arrivata un'altra ricaduta. A che serviva fare progetti se poi comunque non sarei riuscita a realizzarli?». Lei però reagisce alla malattia chiedendo un sostegno psicologico e, dopo due anni di psicoterapia personale, sostiene: «Non sono più solo una malattia o solo una mente inquieta, sono una persona che è se stessa anche in relazione alla sua malattia e che nonostante la sua malattia va avanti e vive. E vive bene.»

CONCLUSIONI

Nella presente tesi si sono volute approfondire le dinamiche correlate alla diagnosi e al trattamento di una patologia cronica degenerativa come la Sclerosi Multipla nonché ai tratti di personalità e alle strategie di coping tipicamente riscontrati nei pazienti affetti da tale patologia, per giungere successivamente ad elaborare una riflessione sui seguenti temi: come aiutare un paziente di fronte alla sofferenza emotiva legata ad una condizione di malattia fisica? Quali modelli di intervento psicologico sono possibili in ospedale? Come può essere organizzata un'attività di supporto psicologico clinico in un contesto medico?

È nozione comune che l'esperienza di malattia sia considerata come traumatica e dirompente nella vita e nell'equilibrio psichico dell'individuo e che l'intervento psicologico sul soggetto debba in prima istanza lavorare su quanto l'evento malattia abbia impattato sulla sua vita. È compito della Psicologia della Salute riconoscere la dimensione psicologi-



ca del soggetto ed evidenziare i fattori psicologici coinvolti nel decorso di malattia perché il paziente non si appiattisca nel ruolo di malato, ma sviluppi la propria agenzialità.

È per tanto auspicabile l'istituzione di figure professionali dedicate, strutturate nei reparti di Neurologia che siano specializzate, per formazione e training clinico, nel favorire accettazione e adattamento dei pazienti alla diagnosi. Purtroppo, ad oggi, gli ospedali in cui i diversi specialisti operino insieme in una équipe interdisciplinare sono ancora scarsissimi e, anche nei rispettivi corsi di laurea, l'insegnamento di come medici e psicologi possano svolgere un lavoro comune ha poco spazio. Nella pratica, invece, all'interno delle UOC di Neurologia uno psicologo clinico potrebbe rappresentare il collegamento (oggi mancante) tra équipe curante, paziente e suoi familiari. Attraverso il supporto alla diagnosi per tutti i pazienti, gli interventi di psicoterapia breve individuale o di gruppo in relazione allo stato di malattia e alle modalità di adattamento alla stessa e, nel caso dei pazienti con un grado elevato di disabilità, attraverso gli interventi supportivo-espressivi di gruppo da effettuare nei reparti ospedalieri o all'interno delle associazioni dedicate, si potrebbe consentire a questi pazienti, già caratterizzati dall'inibizione della propria espressione emotiva, di mettersi in contatto con i propri vissuti emotivi per fronteggiarli in maniera più adattiva stimolandone la resilienza e la capacità di adattamento alla patologia.

BIBLIOGRAFIA

- Bashir, K., & Whitaker, J. N. (2002). Handbook of multiple sclerosis. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins.
- Beatty WW, et al. (1998). Correlates of coping style in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 4: 440±443.
- Benito-León J, Labiano-Fontcuberta A, Mitchell AJ, et al. Multiple sclerosis is associated with high trait anger: A case-control study. *J Neurol Sci* 2014; 340: 69–74.
- Costa PT, Jr., McCrae RR. (1989). The NEO-PI/NEO-FFI Manual Supplement. Odessa, FL.
- Costa PTJ, Somerfeld MR, McCrae RR. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. In: Zeidner M, Endler NS (eds.). Handbook of coping: Theory, research, applications. John Wiley & Sons, Inc.: New York pp 44±61.
- Del Piccolo L, Mazzi MA, Goss C, Rimondini M, Zimmermann C. How emotions emerge and are dealt with in first diagnostic consultations in psychiatry. *Patient Educ Couns.* 2012;88:29–35. doi:10.1016/j.pec.2012.
- Denollet, J. (2005). DS-14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97.
- Dubayova, T., Nagyova, I., Havlikova, E., Rosenberger, J., Gdovinova, Z., Middel, B., et al. (2009). Neuroticism and extraversion in association with quality of life in patients with Parkinson's disease. *Quality of Life Research*, 18(1), 33–42.
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., Sorbi, S., et al. (2009). Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, 30(1), 15–20.
- Pietrolongo E, Giordano A, Kleinfeld M, Confalonieri P, Lugaresi A, Tortorella C, et al. On behalf for the Auto MS project. Decision-making in multiple sclerosis consultations in Italy: third observer and patient assessments. *PLoS One*. 2013; 8: e60721. Doi:10.1371/journal.pone.0060721 PMID: 23565270.
- Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol* 51: 1257±1264.
- Schubert DS, Foliant RH. (1993). Increased depression in multiple sclerosis patients. A meta-analysis. *Psychosomatics* 34: 124±130.
- Simpson RJ, McLean G, Guthrie B, Mair F, Mercer SW. Physical and mental health comorbidity is common in people with multiple sclerosis: nationally representative cross-sectional population database analysis. *BMC Neurol*. 2014; 14: 128. doi: 10.1186/1471-2377-14-128 PMID:24925477.



TEORIA DEI SISTEMI DINAMICI: UN FRAMEWORK METATEORICO PER LA PSICOTERAPIA?

“Dentro di me vivono la mia identica vita dei microrganismi che non sanno di appartenere al mio corpo... Io a quale corpo appartengo?”

F. Battiato, Beta (Pollution)

Maurilio Verdesca
Dottore in psicologia

RIASSUNTO

Il tipico approccio positivista e riduzionista delle scienze occidentali è stato messo in crisi dall'emergere della teoria dei sistemi dinamici. Tale teoria si candida, date le sue caratteristiche, come potenziale metaframework teorico adeguato per le psicoterapie. Pertanto, considerando le dimensioni intra e interindividuali come sistemi complessi, nel presente articolo, si tenterà di descrivere la psicoterapia da un taglio osservativo consona ai concetti ivi accennati.

INTRODUZIONE

Per lungo tempo l'approccio delle scienze occidentali è stato di stampo riduzionista. Nell'ambito della psicologia, ad esempio - dato l'oggetto d'interesse della seguente trattazione - i principali fenomeni mentali sono stati spesso isolati e ridotti ai meri cambiamenti fisiologici ad essi sottostanti:

a) scotomizzandoli dalle relazioni che, intanto, intrattenevano con l'ambiente e b) a discapito di un

approccio olistico, probabilistico e interdisciplinare in grado di fungere da valido framework metateorico per cogliere e spiegare le trame ricorrenti che sottendono tutti i fenomeni complessi (che non funzionano a compartimenti stagni o con leggi lineari) quali i processi organizzativi dei sistemi viventi (Haken & Mikhailov, 2012; si veda anche Florita, 2010). È solo a partire dalla metà del XX secolo che sia la *teoria del caos che quella dei sistemi dinamici* sono state impiegate in tal senso, intrecciandosi così con discipline che mancavano di un solido terreno unificato e comune, fra cui la psicologia e, più nello specifico, in riferimento ad essa, con *la teoria del cambiamento* (Gelo & Salvatore, 2016; Salvatore, Gennaro, Auletta, Grassi, Manzo, Nitti & Gelo 2010). Già in passato (si rimanda a Sacco, 2003) sia lo stesso Freud (1976), ricorrendo alle conoscenze neurofisiologiche del suo tempo, sia Jung (2014) ricorrendo a quelle di una nascente fisica quantistica, avevano, invano, tentato di colmare questa silenziosa crisi, ma è solo con l'avvento della scuola di Palo Alto che si assi-



sterà finalmente all'applicazione dei principi della cibernetica alla psicoterapia sistemico-relazionale (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971). In tempi più recenti Beebe & Lachmann (1982; 2013; 2015), seppur in maniera implicita, e il Boston Change Process Study Group (BCPS), in maniera più esplicita - in particolare L. Sander (2007; Stern, 1998) - hanno fatto di questo paradigma il loro principale modello di riferimento trasversale, tanto nell'ambito dell'*infant research* quanto nel trattamento degli adulti.

