

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

dicembre 2017
Vol. 20



IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE DEL PRESIDENTE

- 4 Servizio di consulenza e assistenza tecnica in materia di fondi strutturali, nazionali e regionali di interesse dell'ordine degli Psicologi della Regione Puglia
- 6 Nuovo obbligo di preventivo
- 8 Alimentazione: dai disturbi del comportamento alimentare alla prevenzione e cura

INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 10 Commissione Psicologia Forense
- 11 La commissione "attività formative e culturali, organizzazione convegni e patrocinii"
- 13 Commissione comunicazione, gestione del web e trasparenza
- 15 Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza

RICERCHE

- 16 Il ruolo dello psicologo in un percorso di counseling genetico per l'individuazione della mutazione brca1-2
- 22 Un salto al di là: Indagine sui casi di suicidio registrati presso la Procura della Repubblica del Tribunale di Bari negli anni 2014-2016
- 35 Screening per l'individuazione dei DSA nella Scuola Primaria
- 39 Progetto sbulloniamoci
- 46 Bullismo e Cyberbullismo
- 51 Comportamenti a rischio: gli adolescenti nell'acquario sociale

- 59 Difficoltà interpretative nell'impiego della Symptom Checklist SCL-90-R con pazienti aventi una compromissione cerebrale
- 72 Genitori ancora bambini. Indagine sulla genitorialità precoce
- 80 Il cambiamento dei minori in Psicoterapia Familiare osservato attraverso i proiettivi
- 86 Progetto Mozart: ascoltare la musica di Mozart migliora la capacità di apprendimento della matematica?
- 90 Screening nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia e primaria. L'esperienza di una scuola di Bari
- 94 Potenziamento delle competenze cognitive-emotive in soggetti con disturbo dello spettro dell'autismo mediante training cognitivo-comportamentale

APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 104 Esperienze traumatiche e dinamiche dissociative e Alessitimiche nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata - Binge Eating
- 116 La sfida di divenire arbitri della propria vita. Esperienze di rieducazione e trattamento in carcere: Detenuti che diventano arbitri
- 126 Discalculia e didattica dei numeri razionali
- 140 Il Setting e LKE. Tre condizioni terapeutiche nella terapia centrata sul cliente
- 151 Psicodinamica. analisi e fenomeno
- 162 La Tecnologia entra in Terapia. L'impiego dei Messaggi Telefonici nell'ambito dei Percorsi Psicoterapeutici
- 168 Il ruolo dello Psicologo nella Chirurgia Bariatrica
- 179 In memoria di Lorenzo Calvi, fenomenologo, psicopatologo e Maestro. Ultimo grande rappresentante della psicopatologia italiana del '900

- 184** ISIS e Terrorismo psicologico. Gli Effetti sulla Popolazione e il Caso della Strage di Manchester
- 189** La fotografia tra arte e terapia
- 192** La necrofilia: classificazione e aspetti eziologici
- 200** La psicoanalisi e la svolta relazionale nell'incontro dell'A.R.I.R.I. con Jay Greenberg
- 210** Manipolazione mentale e sette religiose
- 221** Linguaggio, Psicoanalisi e balbuzie
- 226** Stalking al Femminile. Una review di letteratura
- 236** L'influenza dei fattori sociali e l'influenza di funzionamenti di fondo nelle new addiction: individuo rotto o corrotto? Comprendere per intervenire
- 247** La prevenzione del suicidio. "Il suicidio e l'anima"
- 250** I diversi aspetti della pedofilia. Tra devianza e criminalità

ESPERIENZE SUL CAMPO

- 254** Progetto di ricerca-intervento. Cronicità e complessità psicopatologica nell'assistenza del paziente affetto da demenza: ridurre lo stress lavoro-correlato nel caregiver operatore con l'utilizzo del training autogeno
- 257** InConTra. Storia di un percorso di crescita verso l'autonomia in persone con disabilità intellettiva attraverso l'uso strumentale del teatro
- 260** La favola come strumento di aiuto nella comprensione della realtà. Storia di una bambina adottata
- 265** Il progetto spazio giovani: Vulnerabilità e prevenzione del disagio nell'adolescenza

- 271** Alla prevenzione Noi diciamo di SÌ!!! Report di una attività del mese del benessere psicologico svolta in una scuola secondaria di secondo grado a Taranto
- 276** Lo Psicologo nel Servizio Congiunto Centro di Ascolto per le Famiglie (CAF) e Centro Aperto Polivalente per i Minori (CAP) del San Paolo - Stanic - Villaggio del Lavoratore
- 283** La signora non lo so. Avvio e sviluppo di un caso di terapia individuale sistemica con un paziente ansioso
- 289** L'Università della terza età di Lucera. Una risorsa da non disperdere
- 296** Sintomi comportamentali e psicologici della demenza. Studio su soggetti con diagnosi di deterioramento cognitivo ospiti in un centro diurno

SPAZIO NEOLAUREATI

- 301** La Valutazione della Memoria a Breve Termine in Soggetti con Disturbo Dell'apprendimento Non Verbale (Danv)
- 304** Il reato di omicidio. Dalla personalità del reo al trattamento
- 311** "Psicoterapia e Creatività: Teorie e Tecniche di Intervento"

317 RASSEGNA STAMPA

NOVITÀ IN LIBRERIA

- 320** "FotoTerapia. Tecniche e strumenti per la clinica e gli interventi sul campo"
- 321** "Essere uomo" Alberto Manzi

323 NOTIZIE DALLA SEGRETERIA



XVI Premio Nazionale di Medicina e Psicologia Santi Medici

ALIMENTAZIONE: DAI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ALLA PREVENZIONE E CURA

La giornata del 30 settembre scorso, dedicata al XVI Premio Nazionale di Medicina e Psicologia Santi Medici e al convegno "Alimentazione: dai disturbi del comportamento alimentare alla prevenzione e cura", è stata densa di emozioni e ricca di temi di rilievo. Per il secondo anno il Premio è stato aperto agli studi e al lavoro degli psicologi, segnando un ulteriore passo nel processo di completamento tra le due discipline nell'ottica di cura integrata della persona, ove l'aspetto fisico e psicologico, il corpo e la mente, la malattia e lo spirito perdono le loro caratteristiche oppostive per trovare, invece, interconnessioni esplicative. L'appuntamento di Bitonto è stato dunque, altra occasione per riflettere sui temi della prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare con un approccio multiprofessionale.

Mai come in questi ultimi tempi alimentazione e cibo sono al centro dell'attenzione di professionisti, media e istituzioni. Trasmissioni televisive, riviste, libri a tema, blog, siti e pagine di social media sono incentrati non solo sul tema della corretta alimentazione, ma anche su disordini e problemi correlati.

I disturbi del comportamento alimentare sono difatti molto diffusi tra adolescenti e giovani adulti dei paesi industrializzati e rappresentano malattie complesse e insidiose con gravi ripercussioni sullo stato nutrizionale e salutare. Caratterizzate dall'ossessione dell'immagine corporea, del peso e del cibo sono disturbi strettamente legati alla sfera psichica.

La variabilità sintomatologica dei disturbi e le espressioni mutevoli e lontane dai classici quadri clinici rendono difficile l'inquadramento nosologico delle diverse forme.



Le due patologie più comuni, l'Anoressia nervosa e la Bulimia nervosa rappresentano infatti gli estremi di un continuum fenomenologico che comprende una serie di disturbi intermedi di difficile classificazione.

A fronte di tali difficoltà, i dati statistici parlano di una vera e propria epidemia sociale, che riguarda fasce di popolazione sempre più estese. Negli ultimi dieci anni si è abbassata in modo vistoso l'età di insorgenza dei Disturbi Alimentari, con esordi frequenti a 8-10 anni. La patologia non riguarda più solo gli adolescenti, ma va a colpire anche bambini in età prepubere, con conseguenze molto più gravi sul corpo e sulla mente.

Secondo i dati del Ministero della Salute, in Italia sono circa 3 milioni i giovani che soffrono di disturbi del comportamento alimentare, di cui il 95,9% donne e il 4,1% uomini. Il numero di decessi in un anno per anoressia nervosa si aggira tra il 5,86 e 6,2%, tra 1,57 e 1,93% per bulimia nervosa e per gli altri disturbi tra 1,81 e 1,92%.

L'incidenza dell'anoressia nervosa è di almeno 8 nuovi casi per 100mila persone in un anno tra le donne, mentre per gli uomini è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi. Invece, per quanto riguarda la bulimia ogni anno si registrano 12 nuovi casi per 100mila persone tra le donne e circa 0,8 nuovi casi tra gli uomini.

I disturbi alimentari sono patologie della dipendenza: quei legami di dipendenza nei confronti delle figure genitoriali, così essenziali per la crescita, vengono recisi con grave danno per l'adolescente e sostituiti da una dipendenza compulsiva nei confronti di sostanze, di alcool o di cibo.

In alcuni casi, si tratta di disturbi di breve durata, che si risolvono in fretta e senza conseguenze; in altri,

come l'anoressia, il problema è ben più serio e di difficile soluzione.

Oltre a chi ne soffre, il disturbo alimentare coinvolge in prima persona i genitori e, nel periodo scolastico, gli insegnanti.

“Bisognerebbe allora comprendere meglio i segnali inviati dai minori per modificare le fondamenta e le modalità relazionali tra la generazione degli adulti e quella dei figli.”

Guardare un disturbo anoressico o una tossicodipendenza esclusivamente come forma di patologia **individuale** non ci porta molto lontano e invece sarebbe assai più utile considerare comportamenti a rischio come segnali privilegiati per modificare ciò che non funziona all'interno della famiglia.

Nella nostra pratica clinica abbiamo potuto osservare che un adolescente può interrompere un comportamento distruttivo se è in grado di trovare altre risorse, sia dentro di sé che nel contesto familiare e sociale.

Allora bisognerebbe rinsaldare quei legami di appartenenza tra le generazioni attraverso il **dialogo**, la presenza l'accettazione di opinioni diverse, il **contatto fisico**. Se l'adolescente riesce a riscoprire il valore e il calore dei suoi legami familiari può assicurarsi sulla sua stessa identità e fare scelte più costruttive.¹¹

Altro punto fondamentale nella lotta ai disturbi alimentari è la **prevenzione**, in particolare sotto forma di una campagna rivolta a tutti i genitori e insegnanti.

In particolare, fornire utili ed efficaci consigli per l'individuazione precoce del disturbo e il successivo trattamento, distinguendo fra tutta la gamma delle patologie alimentari che colpiscono adolescenti e preadolescenti: anoressia, bulimia, alimentazione selettiva, alimentazione restrittiva, fobia alimentare, evitamento emotivo del cibo, iperalimentazione compulsiva.

L'intervento precoce riveste un'importanza particolare, è essenziale una grande collaborazione tra figure professionali con differenti specializzazioni (psichiatri, pediatri, psicologi, dietisti, biologi nutrizionisti, specialisti in medicina interna), ai fini di una diagnosi precoce, di una tempestiva presa in carico all'interno di un percorso multidisciplinare e di un miglioramento dell'evoluzione a lungo termine.

È dunque di tutta evidenza quanto intervenire su un tema tanto delicato sia di fondamentale importanza.

Come Ordine regionale e Ordine nazionale, rappresentato per l'occasione dalla Vicepresidente Dott.ssa Anna Ancona, siamo molto soddisfatti di aver contribuito a dare forma e sostanza a questo 16° premio Nazionale di Medicina Santi Medici.

E ci rende orgogliosi l'apporto conferito attraverso la partecipazione di 17 colleghi, su 19 concorrenti provenienti da tutta Italia, con lavori altamente professionali nell'ambito della ricerca e della operatività, caratterizzati dalla analisi di aspetti multidisciplinari e multiprofessionali. Sono state assegnate 3 borse del valore di 1.000 euro, 1 del valore di 2.000,00 euro, costituita con il contributo del CNOP e dedicata alla nostra cara e compianta collega Emma Francavilla – ed una di merito.

I PREMIATI E I RISPETTIVI LAVORI SONO:

▪ **Dott.ssa Rossella Danis**

Motto: “Dimmi quel che mangi e ti dirò chi sei”

Titolo: “Obesità infantile: un fenomeno sottovalutato?”

▪ **Dott.ssa Annarosa Aresta**

Motto: Ripartiamo dalla base ... neurale!

Titolo: Cognitive Remediation Therapy per l'anoressia nervosa: valutazione dell'efficacia di un intervento di gruppo con supporto multimediale in un campione italiano di giovani adulti in carico presso servizi ambulatoriali.

▪ **Dott.ssa Rossella Del Re**

Motto: A.P.I.

Titolo: Alimentare Prevenzione Imparando.

▪ **Dott.ssa Ylaly Blasi**

Motto: Viva l'Italia!

Titolo: Vite Reali e Spazi Virtuali.

▪ **Dott.ssa Selvaggia Sermattei**

Motto: A Scuola In Forma.

Anche grazie a questi preziosi lavori e alla premialità connessa, in Puglia la collaborazione tra medici e psicologi sta diventando una realtà sempre più solida.

Attraverso i nostri interventi e i nostri contributi stiamo continuando a tracciare una strada che è senz'altro lo sviluppo più interessante e dinamico per le nostre professionalità, considerate in un'ottica innovativa ed efficace e sempre più rispondenti alle rinnovate esigenze sociali.



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 01/05/2017 - 05/10/2017

Il servizio di consulenza e assistenza tecnica, attivato in data 05/10/2016 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.

Nei primi mesi di attività le principali azioni di start up sono state quelle di creare un indirizzo mail specifico di riferimento, a cui ogni iscritto potesse inviare richieste di informazioni o appuntamenti e dare ampia diffusione sull'attività dello sportello anche attraverso le pagine dei social network.

Sono pervenute n. 72 mail dal 01/05/2017 al 05/10/2017; tutte le mail sono state riscontrate in ordine di arrivo; nella quasi esclusività dei casi le richieste erano:

- 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 38.** 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 (NIDI, TECNO-NIDI e PIN);
- 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.47 mail informative circa i bandi e/o avvisi cui presentare candidatura.

L'attività dello sportello, dopo circa 6 mesi si è intensificata maggiormente su tre punti cardine:

- 1** Attività di **front office** attraverso la programmazione di appuntamenti informativi ed esplicazione dei bandi e avvisi pubblici di interesse.
- 2** 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.

- 3** **Lavorazione e presentazione di pratiche** PIN o NIDI 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 05/10/2016 sono stati effettuati 267 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 189 iscritti dall'attivazione dello sportello ad oggi.

La lavorazione e presentazione delle pratiche ha un andamento altalenante e ha visto la lavorazione di 21 pratiche di cui 20 per il bando PIN e 1 per il bando NIDI; sono stati effettivamente presentati 6 progetti come candidati per il bando PIN, destinato a giovani pugliesi innovativi e con obiettivi spalmati su tre assi: sociale, tecnologico e turistico.

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:
 - 1** Attivazione del servizio di video chat per gli iscritti territorialmente più distanti;
 - 2** Attivazione della linea telefonica integrativa al servizio mail per la prenotazione di un appuntamento.

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 2017, lo sportello fornisce informazioni e approfondimenti su nuovi bandi regionali quali:

TECNONIDI: La misura è destinata alle piccole imprese, che, nel territorio della Regione Puglia, intendono avviare o sviluppare piani di investimento a contenuto tecnologico (finalizzati all'introduzione di nuove soluzioni produttive/di servizi per la valorizzazione economica di risultati di conoscenze acquisite e delle attività del sistema della ricerca pubblica e privata) nelle aree di innovazione individuate.

CALL2ACTION: iniziativa che ha il fine di stimolare e raccogliere da start-up già attive "Progetti innovativi", cioè di sviluppo di nuovi business capaci di generare valore sociale oltre che economico e che siano innovativi per le tecnologie, i prodotti e i servizi sviluppati ovvero per i loro modelli di consumo;

Call4Ideas: iniziativa per raccogliere "Idee innovative" riferite allo sviluppo e all'attuazione di nuovi prodotti, servizi e modelli di fruizione, che rispondono a esigenze sociali e, contemporaneamente, creano nuovi rapporti o collaborazioni sociali.

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; Solo nella giornata di **lunedì** è possibile telefonare **esclusivamente per fissare un appuntamento dalle ore 17.30 alle ore 18.30.**

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

NUOVO OBBLIGO DI PREVENTIVO

La Legge n. 124 del 4 agosto 2017 in tema di mercato e concorrenza, entrata in vigore lo scorso 29 agosto, ha introdotto alcune importanti novità nell'ambito delle professioni regolamentate. Tra le disposizioni maggiormente incisive e di rilievo è la previsione dell'**obbligo del preventivo.**

L'art.9 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, come modificato dal comma 150 della L. n.124/2017, dispone che:

Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto obbligatoriamente, in forma scritta o digitale, al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni

provocati nell'esercizio dell'attività professionale. In ogni caso la misura del compenso è previamente resa nota al cliente obbligatoriamente, in forma scritta o digitale, con un preventivo di massima, deve essere adeguata all'importanza dell'opera e va pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi.

La lettura delle disposizioni così innovative indica che diviene necessario fornire ad ogni paziente un documento che contenga tutte le informazioni sui costi che dovrà sostenere, sulle voci di spesa, i dati della polizza assicurativa, il corrispettivo spettante al professionista per le prestazioni ipotizzabili in base alla complessità dell'incarico.

Il preventivo può essere scritto o digitale, non orale.

Per quanto attiene la nostra professione, l'obbligo del preventivo non suona come una totale novità, in quanto è evidente come tale innovazione si intreccia e si collega necessariamente con il già preesistente Consenso Informato previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Dal punto di vista giuridico è una proposta di contratto attraverso cui il professionista si impegna a

eseguire una prestazione dietro un corrispettivo.

Quindi il preventivo diventa un contratto vincolante per entrambe le parti solo con l'accettazione da parte del paziente, siglata da data e sottoscrizione oppure da una lettera o comunicazione digitale che espressamente contenga la accettazione del preventivo. È possibile considerare accettato un preventivo e quindi perfezionato il contratto attraverso un comportamento concludente, quale prendere appuntamento per i successivi colloqui e versare un acconto.

Nel preventivo vanno indicate per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di eventuali spese, oneri e contributi, o indicando il corrispettivo totale specificando le varie voci, o un corrispettivo complessivo per i compensi, senza specificarne le singole voci, escluse le somme preventivate per spese e oneri.

Al momento non esiste una specifica previsione di alcuna sanzione civilistica nel caso di omesso preventivo, ma come precedentemente rilevato, la stretta connessione tra obbligo di preventivo e obblighi deontologici nei confronti del paziente ben potrebbe far rilevare l'omissione quale presupposto di una violazione di natu-

ra civilistica, nonché potrebbe naturalmente rilevare sotto il profilo strettamente deontologico innescando sanzioni prettamente legate all'iscrizione all'Albo nazionale e regionale.

Il compenso indicato all'inizio del rapporto contrattuale diviene vincolante e può essere oggetto di modifiche solo entro un margine ragionevole e solo se sopraggiungono nuove circostanze tali da giustificare la modifica di quanto pattuito.

In questi casi, lo psicologo ha l'onere di informare il paziente mediante un nuovo preventivo ovvero una nota a chiarimento e integrazione della precedente, che preveda la facoltà di recedere dal contratto.

Quanto detto impone al professionista di predisporre un preventivo adeguato e di vagliare con il paziente le problematiche possibili, precisare l'ammontare dell'importo degli oneri fiscali e previdenziali, stabilire le modalità di pagamento, indicare le eventuali modifiche, in aumento o diminuzione, specificare gli estremi della polizza professionale.

Un modello indicativo di preventivo è reperibile sul sito del nostro Ordine nella sezione Servizi e Archivi/Documenti per il professionista.



COMMISSIONE PSICOLOGIA FORENSE

Coordinatore
dott.ssa Emanuela Soleti

Componenti
dott.ssa Annese
dott. Caprioli
dott. Frateschi
dott.ssa Gasparre

La commissione di psicologia forense ha continuato a lavorare nell'ottica della promozione delle specificità delle competenze dello psicologo che agisce in ambito giuridico e della collaborazione interistituzionale.

Il gruppo di lavoro sui requisiti minimi per l'iscrizione all'Albo degli esperti presso i Tribunali ha prodotto un documento in linea con quanto già disposto dalla delibera del CNOP del 2003. Tale proposta è stata approvata dal Consiglio regionale a settembre e sarà sottoposta all'attenzione dei Presidenti dei Tribunali al fine di renderla attuativa attraverso un protocollo di Intesa.

A ottobre è stato siglato un Protocollo di Intesa tra Ordine degli Psicologi della Puglia e Ufficio Interdistrettuale esecuzione penale esterna (UIEPE) di Bari, e si è costituito un tavolo composto dal Presidente dott. Di Gioia, dalla coordinatrice della commissione di Psicologia Forense dott.ssa Soleti, dal direttore del UIEPE dott. Guastamacchia, e da un'assistente sociale di nomina UIEPE che, senza alcun onere economico per i soggetti firmatari, lavorerà sulla promozione e realizzazione di interventi formativi, su progetti di ricerca su temi di comune interesse, sulla progettazione di interventi e sul reperimento di fondi per la realizzazione di tali interventi. A partire dal prossimo gennaio avvieranno le prime attività formative di gruppo per la promozione del benessere organizzativo e la gestione del conflitto, destinate agli operatori dell'amministrazione per l'esecuzione penale esterna.

Ancora con l'UIEPE abbiamo stipulato una Convenzione che faciliti l'accesso alla consulenza psicologica ai dipendenti dell'Ufficio e ai loro familiari. La Convenzione è stata diffusa attraverso newsletter alla nostra comunità professionale, insieme alla richiesta di disponibilità ad essere iscritti ad una short list che avrà uno spazio dedicato all'interno del nostro portale e all'interno del portale dell'UIEPE. Questa operazione renderà più rapida la consultazione da parte dei potenziali clienti, facilitandone la scelta in funzione della vicinanza territoriale e/o della formazione specifica.

Il gruppo ideagire di psicologia forense è cresciuto numericamente e sono in aumento le richieste di partecipazione alle giornate di studio che il gruppo svolge presso l'Ordine. In seguito al Convegno tenutosi a Foggia lo scorso anno, seguendo la logica del coinvolgimento dei colleghi delle diverse province della nostra regione, il gruppo ha proposto l'organizzazione di un evento formativo a Taranto. Il convegno ha avuto per oggetto la valutazione delle competenze genitoriali, un tema fondamentale in psicologia giuridica, complesso dal punto di vista metodologico e deontologico. Ancora una volta è stato preziosa la collaborazione della Prof.ssa Curci, associato di psicologia generale, direttrice del master di II livello in Psicologia Giuridica dell'Università degli Studi di Bari, e del Prof. Grattagliano, associato di medicina legale del dipartimento For. Psi.Com di Uniba i quali, oltre a definire dal punto di vista teorico le competenze genitoriali, hanno



illustrato la metodologia di valutazione e i rischi deontologici connessi all'attività di consulenza tecnica. L'avv. Arena, direttore di Diritto Minorile.it e fondatore di SlidingLife, ha offerto un contributo sul recente orientamento giurisprudenziale in tema di violazioni deontologiche. Questo evento ha rappresentato un momento importante di collaborazione anche con l'Ordine degli Avvocati della provincia di Taranto e la Scuola Forense di Taranto che, oltre a patrocinare il convegno, hanno partecipato attivamente ai lavori intervenendo con alcune relazioni, e hanno ospitato la giornata di formazione nell'Aula Magna del Tribunale. Interessanti le tavole rotonde che hanno dato voce ai professionisti dei diversi enti pubblici coinvolti nell'iter di valutazione, così come le sessioni parallele in cui le esperte hanno coinvolto psicolog* e avocat* nell'analisi di casi. L'evento ha ottenuto un riconoscimento elevato in termini di crediti formativi sia per gli psicologi che per gli avvocati, motivo di grande soddisfazione per il nostro Consiglio. Un ringraziamento va al nostro Presidente nazionale dott. Giardina che, con entusiasmo e competenza, dopo Foggia, ha partecipato anche all'evento di psicologia giuridica di Taranto.

In chiusura, preme sottolineare che questa giornata di formazione è l'esito del lavoro del gruppo ideare di psicologia forense, della disponibilità di colleghi provenienti da tutto il territorio regionale a "fare rete" e condividere obiettivi formativi e lavorativi.

LA COMMISSIONE "ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI"

(Giugno - Dicembre 2017)

Coordinatore **dott. Massimo Frateschi**

Componenti **dott.ssa Paola Annese**
dott. Ferdinando De Muro

La Commissione **"ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI"** per il periodo giugno-dicembre (II semestre) 2017 ha proseguito la programmazione 2014-2017 delle attività culturali e formative, in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, incrementando la promozione delle iniziative e manifestazioni Culturali e Formative professionali e interprofessionali, con una estensione degli ambiti di comunicazione e di divulgazione nella società, nelle comunità e nei contesti istituzionali e privati, in particolare, sulla multidimensionalità professionale dello psicologo e dei servizi e degli interventi di promozione della salute e del benessere.

La Commissione ha proposto di: continuare a migliorare e rendere quantitativamente e qualitativamente ancora più valido, efficace ed utile, il confronto sulla cultura e sulla formazione psicologica con Istituzioni, Enti, Associazioni, anche grazie al contributo delle attività pragmatiche e delle esperienze intraprofessionali e interprofessionali con gruppi, comunità, contesti molteplici e differenti; promuovere, inoltre, la cultura e la formazione psicologica basata sulla formazione continua, sulla formazione ECM, sulle evidenze scientifiche, sulla storia e i progressi degli orientamenti della psicologia scientifica, sui modelli



teorici e metodologici, sulle competenze specifiche, sugli ambiti specialistici, sugli atti tipici psicologici, sui metodi e sulle tecniche riconosciute dalla comunità scientifica; promuovere, ancora, grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva, motivata ed interessata, di tutta la comunità professionale degli psicologi, nuove ipotesi, idee e proposte su programmi, progetti, procedure sulla base di profili di conoscenze, competenze, abilità, tecniche psicologiche specialistiche innovative.

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

- 1 Evento Formativo ECM dal titolo: **"I bisogni psicosociali dei pazienti e dei loro caregivers" Il Giornata Nazionale di Psiconcologia**, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 22 settembre 2017, presso Dipartimento Jonico dell'Università degli Studi Aldo Moro, Sala Conferenze, Via Duomo, 259, Taranto.
- 2 Evento Formativo ECM dal titolo: **"XVI Premio Nazionale di Medicina e Psicologia Santi Medici. Alimentazione: dai disturbi del comportamento alla prevenzione e cura"**, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - ONLUS", tenutosi il giorno 30 settembre 2017, presso Auditorium Fondazione Santi Medici, Bitonto.

- 3 Evento Formativo dal titolo: **"Neuroscienze e nuovi saperi. Agire insieme alle radici dell'intersoggettività"**, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IKOS, tenutosi il 15 ottobre 2017, presso l'hotel Excelsior Congressi, Bari.

- 4 Evento Formativo ECM dal titolo: **"Mediterranei, le frontiere di futuri migranti. Lingue, diritti, professioni, famiglia alla prova dell'immigrazione"**, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Consulta di Ateneo con gli Ordini Professionali – Macroarea Umantica, Ordine degli Assistenti Sociali – Puglia, Ordine dei Giornalisti – Puglia, previsto per il 18 novembre 2017, presso Sala Moro, Palazzo Giurisprudenza, Piazza Cesare Battisti, Bari.

- 5 Evento Formativo ECM dal titolo: **"La valutazione delle competenze genitoriali: alla ricerca di buone prassi"**, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previsto per il giorno 29 novembre 2017, presso l'Auditorium Ordine degli Avvocati, Taranto.

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 COMUNICAZIONE, GESTIONE DEL WEB E TRASPARENZA

Coordinatore
dott. Calamo-Specchia

Componenti
dott. Capriuoli
dott.ssa Annese
dott. Frateschi
dott. Bosco
dott.ssa Gasparre
dott.ssa Soleti

La grande sfida che la Commissione ha raccolto nell'ultimo anno è stata quella di operare in sinergia con professionisti della comunicazione, per raggiungere un numero sempre maggiore di persone. L'obiettivo prefissato a lungo termine, infatti, non è soltanto quello di raccontare le attività ordinarie, ma anche quello di raccontare l'intero mondo della professione, alla cittadinanza tutta, per supportare il processo di progressivo cambiamento culturale e sociale legato alla percezione della figura dello psicologo. La comunicazione, così come in tutte le grandi "rivoluzioni culturali", gioca un ruolo cruciale.

Per fare ciò, è stato dapprima implementato il nuovo sito dell'ordine, **www.psicolgipuglia.it**, semplificato nella sua modalità di utilizzo ma sempre più ricco di informazioni ed in grado di rilanciare, tramite diversi canali, tutte le iniziative promosse. La Commissione ha lavorato poi a stretto contatto con la Commissione Promozione del benessere e psicologia dell'emergenza, responsabile dell'organizzazione del Mind Park, vero evento di punta anche dal punto di vista comunicativo, perché in grado di veicolare – nel contesto del Mese del Benessere Psicologico ed attraverso l'esperienza ludica – il cruciale messaggio che lo psicologo non è soltanto un professionista che cura la patologia, ma è anche un promotore del benessere, al

servizio della cittadinanza. Le due Commissioni in questo lavoro hanno lavorato insieme al team di professionisti dell'agenzia di comunicazione Comma3.

Per quel che riguarda il Mese del Benessere Psicologico, per incrementare la diffusione e raggiungere il target dell'iniziativa, abbiamo sfruttato a pieno le potenzialità di Facebook in quanto rete di aggregazione sociale. La pagina dedicata ha duplicato i suoi followers, passati dai 695 di Agosto ai 1256 di Ottobre. Con la creazione di una cornice/motivo è stato possibile consentire a chiunque la personalizzazione della propria immagine di profilo, con estrema facilità, generando un buzz, un passaparola positivo tra gli utenti Facebook, che hanno potuto dimostrare la propria adesione ed il proprio sostegno all'iniziativa. Sono ben 895 le persone che in totale hanno utilizzato il motivo "Mese del Benessere", "vestendo" ed associando la propria immagine all'iniziativa.

Facebook ha contribuito a dare grande visibilità e diffusione al Mese del Benessere, grazie ai potenti strumenti di cui dispone. Considerando gli utenti attivi sulla pagina ed il numero medio di amici della propria rete, le persone potenzialmente esposte al messaggio sono state circa 306.090.

È stato organizzato un restyling anche del sito **www.mesedelbenesserepsicologico.it**, che è



diventato un punto di riferimento per tutti gli interessati all'iniziativa: psicologi, cittadini, semplici curiosi. D'ora in avanti, il sito ospiterà una sezione "precedenti edizioni", che raccoglierà la storia di tutte le edizioni del Mese del Benessere Psicologico in Puglia: evento ormai parte integrante della tradizione professionale e che il territorio conosce sempre meglio. Nell'edizione 2017, sono stati 142 gli eventi organizzati dagli psicologi sul territorio della Regione Puglia e ben 401 le prime consulenze gratuite offerte nel mese di Ottobre.

Insieme alla campagna sui social network, è stata svolta attività di email marketing, composta da specifiche newsletter dedicate a presentare la campagna e le funzionalità del nuovo sito; newsletter dedicate all'iniziativa del Mind Park, organizzato dall'Ordine degli Psicologi il 22 Ottobre a Lecce e il 19 Novembre a Bitonto; inserimento di un banner come promemoria dell'iniziativa in corso, a corredo di tutte le comunicazioni inviate dall'Ordine ai suoi iscritti nel mese di Ottobre.

Sono stati inoltre coinvolti dei partners, che hanno sostenuto e dato diffusione all'iniziativa. Essi sono: Comma3, Radio Selene, Studio Cinque, EPolis Bari, Idea Con, Master Explorer, Prenotando, Camerata Musicale Barese, Acqua Orsini, Erikson, Tg Norba 24. Infine ulteriori attività sono state realizzate impiegando i mezzi classici della pubblicità (radio, cinema, stampa) per il Mese del Benessere Psicologico in Puglia.

In conclusione, può dirsi ben avviato il processo di coinvolgimento sempre maggiore dei cittadini nelle iniziative e nei messaggi che la categoria professionale degli psicologi vogliono far giungere loro. Tali attività sono gestite sempre in funzione dei tempi e delle più moderne esigenze tecnologiche e comunicative, per far sì che il contenuto sia veicolato nella forma più adeguata, in considerazione del mezzo e del contesto cui esso è destinato.



alcuni dati raccolti dalle operazioni di comunicazione online e offline





COMMISSIONE PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Coordinatore
dott.ssa Anna Gasparre

Componenti
dott. Antonio Calamo Specchia
dott. Massimo Frateschi
dott. Geremia Caprioli
dott.ssa Paola Annese

La campagna regionale del mese del Benessere Psicologico, giunto alla Ottava edizione, anche quest'anno si è inserita nell'ambito degli eventi della **Giornata Nazionale della Psicologia** celebrata il 10 ottobre, coordinata dal CNOP e denominata "Periferie Esistenziali". Come di consueto i colleghi sono stati invitati ad organizzare sul proprio territorio eventi, seminari, conferenze, workshop o ad aprire gli studi alla cittadinanza per delle consulenze gratuite.

Il **Mind Park** è stato l'appuntamento culmine del Mese del Benessere Psicologico, che quest'anno si è tenuto a **Lecce il 22 ottobre** in Villa Comunale.

Ricordiamo l'intento che anima il Mind Park!! Giocare con le emozioni all'interno di un vero e proprio **parco divertimenti**, dove ciascun gioco insegna a riconoscere e gestire le emozioni primarie: gioia, rabbia, disgusto, paura e tristezza.

Un percorso ludico che trasforma esperienze semplici, come il lancio di una palla contro un bersaglio di lattine o introdurre le mani in una scatola misteriosa, in consapevolezza sul funzionamento delle proprie emozioni.

All'interno dello **stand informativo**, cuore del Mind



Park, e anche nei diversi stand delle emozioni, sono stati presenti psicologi per soddisfare le curiosità dei partecipanti e illustrare i vantaggi e i benefici in termini di **benessere personale** che un buon percorso di ascolto e supporto psicologico può apportare a ciascuno di noi.

Visto il grande successo, sulla scia degli eventi organizzati in occasione del mese del benessere psicologico e in concomitanza con la **Giornata dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, il **19 novembre il Mind Park** è stato riproposto nella Villa comunale di Bitonto, ottenendo un grande successo!!



IL RUOLO DELLO PSICOLOGO IN UN PERCORSO DI COUNSELING GENETICO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA MUTAZIONE BRCA1-2

Carla Costanzo
Psicologa, Istituto Tumori
"Giovanni Paolo II" Bari

RIASSUNTO

Le linee guida internazionali richiedono la presenza dello psicologo durante il counseling genetico, per favorire il processo di consapevolezza circa la percezione del rischio e incrementare la capacità di *decision making* del paziente. Gli obiettivi di questo studio sono: effettuare uno screening psicologico dei pazienti che effettuano il counseling genetico BRCA1-2; valutare l'atteggiamento nei confronti del percorso genetico e valutare la necessità di un intervento psicologico.

Sono stati inclusi 60 probandi malati afferenti all'Ambulatorio Tumori Eredo Familiari dell'Istituto "Giovanni Paolo II" di Bari per la valutazione del rischio genetico BRCA1-2. Per la valutazione dello stato psicologico è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata e condotto un colloquio clinico. Sono stati raccolti i dati clinici e anagrafici.

Il campione è costituito prevalentemente da donne, il 49% ha una storia pregressa di disturbo psicologico, di cui il 32% correlato alla malattia oncologica.

Quasi metà ha avuto un'esperienza di disagio psicologico che potrebbe compromettere la *compliance* al test genetico e alla gestione del risultato. 42% dei pazienti evidenzia la necessità di un intervento psicologico; questo dato evidenzia la necessità della presenza dello psicologo in un team disciplinare di counseling genetico. Sarebbe opportuna per il futuro una valutazione psicodiagnostica che preveda l'utilizzo di strumenti standardizzati.

PAROLE CHIAVE

Counseling, genetica, psicologia, rischio.

1. INTRODUZIONE

A partire dagli inizi degli anni '90 sono stati effettuati numerosi studi (Culver JO. et al., 2013; MacDonald DJ., Sarna L.e Weitzel JN., 2010) che hanno evidenziato gli aspetti più critici della consulenza genetica: la percezione del rischio, il processo di *decision making*, le motivazioni, speranze e paure prima del test genetico, la capacità di adattamento al test genetico, i vissuti psicoemozionali, le varie modalità di adattamento al risultato, le implicazioni psicosociali della comunicazione ai familiari.

La consulenza è un atto medico, ma essendo rivolta alla persona nella sua globalità implica necessariamente un tipo di approccio multidisciplinare e integrato (oncologico, genetico e psicosociale), che tenga conto dei diversi aspetti e dei diversi bisogni della persona a rischio di cancro ereditario (Flugelman A., Renert G. e Eidelman S., 2014; Caruso A. *et al.*, 2011). Di qui l'importanza della presenza dello psicologo, nel difficile processo di elaborazione della decisione rispetto alla possibilità di effettuare il test genetico; a tal fine si evidenzia l'opportunità di verificare la reale comprensione dei diversi aspetti legati alla condizione di rischio e di valutare attentamente il vissuto psicoemazionale nei confronti del test e del suo possibile esito (sentimenti, motivazioni, aspettative, capacità cognitive e affettive di gestione del risultato).

Le linee guida internazionali (Nat. Cancer Inst. USA, NH MRC AUS, ISS Italia, FONCAM Italia, per citarne

alcune tra le più autorevoli) richiedono la presenza dello psicologo durante il counseling genetico, per favorire il processo di consapevolezza circa la percezione del rischio e incrementare la capacità di *decision making* del paziente (www.iss.it).

Presso l'Ambulatorio Tumori Eredo Familiari (TEF) dell'Istituto Oncologico Giovanni Paolo II di Bari, i pazienti sono presi in carico seguendo un percorso a più step. In una prima fase preliminare i medici dell'ambulatorio decidono se il paziente può essere preso in carico, seguendo delle specifiche linee guida del PDTA. Poi, si procede con la costruzione dell'albero genealogico (storia familiare di tumore); in un secondo momento, dopo la stima del rischio e la discussione clinica in accordo a criteri stabiliti a livello internazionale, si valuta se effettuare o meno il prelievo per l'indagine genetica. In una terza fase, si comunica il risultato del test genetico e si propone un programma di sorveglianza modulato sul rischio e/ interventi chirurgici profilattici.

In questo percorso, lo psicologo interviene nelle varie fasi con i seguenti obiettivi: facilitare il processo di comunicazione medico-paziente; effettuare una valutazione psicologica del paziente attraverso colloquio clinico e somministrazione di una intervista semi-strutturata; facilitare la comunicazione tra il paziente e i familiari; fornire supporto psicologico specialistico al paziente e ai familiari che ne facciano richiesta; fornire consulenza al medico su quel determinato paziente; partecipare alle riunioni d'equipe integrata; organizzare gruppi psicoeducativi-espressivi per donne mutate; partecipare alla restituzione del risultato del test genetico con il genetista.

Gli obiettivi specifici di questo studio sono: effettuare uno screening psicologico dei pazienti che effettuano il counseling genetico BRCA1-2; valutare l'atteggiamento nei confronti del percorso genetico e valutare la necessità di un intervento psicologico.

2. METODI

Sono stati inclusi 60 probandi malati afferenti all'Ambulatorio Tumori Eredo Familiari dell'Istituto "Giovanni Paolo II" di Bari per la valutazione del rischio genetico BRCA1-2 visti durante la consulenza genetica in cui è stata effettuata la ricostruzione

del proprio albero genealogico. Criteri di inclusione sono stati l'assenza di deficit uditivi e visivi e la capacità di comprendere la lingua italiana.

All'inizio dello studio è stata somministrata l'intervista semi-strutturata a 13 pazienti. L'intervista si suddivide in una scheda per la raccolta dei dati socio-anagrafici e clinici e una parte che indaga il livello di consapevolezza e le conoscenze in merito al percorso di counseling genetico, il livello di motivazione, le aspettative. Le domande aperte permettono di raccontare la propria storia. Per i pazienti che hanno fatto nella stessa seduta della consulenza anche il prelievo sono previste ulteriori domande (3 aperte e 1 chiusa) circa la possibilità della positività del test genetico per comprendere in maniera più approfondita la propria reazione, della famiglia, le emozioni che ciò può suscitare e le possibili influenze di un risultato positivo sulla propria vita futura. In seguito è emerso che l'intervista da sola non permetteva di valutare le esigenze profonde e i vissuti emotivi del paziente. Per poter effettuare un adeguato invio a specialisti per un intervento psicologico è stato necessario introdurre come strumento di valutazione il colloquio psicologico (Lis A., Venuti P. e De Zordo M., 1995).

Il colloquio clinico permette di stabilire una relazione empatica con il paziente, oltre ad approfondire tematiche e problematiche connesse al counseling genetico e alla propria storia di vita. Il questionario psicologico indaga l'impatto psicologico del percorso di counseling, le motivazione e il livello di consapevolezza. Sia il colloquio clinico che l'intervista facilitano lo screening psicologico e sono strumenti fondamentali per il counseling psicologico; nello specifico valutano il desiderio e la motivazione di conoscere o non conoscere il proprio rischio oncologico e di come tale informazione possa essere effettivamente di aiuto; aiutano a comprendere le dinamiche familiari del paziente al fine di valutare come meglio condividere le informazioni con i diversi membri; permettono di costruire un rapporto terapeutico onesto e aperto per poter entrare in empatia con il paziente e la sua famiglia; permettono di sostenere l'autonomia decisionale e di aiutare il paziente a gestire al



migliore le informazioni; permettono di comprendere e valutare attentamente gli stati emotivi del paziente e aiutare e loro nel processo di consapevolezza.

3. RISULTATI

Con un'apposita scheda sono stati raccolti i dati clinici e anagrafici del campione (età, sesso, stato civile, scolarità, occupazione, trattamento e invio). (Tab.1)

Problematiche psicologiche

Il 49% dei pazienti presenta una storia progressiva di disturbo psicologico, di cui il 32% correlato alla malattia oncologica, il 17% rappresentato da disturbi dell'umore. Rispetto al modo in cui è stato affrontato il disagio psicologico, è emerso che 4 pazienti sono intervenuti con psicoterapia associata a psicofarmaci, 12 solo con psicoterapia, 7 solo con farmaci e 6 non hanno provveduto con alcun intervento.

Atteggiamento nei confronti del counseling genetico

Prevale la sensazione che l'approccio al counseling abbia rappresentato in prevalenza (55% delle risposte), un dovere per i familiari. Il 34% dei pazienti dichiara di essere felice di aver avuto l'opportunità di effettuare questo percorso; l'11% prova ansia e paura.

Le risposte in merito a cosa immaginano possa accadere alla fine del percorso di counseling genetico si suddividono, quasi in egual misura, tra risposte cognitive ed emotive. (Tab.2)

TAB. 1 - DATI ANAGRAFICI E CLINICI

RESIDENZA		STATO CIVILE		FIGLI	
Bari e provincia	43	Celibe/Nubile	3	No	7
Taranto e provincia	14	Coniugato	45	Si	53
Altro	3	Convivente	1		
		Separato	6		
		Vedovo	5		

TITOLO STUDIO		OCCUPAZIONE		INVIO	
Licenza elementare	5	Casalinga	24	Ircss	34
Licenza media inferiore	14	Pensionato	8	Altro ospedale	23
Licenza media superiore	30	Disoccupato	3	Propria iniziativa, tramite internet e conoscenti	3
Laurea	11	Occupato	25		

TIPO DI INTERVENTO	
Quadrante	24
Mastectomia ovariectomia	19
isterectomia	1
più interventi	3
non risposte	8
	5

Il campione è formato da 4 maschi e 56 donne, con età media di 54 anni.

TAB. 2 - TIPOLOGIA DELLE RISPOSTE

RISPOSTE COGNITIVE (27)			
Conoscenza "Vorrei avere più chiarezza", "Vorrei capire di più".	Decision making "Vorrei avere maggiori informazioni per gestire meglio la mia malattia e decidere di intervenire con chirurgia profilattica", "Vorrei gestire il risultato".		

RISPOSTE EMOTIVE (33)			
Speranza "Spero di non essere mutata".	Paura "Temo di essere mutata, come mia madre, mia sorella..."; "Immagino che accadrà qualcosa di brutto..."	Dissociazione e repressione "Non lo so", "Non voglio pensarci", "Al momento saprò", "Attendo l'esito", "Andrà tutto bene", "Spero di guarire", "Non sono mutata", non risposte.	Ansia "Non voglio mettere ansia ai miei familiari", "Fare tanti controlli mi mette ansia..."

Il 23% del campione si è sentito più a rischio rispetto alla popolazione generale di sviluppare un tumore, soprattutto per la familiarità. Tutti sono a conoscenza dell'esistenza del test genetico (prelievo venoso) e tutti si sottoporrebbero a tale test in caso di condizioni di rischio. Tranne solo una paziente che è indecisa, tutti vorrebbero conoscere il risultato del test genetico.

Il 25% dei pazienti vorrebbe conoscere il risultato del test genetico per i propri figli; in percentuale uguale (18%) per la propria prevenzione e per la famiglia d'origine. Il 12% dei pazienti è interessata a conoscere il risultato del test genetico per avere maggiori informazioni circa la propria malattia; l'8% utilizzerà il risultato del test genetico per interventi di chirurgia profilattica.

Qualità delle informazioni

Il 42% dei pazienti dichiara di aver ricevuto informazioni molto chiare sul counseling genetico dagli oncologi di riferimento già prima del consulto in Ambulatorio; il 20% ha ricevuto le informazioni direttamente dall'Ambulatorio Tef e il restante 27% da altre figure professionali (chirurgo plastico, radiologo, senologo. Solo il 13% circa si rivolge all'Ambulatorio spontaneamente e/o tramite consigli di amici e familiari e conoscenze da internet. Il livello di comunicazione e di comprensione all'interno dell'Ambulatorio sembra soddisfacente.

Intervento psicologico suggerito

Il 58% dei pazienti non necessita di alcun tipo di intervento psicologico; il 17% necessita di sostegno psicologico in quanto emergono disturbi relativi all'umore e/o problemi familiari e personali e legati alla malattia, il 15% di counseling psicologico in merito al percorso di counseling genetico per incrementare il livello di consapevolezza e di *decision making* e il restante 10% ha bisogno di un intervento di psicoterapia in quanto emergono disturbi psicopatologici.

Atteggiamento rispetto al risultato atteso del test genetico

A 13 pazienti sono state somministrate domande specifiche "Quanto creda possa influenzare il risultato

del test genetico sulle sue future decisioni di vita?" "Pensa di comunicare il risultato del test in famiglia?" "Come creda possa reagire la sua famiglia di fronte ad un risultato positivo?" "E lei come si sentirebbe?"

6 pazienti affermano che un eventuale risultato di mutazione genetica potrebbe influenzare le decisioni di vita in futuro, soprattutto per il fatto che i controlli più intensificati potrebbero causare più ansia e preoccupazione per se stessi e per i propri figli; gli altri 7 pazienti pensano che il risultato influenzerà poco o in parte la propria vita futura, già influenzata in realtà dal tumore.

12 pazienti pensano di comunicare il risultato del test in famiglia, solo una paziente non sa ancora. 6 pazienti affermano che la propria famiglia di fronte ad un risultato positivo proverebbe preoccupazione; gli altri 7 dichiarano che il risultato della mutazione genetica sarebbe considerato come una notizia utile per far prevenzione e controlli.

6 pazienti dichiarano che un risultato di mutazione genetica provocherebbe rabbia, depressione e rabbia; li altri 7 si sentirebbero in grado di gestire il risultato con consapevolezza, prevenzione e controlli.

4. DISCUSSIONE

Nel nostro campione quasi la metà dei pazienti presenta una storia pregressa di disturbo psicologico, in gran parte correlato alla malattia oncologica; tale dato appare rilevante in quanto per la maggior parte dei probandi l'esperienza di malattia è ancora molto vicina e per alcuni di essi risulta essere causa di stress psicologico. Dati di letteratura hanno evidenziato che i pazienti che hanno vissuto già il cancro e che accedono al test genetico mostrano livelli più alti di distress rispetto alla popolazione generale e sentimenti negativi di insoddisfazione, preoccupazione in quanto non si sentono più guariti. Emerge uno stato di ansia relativa alla possibilità di sviluppare un altro tumore e preoccupazione che la trasmissione ai figli della mutazione possa determinare lo sviluppo del tumore (Geirdal *et al.*, 2005). L'esperienza di malattia oncologica causa distress, distorsioni cognitive e un peggioramento sulla qualità di vita (Khodabakhshi K A., Falsafinejad MR. e Akbari ME., 2015). Questo aspetto va sottolineato



con particolare rilievo in quanto potrebbe incidere sulla comprensione del rischio da parte del probando e sulla sua partecipazione attiva ed efficace al processo di counseling genetico (Tilburt J.C. *et al.*, 2011). Da un lato, una maggiore preoccupazione di sviluppare la malattia rappresenta un importante fattore motivante per l'esecuzione del test genetico e per la successiva adesione ai programmi di sorveglianza (Jacobsen P.B. *et al.*, 2004); dall'altro le donne che hanno già avuto un carcinoma mammario/ovarico sono più preoccupate e hanno una maggiore percezione del rischio rispetto a donne non ammalate (Bish A. *et al.*, 2002).

Per quanto riguarda l'approccio al counseling la maggior parte del campione sembra aver intrapreso questo percorso come dovere nei confronti dei familiari. Uno studio di Fraser ha dimostrato che la motivazione personale per la richiesta del counseling è chiaramente diversa per coloro che hanno già avuto una diagnosi di carcinoma e che hanno figli rispetto ai soggetti non affetti da cancro e senza figli, ed è caratterizzata da una preoccupazione altruistica nei confronti di altri membri della famiglia piuttosto che dalla percezione di un maggiore rischio personale (Fraser A. *et al.*, 2003). Inoltre, la genetica e, nello specifico, i tumori ereditari, determinano implicazioni psicosociali per il sistema famiglia nel suo complesso (Mendes A. e Sousa L., 2012) e i pazienti con storia recente di tumore mostrano maggiori difficoltà nel trasmettere le informazioni genetiche ai familiari rispetto alla popolazione generale (Bonadona V. *et al.*, 2002).

Nonostante queste evidenze, la maggior parte degli studi che coinvolgono le famiglie nell'ambito della consulenza genetica si sono concentrati principalmente sui probandi e sulle loro specifiche relazioni, non considerando pienamente l'ambiente familiare e le interazioni nel sistema familiare.

Infatti, se consideriamo la famiglia come sistema, sappiamo che i suoi membri si influenzano reciprocamente, e un cambiamento in uno di essi provoca un cambiamento anche negli altri (Bateson G., 1977). L'intera famiglia è coinvolta e deve riorganizzarsi, riconsiderare le sue dinamiche e attuare strategie vecchie e nuove per far fronte alla situazione (Minuchin S., 1976). Nel nostro campione, l'utilizzo del colloquio clinico,

insieme all'intervista semi-strutturata, ha permesso ai pazienti di raccontare la propria storia e di aver accesso ai loro bisogni, oltre che al disagio psichico. L'invio a interventi di sostegno psicologico (42% dei pazienti) è utile sia per determinare maggiore consapevolezza del percorso di counseling genetico (15% dei pazienti indirizzati a counseling psicologico), sia per rilevare quegli elementi di vulnerabilità psicologica che possono influire comunque su tale percorso genetico (27% dei pazienti indirizzati a interventi di supporto psicologico e/o psicoterapia). Studi dimostrano che l'intervento psicologico è di fondamentale importanza per la riduzione del distress nel miglioramento della comunicazione tra i membri della famiglia (Patenaude A.F. *et al.*, 2013; Stinesen K., Wilderang U, Moller A. e Steineck G., 2014). Alla luce di queste considerazioni, appare importante integrare la consulenza genetica informativa con una consulenza psicologica individuale, per identificare i fattori di rischio psichici, rilevare l'impatto individuale e familiare della comunicazione di rischio, aiutare il soggetto a modulare in senso più funzionale il suo stato di distress psicoemotivo e supportarlo nella decisione di effettuare o meno il test genetico. Risulta inoltre utile seguire queste persone nel tempo, poiché il processo di elaborazione cognitiva e affettiva del vissuto di rischio genetico può essere lungo e può essere soggetto a complessi cambiamenti.

Il counseling oncogenetico con la presenza dello psicologo riduce i livelli di distress, promuove l'accuratezza della percezione del rischio e favorisce la scelta di programmi di prevenzione ad hoc, fornendo un adeguato supporto emozionale dall'identificazione alla gestione del rischio (McInerney L.A. *et al.*, 2004). Per i pazienti che hanno vissuto già il tumore, è necessaria una maggiore sensibilità nell'approccio del counseling, in quanto ci sono gli effetti dovuti alla malattia oncologica e al test genetico in sé.

Si ritiene inoltre necessaria la considerazione della famiglia come unità, che può contribuire a promuovere una migliore comprensione di come le famiglie percepiscono e rispondono alla consulenza oncogenetica nella gestione della salute e nella loro vita. Un limite a questo studio potrebbe essere la man-

canza di strumenti validati per valutazione del disagio psichico, a cui si provvederà successivamente. Sarebbe opportuna per il futuro una valutazione psicodiagnostica che preveda l'utilizzo di strumenti standardizzati per la valutazione del disagio psichico e delle variabili correlate al counseling genetico come la percezione del rischio.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1977). **Verso un'ecologia della mente**. Milano: Adelphi.
- Bish, A., Sutton, S., Jacobs, C., Levene, S., Ramirez, A. & Hodgson, S. (2002). **Changes in psychological distress after cancer genetic counselling: a comparison of affected and unaffected women**. *Breast Journal Cancer*, Jan7;86(1):43-50.
- Bonadona V., et al. (2002). **Cancer patients who experienced diagnostic genetic testing for cancer susceptibility: reactions and behavior after the disclosure of a positive test result**. *Cancer Epidemiologic Biomarkers Prevention*, Jan;11(1):97-104.
- Caruso, A. et al. (2011). **Factors associated with an individuals' decision to withdraw from genetic counselling for BRCA1 and BRCA2 genes mutations: are personality traits involved?** *Familial Cancer*, Sep;10(3):581-9.
- Culver, J.O. et al. (2013). **Variants of uncertain significance in BRCA testing: evaluation of surgical decision, risk perception, and cancer distress**. *Clinical Genetics*, Nov; 84(5):464-72.
- Foncam (2006). **Linee Guida per la sorveglianza ed il trattamento delle donne ad alto rischio per carcinoma mammario familiare**.
- Flugelman, A., Rennert, G., & Eidelman, S. (2014). **Psychological and familial aspects of the familial breast and ovarian cancer genetic counselling process**. *Harefuah*, Jan; 153(1):22-6, 65.
- Fraser, L. et al. (2003). **What motivates interest in attending a familial cancer genetics clinic?** *Familial Cancer*, 2 (3-4):159-68.
- Geirdal, A. et al. (2005). **Psychological distress in women at risk of hereditary breast/ovarian or HNPCC cancers in the absence of demonstrated mutation**. *Familial Cancer*, 4:121-126.
- Jacobsen, PB., Lamonde, LA., Honour, M., Kash, K., Hudson, PB. & Pow-Sang, J. (2004). **Relation of family history of prostate cancer to perceived vulnerability and screening behavior**. *Psychoncology*, Feb; 13(2):80-5.
- Khodabakhshi Koolae A., Falsafinejad, MR. & Akbari, ME. (2015). **The Effect of Stress Management Model in Quality of Life in Breast Cancer Women**. *Iran Journal of Cancer Prevention*, Aug;8(4): e3435.
- Lis, A., Venuti, P. & De Zordo, M. (1995). **Il colloquio come strumento psicologico**. Firenze: Giunti Editore.
- MacDonald, DJ., Sarna, L. & Weitzel, J.N. (2010). **Ferrell B. Women's perceptions of the personal and family impact of genetic cancer risk assessment: focus group findings**. *Journal of Genetic Counselling*, Apr; 19(2):148-60.
- McInerney, L. A. et al. (2004). **BRCA1/2 testing in hereditary breast and ovarian cancer families: effectiveness of problem-solving training as a counselling intervention**. *American Journal of Medical Genetics A.*, Oct 15;130A(3):221-7.
- Mendes, A. & Sousa, L. (2012). **Families' experience of oncogenetic counselling: accounts from a heterogeneous hereditary cancer risk population**. *Familial Cancer*, 11:291-306.
- Minuchin, S. (1976). **Famiglie e Terapia con la Famiglia**. Roma: Astrolabio.
- Patenaude, AF. et al. (2013). **Young adult daughters of BRCA1/2 positive mothers: what do they know about hereditary cancer and how much do they worry?** *Psychooncology*, Sep;22(9):2024-31.
- Stinesen, K., Wilderäng, U., Möller, A. & Steineck, G. (2014). **Worrying about one's children after breast cancer diagnosis: desired timing of psychosocial intervention**. *Support Care Cancer*, Nov;22(11):2987-95.
- Tilburt, J.C. et al. (2011). **Factors influencing cancer risk perception in high risk populations: a systematic review**. *Hereditary Cancer in Clinical Practice*, May 19;9:2.



UN SALTO AL DI LÀ: INDAGINE SUI CASI DI SUICIDIO REGISTRATI PRESSO LA PROCURA DELLA REPUBBLICA DEL TRIBUNALE DI BARI NEGLI ANNI 2014-2016

Ignazio Grattagliano
Misia Miniello
Alessio Ostuni
Maricia Marrone
Anna Cassano
Silvio Tafuri
Francesco Paolo Bianchi
Federica Misceo
Roberto Catanesi

RIASSUNTO

Il tema del suicidio è oggetto d'attenzione di studiosi di svariate discipline, i quali hanno compiuto studi per evidenziare quali siano i fattori che portano a mettere in atto condotte suicidarie, analizzandone gli elementi tanto predittivi quanto protettivi. Ogni studioso del settore è concorde sul fatto che si tratti di un gesto determinato da ragioni plurime, alla cui causa concorrono sia motivazioni psicopatologiche, culturali, personologiche e relazionali; da tale analisi criminologica, quindi, non può prescindere la valutazione medico-legale, psicologica e psichiatrico-forense. Gli autori hanno voluto fornire un contributo di riflessione casistica, a partire dai fascicoli giudiziari di 73 casi di suicidio messi a disposizione dagli Uffici Giudiziari della Procura di Bari e relativi agli anni 2014-2016. L'intendimento degli autori è che i dati raccolti e sistematizzati e le riflessioni elaborate possano, da un lato, essere un contributo alla riflessione degli operatori degli ambiti giudiziari e socio-sanitari, spesso i primi a dover fronteggiare e confrontarsi con tale complesso e tragico fenomeno, e dall'altro essere utili all'implementazione di politiche di intervento preventive mirate ai soggetti a rischio suicidio. Viene sottolineata, inoltre, l'importanza di approfondire lo studio delle intenzioni di chi commette il suicidio e del significato attribuito a tale gesto.

PAROLE CHIAVE

suicidio, fattori di rischio, fattori di protezione, indagine giudiziaria, valutazione medico-legale.

1. INTRODUZIONE

Il termine 'suicidio' trae la sua origine etimologica dal latino "*sui caedes*", ossia uccisione di se stesso. Il rinunciare volontariamente alla propria vita è un fenomeno peculiare del genere umano ed ha in sé una componente paradossale: l'uomo tende di per sé alla sopravvivenza, invece il suicidio si configura come una morte volontaria, appositamente elaborata. Le definizioni di suicidio sono cambiate nel corso del tempo, partendo da una concezione di tipo sociologico, passando per una di tipo psichiatrico-psicologica, giungendo ad un approccio multidisciplinare. La prima definizione è stata fornita da Durkheim⁽¹⁾ secondo cui il termine suicidio deve essere applicato ad «Ogni caso di morte che risulti direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo compiuto dalla vittima medesima la quale sapeva come esso dovesse produrre quel risultato». L'autore è il maggior esponente della prospettiva sociologica, secondo cui il suicidio è frutto di una scelta individuale che ha, però, origine sociale: la condotta suicidaria è, quindi, influenzata e determinata da fattori esterni legati alle dinamiche intersoggettive tipiche delle relazioni umane, che vanno dunque rintracciati nell'ambiente familiare, lavorativo e sociale. Durkheim ritiene che in ogni società coesista un'equa dose di egoismo, altruismo e anomia: se, però, questi elementi si espandono a tal punto da condizionare l'andamento sociale e da alterarne gli equilibri, ecco che si verifica un incremento di suicidi nella società.

Questa visione, però, si presenta come una classificazione eziologica delle cause che non prevede alcun riferimento alle intenzioni di chi commette tale atto.^[2] Il punto di vista psicologico definisce il suicidio sia come possibile mezzo per affermare la propria libertà sia come atto di sottomissione al peso di un opprimente fato interiore. Il suicidio, perciò, rappresenta un esempio di *acting out* che, nella psicologia psicodinamica, viene inteso come una reazione di disagio che porterebbe l'individuo ad esprimere i propri vissuti conflittuali con un'azione eclatante piuttosto che attraverso l'esternazione verbale. Si tratta, dunque, di azioni impulsive che portano a sconvolgere le regole che dominano la vita quotidiana. «Quando la pressione emotiva fa correre il rischio che si evidenzino contenuti inconsci non accettati o tollerati, l'*acting out* diventa un mezzo per fuggirli o continuare ad ignorarli».^[3]

Un quadro teorico attuale, degno di nota, è la teoria Interpersonale Psicologica del suicidio che mira a comprendere le interazioni di quei fattori che a livello psicologico contribuiscono al rischio suicidio. Secondo questa teoria vi sono tre fattori, alla presenza dei quali un individuo può giungere a compiere un atto suicidario completo e sono: l'appartenenza contrastata, l'onerosità percepita e la capacità acquisita.^[2] L'appartenenza contrastata è definita come il bisogno di appartenenza, senza speranza di cambiamento, che produce una condizione di solitudine la mancanza di reciprocità, di cura e di affetto nelle interazioni sociali, l'onerosità percepita è la sensazione di rappresentare un peso per la società e la capacità acquisita è intesa come il ridotto timore della sofferenza fisica della morte. In caso di suicidio, queste variabili sono compresenti necessarie affinché il soggetto prenda una decisione fatale: quanto più la combinazione delle variabili è forte, tanto più alto sarà il rischio suicidario. La prospettiva psichiatrica interpreta il suicidio come condizionato dalla presenza di uno stato mentale patologico, tralasciando quindi la rilevanza dei fattori sociali e ambientali. Il suicidio viene considerato come ciò che permette la fuga da qualcosa, da esperienze e situazioni che sono divenute insostenibili e oppressive e che sono fonte di angoscia per chi le vive.^[4]

Beck^[5] nomina *Hopelessness* lo stato mentale che influisce sugli atti suicidari, riferendosi ad una visione negativa del sé, del presente e del futuro: l'individuo ritiene che nulla accadrà in suo favore, che non avrà mai successo nel corso della vita, che i suoi obiettivi non saranno raggiunti e i suoi problemi non saranno risolti. La mancanza di speranza rientra nella cosiddetta "triade cognitiva" del Modello Cognitivo della Depressione proposto da Beck, composto da:

- 1 una visione negativa del sé e sentimenti di disperazione;
- 2 una visione negativa del funzionamento nel presente e perdita di motivazione;
- 3 una visione negativa del futuro.

Ad oggi, si preferisce seguire un approccio multidisciplinare ed integrato che si presenta utile allo studio dei comportamenti umani di rilievo sociale, considerando tanto i fattori suicidogeni soggettivi quanto quelli extrasoggettivi. Si ricercano, infatti, non solo le cause ma anche il significato che si attribuisce al gesto suicidario, proprio per poterne meglio comprendere l'eziologia e per poter attuare delle strategie preventive mirate a fronteggiare il fenomeno in questione.