LA TEORIA DEI SISTEMI DINAMICI (TSD) E LA SINERGETICA

Il concetto di *sistema* (termine derivante dal verbo greco *synistemi* e che significa porre insieme, primariamente concepito dalla filosofia greca) raggiunge la sua prima sistematizzazione scientifica con Von Bertalanffy, il quale elabora a partire dagli anni '40 la teoria generale dei sistemi (Von Bertalanffy & Bellone, 1983). Un sistema dinamico complesso aperto è definito come un insieme di elementi (le componenti del *sistema*) che muta al passare del tempo (*dinamico*) in reciproca interazione e disposto a più livelli, ordinati secondo una struttura gerarchica (*complesso*), che scambia informazioni con l'ambiente (*aperto*), insieme al quale costituisce un ulteriore sistema sempre più ampio (Gelo & Salvatore, 2016; Carli & Rodini, 2008). Tutti i sistemi viventi sono aperti, ma non tutti i sistemi aperti sono viventi; inoltre, le parti individuali che li compongono (*componenti*, ad es. atomi, molecole, cellule, organi, animali, etc.) contribuiscono a una unità in grado, nella maggior parte dei casi, di produrre configurazioni (*pattern*), strutture o funzioni - *emergenti* - apprezzabili su scale macroscopiche. In effetti, il sistema nella sua totalità, esibisce spesso nuove qualità che non sono presenti a livello microscopico, derivanti da co-operazioni che avvengono simultaneamente, fra le parti e a più livelli. Esse risultano cruciali per spiegarne il comportamento e il continuo processo di organizzazione all'*ambiente*. In particolare è la *sinergica* (termine derivante dal greco che significa lavorare insieme o co-operare) la disciplina che meglio tenta di spiegare quali siano i principi generali cui obbedisce il comportamento auto-organizzativo

di qualsivoglia sistema, a partire dalle reciproche relazioni *co-ordinate e sincroniche* intrattenute, al passare del tempo, dalle sue componenti. In altre parole, essa, è un campo di ricerca interdisciplinare che si interessa delle coordinazioni (o relazioni coordinate di varia natura) tra le componenti di un sistema, responsabili a loro volta delle formazioni spontanee di strutture spaziali, temporali e funzionali a livello macroscopico, non rinvenibili a livello microscopico nel medesimo sistema. Sebbene questi sistemi siano caratterizzati da differenze complesse, sono accomunati da una caratteristica comune: devono funzionare in modo coerente e *sufficientemente* prevedibile, nonostante la loro composizione consista di un numero virtualmente infinito di unità fra loro interagenti. Il principio organizzativo comune ai sistemi complessi è la loro organizzazione gerarchica, che li rende descrivibili in sottolivelli, ognuno dei quali rappresenta un sottosistema di elementi relativamente uniformi che interagiscono l'un l'altro. Come già detto, sono queste co-operazioni che rendono possibile l'emergere di nuove proprietà, precedentemente non rinvenibili nel medesimo sistema, ognuna delle quali può potenzialmente divenire - se dominante e stabile nel tempo - uno *stato attrattore*, spiegato da specifici parametri d'ordine, e cioè un numero ridotto di variabili che permettono di descrivere come il sistema si comporti complessivamente in quella modalità, assettandosi attorno a quel particolare equilibrio dinamico. Parametri d'ordine sono il sistema economico, i rituali collettivi, le nazioni, la cultura e la lingua: cioè modalità sovra-ordinate che trascendono nel tempo e nello spazio l'attività individuale delle componenti che generano il sistema stesso, sottoponendo gli elementi coinvolti a una relazione di tipo circolare (Haken, 1985). Quanto detto è possibile grazie alla abilità auto-organizzativa endogena che caratterizza le componenti del sistema, tale per cui a partire da forme di disordine (entropia o massima informazione) risulta possibile generare forme e pattern sempre più ordinate. È necessario sottolineare come ad alti livelli di ordine non corrispondano necessariamente alti livelli di adattività. Prendendo a scopo esemplificativo il *sistema* nervoso: le onde cerebrali dell'e-

pilessia sono apparentemente più regolari di quelle riferite alla normale attività cerebrale. L'ordine dunque non coincide in assoluto con la letterale regolarità (constatabile a priori da un osservatore esterno e a prescindere da qualsivoglia sistema di riferimento), quanto, invece, con la complessità, e cioè con la co-ordinazione dinamica delle sotto componenti a livello micro, in grado di essere flessibilmente autonome e – al contempo – sinfonicamente sincronizzate. Nel pensiero sistemico, infatti, non si attribuisce importanza tanto alle singole parti dell'insieme bensì agli schemi interazionali che si vengono a costituire fra esse, mirati in ultimo alla stabilità, che rappresenta la massima risorsa e il massimo vincolo cui – rispettivamente – dispone, e a cui è soggetto, ogni sistema complesso aperto. Paradossalmente, affinché rimanga stabile, una struttura ben adattata dovrebbe permettere al sistema di fluttuare minimamente e costantemente nel tempo, utilizzando a suo favore le forze vitali a disposizione nell'ambiente circostante, proprio come fanno gli stormi di uccelli col vento o i branchi di pesci con le correnti marine. Queste minime oscillazioni (comuni a tutti i sistemi lontani dall'equilibrio termodinamico), consentirebbero alle strutture di apportare (e assorbire in-soglia) minimi cambiamenti per rimanere grosso modo sé stesse, al passare del tempo. A proposito di cambiamenti, ci si può riferire ad essi secondo due differenti tipologie, definite da Watzlawick e collaboratori (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2011) come *cambiamento1* (ad es. relativo a un comportamento di un sistema) e *cambiamento2* (inerente al modo di comportarsi del sistema o al suo modo di processare la realtà), quest'ultimo è definito come Strutturale (Gelo & Salvatore, 2016). A partire da questi concetti è rinvenibile uno dei legami cruciali tra la teoria dei sistemi (sinergetica) e la psicoterapia (teoria del cambiamento): Applicando la sinergetica a livello delle relazioni umane, infatti, il suo oggetto di interesse diverrebbe lo studio (della persistenza e del cambiamento) delle interazioni e dei pattern intercorrenti tra le componenti di un sistema complesso diadico (o grupppale), e cioè lo studio della *inter-soggettività*. Intendendo la terapia come una de-strutturazione relativamente

orientata (all'obiettivo) e tenendo a mente che una tendenza innata dei sistemi sia quella di organizzarsi in modo tale da essere stabile (cioè di esibire *massima resistenza* alle turbolenze interne o esterne) si comprenderà perché si consideri centrale, per una ricerca di processo-esito, saper cogliere e misurar le variabili rappresentative di questa riorganizzazione. Parafrasando il primo assioma della comunicazione della scuola di Palo Alto (Watzlawick et al., 1971): *non è possibile non auto-organizzarsi*, nei sistemi viventi questo processo emerge naturalmente, eventualmente lo si può inibire o agevolare (Siegel, 2017). È così che nella presente si intende il processo terapeutico: un sistema complesso, organizzato in più livelli, composto di più elementi interagenti fra loro ed endogenamente auto-organizzati in incessante scambio con il mondo esterno (Gelo & Salvatore, 2016). È ragionevole allora asserire che un processo di stampo tanto complesso necessiti di una teoria altrettanto tale per essere compreso e sottoposto a verifica; è proprio la *teoria della complessità* quella in grado di supportare il versante scientifico dell'analisi, avvicinandola alle scienze della natura senza rischiare la caduta nel paradigma riduzionista classico, al contempo, non privandola - anzi! - delle sfumature intersoggettive e costruttiviste di cui, in tempi recenti, si è dimostrata essere intrisa. Candidandosi, in ultimo, come nuova possibile direzione teorica per una nuova metapsicologia.