2. SUICIDIO: ASPETTI STATISTICO-EPIDEMIOLOGICI, PSICOLOGICI, MEDICO-LEGALI

Stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) mostrano che ogni anno muore per suicidio circa un milione di persone nel mondo, con un tasso di 11,4 per 100.000 abitanti (15,0 per gli uomini e 8,0 per le donne).^[6]

Il numero di uomini che muore suicidi è di gran lunga maggiore (77%) di quello delle donne; questo rapporto di genere (uomini/donne) è andato aumentando linearmente nel tempo, passando da 2,1 nel 1980 a 3,8 nel 2011. La distribuzione dei tassi età-specifici mostra che, per entrambi i sessi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età; tuttavia, solo per gli uomini si evidenzia un ulteriore incremento dopo i 65 anni di età. Sebbene il fenomeno del suicidio, in termini generali, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è anche nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte.^[7]



Nelle fasce d'età 15-29 anni, in Italia, il suicidio rappresenta la seconda causa di morte più frequente, con una percentuale (12% del totale) poco inferiore a quella dei morti per tumore (13% del totale); tra le donne nella fascia compresa tra 25-44 anni, il suicidio arriva ad essere la terza causa di morte più frequente (5,6%), comparabile con i morti per incidenti stradali (5,4%).

Anche il livello culturale sembrerebbe avere una qualche incidenza sul verificarsi dell'atto suicidario, infatti, la propensione al suicidio è maggiormente elevata tra le persone con titoli di studio medio-bassi. Il trend dei suicidi risulta in declino tra i laureati, mentre si riscontra un andamento crescente nelle persone con licenza di scuola media inferiore.

Rispetto alle modalità attuative del suicidio si evidenziano forti differenze sia per genere sia per età. Nel nostro Paese, l'impiccamento è il mezzo più frequentemente usato dagli uomini per togliersi la vita: la metà dei suicidi nel 2011 è stata attuata con questa modalità. L'uso di armi da fuoco (16% del totale) e la precipitazione (15%)

hanno rappresentato le altre due modalità più frequenti tra i suicidi maschili. Per quanto riguarda le donne, la precipitazione è uno dei metodi più frequenti (34%) insieme all'impiccamento (31%); l'annegamento (9%) e l'avvelenamento da farmaci (7%) sono, invece, meno frequenti ma non trascurabili. In sintesi, l'impiccamento e la precipitazione sono stati i due metodi di suicidio più frequenti in tutte le fasce d'età, mentre il suicidio mediante arma da fuoco è stato il secondo metodo più frequente tra gli uomini di 45-64 anni e tra i più anziani over 65 anni.^{[8] [9] [10]}

A livello di dati regionali, la mortalità per suicidio è più frequente (+35-40%) nelle Regioni del Nord Italia rispetto a quelle del Sud, fatta eccezione per la Sardegna dove si riscontrano tassi particolarmente elevati, soprattutto tra gli uomini.

Tra le regioni del Nord, i tassi più elevati di suicidio si sono registrati in Valle d'Aosta, in Piemonte e nelle province di Bolzano e Trento.

Per le regioni del Centro Italia, sempre rispetto a quelle del Sud, si è registrato un rischio aggiuntivo del +14% per gli uomini, mentre le donne presentano tassi comparabili nelle due aree; nel Centro Italia sono stati registrati valori piuttosto elevati in Umbria e nelle Marche.

La Sardegna rappresenta un'eccezione tra le regioni del Sud, poiché è la regione con il tasso più elevato di suicidio; in Lazio e Campania si sono, invece, registrati tassi di suicidalità particolarmente contenuti.^[8]

Riguardo al panorama internazionale, l'OMS ha recentemente pubblicato una serie di analisi e di mappe che mostrano il tasso di suicidi nel mondo secondo dati aggiornati al 2012.^[9]

La figura 1 evidenzia il numero di suicidi, in ogni paese, per ogni 100mila abitanti (sia uomini sia donne). La media globale è di 11,4 suicidi all'anno ogni 100mila abitanti.



Fig.1: Mappa dei suicidi nel mondo. ■ Fonte: World Health Organization (WHO).

La figura 2 evidenzia il rapporto, aggiornato al 2012, tra i suicidi compiuti dagli uomini e i suicidi compiuti dalle donne in tutto il mondo. La media globale, ogni 100mila abitanti, è di 15 suicidi compiuti da uomini e di 8 suicidi compiuti da donne. Il rapporto medio globale è di 1,9 suicidi.



Fig.2: Mappa dei suicidi nel mondo: confronto fra uomini e donne.
Fonte: World Health Organization (WHO).

Dall'analisi dei dati disponibili (Figura 1 e 2) emerge che il Paese con il minor numero di suicidi al mondo è l'Arabia Saudita (0,4), seguita da Siria (0,4), Kuwait (0,9), Libano (0,9), Oman (1) e Giamaica (1,2); poi c'è l'Iraq (1,7) dove, contrariamente alla tendenza globale, è più elevato il tasso di suicidi compiuti da donne. I Paesi con il tasso più elevato di suicidi sono invece Guyana (44,2), Corea del Nord (38,5), Corea del Sud (28,9), Sri Lanka (28,8), Lituania (27,8) e Mozambico (27,4), seguiti da Nepal (24,9) e Tanzania (24,9). In Europa, i Paesi con il minor numero di suicidi sono Azerbaijan (1,7), Armenia (2,9), Georgia (3,2), Grecia (3,8), Tagikistan (4,2), Italia (4,7) e Spagna (5,1). I Paesi con il numero più elevato sono Lituania (28,2), Kazakistan (23,8), Turkmenistan (19,6), Ungheria (19,1) e Bielorussia (18,3). L'analisi dei dati sui suicidi relativi ai principali paesi OCSE mette in luce due aspetti: il primo è che la Grecia mostra, dal 1993 all'ultimo anno disponibile, i valori più bassi (mai oltre 4 suicidi ogni 100.000 abitanti) tra tutti i Paesi considerati; il secondo riguarda la tendenza decrescente che si manifesta in gran parte dei Paesi. Estonia, Ungheria, Slovenia e Finlandia presentano, nell'intero periodo considerato, i tassi più alti di suicidio; accanto a questi va segnalato il Giappone che, fra i Paesi extra europei, mostra valori alti e un andamento oscillante.

Regno Unito e Spagna mostrano valori relativamente bassi, ma con una tendenza alla diminuzione poco accentuata; la Francia passa da 21,6 suicidi per 100.000 abitanti ad inizio periodo a circa 16 negli ultimi anni, mentre la Germania da 15,2 scende a valori compresi tra 10 e 11 suicidi ogni 100.000 abitanti.

L'Italia è tra i paesi con i livelli più bassi di mortalità per suicidio e un trend negativo, passando dagli 8,0 decessi ogni 100.000 abitanti nel 1993, ai 5,9 nel 2009. I dati OMS relativi all'anno 2012 mostrano che in Italia le morti per suicidio sono state circa 4000,

corrispondenti ad un tasso di 4,7 per 100.000 abitanti: il nostro Paese possiede, dunque, i più bassi livelli di suicidalità, sia a livello mondiale che europeo.^{[11][12]} Terminata una ricognizione epidemiologica, esaminiamo ora i principali elementi che condizionano le ideazioni e gli atti suicidari.

Una condotta suicidaria è sempre determinata da una molteplicità di fattori.

Tra i fattori di rischio, cioè condizioni che risultano statisticamente associate alla comparsa di un dato fenomeno, riscontriamo il genere maschile, l'età anziana, la presenza di un disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze ma anche l'aver attuato un precedente tentativo di suicidio e fattori di tipo culturale, ambientale e sociodemografico.

Tra i fattori protettivi ci sono un forte credo religioso, reti sociali supportive e contatti terapeutici. Risulta, perciò, utile l'impiego di una pratica di *risk assessment*, strumento di valutazione del rischio che tiene conto tanto dei fattori predittivi quanto dei fattori protettivi. Un buon *assessment* è necessario alla raccolta di informazioni su precedenti e correnti comportamenti, pensieri e piano suicidari, sulla presenza di sintomi di disturbi mentali e di *stressors*, nonché sulla facilità di accesso a mezzi letali.

L'atto suicidario risulta, dunque, come il risultato di un intreccio di variabili.



PROSPETTO 1. MORTALITÀ PER SUICIDIO. ALCUNI CONFRONTI INTERNAZIONALI, *tassi standardizzati per 100.000 abitanti*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	21,4	22,2	22,1	22,0	19,4	19,2	18,9	19,4	18,0	18,6	17,4	16,7	16,2	14,7	14,5	14,1	14,1	13,9
Belgio	21,3	21,0	21,1	19,6	20,9	19,6	17,8	-	-	-	-	18,4	18,6	-	-	-	-	-
Ceca, Repubblica	19,9	19,2	17,7	15,8	16,5	15,9	15,9	16,0	15,7	14,9	16,7	15,0	14,8	13,1	12,7	12,6	13,2	13,5
Danimarca	22,1	18,9	17,5	16,8	15,4	14,2	14,2	13,5	13,3	12,5	11,5	12,0	11,3	11,6	-	-	-	-
Estonia	40,8	43,6	42,7	41,0	38,5	35,2	34,7	27,6	29,8	27,3	24,9	23,9	19,8	17,4	18,3	17,3	19,3	15,8
Finlandia	27,4	27,2	26,9	24,0	25,5	23,5	23,1	22,1	22,8	20,7	20,1	20,0	18,3	19,6	18,2	19,0	18,9	17,3
Francia	21,6	21,0	20,4	19,4	19,0	18,0	17,5	18,2	17,5	17,6	17,8	17,5	17,1	16,5	15,8	16,1	-	-
Germania	15,2	15,2	15,3	14,4	14,4	13,6	12,9	12,8	12,8	12,7	12,6	12,0	11,4	10,7	10,2	10,3	10,3	10,8
Grecia	4,0	3,4	3,5	3,3	3,4	3,6	3,4	3,4	2,9	2,8	3,3	3,0	3,4	3,3	2,8	3,1	3,2	-
Irlanda	10,0	11,9	11,8	11,6	13,1	13,7	11,6	12,3	12,8	11,4	11,5	11,5	10,8	10,6	10,4	11,5	11,7	11,0
Islanda	10,9	10,2	10,7	13,5	13,7	11,3	11,4	18,1	12,8	10,3	9,8	12,5	11,5	10,8	12,0	12,4	11,8	-
Italia	8,0	7,7	7,7	7,8	7,7	7,4	6,7	6,7	6,5	6,5	6,4	-	-	5,6	5,7	5,8	5,9	-
Lussemburgo	16,1	18,8	15,2	17,5	19,6	15,1	17,4	14,7	17,4	19,5	11,1	14,3	10,7	14,1	16,8	9,2	11,3	-
Norvegia	13,7	12,4	12,7	11,8	12,3	12,5	13,4	12,3	12,4	11,0	11,1	11,8	11,6	11,5	10,5	10,6	11,9	11,2
Paesi Bassi	10,3	10,4	9,8	10,2	10,1	9,6	9,6	9,4	9,1	9,6	9,2	9,1	9,4	9,1	8,0	8,4	8,9	9,2
Polonia	15,8	15,4	15,2	14,9	-	-	15,3	15,6	15,4	15,5	15,2	15,6	15,5	14,8	13,4	14,4	16,3	15,9
Portogallo	8,1	7,9	8,2	6,7	6,2	5,4	5,3	5,0	7,2	11,3	10,6	-	-	8,9	9,0	8,9	9,3	-
Regno Unito	7,7	7,5	7,4	7,1	7,0	7,4	7,5	-	7,0	6,9	6,6	6,9	6,7	6,7	6,3	6,9	6,8	6,7
Slovacchia	15,4	14,3	15,1	13,5	12,9	13,1	13,6	14,2	13,4	13,8	14,2	12,5	12,6	-	-	10,7	10,8	11,3
Slovenia	32,2	32,1	29,0	31,1	30,0	30,9	29,7	29,3	28,6	26,1	27,1	24,0	23,6	24,6	19,9	18,6	20,0	18,6
Spagna	8,0	8,2	8,0	8,4	8,0	8,0	7,8	8,1	7,4	7,7	7,8	7,7	7,3	6,9	6,7	7,0	6,9	-
Svezia	15,6	14,8	15,1	13,9	13,4	13,6	13,5	12,4	13,0	12,9	12,0	12,4	13,1	12,7	11,9	12,2	12,9	11,7
Svizzera	20,2	21,3	20,1	20,1	18,7	19,0	17,7	18,7	18,0	19,0	16,6	16,6	16,6	16,5	16,9	-	-	-
Ungheria	37,4	36,6	33,8	34,2	32,2	32,1	33,8	33,0	29,1	27,8	27,1	26,5	25,2	23,4	23,3	23,4	23,3	-
Australia	11,9	13,1	12,2	13,5	14,5	14,1	13,3	12,6	12,8	11,9	10,9	10,6	-	8,3	-	-	-	-
Canada	13,3	13,0	13,4	13,3	12,3	12,2	13,2	11,5	11,7	11,5	11,7	11,0	11,2	10,5	10,6	10,7	11,1	-
Giappone	16,7	16,8	16,9	17,2	18,0	23,9	23,4	22,3	21,4	21,7	23,3	21,9	22,1	21,6	22,1	21,8	22,2	21,2
USA	12,6	12,5	12,4	12,1	11,9	11,7	11,1	10,8	11,1	11,3	11,1	11,3	11,2	11,3	11,7	-	-	-

Tab.1: Confronti internazionali di mortalità per suicidio.

Fonte: Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE).

Malattie psichiatriche

Uno studio di Randall et al. correla il suicidio con i tentativi di suicidio e mette in evidenza che il rischio di suicidio può aumentare e raggiungere alti livelli nel momento in cui si ha una diagnosi di malattia mentale, trovando che il 27% dei suicidi sopravviene dopo il primo anno dall'avvenuta della diagnosi^[13], tuttavia non è ancora ben chiara la tempistica.

In una ricerca condotta da Tidelman si è giunti alla conoscenza del fatto che nel primo anno successivo a una diagnosi vi è maggior rischio di suicidio; una possibile spiegazione è connessa al fatto che quando si riceve una diagnosi di malattia mentale, da un lato ci si trova solitamente nella fase acuta della stessa e dall'altro lato i pazienti devono fronteggiare un forte momento di stress che li porta a pensare che vivranno, da quel momento in poi, una vita misera.^{[14] [15]}

Le patologie psichiatriche più frequentemente associate al suicidio sono i disturbi dell'umore, soprattutto depressione maggiore e disturbi bipolari, la schizofrenia e l'alcolismo: ai disturbi dell'umore spetta una posizione prioritaria, interessando tra il 65% e il 90% dei suicidi con patologie psichiatriche. La depressione maggiore si pone come fattore di rischio sia per gli

uomini sia per le donne; accade che trovarsi in un'età avanzata ed avere un alto livello di rischio è maggiormente letale per le donne, invece, precedenti tentati suicidi e accesso a mezzi letali risultano essere fonti di maggiore letalità per gli uomini.^[16]

Nei disturbi maggiori dell'umore generalmente il suicidio avviene nelle prime fasi della malattia, invece negli alcolisti l'autosoppressione si presenta nelle fasi finali della malattia che coincidono spesso con gravi rotture di relazioni inter-

personali, emarginazione sociale ed indigenza.

Il rischio appare maggiore, invece, nei soggetti schizofrenici a buon funzionamento prima dell'esordio della malattia e che vanno incontro a ricadute croniche e bassi livelli di compliance; la percezione di un elevato livello di deterioramento personale, percepito dai pazienti schizofrenici, fa sì che il suicidio venga inteso come l'unica soluzione per la risoluzione dei loro problemi.^[17]

Eventi psicosociali e malattie fisiche

Le esperienze di vita possono considerarsi responsabili di ciò che porta alla messa in atto di condotte suicidarie.

Vissuti intensamente depressivi con tendenze suicidarie possono essere innescati da un lutto o da rotture di relazioni, da divorzi e/o separazioni ma anche da sradicamenti dal proprio contesto culturale e relazione: un importante fattore precipitante, connesso a questi vissuti, è rappresentato dai contenuti di umiliazione eventualmente connessi agli eventi stressanti. Tramite l'applicazione dell'autopsia psicologica^{[18] [19] [20] [21]}, infatti, si è rilevato che gli individui morti per suicidio

vivessero un periodo di isolamento sociale prima di compiere il tragico atto.

Un altro notevole fattore scatenante di matrice psicosociale, noto come 'effetto Werther' è la notizia di una persona deceduta per suicidio: studi hanno dimostrato che la divulgazione di un suicidio, nelle prime pagine dei quotidiani o attraverso le principali reti televisive, aumenta il tasso di suicidi per un periodo di nove giorni; anche gli anniversary suicides sono un fenomeno conosciuto, secondo cui i suicidi vengono compiuti nel giorno dell'anniversario della morte per suicidio di una persona cara.

Il suicidio, poi, può essere il risultato di una grave e dolorosa malattia fisica: la prevalenza di malattie fisiche nei suicidi è di almeno il 25%, e in più del 40% dei casi risulta essere un'importante concausa. Le malattie più frequentemente associate a comportamenti suicidari sono l'epilessia, la sclerosi multipla, la corea di Huntington, l'AIDA, il cancro: per tutte queste condizioni, degli elementi comuni sono quadri depressivi ed il timore di insostenibili sofferenze.

Fattori genetici e biologici

La maggior parte degli elementi della suicidologia attuale derivano dallo studio della biologia della depressione; vi è evidenza che a depressioni con bassi livelli di acido 5-idrossindolacetico (5-IIA) corrisponda un più elevato rischio di suicidio. In particolare, si è notato che i pazienti depressi con bassi livelli del metabolita della serotonina sono caratterizzati da una tendenza a comportamenti suicidari e, inoltre, i depressi con bassi livelli liquorali di acido 5-IIA sono coloro che utilizzano pratiche suicidarie violente. In più, il rischio di suicidio risulta elevato per quei soggetti con bassi livelli liquorali di acido 5-IIA soprattutto se hanno già posto in essere, in passato, agiti autosoppressivi; viene documentata una rate di mortalità del 22% annuo per questi soggetti.^[22]

È stata, inoltre, empiricamente rilevata l'esistenza di un legame tra aggressività e suicidio, ed è ben noto che la serotonina è uno dei neurotrasmettitori coinvolti certamente nel controllo del comportamento aggressivo.

Ad esempio Brown et al.^[23] hanno trovato, in indagini svolte su militari, una significativa associazione

tra numero di atti violenti compiuti e basse concentrazioni di acido 5-IIA liquorale. Bassi livelli del metabolita della serotonina sono stati riscontrati anche in soggetti che, pur non soffrendo di disturbi come la depressione maggiore, avevano tentato il suicidio: da qui, l'ipotesi che il legame tra comportamenti letali per la propria persona e bassi livelli di acido 5-IIA sia da connettere ad alcune forme di disturbo della personalità, piuttosto che ad una particolare sindrome clinica.^{[24] [25] [26] [27] [28] [29]}

3. RICERCA E DISCUSSIONE DEI DATI

Con la presente ricerca è stato fornito un prospetto della grandezza del fenomeno suicidario, analizzando e commentando i dati statistici a riguardo, focalizzandoci sugli elementi risultati significativi. Grazie alla collaborazione tra la Procura del Tribunale di Bari, la Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, la Sezione di Medicina Legale ed il Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari, è stato, inoltre, possibile fornire un contributo di riflessione casistica a partire da 73 fascicoli giudiziari di suicidio messi a disposizione dagli Uffici Giudiziari della Procura di Bari - Sezione Penale relativi agli anni 2014-2016. La ricerca, prima della sua messa in atto, ha richiesto delle attività preliminari.

È stato messo a punto uno strumento adeguato (questionario) per la valutazione del fenomeno del suicidio, con il fine di raccogliere informazioni inerenti tanto alle caratteristiche personalologiche quanto alle modalità del suicidio adottate. Il questionario era, infatti, suddiviso in 3 parti:

- I. Dati anagrafici: distinzione i casi di suicidio in ragione del sesso, età, nazionalità, stato civile, composizione nucleo familiare, scolarità, religione;
- II. Anamnesi: analisi dei dati prettamente clinici quali precedenti psicopatologici familiari e personali, assunzione di terapia farmacologica, affidamento a qualche servizio o specialista di fiducia, patologie fisiche importanti, pregressi tentativi di suicidio o gesti autolesivi, familiarità per il suicidio, vissuti traumatici o conflittuali;
- III. Modalità di suicidio: analisi delle informazioni riportate nei verbali di accertamento necroscopico.



pico, indagando nello specifico le modalità con cui è stato commesso l'intento suicidario, il luogo del suicidio, se trattasi di suicidio/omicidio e l'eventuale presenza di tracce lasciate prima del suicidio. Le variabili continue sono state espresse come medie, con l'indicazione delle deviazioni standard e del range; le variabili categoriche sono state espresse come proporzioni. Per il confronto delle proporzioni è stato utilizzato il test del chi-quadro, considerando significativo un valore di $p < 0,05$.

Si è resa necessaria, a seguire, l'inclusione nella ricerca di un programma informatico costruito ad hoc (utilizzando il software Google Drive) per la creazione di un database di raccolta dati, dai quali trarre tutti i fattori significativi correlati con le modalità di suicidio scelte. La ricerca aveva la finalità di ottenere dati che potessero contribuire a segnalare agli operatori, sia dell'ambito socio-sanitario sia giudiziario, una serie di importanti fattori di rischio suicidari a cui porre particolare attenzione, anche al fine di impostare e implementare efficaci politiche di intervento preventive, mirate ai soggetti a rischio.

Di seguito si espongono i principali e più significativi risultati ottenuti.

Il campione include 73 soggetti morti suicidi, 53/73 di genere maschile (72,6%) e 20/73 di genere femminile (27,4%). Per 72/73 soggetti (98,6%) era nota la fascia d'età di appartenenza al momento della morte, con oltre la metà di essi appartenenti alla fascia >50 anni, in entrambi i generi (Tabella1).

Diversi studi epidemiologici esaminati confermano il dato ottenuto relativamente al genere.

FASCIA D'ETÀ (ANNI)	GENERE MASCHILE		GENERE FEMMINILE		TOTALE	
	n	%	n	%	n	%
10 - 20	3	5,6	0	0,0	3	4,1
21 - 30	9	17,3	2	10,0	11	15,3
31 - 40	7	13,5	4	20,0	11	15,3
41 - 50	5	9,7	3	15,0	8	11,1
> 50	28	53,9	11	55,0	39	54,2
TOTALE	53	100,0	20	100,0	72	100,0

Tab.1: Distribuzione dei soggetti, di cui è nota l'età al momento del suicidio, per fascia d'età e genere ($X^2 = 2,4$ $p = 0,733$).

Uno studio condotto dall'OMS^[6], nel biennio 2012-2014, evidenzia che il numero di uomini che muore suicida (77%) è di gran lunga maggiore di quello delle donne. La distribuzione dei tassi età-specifici ha mostrato che, per entrambi i sessi, la mortalità per suicidio tende a crescere all'aumentare dell'età; tuttavia, solo per gli uomini è stato evidenziato un ulteriore incremento dopo i 65 anni di età. Sebbene il fenomeno del suicidio, generalmente, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è nei giovani che esso rappresenta un'altra frequente causa di morte. Nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 29 anni, in Italia, il suicidio rappresenta la seconda causa di morte più frequente, con una percentuale (12% del totale) poco inferiore a quella dei morti per tumore (13% del totale); tra le donne nella fascia compresa tra i 25 e i 44 anni, il suicidio arriva ad essere la terza causa di morte più frequente (5,6%), comparabile con i morti per incidenti stradali (5,4%). Un'analisi effettuata dall'associazione Samaritans [30] nel 2006, ha mostrato che il sesso maschile prevale su quello femminile nelle percentuali dei suicidi, con l'importante rilievo il fatto che la quota di suicidi nel sesso maschile ha subito una riduzione nel target esaminato (England by less than 1%, UK by 5,6%, Wales by 37,6%, Scotland by 17,6%, Northern Ireland by 10,2%, and Republic of Ireland by 6,4%) a partire dagli anni 2013-2014, a favore di un incremento della quota femminile (UK by 8,3%, England by 14%).

La maggiore propensione al suicidio tra la popolazione maschile, è confermata anche da un'analisi ISTAT effettuata tra il 1993-2012 su fonte sanitaria ("Decessi e cause di morte")^[31]; anche il Dipartimento della Salute dell'Inghilterra nel 2014 ha confermato la prevalenza maschile nei casi accertati di suicidio: 77% maschi, 33% femmine.^[32]

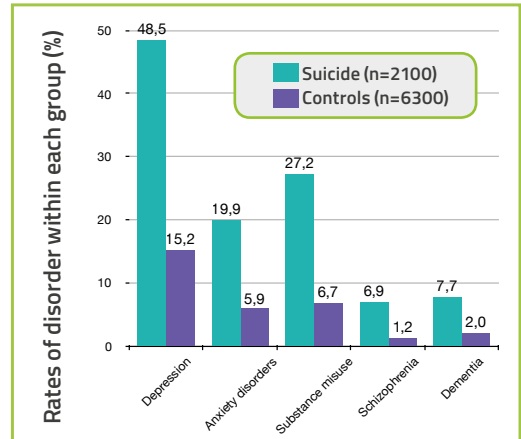
Tornando al nostro studio, 68/73 soggetti (93,2%) erano di nazionalità italiana, 2/73 (2,7%) appartenenti ai Paesi dell'Unione Europea, 1/73 extracomunitari (1,4%), per 2/73 soggetti la nazionalità non era nota.

Per 55/73 soggetti (75,3%) era noto lo stato civile al momento della morte: 19/55 conviventi (34,6%) e 26/55 non conviventi (65,4%), 27/73 soggetti

(37,0%) erano genitori con in media $1,4 \pm 0,7$ (range: 1-3) e 38/73 (52,0%) non lo erano; per 8/73 soggetti (11,0%) non è noto il dato.

Per 6/73 soggetti (8,2%) era noto il livello di istruzione, con in media $9,8 \pm 9$ anni di studi (range: 0-17); per soli 2/73 soggetti (2,7%) era nota la fede professata (1 soggetto cattolico e 1 di altra religione). Alcuni degli studi esaminati propongono delle riflessioni interessanti: l'OMS^[9] mette in evidenza che la propensione al suicidio era maggiormente elevata tra le persone con titoli di studio medio-bassi. Il trend dei suicidi risultava, infatti, in declino tra i laureati, mentre nelle persone con licenza di scuola media inferiore si riscontrava un andamento crescente; anche l'ISTAT^[31] afferma la presenza di una maggiore propensione al suicidio tra le persone con titoli di studio medio-bassi.

Riguardo all'anamnesi clinica, per 2/73 soggetti (2,7%) era nota la presenza di precedenti psicopatologici familiari e per nessuno di questi non sono emersi precedenti; per 45/73 soggetti (61,6%) era nota la presenza o meno di precedenti psicopatologici personali. Nello specifico (Graf.1), in 38/45 (84,4%) sono riscontrati precedenti psicopatologici personali e, in particolare, il 57,9% di questi presentano un disturbo depressivo; 2/45 soggetti (4,4%) presentano un disturbo misto (demenza senile e



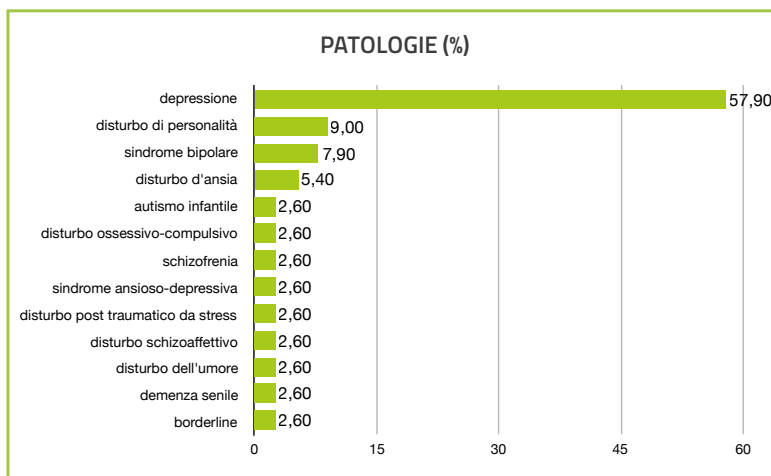
Graf.2: Studio effettuato in Manitoba (Canada), 1996-2009.

schizofrenia in uno, disturbo misto di personalità, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo dell'umore nell'altro soggetto).

A supporto di questi dati, uno studio condotto nel 2003 dall'University of Iowa, in associazione con il National Institute of Mental Health, afferma che il suicidio era frequente nei soggetti con disturbi di personalità borderline, ancor più se associati a depressione o abuso di sostanze. Un altro studio effettuato in Manitoba (Canada) tra il 1996 ed il 2009, ha permesso un confronto, in relazione alle tendenze suicidarie, tra soggetti con diagnosticati disturbi

psichici e la popolazione generale ottenendo un rapporto pari a 3:1 a favore dei primi.

Dalla ricerca in presentazione, è stato possibile rilevare che tra i soggetti con precedenti psicopatologici personali noti, 32/45 (69,6%) assumevano terapia farmacologica, maggiormente riscontrata quella a base di ansiolitici (51,1%). Per 27/32 soggetti (84,4%) è stato, poi, verificato l'utilizzo di terapia combinata:



Graf.1: Distribuzione di frequenza dei singoli stati patologici in suicidi di cui è nota la presenza di precedenti psicopatologici personali (n=38).



- 13/27 soggetti (44,5%) utilizzavano ansiolitici e antipsicotici in combinazione;
- 6/27 soggetti (22,2%) ansiolitici e antidepressivi;
- 3/27 soggetti (11,1%) ansiolitici e antiepilettici;
- 3/27 soggetti (11,1%) ansiolitici, antidepressivi e antiepilettici;
- 3/27 soggetti (11,1%) ansiolitici, antidepressivi e stabilizzanti dell'umore.

Dei 45 soggetti con precedenti psicopatologici personali, per 38/45 (84,4%) risultava noto se fossero o meno seguiti da uno o più centri pubblici o da soggetti privati; nello specifico, 23/38 soggetti (60,5%) erano in cura presso le suddette entità ed erano già stati seguiti per un periodo di $2,6 \pm 2,9$ anni (range 1-10). Per 22/23 soggetti (95,7%) era nota anche la tipologia di servizio che li aveva in carico: 13/22 soggetti (59,1%) erano seguiti da strutture pubbliche e 9/22 soggetti (40,9%) erano seguiti da privati. Per 33 soggetti (45,2%) era noto il dato relativo presenza di patologiche organiche, di cui 20 (60,6%) erano affetti da tali patologie (Tabella 2).

Riguardo all'analisi della storia di pregressi tentati suicidi, il dato era noto per 29/73 soggetti: in 14/29 è stato riscontrato un tentativo antecedente alla morte. Tra questi, 2/14 (14,3%) lo avevano compiuto nei 30 giorni precedenti alla morte, 8/14 (57,1%) in un periodo di tempo maggiore ad un anno e per 4/14 (28,6%) il dato non era noto.

Per 12/14 soggetti (85,7%) era nota la modalità del

GRUPPO DI MALATTIA	Distribuzione		Prevalenza
	n	%	%
Malattie del sistema circolatorio	5	25,0	15,2
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	5	25,0	15,2
Tumori	3	15,0	9,1
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	2	10,0	6,1
Malattie dell'apparato digerente	2	10,0	6,1
Disturbi psichici	1	5,0	3,0
Malattie infettive e parassitarie	1	5,0	3,0
Malattie dell'apparato genitourinario	1	5,0	3,0
Totale	20	100,0	60,6

Tab.2: Distribuzione e prevalenza specifiche patologie (n=20; n=33).

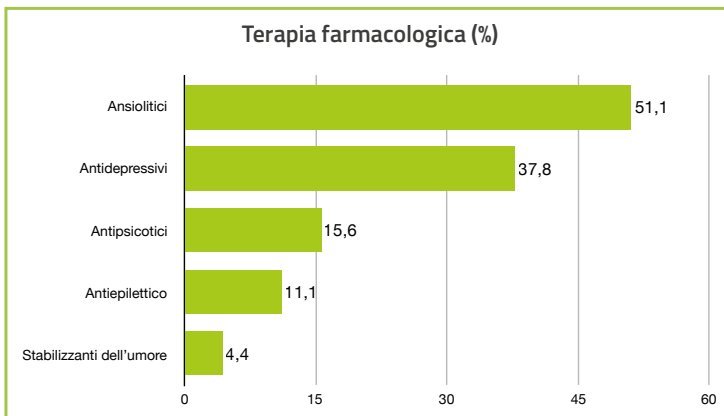
tentato suicidio ed il Grafico 4 mostra la prevalenza dei metodi suicidari: 3/12 soggetti (25,0%) hanno presentato una modalità suicidaria multipla (2 soggetti asfissia e ingestione di sostanze e 1 soggetto svenamento e inalazione di gas).

Per 18/73 soggetti (24,7%) era nota la storia di gesti o atti autolesivi, anche mascherati, ed antecedenti al suicidio: per 6/18 soggetti (33,3%) sono stati riscontrati gesti di autolesionismo, di cui 5/6 (83,3%) presentavano un dato noto inerente alla tipologia di tentativo.

Infatti, 2/5 soggetti (40,0%) avevano messo in atto un incidente stradale, 2/5 avevano ingerito sostanze e/o materiali e 1/5 avevano ripetutamente minacciato di suicidarsi.

Solo per 7/73 soggetti (9,6%) era nota l'eventuale familiarità per suicidio, e solo 1/73 (14,3%) presenta familiarità (padre).

Dall'analisi dei vissuti traumatici o conflittuali, possibile per 31/73 soggetti (42,5%), è emerso che 29/31 soggetti



Graf.3: Prevalenza (%) di soggetti con precedenti psicopatologici personali che assumevano terapia, per farmaco assunti (n=45).

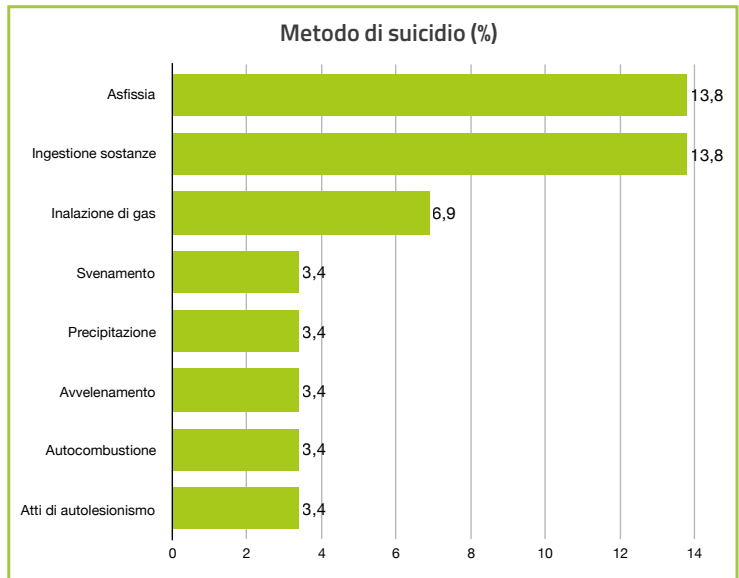
(93,6%) presentavano episodi appena citati (Tabella 3). Per 23/73 soggetti (31,5%) era noto il riscontro o meno di perdite (es. recente licenziamento, separazione, lutto ecc.) antecedenti al suicidio. In particolare, 13/23 (56,5%) presentavano episodi di perdite in tempi strettamente precedenti alla morte ed è stato osservato come il 42,9% (n=23) degli episodi consistevano in un lutto (Tabella 3); per un solo soggetto (7,7%) è stata riscontrata la concomitanza di un recente licenziamento ed un lutto.

La valutazione dell'isolamento sociale era nota in 10/73 soggetti (13,7%) ed è stata riscontrata solo in 2/10 soggetti (20,0%) è stata riscontrata.

Per 18/73 soggetti era nota la presenza o meno di dipendenze e/o abusi e, di questi, 10/18 soggetti (55,6%) presentavano un trascorso di abusi e/o dipendenze. Nello specifico, 3/10 soggetti (30,0%) erano dipendenti da bevande alcoliche, 2/10 soggetti (10,0%) erano dipendenti da stupefacenti, 3/10 (30,0%) ludopatici, 1/10 (10,0%) era dipendente da psicofarmaci e 1/10 (10,0%) con una duplice dipendenza da alcool e stupefacenti.

Focalizzando l'attenzione sulle modalità di suicidio messe in atto, risulta che 43/73 soggetti (58,9%) hanno optato per un suicidio tramite asfissia, con diversi metodi e/o in associazione ad altre modalità (1 soggetto ha optato per l'annegamento e l'ingestione di sostanze, l'altro soggetto per annegamento, ingestione di sostanze e arma bianca); meno frequenti sono state l'ingestione di sostanze (ansiolitici, stupefacenti, psicofarmaci e caustici), l'uso dell'arma bianca (coltello da cucina e lametta rasoio monouso) e dell'arma da fuoco (pistola d'ordinanza, di proprietà, detenuta illegalmente e fucile da caccia a doppia canna).

Numerosi studi statistico-scientifici mostrano una



Graf.4: Distribuzione (%) dei soggetti per cui era nota la storia di pregressi tentativi di suicidio.

convergenza con i dati appena presentati, seppure con qualche differenza significativa. Nel nostro Paese, l'impiccamento è il mezzo più frequentemente usato dagli uomini per togliersi la vita e, nel 2011, la metà dei suicidi è stata attuata con questa modalità e l'uso di armi da fuoco (16% del totale) e la precipi-

TIPOLOGIA DI VISSUTO TRAUMATICO	n	%
Separazione/divorzio	9	31,0
Malattia	6	20,7
Decesso coniuge	4	13,8
Problemi economico-lavorativi	3	10,3
Conflittualità intrafamiliare	3	10,3
Malattia parente stretto	2	6,9
Aggressione in casa	1	3,5
Parto	1	3,5
Totale	29	100,0

Tab.3: Distribuzione dei soggetti con vissuto traumatico o conflittuale, per tipologia di vissuto traumatico (n=29).



TIPOLOGIA DI PERDITA	n	%
Lutto	6	26,1
Recente licenziamento	4	17,4
Separazione	3	13,0
Fallimento azienda di proprietà	1	4,3
Totale	14	60,8

Tab.4 Prevalenza della tipologia di un evento stressogeno in soggetti con perdite recenti, per tipologia (n=23).

tazione (15% del totale) hanno rappresentato le altre due modalità più frequenti tra i suicidi maschili; per quanto riguarda le donne, la precipitazione è uno dei metodi più frequenti (34%) insieme all'impiccamento (31%), l'annegamento (9%) e l'avvelenamento da farmaci (7%) sono, invece, meno frequenti ma non trascurabili.^[31]

In sintesi, l'impiccamento e la precipitazione sono stati i due metodi di suicidio più frequenti in tutte le fasce d'età.

Il suicidio mediante arma da fuoco, invece, è stato il secondo metodo più frequente tra gli uomini di 45-64 anni e tra i più anziani over 65 anni.^[31]

Nel 2014, il Dipartimento della Salute dell'Inghilterra rileva che le seguenti prevalenze: per gli uomini 60% asfissia, 14% ingestione di sostanze tossiche, 26% altri metodi, invece per il genere femminile 38% asfissia, 38% ingestione di sostanze tossiche, 25% altri.^[32]

Infine, un altro studio ha evidenziato che i maschi scelgono in prima istanza l'ingestione di sostanze tossiche e i le femmine, al primo posto, preferiscono l'ingestione di sostanze tossiche seguita da asfissia. Nella ricerca esposta, per 60/73 soggetti (82,2%) era noto se avessero optato per un omicidio-suicidio, evento non riscontrato in nessuno di essi.

Era, inoltre, noto il luogo del suicidio e il lasciato o meno di messaggi d'addio, le cosiddette suicide notes: per 44/69 soggetti (63,8%) la morte era avvenuta in ambiente domestico, 16/69 soggetti (23,2%) avevano lasciato un messaggio di addio, nello specifico, 14/16 soggetti (87,4%) mediante lettera, 1/16 soggetto (6,3%) mediante sms e 1/16 soggetto (6,3%) mediante telefonata (Tabella 6).

4. CONCLUSIONI

In sintesi, i fattori di natura psichica, come i disturbi depressivi, bipolari, o altre forme di malattie mentale, insieme ai fattori appartenenti al contesto sociale e culturale, sono alcuni degli elementi che influiscono sulle variazioni di tempo e spazio del suicidio ma non sono gli unici. Infatti, a integrazione di questi, sulla scorta dei dati di letteratura riportati e dei risultati della ricerca, emergono dei potenziali campi di applicazione che enfatizzano la necessità di indagare a fondo le intenzioni di chi commette il suicidio, il significato attribuito a tale gesto e l'eziologia del fenomeno. Perché quindi si rinuncia alla propria vita?

E quali informazioni, insegnamenti, quali attenzioni ai fattori di rischio e protezione se ne possono trarre, per gli operatori della Giustizia e dei Servizi Socio-Sanitari, oltre che per i familiari e i soggetti coinvolti in tali tragiche situazioni, da ricerche e riflessioni

METODO SUICIDARIO	n	%
Impiccamento atipico completo	21	28,8
Precipitazione	17	23,3
Impiccamento tipico incompleto	6	8,2
Annegamento	6	8,2
Arma da fuoco	5	6,8
Impiccamento atipico completo	5	6,8
Ingestione di sostanze	5	6,8
Investimento ferroviario	4	5,5
Impiccamento tipico completo	4	5,5
Arma bianca	2	2,7
Soffocamento	1	1,4

Tab.5: Distribuzione dei soggetti analizzati per metodo suicidario adottato (n=73).

casistiche come quella appena presentata, con tutti i limiti quantitativi e qualitativi che presentano? Dalla ricerca appena descritta, si possono trarre una serie di indicazioni di metodo, sia per i cultori

LUOGO DI SUICIDIO	n	%
Propria abitazione/ proprietà	44	63,8
Luogo pubblico	10	14,5
Luogo di lavoro	5	7,2
Binari ferroviari	4	5,8
Mezzo di trasporto	3	4,3
Luogo di cura	2	2,9
Luogo di detenzione	1	1,5
Totale	69	100,0

Tab.6: Distribuzione dei soggetti per cui era noto il luogo del suicidio (n=69).

di discipline forensi sia per coloro che lavorano per prevenire, contrastare, fronteggiare tale fenomeno, sia per coloro che intervengono ai fini valutativi quando purtroppo l'evento si è consumato.

È bene denotare che, negli ultimi decenni, molti Paesi e regioni hanno sviluppato programmi regionali e nazionali di vasta portata per la prevenzione del suicidio, ad esempio Finlandia, Svezia, Belgio, Regno Unito: una strategia nazionale può risultare utile ai fini della riduzione dei tassi di suicidio.

Nel rapporto pubblicato dall'OMS (2012) denominato "Public Health Action for the prevention of suicide: a framework" vengono enunciati e descritti gli elementi chiave di una strategia nazionale per la prevenzione al suicidio: obiettivi chiari, una visione chiara dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, interventi efficaci, strategie di prevenzione che lavorino su diversi livelli ovvero, miglioramento della registrazione dei casi e della conduzione delle ricerche, monitoraggio e valutazione degli interventi.

Nasce, pertanto, la necessità che la valutazione medico-legale, psicologica e psichiatrico-forense non prescindano da un'analisi criminologica.

L'autopsia psicologica^[33], a tale scopo, rappresenta uno strumento d'indagine utile, che consiste nella «ricostruzione retroattiva della vita di una persona capace di individuare aspetti che ne rivelino le intenzioni rispetto alla propria morte, di fornire indizi sul

tipo di decesso, sul livello di partecipazione alle dinamiche del decesso e di spiegare i motivi per cui la morte è avvenuta in quel dato momento».^[34] L'autopsia psicologica, dunque, consente di verificare la presenza di elementi compatibili con atti di tipo suicidario e capire in che misura la vittima abbia potuto avere un ruolo attivo nella crimino-dinamica del decesso; ci si prefigge, quindi, di ristabilire in maniera retrospettiva lo stato mentale della persona che ha messo in atto il gesto autolesivo, per determinare quali siano state le modalità e la sequenza dei fatti in maniera più sostenibile e concreta.

In sintesi, è solo la narrazione dell'intero percorso esistenziale del soggetto che si suicida che può contribuire a fornire un senso compiuto ad un atto così terribile e tragico.

BIBLIOGRAFIA

- Durkheim, E. (1897). **Il suicidio**, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano. 1987.
- Clerici, M. (2013). **Il suicidio oggi**. Italia: Springer-Verlag.
- Barbagli, M., (2009). **Congedarsi dal mondo (Il suicidio in Occidente e in Oriente)**. Bologna: Il Mulino.
- De Leo, D. & Pavan, L. (1992). **Condotta suicidaria. In G.B Cassano, Trattato italiano di psichiatria, pp. 2035-2062**. Milano: Masson.
- Beck, A.T. (1988). **Beck hopelessness scale**. The psychological corporation.
- World Health Organization (2014). **Preventing suicide**. A global imperative, WHO Document Production Services, Geneva.
- Cialesi, R., D'Ottavi, S.M., Demaria, M., Frova, L., Galati, F., Loreto, G., Manno, V., Marchetti, S., Minelli, G., Rago, G., Vichi, M. (2014). **La mortalità in Italia nell'anno 2011**. Istituto Superiore di Sanità.
- Pompili, M., Vichi, M., Masocco, M., et al. (2010). **Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici**. Quaderni Italiani di Psichiatria; 29. (2): 41-50.
- World Health Organization (2012). **Public health action for the prevention of suicide: a framework**, WHO Document Production Services, Geneva.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernet, S., et al. (2007). **Risk**



factors for suicidality in Europe: results from the ESE-MED study.

Journal of Affective Disorder; 101: 27-34.

- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin M., et al. (2010). **Method of attempted suicide as a predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study.** British Medical Journal; Jul 13, 341: c3222.
- Skogman, K., Alsen, M. & Ojehagen, A. (2004). **Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide: a follow-up study of 1052 suicide attempters.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 38: 113-120.
- De Moore, G.M. & Robertson A.R. (1996). **Suicide in the 18 years after deliberate self-harm a prospective study.** British Journal of Psychiatry; 169(4): 489-494.
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein P. et al. (2008). **Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up.** British Medical Journal; 332: 1241-1245.
- Heikkinen, M.E., Henrikson, M.M., Isometsa, E.T., Marttunen M.J., Aro H.M. & Lonnqvist J.K. (1997). **Recent life events and suicide in personality disorders.** Journal of Nervous and Mental Disease; 185: 373-381.
- Jamison, K.R. (2000). **Suicide and bipolar disorder.** Journal of Clinical Psychiatry; 61Suppl 9:47-51.
- Fawcett, J., Sheftner, W. Et al. (1987). **Clinical prediction of suicide in patients with major affective disorders.** American Journal of Psychiatry; 144: 35-40.
- Stack, S., **Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and Economic Factor. Suicide and Life-Threatening behavior;** 30(2) Summer 2000; The American Association of Suicidology.
- Fowler, J.C. (2012). **Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessment.** Psychotherapy; 1(49): 81-90.
- Paykel, E.S., Prusoff, B.A. & Myers, J.K. (1975). **Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison.** Archives of General Psychiatry; 32: 327-333.
- Baumann R., Starck S. (2015). **The role of forensic death investigators interacting with the survivors of death by homicide and suicide.** Journal of Forensic Nursing. Volume 11(1), January/March: 28-32.
- **American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Assessment and treatment of suicidal behaviors (2003).** Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Brown J.S. (2005). **The psychology and neurobiology of suicidal behavior.** Annual Review of Psychology (56): 287-314.
- Maris, R.W. (1981). **Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors.** Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Marzuk, P.M., Tardiff K., Leon A.C., Hirsch C.S., Porters L., Hartwell N. et al. (1997). **Lower risk of suicide during pregnancy.** American Journal of Psychiatry; 154:122-123.
- Neeleman J., Wessely S & Lewis G. (1998). **Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion.** Journal of Nervous and Mental Disease; 186:12-16.
- Qin P & Mortensen P.B. (2003). **The impact of parental status on the risk of completed suicide.** Archives of General Psychiatry; 38:631-636.
- Traskman L., Asberg M. et al. (1981). **Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior.** Archives of General Psychiatry; 38: 631-636.
- Yonkers K.A., Ramin S.M., Rush A.J., Navarrete C.A., Carmody T., March D., et al (2001). **Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system.** Journal of Psychiatry; 158:1856-1863.
- Samaritans (associazione no profit di Gran Bretagna e Irlanda che fornisce studio e supporto nella tematica del suicidio con monitoraggio continuo e report annuale).
- Istat, Indagine Decessi e cause di morte, Nota Informativa 8 Agosto 2012, Le statistiche dei Suicidi.
- Health Improvement Analytical Team - Department of Health, Statistical update on suicide in England, January 2014 (revised).
- De Leo D. & Spathonis K. (2004). **Suicide and suicidal behavior in late life.** In De Leo D., Bille Brahe U., Kerkhof A., Schmidtke A., Suicidal behavior: Theories and research findings, pp. 253-286. Ashland, OH: Hogrefe & Huber.
- Shneidman E.S. (1993). **Suicide as a psychache. A clinical approach to self-destructive behavior.** Northvale: Jason Aronson.



SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DSA NELLA SCUOLA PRIMARIA

Progetto sperimentale presso gli Istituti
Comprensivi del Comune di Putignano

RIASSUNTO

La linea d'azione posta in essere dal Centro Polivalente Aperto per minori - Associazione AuxesiaOnlus di Putignano (Ba) prevede uno screening sulle classi terze della Scuola Primaria del Comune di riferimento per l'identificazione di casi a rischio di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). Tale linea d'azione si colloca all'interno del Progetto BES, promosso e finanziato dall'Assessorato alle Politiche Sociali, dal Dirigente 1° Area e dal Responsabile Ufficio Servizi Sociali del Comune di Putignano, il quale, nasce in via del tutto sperimentale e prevede un intervento in rete con la ASL, le Scuole e i Centri Socio-educativi presenti sul territorio, volto ad approfondire i bisogni del territorio e a strutturare un report analitico finale.

PAROLE CHIAVE

Screening, Prevenzione, DSA, Scuola Primaria.

INTRODUZIONE

Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), è un disturbo che interessa un determinato dominio di abilità (lettura, ortografia, grafia, comprensione e calcolo) in modo significativo, ma circoscritto lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale (*Consensus Conference, 2007*). I DSA, meglio conosciuti con i termini di *Dislessia, Disortografia, Disgrafia e Discalculia* sono, quindi, distur-

bi che riguardano lo sviluppo di abilità specifiche e rappresentano un problema ad alta incidenza nella popolazione scolastica, originando molti casi di disagio e abbandono scolastico. Per questo è importante identificare il prima possibile tali disturbi, al fine di poter agire sin dalle fasi iniziali di acquisizione delle abilità funzionali all'apprendimento.

Dall'esperienza diretta di questi anni e dalle recenti ricerche è emerso che difficoltà o rallentamenti nei processi di apprendimento, tali da richiedere interventi personalizzati, sono presenti nel 5-10% degli alunni della Scuola Primaria (Stella 2000; Savelli 2002). Secondo la legge *8 ottobre 2010, n. 170 (art. 3 comma 3)* è compito delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le Scuole dell'Infanzia, attivare, previa apposita comunicazione alle famiglie interessate, interventi tempestivi, idonei ad individuare i casi sospetti di DSA degli studenti, sulla base dei protocolli regionali di cui *all'art. 7, comma 1*.

Pertanto, il Progetto di *screening* e prevenzione per l'individuazione dei DSA a scuola diventa un intervento di ausilio per le insegnanti, tempestivo e immediato. Col termine *screening*, infatti, si intende una metodologia di rilevazione che è in grado di predire un disturbo sulla base della presenza di un segno critico selezionato in precedenza. Lo *screening* non ha le pretese di evidenziare in modo inequivoca-

Nicoletta Brisacani

Psicologa, Psicodiagnosta, Specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Psicologa presso il Centro Polivalente Aperto per Minori - Associazione AuxesiaOnlus (Putignano-Bari)

Monica Bressan

Educatrice professionale presso il Centro Polivalente Aperto per Minori - Associazione AuxesiaOnlus (Putignano-Bari)

Tilde Lippolis

Presidente dell'Associazione Culturale AuxesiaOnlus (Putignano-Ba)

Antonella Palmisano

Insegnante presso il Centro Polivalente Aperto per Minori - Associazione AuxesiaOnlus (Putignano-Bari)



bile un disturbo, ma di individuare, con buon livello di attendibilità, i soggetti a rischio di un determinato disturbo. Non si tratta di effettuare una diagnosi, ma piuttosto di indirizzare ad uno studio diagnostico una popolazione che presenta alcuni indici caratterizzanti. (Paoletti A., Stella G., 2008).

I test di *screening* sono da considerarsi solo un primo passo verso l'identificazione di eventuali problemi nei bambini, infatti, si possono individuare alunni per i quali è opportuno consigliare un approfondimento attraverso procedure diagnostiche specifiche.

L'individuazione precoce dei bambini a rischio è importante sia per prevenire la comparsa e il consolidamento di strategie o meccanismi errati e inefficaci, sia per limitare i danni derivanti dalla frustrazione per l'insuccesso quali: la perdita di motivazione all'apprendimento, la chiusura in se stessi, la bassa autostima e i problemi relazionali. È stata scelta come classe per lo screening la terza primaria, poiché corrisponde al completamento del ciclo dell'istruzione formale di base, sia per quanto riguarda la lettura, sia per la scrittura che per il calcolo. Pertanto, in questa età, è minore la variabilità interindividuale nella letto-scrittura e hanno maggior attendibilità gli indicatori che segnalano la presenza di difficoltà persistenti, di cui è necessario un approfondimento diagnostico.

OBIETTIVI

L'obiettivo del Progetto BES è quello di promuovere attività di supporto ai giovani, alle famiglie, agli operatori ed agli insegnanti per favorire lo sviluppo di un sistema integrato di interventi per Bisogni Educativi Speciali (BES), Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e per prevenire il rischio di devianza.

La linea d'azione promossa dall'Associazione *AuxesiaOnlus* come obiettivo generale, quello di essere di ausilio ai docenti, al fine di individuare e confermare, attraverso uno screening, gli alunni con probabile DSA e di prevenire l'instaurarsi dei disagi correlati ad una tardiva individuazione delle difficoltà nell'acquisizione della letto-scrittura e delle abilità di calcolo in età scolare.

DESTINATARI

I destinatari del progetto sono gli alunni dell'inizio del 3° anno della Scuola Primaria, gli insegnanti e i genitori della Scuola Primaria del Comune di Putignano quali: "Istituto Comprensivo G. Minzele e G. Parini" e "Istituto Comprensivo De Gasperi e Stefano da Putignano".

STRUMENTI

Tale progetto vuole focalizzare l'attenzione sui DSA attraverso strumenti dedicati e statistica-

CLASSI	TOT. ALUNNI	A. CON DIAGNOSI	A. RISCHIO DSA	A. POTENZIAMENTO
3A	22	0	3	4
3B	20	0	0	4
3C	18	1	1	5
3D	21	0	2	5
3E	15	2	3	1
3F	20	5	1	1
	116	8	10	20

Tab.1: Dati emersi dall'Istituto Comprensivo "G. Minzele - G. Parini"

CLASSI	TOT. ALUNNI	A. CON DIAGNOSI	A. RISCHIO DSA	A. POTENZIAMENTO
3A	19	1	5	1
3B	18	2	2	2
3D	14	0	3	3
3E	13	0	1	1
3F	1	0	0	0
3G	3	0	2	1
3H	7	0	1	1
	75	3	14	9

Tab.3: Dati emersi dall'Istituto Comprensivo "De Gasperi - Stefano da Putignano"

mente predittivi, per una maggior efficacia d'intervento.

Nella fase di *screening* le prove sono state somministrate nel contesto classe, per chi è stato autorizzato dai genitori, da parte degli esperti dell'Associazione AuxesiaOnlus, in presenza dell'insegnante di riferimento, andando a valutare le abilità di scrittura, di lettura, di comprensione e di calcolo. Gli strumenti utilizzati per la valutazione di tali abilità sono le seguenti:

- *Prova di dettato di parole* (Sartori, Job e Tressoldi);
- *Prova di dettato di lettura di parole e non parole* (Sartori, Job e Tressoldi);
- *Prova MT-2 di comprensione del testo - III ingresso* (Cornoldi e Colpo);
- *Prova di calcolo collettiva AC-MT 6-11* (Cornoldi, Lucangeli e Bellina).

FASI, ATTIVITÀ, TEMPI E SPAZI

Il progetto si è articolato in tre fasi: iniziale, intermedia e finale; concretizzandosi nei mesi da novembre 2016 a gennaio 2017, presso i due Istituti di riferimento.

Nella fase iniziale, a seguito di una prefase organizzativa con i referenti dei due istituti, è stato previsto un incontro con insegnanti, famiglie ed esperti, in cui è stata presentata la linea d'azio-

ne, raccogliendo i consensi da parte dei genitori per lo *screening* sui DSA con documentazione ad hoc.

Nella fase intermedia si è proceduto con lo *screening* in classe durante le ore scolastiche e successivamente con lo scoring delle prove, in separata sede. Nella fase finale è stato istituito uno sportello rivolto agli insegnanti e genitori, al fine di individuare gli alunni a rischio DSA che necessitano un approfondimento diagnostico e quelli a cui è necessario predisporre interventi specifici per il potenziamento e il recupero degli apprendimenti deficitari.

RISULTATI

Allo *screening* hanno partecipato 116 alunni dell'Istituto Comprensivo "G. Minzele - G. Parini" e 75 alunni dell'Istituto Comprensivo "De Gasperi - Stefano da Putignano".

Dei 116 alunni è emerso che 18 sono a rischio DSA, 8 già possiedono una diagnosi e 20 richiedono un potenziamento specifico su alcune abilità (tab.1). Pertanto si stima una percentuale dell'11,6% di alunni a rischio DSA (fig.2).

Dei 75 alunni, invece, è emerso che 14 sono a rischio DSA, 3 già possiedono una diagnosi e 9 richiedono un potenziamento specifico su alcune abilità (tab.3). Pertanto si stima una percentuale dell'10,5% di

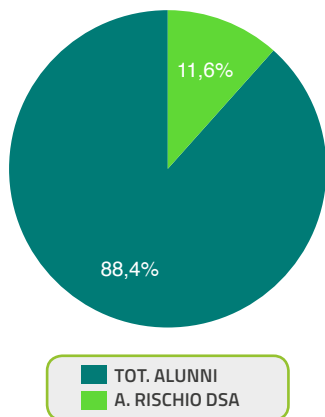


Fig. 2: Percentuale alunni a rischio DSA - Istituto Comprensivo "G. Minzele - G. Parini"

alunni a rischio DSA. Pertanto i dati emersi si collocano in quelli statistici nazionali.

Nella valutazione sono stati utilizzati due criteri: "Nella Norma" e "Richiesta d'attenzione", quest'ultimo prevede al suo interno i criteri "Richiesta d'intervento" e "Richiesta d'intervento immediato", ma che per scelta non sono stati indicati, lasciando spazio all'approfondimento diagnostico.

CONCLUSIONE

I dati ottenuti sono stati discussi con gli insegnanti di classe allo scopo di individuare i casi per i quali è più opportuno predisporre attività di potenziamento individualizzato o la necessità di un invio ai Servizi specializzati per un approfondimento diagnostico. Successivamente il confronto tra i genitori, insegnanti ed esperti, ha permesso a quest'ultimi di indicare la modalità migliore d'aiuto per i propri figli, ma soprattutto informando sulla probabile possibilità di un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, le modalità di intervento e le strutture specializzate presenti sul territorio che si occupano di tali problematiche. La linea d'azione realizzata dall'Associazione *AuxesiaOnlus* è stata di reale ausilio e aiuto per gli insegnanti, soprattutto andando o meno a confermare i casi sospetti a rischio DSA. Pertanto, lo screening, prevedendola come attività consueta, agirebbe da filtro sia rispetto alle moltitudini di invii che spesso vengono fatti nei Servizi sanitari o da professionisti

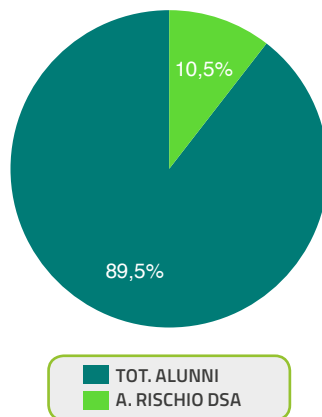


Fig. 4: Percentuale alunni a rischio DSA - Istituto Comprensivo "De Gasperi - Stefano da Putignano"

privati sia rispetto alla tardiva individuazione delle difficoltà di apprendimento.

BIBLIOGRAFIA

- Allamandri, V. (2005). **Screening per l'individuazione precoce dei bambini a rischio di dislessia. Dislessia. Vol.2, pp.209-228.** Erickson.
- Consensus Conference (2007). **Disturbi evolutivi specifici di apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference.** Montecatini Terme, 22-23 settembre 2006. Milano, 26 gennaio 2007.
- Cornoldi, C., Colpo G. (2011). **Prove di Lettura MT-2 (Per la scuola primaria).** Firenze - Giunti O.S. - Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi, C., Lucangeli, D., Bellina, M. (2002). **Test AC-MT - Test di valutazione delle abilità di calcolo e soluzione di problemi.** Trento - Erickson.
- Paoletti, A., Stella, G. (2008). **Indici qualitativi di rischio negli screening sui disturbi specifici dell'apprendimento. Dislessia. Vol.5.** Erickson.
- Sartori, G., Job, R., Tressoldi, P. E. (2007). **Batteria DDE-2-Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva-2.** Firenze - Giunti O.S. - Organizzazioni Speciali.



PROGETTO SBULLONIAMOCI

PROGETTO DI **PREVENZIONE** AL FENOMENO
DEL **BULLISMO** E DEL **CYBER BULLISMO**
NELLE CLASSI PRIME DELLE SCUOLE MEDIE
“G. PASCOLI” “GALIANI” “DE BONIS”
DI SAN GIOVANNI ROTONDO

RIASSUNTO

Il bullismo e cyber bullismo coinvolge bambini e adolescenti sia come vittime che come perpetratori in attività violente, pericolose e minacciose nel cyberspazio. Il cyber bullismo, rispetto al bullismo tradizionale, ove quest'ultimo si confronta faccia a faccia, il bullo può nascondersi dietro uno schermo, umiliare la vittima e divulgare materiale offensivo ad un vasto pubblico e in modo anonimo, senza la paura di essere scoperto e punito. Nell'affrontare il problema di bullismo e cyber bullismo a scuola, un elemento chiave è il riconoscimento degli sforzi di prevenzione e di intervento dovrebbero scaturire dall'azione congiunta di scuole, famiglie e della comunità scolastica. Sulla base del precedente progetto pilota, applicato nell'anno 2015 / 2016 il Dirigente dell'ASL FG Dott. Basilio Fiorentino insieme alla collaborazione della Dott.ssa Cusenza Maria Pia, della Dott.ssa Pavino Simona e dell'Assistente Sociale Angela Cascavilla, hanno deciso di estendere il progetto a tutte le classi prime degli Istituti di scuola media di San Giovanni Rotondo, al fine di individuare e prevenire il fenomeno del bullismo e cyber bullismo nelle scuole.

PAROLE CHIAVE

Bullismo, cyber bullismo, adolescenti, scuola, internet, violenza.

INTRODUZIONE

Il bullismo è un fenomeno ormai noto a scuola e viene definito : come il reiterarsi di comportamenti e atteggiamenti diretti o indiretti volti a prevaricare sull'altro con l'intenzione di nuocere, con l'uso della forza fisica o della prevaricazione psicologica. Il termine “cyber bullismo” è una delle forme che può assumere il bullismo, e la sua evoluzione è legata all'avanzamento dei nuovi media, viene cioè perpetrato attraverso moderni mezzi di comunicazione. Inoltre, ciò che determina la diffusione del bullismo è determinato dalla difficoltà del confronto diretto, basato sul dialogo e rispetto reciproco. L'utilizzo crescente di internet e di telefoni cellulari rappresentano per le nuove generazioni nuovi mezzi di comunicazione e mantenersi in contatto. Quella attuale e la prima generazione cresciuta in una società nella quale internet è parte integrante della vita quotidiana : stante questo cambiamento, si è studiato anche come si sono evolute le forme di prevaricazione e di sopraffazione tra i ragazzi. Se poi i bulli e i bulli cibernetici siano le stesse persone, non è ancora del tutto chiaro nella letteratura, ma non sorprende la crescente attenzione dei ricercatori per lo studio del ruolo di internet e delle altre forme di comunicazione elettronica sullo sviluppo di bambini e adolescenti. Ad

Basilio Fiorentino

Psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico, Dirigente Psicologo presso il Consultorio Familiare di S. Giovanni Rotondo.

Maria Pia Cusenza

Psicologa clinica, psicoterapeuta sistemico relazionale familiare, consulente sessuologa.

Simona Pavino

Psicologa clinica, tirocinante presso l'ASL FG di S. Giovanni Rotondo.

Angela Cascavilla

Assistente sociale, consultorio familiare S. Giovanni Rotondo.



oggi, non esiste una definizione operativa di bullismo elettronico, o "online", universalmente condivisa tra i ricercatori, si fa riferimento all'utilizzo di internet o delle altre tecnologie digitali come cellulari e PC come mezzo per molestare intenzionalmente altre persone (Willard, 2003). Smith (2008) lo definisce come: *"un atto aggressivo, intenzionale, condotto da un individuo o gruppi di individui usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima"*. Questa definizione risulta simile a quella del bullismo tradizionale ma, in più, implica l'uso delle nuove tecnologie di comunicazione. È importante stabilire una forma di prevenzione all'interno delle scuole, ove il personale scolastico è chiamato ad assumere un ruolo guida nell'affrontare le ragioni per cui gli adolescenti diventano cyber bulli, come i cyber bulli possono essere puniti, insegnare agli adolescenti a non stare a guardare o permettere il bullismo in qualsiasi forma sia tollerabile (Strom & Strom, 2005; Willard, 2005). La prevenzione dovrebbe essere diretta ad aiutare i giovani a sviluppare atteggiamenti e comportamenti pro – sociali in modo che possono costruire e mantenere relazioni sane sia dentro che fuori le mura scolastiche (Olweus, 1992, 1993, 1994; Pepler & Craig, 2000). Per questa ragione il personale scolastico ha la responsabilità di intervenire su temi legati al cyber bullismo e bullismo al fine di creare un sano e pacifico clima scolastico (Li, 2006, Shariff, 2005; Willard, 2003), ed è incoraggiato ad aiutare i ragazzi che si trovano in difficoltà (Willard, 2003). È importante per le scuole promuovere un ambiente scolastico in cui tutti gli studenti si sentano compresi in cui le denunce di cyber bullismo siano affrontate attraverso gli strumenti educativi e comunicativi, piuttosto che di repressione (Shariff, 2005).

MATERIALE E METODO

A partire da queste considerazioni, ci siamo chiesti come equipe psicologica e sociale del Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo, come e se tale fenomeno si sviluppasse all'interno delle scuole. Il presente lavoro nasce da un'indagine qualitativa e teorica facente riferimento ad un percorso di orientamento, conoscenza e sviluppo delle tematiche relative al bullismo e cyber bullismo rivolto agli insegnanti, genitori

e studenti, al fine di stigmatizzare o ridurre al minimo il crescente fenomeno. Il Progetto è articolato in tre incontri ove si focalizzava l'attenzione su: discussione in circle time sulla definizione di bullismo e cyber bullismo; richiamo ai concetti emersi precedentemente e realizzazione di un Role playing; somministrazione dei questionari e per permettere una valutazione finale.

PARTECIPANTI

Il progetto bullismo e cyber bullismo ha coinvolto le classi prime dei seguenti Istituti Scolastici:

- "DANTE - GALIANI" (1A -1B -1C -1D – 1E);
in totale bambini esaminati erano 105 alunni;
- "FORGIONE - PASCOLI" (1A -1B -1C);
in totale bambini esaminati erano 59 alunni;
- "MELCHIONDA - DE BONIS" (1°A- 1B- 1C- 1D);
in totale bambini esaminati erano 75 alunni.

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali e specifici del progetto si basano su:

- Conoscere il fenomeno del bullismo e del cyber bullismo e contrastarne ogni sua forma.
- La formulazione di nuove proposte di intervento mirati al fine di prevenire tale fenomeno.
- Osservazione delle dinamiche "classe", per valutare la possibilità di presenza del fenomeno del bullismo o cyber bullismo.
- Elaborare una definizione chiara di bullismo e di cyber bullismo;
- Diffondere la conoscenza sul bullismo/cyber così da poterlo distinguere da altre forme aggressive e violente;
- Valutare gli atteggiamenti relazionali degli studenti attraverso la somministrazione di questionari.

STRUMENTI UTILIZZATI

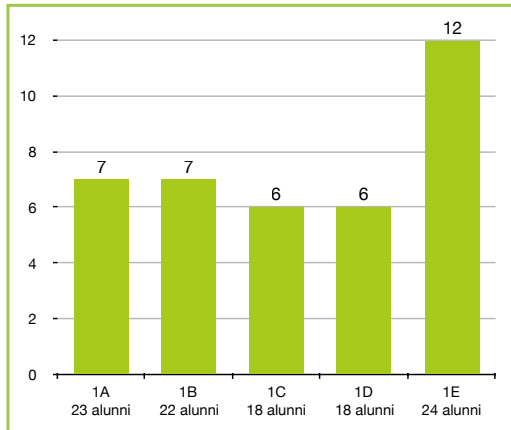
"La mia vita a scuola" di S.Sharp e P.K. Smith. Obiettivo: rilevare l'indice degli episodi di bullismo (IEB) nelle classi terze. Versione modificata del questionario Self-Report di Smith *et al.* (2006) Obiettivo: valutazione del bullismo elettronico

RISULTATI

Per il test "La mia vita a scuola" di S.Sharp e P.K. Smith. ove l'obiettivo è quello di rilevare il fenomeno del

bullismo nelle classi terze. Il test è composto da 39 item che fanno riferimento alle situazioni abbastanza frequenti nella vita scolastica, prendendo in considerazione gli ultimi periodi scolastici con risposta MAI, UNA VOLTA, PIÙ DI UNA VOLTA. Nel calcolo degli indici sono stati analizzati solo quelli che prendono in considerazione "più di una volta", per focalizzare l'attenzione sui comportamenti continuativi e più radicati. Calcolando la somma delle risposte, si ricava la frequenza dei comportamenti desiderati, in particolar modo del comportamento pro socialità.

LA MIA VITA A SCUOLA DI S.SHARP E P.K. SMITH INDICE DI PROSOCIALITÀ DELL'ISTITUTO COMPRESIVO DANTE - GALIANI



In ogni classe, inoltre, è stato esaminato ogni scala significativa in grado di poter determinare il grado di bullismo presente all'interno delle classi prime.

EPISODI DI BULLISMO FISICO

- item 4** *ha cercato di darmi un calcio;*
- item 8** *mi ha detto che mi avrebbe picchiato;*
- item 10** *ha cercato di farsi dare dei soldi da me;*
- item 24** *ha cercato di farmi male;*
- item 37** *ha cercato di rompere una delle mie cose;*
- item 39** *ha cercato di picchiarmi.*

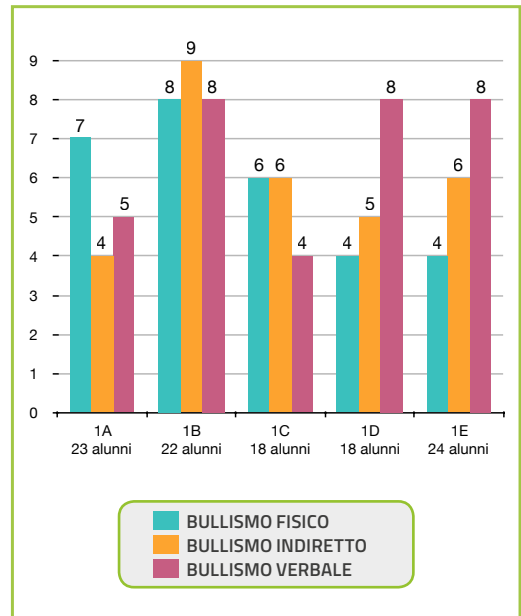
EPISODIO DI BULLISMO INDIRETTO

- Item 3** *ha detto brutte cose sulla mia famiglia;*
- item 19** *ha messo un gruppo contro di me;*

- item 22** *ha cercato di mettermi nei guai;* **item 35** *ha riso di me in modo orribile;*
- item 38** *ha detto una bugia su di me.*

INDICE DI BULLISMO VERBALE

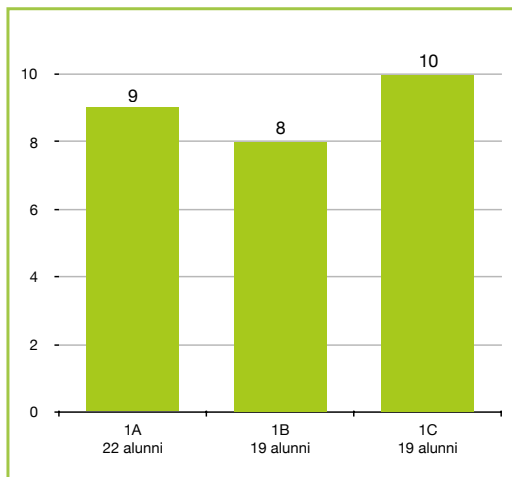
- item 1** *mi ha insultato;*
- item 6** *è stato scortese perché io sono diverso;*
- item 15** *è stato scortese per una cosa che ho fatto;*
- item 26** *mi ha fatto fare qualcosa che non volevo;*
- item 30** *è stato maleducato riguardo al colore della mia pelle.*



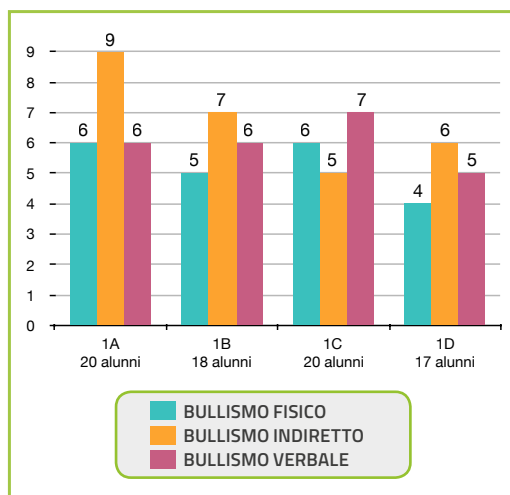
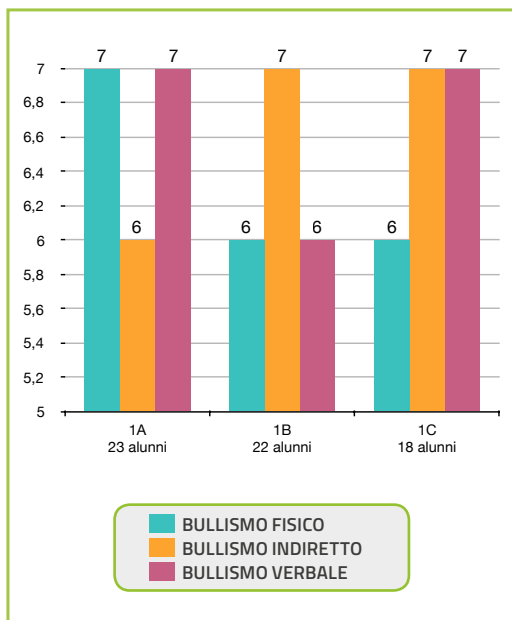
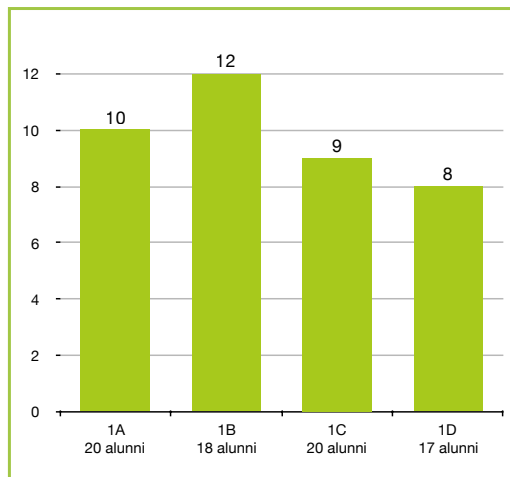
Pertanto calcolando la percentuale di ogni singola scala esaminata, possiamo dimostrare che nell'istituto comprensivo Dante - Galiani, nelle prime classi esaminate abbiamo:

- **36,2% INDICE DI PROSOCIALITÀ;**
 - **27,6% DI BULLISMO FISICO;**
 - **28,6% DI BULLISMO INDIRETTO;**
 - **31,4% DI BULLISMO VERBALE.**
- Il calcolo è stato formulato su 105 alunni esaminati.**

LA MIA VITA A SCUOLA DI S.SHARP E P.K. SMITH INDICE DI PROSOCIALITÀ DELL'ISTITUTO COMPRESIVO FORGIONE - PASCOLI



LA MIA VITA A SCUOLA DI S.SHARP E P.K. SMITH
INDICE DI PROSOCIALITÀ DELL'ISTITUTO
COMPRESIVO "MELCHIONDA - DE BONIS"



Pertanto calcolando la percentuale di ogni singola scala esaminata, possiamo dimostrare che nell'istituto comprensivo Forgione - Pascoli, nelle prime classi esaminate abbiamo:

- **45,8% INDICE DI PROSOCIALITÀ;**
- **32,2% DI BULLISMO FISICO ;**
- **33,9% DI BULLISMO INDIRETTO ;**
- **33,9% DI BULLISMO VERBALE**

Il calcolo è stato formulato su 59 alunni esaminati.

Pertanto calcolando la percentuale di ogni singola scala esaminata, possiamo dimostrare che nell'istituto comprensivo Melchionda - De Bonis nelle prime classi esaminate abbiamo:

- **52% INDICE DI PROSOCIALITÀ;**
- **28% DI BULLISMO FISICO ;**
- **36% DI BULLISMO INDIRETTO ;**
- **32% DI BULLISMO VERBALE**

Il calcolo è stato formulato su 75 alunni esaminati.

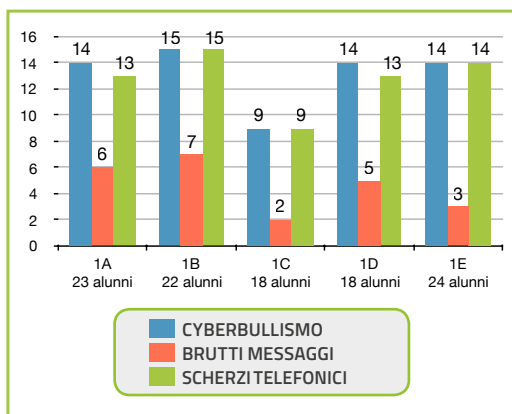
**QUESTIONARIO SELF-REPORT DI SMITH ET AL. (2006)
COS'È IL CYBERBULLYING:**

Il Cyberbullying (o bullismo elettronico) è una nuova forma di prepotenza che prevede l'utilizzo di e-mail, messaggi di testo (SMS), chat, siti web, telefoni cellulari o altre forme di informazione tecnologica allo scopo di tormentare, minacciare o intimidire qualcuno diffondere dicerie e storie non vere sul conto di altri. Il Cyberbullying può includere alcune azioni come minacce, insulti su diversa razza e ripetuta vittimizzazione di qualcuno tramite supporto elettronico. In questo contesto sono state prese in esame le seguenti domande:

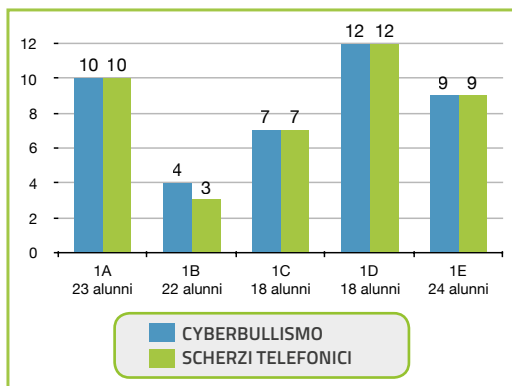
Che tipo di esperienze hai avuto?

E che tipo di comportamento hai preso parte?

**RISULTATI DI CYBERBULLISMO DANTE - GALIANI
CHE TIPO DI ESPERIENZE HAI AVUTO?**

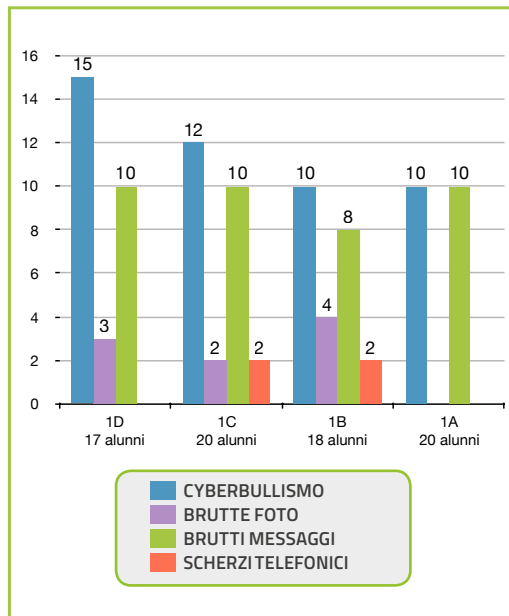


CHE TIPO DI COMPORTAMENTO HAI PRESO PARTE?

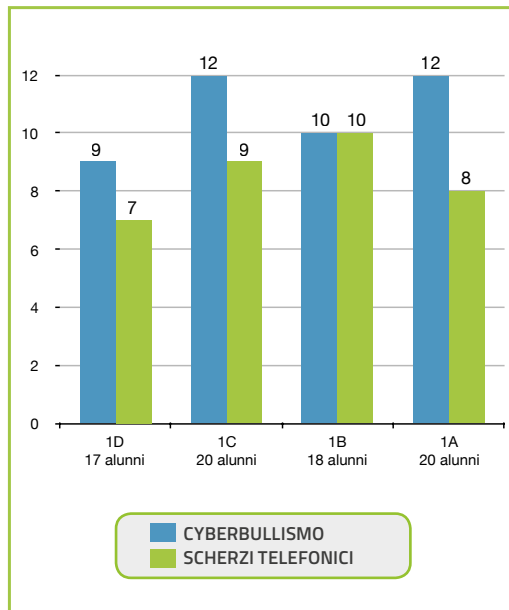


**RISULTATI DI CYBERBULLISMO
MELCHIONDA - DE BONIS**

CHE TIPO DI ESPERIENZE HAI AVUTO?

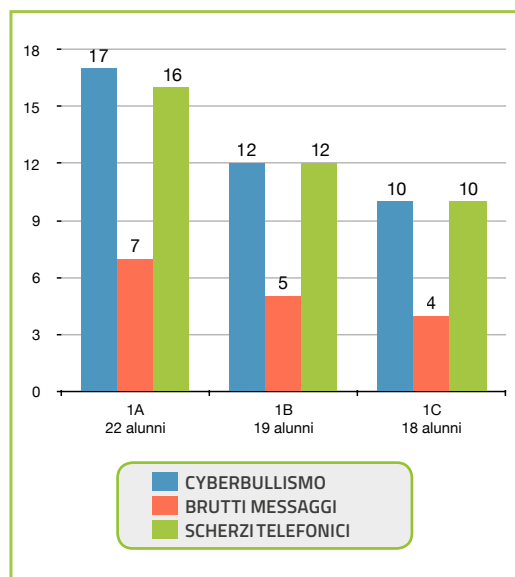


CHE TIPO DI COMPORTAMENTO HAI PRESO PARTE?

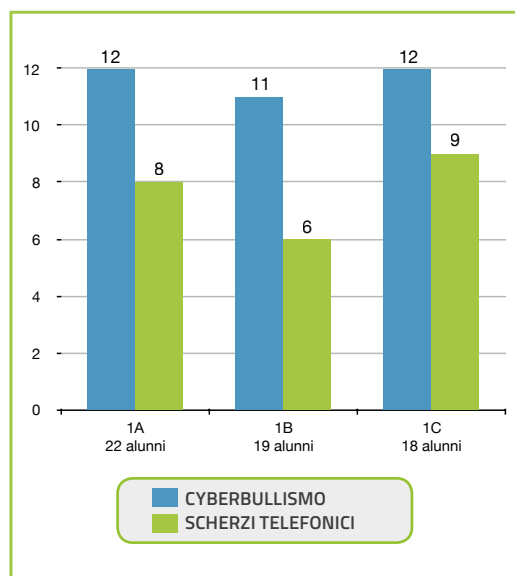




RISULTATI CYBERBULLISMO ISTITUTO PASCOLI - FORGIONE CHE TIPO DI ESPERIENZE HAI AVUTO?



CHE TIPO DI COMPORTAMENTO HAI PRESO PARTE?



PERTANTO:

- Nell'Istituto Dante - Galiani abbiamo 62,3% di cyberbullismo;
- Nell'Istituto Forgione - Pascoli abbiamo 66% di cyberbullismo;
- Nell'Istituto Melchionda - De Bonis abbiamo 63% di cyberbullismo.

CONCLUSIONE

Dagli incontri sono emerse diverse definizioni di bullismo: la maggior parte l'ha definita come prendere di mira, comportamento aggressivo verso qualcuno, un atto scorretto verso i più piccoli o trattare male qualcuno, ma anche minacciare o costringere qualcuno a fare qualcosa con l'uso della forza. Nel complesso, le definizioni date sono state corrette ma incomplete: ciò che manca, infatti, nelle parole degli studenti è il concetto di ripetizione nel tempo. Tuttavia è ben presente l'idea del "più debole contro il più forte". La percezione che si ha del bullo è quella di un bambino /ragazzo fisicamente più forte e con spiccate capacità di corruzione o adescamento nei confronti dei più deboli. È inoltre chiaro, che il cosiddetto "bullo" può essere un singolo individuo ma anche un gruppo, e in tal caso si trasforma in "branco". Anche la vittima può essere una sola oppure trattarsi di un gruppo. Inoltre, si può anche constatare situazioni di bullismo intergruppo, dove vengono coinvolti più gruppi e manca il singolo individuo. Nel corso degli incontri sono state suggerite, inoltre, diverse strategie di risoluzione dell'ostilità, una tra tante la strategia del **"corner", ove vi è la discussione faccia a faccia e in un angolo tra il più debole singolo o in gruppo, rispetto al più forte sempre singolo o in gruppo, che consente di raggiungere l'equilibrio che permette di soprassedere il conflitto.** Per quanto riguarda il cyber bullismo, gli studenti hanno dimostrato le idee più chiare, dove tutti hanno dato una definizione che includesse l'utilizzo dei nuovi mezzi di comunicazione, prima tra tutti i diversi social. Il confine tra quello che resta scherzoso è ciò che è offen-

sivo non è poi così netto e le conseguenze per chi ne è vittima possono essere anche molto gravi, andando dalla perdita della fiducia in sé, fino a stati d'ansia e depressione. Anche in questo caso è stato molto difficoltoso cercare di far emergere il concetto di "paura del confronto" motivazione principale che porta alla diffusione del fenomeno del bullismo e del cyber bullismo.

BIBLIOGRAFIA

- Li, Q. (2005). **Cyberbullying in schools: Nature and extent of Canadian adolescents' Experience. Paper presented at the American Educational Research Association Conference (AERA)**, Montreal, Canada.
- Olweus, D. (1994). **Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program.** Journal of Child Psychology & Psychiatry, 35, 1171-1190.
- Olweus, D. (2003). **A profile of bullying at school.** Educational Leadership, 60 (6), 12-17.
- Pepler, D. J., Craig, W. M., Ziegler, S., & Charach, A. (1994). **An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools.** Canadian Journal of Community Mental Health, 13, 95-110.
- Shariff, S., & Hoff, D. L. (2007). **Cyberbullying: Clarifying legal boundaries for school supervision in cyberspace.** International Journal of Cyber Criminology, 1 (1), 76-118.
- Smith Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils Volumen 49, Issue April 2008 Pages 376-385
- Strom, P. S., & Strom, R. D. (2005). **When teens turn cyberbullies.** Education Digest: Essential Readings Condensed for Quick Review, 71 (4), 35-41
- Willard, N. (2002). **Computer ethics, etiquette, and safety for the 21st-century student.** Eugene, OR: ISTE.

SITI WEB

- "La mia vita a scuola" di S.Sharp e P.K. Smith.: www.stopalbullismo.it/bullismo.html
- Questionario Self- Report Di Smith Et Al. (2006): www.slideplayer.it/slide/553933





BULLISMO E CYBERBULLISMO

PROGETTO DI PREVENZIONE AL FENOMENO DEL BULLISMO E DEL CYBER BULLISMO NELLE CLASSI TERZE DELLA SCUOLA MEDIA "G. PASCOLI" DI SAN GIOVANNI ROTONDO

RIASSUNTO

Il bullismo e cyber bullismo coinvolge bambini e adolescenti sia come vittime che come perpetratori in attività violente, pericolose e minacciose nel cyberspazio. Il cyber bullismo, rispetto al bullismo tradizionale, ove quest'ultimo si confronta faccia a faccia, il bullo può nascondersi dietro uno schermo, umiliare la vittima e divulgare materiale offensivo ad un vasto pubblico e in modo anonimo, senza la paura di essere scoperto e punito. Nell'affrontare il problema di bullismo e cyber bullismo a scuola, un elemento chiave è il riconoscimento degli sforzi di prevenzione e di intervento dovrebbero scaturire dall'azione congiunta di scuole, famiglie e della comunità scolastica.

PAROLE CHIAVE

Bullismo, cyber bullismo, adolescenti, scuola, internet, violenza.

INTRODUZIONE

Il bullismo è un fenomeno ormai noto a scuola e viene definito: come il reiterarsi di comportamenti e atteggiamenti diretti o indiretti volti a prevaricare sull'altro con l'intenzione di nuocere, con l'uso della forza fisica o della prevaricazione psicologica. Il termine "cyber bullismo" è una delle forme che può assumere il bullismo, e la sua evoluzione è legata all'avanzamento dei

nuovi media, viene cioè perpetrato attraverso moderni mezzi di comunicazione. Inoltre, ciò che determina la diffusione del bullismo è determinato dalla difficoltà del confronto diretto, basato sul dialogo e rispetto reciproco. L'utilizzo crescente di internet e di telefoni cellulari rappresentano per le nuove generazioni nuovi mezzi di comunicazione e mantenersi in contatto. Quella attuale e la prima generazione cresciuta in una società nella quale internet è parte integrante della vita quotidiana: stante questo cambiamento, si è studiato anche come si sono evolute le forme di prevaricazione e di sopraffazione tra i ragazzi. Se poi i bulli e i bulli cibernetici siano le stesse persone, non è ancora del tutto chiaro nella letteratura, ma non sorprende la crescente attenzione dei ricercatori per lo studio del ruolo di internet e delle altre forme di comunicazione elettronica sullo sviluppo di bambini e adolescenti. Ad oggi, non esiste una definizione operativa di bullismo elettronico, o "online", universalmente condivisa tra i ricercatori, si fa riferimento all'utilizzo di internet o delle altre tecnologie digitali come cellulari e PC come mezzo per molestare intenzionalmente altre persone (Willard, 2003). Smith (2008) lo definisce come: **"un atto aggressivo, intenzionale, condotto da un individuo o gruppi di individui usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima"**. Questa definizione risulta simile a quella del bullismo tradizionale ma, in

Basilio Fiorentino

Psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico, Dirigente Psicologo presso il Consultorio Familiare di S. Giovanni Rotondo.

Maria Pia Cusenza

Psicologa clinica, psicoterapeuta sistemico relazionale familiare, consulente sessuologa.

Maria Elena Mischitelli

Psicologa clinica, specializzanda in psicoterapia cognitivo-comportamentale presso l'Istituto A.T. Beck di Caserta.

Angela Cascavilla

Assistente sociale, consultorio familiare S. Giovanni Rotondo.

più, implica l'uso delle nuove tecnologie di comunicazione. È importante stabilire una forma di prevenzione all'interno delle scuole, ove il personale scolastico è chiamato ad assumere un ruolo guida nell'affrontare le ragioni per cui gli adolescenti diventano cyber bulli, come i cyber bulli possono essere puniti, insegnare agli adolescenti a non stare a guardare o permettere il bullismo in qualsiasi forma si tollerabile (Strom & Strom, 2005; Willard, 2005). La prevenzione dovrebbe essere diretta ad aiutare i giovani a sviluppare atteggiamenti e comportamenti pro - sociali in modo che possono costruire e mantenere relazioni sane sia dentro che fuori le mura scolastiche (Olweus, 1992,1993, 1994; Pepler & Craig, 2000). Per questa ragione il personale scolastico ha la responsabilità di intervenire su temi legati al cyber bullismo e bullismo al fine di creare un sano e pacifico clima scolastico (Li, 2006, Shariff, 2005 ; Willard, 2003), ed è incoraggiato ad aiutare i ragazzi che si trovano in difficoltà (Willard, 2003). È importante per le scuole promuovere un ambiente scolastico in cui tutti gli studenti si sentano compresi in cui le denunce di cyber bullismo siano affrontate attraverso gli strumenti educativi e comunicativi, piuttosto che di repressione (Shariff, 2005).

MATERIALE E METODO

A partire da queste considerazioni, ci siamo chiesti come equipe psicologica e sociale del Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo, come e se tale fenomeno si sviluppasse all'interno delle scuole. Il presente lavoro nasce da un'indagine qualitativa e teorica facente riferimento ad un percorso di orientamento, conoscenza e sviluppo delle tematiche relative al bullismo e cyber bullismo rivolto agli insegnanti, genitori e studenti, al fine di stigmatizzare o ridurre al minimo il crescente fenomeno. Il Progetto è articolato in tre incontri ove si focalizzava l'attenzione su: discussione in circle time sulla definizione di bullismo e cyber bullismo; richiamo ai concetti emersi precedentemente e realizzazione di un Role playing; somministrazione dei questionari e per permettere una valutazione finale.

PARTECIPANTI

Il progetto bullismo e cyber bullismo ha coinvolti le classi terze (III A, III B, III C, III D) della scuola media

"Giovanni Pascoli" di San Giovanni Rotondo. Il campione dello studio è composto da 69 alunni presenti a tutti e tre gli incontri (2 teorici e uno dedicato alla somministrazione dei test).

OBIETTIVI

gli obiettivi generali e specifici del progetto si basano su:

- Conoscere il fenomeno del bullismo e del cyber bullismo e contrastarne ogni sua forma;
- La formulazione di nuove proposte di intervento mirati al fine di prevenire tale fenomeno;
- Osservazione delle dinamiche "classe", per valutare la possibilità di presenza del fenomeno del bullismo o cyber bullismo;
- Elaborare una definizione chiara di bullismo e di cyber bullismo;
- Diffondere la conoscenza sul bullismo/cyber così da poterlo distinguere da altre forme aggressive e violente;
- Valutare gli atteggiamenti relazionali degli studenti attraverso la somministrazione di questionari.

STRUMENTI UTILIZZATI

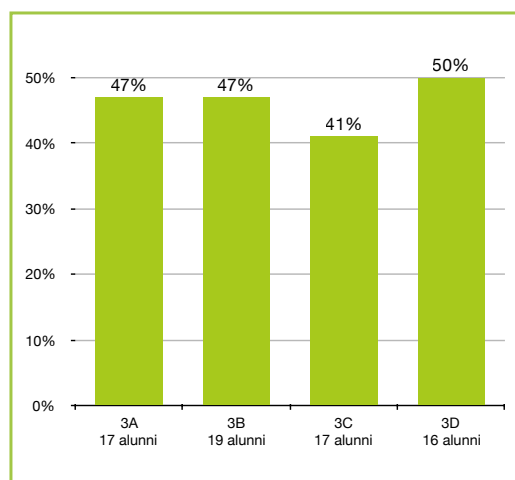
"La mia vita a scuola" di S.Sharp e P.K. Smith. Obiettivo: rilevare l'indice degli episodi di bullismo (IEB) nelle classi terze. Versione modificata del questionario Self-Report di Smith et al. (2006) Obiettivo: valutazione del bullismo elettronico

RISULTATI

Per il test "La mia vita a scuola" di S.Sharp e P.K. Smith. ove l'obiettivo è quello di rilevare il fenomeno del bullismo nelle classi terze. Il test è composto da 39 item che fanno riferimento alle situazioni abbastanza frequenti nella vita scolastica, prendendo in considerazione gli ultimi periodi scolastici con risposta MAI, UNA VOLTA, PIU' DI UNA VOLTA. Nel calcolo degli indici sono stati analizzati solo quelli che prendono in considerazione "più di una volta", per focalizzare l'attenzione sui comportamenti continuativi e più radicati. Calcolando la somma delle risposte, si ricava la frequenza dei comportamenti desiderati, in particolar modo del comportamento pro socialità.



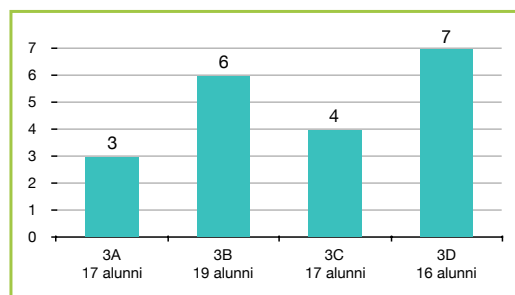
LA MIA VITA A SCUOLA DI S.SHARP E P.K. SMITH INDICE DI PROSOCIALITÀ.



Di seguito verranno prese in considerazione gli elementi significati del test, in base a ciò che si vuole analizzare.

EPISODI DI BULLISMO FISICO

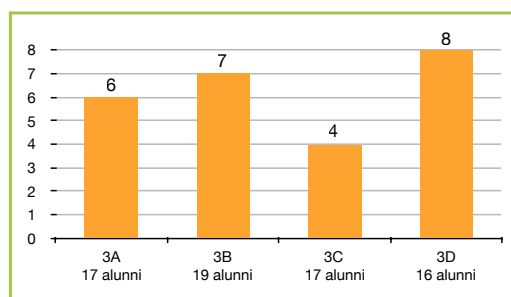
- item 4** *ha cercato di darmi un calcio;*
- item 8** *mi ha detto che mi avrebbe picchiato;*
- item 10** *ha cercato di farsi dare dei soldi da me;*
- item 24** *ha cercato di farmi male;*
- item 37** *ha cercato di rompere una delle mie cose;*
- item 39** *ha cercato di picchiarmi.*



EPISODIO DI BULLISMO INDIRETTO

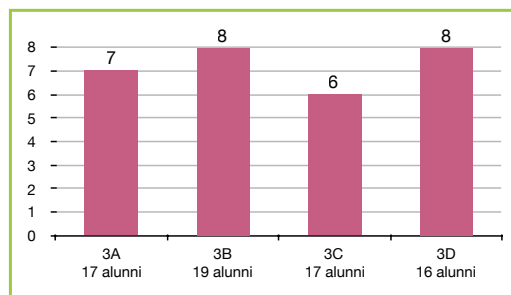
- Item 3** *ha detto brutte cose sulla mia famiglia;*
- item 19** *ha messo un gruppo contro di me;*
- item 22** *ha cercato di mettermi nei guai;*

- item 35** *ha riso di me in modo orribile;*
- item 38** *ha detto una bugia su di me.*



INDICE DI BULLISMO VERBALE

- item 1** *mi ha insultato;*
- item 6** *è stato scortese perché io sono diverso;*
- item 15** *è stato scortese per una cosa che ho fatto;*
- item 26** *mi ha fatto fare qualcosa che non volevo;*
- item 30** *è stato maleducato riguardo al colore della mia pelle.*



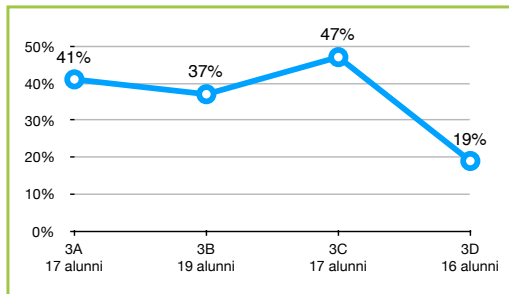
Pertanto su 69 alunni delle classi terze della scuola Pascoli, sottoposti al test "La mia vita a scuola" il 46% ha espresso comportamenti basati sulla prosocialità.

QUESTIONARIO SELF-REPORT DI SMITH ET AL. (2006) COS'È IL CYBERBULLYING:

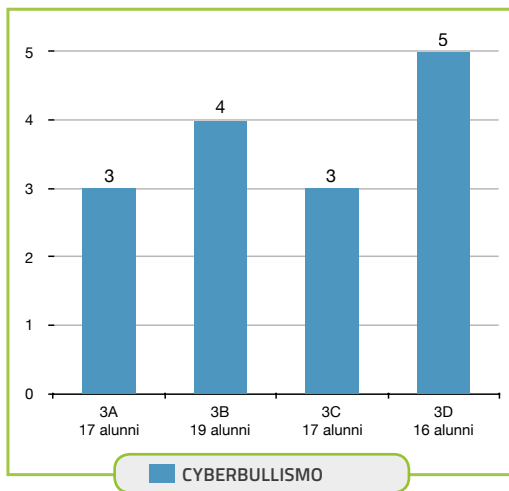
Il Cyberbullying (o bullismo elettronico) è una nuova forma di prepotenza che prevede l'utilizzo di e-mail, messaggi di testo (SMS), chat, siti web, telefoni cellulari o altre forme di informazione tecnologica allo scopo di tormentare, minacciare o intimidire qualcuno diffondere dicerie e storie non vere sul conto di altri. Il Cyberbullying può includere alcune azioni

come minacce, insulti su diversa razza e ripetuta vittimizzazione di qualcuno tramite supporto elettronico.

QUESTIONARIO SELF-REPORT DI SMITH ET AL. (2006)



L'ANALISI INDIVIDUALE HA DETERMINATO CHE



Pertanto su 69 alunni il 36% degli alunni terze della scuola Pascoli hanno riportato fenomeni di cyber bullismo diretto /indiretto.

CONCLUSIONE

Dagli incontri sono emerse diverse definizioni di bullismo: la maggior parte l'ha definita come prendere di mira, comportamento aggressivo verso qualcuno, un atto scorretto verso i più piccoli o trattare male qualcuno, ma anche minacciare o costringere qualcuno a fare qualcosa con l'uso della forza. Nel

complesso, le definizioni date sono state corrette ma incomplete: ciò che manca, infatti, nelle parole degli studenti è il concetto di ripetizione nel tempo. Tuttavia è ben presente l'idea del "più debole contro il più forte". La percezione che si ha del bullo è quella di un bambino/ragazzo fisicamente più forte e con spiccate capacità di corruzione o adescamento nei confronti dei più deboli.

È inoltre chiaro, che il cosiddetto "bullo" può essere un singolo individuo ma anche un gruppo, e in tal caso si trasforma in "branco". Anche la vittima può essere una sola oppure trattarsi di un gruppo. Inoltre, si può anche constatare situazioni di bullismo intergruppo, dove vengono coinvolti più gruppi e manca il singolo individuo. Nel corso degli incontri sono state suggerite, inoltre, diverse strategie di risoluzione dell'ostilità, una tra tante la strategia del "corner", *ove vi è la discussione faccia a faccia e in un angolo tra il più debole singolo o in gruppo, rispetto al più forte sempre singolo o in gruppo, che consente di raggiungere l'equilibrio che permette di soppesare il conflitto.*

Per quanto riguarda il cyber bullismo, gli studenti hanno dimostrato le idee più chiare, dove tutti hanno dato una definizione che includesse l'utilizzo dei nuovi mezzi di comunicazione, prima tra tutti i diversi social. Il confine tra quello che resta scherzoso è ciò che è offensivo non è poi così netto e le conseguenze per chi ne è vittima possono essere anche molto gravi, andando dalla perdita della fiducia in sé, fino a stati d'ansia e depressione. Anche in questo caso è stato molto difficoltoso cercare di far emergere il concetto di "paura del confronto" motivazione principale che porta alla diffusione del fenomeno del bullismo e del cyber bullismo.

BIBLIOGRAFIA

- Li, Q. (2005). **Cyberbullying in schools: Nature and extent of Canadian adolescents' Experience. Paper presented at the American Educational Research Association Conference (AERA)**, Montreal, Canada.
- Olweus, D. (1994). **Bullying at school: Basic facts and effects of a school based inter-vention program.** Journal of Child Psychology & Psychiatry, 35,



1171-1190.

- Olweus, D. (2003). **A profile of bullying at school.** Educational Leadership, 60 (6), 12-17.
- Pepler, D. J., Craig, W. M., Ziegler, S., & Charach, A. (1994). **An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools.** Canadian Journal of Community Mental Health, 13, 95-110.
- Shariff, S., & Hoff, D. L. (2007). **Cyberbullying: Clarifying legal boundaries for school supervision in cyberspace.** International Journal of Cyber Criminology, 1 (1), 76-118.
- Smith Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils Volumen 49, Issue April

2008 Pages 376–385

- Strom, P. S., & Strom, R. D. (2005). **When teens turn cyberbullies.** Education Digest: Essential Readings Condensed for Quick Review, 71 (4), 35–41
- Willard, N. (2002). **Computer ethics, etiquette, and safety for the 21st-century student.** Eugene, OR: ISTE.

SITI WEB

- La mia vita a scuola” di S.Sharp e P.K. Smith.: www.stopalbullismo.it/bullismo.html
- Questionario Self- Report Di Smith Et Al. (2006) www.Slideplayer.It/Slide/553933





COMPORAMENTI A RISCHIO: GLI ADOLESCENTI NELL'ACQUARIO SOCIALE

Dipartimento di Storia, Società e Studi
sull'Uomo, Università del Salento

RIASSUNTO

L'adolescenza è riconosciuta come periodo critico rispetto all'assunzione di comportamenti rischiosi. Nel lavoro presentato si indagano i fattori sociali di rischio che intervengono nella valutazione e messa in atto di comportamenti potenzialmente dannosi per la salute. Entro un campione di 391 studenti di scuole superiori di Lecce è stato esplorato il ruolo di alcune variabili psicosociali, ampiamente riconosciute nella letteratura come fattori di protezione e/o rischio, come supporto sociale, supervisione familiare, trasparenza del rapporto genitori-figli, norme familiari, approvazione del rischio da parte dei pari e influenza dei pari e dei genitori, e il ruolo dei modelli culturali, intesi come sistemi di significato con i quali si interpreta e si agisce nell'ambiente micro e macro-sociale cui si prende parte. La percezione di eventuali vincoli nella richiesta di aiuto e di canali preferenziali rispetto alla diffusione di piani di prevenzione e/o di intervento da parte di enti e istituzioni di competenza sono anche stati oggetto dell'indagine.

I risultati evidenziano come studenti che esprimono diversi modelli culturali e che caratterizzano diversamente il proprio intorno sociale valutano diversamente il rischio e hanno probabilità diverse di assumerlo: studenti che valutano minore il rischio e che dichiarano di assumere più comportamenti rischiosi si caratterizzano per un'immagine anomica

del contesto macro-sociale, per la percezione di un basso supporto sociale, di un ambiente familiare poco vigile e di un gruppo dei pari approvante il rischio. I risultati offrono spunti di riflessione per la formulazione e progettazione di strategie preventive e di contrasto dei comportamenti a rischio rivolti agli adolescenti.

PAROLE CHIAVE

Valutazione del rischio, adolescenti, modelli culturali, strategie di intervento.

1. INTRODUZIONE

È riconosciuto come l'adolescenza sia un periodo in cui emergono e si sviluppano diversi comportamenti a rischio, sotto il profilo della salute, quali ad esempio l'uso di sostanze, la guida pericolosa, i comportamenti sessuali non protetti (Arnett, 1999; Jessor, 1991). L'assunzione dei comportamenti a rischio è un tema centrale delle politiche della salute, sia sul piano della prevenzione che dell'intervento, e motiva un gran numero di ricerche volte ad indagare le determinanti alla base di tale processo.

Diversi studiosi sociali hanno suggerito di considerare la percezione del rischio come un processo sociale, fortemente condizionato dalla cultura di appartenenza degli individui (Boholm, 1996): l'ambiente sociale svolgerebbe un ruolo chiave nell'influenzare quale tipo di rischio viene caratterizzato come "pro-

Simone Rollo
Psicologo

Tiziana Marinaci
Dottorando in
Human and Social Science

Sara Calogiuri
Dottore di ricerca in
Human and Social Science

Piergiorgio Mossi
Ricercatore in Metodologia della ricerca

Claudia Venuleo
Ricercatore di Psicologia Clinica
della ricerca



blematico" e quale sia la natura delle norme "accettabili" di comportamento, stile di vita e interazione. In questa ottica, sono state analizzate le influenze delle caratteristiche e delle norme sia familiari che dei pari sulla percezione dei rischi legati al gioco d'azzardo, al consumo di alcol e droghe, al consumo di nicotina, all'uso eccessivo di internet, ai comportamenti sessuali non protetti, alla guida oltre i limiti di sicurezza e ai comportamenti devianti. Altri studi hanno esplorato il ruolo dei fattori strutturali legati al contesto sociale più ampio come la deprivazione economica, i messaggi mediatici o le caratteristiche socio-demografiche ed economiche.

Nel complesso, le linee di ricerca sopra-citate convergono nel sottolineare come ci sia una grande variabilità nella valutazione morale dei comportamenti assunti e nella valutazione dell'oggetto da riconoscere o meno come rischioso. In questi orientamenti l'ambiente micro e macro sociale sembra avere un ruolo importante nello spiegare tale variabilità. (Henwood et al, 2008).

In accordo ad una prospettiva culturalista, gli individui sarebbero disposti in modo selettivo ad accettare o respingere affermazioni sul rischio in un modo che sia coerente con i loro valori culturali (Boholm 1998; Dake, 1991). Precedenti studi del gruppo di ricerca degli scriventi (Venuleo, Salvatore, & Mossi, 2015; Venuleo, Rollo, Marinarc, & Calogiuri, 2016) hanno evidenziato come i modelli culturali con cui le persone interpretano l'ambiente sociale agiscano come fattore di vulnerabilità rispetto a diverse dipendenze, da sostanza e comportamentali. In particolare, i modelli associati ad una visione critica del contesto sociale, percepito come luogo anomico e inaffidabile, si sono rilevati predittivi dell'appartenenza del rispondente al gruppo problematico, piuttosto che a quello di controllo. In tal senso, entro un contesto percepito come privo di regole, agire in modo responsabile non appare una chiave di sviluppo e di adattamento sociale.

Il lavoro di ricerca qui presentato muove dall'ipotesi che i modelli culturali svolgano un ruolo chiave nella valutazione e nell'assunzione di comportamenti a rischio. In tale ipotesi di ricerca, con "modello culturale" si intende un sistema complesso di significati – costru-

ito e condiviso socialmente – che organizza il modo con cui le persone interpretano la loro esperienza e si rapportano all'ambiente materiale e sociale in cui sono iscritti (Carli & Salvatore 2001; Valsiner, 2012).

Lo studio ha inteso:

- 1 rilevare le caratteristiche dei modelli culturali connessi ad una sottovalutazione del rischio e della propria vulnerabilità rispetto a diverse tipologie di comportamenti dannosi dal punto di vista della salute e/o dell'adattamento sociale: consumo di alcol, di droghe e di nicotina, comportamenti sessuali non protetti, guida pericolosa (eccesso di velocità e/o guida in stato di ebbrezza);
- 2 esplorare l'impatto – sul rischio percepito ed assunto – di altre caratteristiche psicosociali rese cogenti dalla letteratura, come il supporto sociale, il controllo genitoriale percepito, la percezione delle aspettative dei pari oltre che l'influenza degli stessi e la conformità a genitori e insegnanti, e il rapporto di tali dimensioni con i modelli culturali che agiscono come fattori di vulnerabilità o al contrario di protezione nei confronti dell'assunzione di comportamenti a rischio;
- 3 esplorare quali vincoli potrebbero essere alla base dell'avanzamento di una richiesta d'aiuto oltre alla fonte di aiuto ritenuta maggiormente utile.

Enfatizzare il ruolo dei modelli culturali e – più in generale – di dimensioni psicosociali nella valutazione del rischio e nell'assunzione di comportamenti dannosi sul piano della salute e dell'adattamento sociale ha importanti implicazioni sul piano dell'intervento che meritano di essere sottolineate. Negli approcci tradizionali, la prevenzione si configura come trasmissione di conoscenza (Cfr. Berlak & Berlak, 1981) a partire dall'assunzione che (a) le persone mettano in atto comportamenti dannosi per una mancanza di conoscenze sui rischi che corrono e che (b) la conoscenza sia il mezzo tramite il quale i comportamenti dannosi possano essere prevenuti. Questo presuppone che ci sia un legame diretto e controllabile tra i contenuti informativi trasmessi e i contenuti percepiti da coloro che costituiscono il target dell'intervento. Tuttavia se – come nell'i-

potesi che muove lo studio – le persone esprimono valutazioni molto diverse da quelle degli esperti su cosa costituisca rischio, nessuna azione preventiva può essere realizzata efficacemente senza tenere in considerazione i significati che la popolazione target dell'intervento esprime rispetto a cosa significhi agire in modo adattivo entro il proprio ambiente sociale, cosa costituisca rischio e cosa beneficio (Hofstede & Hofstede, 2001). Diventa inoltre rilevante comprendere il contesto psicosociale che favorisce o meno l'assunzione di comportamenti responsabili. In quest'ottica, la mappatura del profilo psicosociale degli adolescenti che assumono comportamenti a rischio può offrire elementi di conoscenza importanti per l'identificazione di linee guida per l'intervento.

2. METODOLOGIA

Campione. Per la realizzazione dello studio è stata ricercata ed ottenuta l'interlocuzione con 5 scuole secondarie superiori (licei e istituti tecnici) della città di Lecce: sono stati coinvolti 170 studenti iscritti al III

anno e 221 studenti iscritti al IV anno, per un campione totale di 391 studenti (età media: 16,88; d.s.: ,752).

Strumenti. Ai partecipanti è stata proposta la compilazione di una batteria di strumenti self-report, articolata in cinque principali sezioni, illustrate nella tabella 1.

3. COSTRUZIONE ED IDENTIFICAZIONE DEGLI INDICI DI MISURA

In questa sezione sono riportate le analisi statistiche preliminari per la formulazione e l'identificazione degli indici di misura delle variabili di interesse, utili alle successive analisi dei dati.

Rilevazione dei modelli culturali. La matrice di risposte al Questionario sull'Interpretazione dell'Ambiente Sociale è stata sottoposta ad una procedura di analisi multidimensionale, volta ad enucleare profili di risposte omogenei all'interno della popolazione dei rispondenti. Più nello specifico, la matrice dei dati

TAB. 1 – STRUMENTI SELF-REPORT UTILIZZATI

Sezione Rilevazione dei modelli culturali	<i>Questionario di Interpretazione dell'ambiente sociale</i> (Mossi & Salvatore 2011). Strumento di rilevazione di percezioni/opinioni/giudizi sull'ambiente micro e macro-sociale.
Sezione Rilevazione di altre dimensioni psicosociali	<i>Multidimensional Scale of perceived social support.</i> Strumento per valutare il grado di supporto sociale percepito dal rispondente. <i>Parenting Scale.</i> Strumento per la rilevazione del controllo genitoriale, per come percepito da parte dei rispondenti. <i>Peer Pressure, Popularity and Conformity.</i> Strumento per valutare la tendenza ad essere influenzati dal gruppo dei pari e il grado di conformità a genitori/insegnanti.
Sezione Percezione del rischio e approvazione da parte dei pari	Strumento costruito ad hoc per valutare il rischio percepito dal soggetto rispetto a determinati comportamenti (es. Secondo te, quanto le persone rischiano di danneggiare sé stesse sul piano della salute psichica e/o fisica se... provano una sigaretta una volta o due?) e il grado di approvazione degli stessi comportamenti da parte dei pari (es. Secondo te, quanto i tuoi amici potrebbero approvare il fatto che tu... provi una sigaretta una volta o due?), per come percepiti dal rispondente. Per la risposta è stata strutturata una scala Likert a quattro punti (es. per niente, poco, abbastanza, molto).
Sezione Rilevazione dell'assunzione di comportamenti a rischio	Strumento costruito ad hoc volto a rilevare la frequenza con cui è capitato di assumere ciascuno dei comportamenti indagati. Per ogni comportamento la scelta includeva 3 risposte di crescente intensità. (es. non ho mai fumato sigarette; fumo sigarette occasionalmente; fumo sigarette regolarmente).
Sezione Richiesta d'aiuto e fonte di intervento	Strumento costruito ad hoc per esplorare l'utilità percepita di diverse strategie di prevenzione e intervento ed i vincoli della domanda di aiuto.



è stata sottoposta ad Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM). L'analisi ha consentito di estrarre le due principali dimensioni fattoriali che spiegano la variabilità dell'intera matrice, interpretabili come le principali dimensioni simboliche attorno a cui si organizzano similarità e differenze nell'interpretazione dell'ambiente sociale, per come espresse dai rispondenti (Mossi & Salvatore, 2011). Per le successive analisi, a ciascun rispondente è stato attribuito un punteggio indicativo della sua posizione su ciascuna delle dimensioni fattoriali estratte. Sono di seguito esaminate le due principali dimensioni estratte:

Prima dimensione - "Valutazione dell'ambiente macro-sociale": concerne la dialettica tra due diversi modelli di valutazione dell'ambiente macro-sociale, rispetto al quale ci si esprime o nei termini di una fiducia moderata o nei termini di una sfiducia assoluta.

(-) Fiducia moderata. Su questa polarità si aggregano risposte che rimandano ad una posizione di moderata fiducia nei confronti di istituzioni e servizi: si ha abbastanza fiducia nella scuola (gli insegnanti sono efficaci, la scuola è affidabile e si è soddisfatti della stessa); la formazione e l'impegno nello studio sono riconosciuti come canali di costruzione del proprio futuro); appaiono affidabili i servizi (es. forze dell'ordine, servizi sanitari, pubblica amministrazione). Si prevede uno sviluppo abbastanza alto – nel medio periodo – del paese Italia; si è contenti di abitarvi. Vi è, al contempo, il riconoscimento di dimensioni molto critiche: i politici appaiono quasi sempre disonesti e gli italiani poco rispettosi delle norme, ma anche abbastanza disperati ed illusi.

(+) Sfiducia assoluta. Su questa polarità si aggregano risposte che rimandano ad una visione del contesto come assolutamente inaffidabile. Appare inaffidabile la scuola (non si è per niente soddisfatti; non si riconosce nello studio un canale di costruzione del proprio futuro); appaiono inaffidabili i servizi. Non si ha fiducia nel futuro: sarà sempre più difficile trovare persone su cui fare affidamento; si troverà lavoro se vorrà la fortuna e/o lasciando il paese. In un contesto così critico non appare importante rispettare le regole.

Seconda dimensione – "Valutazione dell'ambiente micro-sociale": concerne la dialettica tra due diversi

modelli di valutazione dell'ambiente micro-sociale, che viene valorizzato o idealizzato.

(-) Valorizzazione. Su questa polarità si aggregano risposte che rimandano ad una valorizzazione dell'ambiente micro-sociale e delle proprie relazioni: appare molto importante avere compagni su cui contare e stare con gli amici, simbolizzati come buoni e forti; si è soddisfatti della propria famiglia, simbolizzata come accogliente ed autorevole; è importante rispettare e farsi rispettare, impegnarsi nello studio ed essere disposti a lavorare sodo per costruire il proprio futuro contando sulle proprie capacità e competenze.

(+) Idealizzazione. Su questa polarità, l'ambiente micro-sociale appare idealizzato. Le valutazioni sono tutte positive e al massimo livello: è molto importante stare in famiglia; è molto importante stare con gli amici; si è molto soddisfatti di entrambi.

Costruzione dell'indice per la valutazione del rischio.

Una parte del questionario è stata dedicata alla valutazione del rischio per la salute rispetto all'assunzione dei seguenti comportamenti: consumo di nicotina, consumo di bevande alcoliche, uso di marijuana, uso di droghe pesanti, rapporti sessuali non protetti, guida pericolosa, uso eccessivo dello smartphone, su una scala Likert a 4 punti. Sulle risposte ottenute è stata applicata l'analisi in componenti principali (ACP) per l'estrazione delle dimensioni aggreganti i comportamenti di rischio: è stata estratta una sola componente principale, i cui punteggi sono stati utilizzati quali indici per la misura del rischio percepito tra i rispondenti.

Identificazione di gruppi a "basso rischio" e ad "alto rischio" per comportamenti dannosi. Una parte del questionario chiedeva di esprimersi riguardo il coinvolgimento nei comportamenti di rischio target dello studio, su una scala Likert a 4 punti. È stata applicata l'analisi dei cluster per esplorare l'aggregazione delle risposte. Sono stati estratti due cluster – denominati "gruppo a basso rischio" e "gruppo ad alto rischio" che raccolgono rispettivamente coloro che dichiarano di non aver mai assunto alcun comportamento di rischio e coloro che dichiarano di essersi ingaggiati in più comportamenti a rischio.

4. ANALISI DEI DATI

È stata effettuata l'analisi della varianza (ANOVA) per verificare una eventuale differenziazione degli istituti scolastici rispetto ai modelli culturali rintracciati. Successivamente, per esplorare il rapporto tra valutazione del rischio e le variabili psicosociali (inclusi i modelli culturali) sono state applicate misure di correlazione. Per l'esplorazione dei vincoli connessi ad una richiesta d'aiuto e le fonti ritenute maggiormente utili all'intervento sono state calcolate le frequenze di risposta sui domini inerenti le strategie d'aiuto e d'intervento.

5. RISULTATI

Differenziazione degli istituti sulla mappa culturale (Grafico 1). È presente una differenza significativa nel posizionamento dei diversi istituti scolastici sulle dimensioni simboliche rilevate [Prima dimensione: $F: (36,723)=4,338; p < 0.01$; Seconda dimensione: $F: (32,242)=3,465; p < 0.01$].



Graf. 1: Posizionamento degli istituti sulla mappa dei modelli culturali

Differenze e similarità non sembrano legate alla specifica tipologia di Scuola; al contrario studenti del liceo condividono componenti culturali di studenti di istituti tecnici e questi ultimi presentano in alcuni casi importanti differenze tra loro.

Rapporto tra le variabili psicosociali (inclusi i modelli culturali) e la percezione del rischio. La tabella 2 presenta i valori di correlazione tra le variabili psicosociali e la valutazione del rischio.

TAB. 2 - CORRELAZIONE TRA VARIABILI PSICOSOCIALI E PERCEZIONE DEL RISCHIO

VARIABILE	Percezione del rischio	
	Correlazione di Pearson	Sig. (2-code)
Valutazione macro-sociale	-,160**	,002
Valutazione micro-sociale	,178**	,000
Approvazione dei pari	-,248**	,000
Trasparenza familiare	,277**	,000
Supervisione familiare	,130*	,012
Norme familiari	,199**	,000
Influenza dei pari	-,083	,123
Conformità a genitori e insegnanti	-,047	,384
Supporto sociale	,144**	,005

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)

Si evidenziano correlazioni significative tra valutazione del rischio e le seguenti variabili: approvazione dei pari, trasparenza familiare, supervisione familiare, norme familiari, supporto sociale ed entrambe le dimensioni simboliche che caratterizzano i modelli culturali degli studenti.

Più nello specifico i risultati indicano che una più bassa valutazione del rischio si correla ad una sfiducia assoluta nei confronti dell'ambiente macro-sociale ed una valorizzazione delle relazioni più ristrette. Analogamente se i ragazzi reputano un comportamento poco rischioso, più facilmente percepiscono un minor supporto sociale, una minore trasparenza nella comunicazione con i genitori, una minore supervisione da parte degli stessi; ugualmente, una più bassa valutazione del rischio si accompagna ad una minore osservanza delle norme familiari e ad una percepita maggiore approvazione da parte dei pari del comportamento rischioso messo in atto.

Rapporto tra le variabili psicosociali (inclusi i modelli culturali) ed assunzione del rischio. Nella tabella 3 sono riportati i risultati ottenuti dall'ANOVA con cui si sono



TAB. 3 - CONFRONTO TRA GRUPPI RISPETTO ALLE VARIABILI PSICOSOCIALI E ALLA PERCEZIONE DEL RISCHIO

VARIABILE	Gruppo a basso rischio		Gruppo ad alto rischio		F	p-value
	Media	d.s.	Media	d.s.		
Valutazione macro-sociale	-,0491	,2712	,0758	,3525	15,424**	,000
Valutazione micro-sociale	,0061	,2884	-,0119	,2955	,353	,553
Percezione del rischio	,3318	,9288	-,4528	,9047	66,744**	,000
Approvazione dei pari	-,2786	,9992	,4179	,8537	50,191**	,000
Trasparenza familiare	,2490	,7724	-,3642	1,1752	37,389**	,000
Supervisione familiare	,0102	1,0028	-,0123	1,0063	,046	,830
Norme familiari	,2003	,9931	-,2983	,9385	23,957**	,000
Influenza dei pari	,0104	1,0057	-,0078	,9996	,028	,867
Conformità a genitori e insegnanti	,0775	,9772	-,1245	1,0334	3,421	,065
Supporto sociale	-,0002	1,0034	-,0186	1,0058	,031	,860

confrontate le medie del gruppo a "basso rischio" e del gruppo ad "alto rischio" sulle variabili di interesse.

Si registrano differenze significative tra i due gruppi sul piano della valutazione dell'ambiente macro-sociale, della valutazione del rischio, dell'approvazione dei pari, della trasparenza familiare e delle norme familiari.

I rispondenti appartenenti al gruppo definito ad alto rischio si caratterizzano per la tendenza ad esprimere una sfiducia assoluta nei confronti dell'ambiente macro-sociale che li circonda; a percepire più basso il rischio connesso all'assunzione dei comportamenti target; a percepire un più alto livello di approvazione da parte dei pari rispetto all'assunzione dei comportamenti a rischio; a valutare poco trasparente il rapporto genitori-figli e a percepire meno presenti norme e regole familiari. Di contro, i rispondenti appartenenti al gruppo definito a basso rischio si caratterizzano per una maggiore fiducia nei confronti dell'ambiente macro-sociale; una maggiore percezione del rischio; una maggiore attesa di disapprovazione da parte dei pari rispet-

to all'assunzione di comportamenti a rischio; una maggiore trasparenza nel rapporto genitori-figli; un maggiore riconoscimento e osservanza delle norme familiari.

Esplorazione dei vincoli connessi alla richiesta d'aiuto e percezione dell'utilità delle fonti di intervento. La tabella 4 riferisce la frequenza delle risposte fornite alla domanda "Cosa potrebbe impedirti di chiedere aiuto per un problema che potrebbe mettere a rischio la tua salute psichica e/o fisica?".

TAB. 4 - FREQUENZA DI RISPOSTA SU IMPEDIMENTI PER RICHIESTA D'AIUTO

MODALITÀ DI RISPOSTA	FREQUENZA
Avere paura di essere giudicato dagli altri	58,2%
Non saprei a chi rivolgermi	17,4%
I problemi vanno affrontati da soli	13,1%
Altro	11,3%

La tabella 5 riferisce la frequenza delle risposte fornite alla domanda "Quanto giudichi utili le seguenti strategie di prevenzione dei comportamenti a rischio (fumo, abuso di alcol, uso di droghe, guida spericolata, comportamenti sessuali non protetti, uso sproporzionato dello smartphone)?" su una scala Likert a 4 punti: per niente – poco – abbastanza – molto.

comportamenti a rischio appare la strategia più utile; avvisi e cartelli informativi la strategia meno utile.