DIFFERENZIAZIONE E INTEGRAZIONE NEI SISTEMI VIVENTI: VERSO LA COMPLESSITÀ

La dimensione intra-individuale e quella inter-individuale sono parte di un unico sistema. Entrambe le dimensioni, infatti, nascono dall'auto organizzazione delle componenti che le compongono;ciò è ben evidente sia nelle diadi madre-bambino (Sander, 2007) che nel sistema terapeutico. Alla luce di questa premessa è lecito, tuttavia, chiedersi quando questa auto-organizzazione del sistema complesso risulti ottimale. Essa si verificherebbe quando nel sistema co-esistono due processi distinti, ma interagenti; il primo è il processo di *differenziazione*, grazie ad esso ogni elemento del sistema conserva la propria autonomia e la propria identità; il secondo



è quello di collegamento o *integrazione* tra gli elementi, atto all'integrazione sincronica e coordinata degli elementi. L'integrazione consente alle parti di mantenere la propria alterità, collegandosi al contempo in termini funzionali. Essa, è una proprietà emergente del sistema, pertanto è definibile come sinergia emergente (Siegel, 2017). Anche a livello neuronale – e ciò non dovrebbe sorprendere vista la proprietà frattale di cui per definizione gode il sistema cerebrale – emergono prove circa l'importanza di questo primario *desiderio* di intersoggettività (Stern, 2010): alcuni studi evidenziano come nei casi di disturbi psicopatologici di origine genetica (Zhang & Raichle, 2010) e non genetica (Teicher et al., 2003; 2004) sia possibile far risalire la compromissione ad aree ponte, in grado dunque di collegare fra loro regioni differenziate, quali il corpo calloso, le regioni prefrontali o l'ippocampo. A un livello più dettagliato si può asserire come i meccanismi di integrazione in condizioni normali siano possibili e si manifestino tramite meccanismi di sincronia. Ad es. gli stati della mente vengono associati funzionalmente attraverso meccanismi cerebrali di integrazione verticale, dorsoventrale e laterale. Suddetti stati, se concettualizzati in lunghe porzioni spazio-temporali, sono analogamente collegati da processi sincronici e diacronici mirati a una integrazione coerente (Siegel, 2001). Dunque l'integrazione sincronica conduce alla creazione (e cioè all'emergere) di coerenza e ordine all'interno del sistema. Pertanto, seguendo questa logica, una relazione risulterebbe integrata quando rispetta le differenze e al contempo, sulla base di esse, è tesa a rafforzare il legame interpersonale (Siegel, 2017). Le relazioni emotivamente coinvolgenti quali le amicizie, le relazioni sentimentali e quelle terapeutiche favoriscono lo sviluppo integrativo del cervello (Siegel, 2001). Secondo l'ipotesi di Tronick (1977; Stern et al. 1998), espressa nel concetto di *espansione diadica della coscienza*, ogni individuo sarebbe un sistema auto-organizzato motivato a creare i suoi stati di coscienza (stati di elevata integrazione cerebrale) e ad espanderli, giungendo alla creazione di sistemi diadicamente e *psico-fisiologicamente co-regolati, capaci di funzionamenti sempre più complessi e coerenti*. Quanto detto, potrebbe ap-

plicarsi sia al sistema diadico madre-bambino che a quello paziente-terapeuta. Se ciò venisse applicato a quest'ultimo è possibile aspettarsi che le componenti del suo primo livello gerarchico (paziente e terapeuta) si dimostrino *mediamente* sincronizzate nei vari meccanismi funzionali (principalmente di natura comunicativo-linguistica) per mezzo dei quali interagiscono; non in ultimo, ci si potrà prospettare di trovare chiari indici di questi processi complessi in atto. È proprio attraverso questi stati di risonanza che le menti del terapeuta e del paziente possono unirsi in un sistema diadico più ampio in grado di dare luogo a processi auto-organizzativi (co-regolativi) e narrativi specifici: è questo il movimento spontaneo e crescente – tipico dei sistemi viventi – teso alla complessità. Non a caso Ogden (2016, p.18) scrive: "Così, l'esperienza della comprensione del paziente da parte dell'analista implica paradossalmente unisono e separatezza allo stesso tempo. Se non ci fosse uno scarto di questo tipo alla base della mia comprensione del paziente – che io sono un *altro* – il paziente *potrebbe stare parlando con sé stesso*".

BIBLIOGRAFIA

- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (Eds.). (2007). *Neuroscience* (Vol. 2). Lippincott Williams & Wilkins.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2013). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Routledge.
- Beebe, B., Gerstman, L., Carson, B., Dolins, M., Zigman, A., Rosensweig.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (2015). *Le origini dell'attaccamento: infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carli, L & Rodini, C. (2008). *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*. Raffaello Cortina, Milano.
- Florita, M. O. (2010). *L'intreccio*. Neuroscienze, clinica e teoria dei sistemi dinamici complessi: Neuroscienze, clinica e teoria dei sistemi dinamici complessi. FrancoAngeli.
- Freud, S. (1976). *Progetto di una psicologia*. Boringhieri.

- Gelo, O. C. G., & Salvatore, S. (2016). A dynamic systems approach to psychotherapy: A meta-theoretical framework for explaining psychotherapy change processes. *Journal of Counseling Psychology*.
- H., Faughey, K., & Korman, M. (1982). Rhythmic communication in the mother-infant dyad. *Interaction rhythms: Periodicity in communicative behavior*, 79-100. Stern, D. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: *ThÈsomething morÈthan interpretation*. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79(5), 903.
- Sander, L. (2007). *Sistemi viventi. L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*, a cura di G. Amadei, I. Bianchi, traduzione di B. Osimo, Raffaello Cortina, Milano.
- Von Bertalanffy, L., & Bellone, E. (1983). *Teoria generale dei sistemi: fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Mondadori.
- Haken, H. (1985). *Synergetics—an interdisciplinary approach to phenomena of self-organization*. *Geoforum*, 16(2), 205-211.
- Haken, H., & Mikhailov, A. (Eds.). (2012). *Interdisciplinary approaches to nonlinear complex systems (Vol. 62)*. Springer Science & Business Media.
- Jung, C. G. (2014). *The archetypes and the collective unconscious*. Routledge.
- Kohut, H. (1980). *La guarigione del Sé*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino.
- Lecciso, F., & Petrocchi, S. (2012). *Il figlio nella mente della madre. Strumenti di analisi della relazione e della reazione alla diagnosi in caso di malattia cronica infantile*. Aracne, Roma.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1985). *Autopoiesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Marsilio editori.
- Ogden, T. H. (2016). *Vite non vissute: esperienze in psicoanalisi*. Raffaello Cortina.
- Piaget, J. (1973). *La costruzione del reale nel bambino*. Firenze: La Nuova Italia.
- Prigogine e Isabelle Stengers, *La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza*. Einaudi, 1981.
- Sacco, G. (2003). *Psicoterapia e sistemi dinamici. Nuove prospettive in terapia cognitivo-comportamentale*, Edizioni Andromeda.
- Salvatore, S., Gennaro, A., Auletta, A., Grassi, R., Manzo, S., Nitti, M & Gelo, O. (2010). *La psicoterapia come scambio comunicativo. Prospettive di ricerca sul processo clinico*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(2), 241-286.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, J.D. (2017). *I misteri della mente*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Stern, D. (1998). *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: ThÈsomething morÈthan interpretation*. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79(5), 903.
- Stern, D. N. (2010). *Il desiderio di intersoggettività*. Onnis L. (a cura di), *Legami che creano, legami che curano*. Torino: Bollati Boringhieri. Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., & Andersen, S. L. (2004). *Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area*. *Biological psychiatry*, 56(2), 80-85.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. (1992). *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). *The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1), 33-44.
- Tronick, E. D., Als, H., & Brazelton, T. B. (1977). *Mutuality in mother infant interaction*. *Journal of communication*, 27(2), 74-79.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 35.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (2011). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. WW Norton & Company.
- Winnicott, D. W. (2013). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando editore.
- Zhang, D., & Raichle, M. E. (2010). *Disease and the brain's dark energy*. *Nature Reviews Neurology*, 6(1), 15.



L'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA ISTITUISCE IL PREMIO "FAIR PLAY", INTITOLATO A PIETRO MENNEA

PER RICORDARE L'ATLETA PUGLIESE DI SPICCO CHE HA SAPUTO DIFFONDERE I VALORI DI LEALTÀ E CORRETTEZZA NEL MONDO

da **BITONTO**

Notiziario mensile indipendente

17 giugno 2018

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia istituisce il Premio "Fair Play", intitolato a Pietro Mennea. La realizzazione di una targa in memoria del grande campione dell'atletica mondiale è stata promossa dal tavolo tecnico per la Psicologia dello Sport dell'Ordine, per promuovere la figura dello psicologo che opera in ambito sportivo e per diffondere

i valori positivi dello sport quale strumento socializzante, inclusivo, capace di favorire il benessere delle persone e delle relazioni fra loro. Al tavolo, coordinato da Antonio Calamo-Specchia e composto da Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, e dai consiglieri Emanuela Soleti, Ferdinando De Muro e Anna Gasparre, partecipano le principali istituzioni sportive della regione. Il premio "Fair Play" intende ricordare Pietro Mennea, atleta pugliese di spicco che ha saputo diffondere i valori di lealtà e correttezza nel mondo, non dimenticando mai di esaltare l'umiltà e la fatica quotidiana necessaria per ogni percorso di miglioramento di sé nel raggiungimento dei propri obiettivi, agonistici e non. I professionisti, la cui proposta è stata accolta con entusiasmo dalla famiglia di Pietro Mennea, conferiranno il premio ogniqualvolta l'Ordine patrocinerà un evento sportivo per dare un significativo riconoscimento agli atleti e alle squadre che si saranno distinte per il fair play. La prima targa è stata consegnata ufficialmente ieri, in occasione del Torneo "Crazy Ball" 2018 di volley 4x4 maschile e femminile U.14 e U.16, al Centro Sportivo Di Cagno Abbrescia di Bari.