6. CONCLUSIONE

Gli studenti su cui è stato effettuato lo studio si differenziano rispetto a due principali dimensioni simbolico-culturali: una concernente la simbolizzazione dell'ambiente macro-sociale, abbastanza affidabile

TAB. 5 - FREQUENZA DI RISPOSTA SU ELENCO STRATEGIE

STRATEGIA	Modalità di risposta			
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Spot televisivi	16,2%	49,2%	30,5%	4,1%
Avvisi e cartelli informativi	24,4%	47,7%	20,3%	7,7%
Incontri informativi	4,4%	23,8%	55,6%	16,2%
Incontri con persone che hanno subito implicazioni dannose	2,1%	7,7%	40,4%	49,9%
Incontri con esperti della salute	3,1%	17,2%	56,9%	22,8%
Corsi di gestione dello stress e risoluzione dei problemi	5,4%	22,1%	44,1%	28,5%
Sportello individuale d'ascolto psicologico	7,2%	19,5%	44,4%	29,0%
Realizzazione di una ricerca sul proprio territorio	16,8%	44,8%	30,9%	7,5%
Gruppi di discussione e azioni di sensibilizzazione tra pari	7,4%	29,2%	49,7%	13,6%
Gruppi guidati di confronto e riflessione	5,9%	25,4%	51,8%	16,9%
Gruppi di sostegno alle problematiche adolescenziali	7,2%	20,8%	48,3%	23,7%

Come è possibile osservare dalle due tabelle inerenti i domini delle strategie d'aiuto, la maggioranza dei rispondenti (58,2%) indica nella modalità "avere paura di essere giudicato dagli altri" il principale impedimento alla richiesta di aiuto. Percentuali minori, ma non trascurabili, di rispondenti lo riconoscono nel non sapere a chi rivolgersi (17,4%) e nell'idea che i problemi vadano affrontati da soli (13,1%). La restante parte (11,3%) ritiene che sia "altro" l'impedimento nel chiedere aiuto per un problema che potrebbe mettere a rischio la salute psichica e/o fisica personale. L'incontro con persone che hanno subito implicazioni dannose dal proprio ingaggio in

per alcuni, totalmente inaffidabile per altri; l'altra concernente l'ambiente micro-sociale, valorizzato da alcuni, idealizzato da altri.

Le analisi hanno evidenziato come gli studenti che tendono ad esprimere un atteggiamento di sfiducia assoluta nei confronti dell'ambiente macro-sociale, e/o che tendono a valorizzare l'ambiente micro-sociale in termini di capacità di accoglienza e potere, tendono a percepire più basso il rischio legato ai comportamenti target indagati; tendono inoltre ad assumere più di uno di questi comportamenti. Al contrario, fiducia moderata per l'ambiente macro-sociale e idealizzazione dell'ambiente



micro-sociale sembrano agire in termini di fattori protettivi rispetto all'assunzione del rischio: percepito più alto e tendenzialmente non assunto.

Come precisato in premessa, i modelli culturali non vanno intesi come costruzioni individuali, ma come sistemi di significati cui partecipano individuo, sistemi di relazione in cui l'individuo stesso è iscritto ed universo simbolico-culturale più ampio. Il diverso posizionamento culturale espresso da studenti di scuole diverse offre sostegno a questa prospettiva, suggerendo che studenti che condividono diversi ambienti micro-sociali (e che si confrontano con culture dei pari diverse) si presentano diversamente vulnerabili rispetto ai comportamenti a rischio.

Lo studio evidenzia altresì, accanto al ruolo dei modelli culturali, il ruolo di altre variabili psicosociali legate al supporto sociale percepito, al sistema familiare, al gruppo dei pari. Identificare i modelli culturali che agiscono come fattori di vulnerabilità, favorirne la mobilitazione e sostenere quelli che agiscono come fattori protettivi implica la presa in carico dei sistemi di relazione – in termini più ampi sistemi narrativi – in cui gli studenti apprendono modalità di interpretare e agire la loro esperienza. Questo può essere inteso come riflesso di un certo modo culturale di valutare il disagio, ne è probabilmente un esempio il fatto che la maggior parte degli studenti individuano nella paura di essere giudicati il maggiore ostacolo alla richiesta d'aiuto.

Le istituzioni scolastiche possono giocare un ruolo chiave nella costruzione di competenze sociali e civiche che favoriscano l'adozione di comportamenti responsabili, sul piano della salute come della convivenza sociale. Se sostenute, esse sono infatti nella posizione non solo di raccogliere i modelli di ruolo proposti dagli studenti e dal loro ambiente micro-sociale di riferimento (per esempio pari e famiglie), ma anche di favorirne la mobilitazione e dialettizzazione, tramite occasioni di confronto e discussione riflessiva tra interlocutori diretti e indiretti dell'offerta formativa della scuola e dei progetti di cui si fa portatrice.

7. FONDI

Lo studio è stato effettuato con i fondi ricevuti dal Bando 5x1000 dell'Università del Salento.

8. BIBLIOGRAFIA

- Arnett, J. J. (1999). **Adolescent storm and stress, reconsidered**. *American Psychologist*, 54(5), 317.
- Berlak, A., & Berlak, H. (1981). **Dilemmas of schooling**. New York: Methuen.
- Boholm A. (1998). **Comparative studies of risk perception: a review of twenty years of research**. *Journal of Risk Research*, 1(2): 135-163.
- Boholm, A. (1996). **The cultural theory of risk: an anthropological critique**. *Ethnos*, 61(1-2), 64-84.
- Carli, R., & Salvatore, S. (2001). **L'immagine della psicologia: Una ricerca sulla popolazione del Lazio [The image of psychology: A research on the Lazio population]**. Roma: Kappa.
- Dake, K. (1991). **Orienting dispositions in the perception of risk an analysis of contemporary worldviews and cultural biases**. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22(1), 61-82.
- Henwood K., Pidgeon N., Sarre S., Simmons P. and Smith N. (2008). **Risk, framing and everyday life: Epistemological and methodological reflections from three socio-cultural projects**. *Health, Risk and Society*, 10(5), 421-438.
- Hofstede, G. H., & Hofstede, G. (2001). **Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations**. Sage.
- Jessor, R. (1991). **Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action**. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605.
- Mossi, P., & Salvatore, S. (2011). **Transición psicológica de significado a sentido**. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 153-169.
- Valsiner, J. (Ed.). (2012). **The Oxford handbook of culture and psychology**. Oxford University Press.
- Venuleo, C., Rollo, S., Marinaci, T., & Calogiuri, S. (2016). **Towards a cultural understanding of addictive behaviours. The image of the social environment among problem gamblers, drinkers, internet users and smokers**. *Addiction Research & Theory*, 24(4), 274-287.
- Venuleo, C., Salvatore, S., & Mossi, P. (2015). **The role of cultural factors in differentiating pathological gamblers**. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1353-1376.



DIFFICOLTÀ INTERPRETATIVE NELL'IMPIEGO DELLA SYMPTON CHECKLIST SCL-90-R CON PAZIENTI AVENTI UNA COMPROMISSIONE CEREBRALE

Denise Mastrapasqua
Psicologa clinica iscritta all'Albo
degli Psicologi della Regione Puglia

RIASSUNTO

Al giorno d'oggi, grazie all'evoluzione delle tecniche di diagnosi e terapia medica, gli specialisti sono sempre più in grado di individuare le situazioni patologiche ed intervenire efficacemente, tuttavia la malattia compromette anche la vita psicologica delle persone, portandole a sentirsi fragili, a preoccuparsi in modo più intenso per la propria salute, a cercare aiuto o, al contrario, ad isolarsi. Considerando tale aspetto, è importante valutare i vissuti psicologici che accompagnano lo stato di malattia del paziente, in quanto essi possono influenzare notevolmente le sue capacità di resilienza. A tal proposito, nel presente articolo, l'autrice prende in considerazione una scala di valutazione della psicopatologia impiegata nella valutazione neuropsicologica, ovvero la Symptom Checklist 90 revised (Derogatis, 1994), soffermandosi sugli studi presenti in letteratura (Kaplan, 1998; Woessner, 1995) riguardanti le problematiche interpretative rilevate nel suo utilizzo con persone aventi compromissioni cerebrali e patologie neurologiche.

L'autrice espone una ricerca sperimentale mirata a far luce sull'effettiva validità della SCL-90-R nella valutazione della psicopatologia in persone con malattie neurologiche e lesioni cerebrali, approfondendo gli studi relativi all'utilizzo della Brain Injury Subscale (Woessner e Caplan, 1995) come strumento di discriminazione tra patologia neuro-

logica e disagio psicologico e confrontando i risultati ottenuti a tale sottoscala da persone con malattie organiche e persone con patologie neurologiche e cerebrali.

PAROLE CHIAVE

SCL-90-R, lesioni cerebrali, Scala BIS, valutazione.

1. INTRODUZIONE

La valutazione neuropsicologica è attualmente molto praticata nei centri sanitari e riabilitativi, al fine d'indagare sulla situazione cognitiva dei pazienti che manifestano determinati disturbi. L'attuazione di tale valutazione richiede competenze in ambito psicologico e neuropsicologico, ma anche capacità relazionali, psicometriche e cliniche.

La valutazione neuropsicologica, imprescindibile dall'anamnesi neuropsicologica del paziente e da un colloquio con la famiglia, consta di più fasi mirate ad analizzare le funzioni cognitive del paziente, il suo livello di autonomia e le dimensioni emotivo-comportamentali. L'*assessment* neuropsicologico ha anche lo scopo di determinare il potenziale riabilitativo del paziente e gli eventuali risultati ottenuti in seguito ad un trattamento riabilitativo.

L'*assessment* neuropsicologico è costituito da più fasi: 1) l'anamnesi clinica del paziente; 2) il colloquio neuropsicologico col paziente; 3) il colloquio con i familiari; 4) l'indagine psicometrica; 5) la resti-



tuzione dei risultati al paziente; 6) la stesura della relazione finale. Oltre ai punti appena riportati, è bene valutare anche il tono dell'umore della persona e l'eventuale presenza di disturbi psicopatologici. Il nucleo centrale dell'esame neuropsicologico risiede nell'indagine psicometrica, effettuata attraverso la somministrazione di test standardizzati tramite i quali è possibile indagare sul funzionamento cognitivo del paziente in specifiche aree. È importante utilizzare dei test riconosciuti dalla comunità scientifica e per i quali esistano dei dati normativi di riferimento.

È bene considerare l'esame neuropsicologico come una valutazione multi-componenziale, in cui si tiene conto anche degli aspetti psicologici della persona, oltre che di quelli strettamente neuropsicologici. Comprendere il tono dell'umore e i vissuti emotivi del paziente può fornire delle informazioni importanti sul suo livello di motivazione e sul modo in cui sta reagendo alla malattia, evidenziando i fattori psicologico-psichiatrico-comportamentali ed emotivo-motivazionali che modulano le sue prestazioni cognitive. Alla luce di tali constatazioni, è bene effettuare all'interno della valutazione neuropsicologica anche un'analisi psicodiagnostica, mirata alla valutazione personale, psicologica e psicopatologica del paziente, attraverso specifici strumenti e metodi adeguati alla sua età e alle sue condizioni generali. Tra gli strumenti più utilizzati per tali scopi, vi sono il Minnesota Multiphasic Personality Inventory per indagare sui disturbi comportamentali (MMPI; Hathaway e McKinley, 1942) e la Neurobehavioural Rating Scale (NRBS; Levin et al., 1987) per la valutazione neurocomportamentale, basata sull'osservazione del comportamento assunto dal paziente in una situazione semistrutturata. Anche i test e questionari di personalità, il cui precursore fu il Personal Data Sheet (Wordworth, 1917), sono molto impiegati in ambito neuropsicologico, assieme ai test situazionali o di performance. In fine, è possibile avvalersi anche di strumenti proiettivi, quali il test delle macchie di Rorschach (Rorschach, 1921) o il Tematic Aperception Test (TAT; Murray, 1943).

Nell'ambito dell'esame neuropsicologico è possibile avvalersi anche di scale che consentono di effettuare uno screening ad ampio spettro della situazione psicopatologica generale del paziente, come la Symptom Checklist 90 (SCL-90; Derogatis, Lipman & Covi, 1973), che fa riferimento ai sintomi percepiti dai soggetti nell'ultima settimana e racchiude diverse aree psicopatologiche. Tale scala è stata impiegata, nella sua versione aggiornata (SCL-90-R; Derogatis, 1994), nella ricerca sperimentale presentata nel presente articolo e sarà descritta e approfondita in seguito.

Al termine dell'analisi neuropsicologica, lo specialista elabora una relazione diagnostica in cui mette in luce le aree cognitive deficitarie e quelle preservate e comunica i risultati al paziente, indicando eventualmente un possibile percorso riabilitativo finalizzato al recupero parziale o totale delle aree danneggiate. Nel caso dei pazienti con lesioni cerebrali, il recupero parziale delle funzioni danneggiate avviene grazie alla neuroplasticità del sistema nervoso, cioè alla capacità dello stesso di riorganizzarsi funzionalmente in seguito ad una lesione. Tale proprietà è stata indagata per la prima volta da Cole e Gleses a Oxford (1951).

Un aspetto clinicamente importante nella valutazione neuropsicologica consiste nell'atteggiamento del valutatore e nel coinvolgimento attivo del paziente durante la somministrazione delle prove. Secondo Shectman e Smith (1984) è necessario utilizzare, durante l'assessment, un approccio che conduca la persona al riconoscimento della propria patologia e che la predisponga all'accettazione del trattamento riabilitativo futuro. Ciò favorisce un' "alleanza diagnostica", che può rappresentare un ottimo presupposto per l' "alleanza terapeutica" successiva. Il momento della restituzione dei risultati è molto delicato, in quanto spesso suscita nel paziente una forte ansia, dovuta alla comparsa in lui dello spettro della menomazione mentale. Secondo Lezak (1978) dare la possibilità ai pazienti di esporre delle domande in merito alle prove alle quali saranno sottoposti può attenuare tale stato d'ansia e gettare le basi per un'alleanza terapeutica costruttiva.

2. L'IMPATTO PSICOLOGICO DELLA PATOLOGIA

L'esordio di una patologia comporta nell'essere umano delle modifiche, sia a livello organico che a livello emotivo, dello stato di omeostasi iniziale. I cambiamenti percepiti possono essere differenti a seconda della malattia specifica e possono compromettere in maniera consistente più aree di funzionamento del soggetto. Una delle patologie più comuni al giorno d'oggi è l'ipertensione, caratterizzata sostanzialmente dalla presenza di valori di pressione sanguigna costantemente più elevati rispetto alla norma. Tale patologia rientra nella categoria dei disturbi vascolari, i quali possono determinare conseguenze molto serie soprattutto a carico del cervello, degli arti inferiori e del cuore. In quest'ultimo caso si parla di malattie cardiovascolari, le quali hanno delle ripercussioni notevoli sull'individuo, in quanto riguardano il cuore, organo considerato il centro della vita e delle emozioni. Purtroppo, spesso tali patologie possono esitare nell'infarto, evento molto stressante per la persona, che può mettere a dura prova le sue capacità di riadattamento e di cambiamento del suo stile di vita precedente. Le reazioni più frequenti a questo tipo di situazione sono vissuti di ansia e depressione, tuttavia è anche possibile che la persona reagisca con rabbia, scaturita dalla percezione di essere stato tradito da una parte importantissima di sé, ovvero il cuore. L'insorgenza di malattie cardiovascolari non solo può ripercuotersi su aspetti psicosociali della vita delle persone, ma anche essere favorita da questi ultimi. A dimostrazione di ciò, degli studi precedenti (Kuper, Marmot ed Hemigway, 2002; Hemingway, Whitty, Shipley et al., 2001; Bunker, Colquhoun, Esler et al., 2003) hanno approfondito il legame tra tali patologie e alcuni fattori psicosociali, riscontrando una relazione significativa con stati di depressione, ansia, stress cronico, alcuni tratti di personalità e la tendenza all'isolamento sociale. Gli stati emotivi scaturiti dalla malattia hanno conseguenze notevoli anche sulla prognosi della stessa, poiché influenzano le reazioni dell'individuo. Da uno studio di Buonaguidi (2005), è emerso che la maggior parte dei pazienti che avevano subito un infarto manifestavano alti livelli di ansia e irritabilità

e che tali disturbi favorivano una morte prematura degli stessi. Al contrario, lo studio di Tedeschi e Calhoun (2004) ha dimostrato come un infarto, seppur percepito come un evento traumatico, possa essere considerato un punto di svolta per la propria vita e come la fase di disorientamento che lo segue possa essere percepita come il primo passo per un nuovo inizio.

Un'altra tipologia di malattie che può ledere gravemente la salute psicologica, oltre che fisica, di coloro che ne sono affetti è caratterizzata dalle patologie autoimmuni. Si tratta di stati morbosi contraddistinti da reazioni immunitarie esagerate contro componenti dell'organismo. La persona affetta da malattia autoimmune è consapevole del fatto che il proprio corpo sta agendo contro se stesso e tale situazione può determinare in lei un forte senso di sconfitta imminente, accompagnato da vissuti di depressione ed ansia. Tra le malattie autoimmuni, le più studiate sono la sclerosi multipla, l'artrite reumatoide, il lupus, il diabete di tipo 1 e la cardiopatia reumatica.

Tra le patologie organiche che hanno una ricaduta consistente sulla vita psicologica del paziente, vi sono gli acufeni. Si tratta di una condizione patologica per la quale il soggetto percepisce dei rumori non corrispondenti a reali stimoli acustici esterni. I rumori in questione sono una sorta di ronzio, generalmente percepito in entrambe le orecchie, in un solo orecchio o nella testa (tinnito cerebrale). Il tinnito può determinare a lungo andare dei disturbi secondari (quali insonnia, difficoltà di concentrazione e compromissione delle capacità di comprensione di discorsi) che possono interferire notevolmente sulla qualità della vita della persona. Dal punto di vista psicologico, il tinnito risulta spesso associato a vissuti d'ansia, depressione e irritabilità. L'ansia è determinata dalla consapevolezza di vivere un disagio causato da un fattore patologico interno a sé e dal quale non ci si riesce a liberare, tuttavia essa può anche essere considerata una reazione adattiva alla malattia, in quanto può spingere il soggetto ad attivarsi al fine di trovare una soluzione al problema. D'altro canto, constatata l'impossibilità di liberarsi definitivamente del tinnito, i vissuti d'ansia potreb-



bero anche sfociare in sintomi depressivi, pertanto è importante affiancare alla cura medica degli acufeni un supporto psicologico.

In sintesi, tutti i disturbi organici, compresi quelli trattati in questa sede sotto forma di esempio, hanno dei risvolti psicologici e possono essere percepiti dagli individui come interruzioni momentanee della propria vita, determinando soprattutto stress, vissuti d'ansia e sintomi depressivi.

3. IL VALORE SIMBOLICO DELLA MALATTIA E LA SCL-90-R

Secondo la teoria della patologia psicosomatica esiste una connessione diretta tra mente e corpo, quindi tra la realtà corporea e quella psichica che la sorregge. È di fondamentale importanza per tutti i professionisti d'aiuto ricordare che il malessere oggettivo non sempre corrisponde a quello soggettivo vissuto dalla persona, infatti il sintomo in sé ha un proprio valore simbolico, che va compreso, al fine di supportare il paziente nell'affrontare la malattia nel modo migliore possibile. Alla luce di tale constatazione, è opportuno tener conto degli strumenti valutativi incentrati sulla percezione soggettiva che il paziente ha della propria patologia.

In conformità con la teoria psicosomatica, la Great Control Theory del dolore di Melzack e Walls (1965) evidenzia il ruolo centrale dei fattori psicologici nella percezione del dolore fisico, il quale non è considerato come il semplice risultato della trasmissione della sofferenza al cervello, ma come un fenomeno di più elevata complessità, che coinvolge altre sensazioni capaci di alterare o inibire la percezione del dolore corporeo. Tale concezione risulta conforme all'approccio biopsicosociale alla medicina, diffusosi tra gli anni '70 e '80.

Risale proprio agli anni '70 la prima versione della Symptom Check List 90 (SCL-90, Derogatis, Lipman e Covi, 1973), una scala di valutazione della psicopatologia. Negli anni seguenti, individuate alcune anomalie nello strumento, è stata elaborata una versione aggiornata della scala, denominata Symptom Checklist 90 revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994). Si tratta di una scala autosomministrata, mirata a valutare il disagio psichico, espresso in sintomi

esternalizzanti ed internalizzanti, percepito dalla persona nell'ultima settimana. La scala è costituita da 90 item, valutabili su una scala Likert a 5 punti (0= per niente; 4= moltissimo), e presenta le seguenti sottoscale cliniche:

- Somatizzazione (SOM): composta da 12 item, fa riferimento al disagio provato dal soggetto a causa della percezione di disfunzioni corporee. Questa dimensione riguarda i disturbi dell'apparato cardiovascolare, gastrointestinale e respiratorio, i sintomi algici e gli equivalenti somatici dell'ansia.
- Ossessività-Compulsività (O-C): costituita da 10 item, riguarda i sintomi compresi nella sindrome ossessivo-compulsiva, quali pensieri intrusivi, impulsi e azioni percepite come egodistoniche.
- Ipersensibilità interpersonale (I-S): composta da 9 item, racchiude i sentimenti di inadeguatezza, autovalutazione, disagio relazionale e forte ipersensibilità rispetto a se stessi e alle aspettative sugli altri.
- Depressione (DEP): costituita da 13 item, riguarda sintomi tipici del disturbo depressivo, quali tono dell'umore basso, pensieri suicidari o ritiro sociale.
- Ansia (ANX): include 10 item e si riferisce ai sintomi generali dei disturbi d'ansia, come forte preoccupazione, agitazione, paura o attacchi di panico.
- Ostilità (HOS): costituita da 6 item, riguarda le emozioni legate alla rabbia, che si manifestano con reazioni di aggressività, irritabilità e rancore.
- Ansia Fobica (PHOB): composta da 7 item, fa riferimento a reazioni di paura persistenti, seppur percepite come eccessive e irrazionali, associate a determinati stimoli. Tali reazioni possono esitare in condotte di fuga o evitamento.
- Ideazione Paranoide (PAR): costituita da 6 item, si manifesta, attraverso sintomi quali deliri, pensiero proiettivo, percezione di grandiosità, ostilità, tendenza al sospetto e perdita dell'autonomia.
- Psicoticismo (PSY): include 10 item che indicano uno stile di vita introverso, isolato e schizoide. La sottoscala comprende alcuni sintomi della schizofrenia, come la presenza di allucinazioni e disturbi nel controllo del pensiero.

Oltre alle sottoscale principali, sono presenti altri sette item, attraverso i quali è possibile ricavare informazioni aggiuntive, e tre scale globali di disturbo: l'Indice di

Gravità Globale (GSI), riguardante il numero di sintomi riportati dal paziente ed il suo livello di disagio attuale; l'Indice di Disturbo dei Sintomi Positivi (PST), che riguarda l'intensità dei sintomi percepiti; ed infine l'Indice Totale dei Sintomi Positivi (PSDI), che rappresenta il numero totale dei sintomi riferiti. Queste ultime tre scale consentono di ottenere un quadro generale della situazione psicopatologica del soggetto ed offrono una maggiore flessibilità nella valutazione della stessa.

La SCL-90-R (Derogatis, 1994) è stata tarata su un campione americano di 1002 pazienti ambulatoriali affetti da diverse patologie psichiatriche, 974 soggetti adulti non clinici, 423 pazienti psichiatrici ricoverati e 806 soggetti adolescenti non clinici. Questi gruppi sono stati divisi per sesso, etnia, stato civile, classe sociale e religione.

La SCL-90-R (Derogatis, 1994) può essere somministrata ai ragazzi a partire dai 13 anni di età. Per quanto concerne il calcolo del punteggio finale, i punteggi grezzi conseguiti nelle nove scale si ricavano dalla somma dei punteggi dati a ciascun item, divisa per il numero di item a cui la persona ha risposto. In seguito, i punteggi grezzi così ottenuti sono convertiti in punteggi T standardizzati, tramite delle tabelle di conversione specifiche. Al punteggio finale si aggiungono i punteggi ottenuti negli indici globali: il GSI si ottiene sommando i punteggi dati a ciascun item e dividendo il risultato per il numero di item a cui il soggetto ha risposto; il PST è dato dal numero degli item con punteggio diverso da 0; il PSDI è il risultato della somma di tutti i punteggi dei 90 item, divisa per il valore del PST. Gli item delle nove scale cliniche saturano un solo fattore, ad eccezione delle dimensioni Ansia, Ansia Fobica e Psicoticismo, che invece presentano alcuni aspetti sovrapponibili. La SCL-90-R (Derogatis, 1994) è impiegata per diversi scopi, ad esempio per valutare l'efficacia di alcuni trattamenti psicoterapici o di medicina di base. In campo clinico, la SCL-90-R (Derogatis, 1994) consente di ricavare informazioni sul disagio del paziente nelle specifiche aree indagate e sul suo *distress* complessivo, facendo riferimento ai risultati ottenuti negli indici globali. Essendo uno strumento dalla somministrazione facile e veloce (in media massimo 15 minuti), la scala è considerata anche un vali-

do strumento di *screening* in pazienti con sospetta malattia psichiatrica. In relazione a ciò, il manuale della SCL-90-R fornisce un valore soglia di *screening*, ovvero se il soggetto ottiene un punteggio grezzo GSI o un punteggio relativo alle scale primarie corrispondente a un valore T maggiore o uguale a 63, allora è da considerarsi degno di attenzione clinica o a rischio. La SCL-90-R (Derogatis, 1994) è adoperata anche nel campo della ricerca e per la valutazione dei sintomi psicologici in pazienti psichiatrici, in pazienti con disturbi organici e in soggetti non clinici. La SCL-90-R (Derogatis, 1994) può essere somministrata in un'unica volta per ottenere un quadro dello stato clinico della persona, oppure in modo ripetuto per quantificare i risultati formali, i trend di risposta o i riscontri al termine di un trattamento psicoterapeutico o farmacologico. Questa scala può fornirci molte informazioni sulle eventuali fluttuazioni psicologiche e sintomatologiche del paziente e può anche segnalare preventivamente il rischio di condotte suicidarie. Gli studi psicometrici dimostrano che la SCL-90-R (Derogatis, 1994) ha una buona coerenza interna e una buona attendibilità *test-retest* (a una settimana $r= 78-90$; a 10 settimane $r= 68-80$), oltre ad una validità di costrutto e predittiva soddisfacenti.

4. LE PROBLEMATICHE CORRELATE ALL'UTILIZZO DELLA SCL-90-R CON PERSONE CON COMPROMISSIONI CEREBRALI

La lesione cerebrale costituisce uno spazio anomalo all'interno del tessuto cerebrale e può sopraggiungere come conseguenza di diversi fattori di natura congenita o acquisita. Esistono diverse cause del danno cerebrale acquisito, prima tra tutte il trauma cranico. Il *Traumatic Brain Injury* (TBI), detto anche trauma cranio-encefalico, si manifesta in seguito ad un trauma improvviso che determina un danno cerebrale. Oltre alle lesioni cerebrali di natura traumatica, esistono anche altri tipi di lesione acquisita, quali l'ictus, la meningite e l'anossia. Il trauma cranico può comportare danni a carico del cervelletto, del midollo spinale e degli emisferi cerebrali e può avere un livello di gravità variabile da lieve a grave. Tale gravità può essere misurata tramite la Glasgow Coma Scale (GCS; Teasdale



e Jennet, 1974), strumento utilizzato per valutare la prognosi del paziente in stato di coma. Il TBI determina una compromissione di alcune funzioni cognitive, le quali possono essere recuperate completamente, parzialmente o per nulla. In alcuni casi il trauma può anche essere fatale. Il trauma cranico si manifesta attraverso sintomi diversi a seconda del livello di gravità e determina delle conseguenze non solo sulle funzioni cognitive della persona, ma anche sulla sfera emotiva e comportamentale. Ad esempio, delle lesioni nell'ippocampo, struttura coinvolta nella formazione della traccia mnestica nella memoria a lungo termine (MLT) e nell'orientamento spaziale, possono causare un deficit nella memoria esplicita delle emozioni. Dal punto di vista emotivo, le persone con TBI manifestano spesso disturbi d'ansia, depressione, apatia, rabbia, paranoia, irritabilità e umore labile. Dal punto di vista comportamentale, possono presentare condotte disinibite, tendenze *all'acting out*, comportamenti violenti e aggressivi, scarso *self-control* e condotte sessuali inappropriate.

Una lesione a livello cerebrale può anche esitare in episodi di epilessia. L'epilessia è una patologia caratterizzata da attacchi ripetuti e convulsioni, che causano disturbi nel funzionamento del cervello e quindi alterazioni comportamentali nel soggetto. L'epilessia può essere ricondotta anche ad altre cause, come l'assunzione di sostanze stupefacenti, la dipendenza da farmaci o un eccesso di sodio o glucosio nel sangue. In altri casi, la causa può essere congenita, ovvero determinata da un'anomalia ereditaria delle cellule nervose. L'epilessia incide moltissimo sulla vita emotiva e psicologica di coloro che ne sono affetti. Si consideri che i pazienti epilettici sono spesso sottoposti ad un vero e proprio stigma, che porta la società a concepirli come persone potenzialmente aggressive, prive di regole, tendenti alla criminalità e sessualmente promiscue. Queste credenze possono condurre i pazienti con epilessia al ritiro sociale, a nascondere la propria patologia per paura di essere giudicati negativamente o, in altri casi, a determinare una "profezia che si autoavvera", ovvero a conformare il proprio comportamento alle aspettative negative della società.

Tra le patologie del cervello, vi sono le malattie neurologiche, che interessano il sistema nervoso centrale. Esse possono essere suddivise in malattie cerebrovascolari, infettive, infiammatorie, neoplastiche, degenerative e traumatiche, in base al meccanismo patogenetico che le contraddistingue. Le malattie cerebrovascolari, denominate ictus o *stroke*, comportano la comparsa di sintomi riconducibili ad un danno focale del cervello, i quali hanno una durata superiore alle 24 ore. L'ictus può presentarsi in due forme: ischemica ed emorragica. Entrambi i tipi di ictus si verificano con più frequenza nell'anziano e possono insorgere più facilmente in presenza di ipercolesterolemia, eccessiva sedentarietà, abuso di fumo o alcol, ipertensione arteriosa e obesità. L'ischemia transitoria, o TIA (*Transient ischemic attack*), è causata da un'interruzione temporanea dell'irrorazione sanguigna in una determinata area cerebrale e si manifesta attraverso un deficit neurologico che si protrae per un periodo inferiore alle 24 ore. L'ictus emorragico (emorragia cerebrale), è causato dalla rottura di un vaso sanguigno e al seguente sanguinamento nella zona circostante alla lesione. Da alcuni studi (Chan, Campayo, Moser, Arndt e Robinson, 2006; Annoni, Staub, Bruggimann, Gramigna e Bogousslavsky, 2006) è emersa una correlazione significativa tra ictus e psicopatologia. In particolare, Campbell Burton, Murray, Holmes, Astin, Greenwood e Knapp (2012) hanno studiato l'incidenza dell'ansia sui pazienti *post-stroke*, riscontrando una correlazione molto elevata.

La seconda categoria di patologie neurologiche riguarda quelle infettive, che si distinguono in base alla sede dell'infezione nel sistema nervoso centrale o all'agente eziologico (virus o batteri) responsabile. Esempi di tale categoria sono la meningite, causata da un'infezione alle meningi, e l'encefalite, determinata da un'infezione encefalica.

Una terza categoria di patologie neurologiche riguarda le malattie infiammatorie, definite anche demielinizzanti perché determinano la perdita del rivestimento assonale, ovvero la mielina. La sclerosi multipla rientra in questa categoria ed, essendo una malattia degenerativa, spesso provoca vissuti d'ansia, stress e paura per il futuro, i quali si accom-

pagnano frequentemente a sensazioni di vergogna, sconfitta e ad un calo significativo dell'autostima. L'evolversi della patologia influenza anche la vita relazionale del soggetto, portandolo spesso ad un progressivo isolamento sociale.

Le patologie neoplastiche sono rappresentate dai tumori cerebrali. Oltre a sintomi quali nausea, cefalea e alterazione del funzionamento cerebrale, il paziente con neoplasia cerebrale può anche manifestare un'alterazione della personalità o, più raramente, dei deliri o dei sintomi psicopatologici, come manie, letargia e depressione. La malattia neoplastica può anche esitare in un esaurimento funzionale, con una conseguente attivazione dei sistemi neuroendocrini del cervello emotivo ed una prevalenza dell'emotività sulle capacità cognitive superiori.

Un'ulteriore categoria di patologie neurologiche è data dalle malattie cosiddette neurodegenerative o demenze, caratterizzate da un'insorgenza generalmente lenta, da un decorso cronico e progressivo e dalla morte di specifici nuclei di neuroni. Le demenze determinano delle compromissioni nelle aree cerebrali legate al linguaggio, alla memoria ed ai processi attentivi e di decodifica delle informazioni.

Tra le forme di demenza più conosciute, sono presenti la demenza di Alzheimer, correlata a vissuti depressivi e d'ansia, la demenza di Pick, che si accompagna spesso ad un deficit dell'interazione sociale, apatia, irritabilità e condotte aggressive, la malattia di Parkinson e la demenza con corpi di Lewy. Alcuni ricercatori si sono posti l'obiettivo di indagare i risvolti psicopatologici delle lesioni al cervello e delle malattie del SNC, attraverso la SCL-90, utilizzata anche nella versione SCL-90-R, scelta per la semplicità e rapidità di somministrazione. Hooften, Gilboa, Vakil e Donovick (2001) si sono serviti della SCL-90-R per la misurazione degli *outcome* psicosociali che seguono un TBI severo. Da tale ricerca è emerso che il campione di pazienti con TBI ha ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto alla norma soprattutto nelle sottoscale di Ostilità, Depressione e Ansia, seguite da quelle di Psicoticismo, Ossessività-Compulsività, Somatizzazione e Ansia Fobica. Al contrario, i livelli di Idea-

zione paranoide e Impersensibilità Interpersonale non sono risultati più elevati rispetto ai valori normativi. La SCL-90-R è stata utilizzata anche per la valutazione psicopatologica di persone affette da patologie neurologiche. Nello studio di Mullins, Fuemeller, Jean, Beatty, e Paul (2001) la scala è stata impiegata con persone affette da sclerosi multipla e i loro punteggi sono stati confrontati con quelli ottenuti dai loro *caregivers* sani. In particolare, sono stati rilevati dei punteggi più alti nella scala GSI e in quelle di Depressione, Somatizzazione e Ansia nel campione dei pazienti. Anche Kern et al. (2009) hanno misurato il livello di psicopatologia in pazienti con sclerosi multipla attraverso la SCL-90-R, confrontando i risultati con quelli ottenuti da un campione di soggetti sani. I pazienti con sclerosi multipla hanno ottenuto punteggi superiori nell'intera scala, in particolare nella sottoscala I-S (Impersensibilità interpersonale) e nella PSY (Psicoticismo). In generale, il livello di psicopatologia risulta correlare positivamente con il livello di disturbo neurologico.

Hermann et al. (2000) si sono focalizzati sullo studio della psicopatologia in pazienti con epilessia, riscontrando dei punteggi più alti rispetto alla media su tutte le scale della SCL-90-R.

Queste ricerche sono accomunate dal fatto di aver dimostrato la coesistenza di compromissioni cerebrali e patologie neurologiche con disturbi psicologici, soprattutto relativi all'area depressiva e dei disturbi d'ansia. Nonostante ciò, si consideri che alcuni sintomi dello spettro depressivo e ansioso si sovrappongono a delle naturali conseguenze di alcune patologie neurologiche o lesioni cerebrali, così come dimostrato da alcune ricerche (Ownsworth e Oei, 1998; Prigatano, 1996; Busch e Alpern, 1998; Rosenthal, Christensen e Ross, 1998). Secondo Woessner e Caplan (1995) una scarsa consapevolezza della malattia, una limitata associazione tra *self-report* e performance attuali dei soggetti o altri deficit cognitivi possono dar forma ad una stima poco accurata dei sintomi. Ad esempio, per quanto riguarda i pazienti con TBI, si può ipotizzare che i deficit cognitivi associati alla condizione patologica possano portarli a sottostimare o sovrastimare i sintomi realmente esperiti (Langer, 1999).



Alcuni studi, come quello di Kaplan et al. (1998), si sono focalizzati sulla validità dell'applicazione su pazienti neurologici di checklist validate su popolazioni sane. La SCL-90-R rientra in questa categoria di strumenti ed è stata impiegata anche nella valutazione della psicopatologia in persone con lesioni al cervello o malattie neurologiche, le quali hanno riportato in gran parte dei casi punteggi più elevati in tutte le scale dello strumento rispetto a quelli conseguiti dalla popolazione sana. Si pensa che tali alterazioni possano dipendere dalle compromissioni legate alle patologie che affliggono questi soggetti, piuttosto che ad una psicopatologia vera e propria. Pare che la misurazione attraverso SCL-90-R tenda a dar forma a rilevazioni spurie soprattutto nelle scale della Depressione e dell'Ansia, poiché lo strumento è molto sensibile al rilevamento della compromissione cognitiva e dei sintomi somatici del TBI o dei tumori cerebrali maligni (Kaplan, 1998). Ciò è stato dimostrato dallo studio di Leathem e Babbage (2000), i quali hanno somministrato lo strumento a 88 pazienti con TBI e ad un gruppo di persone sane, rilevando un'alterazione significativa dei punteggi conseguiti dal campione di pazienti. Anche Kaplan, Miner e Mervis (1998), concordano nell'affermare che utilizzare la SCL-90-R con pazienti di questo tipo potrebbe condurre a degli errori di interpretazione dei risultati ottenuti, infatti, gli autori hanno somministrato la scala ad un campione di pazienti con tumore cerebrale, al fine di individuare l'eventuale presenza di misurazioni fallaci. Il 47% del campione ha ottenuto livelli clinicamente significativi nella sottoscala SOM (Somatizzazione), il 53% nella sottoscala O-S (Ossessività-Compulsività) e il 59% in quella PSY (Psicoticismo). Secondo gli autori tali punteggi dipendono dalle compromissioni cerebrali causate dal tumore e anche dalle loro reazioni emotive alla prognosi. Questa concezione è stata confermata anche da Ruis et al. (2014) che puntualizzano che pur essendo la SCL-90-R molto usata anche con pazienti neurologici, non ci sono dati normativi di riferimento per questo gruppo di soggetti e che pertanto, i punteggi da essi ottenuti vengono spesso erroneamente interpretati alla luce dei dati normativi relativi al campione di soggetti sani.

5. LA SCALA BIS

Constate le problematiche relative all'impiego della SCL-90-R con pazienti neurologici o con lesioni cerebrali, Woessner e Caplan (1995) hanno condotto una ricerca finalizzata ad individuare all'interno della scala gli item direttamente correlabili a questo tipo di condizioni patologiche. A tal fine, sono stati interpellati 10 valutatori esperti, i quali hanno isolato gli item ritenuti rappresentativi dei disturbi che seguono generalmente la lesione cerebrale.

Gli item individuati sono 14 e compongono la Scala BIS (Brain Injury Subscale):

SOTTOSCALA DI APPARTENENZA	ITEM	DESCRIZIONE
O-C	09	Difficoltà a ricordare le cose.
	38	Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro di farle bene.
	46	Difficoltà nel prendere decisioni.
	51	Senso di vuoto mentale.
	55	Difficoltà a concentrarsi.
DEP	05	Perdita dell'interesse del piacere sessuale.
	14	Sentirsi debole o fiacco.
	71	Sensazione che tutto richieda uno sforzo.
HOS	11	Sentirsi facilmente infastidito o irritato.
	24	Scatti di ira incontrollabili.
	74	Ingaggiare frequenti discussioni.
SOM	01	Mal di testa.
	04	Sensazione di svenimento o di vertigini.
PSY	90	Idea che qualche cosa non vada bene nella sua mente.

Tab. 1: Gli item della Scala BIS

I risultati ottenuti da Woessner e Caplan (1995) hanno evidenziato un'alterazione dei punteggi nella Scala BIS in pazienti con TBI rispetto ai soggetti sani, anche se gli autori non chiariscono se tali risultati siano dovuti ai deficit neurocomportamentali dei pazienti oppure alle loro caratteristiche affettive. Hoofien, Barak, Vakil e Gilboa, (2005) hanno ripreso

la ricerca di Woessner e Caplan (1995) allo scopo di esaminare il rapporto tra le risposte date alla SCL-90-R dai pazienti con TBI ed il loro funzionamento cognitivo, comportamentale e affettivo. Hoofien, Barak, Vakil e Gilboa (2005) hanno suddiviso le risposte date dai soggetti con TBI alla SCL-90-R, utilizzata nella sua versione ebraica, nella Scala BIS, che dovrebbe correlare maggiormente con le compromissioni neurocomportamentali dei pazienti, e nella Scala NBIS (*Non Brain Injury Subscale*), che racchiude gli item non compresi nella Scala BIS. I punteggi ottenuti alla SCL-90-R sono stati confrontati con quelli dati da un campione di controllo di persone sane e comparati con le performance cognitive dei soggetti con TBI, con le loro anomalie comportamentali, con la percezione che loro stessi avevano delle proprie compromissioni cognitive e comportamentali e con i resoconti sulle loro reazioni affettive di fronte alle loro menomazioni. I risultati hanno dimostrato che i pazienti con TBI hanno ottenuto punteggi più alti di disturbo psichiatrico rispetto al gruppo di controllo, inoltre il punteggio medio dei pazienti con TBI alla Scala BIS è risultato maggiore di quello ottenuto nella Scala NBIS. Alla luce di tali risultati, si può affermare che gli item della Scala BIS possono essere considerati delle valide misure delle conseguenze neurocomportamentali del trauma cranico, tuttavia l'aumento dei punteggi ottenuti in tale scala in questi pazienti non può essere considerato una prova abbastanza solida per mettere in discussione la validità della SCL-90-R nella valutazione del loro stato, poiché gli item BIS possono essere indicativi sia delle compromissioni neurocomportamentali che seguono il trauma, sia delle reazioni emotive ad esso. Tale constatazione confermerebbe la validità della SCL-90-R come strumento di misurazione del disagio emotivo anche in pazienti che hanno subito un trauma cranico.

6. OBIETTIVO DI RICERCA

Precedentemente, sono state espone le ricerche condotte da Woessner e Caplan (1995) e da Hoofien et al. (2005), aventi l'obiettivo di valutare la validità della SCL-90-R nella misurazione del disagio psicopatologico in persone con lesioni cerebrali. Gli autori

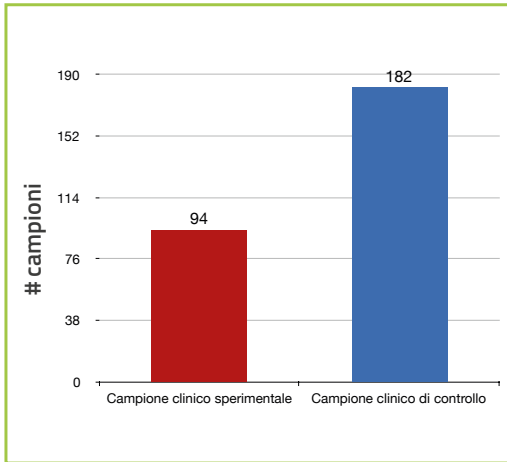
hanno fatto riferimento alla Scala BIS (*Brain Injury Subscale*), costituita da 14 item ritenuti direttamente correlati alle conseguenze del trauma cranico.

Sulla base di tali studi, la ricerca descritta in questa sede ha l'obiettivo di valutare se l'alterazione dei punteggi ottenuti alla SCL-90-R da parte di persone con lesioni a livello cerebrale possa essere ricondotta alla presenza effettiva di una sintomatologia a livello psicologico, oppure sia il frutto delle compromissioni e dei sintomi neurologici che affliggono questi soggetti. Per valutare tale aspetto, è stato effettuato un confronto tra i punteggi ottenuti alla Scala BIS da un campione clinico sperimentale, costituito da soggetti con lesioni cerebrali, e da un campione clinico di controllo, composto da persone con patologie organiche, non aventi alcuna compromissione a livello cerebrale.

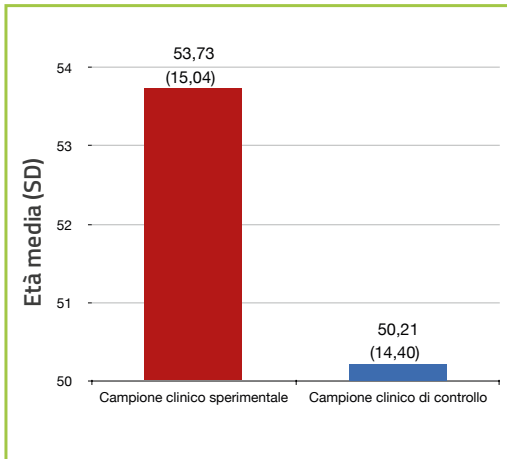
7. PARTECIPANTI

Lo studio è stato condotto su un campione di 276 pazienti richiedenti una valutazione neuropsicologica presso l'Ambulatorio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica del Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso (Azienda Ospedaliera Universitaria-Policlinico di Bari-Giovanni XXIII, Bari). I pazienti sono stati suddivisi in un campione clinico sperimentale ed uno di controllo. Il primo comprendeva 94 pazienti (*Graf. 1*) tra cui 52 di sesso maschile e 42 di sesso femminile, di età compresa tra 18 e 80 anni (*Graf. 2*. Età $M=53,73$; $SD=15,04$), che presentavano compromissioni cerebrali. Il suddetto campione era suddiviso nelle seguenti categorie diagnostiche: disturbi neurodegenerativi, disturbi cerebrovascolari, trauma cranico, tumore cerebrale (*Graf. 3*).

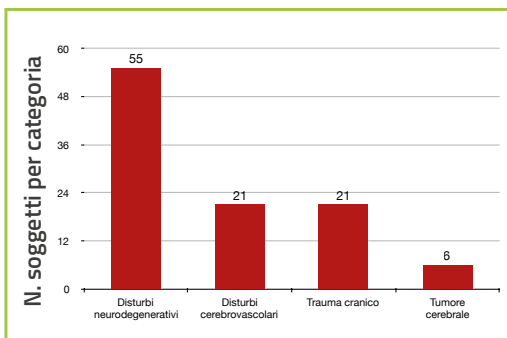
Il secondo gruppo, quello di controllo, era composto da 182 soggetti (*Graf. 1*), tra cui 75 di sesso maschile e 107 di sesso femminile, di età compresa tra 19 e 84 anni (*Graf. 2*. Età $M=50,21$; $SD=14,40$) con patologie organiche in assenza di danno cerebrale. Tale campione era suddiviso nelle seguenti categorie diagnostiche: epilessia, malattie autoimmuni, ipertensione, acufeni, cefalea, condizioni cliniche dovute ad interventi chirurgici precedenti e patologie cardiache (*Graf. 4*).



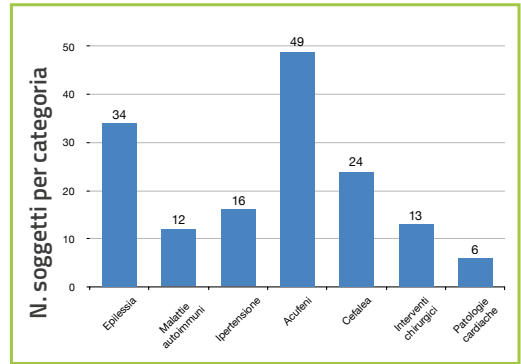
Graf. 1 – Numerosità dei campioni clinici



Graf. 2 – Età media dei campioni clinici



Graf. 3 – Distribuzione delle categorie diagnostiche nel campione clinico sperimentale



Graf. 4 – Distribuzione delle categorie diagnostiche nel campione clinico di controllo

8. TEST E PROCEDURE

I partecipanti appartenenti ai due campioni clinici sono stati sottoposti ad una valutazione neuropsicologica presso il sopraccitato Ambulatorio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica del Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso del Policlinico di Bari, attraverso l'utilizzo di test mirati a valutare in maniera valida e attendibile il loro funzionamento cognitivo. Nel corso della valutazione è stata somministrata anche la SCL-90-R (Pre- ti, Prunas, Sarno e Madeddu, 2011; Derogatis, 1994).

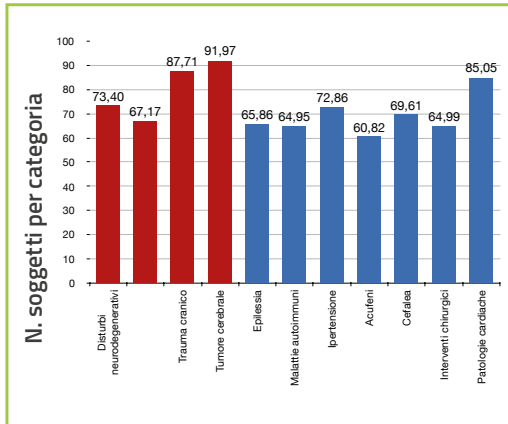
9. RISULTATI

Il confronto tra i punteggi conseguiti nella Scala BIS dal campione clinico sperimentale e da quello di controllo è stato effettuato attraverso l'analisi della varianza (ANOVA). Comparando i risultati ottenuti alla Scala BIS dal campione clinico sperimentale con quelli ottenuti dal campione clinico di controllo e quelli conseguiti dal campione normativo, è stato possibile constatare un'alterazione significativa dei punteggi medi nel primo campione rispetto agli altri due. Nello specifico, il punteggio medio conseguito dai pazienti appartenenti al gruppo sperimentale

SCALA BIS (PG)	F	Sig.
Between Groups	16,05	0.0001

* = 0,0001

Tab. 2: Analisi ANOVA tra i campioni clinici



Graf. 5 – Punteggi medi conseguiti dalle categorie diagnostiche alla Scala BIS

corrisponde a 1,43 ($SD = 0,80$), quello ottenuto dal gruppo di controllo è pari a 1,04 ($SD = 0,77$), mentre il punteggio medio del campione normativo è di 0,50 ($SD = 0,33$). L'analisi della varianza ANOVA tra i due gruppi clinici (Tab. 2) ha messo in evidenza la presenza di una differenza statisticamente significativa tra essi ($p < 0,0001$).

In aggiunta a quanto riportato, è stata effettuata un'ulteriore analisi dei risultati, mettendo a confronto i punteggi conseguiti alla Scala BIS dalle singole categorie diagnostiche (Graf. 5). I punteggi più elevati in assoluto sono stati conseguiti dai pazienti con tumore cerebrale ($N = 6$; $M = 91,97$; $SD = 26,52$)

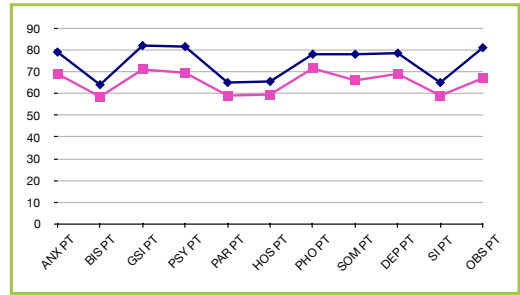
SCALA BIS (PG)	F	Sig.
Between Groups	3,199	0,001

* = 0,001

Tab. 3: Analisi ANOVA tra categorie diagnostiche

e da quelli con trauma cranico ($N = 21$; $M = 87,71$; $SD = 23,43$).

L'analisi della varianza ANOVA tra i campioni clinici ha evidenziato la presenza di una differenza significativa anche tra le diverse categorie diagnostiche (Tab. 3). Infine, sono stati comparati i punteggi ottenuti dai due campioni clinici in ciascuna sottoscala della SCL-90-R. Tale confronto ha messo in risalto un'alterazione dei punteggi nel campione clinico sperimentale



Graf. 5 – Punteggi medi conseguiti dalle categorie diagnostiche alla Scala BIS

tale in tutte le sottoscale, in particolare nella Brain Injury Subscale (BIS), nella scala di Psicoticismo (PSY), in quella di Ossessività-Compulsività (OBS) e al Global Severity Index (GSI) (Graf. 6).

10. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La ricerca presentata aveva come obiettivo principale quello di chiarire se i punteggi ottenuti alla SCL-90-R dai soggetti con lesioni cerebrali o malattie neurologiche possano essere ricondotti alla presenza di una reale psicopatologia, oppure semplicemente alle compromissioni derivanti dalla malattia cerebrale. A tal proposito, sono stati confrontati i punteggi ottenuti alla suddetta scala da un campione clinico sperimentale, composto da pazienti con malattie neurologiche e lesioni al cervello, con i punteggi conseguiti da un campione clinico di controllo, costituito da persone con malattie organiche non legate a deficit neurologici. I due campioni sono stati ulteriormente confrontati con il campione normativo di soggetti sani. In seguito, sono stati presi in esame i punteggi medi ottenuti dai campioni clinici in ciascuna sottoscala della SCL-90-R, facendo riferimento anche alla categoria diagnostica di appartenenza. Come evidenziato in precedenza, i pazienti affetti da trauma cranico e quelli con tumore cerebrale hanno ottenuti punteggi più elevati rispetto ai campioni di controllo, sia nella Scala BIS, sia nelle altre sottoscale. Tali risultati confermano quelli ottenuti da Leathem e Babbage (2000), focalizzatisi sui soggetti con trauma cranico, e potrebbero confermare l'ipotesi avanzata da Woessner e Caplan (1995) secondo cui gli item della Scala BIS risulterebbero direttamente correlati alle compromissioni da trauma cranico.

Una differenza significativa tra i punteggi del cam-



pione clinico sperimentale e di quello di controllo è rilevabile in particolare nelle sottoscale BIS, PSY, OBS e GSI. Tali risultati confermano quanto emerso dagli studi precedenti (Woessner e Caplan, 1995; Hoofien et al, 2005) secondo i quali i pazienti con compromissione neurologica manifestavano più sintomi cognitivi, somatici ed emotivi rispetto ai soggetti sani, sintomi correlabili al loro stato di malattia piuttosto che a fattori psicologici o emotivi. Il presente studio si differenzia dai precedenti per aver confrontato i pazienti con lesioni cerebrali non solo con soggetti sani, ma anche con pazienti con altre tipologie di malattia, non cerebrale. I risultati ottenuti sono stati analoghi a quelli degli studi presenti in letteratura, dimostrando che la patologia neurologica, al contrario delle altre, può effettivamente alterare significativamente i punteggi in alcune sottoscale specifiche della SCL-90-R.

Alla luce dei risultati ottenuti, si può concludere che è bene che il clinico sappia che un'interpretazione convenzionale dei punteggi ottenuti alla SCL-90-R da persone con lesioni cerebrali potrebbe dar forma a quadri psicopatologici inadeguati, poiché l'alterazione dei punteggi potrebbe essere ricondotta alla particolare condizione clinica dei pazienti, soprattutto ai danni a carico delle aree cerebrali coinvolte nell'espressione emotiva. Essere consapevoli di tale aspetto dello strumento è di fondamentale importanza al fine di evitare eventuali diagnosi fallaci o errori di giudizio che potrebbero ripercuotersi sulle scelte del clinico in merito al trattamento del paziente in questione.

In conclusione, i risultati riportati nel presente lavoro di ricerca dimostrano che un punteggio superiore alla media nella Scala BIS può essere indicativo di una compromissione neurologica, suggerendo che potrebbe essere utile per il clinico usare la Scala BIS proprio per discriminare la patologia neurologica dal disturbo psicologico, evitando eventuali diagnosi erranee.

BIBLIOGRAFIA

- Annoni, J. M., Staub, F., Bruggimann, L., Gramigna, S., & Bogousslavsky, J., (2006). **Emotional disturbances after stroke**. *Clinical and Experimental Hypertension*, 28 (3-4), 243-249.
- Boncori, L., (2006). **I Test in Psicologia**. Bologna: Il Mulino.
- Busch, C. R. & Alpern, H. P., (1998). **Depression after mild traumatic brain injury: A review of current research**. *Neuropsychology Review*, 8, 95-108.
- Campbell Burton, C. A., Murray, J., Holmes, J., Astin, F., Greenwood, D., & Knapp, P., (2012). **Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies**. *International Journal of Stroke*.
- Chan, K. L., Campayo, A., Moser, D. J., Arndt, S. & Robinson, R. G., (2006). **Aggressive behavior in patients with stroke: association with psychopathology and results of antidepressant treatment on aggression**. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 87, 793-798.
- Del Bo, L., (2009). **Acufeni. Cause, diagnosi, terapie: quando un fastidioso fischio agli orecchi non ti abbandona**. Milano: Tecniche Nuove.
- Del Corno, F., & Lang, M. (Eds.). (2002). **Psicologia clinica. Volume 3**. Milano: Franco Angeli.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L., (1973). **SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report**. *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1), 13-27.
- Fisher, R.S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., et al. (2014). **ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy**. *Epilepsia*, 55 (4), 475-482.
- Hemigway, H., Whitty, C. J., Shipley, M., et al., (2001). **Psychosocial risk factors for coronary disease in White South Asia and Afro-Caribbean civil servants: the Whitehall II study**. *Ethnicity & Disease*, 11, 391-400.
- Hermann, B. P., Seidenberg, M., Bell, B., Woodard, A., Rutecki, P., & Sheth, R., (2000). **Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: association with chronicity of epilepsy and impact on quality of life**. *Epilepsy & Behaviour*, 1 (3), 184-190.
- Hoofien, D., Barak, O., Vakil, E., & Gilboa, A., (2005). **Symptom Checklist-90 Revised Scores in Persons With Traumatic Brain Injury: Affective Reactions or Neurobehavioral Outcomes of the Injury?** *Applied*

- Neuropsychology, 12 (1), 30-39.
- Hoofien, D., Gilboa, A., Vakil, E., & Donovan, P.J., (2001). **Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning.** *Brain Injury*, 15 (3), 189-209.
 - Jastreboff, P.J., (1990). **Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception.** *Neuroscience Research*, 8, 221-254.
 - Kaplan, C. P., (1998). **SCL-90-R interpretation and brain tumor: A correction factor?** *Brain Injury*, 12, 977-985.
 - Kaplan, C.P., Miner, M.E., Mervis, L., Newton, H., McGregor, J. M., & Goodman, J.H., (1998). **Interpretative risk: the use of the Hopkins Symptom Checklist 90-Revised (SCL 90-R) with brain tumour patients.** *Brain Injury*, 12, 199-205.
 - Kern, S., Schrempf, W., Schneider, H., Schultheiß, T., Reichmann, H., & Ziemssen, T., (2009). **Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis.** *Multiple Sclerosis Journal*, 15 (6), 752-758.
 - Kuper, H., Marmot, M. Hemigway, H., (2002). **Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease.** *Seminars in Vascular Medicine*, 2, 267-314.
 - Langer, K.G., Laatsch, L., & Lewis, L. (Eds.). (1999). **Psychotherapeutic interventions for adults with brain injury or stroke: A clinician's treatment resource Madison.** CT: Psychological Press, 75-95.
 - Lazzari, D., (2007). **Mente e salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione.** Milano: Franco Angeli.
 - Leathem, J. M., & Babbage, D. R., (2000). **Affective Disorders after Traumatic Brain Injury: Cautions in the Use of the Symptom Checklist-90-R.** *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15 (6), 1246-1255.
 - Manzoni, G. C., & Torelli, P., (2012). **Neurologia.** Bologna: Società Editrice Esculapio.
 - Massa, S. (Ed.). (2008). **Elementi di microbiologia.** Firenze: Pearson.
 - Mazzucchi, A. (Ed.). (2012). **La riabilitazione neuropsicologica: premesse teoriche e applicazioni,** Mondini, S., Mapelli, D., & Arcara, G., (2009). **La valutazione neuropsicologica.** Roma: Carocci Faber.
 - Mullins, L. L., Cote, M. P., Fuemeller, B. F., Jean, V. M., Beatty, W. W., & Paul, R.H., (2001). **Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis.** *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 139-153.
 - Ownsworth, T. L., & Oei, T. P. S., (1998). **Depression after traumatic brain injury: Conceptualization and treatment considerations.** *Brain Injury*, 12, 35-751.
 - Prigatano, J.P., (1996). **Behavioral limitations TBI patients tend to under estimate: A replication and extension to patients with lateralized cerebral dysfunction.** *Clinical Neuropsychologist*, 10, 191-201.
 - Quattropani, M. C., (2008). **Neuropsicologia clinica della sclerosi multipla.** Roma: Armando Editore.
 - Rosenthal, M., Christensen, B.K., & Ross, T.P., (1998). **Depression following traumatic brain injury.** *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 90-103.
 - Ruis, C., van den Berg, E., van Straelen, H. E., Huenges Wajer, I. M. C., Biessels, G. J., Kappelle, et al., (2014). **Symptom Checklist 90- Revised in neurological outpatients.** *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36 (2), 170-177.
 - Saviola, D., & De Tanti, A. (Eds.). (2010). **Trauma cranico e disabilità. Esperienze di psicoterapia.** Milano: Franco Angeli.
 - Taggi, F., & Marturano, P. (Eds.). (2007). **Salute e sicurezza stradale: l'onda lunga del trauma.** Roma: C.A.F.I. Editore.
 - Tedeschi, R. C., & Calhoun, L. G., (2004) **Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.** *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
 - USES, (1986). **Enciclopedia Medica Italiana, (Vol. 13).** 184-185.
 - Vito, A., (2014). **Percorsi operativi per la cura globale di persone.** Milano: Franco Angeli.
 - Wall, P. D., (1978). **The Gate Control Theory of Pain Mechanism: a re-examination and re-statement.** *Brain*, 101, 1-18.
 - Woessner, R., & Caplan, B., (1996). **Emotional Distress Following Stroke: Interpretive Limitations of the SCL-90-R.** *Assessment*, 3 (3), 291-305.



GENITORI ANCORA BAMBINI INDAGINE SULLA GENITORIALITÀ PRECOCE

RIASSUNTO

Il presente studio ha voluto indagare l'esistenza di differenze significative tra il rischio che presentano genitori adulti e genitori adolescenti nello sviluppo di una psicopatologia di tipo depressivo. Lo stesso ha confrontato un campione di 10 coppie di genitori adolescenti (10 maschi e 10 femmine, di età media 18.3 e 18 anni rispettivamente, con un solo figlio di età media di 7.6 mesi), con un gruppo di controllo di 10 coppie di genitori adulti (10 maschi e 10 femmine, di età media 31.3 e 29.8 anni rispettivamente, con un solo figlio di 8.1 mesi). Entrambi i gruppi sono stati reclutati con la collaborazione di medici di base, pediatri, ginecologi e scuole superiori di una provincia del Sud Italia.

Lo studio ha utilizzato il Beck Depression Inventory (BDI) per valutare la depressione, l'Edinburg postnatal Depression Scale (EPDS) per valutare la depressione post-parto nelle madri e il Family Relations Test (FRT), per valutare le dinamiche familiari in entrambi i campioni.

L'analisi statistica è stata effettuata attraverso la STATA-MP 10.1 per Mac OS X, l'Analisi della Varianza ANOVA e il Test di Fisher.

Sono state riscontrate significative differenze tra i genitori adolescenti e quelli adulti in merito a rischio di depressione e depressione post-partum. Disturbi depressivi sono stati evidenziati nel 75% dei genitori adolescenti contro il 30% dei genitori adulti. Anche le

dinamiche familiari sono risultate a più alto rischio tra i genitori adolescenti che tra i genitori adulti.

PAROLE CHIAVE

Genitorialità precoce, genitorialità adulta, rischio, depressione, depressione post-parto, dinamiche familiari.

INTRODUZIONE

Per "famiglia prematura" si intende quella in cui la coppia non ha avuto né il tempo né l'opportunità di affrontare i compiti evolutivi della vita matrimoniale con sufficiente preparazione, così da trovarsi incompetente davanti alle attese di ruolo e alle esigenze che immediatamente e inesorabilmente le si impongono⁽¹⁵⁾. Oltre all'eventuale presenza di un figlio, la situazione risulta aggravata dall'assenza della fase di costruzione e stabilizzazione della coppia, fondamentale per la vita duratura della famiglia. La coppia molto giovane, infatti, manca delle capacità necessarie ad affrontare e sostenere una relazione d'intimità soddisfacente, e in essa si genera spesso il malcontento per il modo in cui l'altro coniuge svolge il proprio ruolo e risponde alle attese del partner. Ciò conduce all'instabilità della coppia in modo particolare quando il più giovane tra i due partner è il ragazzo⁽¹⁵⁾.