VIDEO HARD IN SALENTO, IL PRESIDENTE DEGLI PSICOLOGI PUGLIESI: “IL WEB NON DOVREBBE ESSERE IL PALCOSCENICO DELLA VITA CHE VIOLA L’INTIMITÀ”

ANTONIO DI GIOIA, PRESIDENTE DELL’ORDINE DEGLI PSICOLOGI: “OGGI LA SESSUALITÀ È CAMBIATA, L’INTIMITÀ COME GIOCO NELLE COPPIE APERTE NON PUÒ ESSERE VIOLATA”

Antonio di Gioia
Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 11 luglio 2018

“Viviamo in un tempo in cui viene considerato normale mostrare e raccontare tutto di sé, anche le circostanze più intime, e questo inevitabilmente fa sentire liberi di dover e poter guardare tutto, commentare tutto, spiare costantemente dal buco della serratura e, spesso, come nel caso in questione, di poter far circolare immagini e informazioni che, seppure entrate in nostro possesso, non ci appartengono. A scapito della riservatezza, il web è diventato il palcoscenico della vita in cui si fa prevalere il sensazionalismo”. Così il presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia, **Antonio Di Gioia**, commenta la vicenda del video hard circolato in Salento ad insaputa dei protagonisti dopo che lui ha perso il proprio telefonino. “Una vicenda che andrebbe esplorata sotto diversi profili”, prosegue il presidente degli psicologi pugliesi. “Intanto le ragioni che portano a filmare un rapporto sessuale, con il rischio, come nel caso in questione, che un gioco delle fantasie che dovrebbe restare privato venga estimizzato e violato dal web, da chi fa un uso improprio di intimità altrui. Quel video, non cancellato subito, è accidentalmente finito nelle mani sbagliate e un momento che attiene alla sfera intima di due individui è diventato di dominio pubblico, oggetto di una platea incosciente e divertita, ignara delle conseguenze. Accidentale lo smarrimento del video, ma non l’atteggiamento di tantissimi che non solo l’hanno guardato, ma l’hanno

inviato e condiviso, innescando una catena infernale per i due protagonisti. Hanno contribuito a minare la dignità delle persone offese, ogni forma di privacy, hanno insomma creato vittime. E qui subentra un altro fattore da analizzare, il senso di vergogna. Che è più che normale e che può diventare micidiale”, avverte il presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia. “Purtroppo non sono pochi i casi di persone che non hanno retto di fronte a situazione di questo genere. Il caso di Tiziana Cantone è il più noto, ma ce ne sono tanti altri. Lo stesso sportello dei diritti di Lecce ha confermato che ci sono state alcune minacce di suicidio per casi analoghi. Per questo occorre che i due protagonisti di questo incidente si facciano aiutare per superare lo choc per una situazione che non hanno voluto e di cui sono assolutamente vittime. E dovrebbero convincersene anche i datori di lavoro della ragazza, che come ho letto rischia il licenziamento: va aiutata, non va punita. Ma direi che vanno aiutati anche gli autori che hanno diffuso il video: c’è bisogno di interventi specifici di prevenzione e formazione sulla relazione affettiva e sessuale, sulla intimità che non deve essere resa pubblica sul web, ma rimanere uno scambio di piacere, un gioco della coppia”.

Per maggiori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, tel. 347 969218



RASSEGNA STAMPA

Le altre notizie

PSICOPEDAGOGIA NELLA PRESBITERIANE L'Ordine: la legge regionale è varinata

La legge del 2010, che stabilisce la possibilità di accedere al sacerdozio ministeriale per i preti, non è stata ancora approvata dalla Regione Puglia. L'Ordine dei preti ha chiesto che la legge venga varinata in modo da includere anche i preti diocesani. Il presidente dell'Ordine dei preti, Luigi Di Stefano, ha detto che il 100 per cento dei preti diocesani ha espresso il suo interesse a svolgere il ministero sacerdotale. Di Stefano ha detto che il 100 per cento dei preti diocesani ha espresso il suo interesse a svolgere il ministero sacerdotale. Di Stefano ha detto che il 100 per cento dei preti diocesani ha espresso il suo interesse a svolgere il ministero sacerdotale.

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO
BARI - 4 luglio 2018

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

L'ESTATE «PAZZA»

BLUZZI E PREVISIONI DI AGOSTO

L'INFERNO DI CILIEGI E TEMPERATURE

Intorno alle 11 il barbot di macine oltre 30-37 gradi, anche se il vespertino è 20-25 e di sera 18-20 gradi

UN CENTRALE PER LE EMERGENZE

Il nuovo sistema è possibile grazie al numero verde 112 o online con esperti del ministero della Salute

Scoppia il gran caldo la città si svuota

Da volontari e psicologi più attenzione per gli anziani

di ANSA/ROMA

Il gran caldo che si sta abbattendo sulla città di Bari ha spinto molti cittadini a lasciare le città e recarsi sulle spiagge o in campagna. In città, invece, si sono svuotate le piazze e le strade. Molti sono rimasti a casa, ma anche lì il caldo è insopportabile. Per alleviare il disagio, alcune associazioni e volontari stanno organizzando iniziative di assistenza per gli anziani e i più vulnerabili. Psicologi e operatori sociali stanno anche lavorando per aiutare le persone a gestire il calore e il disagio.

LA REGIONE Lava i cementi pronti per essere usati

La Regione Puglia ha autorizzato l'uso dei cementi lavati, una pratica che permette di ridurre il consumo di acqua e di migliorare la qualità dell'ambiente. Questa decisione è stata presa dopo una lunga consultazione con gli stakeholder del settore edile e ambientale.



IN BREVE
L'Ordine dei preti ha chiesto che la legge venga varinata in modo da includere anche i preti diocesani. Il presidente dell'Ordine dei preti, Luigi Di Stefano, ha detto che il 100 per cento dei preti diocesani ha espresso il suo interesse a svolgere il ministero sacerdotale.

LA REGIONE
La Regione Puglia ha autorizzato l'uso dei cementi lavati, una pratica che permette di ridurre il consumo di acqua e di migliorare la qualità dell'ambiente.

LA REGIONE
La Regione Puglia ha autorizzato l'uso dei cementi lavati, una pratica che permette di ridurre il consumo di acqua e di migliorare la qualità dell'ambiente.

LA REGIONE
La Regione Puglia ha autorizzato l'uso dei cementi lavati, una pratica che permette di ridurre il consumo di acqua e di migliorare la qualità dell'ambiente.

IL SERVIZIO ALLA SOCIETÀ PER GLI ANZIANI IN REGIONE PUGLIA DELLA PUGLIA

«Per gli over 65 in questi giorni la solitudine il problema principale»

Il servizio alla società per gli anziani in Puglia è un tema che sta diventando sempre più attuale. In questi giorni, con il caldo e la solitudine, il problema principale per gli over 65 è la mancanza di compagnia e di supporto. Le associazioni e i volontari stanno lavorando per offrire aiuto e sostegno a queste persone.

Il servizio alla società per gli anziani in Puglia è un tema che sta diventando sempre più attuale. In questi giorni, con il caldo e la solitudine, il problema principale per gli over 65 è la mancanza di compagnia e di supporto.

Il servizio alla società per gli anziani in Puglia è un tema che sta diventando sempre più attuale. In questi giorni, con il caldo e la solitudine, il problema principale per gli over 65 è la mancanza di compagnia e di supporto.

Il servizio alla società per gli anziani in Puglia è un tema che sta diventando sempre più attuale. In questi giorni, con il caldo e la solitudine, il problema principale per gli over 65 è la mancanza di compagnia e di supporto.