Il fenomeno della genitorialità in adolescenza è stato molto studiato nella letteratura scientifica al

Iolanda Vivoli

Psicologa Psicoterapeuta,
mail: iolandavivoli@libero.it

Mariagrazia Carone

Dir. Psic di I Liv. con Inc. U.O.C. Psichiatria
Univ., Az. Osp. Univ. Policlinico di Bari,
mail: dottcaronemg@libero.it

Francesca Fortunato

Dipartimento di Scienze Mediche e
Chirurgiche, Università degli Studi di Foggia,
mail: francesca.fortunato@unifg.it

Silvia Costanzo

Tirocinante psicologo, U.O.C. Psichiatria
Univ., Az. Osp. Univ. Policlinico di Bari,
mail: silvia.n.costanzo@gmail.com

fine di comprenderne non solo le conseguenze, ma anche i significati che esso sottende. L'adolescenza, in effetti, è una fase del ciclo di vita in cui gli individui sono chiamati a risolvere specifici compiti evolutivi per costruire una nuova immagine di sé e una nuova identità e, l'intrecciarsi delle complesse dinamiche relative alla genitorialità con le problematiche e i cambiamenti adolescenziali, rende il quadro risultante da questa sovrapposizione quanto mai articolato e sfaccettato.

Le ricerche in merito offrono risultati talvolta contrastanti.

Da un lato emerge come le madri e i padri adolescenti abbiano una percezione non realistica del bambino e dei bisogni che caratterizzano le tappe del suo sviluppo e, pertanto, abbiano aspettative erranee rispetto alla comparsa delle sue abilità motorie, verbali, emozionali, sociali e cognitive^(24; 9). Per il bambino, quindi, il rischio è quello di venire esposto alla sottostima o alla sovrastima delle sue competenze progressive, e all'aspettativa irrealistica di ottenere risposte a stimoli inadeguati alle sue possibilità. In alcuni casi a ciò consegue l'attribuzione di un ritardo o di un deficit ad un bambino a cui invece si richiede una prestazione motoria, verbale o sociale per la quale non può essere pronto. In altre circostanze, il medesimo comportamento viene attribuito alla scarsa volontà del bambino, innescando nei genitori interventi punitivi e maltrattanti⁽⁴⁾.

Allo stesso tempo alcune linee di pensiero considerano la gravidanza in adolescenza sia come esito di fattori di rischio sociali, ambientali, familiari o culturali, sia come fattore di rischio per lo sviluppo sano del bambino, indicando la significativa presenza di traiettorie negative nelle interazioni precoci tra madri e bambini. Secondo queste ricerche le madri adolescenti, in balia dell'alternanza tra uno sprezzante spirito d'indipendenza e un atteggiamento regressivo verso la dipendenza infantile (M. Andolfi, 2010), sono molto più frequentemente soggette a sintomi depressivi, abuso di sostanze ed episodi di maltrattamento nei confronti dei figli rispetto alle madri adulte⁽⁷⁾. Le madri adolescenti stabilirebbero pertanto relazioni genitoriali più povere, caratterizzate da un'estrema limitazione delle comunicazioni

verbali, da tendenze punitive e da una frequente svalutazione delle competenze cognitive e comunicative del bambino. Inoltre esprimerebbero un maggior numero di emozioni di segno negativo e i loro figli mostrerebbero un maggior numero di deficit cognitivi e socio-emozionali nel corso dello sviluppo⁽²²⁾. Infine dall'analisi della letteratura emerge come le madri adolescenti siano mediamente più a rischio di sviluppare problemi psicologici durante o dopo la gravidanza che, se non opportunamente trattati, possono condurre all'insorgenza di una psicopatologia, in particolar modo di tipo depressivo^(14; 18).

La letteratura sulla genitorialità in adolescenza si è concentrata prevalentemente sul ruolo materno come fattore che maggiormente influisce sullo sviluppo del bambino, trascurando spesso il ruolo paterno. In uno studio condotto da P. Florsheim e A. Smith (2005)⁽⁶⁾ si è esaminato il comportamento della coppia genitoriale adolescente verso il bambino, confrontandolo con quello della coppia adulta, mettendo in luce inaspettatamente il fatto che i padri adolescenti si comportavano con i propri figli in un modo che rifletteva come loro erano stati trattati dalle proprie partner. In tale ricerca è altresì emerso che il clima interpersonale ostile tra i partner abbia una grande probabilità di riversarsi sul rapporto genitore-figlio, portando a riflettere sull'importanza che detiene la relazione di coppia nel conseguimento di una buona competenza genitoriale e suggerisce, nel caso di soggetti a rischio, di intervenire non solo sui genitori e sulla relazione genitore-bambino, ma anche sulla relazione di coppia.

Ricerche successive⁽²³⁾ hanno rivelato che la maggior parte delle gravidanze e delle nascite durante l'adolescenza si verificano al di fuori del matrimonio, e che molto spesso i padri non sposano la madre del loro primo figlio, e inoltre che questi padri hanno maggiore probabilità di provenire da famiglie con un più basso status socio-economico e da un ambiente familiare instabile, maggiori probabilità di avere un minor livello di istruzione e di aver commesso atti delinquenti o di abusare di alcool e droghe.

Negli ultimi anni in tutta Europa, e in particolare modo in Svezia⁽²⁵⁾, si è osservato un proliferare di studi di



ricerca atti a valutare quali fossero le differenze di stress relativo alla genitorialità precoce nei vissuti paterni e materni. Da questi studi si è evidenziato che sia le madri sia i padri sono sottoposti a elevati livelli di stress in relazione alla loro condizione genitoriale, ma anche, in linea con i differenti ruoli di genere, che le madri si sentono meno competenti, soffrono maggiormente in relazione alle restrizioni che il ruolo di sposa e madre comporta nelle loro vite e sono più soggette a problemi di salute, mentre i padri percepiscono maggiore isolamento sociale, maggior frustrazione in relazione al proprio lavoro, alle proprie risorse finanziarie e alla mancanza di intimità con il partner.

Quando parliamo di genitorialità in adolescenza pertanto dobbiamo sempre tener in conto il fatto che si tratta di un fenomeno molto complesso, in cui ogni variabile gioca un ruolo specifico che va presa in considerazione sia nell'analisi del fenomeno sia nella progettazione degli interventi.

In linea con l'attuale trend di ricerca europeo, l'indagine che di seguito riportiamo non si focalizza esclusivamente sulla madre adolescente e sulla sua maggiore vulnerabilità alla depressione, argomento più che trattato nella letteratura, ma prende in considerazione, probabilmente per la prima volta nell'ambito della ricerca italiana, i padri adolescenti, per indagare se anche questi, così come le loro partner, siano esposti a un più elevato rischio di depressione, andando a incrementare il livello di rischio che caratterizza la "famiglia prematura".

OBIETTIVI

La presente indagine si prefigge tre finalità:

- 1 verificare la presenza di un maggiore rischio di depressione post-partum tra le madri adolescenti rispetto alle madri adulte;
- 2 verificare la presenza di una maggiore vulnerabilità ad un umore depresso tra entrambi i genitori adolescenti rispetto ai genitori adulti;
- 3 indagare dal punto di vista qualitativo-descrittivo le dinamiche relazionali della famiglia costituita da genitori adolescenti, ritenute più a rischio di quella composta da genitori adulti.

MATERIALI E METODI

Il gruppo sperimentale è composto da 10 coppie di genitori adolescenti (10 maschi e 10 femmine) con età media rispettivamente di 18.3 anni (Deviazione Standard DS: ± 1.49 ; range: 16-20 anni) e di 18 anni (DS: ± 1.76 ; range: 16-21 anni), con un unico figlio, nato a termine, di età media di 7.6 mesi (DS: ± 2.51 ; range: 4-14 mesi). L'età media delle madri e dei padri al momento del parto è, rispettivamente, di 17.4 anni (DS: ± 1.72 ; range: 15-20 anni) e di 17.7 anni (DS: ± 1.49 ; range: 15-20 anni).

Il gruppo di controllo è composto da 10 coppie di genitori adulti (10 maschi e 10 femmine) di età media, rispettivamente di 31.3 anni (DS: ± 3.62 ; range: 25-35 anni) e 29.8 anni (DS: ± 3.62 ; range: 25-35 anni), con un unico figlio, nato a termine e con età media pari a 8.1 mesi (DS: ± 2.92 ; range: 4-12 mesi). L'età media delle madri e dei padri al momento del parto è, rispettivamente di 29.2 anni (DS: ± 3.49 ; range 25-34 anni) e di 30.7 anni (DS: ± 3.40 ; range: 25-34 anni).

Il campione del gruppo sperimentale e di quello di controllo sono stati reclutati presso le scuole superiori, gli studi di medici di famiglia, di pediatri e di ginecologi sia convenzionati con il SSN sia privati, di una città del Sud Italia e della sua provincia. Sono stati esclusi quei soggetti già in cura per depressione o per altri problemi psichiatrici.

STRUMENTI

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione:

- 1 la scheda informativa, somministrata alle sole madri sia adolescenti sia adulte, finalizzata a raccogliere dati sociodemografici e anamnestici sulla famiglia attuale e su quella di origine;
- 2 il Beck Depression Inventory II (BDI II) (2), strumento self report per la valutazione della gravità della depressione in pazienti già diagnosticati e per la rilevazione del rischio della depressione nella popolazione normale, somministrato alle madri e ai padri, sia adolescenti che adulti;
- 3 la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (6) strumento self report per la valutazione della Depressione Post-partum (DPP), somministrato

alle sole madri, sia adolescenti sia adulte, con l'esclusione dei padri dei due gruppi poiché la versione per i padri non è ancora stata validata sulla popolazione italiana;

4 il Family Relation Test, FRT(3): test proiettivo costituito da 20 sagome di cartone che rappresentano in maniera vaga e stereotipata i componenti di una famiglia qualunque, che fornisce un quadro integrato dei sentimenti, sia positivi che negativi, che il soggetto esaminato nutre verso i membri della sua famiglia. Il test è stato somministrato alle coppie di entrambi i gruppi.

L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software STATA-MP 10.1 per Mac OS X.

Per verificare eventuali associazioni tra le variabili qualitative indagate è stato impiegato il test esatto di Fischer, considerando significativi i valori di $p < 0.05$. La valutazione di differenze significative tra le medie di variabili continue (BDI II, EPDS) è stata effettuata mediante test non parametrico di Mann-Whitney, considerando significativi i valori con $p < 0.05$, mentre l'analisi della varianza ANOVA (Analysis of Variance) è stata usata per confrontare gruppi e punteggi ottenuti al BDI II. La correlazione tra i punteggi di BDI II e EPDS è stata indagata attraverso il test di Spearman.

I dati ottenuti dalla somministrazione del FRT non sono stati sottoposti ad alcuna analisi statistica, ma esaminati esclusivamente dal punto di vista descrittivo-qualitativo.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati relativi al questionario demografico risulta che le madri adolescenti, rispetto a quelle adulte, hanno un livello di istruzione più basso (*Fisher's exact* $p=0.0002$); sono più spesso disoccupate (*Fisher's exact* $p=0.0350$); sono meno frequentemente coniugate (*Fisher's exact* $p=0.0099$); hanno più spesso preso in considerazione l'ipotesi di interrompere la gravidanza (*Fisher's exact* $p=0.0004$); comunicavano la notizia della gravidanza quando la stessa era inoltrata (*Fisher's exact* $p=0.0015$); ritengono spesso di non ricevere adeguato sostegno (emotivo, pratico ed economico) dal proprio partner (*Fisher's exact* $p=0.0004$); si rivolgono maggior-

mente ai servizi socio-sanitari per cercare supporto durante la gravidanza e la maternità (*Fisher's exact* $p=0.0015$); hanno un partner disoccupato (*Fisher's exact* $p=0.0495$) e con un livello di scolarità più basso (*Fisher's exact* $p=0.0015$).

Dopo l'analisi descrittiva si è passati alla fase di elaborazione dei dati relativi alle due ipotesi sulla depressione, ottenendo i seguenti risultati: il 75% dei genitori adolescenti supera il punteggio soglia di 12 del BDI II, considerato diagnostico per la depressione, rispetto al 30% dei genitori adulti e risultano dunque sensibilmente più a rischio di depressione rispetto a questi ultimi (*Fisher's exact* $p=0.0003$). Stesso confronto è stato fatto comparando sia il Fattore Somatico (manifestazioni somatiche e affettive della depressione, quali perdita di interessi, di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto, ecc.) sia il Fattore cognitivo del BDI II (manifestazioni cognitive della depressione, quali pessimismo, senso di colpa, autocritica e scarsa autostima, ecc.), risultando sensibilmente più elevati nel gruppo dei genitori adolescenti (rispettivamente $p=0.0044$ e $p=0.0001$).

L'analisi della varianza ANOVA ha mostrato come

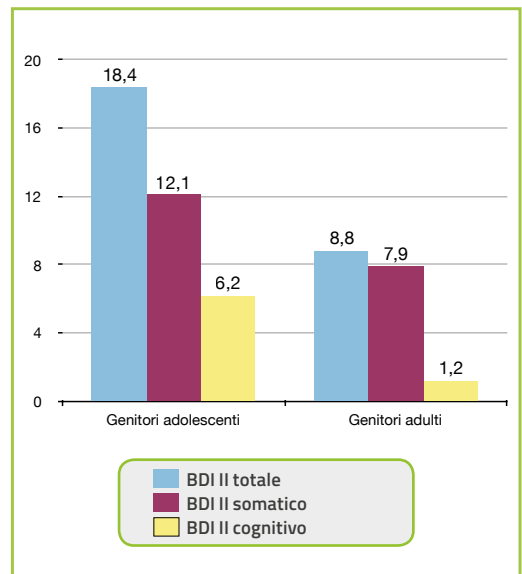


Fig.1. Distribuzione dei punteggi medi al BDI II nei genitori adolescenti e nei genitori adulti.



	BDI II totale				BDI II somatico				BDI II cognitivo			
	Media	DS	p value	F statistic	Media	DS	p value	F statistic	Media	DS	p value	F statistic
Madri adolescenti	20.3	9.3	0.0008	6.98	13.2	4.6	0.0145	4.02	7.0	4.7	0.0001	10.12
Padri adolescenti	16.5	7.4			11.1	5.1			5.4	2.9		
Madri adulte	9.9	3.9			9.1	3.1			0.4	0.7		
Padri adulti	8.0	5.6			6.8	4.2			2.0	2.3		

Tab.1: Confronto dei punteggi medi al BDI II tra madri adolescenti, padri adolescenti, madri adulte e padri adulti.

siano le madri adolescenti a ottenere i punteggi più elevati sia al punteggio totale sia al Fattore Somatico sia a quello Cognitivo del BDI II, in maniera altamente significativa sia rispetto ai padri adolescenti sia rispetto ai genitori adulti (rispettivamente $F=6.98$, $p<0.0008$; $F=4.02$, $p>0.0145$; $F=10.2$, $p<0.0001$). In dettaglio, dal confronto il punteggio medio totale di BDI II ottenuto dalle madri adolescenti rispetto a quello delle madri adulte, risulta che le madri adolescenti del nostro campione sono sensibilmente più a rischio di depressione rispetto a quelle adulte ($p=0.0208$). Stessa differenza statisticamente significativa emerge confrontando il punteggio medio totale ottenuto dai padri adolescenti rispetto a quelli adulti: anche tra loro il gruppo di padri adolescenti risulta sensibilmente più a rischio di depressione rispetto al gruppo dei padri adulti ($p=0.0153$). Tra le madri adolescenti e quelle adulte sia il Fattore Somatico sia quello Cognitivo risultano sensibilmente più alti nel primo gruppo ($p=0.0391$ e $p=0.019$, rispettivamente). Analoga differenza rispetto ad entrambi i Fattori è stata riscontrata tra i padri adolescenti e quelli adulti (rispettivamente, $p=0.0481$ e $p=0.0116$). È stato confrontato poi il punteggio medio totale ottenuto al BDI II, quello relativo al solo Fattore somatico e quello relativo al Fattore Cognitivo all'interno di ciascuna coppia, non trovandovi differenze significative. Anche dai punteggi medi ottenuti dalla somministrazione della EPDS alle sole madri dei due gruppi, si evince come le madri adolescenti siano più a rischio di depressione post-partum rispetto a quelle adulte (media EPDS: 17., DS: ± 6.8 vs 11.4, DS: ± 4.8 ; $p=0.0483$).

Tra le madri adolescenti infatti ben 8 su 10 supera-

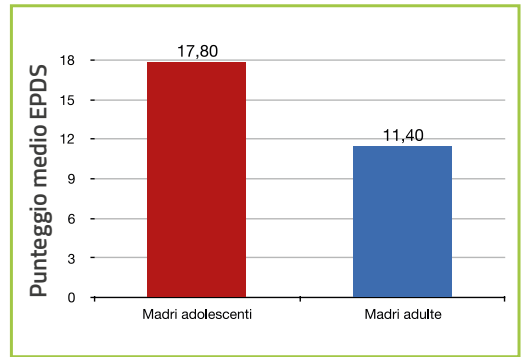


Fig.2. Distribuzione dei punteggi medi alla EPDS nelle madri adolescenti e nelle madri adulte

no il cut off di 10, contro le 6 su 10 nel campione di madri adulte. Ci sembra utile ricordare però come a causa della esigua numerosità del campione, tutti i risultati ottenuti vadano interpretati come mere tendenze.

Questo risultato conferma quanto riportato in letteratura: le madri adolescenti sembrano maggiormente predisposte alla depressione post-partum, con percentuali di incidenza attorno al 50%⁽¹¹⁾.

Non è invece stata riscontrata alcuna associazione significativa, valutata tramite correlazione per ranghi di Spearman, tra il punteggio totale ottenuto dalle madri adolescenti al BDI II e all'EPDS; la depressione nel periodo port-partum è controversa: non vi è accordo tra i ricercatori sul fatto che la stessa sia o meno distinta in qualche modo dalla depressione che potrebbe manifestarsi in seguito alla nascita del bambino⁽¹⁶⁾.

In ultimo si riportano le osservazioni più significative emerse dalla somministrazione del quarto

strumento da noi utilizzato, il FRT, ad entrambi i componenti di ciascuna coppia di genitori, sia adolescenti sia adulti. Nelle coppie di genitori adolescenti emerge una tendenza, da parte della madre, a proiettare sulla propria madre sentimenti fortemente negativi, dato del tutto prevedibile visto che queste ragazze sono ancora “fisiologicamente” e conflittualmente coinvolte nel loro ruolo di figlie, dal quale non riescono a svincolarsi per assumere anche il nuovo ruolo di madre.

Un dato ancora più interessante riguarda la tendenza da parte delle madri adolescenti, a proiettare sentimenti negativi e ambivalenti sul proprio bambino. Questa è evidentemente un importante marcatore di rischio se si considera che la presenza di sentimenti di questo genere impedisce la creazione di un attaccamento sicuro da parte del bambino, con tutte le conseguenze sullo sviluppo note in letteratura.

Il primo dato emerso, cioè la proiezione di sentimenti fortemente negativi sulla propria madre, non è invece stato riscontrato nel gruppo delle madri adulte, le quali evidentemente hanno superato quella fase di conflittualità con la propria madre, dalla quale ora si sentono affrancate tanto da poter svolgere appieno il proprio ruolo di caregiver.

Sul versante dei padri dei due campioni, emerge quanto segue: i padri adolescenti tendono a proiettare sentimenti negativi e ambivalenti sul proprio figlio, proprio come fanno le loro compagne, mentre i partner adulti mostrano di apprezzare le proprie partner e di nutrire sentimenti di amore nei loro confronti; le stesse li corrispondono e ritengono, a loro volta, di essere molto amate. Questi padri adulti, però hanno la interessante tendenza a proiettare sentimenti di ostilità non verso il proprio partner o il proprio bambino, ma verso una sagoma che nell’FRT è chiamata “Nessuno” e che serve a raccogliere quegli item che esprimono sentimenti che il soggetto decide di non assegnare a nessuno. Tale scelta dal punto di vista psicodinamico, nasce dal tentativo di negare qualsiasi tipo di sentimento, sia positivo sia negativo, provato nei confronti dei componenti della propria famiglia, probabilmente per una difficoltà di accettazione della transizione alla triade e della nuova e delicata condizione di paternità.

DISCUSSIONE

Prima di discutere i risultati ottenuti, si vuole sottolineare che quella che è stata condotta è una mera indagine conoscitiva eseguita su un campione numericamente esiguo, appartenente a una realtà selettiva quale è quella di una città del Sud Itali e della sua provincia, di conseguenza i risultati ottenuti vanno interpretati con cautela, senza l’ambizione di volerli generalizzare, ma nel contempo si vuole anche sottolineare l’estrema difficoltà riscontrata nel riuscire a reclutare anche il piccolo campione di questo studio. Infatti, sebbene in Italia il fenomeno della gravidanza in adolescenza, relativamente contenuto fino a pochi decenni fa, sia in netto aumento negli ultimi anni per via della progressiva diminuzione dell’età di conseguimento della maturità sessuale, esistono ancora forti motivi di ordine socio-culturale per la scarsa visibilità del fenomeno e, come riferito da alcuni pediatri e ginecologi contattati per chiedere collaborazione nella ricerca al campione, lo stesso è ancora considerato un tabù da tenere, di conseguenza, il più possibile nascosto. Tuttavia, alla luce dei dati ottenuti in questa indagine, si possono trarre alcune riflessioni relative al gruppo sottoposto a indagine: i genitori adolescenti, sia madri sia padri, sarebbero maggiormente esposti al rischio di depressione rispetto ai genitori che diventano tali in età più avanzata. Inoltre le madri adolescenti sarebbero più a rischio di depressione post-partum rispetto a quelle adulte.

Si può ipotizzare che lo stato depressivo dei giovani genitori possa probabilmente dipendere da alcuni aspetti emersi sia dalla letteratura scientifica sia dalle più recenti ricerche su madri (in misura maggiore) e padri (in misura minore) adolescenti in relazione alle dinamiche psicologiche della gravidanza, al rapporto con la famiglia di origine, al desiderio di maternità, alle emozioni riguardanti il Sé, il partner e il bambino interno, oltre che le aspettative future, le rappresentazioni mentali sia di sé come madre sia del futuro bambino.

Una caratteristica che è ripetutamente emersa come fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi riguarda la relazione della donna con la propria figura di attaccamento: donne che riportano



relazioni negative precoci con la stessa mostrano anche una maggiore incidenza di sintomi depressivi prima del parto e un incremento degli stessi nel periodo post-natale⁽¹³⁾.

Le ricerche future pertanto potrebbero indagare, nell'ottica dell'inter-generazionalità dei sistemi di attaccamento madre-figlio, circa le storie di attaccamento originarie delle giovani madri, che potrebbero essere a monte dei sintomi depressivi successivi.

Un'ipotesi ulteriore, che potrebbe spiegare la presenza dello stato depressivo riscontrato tra i genitori adolescenti del nostro studio, riguarda l'incidenza già alta, attualmente valutata attorno al 30-40%, di uno stato lievemente depressivo tra gli adolescenti anche in assenza della maternità/paternità.

CONCLUSIONI

La tematica della genitorialità in età adolescenziale negli ultimi decenni ha stimolato una molteplicità di studi e di ricerche che non sempre hanno condotto a risultati concordi a proposito dei possibili fattori di rischio di disagio psicologico per madri e bambini. Infatti, se i primi risultati presentavano dati particolarmente allarmanti sulle conseguenze delle gravidanze adolescenziali riferendosi essenzialmente al fattore età, successivamente si è osservato come lo stesso fosse quasi sempre una variabile associata a un contesto socio-ambientale a rischio^(21; 22). In base a recenti studi si può constatare che nei paesi occidentali la gravidanza in età precoce può essere conseguenza di vari fattori: povertà, vivere in aree a alto tasso di crimine e violenza, disinformazione sui metodi contraccettivi o volontà inconscia dell'adolescente di vivere quella "vera famiglia" che non ha mai avuto, dalla quale ricevere amore e attenzioni, cercando di "colmare quel vuoto affettivo attraverso un figlio" (Ammaniti et. al 1999).

Inoltre, sarebbe auspicabile replicare la stessa indagine su un campione più numeroso, in modo da poter ottenere dei risultati di maggiore rigore scientifico.

La genitorialità in adolescenza comporta rischi sia per la salute mentale della giovane mamma e – come confermato dalla nostra indagine – sia per quella del giovane papà, e di conseguenza per il nor-

male sviluppo del bambino. Pertanto a nostro avviso in futuro sarebbe interessante osservare non più la tradizionale diade madre-bambino, bensì la triade costituita da madre adolescente-bambino-padre adolescente, per confrontarla con la stessa triade genitori adulti-bambino, esplorando eventuali differenze nelle modalità di interazione.

Come emerso anche da recentissimi studi di ricerca europei, è molto importante seguire queste giovani coppie durante la gravidanza, al momento del parto e durante i primi mesi di maternità e paternità. La vita con il bambino può essere molto diversa da quella che aveva immaginato la giovane coppia e le dinamiche relazionali che si instaurano tra i partner, se conflittuali, possono compromettere il sano sviluppo del bambino riversandosi sulla relazione genitori-figlio: padre e madre devono dunque essere ben informati per adattarsi a questa nuova situazione dal momento che i genitori adolescenti devono misurarsi con la responsabilità di guidare il proprio bambino nel suo sviluppo evolutivo, prima ancora che l'adolescente stesso abbia avuto l'opportunità di maturare e sviluppare un'identità autonoma.

Non bisogna trascurare il fatto che questi adolescenti, sebbene già genitori, hanno ancora bisogno di vivere appieno la loro giovane età.

Concludendo, è sicuramente importante fornire loro un sostegno economico, sociale, legislativo e psicologico, eliminando in prima istanza la condanna sociale a cui sono spesso sottoposti.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M., Candelori, C. & Speranza, A.M., (1997). **Dinamiche psicologiche e culturali delle gravidanze in adolescenza: indagine in un campione italiano.** *Psichiatria Inf. Adol.*, 64: 161-171.
- Beck, A., Steer, R.A. & Brown, Gk., (1996). **Beck Depression Inventory II. Validazione Italiana di Ghisi M., Flebus GB., Montano A., Sanavio E., Sica C., Firenze,** Organizzazioni speciali 2006.
- Bene, E. & Anthony, E.J., (1991). **Family Relation Test. Validazione Italiana di De Rosa AS, Firenze,** Organizzazioni speciali 2008.
- Boggi Cavallo, P., (1988). **Piccole madri, piccoli**

- padri.** Bambino incompiuto; 1, pp.43-49.
- Compas, B.E., Hiden, B.R. & Gerhardt, C.A., (1995). **Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience.** Annual Review of Psychology, Vol.46, pp.265-293.
 - Coxe, JI, Holden, Jm. F& Sagovsky R., (1987). **Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edimburg Postnatal Depression Scale.** Brit J. Psychiatry; 150: 782-786.
 - Fergusson, D.M. & Woodward, L.J, (1999). **“Maternal age and educational and psychosocial outcomes in early adulthood”**, In: journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.43, pp. 479-489.
 - Florsheim, P. & Smith, A., (2005). **“Expectant adolescent couples relations and subsequent parenting behaviour”**, In: Infant Mental Health Journal, Vol 26 (6), pp. 533-548.
 - Fursternberg, F.F. Jr., (1976). **The social consequences of teenage parenthood.** Planning Perspectives, 8, pp.148-164.
 - Lemay, C.A., Cashman, S.B., Eifenbein, D.S. & Felice, M.E., (2010). **“A qualitative study of the meaning of fatherhood among urban fathers”** In: Public Health Nurs, Vol.27, pp.221-231.
 - Longsdon, Mc., Birkimer, Jc., Simpson, T. & Looney, S., (2005). **Postpartum depression and social support in adolescents.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 34: 46-54.
 - Mchale James, P., (2010). **La sfida della cogitorialità,** Raffaello Cortina, Milano.
 - McMahan, C., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C., (2005). **Psychological factors associated with persistent postnatal depression: post and current relationship, defence styles and the mediating role of insecure attachment style.** Journal of Affect Disorders, 84 (1): 15-24.
 - Milan, S., Kershaw, Ts, Lewis, J., Wastdahl, C., Schindler Rising, S., Patrikios, M. Et Al (2007). **“Caregiving history and prenatal depressive symptoms in low-income adolescent and young adult women: moderating and mediating effects.”** Psychol Women Q; 31, 241-251.
 - Mion, R., (1988). **Famiglie premature e ciclo della vita familiare.** In: Bambino incompiuto, 1: pp.29-41.
 - O'hara Mw., Zekoski Em., (1998). **Postpartum depression: a comprehensive review.** In: Kumar R., Brockington IF., editors. Motherhood and mental illness: causes and its consequences. Vol2, London, England.
 - Save The Children (2011). **Dossier: Rapporto sulle mamme adolescenti in Italia.** Testo redatto da Cederna G., Inverno A.
 - Secco, M.I, Profit, S., Kennedy, E., Walsh, A., Letourneau, N. & Stewart, M., (2007). **Factors affecting post-partum depressive symptoms of adolescent mothers.** In: JOGNN Clin Res; 36, 47-54.
 - Sellers, K., Black Maureen, M., Boris Neil, W., Oberlander Saraha, E. & Myers, L., (2011). **“Adolescent mothers relationship with their own mothers: impact on parenting outcomes”**, In: Journal of Family Psychology, Vol 25, No.1, pp. 117-126.
 - Speranza, A.M. (2010). **“Disturbi della relazione e dell’attaccamento”**, In: Ammaniti (a cura di) Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio, Raffaello Cortina, Milano.
 - Tambelli, R. (2010). **La regolazione affettiva in diade madre-bambino a rischio.** In: Psicologia clinica e dello sviluppo, Vol.14 (3), pp.479-502.
 - Tambelli, R., (2010). **Dinamiche e competenze genitoriali nello sviluppo tipico e a rischio. In: Ammaniti (a cura di) Psicopatologia dello sviluppo.** Modelli teorici e percorsi a rischio, Raffaello Cortina, Milano.
 - Thompson Stacy, D. & Christine A Johnson (2009). **“Risk and Protective Factors Related to Adolescent Fatherhood: a multi-ethnic comparison”**, In: Adolescent & Family Health, Vol.4 (3), pp. 112-122.
 - Vukelich, C. & Kliman, D.S., (1985). **Mature and teenage mothers’ infant growth expectations and use of child development information sources.** In: family Relations, 34, pp.189-196.
 - Widarsson, M., Engstrom, G., Rosenblad, A, Kers-tis, B., Edlund, B. & Lundberg, P., (2013). **“Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden”**, In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol.27, pp.839-847.
 - Zeanah, C.H., Keener, M.A. & Anders, T.F. (1987). **Adolescent mothers’ perception of their infants before and after birth.** A J of Orthopsychiatry, 57 (3): 351-360.



IL CAMBIAMENTO DEI MINORI IN PSICOTERAPIA FAMILIARE OSSERVATO ATTRAVERSO I PROIETTIVI

Mariagrazia Carone
Psicologo dirigente di I liv., con
incarico presso U.O.C. Psichiatria
Univ. Az. Osp. Policlinico - Bari

Maria Luisa Comes
Psicologa specializzata
in Psicologia Clinica

RIASSUNTO

Nella pratica clinica le autrici avevano notato la rispondenza tra quanto rappresentato nei test proiettivi del disegno dei bambini e quanto osservato nel setting della psicoterapia familiare.

Da ciò è nata l'idea di condurre uno studio di verifica, presso il *Servizio di Terapia Relazionale per i Casi con Problematiche di Conflitto Sociale*, di cui è responsabile la dott.ssa M. Carone: somministrando tre test proiettivi del disegno ai minori, all'inizio e al termine del ciclo di psicoterapia a indirizzo sistemico-relazionale, condotto dalla dott.ssa M. Carone, si è inteso valutare gli eventuali cambiamenti e i possibili risultati ottenuti nel trattamento sia nei minori "pazienti designati" sia nei fratelli.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia Familiare, Cambiamento, Test Proiettivi.

STUDIO

Metodo.

PARTECIPANTI

Il campione sul quale è stato condotto lo studio è composto da 15 bambini, di età compresa tra i 5 e i 13 anni:

- 9 P.D. (Pazienti Designati), di cui 7 maschi e 2 femmine, con le seguenti diagnosi: n.1 con Disturbo Pervasivo dello Sviluppo NAS (forma lieve); n.1 con Ritardo Mentale Lieve, Immaturità Affettiva e Disturbo Generale dell'Apprendimento; n.1 con Mutismo Selettivo; n.1 con Disturbo Oppositivo-Provocatorio e Immaturità

Affettiva; n.1 con Disturbo Oppositivo-Provocatorio e Alimentazione Selettiva; n.1 con Disturbo Oppositivo-Provocatorio e problemi nel grafismo; n.1 con Disturbo Oppositivo-Provocatorio e Depressione; n.1 con Iperattività; n.1 con Lievi Turbe Comportamentali);

- 6 Fratelli, di cui 4 maschi e 2 femmine.

STRUMENTI

Per condurre la ricerca sono stati utilizzati i seguenti test proiettivi: *Disegno della Famiglia di Corman*, *Disegno della Famiglia Incantata* e *Metodo delle Favole di L. Düss*.

PARAMETRI

I parametri da noi rilevati attraverso la somministrazione dei suddetti test proiettivi sono i seguenti:

- Rivalità fraterna;
- Complesso edipico;
- Complesso di castrazione;
- Valorizzazione figura materna;
- Valorizzazione figura paterna;
- Svalorizzazione figura paterna;
- Aggressività figura paterna;
- Riconoscimento ruolo genitoriale;
- Percezione conflitti coppia genitoriale;
- Timore separazione genitori;
- Difficoltà di accettazione separazione genitori;
- Sensi di colpa;
- Dipendenza;
- Tendenze regressive;
- Deflessione del tono dell'umore;

- Tratti depressivi;
- Tendenze narcisistiche;
- Aggressività e tendenza all' acting-out;
- Atteggiamento "dittatoriale";
- Ambivalenza;
- Inibizione;
- Impersensibilità alle opinioni altrui;
- Capacità di focalizzazione sul compito;
- Timori per la scuola;
- Ostinazione e caparbia;
- Tendenza all'isolamento;
- Problemi indefiniti.

Dato che il singolo soggetto non presenta tutte le problematiche sopra rappresentate, e che ognuno si differenzia dagli altri per la soggettività della combinazione dei parametri, al fine di ottenere validità statistica nell'analisi dei dati, i diversi parametri sono stati raggruppati in due macrocategorie:

I. CARATTERISTICHE PERSONALI;

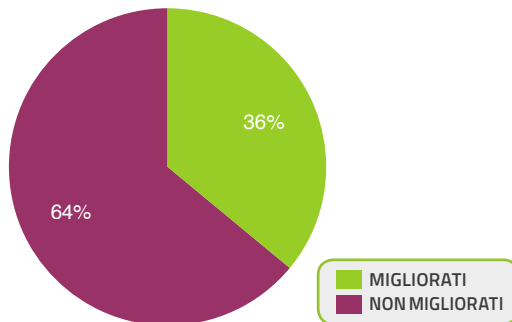
II. RAPPORTO CON GENITORI E FRATELLI.

Tale distinzione è specifica per ognuno dei test considerati. Solo alcuni parametri rilevati dai tre test sono comuni, mentre altri risultano specifici per ciascuno degli stessi.

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

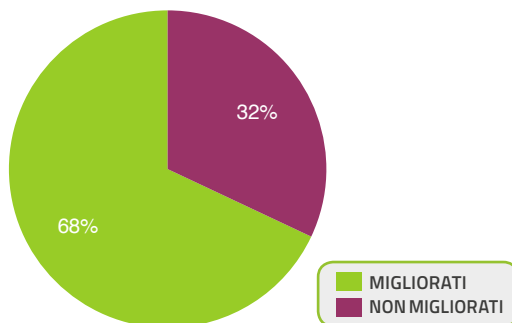
Vengono di seguito presentati i risultati ottenuti dalla somministrazione, a inizio e a termine psicoterapia, dei tre test utilizzati con i P.D. e i Fratelli. Con la voce "Migliorato" si intende la condizione in cui si sia rilevato un miglioramento significativo, mentre con quella "Non Migliorato" ci si riferisce a un risultato non significativo. Nel sottocampione dei P.D. la somministrazione dei tre test proiettivi ha permesso di osservare il miglioramento significativo di 43 parametri su un totale di 67. In generale quindi nel campione dei P.D. risulta maggiore il numero dei parametri Migliorati rispetto ai Non Migliorati. Confrontando i test tra loro, si vede che il Test del Disegno della Famiglia, in cui sono stati da noi individuati un maggior numero di parametri (30 in totale), evidenzia un miglioramento in oltre i 2/3 degli stessi (vedi Grafico 1).

Osservando il campione dei Fratelli emerge che 26 parametri su 38 risultano significativamente migliorati a fine trattamento: quindi più della metà degli stessi, rilevati dai tre test somministrati, appaiono aver tratto giovamento dal trattamento psicoterapico, nonostante i soggetti



Graf. 1: Risultati sul Totale dei parametri nel gruppo Pazienti Designati (P.D.).

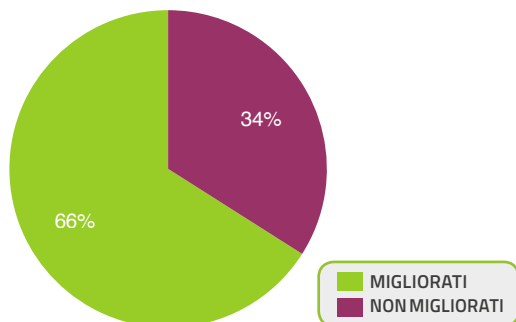
appartenenti a questo sottocampione non siano portatori di sintomi. Anche per i Fratelli inoltre, il Test del Disegno della Famiglia sembra aver fatto emergere maggiormente le problematiche presenti nei soggetti, rilevando quasi la metà del totale dei parametri individuati complessivamente da tutti i test (vedi Grafico 2).



Graf. 2 - Risultati sul Totale dei parametri nel gruppo Fratelli.

Quasi i 2/3 dei parametri individuati dai tre test somministrati risulta, a fine psicoterapia, migliorato: infatti, su un totale di 105 parametri, risultano miglioramenti per 69 degli stessi. In termini percentuali (vedi Grafico 3) ciò equivale a dire che il 66% delle problematiche rilevate a inizio psicoterapia risulta migliorato a conclusione della stessa. È importante specificare che l'analisi pre e post-trattamento è stata condotta sui casi che a inizio psicoterapia hanno manifestato un quadro di problematicità assolutamente specifico e individuale: ciò spiega la diversità nel numero e nella tipologia di parametri individuati per ciascun soggetto dei due sottocampioni.

Per comprendere se il miglioramento tra il sottogruppo

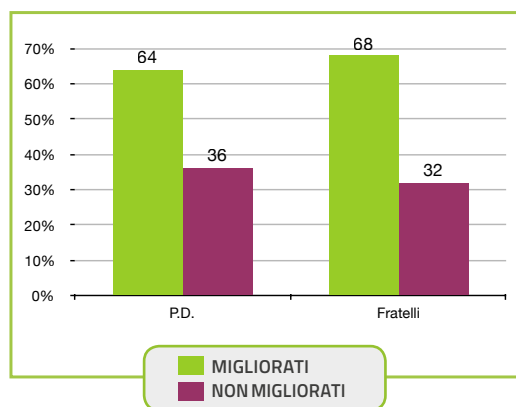


Graf. 3 - Risultati sul Totale dei parametri nel campione oggetto di studio.

P.D. e quello Fratelli fosse andato di pari passo, ci si è avvalsi del Test di Pearson (Del Vecchio, 1996) da cui non si evidenziano differenze significative: la psicoterapia sembra dunque aver influito in modo simile sui 2 sottocampioni (vedi Tabella 4 e Grafico 4).

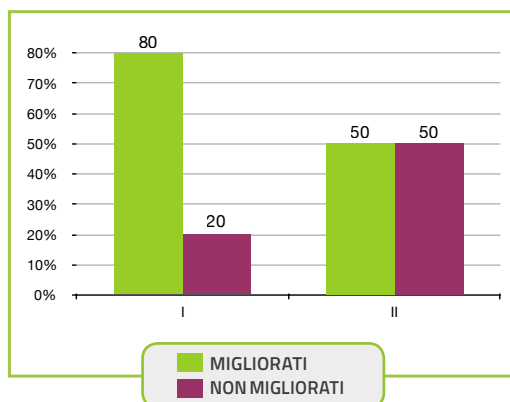
	Migliorati (%)	Non Migliorati (%)
P.D.	64	36
Fratelli	68	32

Tab. 4: Confronto tra i due gruppi oggetto di studio.



Graf. 4 - Confronti tra Migliorati e Non Migliorati nei due gruppi oggetti di studio.

Un altro interrogativo ritenuto interessante dalle autrici è stato quanto con la psicoterapia fossero migliorati il rapporto con Genitori e Fratelli (I) e quanto invece le Caratteristiche Personali (II), sia nell'intero campione sia per quanto concerne i due sottogruppi. Il test di Pearson evidenzia una differenza significativa tra i due gruppi oggetto di studio.



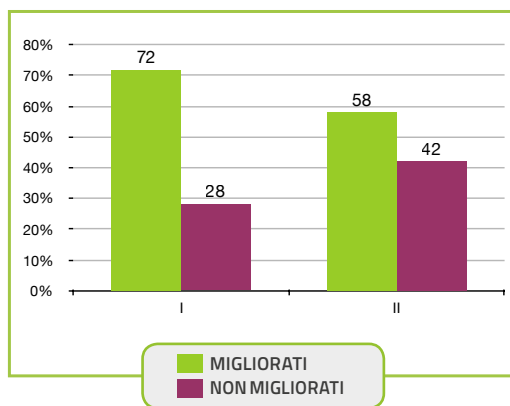
Graf. 5 - Confronti tra le due Macrocategorie nel Totale del campione.

Sull'intero campione si nota dal Grafico 5 che nella macrocategoria relativa al Rapporto con Genitori e Fratelli (I) si evidenziano maggiori miglioramenti (80/100) rispetto a quella relativa alle Caratteristiche Personali (II), in cui il rapporto tra Migliorati e Non Migliorati è alla pari. Tale risultato non si accorda con la tipologia dell'intervento psicoterapeutico di cui ci si è avvalsi, centrata sulla ristrutturazione delle relazioni disfunzionali familiari.

Per ciò che concerne il sottocampione dei P.D., il test di Pearson non evidenzia una differenza significativa fra i due

	Migliorati (%)	Non Migliorati (%)
I	72	28
II	58	42

Tab. 6: Pazienti Designati: Confronto tra le Macrocategorie I e II.

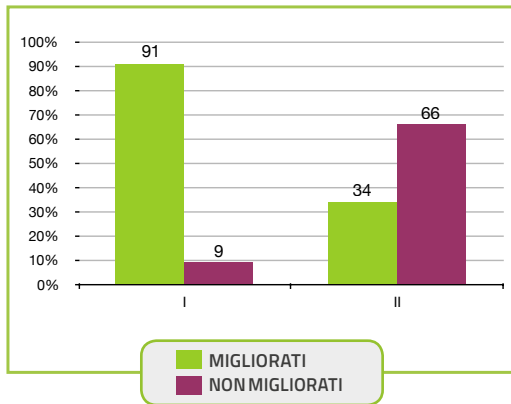


Graf. 6 - Confronto tra le due Macrocategorie nel P.D.

gruppi di variabili: si osserva che i miglioramenti nelle due suddette macrocategorie di parametri si discostano solo di poco, rilevando che il miglioramento è stato globale (vedi Tabella 6 e Grafico 6). Ciò potrebbe indicare come il miglioramento dell'assetto relazionale familiare incida in modo significativo sulle caratteristiche personali disfunzionali. Nei Fratelli, invece, lo stesso test evidenzia una differenza significativa fra i due gruppi di variabili: si osserva un miglioramento più significativo nella macrocategoria Rapporto con Genitori e Fratelli (I) rispetto quella Caratteristiche Personali (II), per cui essi sembrano aver tratto giovamento dalla psicoterapia soprattutto per quanto concerne i rapporti con i familiari (vedi Tabella 7 e Grafico 7).

	Migliorati (%)	Non Migliorati (%)
I	91	9
II	34	66

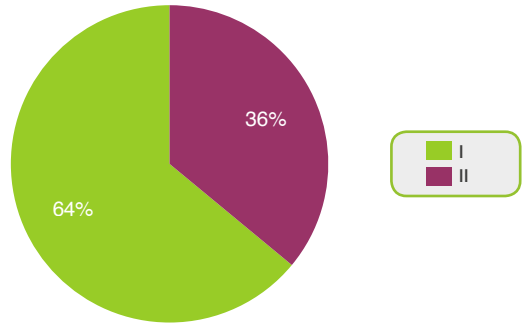
Tab. 7: Fratelli: Confronto tra le Macrocategorie I e II.



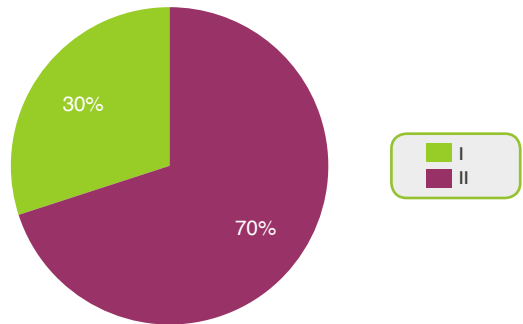
Graf. 7 - Confronto tra le due Macrocategorie nei Fratelli

Analizzando nello specifico la composizione dei Migliorati (Grafico 7.1), si nota che per il 64%, essa è costituita dai parametri appartenenti alla macrocategoria Rapporti con Genitori e Fratelli (I), mentre tra i Non Migliorati (Grafico 7.2) la macrocategoria delle caratteristiche Personali (II) occupa il 70%.

Il Grafico 8 mostra che, confrontando i dati relativi alla prima macrocategoria (Rapporto con Genitori e Fratelli) nei due sottocampioni, emerge che nei P.D. essa migliora nel 72% dei casi, mentre nei Fratelli nel 91% degli stessi. Tale differenza, tuttavia, ad un'analisi tramite il Test di Pearson,



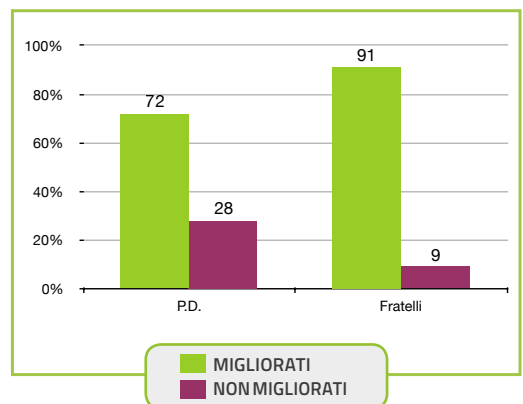
Graf. 7.1 - Composizione dei Parametri Migliorati.



Graf. 7.1 - Composizione dei Parametri Non Migliorati.

risulta non essere significativa.

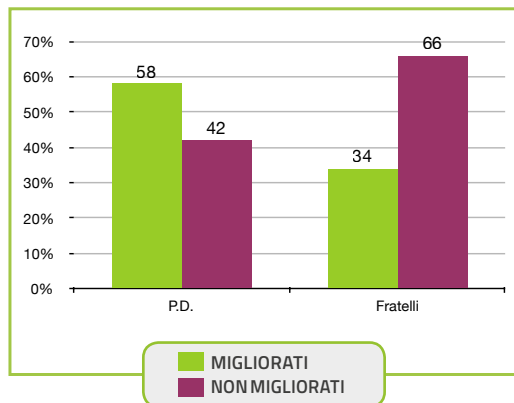
Per quanto concerne la seconda macrocategoria che comprende le caratteristiche personali, nel campione dei Fratelli si riscontra un maggior numero di parametri Non Migliorati rispetto a quelli che emergono tra i P.D.: infatti tra questi ultimi risulta migliorata più della metà



Graf. 8 - Variabile Rapporto con Genitori e Fratelli (I) tra i due gruppi oggetto di studio.



delle problematiche personali. Dal Test di Pearson questa differenza risulta significativa e si può dunque affermare che i P.D. migliorano anche nelle Caratteristiche Personali mentre i Fratelli no (vedi Grafico 9).



Graf. 9 - Variabile Caratteristiche Personali (II) tra i due gruppi oggetto di studio.

Avendo rilevato nel sottocampione dei P.D. il 64% di miglioramenti sul totale dei parametri trattati in Psicoterapia Familiare (vedi Tabella 4 e Grafico 4), si è pensato di porre a confronto tali risultati con quelli ottenuti da uno studio condotto in precedenza da Mariagrazia Carone. In tale ricerca, per valutare i risultati della Psicoterapia Familiare, erano stati utilizzati due strumenti diagnostici differenti, GARF e CGAS, da cui era emerso un miglioramento, a fine trattamento, nel 73% dei casi.

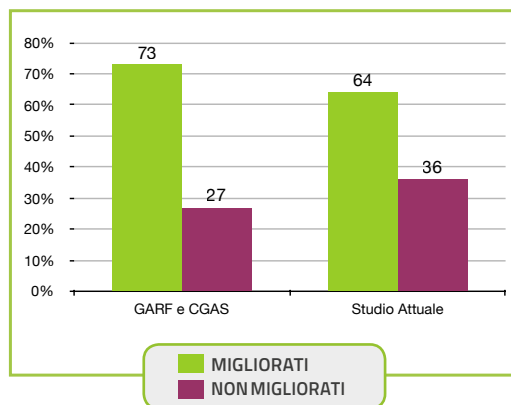
La scala **GARF (Global Assessment of Relational Functioning)** valuta il grado in cui le relazioni di un sistema interattivo umano soddisfano i bisogni affettivi e/o strumentali dei suoi membri rispetto a tre diverse aree:

- solubilità dei problemi;
- organizzazione;
- clima emozionale.

Il punteggio, che va da 0 a 100, è distribuito su 5 diversi livelli (Informazione inadeguata; Disfunzionale; Abbastanza disfunzionale; Occasionalmente funzionale; Abbastanza funzionale; Funzionale).

La scala **CGAS (Children's Global Assessment Scale)** valuta il funzionamento globale del minore, includendo le caratteristiche specifiche del funzionamento sociale e familiare del bambino ed eventuali aspetti legati alla sintomatologia. Il punteggio va da 0 a 100 ed è distribuito su 10 diversi

livelli. Quello più basso si riferisce a minori che richiedono un controllo costante, mentre quello più alto a minori con un grado di autonomia del tutto adeguato alla loro età. Per rendere confrontabili le due scale, i livelli CGAS sono stati ridotti da 10 a 5, includendo in ogni livello un range di 20 punti anziché 10. Il campione su cui è stato condotto lo studio era composto da 15 pazienti designati (P.D.), tra i 4 e gli 11 anni, di cui 13 di sesso maschile e 2 di sesso femminile. Dal confronto dei risultati di questa ricerca con quelli ottenuti dal presente studio è emerso che i risultati ottenuti con i due diversi studi sono pressoché identici: le differenze esistenti sono dovute alle fluttuazioni del campione. Non si evidenziano dunque differenze significative tra le percentuali di Migliorati dei due studi (vedi Tabella 8 e Grafico 10), che rilevano esiti positivi a seguito della psicoterapia familiare sia sul piano delle **relazioni**, indagato



Graf. 10 - Confronto risultati di due studi diversi sulla Psicoterapia Familiare.

tramite Test proiettivi e GARF, sia su quello delle **caratteristiche individuali**, osservato tramite Test proiettivi e CGAS.

CONFRONTO CON GARF E CGAS RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Osservando i dati emersi dallo studio, si rileva che nel sottocampione dei Fratelli la macrocategoria Caratteristiche Personali (II) non ha subito dei miglioramenti significativi: secondo le autrici, essi hanno goduto del miglioramento dei rapporti familiari, ma non di un miglioramento significativo delle proprie Caratteristiche Personali su cui in psicoterapia non si è lavorato, contrariamente a quanto è avvenuto per ciò che concerne i P.D..

	Migliorati (%)	Non Migliorati (%)
GARF e CGAS	73	27
Studio Attuale	66	34

Tab. 8: Confronto risultati di due studi diversi sulla Psicoterapia Familiare.

Bisogna tener conto che trattasi di una forma di psicoterapia breve, che mira a fornire alla famiglia gli “strumenti” affinché mantenga il nuovo assetto e apprenda ad affrontare con flessibilità e capacità di adattamento le diverse condizioni che possono produrre tensione (deuteroapprendimento = imparare ad apprendere): ciò potrebbe giustificare la presenza, nei risultati ottenuti, di alcuni parametri rimasti stazionari, presupponendo che potrebbe esservi, col trascorrere del tempo, un ulteriore progressivo miglioramento a cui ha dato impulso il trattamento effettuato (effetto “palla di neve”). Per quanto concerne il confronto con la ricerca precedente, condotta tramite le scale GARF e CGAS, che ha prodotto risultati simili a quelli del presente studio, i dati ottenuti ci sembrano particolarmente interessanti in quanto gli strumenti utilizzati nelle due ricerche analizzano aspetti diversi: nosografico (scala CGAS), relazionale (GARF) e psicodinamico (test proiettivi). Ciò induce a considerare che pur indossando “occhiali” differenti per osservare il cambiamento, il risultato non cambia in modo significativo.

BIBLIOGRAFIA

- Baldascini, L. (2002). **Legami terapeutici**, F. Angeli, Milano.
- Bastianoni, P., Fruggeri, L. (2005). **Processi di sviluppo e relazioni familiari**. Milano: Unicopli.
- Bowen, M. (1980). **Dalla famiglia all'individuo**. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Bruni, F., De Filippi, P. G. (2007). **La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare**. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cannoni, E. (2003). **Il disegno dei bambini**. Roma: Carocci.
- Coleman, M., Ganong, L. (2004). **Eds. Handbook of contemporary families, Thousand Oaks: Sage. “Comunicazione emotiva e Pet Therapy”, di M. Carone e A. Teofilo**, pubblicato su rivista di Psicopuglia (notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia) n° 13- Giugno 2014.
- Crotti, E., Magni, A. (2006). **Capire mio figlio attraverso i suoi disegni. I test della figura umana, dell'albero,**

della casa, della famiglia, che rivelano i sentimenti nascosti. Como: Edizioni RED.

- Crotti, E., Magni, A. (2004). **Non sono scarabocchi. Come interpretare i disegni dei bambini**. Milano: Mondadori.
- Del Vecchio, F. (1996). **Statistica per la ricerca sociale**. Bari: Cacucci Editore.
- **“Diagnosi D.S.M.III-R e “GARF” (Global Assessment Relational Functioning): confronto”, di M. Carone**, pubblicato sugli Atti del III Congresso S.I.P.P.R. **“Famiglia- Comunità, Affetti e trasformazioni- Ricerca e Psicoterapia”,** tenutosi a Sanremo il 19-22/10/'94.
- Frank, L. K. (1939). **Projective Methods for the Study of Personality**. Journal of Psychology, 8, 389-413.
- Fruggeri, L. (2007). **Il caleidoscopio delle famiglie contemporanee. La pluralità come principio di metodo**. In: P. Bastianoni, A. Taurino (a cura di) **Famiglie e genitorialità oggi**. Milano: Unicopli; p. 41-67.
- Carone, M., Teofilo, A. (2014). **“Il gioco come strumento in terapia familiare”**. Psicopuglia, 13.
- Carone, M. Caragiulo, M., Putignano, R., Ricco, S. (2015). **“Indicazioni alla psicoterapia familiare per il Disturbo Oppositivo Provocatorio attraverso l'analisi dei risultati”**. Psicopuglia, 15.
- Laquet, G.H. (2002). **Il disegno infantile**. Roma: Armando.
- Passi Tognazzo, D. (1991). **Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità**. Firenze: Giunti.
- **“Rilievi psicodinamici e relazionali in un gruppo di donatori di rene”, di M. Carone, F. G. Aquilino, A. Bramante, R. Vendola**, pubblicato sugli atti del XXXV Congresso Nazionale **“Psicoterapia e nuove frontiere della Medicina e della Tecnologia”** tenutosi a Monza dal 28 al 30 Settembre del 2001.
- **“Sperimentazione della reliability della scala di valutazione “GARF” (Global Assessment of Relational Functioning), di M. Carone, M. Santoemma, P. Facchini, A. Santoni Rugi, P. De Giacomo**, pubblicato sugli Atti del III Convegno di studi della S.I.P.P.R. **“Psicoterapia e oltre: i modelli relazionali in diversi contesti”,** tenutosi a Bari il 18-19/03/'94.
- Van Cutsen, C. (1998). **La famille recomposée**. Bruxelles: Editions Erès; [Trad. it., **Le famiglie ricomposte**. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1999].
- Walsh, F., (2003). **Ed. Normal family processes**. New York: Guilford Press.



PROGETTO MOZART:

ASCOLTARE LA MUSICA DI MOZART MIGLIORA LA CAPACITÀ DI APPRENDIMENTO DELLA MATEMATICA?

Breve Progetto pilota trimestrale presso L'istituto
Comprensivo Dante-Galiani di S. Giovanni Rotondo"

Basilio Fiorentino

Psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico, Dirigente Psicologo presso il Consultorio Familiare di S. Giovanni Rotondo

Maria Pia Cusenza

Psicologa clinica, psicoterapeuta sistemico relazionale familiare, consulente sessuologa

Maria Elena Mischitelli

Psicologa clinica, specializzanda in psicoterapia cognitivo-comportamentale presso L'Istituto A.T. Beck di Caserta

Angela Cascavilla

Assistente sociale, consultorio familiare S. Giovanni Rotondo

RIASSUNTO

Il presente articolo vuole presentare il Progetto "Mozart", un'esperienza all'interno della scuola elementare Dante-Galiani di San Giovanni Rotondo. L'intento del progetto è quello di studiare ma soprattutto comprendere come la musica Mozart, e in particolar modo di alcune sinfonie di Mozart ascoltata durante le ore di matematica, possano influire positivamente sul ragionamento aritmetico. Inoltre il progetto si è soffermato anche sull'analisi delle differenze di apprendimento tra i bambini e le bambine, paragonando i risultati con i gruppi di controllo.

PAROLE CHIAVE

Musica, scuola, Mozart, apprendimento.

INTRODUZIONE

Si inizia a parlare di "effetto Mozart" già nel 1993, con una ricerca effettuata dall'Università dell'Irvine in California (all'interno del centro di neurobiologia dell'apprendimento e della memoria a cura della Dott.ssa Frances H. Rauscher) e nel 1999 viene pubblicato un interessante libro dal titolo "effetto Mozart", scritto da uno dei musicologi più famosi al mondo, Don Campell. Il potere della musica di Mozart si è imposto all'attenzione del pubblico inizialmente grazie ad una ricerca innovativa condotta presso l'Università della California, ove un gruppo di studiosi guidati dalla professoressa Frances H. Rauscher si mise ad osservare l'effetto della

musica di Mozart su studenti universitari e bambini, riscontrando il miglioramento delle prestazioni legate alle funzioni cerebrali superiori. La pubblicazione di questi risultati suscitò interesse del pubblico e degli studenti che, in diverse parti del mondo, hanno ripetuto la sperimentazione in parte confermandole i risultati ed in parte ampliando lo spettro degli effetti positivi che l'ascolto della musica Mozart è in grado di suscitare. In Inghilterra, per un trimestre, in una classe frequentata da bambini di 6 anni è stato suonato Mozart durante le lezioni di matematica mentre in un'altra classe le lezioni si sono svolte in modo tradizionale. Il risultato è stato sorprendente: gli alunni che avevano ascoltato la musica hanno ottenuto risultati migliori.

MATERIALE E METODO

A partire da queste considerazioni, ci siamo chiesti, come equipe psicologica e sociale del Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo, se questo studio potesse essere applicato anche nelle scuola elementare del territorio (progetto pilota) e (ovviamente tramite consenso informato rilasciato dai genitori in quanto minori). Il progetto si basa nel far vivere un'esperienza di gruppo, con l'ascolto di determinate sinfonie durante le attività di matematica, per un determinato periodo di tempo e con un auspicato effetto sull'apprendimento della matematica. Il progetto è articolato su 3 incontri ove si focalizzava l'attenzione e la valutazione dell'andamento e se vi era l'incremento del ragionamento aritmetico.

PARTECIPANTI:

I partecipanti al progetto Mozart sono bambini di seconda elementare dell'Istituto Comprensivo Dante-Galiani di San Giovanni Rotondo. Per l'attuazione di tale progetto sono state prese in considerazione due classi in cui il progetto Mozart veniva somministrato e due classi dove il progetto Mozart non avveniva, ma serviva principalmente per effettuare uno studio in itinere dell'incremento del ragionamento aritmetico.

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali e specifici del progetto si basano su:

Osservazione (tramite somministrazione test che valutano il ragionamento aritmetico) dell'incremento dei bambini di terza elementare:

- Competenze emotive (buon umore, tranquillità,...);
- Cognitive (attenzione, fantasia, creatività,...);
- Comportamentali (abilità psicomotorie, movimento, coordinazione, autodisciplina,...);
- Confronto diretto con le classi di controllo, mantenendo l'anonimato degli studenti;
- Valutazione in step by step (ogni tre mesi), dell'incremento del livello logico matematico;

Osservazione, da parte delle maestre facente parti del progetto Mozart, se vi sono state modificazioni del comportamento emotivo prima, durante e dopo durante le lezioni di matematica, di Sonata in re maggiore KV 448 di Mozart, Mozart Sinfonia n. 40 K550, KV 456 Allegro Vivace, Piano Concerto No. 17 ed altre sinfonie da concordare successivamente.

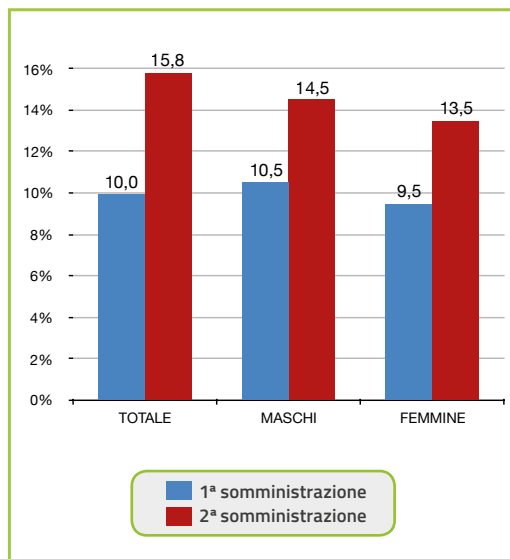
STRUMENTI UTILIZZATI

- Sub-test "Ragionamento aritmetico" del test WISC - R sia alle classi partecipanti al progetto, sia alle classi di controllo;
- Sub-test "Ragionamento aritmetico" del test WISC - R sia alle classi partecipanti al progetto, sia alle classi di controllo;

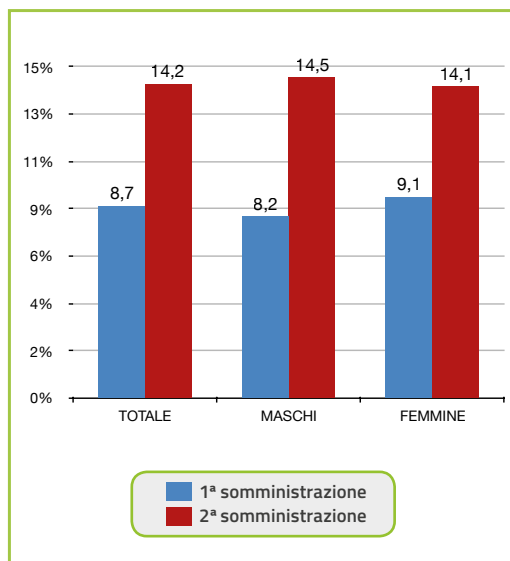
RISULTATI

Prima somministrazione

nel gruppo partecipanti al progetto Mozart.



PERTANTO: vi è un incremento su 17 bambini del 6% nel ragionamento aritmetico, mentre i maschi un incremento del 4% e le femmine 4%.