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO BARI - 2 agosto 2018

SALENTO LIVE24
 https://www.salentolive24.com/770220007/Incidenti-braccianti-in-campo-gli-psicologi-pugliesi

Incidenti braccianti, in campo gli psicologi pugliesi



Salerno - Dopo il tragico incidente che ha ucciso in modo orribio un ragazzo pugliese, il presidente dell'Ordine Di Gioia ha parlato con i media e ha spiegato che il suo ruolo è quello di essere presente sul territorio e di offrire ai cittadini un servizio di consulenza psicologica. Per questo, ha detto, ha chiesto ai soci di essere presenti in campo e di offrire un servizio di consulenza psicologica. Per questo, ha detto, ha chiesto ai soci di essere presenti in campo e di offrire un servizio di consulenza psicologica.

SALENTO LIVE 8 agosto 2018

BRINDISI SERA
 https://www.brindisiserasera.com/100220007/Blue-Whale-gli-psicologi-pugliesi-Extrema-conseguenza-del-pericolo-della-Rete-il-presidente-dell-Ordine-Di-Gioia-interviene-dopo-l-episodio-di-Latiano

Blue Whale, gli psicologi pugliesi: "Estrema conseguenza dei pericoli della Rete" - il presidente dell'Ordine Di Gioia interviene dopo l'episodio di Latiano



Il presidente dell'Ordine Di Gioia ha parlato con i media e ha spiegato che il suo ruolo è quello di essere presente sul territorio e di offrire ai cittadini un servizio di consulenza psicologica. Per questo, ha detto, ha chiesto ai soci di essere presenti in campo e di offrire un servizio di consulenza psicologica.

BRINDISI SERA 10 agosto 2018

Il MATTINO
 di Foggia e provincia

INCIDENTI PROVVISORIAMENTE FERMATI LA PAROLA VICTORIA A FAMIGLIA E PSICOMOTRISTE

Gli psicologi pugliesi a disposizione delle vittime



Il presidente dell'Ordine Di Gioia ha parlato con i media e ha spiegato che il suo ruolo è quello di essere presente sul territorio e di offrire ai cittadini un servizio di consulenza psicologica. Per questo, ha detto, ha chiesto ai soci di essere presenti in campo e di offrire un servizio di consulenza psicologica.

IL MATTINO DI FOGGIA E PROVINCIA 9 agosto 2018

Il Messaggero.it
 https://www.messaggero.it/brasil/100220007/Regazzina-di-16-anni-violentata-e-filmata-dal-branco-a-Vasto-arrestati-quattro-diciasettenni

Regazzina di 16 anni violentata e filmata dal branco a Vasto: arrestati quattro diciasettenni



Un'indagine di polizia ha portato all'arresto di quattro ragazzi di diciassette anni che avevano filmato e violentato una ragazza di 16 anni. Il presidente dell'Ordine Di Gioia ha parlato con i media e ha spiegato che il suo ruolo è quello di essere presente sul territorio e di offrire ai cittadini un servizio di consulenza psicologica.

IL MESSAGGERO 11 agosto 2018



RASSEGNA STAMPA



CORRIERE DEL MEZZOGIORNO 17 agosto 2018



GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO BARI 22 agosto 2018



NUOVO QUOTIDIANO DI PUGLIA 3 settembre 2018



NUOVO QUOTIDIANO DI PUGLIA 10 settembre 2018



RASSEGNA STAMPA



https://www.batmagazine.it/...
proprietà di appartenenti

Andria - "Mese del Benessere Psicologico": anche la città federiciana nel programma di appuntamenti

di venerdì, 29 settembre 2018 | [Canta da Sciacore](#)



Il Comune di Andria, in collaborazione con l'Associazione Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, organizza un programma di appuntamenti fino al 31 ottobre. Le iniziative sono di competenza di eventi e tutti gli eventi sono a partecipazione libera e gratuita. Il programma è articolato in diverse fasi: Andria - Mese del Benessere Psicologico, in collaborazione con l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. Il programma è articolato in diverse fasi: Andria - Mese del Benessere Psicologico, in collaborazione con l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. Il programma è articolato in diverse fasi: Andria - Mese del Benessere Psicologico, in collaborazione con l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia.

BATMAGAZINE 29 settembre 2018



http://www.puglialive.com/...
proprietà di appartenenti

A Bari la sottoscrizione del protocollo tra Anci e Ordine degli Psicologi per inserire nei Comuni italiani gli psicologi

Sarà siglato dal Presidente Anci Antonio Decaro e il Presidente nazionale dell'Ordine degli Psicologi Fulvio Giardina

Trenta i sindaci italiani, a partire da venerdì 30 e fino al pomeriggio, alla sede dell'Ordine degli Psicologi, a Bari, il convegno "Psicologia e Comunità: sviluppo del territorio", durante il quale sarà firmato il Protocollo d'intesa per la promozione dell'operato psicologico nei Comuni italiani. Il Protocollo d'intesa è stato firmato dal Presidente Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, Fulvio Giardina, e dal Presidente Nazionale dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani, Antonio Decaro. Il protocollo è stato firmato a Bari, in occasione del convegno "Psicologia e Comunità: sviluppo del territorio", organizzato dall'Ordine degli Psicologi. Il protocollo prevede che gli psicologi potranno essere inseriti nei Comuni italiani, a partire da venerdì 30 e fino al pomeriggio, alla sede dell'Ordine degli Psicologi, a Bari, il convegno "Psicologia e Comunità: sviluppo del territorio".

PUGLIA LIVE 30 settembre 2018



CURARE I BAMBINI ABUSATI

CURATORE: Marinella Malacrea

CONTRIBUTI DI: Maria Luisa Benincasa, Nadia Bolognini, Rosita Bormida, Anna Maria Costantino, Annalisa Di Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Claudio Foti, Michela Gardon, Dante Ghezzi, Marinella Malacrea, Dario Merlino, Monica Micheli, Elisabetta Novario, Michele Pellegrini, Margherita Plaja, Cristiana Pessina, Enrico Quarello, Gloriana Rangone, Annamaria Scapicchio, Gloria Soavi, Francesco Vadilonga

EDITORE: Raffaello Cortina

COLLANA: Psicologia clinica e psicoterapia

RECENSIONE A CURA DI MARVITA GOFFREDO

psicologa psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva (AIPC)

La violenza sessuale riveste, ormai da anni, un ruolo di grande interesse nel mondo delle scienze psicologiche e psichiatriche in quanto, come gran parte della letteratura ha ampiamente dimostrato, rappresenta uno dei precursori delle principali forme di psicopatologia in età evolutiva e, successivamente, in età adulta. Il bisogno di riferimenti metodologici e di tecniche per la cura di questa particolare forma di violenza all'infanzia è diventato, negli anni, sempre più evidente tanto

da creare un dibattito tra i professionisti molto ricco e produttivo, ma non sempre caratterizzato da una condivisione di linguaggi e di approcci. A tale bisogno risponde sicuramente il volume "Curare i bambini abusati" edito da Cortina e curato da Marinella Malacrea, neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, nonché socio fondatore del CI-SMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). Il libro racchiude il contributo di oltre 20 professionisti, tutti



soci C.I.S.M.A.I., i quali danno conto del lavoro di clinica e di ricerca che da più di vent'anni portano avanti in Italia nella cura dei bambini abusati.

Il testo si apre con uno sguardo sulla comunità scientifica internazionale, che non cessa di misurarsi con il tema complesso della terapia dei bambini abusati, senza desistere dal cercare strumenti sempre più efficaci. In questa sezione, infatti, è riportata una rassegna ragionata della letteratura scientifica sul tema della terapia nell'abuso sessuale all'infanzia (2010 – 2016, 106 tra volumi e articoli), a partire da un utile raccordo con quanto già era presente sull'argomento nella letteratura precedente. A seguire, attraverso l'esposizione di tredici casi clinici,

gli autori, a partire da formazioni di base differenti (psicoanalitica, sistemica, cognitivista), illustrano diverse specificità dell'abuso sessuale sui bambini e descrivono nel dettaglio come hanno utilizzato nella terapia tecniche e competenze. Ciascun capitolo, infatti, declina nel dettaglio un singolo caso clinico esemplificativo, attraverso cui gli autori mostrano al lettore il metodo diagnostico e terapeutico adottato, disegnano il ragionamento clinico che li ha guidati a scegliere un determinato approccio nei vari momenti della terapia e mette in luce difficoltà, ostacoli incontrati, errori compiuti, interazioni determinanti con altri sistemi istituzionali e familiari, nonché reazioni controtrasferali dei terapeuti.

I primi sei capitoli mettono a fuoco diverse sfaccettature del trauma quando esso si origina nel terreno familiare, con inevitabili implicazioni sui processi di attaccamento, mentre i successivi cinque affrontano gli abusi in cui il perpetratore è esterno alla famiglia. Chiudono il volume un capitolo che affronta storie e percorsi di bambini adottati e propone come gestire il rischio che i loro modelli operativi, deformati dall'abuso subito nel luogo di origine, finiscano per incrinare la possibilità di costruzione di un positivo attaccamento nella nuova famiglia ed un capitolo che affronta la rara possibilità di accogliere la domanda di terapia di pazienti già curati da piccoli e che, diventati adolescenti, vivono nel corpo e nelle emozioni la riattivazione di quanto, con le risorse che avevano nell'infanzia, non hanno potuto compiutamente elaborare.

“Curare i bambini abusati”, un libro corale i cui diritti d'autore sono devoluti al C.I.S.M.A.I., attraverso il contributo appassionato dei colleghi che hanno accettato di aprire virtualmente le proprie stanze di terapia, persegue l'obiettivo di aumentare il reciproco riconoscimento, la coesione e il mutuo sostegno dei molti terapeuti che in Italia si misurano con il difficile compito di curare i bambini abusati.



IL DOMANI È OGGI PSICOLOGIA DI UN PROCRASTINATORE

MIRCO TURCO. PRIMICERI EDITORE, 2018.



Vi sembrerà strano, ma tutti, siamo puntualmente in ritardo!

Il nostro cervello, infatti, elabora le informazioni dopo qualche frazione di secondo dalla percezione degli stimoli che provengono dal mondo circostante. Quindi, che lo vogliate o meno, il rapporto con il tempo è comunque vincolato oltre ad essere

squisitamente capriccioso e soggettivo.

Lo studio sul tempo e sulla tendenza a rimandare parte qualche anno fa, quando dovevo “inventare” una tematica nuova e affascinante per discutere la mia tesi di laurea in psicologia. Ironia della sorte, trovai però un docente universitario che per quanto entusiasta e interessato rimandava sempre i miei appuntamenti e il grosso rischio, per me ovviamente, era quello di procrastinare anche la mia data di laurea.

Fortunatamente o sfortunatamente, ancora oggi non sono in grado di dirlo, avevo la sensazione che il tempo trascorrevva velocemente e il mio animo forse inquieto mi diceva, invece, - lo fa imperterrito ancora - che mi dovevo sbrigare!

È assodato dirvi che cambiavi tematica e quindi anche docente universitario! La mia priorità, il mio focus era laurearmi in una data precisa e non ammettevo procrastinazione alcuna.

L'anno dopo alla mia laurea, decisi di mettere nero su bianco il materiale che avevo ricercato con tanta sensata parsimonia e pubblicai il mio primo libro da un titolo alquanto improbabile: Procrastinazione Universitaria e Disorientamento Personale. Avrei voluto dedicarlo a quel professore ma fui diplomatico e lasciai perdere.

Sicuramente, se avessi studiato al tempo meglio strategie di marketing, avrei trovato un titolo differente!

Di fatto, in meno di un centinaio di pagine illustravo le ricerche internazionali sul tema della procrastinazione, ovvero della tendenza a rimandare, sottolineando, con velata enfasi che ognuno di noi,

almeno una volta nella vita ha rimandato qualcosa: una decisione, un compito, un comportamento. Chiaramente, l'impegno di tradurre e adattare le ricerche avvenute in altri Paesi non fu semplice ma la volontà si trasformò in spietata ostinazione, poiché mi accorgevo, progressivamente, che la tematica riguardava ognuno di noi, a trecentosessantasei gradi e in ogni ambito; dallo studio, alla vita privata, a quella relazione, sino a quella lavorativa. Da quei primi studi ho ricavato anche altre due "leggi" importantissime e strategiche per le umane esistenze e per la mia:

1. Per ottenere dei risultati differenti occorre fare cose diverse ma soprattutto cambiare, in un certo modo, la nostra forma mentis.
2. Le persone, in generale, hanno una grande difficoltà nel cambiare e soprattutto devono sapere in che modo farlo. Tale difficoltà è così radicata che spesso non vogliamo mutare abitudini difettose o comportamenti che portano da nessuna parte, quasi fossimo orientati naturalmente al masochismo.

Qualcuno, sicuramente, potrebbe inneggiare a una o più solite originali leggi della motivazione, cioè che occorre, per forza, essere sufficientemente motivati ma ho scoperto, nuovamente, tra teorie e pratiche, che in talune occasioni non è solo questione di motivazione e che non possiamo sempre aspettare la vena giusta, l'ispirazione, la spinta proficua. Occorre essenzialmente iniziare!

Qualche anno più tardi, trasformai il mio primo saggio sulla tematica, in verità unica opera in Italia scritta sino a quel momento, in un secondo libro dal testo sicuramente più originale e ammaliante: *Il Domani è mai: 29 modi per smettere di rimandare*.

Ebbe, sin da subito, un discreto successo, poiché era un condensato di spiegazioni e argomentazioni sull'identità del procrastinatore, delineando un vero profilo o identikit ma soprattutto suggeriva in modo velatamente sottile e persuasivo come fare a smettere di rimandare.

Il destino o fato avverso o le stelle pigre, vollero che il testo si trasformò, per qualche insensata ed oscura legge del mercato, in un oggetto intro-

vabile! E ancora oggi lo è, tanto che mi capita di ricevere alcune email o telefonate di persone che mi chiedono disperatamente il libro e mi ritrovo, mio malgrado, a rimandare ad altri tempi la spedizione!

Nel libro, suggerivo, inoltre, in modo ludico ma professionale, almeno 29 modi per combattere la problematica. La gente è attratta dai numeri o dalle statistiche, danno un senso di maggiore efficacia e stabilità!

Quando la gente mi chiedeva perché 29 modi? Bhè, perché ne avevo trovati 29 sino a quel momento e se avessi perfezionato meglio sempre il fatidico marketing, lo avrei sottolineato diversamente, magari con 69 sfumature per smettere di rimandare!

Sono giunto quindi alla conclusione di dover scrivere un nuovo libro, partendo proprio da quelli precedenti, ampliandone in modo pragmatico le argomentazioni e le soluzioni.

Il Domani è Oggi presume arricchire il versante cognitivo, emotivo e motivazionale del lettore che si trova, suo malgrado, a identificarsi proprio con il procrastinatore.

È un libro ugualmente utile agli altri, a tutti, poiché enfatizza una costante della vita, ovvero il tempo, nella sua percezione oggettiva e soggettiva, nel suo vissuto e nel suo scorrere creativo, indeciso o convinto.

Per quanto la fisica, da Einstein in poi, consideri il tempo un'illusione ostinata, la ricerca neuroscientifica ci dice che tutti gli esseri viventi possiedono un "senso" del tempo ed è proprio questo che conta ed ha, indiscutibilmente, un immenso valore magico.

In fondo, il tempo è proprio una cosa buffa! Oggi c'è e domani pure ma, a volte, non c'è né oggi né ci sarà domani.

Dove andrà mai? Cosa mai avrà da fare? Strana sorte quella del tempo. A volte, è poco, altre volte troppo; è mutevole... cambia e cambia ancora, gioca, si ferma, corre, si eclissa, riparte.

Forse, un giorno, ce ne sarà abbastanza per comprendere che era con noi e per noi ma che, ormai... si è perso!



PROTEGGERE I BAMBINI DALLA VIOLENZA ASSISTITA (VOLUME I E II)

CURATRICI: Elena Buccoliero e Gloria Soavi

CONTRIBUTI DI (VOL I): Isabella Berlingiero, Beatrice Bessi, Petra Filistrucchi, Maria Grazia Foschino Barbaro, Donatella Galloni, Roberta Luberti, Fanny Marchese, Michele Pellegrini, Grazia Tiziana Vitale,

CONTRIBUTI DI (VOL II): Roberto Ceroni, Mario De Maglie, Marina Frigieri, Monica Mariotti, Elena Merlini, Maria Teresa Pedrocco Biancardi, Mirko Stifano, Anna Visconti

EDITORE: Franco Angeli

COLLANA: Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo

RECENSIONE A CURA DI ALESSANDRA SGARAMELLA

La violenza assistita da minori si verifica quando i bambini sono spettatori di qualsiasi forma di maltrattamento espresso attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed

economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori (CISMAI, 2005). Tale forma di violenza ha ottenuto, sin dal 2003, il riconoscimento come forma



di maltrattamento primario nei confronti dell'infanzia.