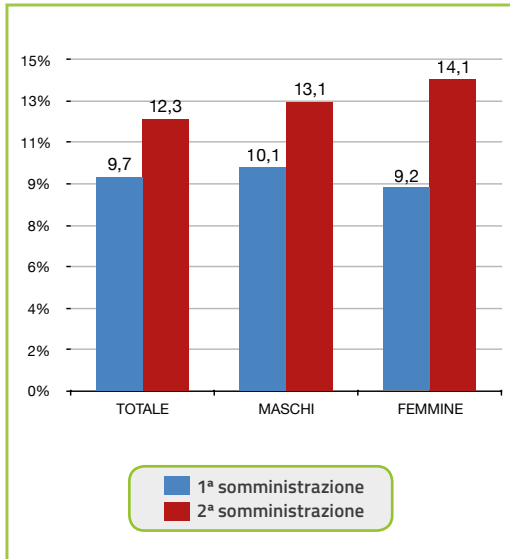


Seconda somministrazione

PERTANTO: vi è un incremento su 15 bambini del 5,5%



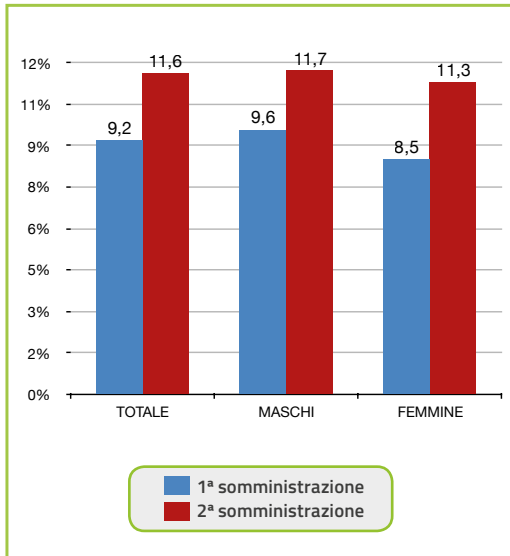
nel ragionamento aritmetico, mentre i maschi un incremento del 6,3% femmine un incremento del 5,5%.



GRUPPO DI CONTROLLO

Prima somministrazione

PERTANTO: vi è un incremento su 15 bambini del 2,6% nel ragionamento aritmetico, mentre i maschi un



incremento del 3% femmine un incremento del 4,9%.

Seconda somministrazione

PERTANTO: vi è un incremento su 17 bambini del 2,4% nel ragionamento aritmetico, mentre i maschi un incremento del 2,1% femmine un incremento del 2,8%.

Inoltre è stato approfondito, durante l'applicazione del progetto sperimentale, quali sono le aree imputate sia nel ragionamento aritmetico sia le aree cerebrali imputate all'ascolto della musica.

SEDE CEREBRALE DEL RAGIONAMENTO ARITMETICO.

I centri del linguaggio sono infatti nell'emisfero sinistro che è più voluminoso del destro, mentre, il destro controlla altre funzioni, ad esempio alcuni aspetti delle funzioni musicali. Utilizzando le tecniche di "Brain imaging", come la PET che mette in

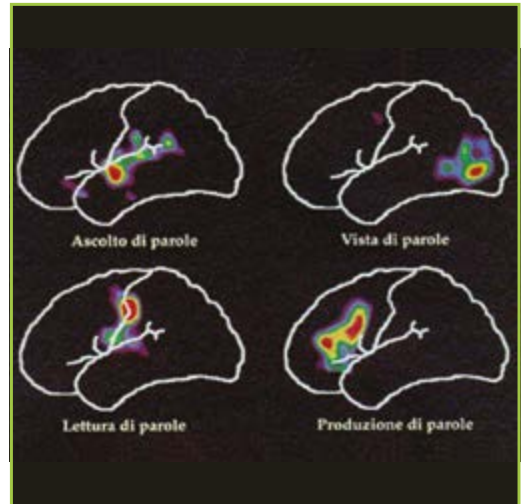


Immagine 1

evidenza quali aree dell'emisfero sinistro sono più attive quando parliamo, ascoltiamo il linguaggio, leggiamo o scriviamo.

La figura qui sopra indica che parlare -**produzione di parole**- dipende dall'area di Broca nel lobo frontale; ascoltare le parole dipende dall'area di Wernicke nel lobo temporale; vedere le paro-

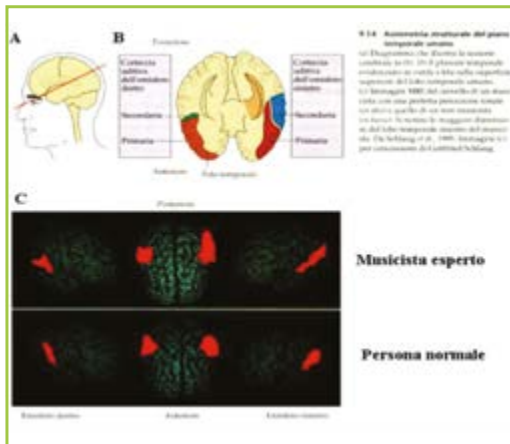


Immagine 2

le coinvolge il lobo occipitale mentre leggere le parole dipende dal lobo frontale e parietale, sempre di sinistra.

Nella parte inferiore della stessa figura (C) si vede la corteccia temporale di un musicista esperto (in alto) e di una persona normale (in basso): nota-

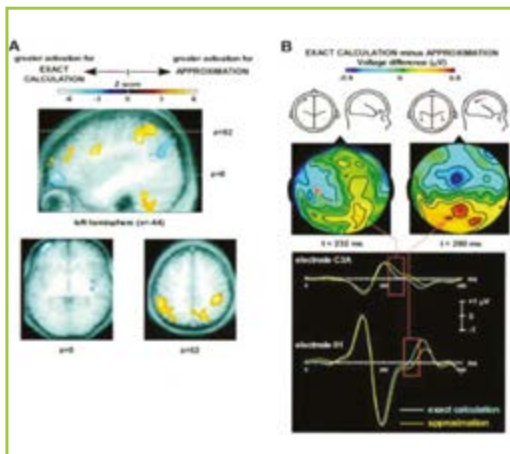


Immagine 3

te le maggiori dimensioni del **lobo temporale del musicista**, sia che si guardino gli emisferi dall'alto che di lato.

In questa immagine tratta da una ricerca di Butterworth, è possibile osservare in **A** le aree dell'emisfero sinistro che si attivano quando vengono effet-

tuati calcoli precisi o approssimativi. Le valutazioni per approssimazione coinvolgono **le aree parietali del cervello** (che controllano movimenti delle dita utilizzati dai bambini per fare i primi calcoli o l'uso del pallottoliere), i calcoli esatti coinvolgono invece **le aree frontali dell'emisfero sinistro implicate anche nel linguaggio**. In sostanza, l'intelligenza matematica si basa su due "moduli" diversi, uno concreto, l'altro astratto, così come si verifica per l'intelligenza musicale.

CONCLUSIONE

La musica è uno strumento utilizzato per veicolare emozioni e significati, che è presente nella vita di ogni infante e adolescente. Nel presente lavoro si è cercato di sottolineare come la musica e in particolare quella di Mozart "definita perfetta nella sua esecuzione" possa attivare aree cerebrali imputate al ragionamento aritmetico, ma soprattutto come l'ascolto in classe della musica possa incrementare le modalità di apprendimento della matematica, non solo, anche l'acquisizione delle regole grammaticali. Inoltre, un altro elemento che è emerso durante l'attivazione del progetto Mozart è stato riportato dalle insegnati, in quando i bambini sottoposti al test avevano sviluppato una dipendenza dalla musica in quando li serviva non solo per apprendere le materie scolastiche, ma serviva loro anche per dare calma e tranquillità, ribadendo più volte di imparare tramite la musica, perché erano più calmi. Da questo si può evidenziare come la musica attiva delle aree cerebrali non solo imputate all'apprendimento ma anche al comportamento e al tono dell'umore, determinando una vera e propria dipendenza nella musica.

SITOGRAFIA

- Dott.ssa Frances H. Rauscher (1993): https://en.wikipedia.org/wiki/Mozart_effect
- Don Campell (1999): <http://www.doncampbellband.com>
- Immagine 1-2-3 www.Slideplayer.It/Slide/553945.
- Sonata in re maggiore KV 448 di Mozart, Mozart Sinfonia n. 40 K550, KV 456 Allegro Vivace, Piano Concerto No. 17: - www.classicalarchives.com/midi/composer/3052.html.



SCREENING NELL'ULTIMO ANNO DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA

L'ESPERIENZA DI UNA SCUOLA DI BARI

Mauro Di Piero

Psicologo, Specializzando in Psicoterapia, Esperto in Disturbi dell'Apprendimento, Centro di Neuropsicologia e Psicoterapia

Laura I. Ricchiuti

Psicologa, Psicoterapeuta, Esperta in Neuropsicologia Clinica, Responsabile Centro di Neuropsicologia e Psicoterapia

Antonio Laricchia

Psicologo, Esperto in Psicologia dell'Invecchiamento

RIASSUNTO

Il presente lavoro, in sintonia con la legge 170/2010 la quale ha fatto sentire l'esigenza di proporre alle scuole attività di screening, ha previsto l'utilizzo di un protocollo completo sia per l'ultimo anno della scuola dell'infanzia che per le classi seconde e terze della scuola primaria.

L'obiettivo è stato quello di individuare precocemente gli alunni che potrebbero sviluppare un presunto DSA.

Nello specifico sono state indagate, per i 32 alunni della scuola dell'infanzia (5 anni), le seguenti funzioni cognitive: attenzione, memoria a breve termine, ricerca visiva, coordinazione visuo-motoria, denominazione e discriminazione fonologica.

Per le classi seconde e terze sono stati analizzati 77 alunni (classi seconde: 48; classi terze: 29) e rispettivamente sono state analizzate le seguenti funzioni cognitive: attenzione, memoria a breve termine, dettato, comprensione, lettura, matematica.

Gli studenti sono stati suddivisi in base al numero di funzioni cognitive deficitarie, facendo emergere che soprattutto per le classi seconde, il 27 % degli alunni presentano dalle 3 alle 6 funzioni cognitive deficitarie e il 48 % 1-2 deficit.

Il presente lavoro si propone di fornire un report di tale raccolta.

PAROLE CHIAVE

DSA, screening, scuola, prerequisiti apprendimento.

1. INTRODUZIONE

Lo screening è una metodologia di rilevazione che è in grado di predire un disturbo, non ha le pretese di evidenziarlo in modo inequivocabile, ma di individuare con una buona attendibilità i potenziali soggetti a rischio, al fine di indirizzare coloro che presentano alcuni indici caratterizzanti, ad uno studio più approfondito (Paoletti e Stella, 2008).

L'individuazione precoce di potenziali bambini con DSA, sin dalla scuola dell'infanzia, è di fondamentale importanza al fine di prevenire lo sviluppo futuro di difficoltà negli apprendimenti, garantendo anche un potenziale successo scolastico dei ragazzi. In tale scenario, diviene fondamentale riflettere sulle modalità di screening precoce che si possono attivare sin dalla scuola dell'infanzia e sui relativi strumenti di assessment da utilizzare (Maniscalco, Martorana et al., 2015).

L'obiettivo del presente lavoro è quello di presentare le aree testate nei bambini durante la fase di screening, evidenziando anche gli strumenti utilizzati sia per la scuola dell'infanzia che per la scuola primaria, analizzare i risultati dello screening suddividendoli per classi e indicare le rispettive proposte operative da adottare con gli alunni che hanno presentato prestazioni deficitarie.

Inoltre si ipotizza che una buona formazione dei docenti, in materia di disturbi dell'apprendimento, possa essere d'aiuto per affrontare e gestire le dinamiche interne creatisi nella classe nel momento in cui ci si trova ad operare con alunni DSA, pertanto

saranno presentati i dati provenienti dal questionario di gradimento dei docenti di una scuola primaria che hanno effettuato il corso di formazione su tali tematiche.

2. METODO

PARTECIPANTI

Hanno partecipato allo studio 109 ragazzini. Di questi, 32 frequentavano l'ultimo anno di scuola dell'infanzia, 48 la classe seconda della scuola primaria e 29 la classe terza. Nessuno aveva diagnosi di dislessia, disortografia e discalculia dal momento che non erano stati sottoposti a valutazione neuropsicologica. Sono un alunno, delle classi terze, aveva la diagnosi di disturbo dello spettro autistico.

STRUMENTI

Nella fase iniziale di screening era prevista la somministrazione dei seguenti strumenti, ripartiti in base alla classe frequentata dai ragazzini. Per l'ultimo anno della scuola dell'infanzia sono state utilizzate le seguenti prove: PRCR – 4 (Riconoscimento di lettere), PRCR – 5 (denominazione degli oggetti), BVN 5 – 11 (memoria a breve termine verbale e attenzione visiva selettiva), test CMF (discriminazione di coppie minime di parole), VMI (integrazione visuo-motoria).

Per le classi seconde e terze i protocolli utilizzati erano formati dalle seguenti prove: BVN 5 – 11 (memoria a breve termine verbale e attenzione visiva selettiva), prova di comprensione MT – iniziale, prova di lettura MT iniziale, dettato di brano (della Batteria di Tressoldi e Cornoldi), prova AC – MT.

PROCEDURA

Lo screening si è svolto durante il mese di Novembre, è stato preceduto da alcuni incontri rivolti al personale docente, in cui si esplicavano le modalità, i tempi e anche l'utilità che tale lavoro avrebbe apportato anche in termini di didattica. Al termine del lavoro i risultati sono stati condivisi con i docenti delle singole classi e comunicati individualmente ai genitori. In seconda battuta è stato organizzato un incontro rivolto ai familiari dei bambini in cui si è spiegato in dettaglio in cosa

è consistito lo screening e quali erano i bambini da sottoporre ad ulteriori accertamenti e a potenziamento cognitivo.

Verso la fine dell'anno scolastico è stato erogato un corso di alta formazione ai docenti sui DSA e sulla strategie operative d'intervento. L'obiettivo di tale corso, condiviso con i docenti, è stato quello di fornire tecniche comportamentali di gestione degli alunni con difficoltà negli apprendimenti, e suggerire le attività da svolgere in classe, anche con l'ausilio di software.

ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati è stata effettuata calcolando la percentuale del numero di funzioni cognitive deficitarie nei soggetti analizzati e la rispettiva frequenza, di tali cadute statistiche significative, riscontrate nelle singole classi di appartenenza degli alunni.

A fine anno scolastico è stata calcolata la percentuale del grado di soddisfazione del corso di formazione impartito ai docenti attraverso la somministrazione del questionario di qualità.

3. RISULTATI

ESITI SCREENING ULTIMO ANNO SCUOLA DELL'INFANZIA

I risultati ottenuti allo screening dei bambini dell'ultimo dell'ultimo anni di scuola dell'infanzia ha messo in evidenza come solo il 3%, dell'intero campione analizzato, sia risultato senza alcuna area deficitaria. Il 50% dei soggetti analizzati è risultato deficitario in 1-2 domini cognitivi, il 19% ha presentato 3 aree deficitarie e il 28% del campione ha presentato cadute statisticamente significative in 4-5 domini cognitivi (Fig. 1).

Osservando in dettaglio il protocollo, si riscontra che le maggiori difficoltà riscontrate dai soggetti analizzati sono avvenute nelle seguenti aree: attenzione (n=11), ricerca visiva (n=11) e coordinazione motoria (n=11), che sono abilità cognitive su cui si fonda l'apprendimento della lettura, scrittura e calcolo. A seguire i ragazzini di 5 anni hanno mostrato meno difficoltà nelle prove mnestiche (n=6), di denominazione (n=4) e discriminazione fonologica (n=3) (Figura 2).

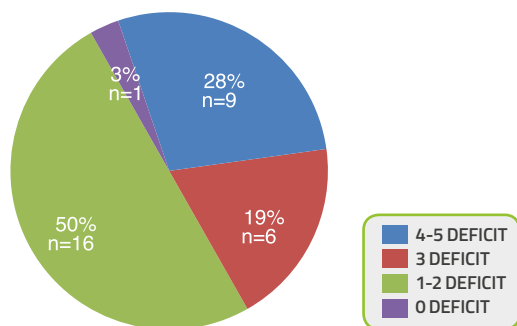


Fig. 1: Percentuale delle prestazioni ottenute nel campione di classe prima.

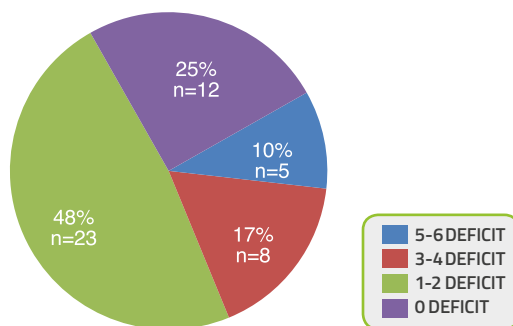


Fig. 3: Percentuale delle prestazioni ottenute nel campione di classe seconda.

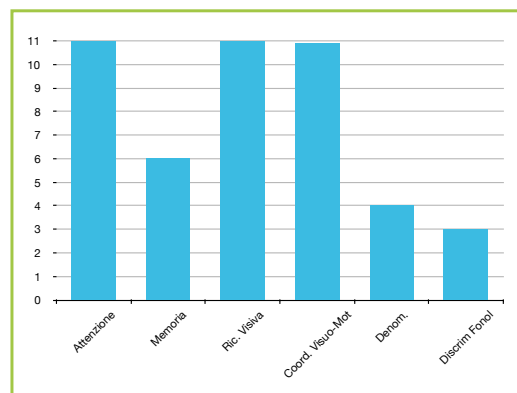


Fig. 2: Risultati delle prestazioni deficitarie nei singoli domini.

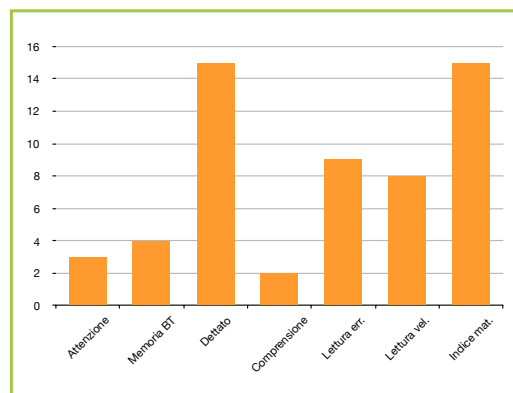


Fig. 4: Risultati delle prestazioni deficitarie nelle singole aree testate.

ESITI SCREENING SECONDO ANNO SCUOLA PRIMARIA

L'analisi dei dati effettuata ha permesso di evidenziare come, nelle classi seconde della scuola primaria in esame, il 25% del campione sia risultato senza alcun deficit nelle abilità testate. Il 48% dei soggetti analizzati è risultato deficitario in 1-2 delle aree analizzate, il 17% ha presentato 3-4 aree deficitarie e il 10% del campione ha presentato cadute statisticamente significative in 5-6 dei domini analizzati (Fig. 3).

Si evince che le maggiori cadute statisticamente significative siano avvenute nelle prove inerenti gli apprendimenti, ossia nel dettato di brano (n=15), matematica (n=15), lettura - nello specifico accuratezza (n=9) e velocità (n=8), apprendimenti cardine dei primi anni di scuola primaria. Un minor numero di soggetti, al contrario, ha presentato deficit nelle

prove mnesiche (n=4), attentive (n=3) e di comprensione di brano (n=2) (Fig. 4).

ESITI SCREENING TERZO ANNO SCUOLA PRIMARIA

I risultati ottenuti hanno permesso di evidenziare come, nel campione di classe terza, il 34% dei soggetti è risultato in norma. Il 52% dei soggetti ha evidenziato 1-2 aree deficitarie, il 7% ha presentato cadute statisticamente significative in 3-4 domini e il restante 7% del campione è deficitario in 5-6 delle aree testate (Figura 5).

Nell'ambito degli apprendimenti si è rilevata una maggiore frequenza di deficit sia per il dettato di brano (n=6) che la matematica (n=5); a seguire si rilevano difficoltà anche nelle funzioni cognitive di base quali attenzione (n=3) e memoria (n=3). Un

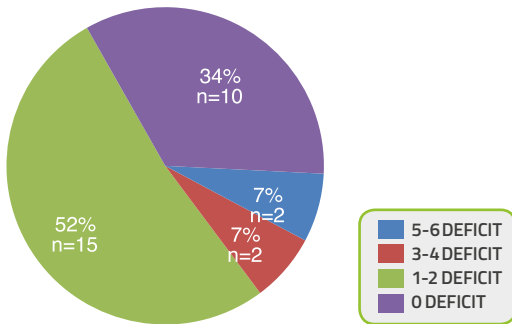


Fig. 5: Risultati significativi ottenuti alla prova di studio.

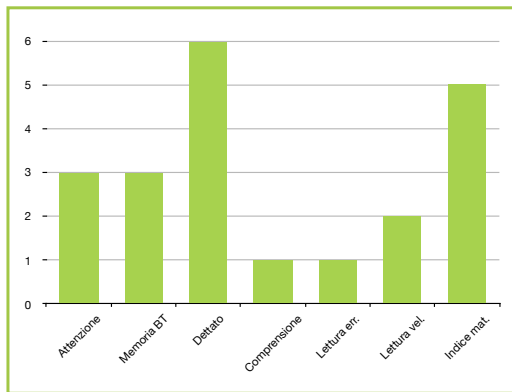


Fig. 6: Risultati delle prestazioni deficitarie nei singoli domini.

numero ridotto di soggetti ha presentato difficoltà di velocità (n=2), accuratezza (n=1) nella lettura di brano e comprensione (n=1) (Figura 6).

ESITI QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

È stato possibile analizzare i risultati ottenuti dal questionario di soddisfazione compilato dai 33 docenti, di scuola dell'infanzia e primaria, che hanno partecipato al corso di formazione. I principali parametri, presi in esame, sono stati i seguenti: grado di soddisfazione delle competenze acquisite, corrispondenza in base alle proprie aspettative e spendibilità delle nozioni apprese.

I risultati mostrano che l'81% dei partecipanti ritiene di aver appreso tecniche/strategie didattiche in materia di DSA mai affrontate in precedenza e che sicuramente le applicheranno in classe con gli alunni aventi difficoltà negli apprendimenti (86% dei docenti).

Tali dati sono a dimostrazione di come sia indispensabile una formazione mirata per gli insegnanti, al fine di comprendere le difficoltà che un bambino DSA possa avere e il come intervenire sin dai primi anni di scuola sul piano didattico, emotivo e relazionale.

4. CONCLUSIONI

I risultati ottenuti indicano l'estrema importanza che le attività di screening debbano sempre più rivestire in ambito scolastico, a partire sin dalla scuola dell'infanzia. L'utilizzo di protocolli, che indagano oltre agli apprendimenti anche le funzioni cognitive di base, ci ha permesso di evidenziare come siano molto frequenti difficoltà cognitive sin dalla tenera età che non devono passare inosservate.

A tal proposito è utile ricordare come la lettura, scrittura e calcolo si fondino sulle abilità cognitive di base (attenzione, memoria, pianificazione etc.) e rispettive difficoltà di queste ultime abilità si ripercuotano negativamente sugli apprendimenti. Da ciò deriva l'importanza di percorsi di potenziamento cognitivo per i ragazzini risultati positivi allo screening e la rispettiva formazione dei docenti. Nel nostro caso quest'ultimi hanno affermato, dopo aver seguito il corso, di sentirsi più preparati nel gestire alunni DSA e in alcuni casi di aver modificato la loro didattica anche con l'intera classe, avendo maggior partecipazione da parte di tutti gli alunni. Inoltre nel mese di Settembre è stato attivato, per i bambini risultati positivi allo screening, il potenziamento cognitivo all'interno della scuola al fine di compensare o ridurre le difficoltà emerse e garantire un maggior successo scolastico e benessere psicologico dell'alunno.

BIBLIOGRAFIA

- Paoletti, A., Stella, G. (2008). **Indici qualitativi di rischio negli screening sui disturbi specifici dell'apprendimento.** Dislessia, Vol I.
- Maniscalco, M., Martorana, C., Caci, B., Muratore, V. (2015). **L'importanza dei prerequisiti e dello screening precoce nella scuola dell'infanzia.** International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicologia, vol. 2, num. 1, pp 219-232.



POTENZIAMENTO DELLE COMPETENZE COGNITIVO-EMOTIVE IN SOGGETTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO MEDIANTE TRAINING COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Cristina Semeraro
Neuropsicologa, Dipartimento di
Scienze della Formazione,
Psicologia, Comunicazione Università
degli Studi di Bari "Aldo Moro".

Antonio Leo
Neurologo, Docente Scuola di
Specializzazione in Psicoterapia
Cognitivo-comportamentale
"Istituto Santa Chiara" - Lecce;
Direttore Sanitario Centro Medico
Specialistico e di Riabilitazione
"Istituto Santa Chiara" - Roma.

RIASSUNTO

Guardare e ascoltare il mondo sociale non è sufficiente per imparare: i bambini devono partecipare ad attività condivise, costruendo nuovi apprendimenti attraverso le loro esperienze e nell'interazione con gli altri (Vivanti e Salomone, 2016). Nei primi anni di vita la partecipazione attiva agli scambi sociali si manifesta nella cornice "faccia a faccia" tra madre e bambino, basata su scambi di sguardi, vocalizzazioni, sorrisi. Tale abilità, presente nei bambini con sviluppo tipico, può risultare ridotta in quelli con Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ASD). Infatti i bambini con ASD, rispetto ai neurotipici, mostrano ridotte iniziative nella comunicazione e interazione sociale con coetanei o adulti; tendono a guardare meno negli occhi e a imitare un comportamento di un'altra persona; mostrano difficoltà a comprendere pensieri, intenzioni ed emozioni di chi li circonda, per cui gli stimoli sociali (sguardi, voce e modi di fare altrui) non innescano una risposta di attenzione immediata. Scopo dello studio è indagare l'efficacia di un training cognitivo-comportamentale sul riconoscimento delle emozioni, al fine di stabilire quanto i bambini con ASD siano in grado di comprendere lo stimolo sociale veicolato dal volto e quanto tale abilità sia modificabile a seguito di un training. Il campione è costituito da bambini, di età compresa tra i 3 ed i 5 anni, che afferiscono al Presidio di Riabilitazione "Istituto Santa Chiara" di Lecce e che presentano diagnosi di ASD. L'interim analysis ha evidenziato come la capacità di riconoscere le emozioni aumenti dopo il training cognitivo-comportamentale.

PAROLE CHIAVE

Disturbo dello Spetto Autistico, Training Cognitivo-Comportamentale, Emozioni, Cognizione Sociale, Apprendimento.

INTRODUZIONE

Ogni volta che la ricerca ha tentato di individuare dei criteri di definizione e inclusione precisi per descrivere l'autismo, le proposte avanzate si sono scontrate con l'estrema omogeneità e variabilità nell'espressione dei sintomi che rende labili i confini della patologia. Per tale ragione, i diversi sottotipi di autismo, proposti di volta in volta nelle diverse edizioni del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), sono stati modificati in ogni nuova edizione, fino ad essere eliminati del tutto nell'ultima pubblicata nel 2016, il DSM-5, dove sono stati sostituiti dal concetto di "spettro autistico". Con un tentativo di formalizzare la grande variabilità nel profilo di funzionamento di una persona con autismo, il DSM-5 invita inoltre il clinico a quantificare l'impatto dei sintomi, individuando tre livelli diversi di supporto necessario per sostenere la persona nella vita quotidiana. Il concetto di spettro autistico riflette la nozione che i sintomi dell'autismo siano l'espressione clinica di diversi "percorsi" patologici che si manifestano non in quadri clinici ben distinti e mutualmente esclusivi, ma piuttosto in un "continuum". L'espressione delle diverse vulnerabilità biologiche alla base dell'autismo è modulata da una serie di fattori individuali, quali la gravità dei sintomi, le abilità linguistiche e cognitive, il temperamento, la

presenza di problematiche associate (come ADHD, disturbi d'ansia e depressione), l'abilità di organizzare e pianificare comportamenti finalizzati e molti altri aspetti che la ricerca sta mettendo in luce. Con questo contributo tenteremo di apportare nuove conoscenze alla definizione del disturbo nella sua dimensione sociale, emotivo-affettiva e comportamentale.

LA NEUROPSICOLOGIA DELL'AUTISMO

Numerose teorie neuropsicologiche hanno tentato di spiegare l'origine dei sintomi che caratterizzano il disturbo dello spettro autistico, ossia il deficit delle abilità sociali e comunicative e la presenza di comportamenti e interessi ristretti e stereotipati (Fein, 2011). I modelli proposti negli ultimi decenni si sono distinti per l'abilità dimostrata nello spiegare l'origine dei sintomi, focalizzandosi sull'identificare il deficit primario dal quale poi ne deriverebbero gli altri di conseguenza (Vicari, Valeri e Fava, 2012). Tra le diverse teorie, quelle maggiormente correlate alla dimensione intersoggettiva del disturbo autistico, sono le seguenti: la teoria delle funzioni esecutive, teoria dell'elaborazione dell'informazione e teoria della motivazione e cognizione sociale. La prima ipotizza che i deficit principali siano da ricondurre a un insieme di abilità cognitive di ordine superiore, mediate dalla corteccia prefrontale, che sono necessarie al comportamento finalizzato ad uno scopo (Lezak et al., 2004). Questi deficit, che riguardano abilità come la working memory, pianificazione, inibizione, flessibilità cognitiva, auto-monitoraggio, sarebbero alla base delle difficoltà nel funzionamento adattivo e nelle abilità accademiche (Minschew et al., 2006), di molti dei comportamenti e degli interessi ristretti e stereotipati. A sostegno di questa teoria esistono studi che evidenziano alterazioni anatomiche e funzionali in specifiche regioni cerebrali. In particolare anomalie anatomiche del cervelletto sono state messe in relazione con le difficoltà di shifting attentivo (Courchesne et al., 1994) che a sua volta sarebbe alla base delle difficoltà di interazione sociale; studi di risonanza magnetica funzionale hanno evidenziato anomalie di attivazione nella corteccia prefrontale dorsolaterale, inferiore e orbitofrontale, durante i compiti di working memory, inibizione motoria e set-shifting (Koshino et al., 2008).

Nonostante la teoria delle funzioni esecutive offra una buona spiegazione di molte delle difficoltà riportate dagli individui con ASD, essa tuttavia non spiega la presenza di alcuni punti di forza che si osservano soprattutto nelle abilità visuospaziali. Una teoria che tenta di spiegare sia i punti di forza che di debolezza è quella della coerenza centrale, ossia la scarsa capacità di integrare pezzi d'informazione dall'ambiente in un insieme globale dotato di significato. Questa teoria proposta da Frith (1989) e Hill e Frith (2003), fa parte della categoria di teorie neuropsicologiche che vede nell'elaborazione dell'informazione l'eziologia del disturbo autistico e prevede che tali individui, abbiano una migliore prestazione in compiti che richiedono un'attenzione globale al contesto. A sostegno di tale ipotesi, numerosi studi hanno riportato una prestazione intatta e talvolta superiore ai controlli in compiti che richiedono un'elaborazione locale dello stimolo (Bolte et al., 2007) e una prestazione peggiore in compiti che richiedono un'elaborazione globale (Brosnam et al., 2004). La debolezza della coerenza centrale è stata inoltre messa in relazione con lo sviluppo della teoria della mente (Happè, 1997; Morgan et al., 2003), sebbene siano presenti risultati contraddittori. Mentre le teorie finora citate si sono focalizzate sui deficit di tipo cognitivo, le teorie della motivazione e della cognizione sociale si sono concentrate sui deficit di tipo sociale, enfatizzando la sua comparsa precoce. Queste ultime sostengono la presenza nei soggetti con ASD di una base biologica che attenua la motivazione all'orientamento verso gli stimoli sociali, come la voce, il volto e i gesti umani (Fein et al., 1986; Klin et al., 2003) e a sua volta influisce sul corretto sviluppo delle abilità sociali e comunicative (Dawson et al., 2002). Ogni teoria evidenzia la compromissione di un meccanismo neurofunzionale diverso, ma tutte concordano nel sostenere che una scarsa motivazione sociale nelle prime fasi di vita possa limitare le esperienze sociali del bambino e, quindi, compromettere lo sviluppo dei sistemi neurali critici per l'elaborazione degli stimoli sociali (Dawson et al., 2002). Per esempio il modello di Dawson, Webb e McPartland (2005) individua nel deficit di elaborazione dei volti la causa della scarsa motivazione sociale. Le teorie della cognizione sociale si focalizzano sulla compromissione della capacità di



rappresentarsi e mentalizzare i pensieri, le credenze e i sentimenti degli altri. Il fenomeno, chiamato "Teoria della Mente" appare supportato da uno specifico sottosistema neurale (Howlin, Baron-Cohen e Hadwin, 1996). Le regioni cerebrali che si attivano consistentemente nei compiti che misurano le abilità di mentalizzazione includerebbero la corteccia mediale prefrontale e cingolata anteriore, i poli temporali adiacenti l'amigdala e la giunzione temporo-parietale al di sopra del solco temporale superiore (Brunet et al., 2000), aree in cui i soggetti con ASD presentano anomalie strutturali e una ridotta attivazione durante svariati compiti sociocognitivi (Baron-Cohen et al., 1999).

LA COMPETENZA EMOTIVA NELL'AUTISMO

Il disturbo dello spettro autistico è frequentemente associato ai disturbi dell'espressione emotiva. Si possono osservare anomalie dell'umore e dell'espressione emotiva quali il ridere e il piangere senza una ragione evidente, una scarsa oppure eccessiva reattività, bruschi scatti d'ira e anomalie nella fluttuazione dell'umore (Pierce et al., 2001). I soggetti autistici presentano anche una mancanza di paura per pericoli reali e un forte timore per oggetti innocui. I problemi nell'espressione delle emozioni semplici risiedono in una ridotta capacità di farlo in modo appropriato rispetto al contesto. Alcuni studi hanno indagato sulla capacità di espressione delle emozioni complesse in particolare quella dell'orgoglio (Baron-Cohen et al., 1999). I bambini autistici manifestano meno comportamenti di orientamento sociale dei gruppi di controllo, e tendono a reagire alle lodi con comportamenti di esitamento anziché con espressioni positive di orgoglio come i bambini non autistici. I risultati degli studi sulle capacità espressive confermano che il disturbo affettivo esiste, ma non è generalizzato a tutte le emozioni. Per quanto riguarda le emozioni di base, sembra che i meccanismi inibitori responsabili dell'adattamento sociale dell'espressione emotiva siano scarsamente sviluppati. Per alcune emozioni complesse invece, il deficit può riguardare non solo la capacità di adattamento sociale dell'espressione, ma anche la capacità stessa di provarle ed esprimerle. La difficoltà a riconoscere le emozioni espresse dal volto o dal tono della voce è un'importante caratteristica clinica del disturbo.

I soggetti con autismo ad alto funzionamento hanno una capacità di riconoscimento delle emozioni migliore di quelli a basso funzionamento: in entrambi i gruppi, tuttavia, le capacità di riconoscimento delle emozioni di base appaiono riconducibili al livello generale di sviluppo intellettivo. Bisogna tuttavia precisare che il riconoscimento della sorpresa non è considerato da tutti i teorici un'emozione di base, in quanto richiede un processo di riconoscimento più complesso, e quindi è più difficile da riconoscere rispetto alle altre emozioni di base. Questo dato è stato confermato da Baron-Cohen, Spitz e Cross (1993). Le difficoltà di riconoscimento potrebbero derivare prevalentemente da peculiarità e limiti generali dei processi attentivi, piuttosto che da un deficit specifico nell'elaborazione dell'informazione emotiva. In questo studio veniva richiesto ai soggetti di scegliere fra due parole emotive, di cui una si riferiva all'espressione raffigurata. Gli autistici ad alto funzionamento eseguivano le prove sulle emozioni semplici come il gruppo di controllo, ma commettevano più errori nelle prove sulle emozioni complesse. In uno studio (Jarrod, Butler, Cottington e Jimenez, 2000) in cui il riconoscimento di emozioni complesse è stato ulteriormente perfezionato è stata confermata la scarsa prestazione delle persone con la sindrome di Asperger e con autismo. Capps e colleghi (2014) hanno chiesto a soggetti autistici senza ritardo mentale di descrivere un'occasione in cui hanno provato felicità, tristezza, orgoglio e imbarazzo. Le risposte sulle emozioni semplici erano adeguate, mentre quelle sulle emozioni complesse suggerivano una scarsa comprensione emotiva. Il bambino che possiede il concetto di credenza può comprendere il carattere soggettivo e privato delle emozioni; è in grado inoltre di capire che una reazione emotiva non è, di solito, prodotta direttamente da un certo evento, ma dal modo in cui una persona lo interpreta. Nel bambino autistico, la difficoltà a formare metarappresentazioni dovrebbe perciò ostacolare la comprensione emotiva, e soprattutto quella delle emozioni complesse. Anche la comprensione delle emozioni semplici, quando richiede un'attribuzione di metarappresentazioni, dovrebbe essere particolarmente difficile per i bambini con ASD. Quest'ultima predizione è stata confermata da Baron-Cohen (2001) utilizzando una prova di falsa credenza.

Anche se oggi la base biologica dell'autismo e i suoi correlati neuropsicologici non sono più contestati, rimane aperto il problema di quali meccanismi siano responsabili delle particolari manifestazioni comportamentali che caratterizzano la sindrome. Un'ipotesi è che i bambini con autismo non sviluppino affatto o sviluppino in modo assai anomalo la loro Teoria della Mente (Baron-Cohen et al., 1985). Alla base di questo disordine così severo vi sarebbe una sorta di non scoperta della mente (the Undiscovered Mind) (Astington, 1994) o di cecità mentale (mind-blindness) (Baron-Cohen, 1990), poiché i bambini autistici sembrano incapaci di concettualizzare l'altro come un'entità dotata di stati mentali interpretabili. L'incapacità di attribuire stati mentali a sé e agli altri è tipica di questa tipologia di soggetti e non riguarda altri disturbi, come il ritardo mentale, il disturbo specifico del linguaggio, o la sindrome di Down (Camaioni, 1995). Ciò che accomuna i teorici dell'approccio della Teoria della Mente è, dunque, il tentativo di spiegare le difficoltà comunicative e sociali dei bambini autistici come il risultato di deficit a livello cognitivo, e in particolare della capacità del bambino di comprendere il mondo degli esseri umani.

Nei suoi studi Hobson (1986 a, b) ha osservato che i soggetti autistici realizzavano prestazioni significativamente inferiori rispetto ai gruppi di controllo, appaiati per età cronologica, in compiti di confronto tra emozioni ed espressioni facciali. Alcuni studi si sono focalizzati non sul riconoscimento, ma sulla predizione delle emozioni: l'obiettivo di queste ricerche era quello di stabilire quanto i bambini autistici fossero in grado di comprendere le cause delle emozioni. Harris e coll. (1989) hanno dimostrato che i bambini a sviluppo tipico di 3-4 anni comprendono che l'emozione può essere causata sia da situazioni che da desideri. Gli autori hanno osservato inoltre che tra i 4 e i 6 anni i bambini con sviluppo tipico sono anche in grado di capire che le credenze possono influenzare le emozioni. In alcune recenti ricerche (Baron-Cohen, 1991a; Baron-Cohen, Spitz e Cross, 1993) è stato evidenziato che i soggetti autistici a più alto funzionamento sono abbastanza abili nel giudicare l'emozione di un personaggio di una storia se questa era causata da una situazione, ma si sono collocati ad un livello significativamente inferiore rispetto a quello dei bambini normodotati

di 5 anni quando si trattava di predire l'emozione del personaggio a partire dai suoi desideri. Inoltre diversi autori riferiscono che i bambini con disturbo autistico sono capaci di riconoscere emozioni semplici (felicità e tristezza), ma hanno difficoltà nel rendersi conto di emozioni fondate sulla credenza, come la sorpresa (Capps et al., 1992; Baron-Cohen et al., 1993).

OBIETTIVO DELLO STUDIO

I bambini con sviluppo tipico non necessitano di essere istruiti a riconoscere le emozioni, poiché l'espansione e l'accrescimento di questa abilità è pressoché automatica e inconsapevole (Camaioni, 1995). Nel caso dei bambini con ASD è necessario "insegnare" un insieme di strategie, che permettano loro di superare alle difficoltà derivanti da questo particolare deficit. Un insegnamento, che potremmo definire compensativo delle abilità di mentalizzazione, può fornire, dunque, una via alternativa alla lettura delle emozioni e perciò dimostrarsi un modo efficace per aiutare i bambini autistici a migliorare le loro abilità sociali e comunicative (Howlin et al., 1999). Diversi studi sostengono, inoltre, come sia possibile ottenere un miglioramento specifico significativo sia sul riconoscimento delle emozioni che sulla comprensione delle false credenze e su altri aspetti connessi alla lettura della mente propria e altrui (Hadwin et al., 1996; Swettenham, 1996; McGregor et al., 1998; Martin, 1999; Jarrold, Butler, Cottington e Jimenez, 2000; De Meo et al., 2000). In quest'ottica l'obiettivo di questo contributo è quello di proporre un training cognitivo-comportamentale volto a riconoscere le emozioni e a prevedere il comportamento delle persone sulla base dei loro pensieri o delle azioni da loro compiute. I dati riportati in questo contributo sono riferiti all'interim analysis.

METODO

Campione

Il campione è attualmente costituito da tre soggetti con diagnosi di Disturbo dello Spettro dell'Autismo (DSM 5), due maschi e una femmina con età media pari a 4,2 anni e mediana di età pari a 4,1 anni. Di questi un soggetto riportava, in accordo ai livelli di gravità del DSM 5, livello 3 e due livello 2. Per tutti i soggetti,



prima di procedere alla somministrazione delle diverse prove, è stato richiesto consenso informato alle famiglie. Tutti i soggetti sono afferenti al Presidio di Riabilitazione Funzionale "Istituto Santa Chiara" (Lecce). Di seguito sono riportati i punteggi di ciascun soggetto al test ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)

SOGGETTO 1

AREA VALUTATA	PUNTEGGIO CONSEGUITO
Linguaggio e Comunicazione	3
Interazione Sociale Reciproca	1
Totale Linguaggio e Comunicazione + Interazione Sociale Reciproca	4

SOGGETTO 2

AREA VALUTATA	PUNTEGGIO CONSEGUITO
Linguaggio e Comunicazione	8
Interazione Sociale Reciproca	14
Totale Linguaggio e Comunicazione + Interazione Sociale Reciproca	22

SOGGETTO 3

AREA VALUTATA	PUNTEGGIO CONSEGUITO
Linguaggio e Comunicazione	5
Interazione Sociale Reciproca	6
Totale Linguaggio e Comunicazione + Interazione Sociale Reciproca	11

PROCEDURE

Il training sulle competenze emotive e mentalistiche avvengono generalmente attraverso il ricorso a strumenti di tipo carta-matita o verbale-narrativo, presentando diverse criticità (Baron-Cohen, 2001). I metodi tradizionali, carta-matita o verbali-narrativi, possono rivelarsi faticosi e poco interessanti e ciò

tende a indurre nel bambino una diminuzione dell'attenzione, un calo della motivazione e, di conseguenza, della collaborazione con lo sperimentatore. Un'ulteriore criticità, che non va certo trascurata, riguarda la complessità nelle procedure di somministrazione, per la quale spesso è necessario presentare molti materiali differenti (come cartoncini, pupazzetti e disegni) che possono risultare confusivi per i bambini e di difficile gestione per i tecnici. La stessa registrazione delle performance può, poi, risultare difficoltosa da eseguire in concomitanza con la somministrazione di un test già di per sé complesso e composto da svariati elementi. Per tali ragioni abbiamo optato per un training computerizzato di natura cognitivo-comportamentale: "Autismo e Competenze Cognitive-Emotive" (Pinelli e Santelli, 2005) principalmente pensato e diretto ad un bacino di utenza costituito da bambini con disturbi dello spettro autistico di età scolare. La presentazione computerizzata è sicuramente molto più semplice, piacevole e motivante, come già emerso da precedenti esperienze (Celi, 2002). Il programma computerizzato rappresenta una vera e propria fonte di rinforzi intrinseci che sembrano esercitare un notevole effetto proprio con quei soggetti con i quali stabilire una relazione risulta più complesso. I software di testing contenuti nel training sono realizzati in modo da rendere gli strumenti particolarmente appetibili e divertenti, al fine di favorire la collaborazione del bambino e di motivarlo in maniera efficace all'esecuzione delle attività proposte. Ogni test è organizzato, inoltre, in modo tale da consentire la registrazione automatica delle risposte nel corso dell'esecuzione della prova. Le fasi cruciali del training sono state essenzialmente quattro:

- la baseline: in cui è stata effettuata una misurazione delle abilità di base del soggetto;
- il training: in cui si sono state osservate le modificazioni sulle prestazioni del soggetto in concomitanza all'intervento.

Al termine del training verrà valutata la persistenza delle modificazioni sul comportamento dei soggetti eventualmente apparse durante la fase di intervento. L'intero training è strutturato in 12 sessioni (8 individuali e 4 in piccolo gruppo) della durata di circa 30 minuti, le sessioni individuali, e 60 minuti le sessioni in piccolo gruppo.

Il training è composto da quattro livelli di intervento:

- livello 1: Il riconoscimento delle espressioni facciali in visi schematici e volti umani;
- livello 2: La comprensione delle cause delle emozioni;
- livello 3: L'identificazione di emozioni causate da situazioni;
- livello 4: L'identificazione di emozioni causate da opinioni.

STRUMENTI

Lo strumento selezionato per la valutazione pre-training e post-training nel presente studio è stato il TEC, Test per valutare la comprensione delle emozioni (Albanese e Molina, 2008). Il TEC consente di valutare la natura complessiva dello sviluppo delle emozioni e la variabilità individuale. Esso valuta 9 componenti di comprensione delle emozioni:

- Riconoscimento (etichettamento)
- Causa esterna (situazionale)
- Desiderio
- Conoscenza (credenza)
- Ricordo
- Regolazione
- Occultamento (nascondere)
- Emozioni miste (ambivalenti)
- Morale

Lo strumento consente di individuare tre distinti stadi di sviluppo: verso i 3 anni i bambini si focalizzano sulle determinanti esterne e situazionali delle emozioni; tra i 4 e i 7 anni, la comprensione delle emozioni acquista carattere mentalistico, ovvero le persone sono viste come agenti intenzionali motivate dai desideri; dagli 8 anni, i bambini diventano più consapevoli del fatto che una persona può riflettere su una situazione con varie prospettive (emozioni ambivalenti, emozioni sociali). Lo strumento selezionato per il training cognitivo-comportamentale è "Autismo e competenze cognitivo-emotive" Valutare e potenziare le capacità di riconoscere le emozioni e inferire gli stati mentali dell'altro (Pinelli e Santelli, 2005).

Si tratta di un percorso di potenziamento che viene proposto attraverso CD-ROM e che si compone di varie fasi. La fase di baseline viene dedicata alla rilevazione delle competenze di base del soggetto. Per effettuare

una valutazione di base delle abilità di mentalizzazione dell'utente è necessario selezionare dalla videata introduttiva di ogni stanza il primo palloncino, di colore verde, denominato GIOCO 1. Prima della fase di training è stato necessario selezionare le abilità che si intendeva sottoporre a training. Dalla valutazione di base sono emerse come deficitarie in tutti i soggetti le aree connesse al riconoscimento delle emozioni, veicolate dalle espressioni facciali e l'identificazione delle emozioni causate da situazioni; si è deciso di non lavorare contemporaneamente su tali aree ma si è data la priorità di intervento all'abilità di base ovvero il riconoscimento delle espressioni facciali. Fanno parte della fase di training sia la sezione "impara" che la sezione "gioco 2". In queste sezioni sono inserite le medesime attività incontrate nella fase di baseline, ma la particolarità di queste attività risiede nella possibilità di ricevere un feedback alla risposta: l'utente verrà elogiato se ha fornito una risposta corretta o esortato a riprovare se ha dato una risposta sbagliata. Il training è stato strutturato intervallando attività di apprendimento con attività di valutazione e monitoraggio delle prestazioni. La valutazione di post-test verrà effettuata immediatamente dopo la sospensione del training, e a 6 mesi dal termine (follow-up).

ANALISI

Il disegno di ricerca sperimentale prende il nome di "Disegno su soggetto singolo". In questo tipo di disegno si studia una relazione di causalità tra una variabile indipendente (il trattamento proposto) e una variabile dipendente (il comportamento emesso dal soggetto e registrato dal ricercatore) alla volta, in un singolo soggetto (McGuigan, 2001). Questo disegno è utile, ad esempio, quando le medie di gruppi di soggetti non sono rappresentative dei comportamenti dei singoli individui. Si ricorre ad un disegno su soggetto singolo anche quando si vogliono evidenziare grossi effetti, poiché, se lavorando con campioni numerosi possono risultare statisticamente significative anche differenze riconducibili a variabili poco importanti, con questo tipo di disegno assumono evidenza solo i fattori di grande rilevanza. Attraverso tale metodica di studio si ha, inoltre, la possibilità di controllare l'andamento degli effetti del trattamento, individuo per individuo,



e di modificarlo istantaneamente o di passare a un altro tipo di intervento se non si sono ottenuti esiti favorevoli. Il ricorso ad un disegno su soggetto singolo, dove l'individuo è utilizzato come controllo di se stesso, garantisce una maggiore validità interna riguardo alle differenze individuali e alla rigidità della procedura sperimentale, che può essere pianificata in ogni particolare (Pinelli, Rollo e Santelli, 2004).

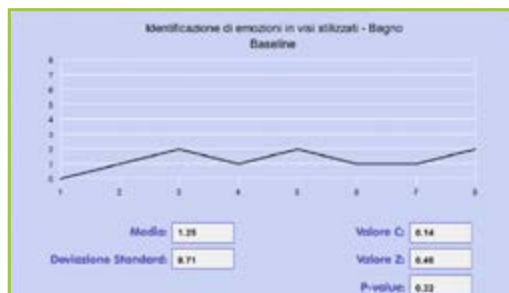
Lo strumento statistico utilizzato per questo tipo di analisi è il Test C. La logica di questo test, conosciuta come «Statistica C», fu studiata per la prima volta da Von Neumann (1941), e successivamente perfezionata da Young (1941). Tryon (1982) ha evidenziato i vantaggi che derivano dall'applicazione del Test C:

- è relativamente semplice e di facile applicazione, in quanto permette di analizzare molti tipi di dati in serie temporale;
- non necessita di un numero elevato di osservazioni, in quanto si presta ad essere utilizzato anche se, per ogni fase, si eseguono solo 8 osservazioni indipendenti;
- permette di associare all'analisi statistica anche il criterio grafico, e quindi di verificare, attraverso continui confronti, se l'andamento delle curve presenti una significatività statistica.

Applicando questo tipo di test è possibile analizzare ogni singola serie temporale al suo interno (analisi semplice) (baseline, training, post-test e follow-up) per verificare la presenza di un eventuale trend nello sviluppo delle abilità o dei comportamenti presi in considerazione. Il Test C permette, inoltre, di confrontare fra loro le diverse serie temporali, in varie combinazioni (analisi aggregate), per stabilire se fra esse si evidenzino differenze statisticamente significative a testimonianza di un andamento con una particolare forma nelle abilità o nei comportamenti osservati (Caracciolo, Larcana e Cammà, 1986).

Di seguito sono riportati i punteggi conseguiti da ciascun soggetto nella fase baseline e training: la media dei punteggi (M) la deviazione standard degli stessi (DS), il valore del parametro C (C) e la significatività statistica dello stesso (p-Value).

I grafici 1 e 2 mostrano i punteggi conseguiti dal Soggetto 1:



Graf. 1: Punteggi Baseline Soggetto MM-22



Graf. 2: Punteggi Training Soggetto MM-22

I grafici 3 e 4 mostrano i punteggi conseguiti dal Soggetto 2:



Graf. 3: Punteggi Baseline Soggetto PR-04



Graf. 4: Punteggi Training Soggetto PR-04

I grafici 5 e 6 mostrano i punteggi conseguiti dal Soggetto 3:



Graf. 5: Punteggi Baseline Soggetto RA-10



Graf. 6: Punteggi Training Soggetto RA-1

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati raccolti sui singoli soggetti è possibile evidenziare un notevole miglioramento nel passaggio dalla fase di baseline a quella del training; in particolare è riscontrabile un importante cambiamento nel soggetto 1 che consegue una corretta identificazione delle espressioni facciali del 80%; i soggetti 2 e 3 mostrano incrementi ridotti, seppur presenti con una corretta identificazione rispettivamente del 45% e 66% degli stimoli presentati. A tal fine si evidenzia come, nel caso del soggetto 2, che presenta una notevole compromissione del linguaggio espressivo, ciò correla con una minore identificazione degli stimoli e sia in accordo con la letteratura che evidenzia come lo sviluppo del linguaggio sia un ottimo indicatore dello sviluppo cognitivo e globale del bambino. (Accardo, 2008). In linea con il Modello dell'abilità mentale di Salovey e Mayer (1990), i soggetti hanno modificato le loro abilità mentali di percepire le emozioni e di usare le informazioni emozionali per guidare il pensiero e le azioni. In particolare sono stati in grado di: identificare

le emozioni e riconoscere le proprie e le altrui emozioni. È chiaro come la capacità di leggere la mente giochi chiaramente un ruolo molto importante nello sviluppo sociale, emotivo e comunicativo del bambino poiché consente di comprendere nella loro intenzione e nella loro complessità di attori umani gli altri individui (Surian, 2002).

In sintesi, un training cognitivo-comportamentale sulle competenze cognitivo-emotive potrebbe consentire di:

- Dare un senso al comportamento interpersonale. Dennett (1978) ritiene che la lettura della mente sia indispensabile ai fini della comprensione del mondo umano. Secondo questo autore, attribuire ad una persona stati mentali è il modo più facile e immediato per capirla, cioè per formulare una spiegazione relativamente al suo comportamento attuale e una previsione di ciò che si appresta a fare.
- Dare un senso alla comunicazione. Grice (1975) ha evidenziato che quando cerchiamo di dare un significato ad una comunicazione (verbale, sia scritta che orale, o non verbale) ci orientiamo alla decodifica di quale possa essere l'intento comunicativo del parlante. Ciò non prestiamo attenzione solo alle sue parole o ai suoi gesti, ma abbiamo la tendenza a formulare ipotesi circa i suoi stati mentali.
- Empatizzare. Il termine "empatia" si riferisce alla capacità di condividere le emozioni di un'altra persona per comprenderne i bisogni (Hoffman, 1987). La lettura della mente dà naturalmente al bambino la capacità di inferire in che modo una persona potrebbe interpretare gli avvenimenti e come si potrebbe sentire (Harris et al., 1989).
- Riflettere su di sé. Non appena il bambino riesce ad attribuire stati mentali a se stesso può cominciare a riflettere sulla sua mente, riconoscendo la fallibilità delle proprie opinioni, le cause del proprio comportamento e la fonte delle proprie conoscenze. Il bambino diventa così in grado di esaminare nella mente varie possibili soluzioni ai problemi prima ancora di agire (Flavell et al., 1983).

BIBLIOGRAFIA

- Accardo, PJ, Accardo, JA, Capute, AJ. In: Accardo PJ, editor. **Capute and Accardo's neurodevelop-**



- mental disabilities in infancy and childhood.** 3rd ed. Baltimore: Paul H Brookes; 2008. pp. 3–26.
- American Psychiatric Association, APA (2013), **Diagnostic and statistical manual of mental disorder.** 5° edition, Washington
 - Albanese, O., & Molina, P. (2008). **Lo sviluppo della comprensione delle emozioni e la sua valutazione.** La standardizzazione italiana del Test di Comprensione delle Emozioni (TEC).
 - Astington, J. W. (1994). **Children's developing notions of others' minds.** Pragmatics: From theory to practice, 72-87.
 - Baron Cohen, S., Ring, H. A., Wheelwright, S., Bullmore, E. T., Brammer, M. J., Simmons, A., & Williams, S. C. (1999). **Social intelligence in the normal and autistic brain: an fMRI study.** European Journal of Neuroscience, 11(6), 1891-1898.
 - Baron-Cohen, S., Spitz, A., & Cross, P. (1993). **Do children with autism recognise surprise? A research note.** Cognition & Emotion, 7(6), 507-516.
 - Bölte, S., Holtmann, M., Poustka, F., Scheurich, A., & Schmidt, L. (2007). **Gestalt perception and local-global processing in high-functioning autism.** Journal of autism and developmental disorders, 37(8), 1493-1504.
 - Brosnan, M. J., Scott, F. J., Fox, S., & Pye, J. (2004). **Gestalt processing in autism: Failure to process perceptual relationships and the implications for contextual understanding.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(3), 459-469.
 - Brunet, E., Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M. C., & Decety, J. (2003). **Abnormalities of brain function during a nonverbal theory of mind task in schizophrenia.** Neuropsychologia, 41(12), 1574-1582.
 - Camaioni, L. (1995). **La teoria della mente: origini, sviluppo e patologia.** Laterza.
 - Caracciolo, E., Larcan, R., & Cammà, M. (1986). **Il test C: un modello statistico per l'analisi clinica e sperimentale di dati in serie temporali relativi ad un soggetto singolo (N=1).** Bollettino di Psicologia Applicata, 175, 41-53.
 - Courchesne, E., Townsend, J., Akshoomoff, N. A., Saitoh, O., Yeung-Courchesne, R., Lincoln, A. J. & Lau, L. (1994). **Impairment in shifting attention in autistic and cerebellar patients.** Behavioral neuroscience, 108(5), 848.
 - Dawson, G., Carver, L., Meltzoff, A. N., Panagiotides, H., McPartland, J., & Webb, S. J. (2002). **Neural correlates of face and object recognition in young children with autism spectrum disorder, developmental delay, and typical development.** Child development, 73(3), 700-717.
 - Dawson, G., Webb, S. J., & McPartland, J. (2005). **Understanding the nature of face processing impairment in autism: insights from behavioral and electrophysiological studies.** Developmental neuropsychology, 27(3), 403-424.
 - De Meo, T., Vio, C., & Maschietto, D. (2000). **Intervento cognitivo nei disturbi autistici e di Asperger.** Schede per il trattamento (Vol. 62). Edizioni Erickson.
 - Dennett, D. (1978), **Brainstorms: Philosophical essays on mind and psychology,** Brighton, Harvester Press (tr. it. Brainstorms. Saggi filosofici sulla mente e la psicologia, Milano, Adelphi, 1988).
 - Fein, D. (Ed.). (2011). **The neuropsychology of autism.** Oxford University Press.
 - Fein, D., Pennington, B., Markowitz, P., Braverman, M., & Waterhouse, L. (1986). **Toward a neuropsychological model of infantile autism: are the social deficits primary?** Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25(2), 198-212.
 - Flavell, J.H., Flavell, E.R. e Green, F.L. (1983). **Development of the appearance-reality distinction,** «Cognitive Psychology», n. 15, pp. 95-120.
 - Frith, U. (1989). **Autism: Explaining the enigma (Vol. 1989).** Blackwell Scientific Publications: Oxford.
 - Grice, H. P. (1975), **Logic and conversation.** In R. Cole e J. Morgan (a cura di), Syntax and semantics: Speech acts, New York, Academic Press
 - Hadwin, J., Baron-Cohen, S., Howlin, P., & Hill, K. (1996). **Can we teach children with autism to understand emotions, belief, or pretence?** Development and Psychopathology, 8(2), 345-365
 - Happé, F. G. (1997). **Central coherence and theory of mind in autism: Reading homographs in context.** British journal of developmental psychology, 15(1), 1-12.
 - Harris P.L., Johnson C.N., Hutton D., Andrews G. e Cooke T. (1989), **Young children's theory of mind and emotion,** «Cognition and emotion», n. 3, pp. 379-400.

- Hill, E. L., & Frith, U. (2003). **Understanding autism: insights from mind and brain.** *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 358(1430), 281-289.
- Hobson, R. P. (1986). **The autistic child's appraisal of expressions of emotion: A further study.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(5), 671-680.
- Hoffman M.L. (1987), **The contribution of empathy to justice any moral judgment.** In N. Eisenberg e J. Strayer (a cura di), *Empathy and its development*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. A. (1999). **Teaching children with autism to mind-read: A practical guide for teachers and parents.** J. Wiley & Sons.
- Jarrold, C., Butler, D. W., Cottington, E. M., & Jimenez, F. (2000). **Linking theory of mind and central coherence bias in autism and in the general population.** *Developmental psychology*, 36(1), 126.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., & Volkmar, F. (2003). **The enactive mind, or from actions to cognition: lessons from autism.** *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 358(1430), 345-360.
- Koshino, M., Solin, N., Tanaka, T., Isobe, H., & Nakamura, E. (2008). **Imaging the passage of a single hydrocarbon chain through a nanopore.** *Nature nanotechnology*, 3(10), 595-597.
- Lezak, M. D. (2004). **Neuropsychological assessment.** Oxford University Press, USA.
- McGregor, E., Whiten, A., & Blackburn, P. (1998). **Transfer of the picture-in-the-head analogy to natural contexts to aid false belief understanding in autism.** *Autism*, 2(4), 367-387.
- McGuigan, N., & Núñez, M. (2006). **Executive functioning by 18 24 month old children: effects of inhibition, working memory demands and narrative in a novel detour reaching task.** *Infant and Child development*, 15(5), 519-542.
- Minschew, N. J., & Williams, D. L. (2006). **The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization.** *Archives of neurology*, 64(7), 945-950.
- Morgan, B., Maybery, M., & Durkin, K. (2003). **Weak central coherence, poor joint attention, and low verbal ability: Independent deficits in early autism.** *Developmental psychology*, 39(4), 646.
- Pierce, K., Müller, R. A., Ambrose, J., Allen, G., & Courchesne, E. (2001). **Face processing occurs outside the fusiformface area'in autism: evidence from functional MRI.** *Brain*, 124(10), 2059-2073.
- Pinelli, M., & Santelli, E. (2005). **Autismo e competenze cognitivo-emotive. Autism and Cognitive-Emotional Skills,** Erickson, Trento.
- Pinelli, M., Rollo, D., & Santelli, E. (2004). **Osservare il comportamento: dalla metodologia ai contesti.** Uni. nova.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). **Emotional intelligence.** *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.
- Suh, J., Eigsti, I. M., Naigles, L., Barton, M., Kelley, E., & Fein, D. (2014). **Narrative performance of optimal outcome children and adolescents with a history of an autism spectrum disorder (ASD).** *Journal of autism and developmental disorders*, 44(7), 1681-1694.
- Surian, L. (2002), **Autismo. Indagini sullo sviluppo mentale,** Bari, Laterza.
- Swettenham, J. G. (1996). **What's inside someone's head? Conceiving of the mind as a camera helps children with autism acquire an alternative to a theory of mind.** *Cognitive Neuropsychiatry*, 1(1), 73-88.
- Tryon, W.W. (1982), **A simplified time-series analysis for evaluating treatment interventions,** *Journal of Applied Behavior Analysis*, n. 15, pp. 423-429.
- Vicari, S., Valeri, G., Fava, L. (2012) **L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento.** Il Mulino
- Von Neumann, J. (1941), **Distribution of the ratio of the mean square successive difference to the variance,** *Annals of Mathematical Statistics*, n. 12, pp. 367-395.

RINGRAZIAMENTI

- Alessandra Franco (*Neuropsicologa - Psicoterapeuta*);
- Maria Rosaria Viva (*Logopedista*);
- Rosalba Cioffi (*Psicologa*);
- Giorgia Marra (*Logopedista*);
- Tatiana de Francesco (*Educatrice*);
- Lara Stendardo (*Psicoterapeuta*).