Essere testimoni di violenza sulla madre produce effetti traumatici di intensità paragonabile a quelli prodotti dalle violenze subite direttamente, tuttavia, tra tutte le forme di violenza verso i bambini, questa resta una delle più delicate e meno riconosciute, i cui esiti risultano essere ancora troppo sottovalutati dal punto di vista sociale, sanitario e giuridico generando una grave carenza all'interno dei sistemi di protezione e cura e mancando, di fatto, corrispondenti interventi riparativi.

Allo stato attuale risulta importante, pertanto, mantenere l'attenzione su questo fenomeno, riconoscere questi bambini come vittime, coglierne i vissuti, rilevarne i modelli culturali generalmente distorti e, complessivamente, individuare quali possono essere gli esiti sulle loro traiettorie



esistenziali.

I due volumi presentati raccolgono, dunque, i contributi di professionisti esperti in materia di violenza assistita ed impegnati nell'ambito della tutela dei minori, ed offrono preziosi spunti di riflessione e autorevoli prassi di rilevanza sul tema affrontato. L'intento dei lavori è quello di dimostrare che, nonostante le difficoltà dei contesti e delle organizzazioni, i servizi pubblici e privati, gli ospedali, i tribunali possono e devono ricavare uno spazio di maggior attenzione ai bambini negli interventi di prevenzione, valutazione ed accoglienza, affinché possa essere messa a fuoco la loro condizione di vittime e si possano doverosamente accompagnare in un percorso di riparazione.

All'interno del primo volume l'autrice Gloria Soavi introduce il tema della violenza assistita descrivendo la situazione dei sistemi di protezione oggi



dopo 15 anni dalla sua prima definizione; sebbene da un lato si osservi un'attenzione sempre crescente rispetto al fenomeno, vengono tuttavia rilevate ancora troppe problematicità nel riconoscerlo, valutarlo nella sua complessità e nell'individuare ed attuare interventi efficaci che abbiano come presupposto l'impatto traumatico dei bambini e delle bambine coinvolte.

Successivamente il testo offre i risultati di un'interessante ricerca di Elena Buccoliero che mette a fuoco i rischi incorsi da ragazzi e ragazze esposti a violenza domestica nonché a stereotipi culturali sulla violenza e sul genere ed a modelli disfunzionali di relazione che tendono a riprodurre sin dalle prime relazioni di coppia.

Nella seconda parte il testo affronta il tema connesso alla complessità della rilevazione della violenza assistita, sottolineando primariamente l'urgenza di una valutazione complessiva nell'ambito della violenza domestica; il testo entra poi nel vivo degli interventi di rilevazione e presa in carico presentando due lavori esemplari. Il primo, quello del Pronto Soccorso Ospedaliero della Clinica "Mangiagalli" di Milano dove Fanny Marchese e Donatella Gallone, raccontano come sia importante "vedere" i figli delle donne maltrattate e poter intervenire adeguatamente; il secondo è il lavoro dell'equipe GIADA che opera all'interno dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, dove Maria Grazia Foschino, Isabella Berlingerio, Michele Pellegrini e Grazia Tiziana Vitale hanno elaborato un percorso di rilevazione della violenza assistita all'interno delle Unità Operative, di valutazione delle conseguenze traumatiche e delle manifestazioni sintomatologiche, di presa in carico e di attuazione di interventi riparativi.

Beatrice Bessi e Petra Filistrucchi del centro Antiviolenza "Artemisia" di Firenze, descrivono le difficoltà dei percorsi riparativi dei bambini vittime di violenza assistita e le criticità relative alle faticose integrazioni tra i servizi.

Elena Buccoliero, poi, con la sua decennale

esperienza di giudice onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Bologna rileva la necessità di orecchie attente e disponibili ad ascoltare i bambini e fornisce strumenti di lettura attenta delle situazioni.

Il secondo volume approfondisce le diverse fasi della presa in carico dei minori grazie ai contributi di assistenti sociali, psicologi, magistrati, avvocati che hanno maturato una ricca esperienza in questo settore.

Nella prima sezione, dedicata all'intervento psicologico e sociale, Maria Teresa Pedrocco Biancardi, torna a rilevare le difficoltà che si riscontrano nei vari contesti sulle difficoltà di riconoscerla come forma di maltrattamento dopo oltre dieci anni dal primo testo sulla violenza assistita; successivamente Gloria Soavi si addentra nella valutazione di recuperabilità delle competenze genitoriali, offrendo agli operatori preziosi riferimenti teorici e spunti operativi.

Sulla stessa linea Maria Maria Frigieri, responsabile di un servizio di tutela minori da importanti indicazioni su come creare le condizioni per stabilire un'alleanza con i genitori, in stretta collaborazione con i servizi sociali e la scuola. Gloria Soavi e Anna Visconti, poi, illustrano il narrative model, strumento che permette di affrontare ed elaborare il trauma attraverso narrazioni della storia familiare. Infine Mario De Maglie illustra la realtà del Centro di ascolto per uomini maltrattanti di Firenze.

La seconda sezione è invece dedicata all'intervento giudiziario. Roberto Ceroni, ripercorre il lavoro d'indagine così che l'accertamento dei reati non pesi unicamente sulla donna; Mirko Stifano e Elena Buccoliero, illustrano le potenzialità della giustizia minorile a favore di donne e bambini e successivamente vengono spiegati i procedimenti civili presso il Tribunale Ordinario.

Gli autori, con chiarezza, realismo e continui riferimenti alle storie delle persone incontrate nel lavoro, esprimono linee di indirizzo preziose ed opportunità senza tacere difficoltà e contraddizioni.



CAMBIARE PELLE

DIVENTARE TERAPEUTA ATTRAVERSO I PERCORSI FORMATIVI DELLA SCUOLA CHANGE SEDE DEL CENTRO STUDI DI TERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE DI ROMA

A CURA DI Antonio Romanello

COAUTORI: Antonio Calamo Specchia, Ivana Romanello, Francesca Vinci, Daniela Teresa Zagaria

Questo volume, scritto a più mani, si propone di rendere intellegibile cosa e come si insegna nei training formativi della Scuola Change, sede del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale.

L'opera si sviluppa in 15 capitoli.

I capitoli centrali illustrano il percorso formativo di ogni allievo in tutte le sue articolazioni: il **training specifico**, con il lavoro sulla persona del futuro terapeuta e la pratica clinica simulata, con la presa in carico di casi clinici nelle due fasi di supervisione diretta e indiretta; le **lezioni teorico-cliniche disciplinari** e i seminari di studio; gli **incontri residenziali**; il **tirocinio** presso strutture pubbliche e private accreditate; **l'incontro con le famiglie di origine** degli allievi; la con-

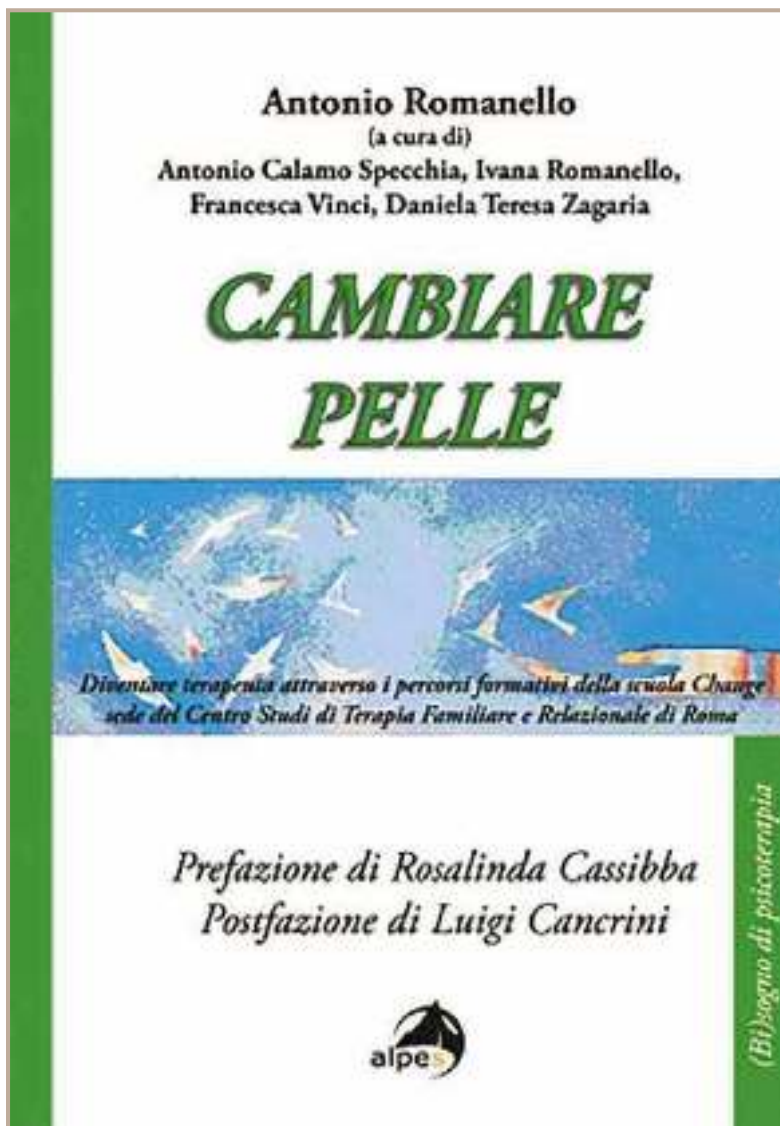
clusione del percorso con **la preparazione della tesi e l'esame finale** per il conseguimento della specializzazione; Gli altri capitoli sono dedicati alla valutazione degli allievi e della didattica che si svolge lungo tutto il processo formativo, alle sfide che l'allievo deve affrontare per "cambiare pelle", al funzionamento del Centro Clinico interno alla Scuola, al percorso ed esperienza formativa dei futuri didatti, all'esperienza dei gruppi di supervisione dopo la conclusione del training. Gli studenti interessati del corso di Laurea in Psicologia e Medicina che leggeranno questo libro saranno aiutati a decidere, con maggiore consapevolezza e libertà, se e quando impegnarsi in un percorso formativo così complesso e speciale; leggendo queste pagine, si incontre-