ESPERIENZE TRAUMATICHE E DINAMICHE DISSOCIATIVE E ALESSITIMICHE NEL DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA - BINGE EATING

Alessandra Gallo

Psicologa clinica, esperta in Psico-oncologia e Psicodiagnostica clinica e forense, cultrice della materia presso l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
galloalessandra87@gmail.com

Eleonora Leombruno

Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale
eleonora.leombruno@gmail.com

RIASSUNTO

Il presente articolo è dedicato al tema del Disturbo da Alimentazione Incontrollata o *Binge Eating Disorder* (BED) e in modo particolare alla sua connessione con esperienze di vita traumatiche e con possibili dinamiche dissociative e alessitimiche. Come vedremo, la salute fisica, il senso di benessere e l'equilibrio psicologico di una persona, spesso, vengono messi a dura prova da eventi che possono segnare la vita a causa della loro portata emotiva devastante. Le autrici cercano di fornire un quadro di riferimento per la comprensione delle dinamiche psicologiche e traumatiche intrinseche al disturbo dell'alimentazione incontrollata, malattia in crescente aumento e caratterizzata da risvolti psicologici spesso poco compresi. Oggi l'aumento dell'informazione e della prevenzione nel campo dei disturbi dell'alimentazione hanno determinato un aumento delle diagnosi e un approccio terapeutico mirato e una presa in carico multidisciplinare. In riferimento proprio ai risvolti traumatici, probabilmente presenti nell'eziologia del disturbo, vengono prese in considerazione l'impatto traumatico che le esperienze di vita hanno sul soggetto, e le risposte dissociative caratterizzanti il *Binge Eating*. La spiegazione clinica di questo possibile esito psicopatologico ci conduce alla comprensione di come la sua comparsa, conseguente a traumi psicologici, possa compromettere ulteriormente la dimensione relazionale e sociale del paziente.

PAROLE CHIAVE

Trauma psicologico, dissociazione, alessitimia, alimentazione incontrollata.

PREMESSA

In gran parte delle culture e in tutte le epoche storiche il cibo ha sempre rappresentato per l'uomo non solo una necessità, ma anche un piacere. Si mangia per soddisfare non solo bisogni biologici ma a volte pur essendo sazi, si mangia per alleviare stati d'animo negativi come disforia, senso di noia, tristezza, rabbia, o sensazioni aspecifiche di tensione. Negli ultimi anni, infatti, è cresciuto sempre più l'interesse per lo studio dei disturbi correlati all'alimentazione e alla loro eziologia. Con il termine *Binge Eating Disorder* (BED) intendiamo un disturbo del comportamento alimentare, che si trova quasi sempre associato ad una condizione di obesità. Esso è, infatti, caratterizzato da episodi, a volte molto frequenti, di alimentazione incontrollata, con ingestione di grandi quantità di cibo anche senza sentirsi affamati e con sensazione di perdita del controllo nel mangiare. È infatti un disordine relativamente comune, con una prevalenza stimata di vita nella popolazione generale intorno all'1,4%. Data la sua recente caratterizzazione diagnostica, non sorprende che, differentemente dagli altri disturbi del comportamento alimentare, la sua eziopatogenesi sia ancora poco conosciuta. Ciononostante, sembra che fattori biologici predisponenti interagiscano con esperienze di vita traumatiche e con altre variabili ambientali nel

determinismo di questa sindrome. Attualmente sono molti gli studi che indagano i vari fattori che favoriscono l'insorgenza e il mantenimento dei fenomeni di perdita di controllo sul cibo. Sicuramente l'incidenza e la rilevanza clinica del BED, evidenziano l'importanza di individuare strategie di trattamento adeguate e basate su prove, al fine di evitare che questo disturbo diventi cronico e complicato (Kessler, et al., 2013). È lo scopo di questa revisione esplorare lo stato dell'arte su questo argomento, esponendo le ricerche che correlano la diagnosi del BED a traumi psicologici, risposte dissociative e Alessitimiche.

CHE COS'È IL BINGE EATING?

Il *Binge Eating* è un Disturbo da Alimentazione incontrollata che si struttura su un modello di alimentazione caratterizzato da episodi ricorrenti di fame durante i quali viene ingerita una quantità insolitamente grande di cibo in un periodo discreto di tempo e dove solitamente si sperimenta una perdita soggettiva di controllo sul comportamento alimentare (APA, 2013). Solitamente i pazienti affetti da BED non compensano regolarmente l'assunzione calorica, e dunque la maggior parte risulta in sovrappeso o in stato di obesità (Kessler, et al., 2013).

La quinta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA, 2013) pubblicata nel maggio 2013, codifica per la prima volta il Disturbo da *Binge Eating* (BED) come disturbo alimentare autonomo, mentre prima era elencato come un disturbo alimentare non altrimenti specificato (NAS). Anche se il BED è stato inizialmente considerato un disordine prevalentemente riscontrabile in età adulta, studi recenti suggeriscono uno sviluppo della malattia già in età infantile con una media di esordio dai 3-4 anni alla tarda adolescenza (Kessler, et al., 2013). Più il disturbo è precoce più sembra prevedere un risultato peggiore e richiede necessariamente interventi più complessi (Robinson & Safer, 2012). Inoltre, sebbene vi sia ancora un ampio dibattito sulla stabilità clinica di questa diagnosi, i dati mostrano che essa tende ad essere una sindrome stabile, con una relativa stabilità dei modelli di alimentazione incontrollata (Peterson, et al., 2012) e tassi di crossover inferiori rispetto

ad altri disturbi alimentari (Castellini, et al., 2011). L'importanza clinica del BED è legata soprattutto alla sua frequente comorbidità con l'obesità, le complicazioni del sovrappeso (Kessler, et al., 2013) e sintomi psichiatrici come la depressione e l'ansia, spesso legati a preoccupazioni eccessive riguardo al cibo, alla forma e al peso del corpo (Grilo, et al., 2013; Fassino, et al., 2003). Inoltre, come gli altri disturbi dell'alimentazione, i pazienti affetti da BED mostrano un deficit rilevante nell'identificazione e nella regolazione delle emozioni (Carano, et al., 2012; Compare, et al., 2012). Anche i disturbi della personalità sono frequentemente diagnosticati nei pazienti BED, mentre i disturbi dell'umore e l'abuso di sostanze sono spesso in comorbidità (Kessler, et al., 2013; Schag, et al., 2013) eventualmente correlate a psicopatologia più severa e con peggior prognosticità (Amianto, et al., 2011; Peterson, et al., 2005). Per fare diagnosi di BED è necessario valutare la frequenza e la durata delle abbuffate. Nel DSM-5, infatti, le abbuffate si devono verificare, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi. Inoltre, come per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di abbuffate per settimana.

LE CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE NEL BINGE EATING

SINTOMI

L'abbuffata rappresenta la caratteristica principale del BED. Va però, messo in evidenza l'aspetto più importante dell'abbuffata: non è tanto l'eccesso nel mangiare, quanto il vissuto di perdita di controllo inteso come "la difficoltà a controllare l'impulso ad alimentarsi, la sensazione dolorosa di fare qualcosa che non si vorrebbe fare ma che non si riesce ad evitare" Ciò consente di distinguere l'abbuffata compulsiva dall'alimentazione quotidiana eccessiva (Fairburn, 2011). Fairburn, nel suo manuale "Come vincere le abbuffate" (2011), riporta i risultati ottenuti negli anni Novanta da alcuni gruppi di ricerca che hanno cercato di studiare l'episodio dell'abbuffata compulsiva in laboratorio delineandone un quadro che racchiude tutti i principali elementi distintivi:



- Sensazioni: inizialmente il soggetto esperisce piacere ed apprezza il gusto e la composizione del cibo; tale sensazione però occupa un breve lasso di tempo per poi tramutarsi in disgusto e ribrezzo.
- Velocità nel mangiare: durante un'abbuffata le persone mangiano molto velocemente (il doppio di chi non presenta un disturbo del comportamento alimentare), riempiendosi la bocca di cibo in maniera quasi meccanica, masticandolo appena.
- Agitazione: qualcuno cammina continuamente mentre mangia, qualcuno sembra disperato, vinto da un desiderio irresistibile di cibo; questo può portare a prendere il cibo degli altri o anche a rubarlo dai negozi.
- Stato alterato di coscienza: le persone che vivono un episodio di abbuffata compulsiva riferiscono di sentirsi in "trance", di attuare il comportamento in modo automatico, come se non fossero loro ad abbuffarsi.
- Segretezza: le persone si vergognano del loro comportamento e fanno di tutto per tenerlo nascosto, per questo le abbuffate il più delle volte avvengono in segreto (ad es. alcuni dopo un pasto normale tornano furtivamente a mangiare tutti gli avanzi, altri portano il cibo in camera o in bagno,...).
- Perdita di controllo: alcune persone lo sentono molto prima di cominciare a mangiare, altre lo provano gradualmente dal momento in cui cominciano a mangiare, altre lo sentono all'improvviso, quando si rendono conto che hanno mangiato troppo, altre ancora riferiscono di non riuscire a smettere di mangiare una volta che hanno cominciato.

Per i soggetti con BED il peso sembra essere solo una spiacevole conseguenza delle abbuffate, a cui guardano con rassegnazione e sconforto, con un atteggiamento svalutante e di autocritica, rimuginando sui propri errori (Ricca, Castellini, & Faravelli, 2009); raramente mettono in atto la condotta compensativa del vomito per gestire l'aumento di peso. In realtà sono più interessati all'effetto a breve termine dell'abbuffata, ovvero la riduzione dell'emozione negativa esperita, che alle conseguenze a lungo termine, cioè l'aumento di peso. Si evince da ciò che l'abbuffata è utilizzata come una strategia disfunzionale di coping con la quale il *binge eater* cerca di

trovare una soluzione alle sue difficoltà nel gestire le emozioni e controllare gli impulsi. All'uso di strategie adattive quali la rivalutazione cognitiva ed il problem solving (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010), si sostituiscono dunque comportamenti alimentari disfunzionali quali le abbuffate (Torres et al., 2011). Si tratta di una modalità di coping che a lungo andare può diventare un pattern comportamentale automatico (Lorenzini & Sassaroli, 2000; Fairburn, 1997).

FUNZIONAMENTO

L'organizzazione psicologica di questi pazienti è molto complessa poiché presentano una visione di sé che oscilla tra il massimo della stima nella propria efficienza alla critica più feroce; posseggono un'estrema vulnerabilità alla disconferma e sono sovrastati dal terrore di deludere gli altri e di essere delusi. È evidente la presenza del costrutto di perfezionismo clinico: si prefiggono alti standard, hanno il timore di sbagliare e si valutano sulla capacità di ottenere tali risultati. Utilizzano strategie di coping disfunzionali nei confronti di ansia e frustrazioni. Tali presupposti fanno sì che si rifugino in progetti e fantasie che non vedono mai una concreta attuazione. L'aspetto fisico ricopre al contempo il ruolo di difesa e rifugio: ingrassando il giudizio degli altri è limitato alla sola immagine esteriore, dimagrendo si ottiene la tanto sperata approvazione sociale. In entrambi i casi si mantiene l'attenzione solo su fattori meramente esterni e si impedisce l'accesso al modo interiore fatto di emozioni, credenze e regole di vita che ne evidenzerebbero una loro dolorosa vulnerabilità. Il costrutto di autostima viene meno e la sua assenza trova conferma, per i *binge eaters*, nello sguardo che gli rivolgono gli altri, nel numero segnato dalla bilancia e nell'immagine riflessa nello specchio. Il tutto è fuso con l'immagine esteriore, che ritengono essere deludente e poco attraente per questo ritengono impossibile qualunque forma di miglioramento. Non apprezzano il proprio corpo, non ne sanno ricavare piacere anzi veicolano su di esso una particolare forma di attenzione: "l'attenzione selettiva" monitorando e considerando solo i difetti, uscendo dalla visione globale del corpo, con una conseguente amplificazione solo degli aspetti negativi. Il valore personale è legato all'eccessiva valutazione dell'inseguimento e rag-

giungimento di standard troppo elevati. Si giudicano largamente sulla base degli sforzi che compiono per raggiungere tali obiettivi, operando una sistematica svalutazione dei successi. Negando il proprio valore personale fanno dipendere dal giudizio altrui il criterio di adeguatezza per il proprio Sé per questo le modalità relazionali si orientano sul versante dell'accudimento, sia come ricerca che attuato in modo compulsivo per il timore dell'abbandono. L'abbuffata trova la sua collocazione nel tentativo di colmare un senso di vuoto cronico. Il cibo rappresenta l'unica fonte di piacere, infatti viene scelto sulla base del proprio stato d'animo (a differenza delle bulimiche che non ne percepiscono nemmeno il gusto). L'utilizzo del cibo è strumentale ad una regolazione disfunzionale delle emozioni: se le emozioni provate sono negative il cibo è uno strumento che ha lo scopo di alleviarle e inibirle; se prevalgono emozioni positive diventa un'ulteriore fonte di gratificazione. Per questo è importante collocare l'abbuffata del paziente nel suo contesto emozionale e aiutarlo a riconoscerne le cause ed i significati.

Per il soggetto con BED, dunque, l'abbuffata è liberatoria ma cosa succede nella mente di questi pazienti nei momenti antecedenti all'abbuffata e durante l'attuazione di questa strategia di coping? Alcuni autori ipotizzano che siano due i meccanismi principali che causano lo scatenarsi delle abbuffate: quello chiamato "fuga dalla consapevolezza" (Heatherton & Baumeister, 1991) e quello definito "blocco emozionale", citato da Root e Fallon (1989) per la Bulimia Nervosa. L'"Escape from self-awareness model" (fuga dalla consapevolezza) (Heatherton & Baumeister, 1991), postula che i soggetti che agiscono le abbuffate siano particolarmente predisposti ad auto-valutazioni negative a causa della loro bassa autostima. Ciò che li caratterizza è la ricerca e l'imposizione, come una regola a cui non si può trasgredire, di standard esageratamente elevati che riguardano obiettivi di vita, le aspettative altrui percepite e gli ideali. Più alti sono gli standard, più alta è la probabilità di fallimento; la consapevolezza tenderà a focalizzarsi su di sé e sulla propria inadeguatezza personale, sulle proprie colpe o mancanze, alimentando la bassa autostima e le severe autocritiche per i propri fallimenti. La consapevolezza di ciò determina una flessione del tono dell'umore ed

ansia ed è proprio dallo stato di coscienza centrato sul confronto tra sé e i propri alti standard che prende il via il tentativo di fuga. Todisco e Vinai (2008), interpretano il comportamento alimentare del *binge eater* come una modalità di "sospensione del tempo", un evitamento degli stati emotivi negativi e minacce al proprio valore personale, che gli impedisce di entrare in contatto con essi e divenirne consapevole. Il soggetto entra in uno "stato di vuoto, di mancanza di significati, simile a quello della dissociazione (Claes, 2007), e attua una sorta di "restringimento cognitivo" Ricca et al., 2009) come tentativo di evadere dagli stati di auto-coscienza negativi: si focalizza sul presente sospendendo le azioni di controllo, i meccanismi inibitori relativi all'assunzione di cibo e la riflessione sugli eventi passati e futuri. L'inattivazione di alcune funzioni cognitive di alto livello come l'inibizione, è una delle conseguenze negative di questo spostamento dell'autocoscienza. I pensieri irrazionali hanno luogo in seguito alla sospensione delle normali modalità di ragionamento, lasciando un vuoto mentale che portano al rilascio di comportamenti prima inibiti, ovvero l'alimentazione incontrollata. Numerosi autori equiparano lo spostamento di coscienza precedentemente descritto con il concetto clinico di dissociazione e suggeriscono che gli episodi si verificano nel corso di stati dissociativi (McManus 1995; Meyer 1998). Il "Blocking model" (blocco emozionale) sostiene che l'abbuffata rappresenti un mezzo per bloccare un'emozione troppo intensa, fungerebbe da distrattore allontanando dalla consapevolezza le emozioni negative e focalizzando l'attenzione su quelle positive provenienti dal cibo. Molti pazienti infatti riportano di sentirsi tesi, arrabbiati, soli, ansiosi, ecc. prima dell'abbuffata: il cibo offre un effetto gratificante immediato e sembra rappresentare l'unico rimedio al loro problema. Todisco e Vinai (2008) indicano la presenza di una "finestra emozionale stretta" in cui i pazienti presentano un'alta soglia di percezione che li rende anestetizzati fino a che le emozioni non raggiungono una bassa intensità, ed una bassa soglia di tolleranza alle emozioni che li porta ad agire l'abbuffata. Il blocco emozionale è attivato da tre credenze disfunzionali: l'intollerabilità delle emozioni; l'interpretazione delle sensazioni corporee come segnali di eventi catastrofici imminenti; il pensare che ci si possa difendere dalle



emozioni innalzando la soglia di consapevolezza, cioè il livello sotto il quale il soggetto non si accorge di provare un'emozione (l'anestesia emotiva è l'unica soluzione). I pazienti affetti da BED nel tentativo iniziale di evitare e sovrastare le emozioni negative legate all'interpretazione di eventi esterni, e pertanto vissute come ingestibili, ricorrono all'abbuffata per avere un sollievo immediato ma di breve durata. Infatti il breve effetto positivo lascia immediatamente il posto al senso di colpa e alla vergogna, il paziente vedrà nella perdita di controllo e nell'aumento del peso la conferma delle sue credenze disfunzionali legate al suo scarso valore personale provando rabbia e tristezza, emozioni negative che ritiene intollerabili e che cerca di fronteggiare in modo disfunzionale dando luogo al circolo vizioso.

FATTORI PREDISPONENTI E DI MANTENIMENTO

Una volta che il disturbo si è instaurato la sintomatologia conclamata è dunque caratterizzata da assunzioni di cibo massicce, disordinate, caotiche, vissute spesso in modo quasi automatico, che sono il risultato di un'idea prevalente che assume, immediatamente prima che si scateni l'abbuffata, le caratteristiche di un'ossessione. Per comprendere come il circolo vizioso, emozione negativa – abbuffata – demoralizzazione, si mantenga è importante tenere presente oltre ai fattori personali e psicologici predisponenti, anche i cosiddetti "fattori scatenanti" o "precipitanti" mantenimento le abbuffate (Howard & Porzelius, 1999; Stein et al, 2007; Tuomisto et al, 1998) e poi quelli di mantenimento. Gli eventi vissuti come ansiogeni, dolorosi o di perdita sono tra i principali fattori scatenanti l'abbuffata (Vanderlinden & Vandereycken, 1998); inoltre la presenza di cibo calorico oppure considerato proibito, sembra facilitare l'insorgenza delle abbuffate attivando una modalità di pensiero e comportamento del tipo tutto o nulla: il solo desiderare o assaggiare un cibo ricco di calorie e/o proibito evocherebbe un senso di fallimento tale da determinare l'abbandono del sistema alimentare precedentemente seguito (Todisco & Vinai, 2008). Anche l'assunzione di bevande alcoliche sembra poter frequentemente scatenare le abbuffate, probabilmente alterando il sistema di rigido controllo faticosamente instaurato ed evocando vissuti di disistima e fallimento (Howard & Porzelius, 1999).

Tra i fattori di mantenimento del disturbo troviamo:

- **Bassa autostima e autocritica:** abbiamo visto come in questi pazienti prevalga un senso di inadeguatezza ed impotenza (Todisco & Vinai, 2008), più in generale un tratto diffuso è la bassa autostima con tendenza all'umore depresso. Diversi autori sostengono che avere una bassa stima di sé stessi determini una maggiore vulnerabilità alla pressione ambientale verso lo standard della magrezza quindi verso l'inizio di una dieta, i cui insuccessi, associati agli episodi di abbuffata, contribuirebbero a peggiorare ulteriormente la considerazione di sé (Marcus, Moulton, & Greeno 1995; Yanovski, Nelson, Dubbert, & Spitzer 1993).
- **Vergogna:** tale emozione si accompagna ad un'assunzione di cibo solitaria, quasi clandestina, che tende ad esasperare tale vissuto (Todisco & Vinai, 2008); è collegata inoltre, ai fallimenti nel perseguire un regime dietetico, al disgusto per le proprie abitudini alimentari, nonché al proprio corpo. L'estremizzazione circa il modo di giudicare se stessi e gli altri descritte nel quadro psicologico di questi pazienti fanno capo ad una modalità di pensiero dicotomico con la quale essi interpretano la realtà circostante (Stein et al, 2007; Williamson, Muller, Reas, & Thaw; 1999; Linde et al, 2004). La mancanza di una sufficiente consapevolezza di sé facilita l'insorgere e il successivo mantenimento di comportamenti estremizzati
- **Restrizione alimentare:** si evidenzia una polarizzazione del pensiero riguardo alla necessità di perdere peso e una continua lotta per migliorare le proprie capacità di controllo sull'alimentazione e sul peso. Ciò fa sì che il soggetto elabori delle aspettative irrealistiche circa gli obiettivi da raggiungere riguardo alla riduzione del peso e al regime alimentare da seguire per ottenere tali risultati (Howard & Porzelius, 1999; Davis, Freeman, & Garner, 1988). Il divario tra ciò che si prevede di raggiungere ed i comportamenti reali è molto ampio poiché non riesce a ridurre l'assunzione di calorie in modo significativo e ciò lo espone a vissuti di inadeguatezza e deflessioni dell'umore (Fassino, Leombruni, Pierò, Abbate-Daga, & Giacomo Rovera, 2003, Stein et al, 2007; Linde et al, 2004).

- Difficoltà della regolazione emotiva: come riscontrato da numerosi studi il ricorso all'abbuffata in prossimità del presentarsi di emozioni negative così intense da non poter essere tollerate, fornisce sì un sollievo temporaneo ma finisce per rinforzare il ricorso ad esse (Arnou, Kenardy, & Agras, 1992; Johnson et al., 1995; Mitchell et al., 1999; Stein et al., 2007).

È importante precisare che nonostante i fattori emotivi siano stati considerati principalmente come antecedenti delle perdite di controllo sul cibo, molti pazienti con BED ritengono che gli episodi di abbuffata abbiano come conseguenze l'esperire emozioni negative. È possibile considerare queste stesse conseguenze come antecedenti di altri episodi e connotare dunque l'abbuffata come la conseguenza del distress.

CORRELAZIONE TRA ESPERIENZE TRAUMATICHE E BINGE EATING

L'esposizione ad un'esperienza traumatica o ad una serie di eventi traumatici è stata spesso correlata allo sviluppo di disturbi alimentari. Sebbene i vari ricercatori abbiano definito in modo diverso i traumi, un modo comune per definire un evento traumatico è quello di determinare se l'evento sia pericoloso per la vita e coinvolge la paura intensa, l'impotenza o l'orrore (requisiti per una diagnosi di disturbo post-traumatico PTSD). Gli studi hanno dimostrato una significativa associazione tra disturbi alimentari e diversi tipi di traumi, tra cui abuso fisico e negligenza dei bambini (Rorty & Yager, 1996), abuso sessuale (Dansky, Brewerton, Kilpatrick & O'Neil, 1997) e molestie sessuali (Harned, 2000; Larkin, Rice & Russell, 1996). Forse il legame più approfondito tra traumi e disturbi alimentari riguarda una storia di abuso sessuale sui minori. Le stime su esperienze di abuso sessuale durante l'infanzia riportano che il 30% dei pazienti con disturbi alimentari ha avuto in passato uno o più episodi di abuso (Connors & Morse, 1993). Inoltre, il consenso generale è che una storia di abuso sessuale è meglio concettualizzata come un fattore di rischio non specifico per i disturbi alimentari, in particolare per la bulimia nervosa (de Groot & Rodin, 1999; Wonderlich, Brewerton, Jolic,



Dansky & Abbott, 1997). Sembra inoltre che sperimentare molteplici forme di abuso in età infantile aumenta ulteriormente il rischio di problemi alimentari (Rorty, Yager & Rossotto, 1994). Sono state offerte diverse spiegazioni per la relazione tra traumi psicologici e disturbi alimentari. Un modo utile per concettualizzare questo collegamento è quello di considerare la funzione dei sintomi di disturbo alimentare. In altre parole, il trauma può portare a vari problemi o deficit che si concretizzano in sintomi disfunzionali e comportamenti patologici come sono tentativi di fronteggiare in modo mal adattivo a problemi di natura essenzialmente psicologica. Ad esempio, il trauma può portare a difficoltà con la regolazione degli affetti; a sua volta, l'alimentazione incontrollata (patologica) come ad esempio, il binge eating può svilupparsi come un mezzo auto-lenitivo o di nutrimento o come un mezzo per gestire le emozioni negative (de Groot & Rodin, 1999; Schwartz & Gay, 1996). Il trauma, dunque, e in particolare il trauma da abuso sessuale, comporta lo sviluppo di una serie di disturbi, tra cui anche quelli relativi all'immagine corporea, e può quindi rendere



l'individuo più suscettibile allo sviluppo di disturbi alimentari. Un meccanismo possibile nell'associazione tra traumi da abuso e disturbi alimentari è il cosiddetto *selfblame* o auto-colpevolizzazione. A seconda della valutazione individuale del trauma (cioè se interiorizza la colpa per l'evento), i sintomi di disturbi alimentari possono svilupparsi come mezzo per punire e colpevolizzare se stessi (Schwartz & Gay, 1996). Altri ricercatori hanno concettualizzato i problemi alimentari come una strategia di coping o di sopravvivenza in risposta al trauma. Spesso l'individuo è in una posizione impotente e può avere poche risorse, e così i sintomi del disturbo alimentare come il *binge eating* possono svilupparsi come una risposta logica originaria in base alle circostanze (Schwartz & Gay, 1996, Thompson, 1994). In particolare, il *binge eating* può essere un modo in cui l'individuo può indurre uno stato dissociativo per sfuggire temporaneamente a questo dolore, in quanto esperienze dissociative come sensazione di intorpidimento o "distanziamento" sono state riscontrate come comuni negli episodi di *binge eating* (Gershuny & Thayer, 1999).

MECCANISMI DISSOCIATIVI E ALESSITIMIA NEL BINGE EATING

La dissociazione è definita come "l'interruzione della reciproca integrazione tra funzioni superiori di coscienza, identità, memoria, percezione dell'ambiente circostante e controllo di movimenti del corpo" (APA, 2000). Vi è un'ampia evidenza empirica del fatto che la dissociazione si sviluppi in difesa da un trauma: occultando l'esperienza traumatica e le emozioni ad essa connessa si rimanda il momento dell'elaborazione rispondendo ad un bisogno autoconservativo. La dissociazione sembra, quindi, avere un potenziale patogeno significativo, in quanto può compromettere in maniera stabile la soggettività, e può modificare le possibilità di integrazione tra diverse aree cerebrali nonché rendere discontinuo il processo di registrazione ed elaborazione dei ricordi (Solomon, 2004; Krystal, 1996). Il costrutto di alessitimia, sviluppatosi in campo psicosomatico fra gli anni '60 e gli anni '70 (Marty & M'Uzan, 1963; Sifneos, 1977), è caratterizzato

da un insieme di caratteristiche cognitivo-affettive. Queste includono: una difficoltà a identificare, distinguere e comunicare gli stati emotivi propri e altrui, uno stile di pensiero concreto e orientato verso la realtà esterna, povertà di immaginazione, mancanza di introspezione, scarsa attività onirica, conformismo sociale e tendenza a esprimere le emozioni attraverso l'azione (Taylor et al., 1997; Todarello & Porcelli, 2002). L'alessitimia si associa con tutti i sottogruppi diagnostici dei DCA (Bourke et al., 1992; Taylor et al., 1996), quindi anche con il BED. L'ipotesi eziologica multifattoriale dei DCA vede l'alessitimia come un deficit della regolazione degli affetti. La mancata condivisione degli affetti, su cui il bambino costruisce le proprie esperienze di autoefficacia e consapevolezza, può determinare confusione ogni qual volta tenti di distinguere i suoi bisogni fisiologici (come fame e sazietà), dalle esperienze emotive e interpersonali. A tal proposito il fenomeno dell'abbuffata sembrerebbe essere un tentativo di autoregolazione, da parte dell'individuo, che seguirebbe la seguente modalità. A seguito di un pensiero, una sensazione, una percezione o un evento si attiva un sistema motivazionale (Lichtenberg, 1989) il cui scopo non può essere soddisfatto sia per elementi strutturali di personalità che per dati di realtà. Ciò crea profondo disagio e avendo queste persone una notevole difficoltà a riconoscere e gestire le emozioni negative, questa attivazione si traduce in comportamenti alimentari disfunzionali. Dunque nel tentativo di modulare o gestire l'emozione negativa, queste persone attivano il "Sistema della regolazione psicologica dei bisogni fisiologici". In quest'ottica la dissociazione permetterebbe al soggetto *binge eaters* di "confondersi" per iniziare e continuare l'abbuffata, senza dover prendere coscienza delle conseguenze negative del suo comportamento (aumento di peso, senso di colpa, successivo disgusto di sé per aver mangiato troppo) e della contraddittorietà e inutilità dello stesso, rispetto ai propri obiettivi (Caviglia & Cecere, 2007). Gli stati dissociativi acquisirebbero, oltre che il ruolo già definito di meccanismo di difesa, un valore differente, quello di un meccanismo più complesso che permette il mantenimento del sintomo. Diversi

Autori hanno ipotizzato come l'alessitimia sia uno dei fattori responsabili della scarsa risposta al trattamento, delle ricadute e della cronicizzazione nei DCA (Carano, De Berardis, & Gambi, 2006). Tuttavia risulta difficile comprendere la direzione della causalità tra l'alessitimia e il DCA: essa sembra porsi sia come concausa del più ampio deficit della regolazione affettiva, sia come esito dello stesso (Fox & Power, 2009). L'incapacità di affidarsi a sentimenti e a sensazioni corporee per guidare il comportamento causa una sensazione di inefficacia che si ripercuote sul processo di formazione dell'immagine corporea e dell'identità. Le carenti informazioni su desideri e bisogni, inoltre, ostacolano la formazione di confini stabili e incrementano la dipendenza dall'ambiente esterno. In questo contesto, i rituali sul cibo rappresentano un mezzo di auto-cura per la regolazione degli stati emotivi sgradevoli e di altri aspetti di sé. Il comportamento alimentare viene connotato illusoriamente come necessario, contiene l'esperienza emozionale rinforzando il senso di inviolabilità e di integrità psicologica, fino a divenire meccanismo di difesa compulsivo finalizzato a regolare stati di tensione intollerabili.

Allo scopo di ipotizzare un modello esplicativo del rapporto tra trauma e DA, è stato approfondito il tema della dissociazione, quale variabile psicologica che può mediare tale relazione. Demitrack et al. (1990), studiando le esperienze dissociative in trenta donne affette da DCA e confrontandole con 30 donne sane, hanno rilevato che le pazienti mostravano livelli più alti di dissociazione rispetto ai controlli. In campioni clinici di pazienti con DA, è stato osservato che la dissociazione svolge un ruolo di primo piano specialmente in relazione alla gravità del fenomeno delle abbuffate. Nel 1997 Dalle Grave ha osservato la netta prevalenza di sintomi dissociativi in un campione di 103 pazienti affette da DA rispetto a un gruppo di controllo; il 20% di queste riportava alti livelli di sintomatologia dissociativa ed emerse una correlazione positiva tra dissociazione e psicopatologia bulimica. Waller (2003) ha replicato questo dato evidenziando livelli di dissociazione più elevati nel gruppo di soggetti con patologia alimentare rispetto al gruppo di controllo ed osservando che nel sottogruppo composto da

anoressiche restrittive i livelli di dissociazione erano simili a quelli di soggetti sani, mentre nei sottogruppi Anoressia binge/purge e Bulimia i livelli di dissociazione erano significativamente più elevati rispetto ad altri soggetti. Everill et al. (1995) riportarono correlazioni significative tra i fenomeni dissociativi e la frequenza delle abbuffate; in particolare evidenziarono che nel gruppo clinico emergeva una correlazione significativa tra sintomi dissociativi e frequenza delle abbuffate, invece nel gruppo non clinico venne riscontrato che quando vi erano episodi bulimici questi erano associati a esperienze dissociative. Inoltre aspetti dissociativi di involontarietà, amnesia e perdita della percezione temporale, sono stati descritti come frequentemente presenti anche durante le abbuffate (Toem, 1986; Demitrack et al., 1990), così come i vissuti di depersonalizzazione e derealizzazione (Abraham & Beumont, 1982). Anche nell'ambito della popolazione non clinica è stata riscontrata una relazione tra dissociazione e condotte alimentari abnormi (Rosen & Petty, 1994; Valdiserri & Kihlstrom, 1995). Dallo studio di Carano et al. (2007) emerge che le caratteristiche strutturali dell'alessitimia siano funzionali a modulare le risposte individuali allo stress emotivo attraverso l'utilizzo della dissociazione. In effetti l'utilizzo della stessa potrebbe essere interpretata come una strategia difensiva che, attraverso il passaggio a diversi livelli dello stato di coscienza, ha lo scopo di regolare il contenuto emotivo. Questa modalità diventerebbe adattiva assumendo i caratteri della pervasività: lo stato dissociativo diverrebbe una modalità ricorsiva per gestire le componenti emotivo-affettive e relazioni interpersonali. Da uno studio condotto da La Marra, Sapuppo, & Caviglia (2009) emerge una marcata associazione tra dissociazione e alcuni tratti psicologici e gruppi di sintomi dei DCA, tra cui la correlazione con la tendenza del soggetto a pensare e ad avere attacchi di incontrollabile sovralimentazione (abbuffate). Tale correlazione si evidenzia anche con la tendenza del soggetto a provare confusione ed incertezza nel riconoscere e rispondere in modo preciso sia agli stati emotivi che alle sensazioni viscerali collegate a fame e sazietà. Dallo studio emergono relazioni significative tra dissociazione e alcuni tratti che contribuiscono a definire il costrutto di Alessitimia quali la tendenza a



esprimere le proprie emozioni, specie quelle di natura negativa, attraverso il proprio corpo e la presenza di uno stile cognitivo caratterizzato da pensiero aderente agli aspetti pratici della vita e poco interessato agli elementi simbolici. Infine emerge che i soggetti *binge eaters* presentano aspetti dissociativi maggiori rispetto agli altri sottogruppi. La Mela & Maglietta (2011) hanno condotto uno studio che prevedeva il coinvolgimento di 106 pazienti con DA, 70 con disturbo d'ansia o dell'umore e 32 soggetti che non presentavano nessuna patologia psichiatrica né ne avevano sofferto in passato. I risultati dello studio mettono in evidenza l'importanza della dissociazione e del perfezionismo e dei loro effetti sugli episodi di alimentazione incontrollata, oltre che una relazione significativa tra numero di abbuffate e livelli generali di dissociazione. I risultati sono pertanto in linea con la teoria esplicativa "Escape from self-awareness model" (fuga dalla consapevolezza) (Heatherington & Baumeister, 1991). Infine dallo studio di Carano (2011) è emersa una significativa interrelazione fra alessitimia e dissociazione specialmente nei pazienti con BED.

CONCLUSIONI

Dalla letteratura esaminata sul Binge Eating Disorder (BED) possiamo affermare quanto sia importante considerare il disturbo in un'ottica multifattoriale che conseguentemente rinvia al problema della comorbidità, di attuale rilevanza sia per la ricerca che per la clinica. Da un punto di vista clinico la conseguenza è l'osservazione di soggetti spesso impulsivi e disregolati emozionalmente con alta frequenza di disturbo di personalità e di comorbidità con ansia, depressione ed abuso di sostanze, con sentimenti di disperazione, incapacità a tollerare lo stress e a raggiungere la gratificazione. Il disturbo alimentare è un tentativo impulsivo-compulsivo di regolare l'intollerabile e cangiante affettività: l'assunzione del cibo ed eliminazione dello stesso come fallimentare autocura. Sintomi alimentari sono anche tentativi di compensazione negativa di profondi e inesprimibili sentimenti di inadeguatezza, rabbia e demoralizzazione. L'individuare peculiari dimensioni traumatiche e dissociative nel paziente con BED chiarisce la teoria, incrementa la qualità della valutazione clinica e consente di allestire un tratta-

mento più promettente. Come precedentemente detto, i fenomeni dissociativi e traumatici ricoprono un ruolo significativo per la genesi, lo sviluppo e il mantenimento della psicopatologia di tipo alimentare. I dati emersi dalla letteratura scientifica confermano infatti, relazioni tra fenomeni dissociativi, esperienze di vita traumatiche e difficoltà relative all'espressione delle emozioni (alessitimia).

A tal proposito, per meglio integrare gli interventi psicoterapeutici, psicofarmacologici e dietologici, sarebbe opportuna un'impostazione multidisciplinare del lavoro clinico nell'ambito dei BED. Psicologo e nutrizionista concorrerebbero ad una formulazione esplicativa del disturbo del soggetto con BED, proponendo un progetto terapeutico calibrato sulla specifica psicopatologia del paziente. Inoltre un'adeguata conoscenza degli aspetti personologici ed eziopatologici potrebbe favorire un percorso di cura ad personam che superi condizioni cliniche caratterizzate non raramente da multiple complicanze medico-psichiatriche e da un andamento spesso cronico con frequenti drop out.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham S.F., & Beumont P.J.V. (1982). **How patients describe bulimia or binge eating.** *Psychological Medicine* 12, 625-635.
- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Test Revised (DSM-IV-TR).** APA: Washington (DC).
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5; American Psychiatric Association:** Washington, DC, USA, 2013.
- Amianto, F., Lavagnino, L., Leombruni, P., Gastaldi, F., Abbate Daga, G., Fassino, S. (2011), **Hypomania across the binge eating spectrum. A study on hypomanic symptoms in full criteria and sub-threshold binge eating subjects,** *J Affect Disord*, 133:580-3.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W.S. (1992). **Binge eating among the obese: A descriptive study.** *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-170
- Bourke M. P., Taylor G. J., Parker J.D., et al. (1992). **Alexithymia in women with anorexia nervosa.** A

- preliminary investigation. *Br J Psychiatry*; 161:240-3.
- Carano A, De Berardis D., & Gambi F. (2006). **Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder.** *Int J Eat Disord*; 39:332-40.
 - Carano A, De Berardis D., Scali M., Sagrupanti U., Campanella D., Crisoliti A., Salerno R.M., & Ferro F.M. (2007). **Cognitivismo clinico:** 4, 1, 22-33.
 - Carano A, Totaro E., De Berardis D., Mancini M., Faiella F., Pontalti I., Vizza M., & Mariani G. (2011). **Giornale Italiano di Psicopatologia** 17: 174-182.
 - Carano, A., De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Ferri, F., Di Iorio, G., et al. (2012), **Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder,** *J Psychiatr Pract*, 18(1):5–11. doi:10.1097/O1.pra.0000410982.08229.99.
 - Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C.M., Faravelli, C., et al. (2011), **Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria:** a 6-year follow-up study, *Psychosom Med*, 73(3):270–9. doi:10.1097/PSY.0b013e31820a1838.
 - Caviglia G., & Cecere F. (2007). **I disturbi del comportamento alimentare. L'approccio multidisciplinare per un intervento efficace.** Roma: Carocci.
 - Claes L., & Vandereycken W. (2007), **Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviors in eating-disordered patients?** *Eat Disord*; 15, 305–315.
 - Compare, A., Callus, E., Grossi, E. (2012), **Mindfulness trait, eating behaviours and body uneasiness: a case-control study of binge eating disorder,** *Eat Weight Disord*, 17(4):e244–51. doi:10.3275/8652.
 - Connors, M. E., & Morse, W. (1993). **Sexual abuse and eating disorders: A review.** *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1–11.
 - Dalle Grave R., Oliosi M., Todisco P., & Vanderlinden J. (1997). **Self-reported traumatic experiences and dissociative symptoms with and without binge-eating disorder.** *Eat disord* 5, 105-109.
 - Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1997). **The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa.** *International Journal of Eating Disorders*, 21, 213–228.
 - de Groot, J., & Rodin, G. M. (1999). **The relationship between eating disorders and childhood trauma.** *Psychiatric Annals*, 29, 225–229.
 - Demitrack M. A., Putnam F. W., Brewerton T. D., Brandt H. A., & Gold P.W. (1990). **Relation of clinical variables dissociative phenomena in eating disorders.** *American Journal of Psychiatry*, 147, 1184-1188.
 - Eizaguirre A. E., Saenz de Cabezòn A. O., Ocha de Alda I., Olariaga L. J., & Juaniz M. (2004). **Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders.** *Personality and Individual Differences*, 36, 2, 321, 331.
 - Everill J. T., Waller G., & McDonald W. (1995). **Dissociation in bulimic and non eating disordered women.** *International Journal of Eating Disorders*, 17, 127-134.
 - Fairburn C. G. (1997). **Eating Disorder.** In Clarke DM. et al., **Science and practice of cognitive behavioral therapy.** Oxford University Press, Oxford, pp. 209-241.
 - Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Abbate-Daga, G., Rovera, G. G. (2003), **Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder,** *J Psychosom Res*, 54(6):559–66.
 - Fox J.R.E., & Power M.J. (2009). **Eating disorders and multilevel models of emotion: an integrated model.** *Clin Psycholol Psychoter*; 16:237-9.
 - Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). **Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration.** *Clinical Psychology Review*, 19, 631–657.
 - Grilo, C.M., White, M.A., Gueorguieva, R., Wilson, G.T., Masheb, R.M. (2013), **Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up,** *Psychol Med*, 43(6):1335–44.
 - Harned, M. S. (2000). **Harassed bodies: An examination of the relationships among women's experiences of sexual harassment, body image, and eating disturbances.** *Psychology of Women Quarterly*, 24, 336–348.
 - Heatherston T. F., & Baumeister R. F. (1991). **Binge eating as escape from self-awareness.** *Psychological Bulletin*; 110, 86-108.
 - Irwin H. J. (1985). **Flight of mind: A psychological**



study of the out-of-body experience.

Scarecrow Press, Metuchen N.J.

- Irwin H. J. (1994). **Proneness to dissociation and traumatic childhood events.** *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456-460.
- Johnson J. G., Cohen P., Kasen S., & Brook J. S. (2002). **Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood.** *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 545-52.
- Kessler, R.C.; Berglund, P.A.; Chiu, W.T.; Deitz, A.C.; Hudson, J.I.; Shahly, V.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Angermeyer, M.C.; Benjet, C.; et al. (2013), **The prevalence and correlates of binge eating disorder in the world health organization world mental health surveys.** *Biol. Psychiatry*, 73, 904-914. [CrossRef] [PubMed]
- Krystal H. (1988). **Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia.** Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Krystal H., Bennet A., Bremner J.D., Southwick S.M., & Charney D.S. (1996). **Recent development in the neurobiology of dissociation: implications for Post Traumatic Stress Disorder.** In L.K. Michelson, W. J. Ray (a cura di), *Handbook of dissociation.* New York: Plenum Press.
- La Marra M., Sapuppo W., & Caviglia G. (2009). **Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome;** 1-2 (12): www.spr-italia/pdf/spr_volume_12pdf.
- La Mela C., & Maglietta M. (2011). **Cognitivism clinico** 8, 1, 27-46.
- Larkin, J., Rice, C., & Russell, V. (1996). **Slipping through the cracks: Sexual harassment, eating problems, and the problem of embodiment.** *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 4, 5-26.
- Lichtenberg J. D. (1989). **Psicoanalisi e sistemi motivazionali.** Tr. It. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.
- Linde J. A., Jeffery R. W., Levy R. L., et al. (2004). **Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women.** *Int J Obes Relat Metab Disord*; 28: 418-25.
- Lorenzini R., & Sassaroli S. (2000). **La mente prigioniera: strategie di psicoterapia cognitive.** Raffaello Cortina, Milano.
- MacFarlane K., Cockriel M., & Dugan M. (1990). **Treating young victims of incest.** In R.K. Oates (Ed.), *Understanding and managing child sexual abuse (pp.149-177).* Harcourt Brace Jovanovich, Sydney.
- Marcus M. D., Moulton M. M., & Greeno C. G. (1995). **Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder.** *Addict Behav*; 20: 747-55.
- Marty P., & De M'Uzan M. (1963). **Le pensée opératoire.** *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1345-1356.
- McManus F., & Waller G. (1995). **A functional analysis of binge-eating.** *Clinical Psychology Review* 15, 845-863.
- Meyer C., Waller G., & Waters A. (1998). **Emotional states and bulimic psychopathology.** In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA. *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders.* Wiley, New York.
- Mitchell J. E., Mussell M. P., Peterson C. B., Crow S., Wonderlich S. A., Crosby R. D., et al. (1999). **Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder.** *International Journal of Eating Disorders*, 26, 165-170.
- Peterson, C. B., Miller, K. B., Crow, S. J., Thuras, P., Mitchell, J. E. (2005), **Subtypes of binge eating disorder based on psychiatric history,** *Int J Eat Disord*, 38(3):273-6.
- Peterson, C. B., Swanson, S.A., Crow, S.J., Mitchell, J.E., Agras, W.S., Halmi, K.A., et al. (2012) **Longitudinal stability of binge-eating type in eating disorders,** *Int J Eat Disord*, 45(5):664-9. doi:10.1002/eat.22008.
- Robinson, A.H., Safer, D.L. (2012), **Moderators of Dialectical Behavioural Therapy for Binge Eating Disorder: Results from a Randomized Controlled Trial,** *Int J Eat Disord*;45(4):597-602. doi:10.1002/eat.20932.
- Root M. P. P., Fallon P. (1989). **Treating the victimized bulimic.** *Journal of Interpersonal Violence*; 4, 90-100.
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). **Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders.** *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 19, 773-791.

- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). **Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa.** *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122–1127.
- Rosen E. F., & Petty L.C. (1994). **Dissociative states and disordered eating.** *American Journal of Clinical Hypnosis* 36, 266–275.
- Ross C. A., Joshi S., & Currie R. (1990). **Dissociative experiences in the general population.** *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547–1552.
- Sanders B., McRoberts G., & Tollefson C. (1989). **Childhood stress and dissociation in a college population.** *Dissociation*, 2, 17–23.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., Giel, K. E. (2013), **Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder - a systematic review,** *Obes Rev*, 14(6):477–95. doi:10.1111/obr.12017.
- Schwartz, M. F., & Gay, P. (1996). **Physical and sexual abuse and neglect and eating disorder symptoms.** In M. F. Schwartz & L. -Cohn (Eds.), *Sexual abuse and eating disorders* (pp. 91–108). New York: Brunner/Mazel.
- Shipko S., Alvarez W. A., & Noviello N. (1983). **Towards a teleological model of alexithymia: Alexithymia and post-traumatic stress disorder.** *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 122–126.
- Sifneos P. E., Apfel-Savitz R., & Frankel F.H. (1977). **The phenomno of alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients.** *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47–57.
- Solomon H. M. (2004). **Self creation and the limitless void of dissociation: the “as if” personality.** *Journal of analytical psychology*, 49,635–656.
- Stice E., Presnell .K., & Spangler D. (2002). **Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation.** *Health Psychology*, 21, 131–8.
- Taylor G. J., Bagby R. M., & Parker J. D. A. (1997). **Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness,** Cambridge University Press, Cambridge [tr.it. **Disturbi della regolazione affettiva,** Giovanni Fioriti, Roma, 2000].
- Taylor G. J., Parker J. D., Bagby R. M., et al. (1996). **Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders.** *J Psychosom Res*; 41: 561–8.
- Thompson, B. W. (1994). **A hunger so wide and so deep: American women speak out on eating problems.** Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Todarello O., & Porcelli P. (2002). **Medicina psicosomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costi sociali.** Milano: Franco Angeli.
- Todisco P, & Vinai P. (2008). **La fame infinita. Manuale di diagnosi e terapia del disturbo da alimentazione incontrollata.** Torino: Centro Scientifico.
- Torem M. (1986). **Dissociative states presenting as an eating disorder.** *Am J Clin Hypn* 29, 137–142.
- Torem M. S. (1986). **Covert multiple personality underlying eating disorders.** *American Journal of Psychotherapy*, 44, 357–368.
- Tuomisto T., Tuomisto M. T., Hetherington M., & Lappalainen R. (1998). **Reasons for initiation and cessation of eating in obese men and women and the affective consequences of eating in everyday situations.** *Appetite*; 30: 211–22.
- Valdiserri S., & Kihlstrom J.F. (1995). **Abnormal eating and dissociative experiences.** *Int J Eat Dis* 17, 373–380.
- Vanderlinden J., & Vandereycken W. (1998). **Le origini traumatiche dei disturbi alimentari.** Roma: Astrolabio.
- Waller G. (2003). **The psychology of binge eating. In Fairburn et al., Eating disorders and Obesity: a comprehensive handbook.** Guilford Press, New York, pp. 98–107.
- Williamson D. A., Muller S. L., Reas D. L., & Thaw J. M. (1999). **Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment.** *Behav Modif*; 23: 556–77.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). **Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107– 1115.
- Yanovski S. Z., Nelson J. E., Dubbert B. K., & Spitzer R. L. (1993). **Binge eating disorder is associated with psychiatric comorbidity in the obese.** *Am J Psychiatry*; 150: 1472–9.



LA SFIDA DI DIVENIRE ARBITRI DELLA PROPRIA VITA

ESPERIENZE DI RIEDUCAZIONE E TRATTAMENTO IN CARCERE: DETENUTI CHE DIVENTANO ARBITRI

Alessandro Valente
Dipartimento di Scienze della
Formazione Psicologia e Comunicazione
Corso di Laurea in Educazione
Professionale

Ignazio Grattagliano
Dipartimento di Scienze della
Formazione Psicologia e Comunicazione
Corso di Laurea in Educazione
Professionale

RIASSUNTO

Lavorare con persone che nella propria vita hanno commesso un errore e aiutarle a riaversi è un dovere morale, sociale, oltre che imposto anche dalla stessa Costituzione Italiana. Piuttosto che limitarsi a ribadire o imporre norme, diventa importante aiutare a interiorizzarle. Nella seconda parte si parlerà dell'importanza dello sport, portatore di valori e inferenze educative. Facendo nostre le norme della competizione, ci abituiamo a formare un sistema di regole, che ci dicano "come giocare" anche nella vita di tutti i giorni. Nell'ultima parte, infine, si discuterà sulla figura dell'arbitro e sull'importanza rieducativa dell'attività arbitrale e sarà proposto un parallelismo tra l'attività arbitrale e l'attività rieducativa e riabilitativa per i soggetti detenuti, sottolineando come il detenuto, da soggetto che trasgredisce le regole della società, diverrà egli stesso garante delle regole del gioco e, di riflesso, delle convivenza civile, nonché arbitro della propria vita.

PAROLE CHIAVE

Rieducazione, sport, arbitraggio.

INTRODUZIONE

In questo lavoro si parlerà della rieducazione e del trattamento in ambito penitenziario. Lavorare con le persone che nella loro vita hanno commesso un errore e aiutarle a riaversi, però, è un dovere morale; esso è anche un dovere sociale, dato che in questo

modo la società riacquisterebbe un soggetto perso, che potrebbe contribuire alla crescita della stessa. Tale proponimento, però, è imposto alla società anche dalla stessa Costituzione Italiana, nell'art. 27. Piuttosto che limitarsi a ribadire o imporre norme, diventa importante interrogarsi su come aiutare a interiorizzarle. Esse infatti hanno senso se si intravede la strada verso cui andare, avendo un punto di arrivo sensato e importante, per cui si è disposti ad investire, accettando la sofferenza.

Nel secondo capitolo si parlerà dell'importanza del gioco e dello sport, portatori di valori e inferenze educative. Facendo nostre le norme della competizione, ci abituiamo a formare un sistema di regole, che ci dicano "come giocare" anche nella vita di tutti i giorni.

Nel terzo capitolo, infine, si discuterà sulla figura dell'arbitro e sull'importanza rieducativa dell'attività arbitrale e sarà proposto un parallelismo tra l'attività arbitrale e l'attività rieducativa e riabilitativa per i soggetti detenuti, sottolineando come il detenuto, da soggetto che trasgredisce le regole della società, diverrà egli stesso garante delle regole del gioco e, di riflesso, delle convivenza civile.

DETEZIONE, PENA ED EMENDA

La pena è la sanzione prevista che lo Stato, per mezzo dell'Autorità Giudiziaria, infligge all'autore di un fatto illecito, attraverso cui potrebbe, dunque, concretarsi la neutralizzazione del delinquente

oppure l'emenda morale del reo, nonché la risocializzazione del condannato che deve adattare il proprio stile di vita alle regole della civile convivenza. Pertanto il Codice Penale ha adottato la soluzione del cosiddetto "doppio binario", che risponde al principio previsto dalla Costituzione all'art. 27, terzo comma, stabilendo che le pene non possono consistere in trattamenti disumani e che devono tendere alla rieducazione del condannato, in modo da consentirgli il reinserimento nella società, una volta scontata la pena.

La legge n. 354 del 1975 e i regolamenti applicativi hanno ribadito la finalità rieducativa e riabilitativa della pena detentiva, durante la quale attuare tutte le strategie che possano condurre all'uscita dalla struttura carceraria, al reinserimento sociale, superando così l'ideologia custodialistica. C'è ancora chi ritiene, però, che il carcere continui a produrre emarginazione e devianza, continui ad aggravare i problemi personali e sociali di quanti vi transitano e chi ritiene che la funzione principale dello stesso resti quella di neutralizzare il pericolo, rappresentato da queste persone che, avendo già prodotto dei danni, potrebbero causarne ulteriori.

LA RIEDUCAZIONE E GLI STRUMENTI DEL TRATTAMENTO RIEDUCATIVO

Rieducazione non significa educare di nuovo o ripetere l'educazione già ricevuta, giacché ci troviamo di fronte a soggetti la cui educazione è risultata deficitaria o fallimentare; non si tratta neanche di far adattare i soggetti alle norme, quanto, invece, di aiutarli a ritrovare le ragioni per cui è doveroso e opportuno rispettarle: un vero e proprio recupero sociale.

La situazione del detenuto deve essere preliminarmente indagata durante una fase di osservazione che mira a individuare i percorsi personali e sociali, causa del comportamento criminoso, e a rilevare le carenze psico-fisiche e le altre carenze del disadattamento sociale. Le proposte di trattamento maturate durante l'osservazione devono essere rese note al soggetto interessato, per verificare la sua collaborazione e acquisire la sua adesione esplicita. L'osservazione, in seguito, è finalizzata

alla predisposizione di un programma rieducativo individuale da articolare con strumenti, quali: l'istruzione, il lavoro penitenziario, la religione, le attività culturali, ricreative e sportive, i contatti con il mondo esterno e i rapporti con la famiglia (trattandosi di soggetti adulti, l'identità e la dignità passano necessariamente attraverso il mantenimento di un ruolo all'interno del gruppo sociale, sia sotto il profilo del lavoro sia nella famiglia. La rieducazione di un soggetto adulto non può che passare attraverso la "riconciliazione" con le proprie responsabilità). La preoccupazione dell'educatore non deve essere quella di soddisfare i bisogni dell'assistito o di imporre regole e modelli di comportamento, bensì quella di sviluppare la capacità di conferire senso e valore al mondo, di rendere consapevoli circa il proprio ineliminabile contributo nella costruzione della realtà e di sviluppare la capacità di negoziare le interpretazioni e i significati attribuiti al mondo. Nei confronti dei detenuti, riveste grande importanza la ricostruzione del sentimento di sé positivo. Altre due grandi problematiche vissute dall'uomo di oggi - come dal detenuto - sono la solitudine e la passività, pertanto l'educazione degli adulti deve strutturarsi come momento che lenisce la solitudine, incentiva la partecipazione e la scoperta di un ruolo attivo. In ambito progettuale è importante focalizzare l'intervento verso una responsabilizzazione del reo. Il richiamo ai valori, però, ha spesso esiti controproducenti, in quanto aumenta la distanza tra il dover essere e la realtà. I valori, infatti, non si insegnano, non si trasmettono perché se ne parla, perché si punisce se vengono «traditi», ma si possono interiorizzare interagendo con dei testimoni.

Un altro percorso educativo da limitare è quello fatto di norme, punizioni, richiami all'essere se stessi, all'assumersi le proprie responsabilità. Le norme hanno senso se si intravede la strada verso cui andare, avendo un punto di arrivo sensato e importante, per cui si è disposti ad investire, canalizzando le energie, dilazionando il piacere laddove necessario, accettando la sofferenza.

A questo punto i detenuti sono in grado di comprendere, non senza fatiche, quali sono le regole necessarie, come estrarre significato dalle regole già date



e forse spesso trasgredite, quale prezzo si è disposti a pagare per raggiungere obiettivi ritenuti sensati. Per avere veramente potere e poterlo esercitare, però, un essere umano deve sapere e sentire di averlo. Il potere non sempre viene dato, molto spesso deve essere acquisito o conquistato. È un processo attivo di presa di fiducia in se stessi, di apprendimento, di costruzione, ma anche di conflitto. I percorsi di empowerment devono essere un passaggio attivo da una seria mancanza di poteri esterni (risorse, relazioni) a una riacquisizione di poteri (diritti, risorse, mezzi), ma innanzitutto di cambiamenti interni: competenze, senso di competenza, immagine di sé, autostima, identità e appartenenza, motivazioni, desideri, progetti, bisogni, sentimento di controllo sulla propria vita.

LO SPORT COME STRUMENTO E METODO RIEDUCATIVO IN AMBITO PENITENZIARIO

«Lo sport ha il potere di cambiare il mondo. Ha il potere di suscitare emozioni. Ha il potere di ricongiungere le persone come poche altre cose. Ha il potere di risvegliare la speranza dove prima c'era solo disperazione». Dopo 23 anni di carcere, Nelson Mandela inventò la più audace e improbabile delle scommesse: usare il rugby, lo sport dei bianchi, per unire i sudafricani e sconfiggere il nemico contro cui aveva speso tutta la vita: l'apartheid. E ci riuscì, grazie alla vittoria del Sudafrica sui neozelandesi, un momento memorabile ed emblematico nella storia dello sport e della sua nazione.

Allo sport è conferita una valenza pedagogica particolare, capace di trasmettere "tutte le regole fondamentali della vita sociale" e di essere portatore di valori educativi fondamentali, come la tolleranza, lo spirito di squadra, la lealtà. Altra importante funzione educativa ricoperta dallo sport sta nell'abituare al rispetto delle regole e di comportamenti precisi. Lo sport, con le sue regole, può rappresentare una grande opportunità formativa per i giovani. Li può aiutare a costruire una sana cultura della convivenza e del rispetto degli altri, all'insegna di quella sana cultura del limite che dovrebbe essere alla base di ogni civiltà.

In ambito penitenziario l'attività sportiva si staglia

nell'ambito di un quadro trattamentale rieducativo inteso a favorire la realizzazione della personalità e il reinserimento sociale dei condannati. "Le iniziative sportive, oltre ad offrire innumerevoli benefici sul piano psicofisico, rappresentano per il detenuto un'ottima occasione di socializzazione, una possibilità di relazione sana con persone dell'ambiente esterno che non sia rinviata al futuro, quando egli sarà "fuori", ma che cominci dall'oggi.

L'attività sportiva preferita dai detenuti potrebbe rappresentare quindi l'elemento catalizzatore del processo di rieducazione determinando dei miglioramenti:

- sulla persona come singolo, determinando una maggiore capacità a tollerare lo stress, gli insuccessi e le frustrazioni; la possibilità di controllare la propria aggressività e controllare gli impulsi; l'acquisizione di una sicurezza di sé e un potenziamento del senso di responsabilità; gratificazione; la compensazione dei sentimenti di inferiorità e maggiore aderenza alla realtà; disciplina; la sopportazione della sofferenza e della fatica; benessere.
- sulla persona in relazione agli altri, determinando una maggiore partecipazione sociale e insegnando l'amicizia, la tolleranza, il rispetto degli altri e il rispetto delle regole.

Una delle funzioni educative più importanti ricoperte dallo sport sta nell'abituare al rispetto delle regole e di comportamenti precisi. Per potersi inserire nel gioco con i propri compagni, è necessario che si apprenda ciò che si può e ciò che non si può fare, conoscere i principi che stanno alla base del tipo di sport che si è scelto di praticare, imparare le regole senza le quali si rimane estranei al momento sportivo. Facendo nostre le norme della competizione, ci abituiamo a formare un sistema di regole, che ci dicano "come giocare" nella vita di tutti i giorni, a costruire un sistema di valori, che ci servono per orientare le nostre scelte e le nostre decisioni, a dirigere le nostre azioni e il nostro stile di vita secondo un ordine di importanza, a costruire una sana cultura della convivenza e del rispetto degli altri. Si tratta in definitiva di educare la persona a vivere concretamente i valori etici dello sport. La violazione

e il "tradimento" di tali principi, concettualmente traslati nella vita sociale, rappresentano la causa prima del disadattamento sociale e individuale che spesso è alla base del reato stesso.

Lo sport costituisce anche un elemento di strutturazione della persona in termini di conoscenza delle proprie possibilità, di organizzazione responsabile della propria individualità, fisica e psichica, e quindi un supporto alla ricostruzione di un equilibrio complessivo della persona. Il lavoro rieducativo non può prescindere dalla presa di coscienza del detenuto delle sue potenzialità, della possibilità di aprirgli nuove e impensate forme di esistenza, e dalla conoscenza di sé come fondamento per un'analisi del proprio passato, oltre che dall'acquisizione da parte del singolo condannato della consapevolezza della situazione in cui si trova e delle sue motivazioni, nonché dall'acquisizione di una sempre maggiore responsabilizzazione nella gestione del proprio tempo, delle proprie tensioni e del proprio percorso di riconnessione positiva con gli altri. Una rilevanza particolare va attribuita all'attuazione dei corsi per arbitri, giudici di gara, allenatori e istruttori tecnici organizzati a latere della normale pratica sportiva. La sintesi può essere meglio compresa nelle parole di Don Luigi Ciotti: "Questo è l'imperativo: riconsegnare alla società una persona responsabilizzata e cosciente, capace a sua volta di restituire positività. Ciò è possibile se quella persona in carcere non si è ammalata, avvilita, incattivita, se davvero il territorio e le istituzioni riescono ad accogliere e ad essere comunità, non solo insieme di regole, pur necessarie".

L'ARBITRO E IL DETENUTO **L'ARBITRO DI CALCIO**

L'arbitro è definito come: "Ufficiale di gara incaricato di far osservare il Regolamento tecnico e le norme federali, di giudicare i vari casi d'infrazione riscontrati durante lo svolgimento di una competizione e di convalidarne il risultato".

Alcuni studiosi americani hanno identificato le qualità necessarie di un arbitro, che sono poi usate anche per la loro valutazione. Nonostante ci siano differenze nell'arbitrare uno sport o l'altro, sono

state elencate le principali caratteristiche fondamentali di un arbitro che sono in comune a tutti gli sport: coerenza, capacità relazionali con il collega e con gli addetti ai lavori, determinazione, equilibrio, integrità morale, giudizio, fiducia in se stessi e sicurezza, piacere nel proprio lavoro e motivazione. Queste caratteristiche sono importanti per l'attività sportiva, ma permettono prima di tutto di migliorare e crescere come persona. Sfidare se stessi ogni volta che si scende in campo è un ottimo sistema per combattere e vincere le proprie paure, si riceve rispetto dandolo per primi e ottenendo la fiducia delle persone coinvolte, si riconosce e si valorizzano le persone con cui interagiamo e si impara a superare i molteplici problemi che si possono incontrare nella vita.

L'arbitro deve essere autorevole ma non autoritario per non inasprire i rapporti con i giocatori e allenatori e per far sì che le sue decisioni siano accettate senza problemi. Essi dovendo essere sempre pronti a prendere decisioni in pochissimo tempo, giudicando su quanto avviene nelle azioni di due squadre che si muovono velocemente in spazi ristretti sul campo, devono far sì che queste decisioni vengano prese con atteggiamento risoluto, dando sempre l'impressione di essere assolutamente certi di quello che è stato fischiato.

L'arbitro deve riconoscere fin dalle prime fasi di gioco il tipo di gara che le due squadre sono intenzionate a impostare, con un'attenzione massima rivolta alle fasi topiche della partita, in cui esso non dovrà lasciarsi trascinare dallo stato emotivo della gara. L'attività arbitrale nel calcio è una prestazione di carattere sportivo, interessante per gli aspetti psicologici, atletici e cognitivi presentati, l'arbitro infatti deve essere sostenuto da un'eccellente condizione atletica, altrimenti la fatica fisica comporterà una riduzione della qualità mentale con effetti negativi sull'abilità a decidere rapidamente.

"Sono aboliti i sentimenti di viltà e paura. La peggior cosa che può commettere un arbitro è la paura di assumersi le proprie responsabilità". Chi non ha coraggio di quello che fa non accettandone le conseguenze, non ha futuro. Certamente anche l'errore fa parte del suo lavoro, deve imparare a convivere



senza paura di fallire. Chi ha preso una decisione non deve pentirsi. Se ha sbagliato, rientra nelle regole del gioco e dell'imponderabile. Come qualsiasi giocatore fallisce un canestro, una rete o una battuta, l'atleta-arbitro può sbagliare una valutazione; ognuno dovrebbe avere il diritto di sbagliare senza diventare oggetto di critiche. A questo punto può riconoscere l'errore senza però "compensare" nel tentativo di risarcire la squadra che sarebbe stata danneggiata dalla sua decisione precedente.