ranno con l'esperienza viva di tanti come loro che con passione, impegno e coraggio sono riusciti a "cambiare pelle" per costruire nella stanza di terapia quell'esperienza unica che permette, a molti di coloro che vi accedono, di rinascere e rilanciare la propria vita.

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 del Consiglio di Amministrazione della Scuola di formazione Change di Bari dal 2009 e di co-responsabile dell'attività didattica dal 1997 a tutt'oggi. Ha diretto dal 1982 al 2003 un Consultorio Familiare della ASL/TA e svolto attività clinica di psicologo convenzionato a tempo indeterminato nel S.E.R.T. 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 di Puglia e Basilicata. È stato responsabile scientifico co di vari eventi ECM.



Antonio Calamo Specchia

Francesca Vinci

Daniela Teresa Zagaria

Allievi didatti del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale presso la Scuola Change.

Ivana Romanello

Didatta Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale.



SEDE

Via Fratelli Sorrentino N° 6, int. 6 Piano 3°
(di fronte all'ingresso della Stazione Ferroviaria
da Via Capruzzi)

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DELLA SEGRETERIA

- tutti i giorni dal lunedì al venerdì
dalle ore 10:00 alle 12:00
- lunedì e mercoledì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037

Fax: 080 5508355

e-mail: segreteria@psicologipuglia.it
presidenza@psicologipuglia.it

Pec segreteria.psicologipuglia@psypec.it

Sito www.psicologipuglia.it

N. totale iscritti alla sez. A al 29/10/2018 **5375**

N. totale iscritti alla sez. B al 29/10/2018 **13**

N. totale iscritti con riconoscimento **2392**
per l'attività psicoterapeutica

ORARI DI RICEVIMENTO DEI CONSIGLIERI

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dai Consiglieri dell'Ordine, **facendone richiesta telefonica** ai componenti del Consiglio interessati, oppure alla Segreteria o per e-mail.

Per le cariche elettive gli orari di ricevimento (previo appuntamento) sono i seguenti:

Presidente Dott. Antonio Di Gioia
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Vice Presidente Dott.ssa Vanda Vitone
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Segretario Dott.ssa Vanna Pontiggia
Lunedì e Mercoledì
ore 16:00 - 17:00

Tesoriere Dott.ssa Marisa Yildirim
Mercoledì ore 14:00-16:00

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Ogni iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previo appuntamento da concordare con la Segreteria, può avvalersi a titolo gratuito delle seguenti consulenze:

CONSULENZA FISCALE-TRIBUTARIA

Dott. Gennaro Sciscioli

Riceve il Lunedì dalle 15.30 alle 17.30.

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3407771793 o inviando una mail a **consulentefiscale@psicologipuglia.it**;

CONSULENZA LEGALE

Avv. Francesco Mascoli

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3683204661.

SPORTELLO DI CONSULENZA SU BANDI DI FINANZIAMENTO COMUNITARI, NAZIONALI E REGIONALI

Dott.ssa Valentina Vitale

Attivo per info il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 17.30.

Indirizzo di posta dedicato:

sportello@psicologipuglia.it

È possibile fissare un appuntamento telefonando il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 17.30, al numero 371/1403656.

I Consulenti ricevono gli iscritti presso la sede dell'Ordine in Bari alla via F.lli Sorrentino n°6.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi.

Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

AVVISO IMPORTANTE

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove



modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione.

Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda via e-mail o tramite fax allo 080-5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in originale bisogna allegare: 90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due certificati; 2,00 euro in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

È necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

- 1 L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.
- 2 Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:
 - a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;
 - b) deve essere in regola con il versamento all'Or-

dine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente. deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

3 L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:

- autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione. Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;
- copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio;
- copia della ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n° 15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via F.lli Sorrentino n°6 - 70126 - Bari;
- Fotocopia del documento di identità.

NORMA PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.

CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE

dott. Antonio Di Gioia

presidenza@psicologipuglia.it
antonio.digioia.153@psypec.it

VICEPRESIDENTE

dott.ssa Vanda Vitone

vandavitone@virgilio.it
vanda.vitone.289@psypec.it

SEGRETARIO

dott.ssa Giovanna Teresa Pontiggia

vannapontiggia@gmail.com
giovannateresa.pontiggia@pec.it

TESORIERE

dott.ssa Marisa Yildirim

marisayildirim@gmail.com
marisa.yildirim.399@psypec.it

CONSIGLIERI

dott.ssa Paola Annese

paolaannese83@gmail.com
paola.annese.935@psypec.it

dott. Antonio Calamo-Specchia

a.calamospecchia@gmail.com
antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. Geremia Caprioli

caprioligeremia@gmail.com
geremia.caprioli.467@psypec.it

dott. Ferdinando De Muro

ferdinandodemuro@libero.it
ferdinando.demuro.385@psypec.it

dott. Massimo Frateschi

massimo.frateschi@virgilio.it
massimo.frateschi.593@psypec.it

dott.ssa Anna Gasparre

gasparre.anna@gmail.com
anna.gasparre.292@psypec.it

dott. Victor Laforgia

victorlaforgia@hotmail.com
victor.laforgia.323@psypec.it

dott.ssa Anna Loiacono

loiacono-anna@libero.it
anna.loiacono.444@psypec.it

dott.ssa Mariangela Marchese

mariangela.marchese.844@psypec.it

dott. Giuseppe Saracino

g.saracino1985@gmail.com
giuseppe.saracino.066@psypec.it

dott.ssa Emanuela Soleti

manusoleti@gmail.com
emanuela.soleti.317@psypec.it

SERVIZIO GRATUITO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) PER GLI ISCRITTI: ATTIVAZIONE

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è ora possibile attivare la casella PEC offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella PEC sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avvisando che la casella PEC è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo.

Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la PEC è sul sito dell'ordine www.psicologipuglia.it.

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia
dicembre 2018
vol. 22

JOHN BROADUS WATSON
Psicologo statunitense anticongruente
zionale per l'epoca, fu il padre del
comportamentismo.

PIRELLA GÖTTSCHE LOWE

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 22 - DICEMBRE 2018

**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. Geremia Capriuoli
dott. Antonio Calamo-Specchia
dott.ssa Paola Annese
dott. Massimo Frateschi



STAMPA

Sud Stampa snc di G. Morisco & C.
Sede legale: Via San Giuseppe, 3/d
70026 Modugno (Ba)
Tel. 080 8690998



**ORDINE
PSICOLOGI
REGIONE
PUGLIA**





Il Presidente assieme al Consiglio
dell'Ordine della Regione Puglia,
il personale di segreteria e la redazione,

augurano a tutti i colleghi


Buon Natale
e un felice
anno nuovo





SEGRETERIA ORDINE

Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari

 +39 080 5421037

 +39 080 5508355

 segreteria@psicologipuglia.it

 www.psicologipuglia.it