SKILLS DELL'ARBITRO DI CALCIO

Studi recenti hanno individuato una relazione fondamentale tra le life skills e l'attività sportiva: praticare un qualsiasi sport facilita l'apprendimento delle competenze interpersonali e delle abilità psico-sociali che fanno gestire la propria vita in modo sano e produttivo. Vari autori, infatti, hanno individuato le competenze psicologiche e le abilità mentali (o "skills mentali") che un buon arbitro deve possedere e che devono essere implementate e favorite nei programmi di formazione: concentrazione, fiducia, capacità decisionale, capacità di reazione rapida, gestione dello stress, capacità di efficace comunicazione interpersonale e di autocontrollo.

Le prestazioni arbitrali sono delle performance la cui natura è fortemente condizionata dagli eventi del gioco, i sistemi energetici e neuromuscolari non sono impegnati al loro livello massimale, poiché gli spostamenti, le velocità impiegate, la quantità globale di energia spesa, risultano fortemente influenzate dai ritmi della partita, dallo sviluppo cronologico del risultato, dal tipo di gioco adottato dalle squadre, dal livello agonistico del campionato, dalla classifica delle squadre.

Diversi scienziati e arbitri esperti rilevano che le competenze psicologiche rappresentano dal 50 al 70% del successo di un arbitro, queste capacità possono essere migliorate, così come accade per quelle fisiche. Gli arbitri che sono meglio preparati non sono nati con un corredo di qualità psicologiche, ma si sono costantemente addestrati ed esercitati alla capacità di concentrarsi, di restare calmi sotto stress, di avere fiducia e sicurezza in loro stessi e avere buoni rapporti con gli altri membri

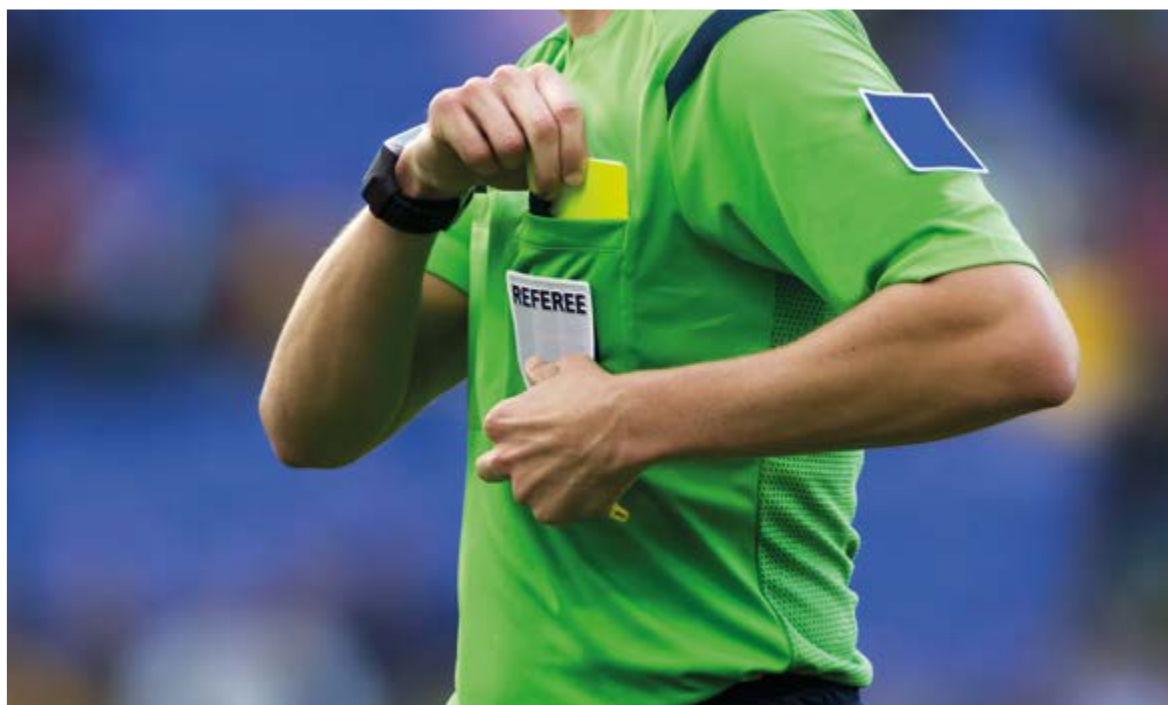
dell'organizzazione arbitrale. Per diventare grandi, gli arbitri devono sviluppare queste abilità mentali che permetteranno loro di prendere le migliori decisioni, per ottenere un'ottima performance in gara, per relazionarsi adeguatamente con i partecipanti all'evento sportivo ed evitare gli errori che possono danneggiare il gioco e distruggere la loro credibilità. La sfida che un arbitro deve superare non è quella personale contro un giocatore o contro un allenatore, ma quella contro se stesso, per cercare di superare i propri limiti formandosi come uomo e poi come sportivo.

Competenza tecnica e regolamentare

un arbitro deve conoscere bene le Regole del Gioco, essere in buone condizioni fisiche, essere ben posizionato sul campo di gioco in ogni momento, al fine di interpretarle ed applicarle correttamente, e avere una buona intesa con gli altri membri del team arbitrale.

Comunicazione e relazioni interpersonali

sapere comunicare è una componente fondamentale nell'arbitraggio. Gli arbitri devono essere brevi e concisi nel fornire eventuali spiegazioni, evitando lunghe discussioni; devono riuscire a esprimere le proprie decisioni arbitrali in maniera rapida e convincente: esitare troppo a lungo dà ai giocatori e agli allenatori un'impressione di incertezza. "Il linguaggio del corpo è, per ogni arbitro, un mezzo essenziale per dirigere una partita", così scrive la federazione di calcio tedesca (DFB) sul suo sito internet. Philip Furley e Geoffrey Schweizer hanno esaminato, in diversi esperimenti scientifici, il nesso tra il comportamento non verbale degli arbitri e la comunicazione delle loro decisioni nella partita. Oltre la DFB anche FIFA, UEFA e gli stessi arbitri sottolineano che il linguaggio del corpo è uno strumento per controllare una partita così come per trasmettere autorevolezza. Gli studi finora condotti mostrano che il comportamento non verbale può essere controllato sia consapevolmente e intenzionalmente, ma può dipendere anche dal controllo inconsapevole e indipendente. Una persona può controllare i comportamenti non verbali in modo meno consapevole,



quanto più sono sotto pressione o sotto sforzo o quanto più complessa e difficile è la decisione da prendere.

Concentrazione e stress agonistici

Vernacchia definiva la concentrazione come "la possibilità di eseguire un compito o una performance con un obiettivo chiaro e presente", l'attenzione, invece, è ciò che un individuo sta osservando. Quando esse sono associate, si dice che un individuo che si sta concentrando abbia la propria attenzione focalizzata in quel momento e in modo chiaro sul compito che sta svolgendo. Una volta che un atleta ha sviluppato le competenze e abilità necessarie per il gesto atletico, la loro capacità di controllare la propria attenzione, al fine di concentrarsi sulle esigenze del compito, è essenziale per l'esecuzione corretta ed efficace di queste abilità. Il giudice di gara è sottoposto agli stress agonistici che vivono tutti gli sportivi, tra cui il timore di aggressione fisica da parte di spettatori e giocatori, episodi di violenza o risse durante la gara, le contestazioni dei calciatori e dei dirigenti alle decisioni arbitrali prese, la paura di sbagliare, gli insulti e i fischi da parte del pubblico. Gli arbitri devono mantenere il loro auto-controllo in ogni momento, soprattutto quando sono

sotto pressione, quando ci sono probabilità che si verifichino risse, lesioni, reati e scoppi di violenza. Obiettivo primario nella gestione dello stress è di accettare le nostre reazioni, siano esse di paura, di rabbia o d'impotenza, tutti le provano e non devono essere nascoste. L'arbitro deve dotarsi di una routine pre-partita che gli consenta di entrare in campo sentendosi pronto a gestire quell'evento sportivo.

Responsabilità e motivazione

l'arbitraggio è spesso messo in discussione a causa delle varie moviole nei vari programmi televisivi, sul divano davanti alla TV tutti siamo capaci ad arbitrare senza errori e senza stress, ma sul campo di gioco, per non sbagliare bisogna avere una notevole capacità di giudizio, competenza, acutezza di sguardo e un notevole senso di responsabilità. Alderman e Wood riportano sette sistemi di incentivi/motivi che conducono le persone ad agire in un determinato modo, possono essere definiti bisogni fisiologici e innati, o primari, e quelli connessi ai bisogni appresi e relativi a una certa cultura o stile di vita, o secondari, di tipo psicologico-cognitivo (ideologie, valori etici e religiosi, modelli sociali. Anche nello sport, abbiamo motivazioni primarie (gioco e agonismo) e secondarie (affiliazione, approvazione



sociale, riconoscimenti eco-nomici e fattori psicologici). Per gli arbitri la motivazione non può che essere una motivazione in-trinseca, essi, infatti, svolgono quest'attività non solo per guadagni, non solo per avere un ricono-scimento dagli altri, ma per il piacere di lavorare in questo contesto, di svolgere questa funzione, di essere capaci.

Auto-efficacia

la visualizzazione e l'allenamento ideomotorio permettono di incre-mentare l'autoefficacia e la fiducia poiché consente alle persone di attingere alle proprie risorse in-terne, di rafforzarle, di ancorarle e non dimenticarle; tra queste risorse può rientrare anche un arbi-traggio ben riuscito, dimostrato dalla soddisfazione provata nel ricevere la stretta di mano con le congratulazioni da parte della squadra perdente. Gli arbitri dovrebbero possedere un senso di au-toefficacia elevata, indispensabile anche solo per il semplice fatto che l'arbitro di calcio si ritrova da solo in un campo di calcio per condurre una partita, facendo rispettare le regole a due squadre com-poste di giocatori di diverse personalità, attorno ai quali gravitano allenatori, preparatori, dirigenti, sponsor, genitori, tifoserie. Per quanto detto la pressione sugli arbitri e sul loro operato è molto ele-vata e se gli stessi arbitri non avessero una sicurezza sulla loro preparazione, autorevolezza, capaci-tà non si sentirebbero sicuri nel momento di fischiare per decretare una qualsiasi decisione.

Competenza professionale

la peculiarità dell'identità professionale dell'arbitro, così come quella dell'atleta o dell'allenatore, risiede nella possibilità di svolgere quest'attività sia a livello amatoriale che a livello professionale. Pertanto essa contribuisce al conseguimento degli obiettivi generali dell'organizzazione in cui si inserisce, si connette alla necessità di garantire elevati standard di performance, di sviluppare ed affinare specifiche competenze, di maturare ambizioni di carriera, oltre che di manifestare elevati gradi di involvement e commitment, che si traducono in sentimenti di appartenenza al gruppo, in immagine positiva di sé e percezione di empowerment. La definizione

dell'arbitro come professione è condivisa da gran parte della letteratura scientifica. Proprio in virtù della sua specificità, parafrasando il titolo di uno studio di Plessner e Betsch, è pos-sibile affermare che "Refereeing in sports is supposed to be a craft, not an art", cioè che fare l'arbitro nello sport non sia un'arte ma un mestiere. La competenza professionale dell'arbitro non può essere improvvisata, ma è frutto di studio, preparazione, impegno e costanza.

L'ARBITRAGGIO COME STRUMENTO TRATTAMENTALE E RIEDUCATIVO PER IL DETENUTO

Stefano Farina , in un'intervista, afferma che lo sport e il calcio sono strumenti di integrazione fra culture, di respiro internazionale, e mezzi efficaci di formazione. Con la metafora del calcio e dell'arbitraggio è possibile pensare alla vita e alle decisioni quotidiane. Tanto nella vita che di fronte ad un evento sportivo è importante studiare la situazione, il problema, l'evento. Preparare e prepararsi, attraverso l'allenamento, ad acquisire competenze e regole. Immaginare come sarà lo scenario e quali possano essere le conseguenze delle nostre azioni, e poi vedere e interpretare per renderci credibili e, infine, scegliere se decidere (bene o male) o non decidere. La decisione è uno dei punti centrali nella vita delle persone.

È utile fare un parallelo tra le caratteristiche che deve avere un arbitro di calcio nel suo ruolo di decisionista nel rispetto delle regole e una persona, giovane o adulta che sia, che si appresta ad affrontare il mondo reale, nel quale è chiamato a prendere decisioni difficili e a fare scelte coraggiose che porteranno dei cambiamenti nella sua vita. Trasmettere il valore e l'importanza di una scelta, far capire come decidere nel modo migliore di fronte ad un problema, comprendere la differenza tra un vincente e un perdente, il concetto di persona di successo, fornire spunti per auto-motivarsi nei momenti difficili sono le armi giuste per poter essere di supporto alle persone nella vita privata. Altro punto fondamentale dello sport è il sapersi rialzare dopo una sconfitta, saper perdere, l'abitudine alla sconfitta; lo sport aiuta a dimostrare che tutti ce la

possono fare e viene dimostrato quando l'ultimo in classifica vince sul primo.

Farina ancora dichiara che l'arbitraggio è un'attività unica: dà la possibilità a un giovane di provare emozioni forti legate alle decisioni in età che potremmo considerare prematura, di mettersi in gioco immediatamente e completamente in un campo di calcio, di imparare presto a decidere. Questo forma il carattere di chiunque e insegna a decidere velocemente anche nella vita. Ogni persona quando deve decidere una cosa importante, guarda, valuta e poi decide, proprio come fa un arbitro in un campo di calcio.

Lo sport riscuote successo anche nell'ambito trattamentale, non solo perché fa trascorrere più velocemente il tempo detentivo, ma anche perché favorisce la formazione e l'educazione tramite l'attività motoria stabile ed organizzata, condotta da personale competente, formato per l'avviamento allo sport e per la creazione di figure professionali legate a vario titolo allo sport. In quest'ottica va attribuita una particolare rilevanza all'attuazione dei corsi per arbitri, giudici di gara, allenatori e istruttori tecnici organizzati a latere della normale pratica sportiva. L'obiettivo complessivo appare sempre di più quello di non limitarsi a essere fornitori di servizi sportivi,

bensì divenire soggetti in grado di svolgere un ruolo attivo nelle pratiche educative e pedagogiche attraverso il movimento e lo sport. La sintesi può essere meglio compresa nelle parole di Don Luigi Ciotti: "Questo è l'imperativo: riconsegnare alla società una persona responsabilizzata e cosciente, capace a sua volta di restituire positività. Ciò è possibile se quella persona in carcere non si è ammalata, avvilita, incattivita, se davvero il territorio e le istituzioni riescono ad accogliere e ad essere comunità, non solo insieme di regole, pur necessarie".

A partire da quanto appena enunciato e dalle caratteristiche e peculiarità che un arbitro, di qualsiasi sport, deve possedere o implementare, è possibile ipotizzare un percorso simile per i soggetti detenuti, per reati gravi o lievi, o in attesa di giudizio. I soggetti detenuti frequentando un normale corso di formazione per diventare arbitri effettivi di calcio o calcio a 5, alla stregua di tutti i ragazzi che si avvicinano per la prima volta alla disciplina arbitrale, potranno sviluppare le stesse competenze che un arbitro effettivo deve possedere e allenare.

Diventando arbitri di calcio, il detenuto acquisisce le competenze tecniche e regolamentari, si rende disponibile all'allenamento fisico, tecnico e mentale,





implementa l'autonomia di giudizio, la capacità di reazione rapida, la fiducia in se stessi, l'accettazione del giudizio, la gestione dello stress, l'efficacia nella comunicazione interpersonale verbale e non verbale, la concentrazione, la capacità decisionale e la capacità di autocontrollo. Il detenuto, quindi, imparerà a portare le mente su pensieri positivi e stimolanti, a non fissarsi per un errore commesso, a sfidare se stesso per cercare di superare i propri limiti. I detenuti-arbitri apprenderanno e implementeranno le capacità di auto-controllo, soprattutto quando sono sotto pressione, e di gestione dello stress. L'arbitraggio dà la possibilità di imparare a decidere velocemente, anche nella vita. Essi vedranno crescere un senso di responsabilità, indirizzata soprattutto per far sì che l'evento sportivo si svolga secondo le regole del gioco e per stabilire e mantenere in campo un'atmosfera piacevole.

Mentre svolge le funzioni di arbitro, il detenuto sarà detentore di una funzione che attiene all'esercizio di controllo per il rispetto delle regole, all'espressione di giudizi risolutivi e alla soluzione di contenziosi. Il corso per diventare arbitro di calcio, pertanto, sottende un altro obiettivo, forse più importante di tutti gli altri: trasmettere l'importanza del rispetto delle regole, riconoscendone il loro valore, nel momento in cui il detenuto stesso ne diviene garante sul terreno di gioco.

Negli ultimi anni sono stati realizzati molti progetti di formazione per detenuti per divenire arbitri di calcio, queste opportunità riavvicinano persone che stanno vivendo un momento molto particolare della loro esistenza a una realtà esterna che per il momento non gli appartiene, ma che anche grazie a queste iniziative, potranno sentire meno distanti. I detenuti partecipano volentieri e con interesse a questi progetti, che permettono loro di rompere la noiosa routine del carcere; prendono parte ad attività formative ed educative nel rispetto delle regole e delle istituzioni, che favoriscono anche il confronto con la comunità esterna, la quale entra in carcere. Il corso di formazione per arbitri di calcio è, dunque, un ulteriore strumento trattamentale che rientra tra le attività culturali e sportive; esso favorisce il processo di risocializzazione, dando una possibilità

di guadagno economico, culturale e personale e una nuova vita, una volta fuori.

SITOGRAFIA

- AA.VV. (2008, May). Disposizioni per la promozione dell'attività fisica e sportiva negli istituti penitenziari. Proposta di legge presentata alla Camera dei Deputati. Retrieved March, 13, 2017, From http://www.camera.it/_dati/lavori/stampati/pdf/16PDL0011040.pdf
- Cei, A. (n.d.). Quali competenze allenare nell'arbitro negli sport di squadra. Retrieved on March, 20, 2017 from <http://www.ceiconsulting.it/it/publications/articles/doc002.pdf>
- Contaldo, M. (n.d.). Lo sport inteso come strategia e cura, valori educativi e potenzialità. Retrieved March, 8, 2017 from http://www.federginnastica.it/articoli/allegato_4460.pdf
- Crepaz, P. (2011). Quando lo sport muove persone e idee: Crescere come sportivi per crescere come cittadini. Non è impossibile. Città nuova, n. 6, pp. 16-17. Retrieved March, 15, 2017 from <http://editrice.cittanuova.it/FILE/PDF/articolo23800.pdf>
- CSI Bisuschio. Valenza educativa dello sport. Retrieved March, 10, 2017 from <http://www.csibisuschio.it/VALENZA-EDUCATIVA-DELLO-SPORT.htm>
- Exercise & Sport Psychology APA 47. (2014, May). Concentration and attention in sport. SportPsych Works, n. 1, (Vol. 2). Retrieved on March, 16, 2017, from <http://www.apadivisions.org/division-47/publications/concentration-and-attention.pdf>
- Ministero della Giustizia. (2016). Stati Generali dell'Esecuzione Penale. Tavolo 9: Istruzione, Cultura e Sport. Retrieved March, 10, 2017, from https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/sgep_tavolo9_relazione.pdf
- Neuburg, J. (2017). Comportamento non verbale degli arbitri di calcio. Retrieved on March, 18, 2017 from <https://www.dshs-koeln.de/aktuelles/forschung-aktuell/archiv/nr-12017/paper/>
- Paolinelli Vitali, M. (2006, January). Prevenzione del drop-out e preparazione mentale nell'arbitro di pallacanestro. Retrieved on March, 21, 2017 from <http://www.performat.it/>

pubblicazioni-articoli/prevenzione-del-drop-out-e-preparazione-mentale-nell'arbitro-di-pallacanestro/

- Simone, M. (2012, February). Lo psicologo e l'arbitro. Retrieved on March, 21, 2017 from <http://www.psicolab.net/2012/sport-psicologo-arbitro/>

BIBLIOGRAFIA

- Amendolagine, V., (2016). **Argomenti di metodologie educative in comunità: l'educatore professionale e la comunità**, Youcanprint, Lecce – Tricase.
- Amerio, L., Berlingiero, I., Grattagliano, I., Troccoli, G., **In tema di trattamento penitenziario e risocializzazione del detenuto: alcune riflessioni**, Manoscritto Inedito.
- Bagnoli, V., (2008). **Subcultura penitenziaria e trattamento rieducativo**. Unpublished master's thesis, Università degli Studi di Milano.
- Barone, P., Bertolini, P., Caronia, L., Palmieri, C., (2015). **Ragazzi difficili: Pedagogia interpretativa e linee d'intervento**, FrancoAngeli, Milano.
- Betsch, T., Plessner, H., (2002). **Refereeing in sports is supposed to be a craft, not an art: Response to Mascarenhas**, Collins, and Mortimer, in *Journal of Sport & Exercise Psychology*, n. 24.
- Biondi, S., (2001). **Per la formazione dell'arbitro sportivo**. Unpublished master's thesis, Università degli Studi di Bologna, Bologna.
- Bruner, J. S., (1990). **Il significato dell'educazione, trad. it.**, Armando, Roma.
- Capitta, A., M., Coco, D., (2016). **Il significato rieducativo dell'attività ludico-sportiva in carcere: una riflessione giuridica e pedagogica**, in *Rivista Formazione Lavoro Persona*, Anno VI, n. 17.
- Castelfranchi, C., (2012). **Si può uscire dai circoli viziosi della bassa autostima?: suggestioni per lavorare con adolescenti in difficoltà**, in Floris, F., Sebastiani, A. (a cura di) *Ragazzi in ricerca di vie d'uscita dall'insignificanza: la riappropriazione di sé in laboratori che intrecciano motivazioni, parola e azione*, Istituto Salesiano Pio XI, Roma.
- Cavallo, M. (2005). **Ragazzi senza: disagio, devianza, delinquenza**, Bruno Mondadori, Milano.
- Ceccarini, A., Federici, A., Lucertini, F., Valentini, M., (2015). **Carcere, attività fisica e rieducazione: ruolo e potenzialità pedagogiche dell'educazione al "fair play" nello sport carcerario**, in *Formazione & Insegnamento*, XIII, 1.
- Ciotti, L., Prefazione in Federici, A., Testa, D., (2010). **L'attività motoria nelle carceri italiane: Il ruolo dell'educatore fisico, la sindrome ipocinetica e l'esperienza di Fossombrone**, Armando, Roma.
- Cortese, C. G., (2012). **Il contributo della pratica sportiva nella crescita personale: Una ricerca**, in *Giornale Italiano di Psicologia dello Sport*, n. 14, Maggio-Agosto.
- Floris, F., (2012). **Uscire dalla seppellitura per riprendersi la vita: un laboratorio-paese per contrastare l'insignificanza**, in Floris, F. & Sebastiani, A. (a cura di), *Ragazzi in ricerca di vie d'uscita dall'insignificanza: la riappropriazione di sé in laboratori che intrecciano motivazioni, parola e azione*, Istituto Salesiano Pio XI, Roma.
- Gabrielli, A., (a cura di), (2008). **Grande Dizionario Italiano**, Hoepli.
- Izzo, D., Mancaniello, M. R., Mannucci, A. (2003). **Manuale di pedagogia della marginalità e della devianza**, ERS, Pisa.
- Karpati, M., (1973). **L'educazione degli adulti**, in Flores D'Arcais G. (a cura di), *Questioni di Pedagogia*, La Scuola, Brescia.
- Lucarelli, M., (2005). **Nuove indicazioni metodologiche relative all'allenamento tecnico decisionale dell'arbitro di calcio**, Unpublished master's thesis, Università degli Studi di Urbino, Urbino.
- Mascarenhas, D., O'Hare, D., Plessner, H., (2006). **The psychological and performance demands of association football refereeing**, in *International Journal of Sport Psychology*, n. 2.
- Stefanini, A., (2013). **Le emozioni: patrimonio della persona e risorsa per la formazione: Le competenze della formazione**, FrancoAngeli, Milano.
- Tamorri, S., (1999). **Neuroscienze e sport: Psicologia dello sport, processi mentali dell'atleta**, Utet, Torino.
- Vernacchia, R., (2003). **Inner strength**, *Warde Publishers*, Palo Alto, CA.



DISCALCULIA E DIDATTICA DEI NUMERI RAZIONALI

Giannoccaro Stefania

Psicologa Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Studio Polispecialistico IDEE di Polignano a mare (Ba)

Gelao Antonia

Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Studio Polispecialistico IDEE di Polignano a mare (Ba)

Giannoccaro Martina

Logopedista magistrale, Studio Polispecialistico IDEE di Polignano a mare (Ba)

Ascione Cristina

Matematico, Studio Polispecialistico IDEE di Polignano a mare (Ba)

RIASSUNTO

L'autore sostiene che l'apprendimento dei numeri razionali richiede agli studenti un impegno concettuale significativo ed è questo il motivo per cui tale argomento risulta di difficile comprensione durante tutto il percorso di studi. I concetti matematici che si desidera gli alunni apprendano non esistono nella realtà concreta.

Nello studio delle frazioni, rispetto allo studio dei numeri naturali, è richiesta una maggiore memoria visuo-spaziale di lavoro e un miglior controllo inibitorio. È stato evidenziato come l'utilizzo di rappresentazioni grafiche, di uso frequente nella scuola primaria, favorisce l'apprendimento concettuale delle frazioni.

L'autore sostiene che le carenze nelle funzioni che coinvolgono la memoria di lavoro verbale e/o visuo-spaziale siano caratteristiche della discalculia evolutiva.

La ricerca scientifica ha evidenziato che l'approccio visivo non-verbale, cinestetico e uditivo risultano essere canali preferenziali per gli studenti con disturbi nell'apprendimento matematico per l'elaborazione di informazioni.

È necessario quindi l'uso di strumenti specifici per la risoluzione di problemi per favorire la costruzione dei concetti matematici.

PAROLE CHIAVE

Discalculia, apprendimento, numeri razionali, frazioni.

INTRODUZIONE

Il tema dei numeri razionali rappresenta un tema cardine della Didattica della Matematica nei diversi cicli di istruzione. L'apprendimento dei numeri razionali richiede agli studenti un impegno concettuale significativo ed è questo il motivo per cui tale argomento risulta di difficile comprensione durante tutto il percorso di studi.

L'apprendimento delle frazioni è di particolare importanza in quanto il loro livello di conoscenza raggiunto dagli studenti nelle scuole elementari risulta essere indicatore delle performance matematiche degli stessi nei successivi gradi di istruzione (Siegler et al., 2012).

Quindi non sorprende il fatto che negli Stati Uniti, il National Mathematics Advisory Panel (NMAP, 2008) descrive l'insegnamento delle frazioni come di cruciale importanza per il miglioramento dei risultati in matematica degli studenti (Mazzocco et al., 2013). Nelle Indicazioni Nazionali per il primo ciclo di istruzione e per i Licei e nelle Linee Guida per gli Istituti Professionali e Tecnici sono riportati gli obiettivi di apprendimento e i traguardi per lo sviluppo delle competenze che gli studenti devono conseguire nei diversi cicli di istruzione.

Per quanto riguarda l'ambito dei numeri razionali, questi vengono introdotti per la prima volta nella classe quinta della scuola primaria. In particolare gli studenti apprendono la scrittura e la lettura di numeri decimali, frazioni e percentuali, imparano ad eseguire



operazioni tra le frazioni, a rappresentarle sulla retta e a riconoscere frazioni equivalenti. Inoltre si richiede loro di saper utilizzare tali nozioni per descrivere situazioni di vita quotidiana (MIUR, 2012a).

I numeri razionali vengono presentati in maniera più approfondita nel biennio della scuola secondaria di primo grado. Vengono esplicitate le diverse rappresentazioni che un numero razionale può assumere: frazione, numero decimale o percentuale. La frazione, a sua volta, può assumere significato di rapporto, di quoziente, di proporzione ed altro ancora. In particolar modo viene ripreso il concetto di numero decimale, di frazione equivalente e viene mostrato l'utilizzo di modi diversi per rappresentare uno stesso numero razionale. Viene prestata maggiore attenzione al confronto, all'ordinamento e alla rappresentazione sulla retta di tali numeri. Al termine di tale ciclo di istruzione si richiede ai discenti di saper padroneggiare le diverse rappresentazioni dei numeri razionali e di sapere eseguire con essi le diverse operazioni (MIUR, 2012a). Nei Licei, i numeri razionali (in particolar modo le frazioni e i numeri decimali) vengono studiati nel primo biennio in relazione al calcolo algebrico. Gli studenti svilupperanno maggiormente le capacità di calcolo e le proprietà delle operazioni relative a tali numeri (MIUR, 2012b).

Anche negli Istituti Tecnici e Professionali tale argomento viene affrontato nel primo biennio d'istruzione. Vengono approfondite le scritture decimale e frazionaria, le operazioni e le proprietà dei nume-

ri razionali e la loro rappresentazione sulla retta (MIUR, 2012c, 2012d).

1 DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO

"Il processo di insegnamento–apprendimento delle frazioni è certamente uno dei più studiati da quando esiste la ricerca in Didattica della Matematica, forse perché (insieme al tema, ad esso connesso, dei numeri "decimali") costituisce uno dei più evidenti insuccessi della scuola, in tutti i Paesi del mondo" (Fandiño Pinilla M. I., 2005). La trasposizione didattica, cioè il passaggio che permette di trasformare il "Sapere" in "sapere da insegnare", è di fondamentale importanza per l'apprendimento degli allievi. A tal fine è necessario adattare il "Sapere", proprio di ciascun docente, a qualcosa che sia accessibile ai discenti tenendo conto della loro età, della loro situazione cognitiva e delle loro capacità (Fandiño Pinilla M. I., 2005).

Ciò risulta essenziale per un' adeguata acquisizione del concetto di numero razionale. Infatti non è possibile presentare agli studenti il campo dei razionali Q nella forma matematica formalmente corretta cioè come estensione dei numeri interi ottenuta quotizzando tale anello con una opportuna relazione di equivalenza. Tale costruzione cognitiva dei numeri razionali risulta fallimentare per motivi legati ad ostacoli ontogenetici, legati cioè all'allievo e alla sua natura. L'approccio più consueto per presentare i numeri razionali ai discenti è quello di ricorrere al concetto di frazione.



Generalmente la frazione viene definita come segue: si considera una unità-tutto, la si divide in parti uguali e di queste se ne prendono alcune; le parti prese formano la frazione.

Tale definizione ha il vantaggio di essere chiara, di facile comprensione e si presta ad un'ampia gamma di esempi (la suddivisione di un sacchetto di caramelle tra amici o ancora quanto rimane di un litro d'acqua se se ne beve $\frac{1}{4}$).

Curiosamente, questa definizione, se pur corretta, non rispecchia l'etimologia del termine "frazione" che deriva dal latino "fractio" cioè frangere, spezzare e dunque non necessariamente suddividere in parti uguali.

Importante è osservare che la definizione data di frazione risulta essere una definizione univoca che non permette di chiarire le diverse accezioni che il termine "frazione" può assumere. Infatti, *"oltre all'interpretazione della frazione come parte di un uno-tutto sia nel continuo che nel discreto, esistono altre interpretazioni che non si possono considerare ben fondate su tale definizione della suddivisione dell'intero in parti uguali"* (Sbaragli, 2007).

Inoltre, la scelta da parte dei docenti di usufruire di un'unica definizione di frazione può portare alla creazione di ostacoli didattici.

Fandiño Pinilla M. I. (2005) propone diversi significati che il termine frazione può assumere. Di seguito vengono presentati tali significati e le relative problematiche riscontrabili nel presentarli agli studenti.

Frazione come parte-tutto

La frazione $\frac{a}{b}$ indica la suddivisione dell'intero in b parti di cui se ne prendono a .

Bisogna distinguere due casi: il caso in cui l'unità (il tutto) sia continua e il caso in cui l'unità (il tutto) sia discreta.

Nel primo caso è sempre possibile trovare gli $\frac{a}{b}$ di un'unità continua purché a sia minore di b . Infatti supponendo il contrario, considerando quindi frazioni improprie, la definizione di frazione data sopra perderebbe significato.

Nel secondo caso non solo le frazioni improprie non hanno un significato intuitivo ma si creano anche

delle difficoltà di apprendimento relative alle frazioni proprie. Data una unità-tutto discreta ha senso concreto considerare gli $\frac{a}{b}$ del tutto solo se questo risulta divisibile per b per cui per esempio risulta non avere senso concreto considerare i $\frac{3}{2}$ di 30.

Dunque in questo contesto le frazioni improprie non hanno senso da un punto di vista logico.

È necessario osservare che la definizione che stiamo esaminando presenta un'ulteriore complicazione cognitiva costituita dall'aggettivo "uguali". Tale complicazione rappresenta un ostacolo alla costruzione del concetto di frazione e porta negli studenti alla creazione di misconcezioni.

Consideriamo i due rettangoli seguenti.



Se interpretiamo il termine "uguali" come "congruenti", "sovrapponibili" allora il secondo rettangolo non soddisfa la definizione di frazione come parte-tutto in quanto non permette di accettare che le figure siano divise in parti di forma diversa. Ma se ci riferiamo al termine "uguali" intendendo dire con esso "equiestesi" allora ciascuno dei due rettangoli soddisfa la definizione precedentemente data.

Si vede come il termine "uguali" vincola le convinzioni degli studenti non permettendo loro di attribuire al concetto di frazione altri attributi come la lunghezza, l'estensione, il volume (Sbaragli, 2007). Spesso, per introdurre le frazioni, il docente fa ricorso ad esempi reali, concreti. Nella maggior parte dei casi l'unità-tutto viene rappresentata con una pizza. Se si chiede all'alunno di dividere la pizza a metà egli potrebbe trovarsi in difficoltà: anche se riuscisse a dividere la pizza in due parti uguali gli ingredienti presenti su ciascuna parte non saranno mai esattamente gli stessi. Dunque, mentre il docente, con la richiesta di divisione in parti uguali, fa riferimento ad un atto di astrazione, l'allievo è strettamente legato al modello concreto che gli è stato presentato.

“L’idea di semplificare ad ogni costo, di trovare modelli concreti ad ogni costo, a volte si rivela una strategia didattica non ottimale; l’immagine concettuale che il bambino si fa della nuova proposta cognitiva si trasforma troppo presto in modello e nascono ostacoli didattici alla costruzione di conoscenza” (Fandiño Pinilla, 2005). 1/2

Frazione come quoziente

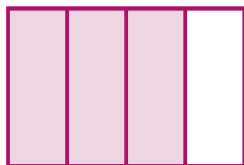
In questo caso la frazione $\frac{a}{b}$ può indicare una divisione non effettuata la cui interpretazione intuitiva risulta quella di considerare a oggetti e di dividerli in b parti.

Ma può anche rappresentare il quoziente risultante dalla divisione tra a e b , cioè un numero razionale. Dunque la scrittura $\frac{a}{b}$, per quanto visto finora, assume significati diversi: parte-tutto, operazione di divisione non effettuata, quoziente della divisione nonché numero razionale.

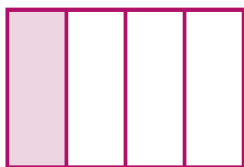
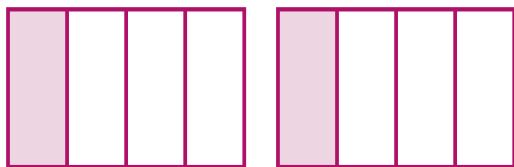
Mentre risulta abbastanza semplice per gli studenti fornire una rappresentazione concreta per le prime due accezioni suddette, non è così per la terza.

Consideriamo la frazione $\frac{3}{4}$. In relazione ai primi due significati, tale frazione può essere rappresentata come segue:

frazione come parte tutto



frazione come operazione non effettuata



Non vi è un’analoga rappresentazione che espliciti la frazione come numero razionale. È necessario dunque che gli studenti esprimano tale numero attraverso un’immagine differente (ad esempio come punto sulla retta).

Frazione come rapporto

La frazione $\frac{a}{b}$ può indicare il rapporto tra a e b cioè può esplicitare una relazione tra due grandezze che stanno tra loro come a e b . Tale interpretazione richiama la nozione di proporzionalità che rappresenta l’uguaglianza di due rapporti.

Dunque se $a:b=c:d$ allora $\frac{a}{b}$ e $\frac{c}{d}$ risultano essere due modi diversi per rappresentare lo stesso numero razionale cioè (a,b) e (c,d) appartengono alla stessa classe di equivalenza.

Una delle caratteristiche di tale accezione del termine frazione è che numeratore e denominatore possono essere “scambiati”: dire che il rapporto tra due grandezze G_1 e G_2 è $2/3$ è equivalente ad affermare che il rapporto tra le grandezze G_2 e G_1 è $3/2$. Tale proprietà può risultare di difficile comprensione da parte degli studenti quando viene presentata loro in quanto fortemente legati al significato di frazione come parte-tutto.

Frazione come operatore

Si ha una nuova interpretazione della frazione che prevede l’utilizzo di una operazione che coinvolge la moltiplicazione (per il numeratore) e la divisione (per il denominatore). Tale operazione viene effettuata sui numeri puri e non sulle parti-tutto che sono state proposte nella definizione iniziale di frazione. Infatti, in questo caso, non ha importanza l’ordine con cui vengono effettuate le due operazioni di moltiplicazione e divisione.

Data la frazione $\frac{a}{b}$, è possibile moltiplicare prima l’unità-tutto per a e poi dividere il risultato ottenuto per b .

Nella definizione di frazione come parte-tutto, invece, è possibile solo la successione divisione-moltiplicazione.

Frazione in probabilità

La probabilità di un evento può esprimersi come $(\text{numero di casi favorevoli})/(\text{numero di casi possibili})$.



Dunque ogni frazione può assumere significato di probabilità cioè una misura relativa alla possibilità che un dato evento si verifichi o meno.

Per esempio, supponiamo di voler calcolare la probabilità che lanciando un dado esca un numero pari. Il numero dei casi possibili è 6 (le 6 facce del dado) mentre il numero dei casi favorevoli è 3 (le facce del dado che presentano un numero pari sono 3 precisamente sono quelle con i numeri 2,4,6). Dunque la probabilità richiesta si esprime attraverso la frazione $\frac{3}{6}$. Tale frazione non rimanda ad alcuna immagine intuitiva.

Una frazione equivalente a $\frac{3}{6}$ è $\frac{1}{2}$ che certamente risulta essere più familiare agli allievi ma ancora non permette di rievocare una qualche rappresentazione immediata del concetto di probabilità.

Ciò invece avviene se facciamo riferimento ad un'altra frazione equivalente alle precedenti, precisamente $\frac{50}{100}$ o meglio ancora al 50%.

Frazione come numero razionale

Si è visto che l'insieme dei numeri razionali è un insieme quoziente i cui elementi sono classi di equivalenza. Ciascuna di esse rappresenta un numero razionale. Per esempio, $0,5 = \{(a,b) \in \mathbb{N} \times \mathbb{N} \mid b = 2a\} = \{(1,2), (2,4), (3,6), \dots\}$.

Ogni classe di equivalenza contiene infinite coppie di numeri naturali. Per semplificare la trattazione dell'argomento si sceglie per ogni classe un rappresentante, di solito quello ridotto ai minimi termini: nel nostro caso $\frac{1}{2}$. Dunque 0,5 e $\frac{1}{2}$ vengono considerate scritte equivalenti che rappresentano lo stesso numero razionale. Rappresentare i numeri razionali mediante le frazioni o i numeri decimali piuttosto che classi d'equivalenza presenta particolari vantaggi nel caso specifico delle operazioni. Eseguire un'addizione o una moltiplicazione tra numeri razionali intesi come classi di equivalenza risulterebbe molto complesso. Il ricorso all'equivalente rappresentazione frazionaria o decimale semplifica notevolmente i calcoli.

Frazione come punto su una retta

In questo caso la frazione viene vista come numero razionale precisamente come la distanza relativa (dipendente cioè dall'unità di misura) che separa l'o-

rigine dalla frazione-punto che si sta considerando. Appare evidente come questa rappresentazione della frazione nulla ha a che fare con la definizione che è stata inizialmente data di frazione come parte-tutto.

La difficoltà nel rappresentare le frazioni sulla retta risiede nel fatto che gli studenti non riescono a percepire la frazione come un unico numero razionale bensì la considerano come formata da due numeri (numeratore e denominatore) che devono essere pertanto considerati indipendentemente.

Imparare a vedere numeratore e denominatore di una frazione insieme, come un singolo numero è uno degli aspetti cognitivi più difficili delle frazioni (Bobis, Mulligan, & Lowrie, 2013).

L'apprendimento della rappresentazione della frazione come punto-numero razionale sulla retta risulta fondamentale non solo per la comprensione del concetto di frazione ma anche per una adeguata acquisizione dell'aritmetica delle frazioni (Siegler et al., 2013).

Vergnaud (1990) definisce "«*Concetto*» una terna di insiemi $C=(S, I, \mathbf{S})$ dove S è l'insieme delle situazioni che danno senso al concetto (il referente), I è l'insieme degli invarianti sui quali si basa l'operatività degli schemi (il significato), \mathbf{S} è l'insieme delle forme linguistiche e non linguistiche che permettono di rappresentare simbolicamente il concetto, le sue procedure, le situazioni e le procedure di trattazione (il significante)".

"*Studiare come si sviluppa e come funziona un concetto significa considerare di volta in volta questi tre piani separatamente ed in mutua relazione reciproca*" (Vergnaud, 1990).

Per quanto concerne le frazioni abbiamo visto che ci sono significati diversi che danno senso al concetto di frazione. Ciascuno di essi possiede degli invarianti sui quali si basa l'operatività degli schemi e diversi registri semiotici che permettono di fornirne una rappresentazione.

Dunque è importante concettualizzare la nozione di frazione attraverso tutti i significati che tale termine può assumere.

Inoltre, ogni qual volta il docente introduce un nuovo concetto matematico egli deve avere presente la differenza tra noetica e semiotica.

Per noetica si intende l'acquisizione concettuale di un oggetto; per semiotica si intende l'acquisizione di una rappresentazione realizzata per mezzo di segni (D'Amore, 2005).

I concetti matematici che si desidera gli alunni apprendano non esistono nella realtà concreta. Ciò a cui il docente fa riferimento non è l'oggetto matematico bensì una sua rappresentazione in un dato registro semiotico. Ma allora ricadiamo nel paradosso di Duval "(...) da una parte, l'apprendimento degli oggetti matematici non può che essere un apprendimento concettuale e, dall'altra, è solo per mezzo di rappresentazioni semiotiche che è possibile un'attività su degli oggetti matematici" (Duval, 1993). Dunque il docente, che conosce il concetto matematico astratto e che aspira esso venga appreso dai suoi allievi, deve tener conto del fatto che questi ultimi lavorano soltanto con rappresentazioni semiotiche dell'oggetto matematico. Ciò può portare gli studenti ad un mera gestione semiotica senza mai raggiungere la noetica cioè senza riuscire a concettualizzare l'oggetto matematico.

Tale osservazione diventa fondamentale quando si tratta il tema delle frazioni.

Il mancato apprendimento da parte degli studenti del concetto di frazione deriva dalla pluralità di significati che tale termine nasconde (Kieren, 1975, 1976).

Per questo motivo si corre il rischio che gli studenti imparino esclusivamente a manipolare le diverse rappresentazioni che gli vengono proposte dal docente senza mai riuscire a ricreare nella loro mente un modello che riesca a rappresentare appieno il concetto astratto di frazione cioè a concettualizzare l'oggetto matematico "frazione".

Dunque, al fine di costruire un adeguato modello del concetto "frazione", è necessario che gli studenti usino tutti i registri semiotici a loro disposizione, che imparino a scegliere quello che gli sembra più adatto alla situazione, ad effettuare operazioni di trattamento per passare da una rappresentazione all'altra dello stesso registro e a convertire per passare da una rappresentazione all'altra in registri diversi (Fandiño Pinilla, 2005).

"Molti dei concetti della Matematica sono raggiunti gra-

zie a passaggi, nei mesi o negli anni, da un'immagine ad un'altra più... comprensiva e si può immaginare questa successione di costruzioni concettuali, cioè di successive immagini $I_1, I_2, \dots, I_n, I_{n+1}, \dots$ come una specie di scalata, di avvicinamento ad un concetto C . Ad un certo punto di questa successione di immagini, c'è un momento in cui l'immagine cui si è pervenuti dopo vari passaggi resiste a sollecitazioni diverse, si dimostra abbastanza forte da includere tutte le argomentazioni e informazioni nuove che arrivano rispetto al concetto C che rappresenta. Un'immagine di questo tipo, dunque stabile e non più mutevole, si può chiamare modello M del concetto C ." (D'Amore 2003).

"Un'immagine forte e convincente, che diventa persistente, confermata da continui esempi ed esperienze, di un concetto C si trasforma in modello intuitivo. C'è insomma rispondenza diretta tra la situazione proposta ed il concetto matematico che si sta utilizzando; ma questo modello potrebbe non essere ancora quello che, del concetto C , ci si aspetta all'interno del sapere matematico." (Fischbein, 1985, 1992).

Per questo è fondamentale che il docente insegni esplicitamente agli allievi a gestire i diversi registri semiotici, a scegliere le caratteristiche distintive del concetto matematico e ad attuare processi di conversione.

Diversi autori hanno proposto altre possibili cause delle difficoltà riscontrate dagli studenti nel padroneggiare i numeri razionali:

- nella scuola media viene riservato molto tempo all'insegnamento di procedure di manipolazione dei numeri decimali anziché concentrarsi sul loro significato concettuale. Viene quindi data precedenza alla conoscenza sintattica rispetto a quella semantica (Hiebert & Wearne, 1986; Resnick, 1982);
- gli insegnanti tengono poco conto dei tentativi spontanei degli alunni nell'attribuire un significato ai numeri razionali. In questo modo gli studenti vengono incoraggiati ad adottare un metodo basato sull'applicazione meccanica di regole (Confrey, 1994; Kieren, 1992; Mack, 1993);
- quando vengono introdotti i numeri razionali non vengono enfatizzate le differenze che tali numeri hanno rispetto ai numeri naturali. In particolare



un problema a tal riguardo è l'utilizzo dei grafici a torta per introdurre agli studenti il concetto di frazione (Kerslake, 1986; Kieren, 1995; Mack, 1990; Nunes & Bryant, 1996; Ohlsson, 1988);

- nella scuola media le notazioni introdotte per i numeri razionali vengono presentate come definizioni, conoscenze preliminari alla lezione che si vuole affrontare. In realtà tali notazioni, in particolar modo quella relativa ai numeri decimali, presentano notevoli difficoltà. Il docente, non tenendo conto delle problematiche legate alla natura stessa della notazione, renderà più difficile l'apprendimento del concetto di numero razionale ai suoi studenti (Hiebert, 1992).

2 ERRORI TIPICI

“Un'analisi molto critica ed articolata dei lavori di ricerca sui processi di insegnamento – apprendimento delle frazioni, rivela che il rimedio all'evidente insuccesso planetario della didattica della frazioni non si risolve banalmente modificando il loro insegnamento in termini matematici, ma affrontando la questione attraverso una minuziosa verifica degli errori tipici degli studenti in termini di Didattica della Matematica” (Campulucci et al., 2006).

Fandiño Pinilla M. I. (2005) raccoglie gli errori tipici commessi dagli studenti sui numeri razionali ricercandoli sia nel contesto della letteratura internazionale che nei temi della Didattica della Matematica.

Errori di ordinamento

Molto spesso gli studenti riscontrano difficoltà nell'ordinare frazioni e numeri decimali.

Per quanto riguarda le frazioni l'errore che spesso viene commesso è quello di ordinare la frazione solo rispetto al denominatore (senza quindi tener conto del numeratore) o al numeratore (senza quindi tener conto del denominatore).

Gli allievi riescono abbastanza bene ad ordinare i numeri decimali solo quando la parte decimale risulta avere lo stesso numero di cifre. Per esempio, non si riscontrano particolari difficoltà quando si richiede di ordinare i numeri decimali 2,3 e 2,5. Infatti, a parità di parte decimale, 3 è minore di 5 per cui si avrà $2,3 < 2,5$.

I problemi nascono dalla richiesta di ordinare numeri decimali che presentano la parte decimale con diverso numero di cifre. Per esempio, considerando i numeri decimali 2,3 e 2,15 gli studenti tendono ad ordinarli come segue: $2,3 < 2,15$. L'osservazione che viene fatta dai discenti è che, a parità di parte decimale, 3 è minore di 15.

L'errore è relativo al numero decimale 2,3. Infatti, 2,3 è equivalente a 2,30 ma quasi mai nelle scuole viene utilizzata la seconda scrittura. Ciò provoca una misconcezione nel discente.

Un'altra causa di tale misconcezione si può ricercare nel fatto che gli studenti tendono ad estendere ai numeri razionali la nozione di successore appresa relativamente ai numeri naturali. Ciò mostra un mancato apprendimento della struttura e del linguaggio dei numeri razionali.

Errori nelle operazioni

L'errore più comune commesso dagli studenti è quello di estendere la regola per la moltiplicazione di frazioni ($\frac{a}{b} \cdot \frac{c}{d} = \frac{ac}{bd}$) anche alla loro addizione e sottrazione: $\frac{a}{b} + \frac{c}{d} = \frac{a+c}{b+d}$ e $\frac{a}{b} - \frac{c}{d} = \frac{a-c}{b-d}$.

Si tratta di vero e proprio contratto didattico.

Lo studente non ritiene necessariamente vero quanto scritto. Essendo quella scrittura simile a quanto proposto dal docente per la moltiplicazione, suppone semplicemente che possa soddisfare la richiesta dell'insegnante.

Il fatto che non si riscontrino particolari difficoltà nell'esecuzione della moltiplicazione tra frazioni è



spesso dovuto alla mera applicazione di una semplice regola formale piuttosto che ad un'avvenuta costruzione mentale del concetto di moltiplicazione. Quanto detto sulla moltiplicazione tra frazioni non risulta essere vero per quanto concerne la moltiplicazione tra decimali. Molti studenti commettono l'errore di valutare il risultato dell'operazione $3 \times 0,2$ maggiore di quello dell'operazione $3 - 0,2$. Ciò è dovuto al fatto che il modello intuitivo a cui fanno riferimenti gli studenti per la moltiplicazione in Q^a risulta erroneamente coincidere con il modello creatosi per la moltiplicazione in N .

Errori nelle equivalenze

Per quanto riguarda le equivalenze, si è notato che gli alunni riscontrano maggiori difficoltà quando occorre passare da numeri al numeratore e denominatore grandi a numeri piccoli piuttosto che viceversa. Per esempio, considerando le due uguaglianze seguenti $\frac{3}{4} = \frac{6}{?}$ e $\frac{8}{6} = \frac{4}{?}$ gli studenti risolvono più facilmente la prima.

Errori nella riduzione ai minimi termini

Legato al problema relativo alle equivalenze è il problema della riduzione ai minimi termini. Quando bisogna ridurre una frazione ai minimi termini occorre dividere numeratore e denominatore per uno stesso numero. Molte volte accade che l'operazione di divisione viene associata ad una "cancellazione" dei numeri comuni presenti al numeratore e al denominatore. Ciò porta lo studente a commettere errori.

Si supponga di richiedere agli studenti di ridurre ai minimi termini la frazione $\frac{4}{8}$.

L'errore commesso è il seguente: $\frac{4}{8} = \frac{4 \cdot 2}{8 \cdot 2} = \frac{8}{16} = \frac{4}{8}$.

Avendo "cancellato" il 4 gli allievi suppongono che al numeratore "non ci sia nulla".

Ciò può essere sintomo di una misconcezione causata dalle conoscenze precedentemente acquisite relative all'operazione di sottrazione. Quando in una sottrazione "non resta nulla" vuol dire che bisogna porre lo 0 e di conseguenza pongono lo 0 al numeratore.

Errori relativi all'utilizzo di figure non standard

Nella maggior parte dei casi i docenti privilegiano l'uso di figure standard sia nella parte introduttiva sulle frazioni che nella proposta di esercizi da far svolgere agli allievi. Questo genera una misconcezione per cui gli studenti si convincono che è possibile trovare frazioni solo di quelle figure standard che gli sono state mostrate.

Ciò è dovuto alla creazione precoce da parte degli allievi di un modello che racchiude esclusivamente le immagini standard escludendo dunque ogni altra possibile figura. Questo comporta la mancata padronanza della noetica delle frazioni.

Errori nel passaggio dalla frazione all'unità

Un errore frequente si riscontra negli esercizi inversi cioè quelli che richiedono, data una frazione, di trovare l'unità che l'ha generata.

Si supponga di considerare la figura seguente che rappresenta $\frac{2}{3}$ dell'unità:





Per riuscire a determinare l'unità richiesta occorre che gli studenti applichino sulla frazione un ragionamento inverso rispetto a quello che gli è stato sempre insegnato (dividere l'unità in tante parti quanto indica il denominatore e prendere tante parti quanto indicato al numeratore). In questo caso infatti i discenti dovranno suddividere la figura in questione in tante parti quante indicate al numeratore e prenderne tante quante indicate dal denominatore.

La difficoltà è proprio questa: gli studenti tendono ad applicare la regola usuale senza considerare che si sta richiedendo di eseguire un'operazione inversa.

3 PARTICOLARI DIFFICOLTÀ PER STUDENTI DISCALCULICI

Nello studio delle frazioni, rispetto allo studio dei numeri naturali, è richiesta una maggiore memoria visuo-spaziale di lavoro (Halford, 2007) e un miglior controllo inibitorio (Siegler et al., 2013).

Diversi studi hanno evidenziato come proprio le carenze nelle funzioni che coinvolgono la memoria di lavoro verbale e/o visuo-spaziale sono caratteristiche della discalculia evolutiva (Hitch & McAuley, 1991; Passolunghi & Siegel, 2001, 2004; Keeler & Swanson, 2001; Bull et al., 2008; Swanson, 2006; Geary, 2004) e come la memoria di lavoro sia correlata alle performance matematiche (Geary, 2011; Swanson, 2011; Passolunghi & Lanfranchi, 2012). Con il termine discalculia evolutiva (o disturbo del calcolo) si intende un disturbo caratterizzato da prestazioni inferiori a quelle previste in base all'età cronologica nella capacità di calcolo (produzione e comprensione della quantità, riconoscimento dei simboli numerici e corretta esecuzione delle operazioni aritmetiche di base), escludendo la compromissione di abilità più complesse, per esempio riguardanti la risoluzione di problemi di carattere algebrico o geometrico (Vio, Tressoldi e Lo Presti, 2012).

Per poter parlare di discalculia sono necessarie altresì altre condizioni (che accomunano tutti i Disturbi specifici dell'apprendimento): intelligenza generale nella norma, assenza di deficit neurologici, sensoriali o psichiatrici e frequenza scolastica e istruzione adeguata (Vio, Tressoldi e Lo Presti, 2012).

Secondo quanto riportato nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) la discalculia fa riferimento a una serie di compromissioni dell'abilità numerica, che vanno dall'apprendimento del concetto di numero, alla memorizzazione di fatti aritmetici, al calcolo accurato o fluente, fino al ragionamento matematico corretto, con un'interferenza significativa sia con l'apprendimento scolastico che con le normali attività della vita quotidiana.

Ulteriori studi hanno mostrato come il controllo inibitorio sia strettamente correlato allo sviluppo delle abilità matematiche (Bull & Scerif, 2011; Espy et al., 2004; Blair & Razza, 2007; Swanson, 2011; Marzocchi et al., 2002) e questo risulta carente nella discalculia evolutiva (Szűcs et al., 2013).

L'esecuzione di operazioni numeriche richiede il coordinamento di diversi processi mentali sia spaziali che temporali ed il recupero di fatti aritmetici. Il mancato controllo inibitorio potrebbe dunque interferire nell'organizzazione di questi processi (Szűcs et al., 2013).

Per tali motivi le prestazioni matematiche che richiedono una visualizzazione implicita o esplicita risultano particolarmente difficili per questi studenti.

La ricerca scientifica ha evidenziato che l'approccio visivo non-verbale, cinestetico e uditivo risultano essere canali preferenziali per gli studenti con disturbi nell'apprendimento matematico per l'elaborazione di informazioni (Stella & Grandi, 2011). Ciò viene riscontrato anche negli studi inerenti la didattica della matematica i quali hanno evidenziato che le esperienze senso-motorie, percettive e cinestetiche risultano fondamentali per la formazione dei concetti matematici (Arzarello, 2006; Gallese & Lakoff, 2005; Nemirovsky 2003; Radford, 2003). È necessario quindi l'uso di strumenti specifici per la risoluzione di problemi per favorire la costruzione dei concetti matematici (Bartolini Bussi & Mariotti, 2008).

Gli studi condotti da Mazzocco et al. (2013) mostrano come i discenti discalculici presentino significative misconcezioni sulle diverse rappresentazioni utilizzate per le frazioni.

Ciò viene evidenziato dagli errori commessi nell'ordinare un insieme di frazioni, nell'incapacità di riconoscere frazioni equivalenti e dalle difficoltà riscontrate nell'utilizzo della rappresentazione decimale. È stato rilevato che le diverse forme di rappresentazione dei numeri razionali (simbolica, grafica e decimale) hanno un impatto differente sugli studenti discalculici. Tali studenti riscontrano maggiori difficoltà nella rappresentazione simbolica numerica delle frazioni rispetto a quelle figurate.

Una delle difficoltà che i discenti discalculici hanno rispetto ai loro coetanei che presentano difficoltà in ambito matematico è l'insuccesso che riscontrano nel confrontare coppie di frazioni rappresentate numericamente.

In particolare è stato osservato che gli studenti con difficoltà in ambito matematico riscontrano minori difficoltà nel confrontare insiemi di frazioni nei quali è presente la frazione $\frac{1}{2}$ rispetto ad insiemi di frazioni che non contengono tale frazione. Per tali studenti risulta più semplice concettualizzare la frazione $\frac{1}{2}$ in quanto fin da piccoli hanno una conoscenza intuitiva di tale frazione (Hunting & Davis, 1991).

Lo stesso risultato non viene rilevato negli studenti con discalculia i quali mostrano avere una concettualizzazione atipica del concetto di frazione non riconoscendo che questa rappresenta una specifica quantità. Infatti, gli studenti con DSA tendono a considerare numeratore e denominatore della frazione come numeri naturali indipendenti (NI & Zhou, 2005).

Lewis (2016) ha mostrato che nella risoluzione di problemi relativi al confronto di frazioni, tra cui $\frac{1}{2}$, gli studenti con discalculia prendono in considerazione solo il denominatore cosicché erroneamente giudicano, ad esempio, la frazione $\frac{1}{3}$ maggiore di $\frac{1}{2}$ presupponendo di dover dividere l'unità-tutto in un numero maggiore di parti nel primo caso.

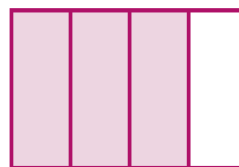
Inoltre lo studio di Mazzocco et al. (2013) ha evidenziato come la corretta concettualizzazione della frazione $\frac{1}{2}$ da parte degli studenti non discalculici

ha permesso loro di estendere tale concetto anche alle frazioni più "difficili" (cioè quelle diverse da $\frac{1}{2}$). Di contro, gli studenti discalculici non godono di questo vantaggio proprio a causa della mancata concettualizzazione della frazione $\frac{1}{2}$.

Un'altra difficoltà riscontrata dagli studenti con discalculia è nel confronto di frazioni che presentano stesso numeratore o stesso denominatore. Tali studenti apprendono lentamente che, considerate due frazioni con stesso numeratore, quella con denominatore maggiore rappresenta la grandezza minore. Una volta accettata tale regola, viene erroneamente applicata anche al caso in cui le due frazioni da confrontare presentano lo stesso denominatore.

Dunque, se da una parte si riscontra il successo di tali studenti nel confronto tra frazioni con stesso numeratore, viene anche rilevato l'insuccesso ottenuto nel confrontare frazioni con uguale denominatore (Mazzocco et al., 2013).

Un'ulteriore misconcezione relativa al confronto di frazioni con stesso denominatore rappresentate per via grafica è stata evidenziata da Lewis (2016) notando che gli studenti con discalculia, spesso interpretano la frazione osservata non come rappresentante il valore della frazione stessa, bensì come rappresentante il complementare della frazione in esame. Per esempio, considerando la rappresentazione grafica della frazione $\frac{3}{4}$,



questa viene interpretata come $\frac{1}{4}$.

Mazzocco et al. (2013) hanno evidenziato come l'utilizzo di rappresentazioni grafiche, di uso frequente nella scuola primaria, favorisce l'apprendimento concettuale delle frazioni. Ciò permetterà agli studenti, nella scuola media, di acquisire nuove forme di rappresentazione tra cui quella numerica.

Quanto detto non è del tutto vero per gli studenti



discalculici. Infatti, se da un lato l'uso di rappresentazioni figurate favorisce l'apprendimento dell'oggetto matematico "frazione", dall'altro viene fatto uso concreto di tali rappresentazioni da parte dei discenti con discalculia i quali non riescono a considerarle come rappresentazioni astratte delle frazioni. Ciò comporta la mancata concettualizzazione di tale argomento e l'insuccesso nella comprensione delle altre rappresentazioni introdotte nei successivi anni d'istruzione tra cui quella simbolica.

Vygotsky (1981) afferma che lo sviluppo umano procede rispetto due direzioni: quella biologica e quella socioculturale. Tipicamente tali direzioni di sviluppo tendono ad intersecarsi.

A volte però gli strumenti socioculturali sviluppatisi nel corso della storia potrebbero risultare incompatibili con lo sviluppo biologico di ciascuno (Vygotsky, 1993). Nel caso di discenti discalculici, infatti, gli strumenti tipicamente utilizzati per lo sviluppo delle abilità matematiche potrebbero risultare incompatibili con il modo che tali studenti hanno di elaborare cognitivamente le informazioni numeriche.

BIBLIOGRAFIA

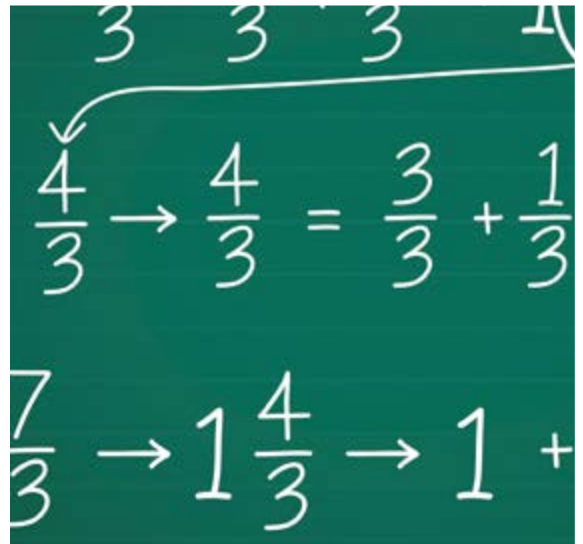
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. Washington, DC: Author.
- Arzarello, F. (2006). **Semiosis as a multimodal process**. *Relime, Numero Especial*, pp. 267-299.
- Bartolini Bussi, M. G., & Mariotti, M. A. (2008). **Semiotic Mediation in the Mathematics Classroom: Artifacts and Signs after a Vygotskian Perspective**. In: L. English, M. Bartolini Bussi, G. A. Jones, & B. Sriraman (Eds.). *Handbook of International Research in Mathematics Education*, pp. 750-787. Mahwah, NJ: LEA.
- Blair, C., & Razza, R. P. (2007). **Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten**. *Child Development*, 78, pp. 647-663.
- Bobis, J., Mulligan, J., & Lowrie, T. (2013). **Mathematics for children: challenging children to think mathematically, 4th edition**. Pearson Australia, Malaysia.
- Brousseau, G. (1980). **Les échecs électifs dans l'enseignements des mathématiques à l'école élémentaire. Revue de laryngologie, otologie, rhinologie. 127 [Trad. it. di M. L. Schubauer-Leoni in: Il contratto didattico come luogo di incontro, di insegnamento e di apprendimento, 1996, p. 21. In Gallo E., Giacardi L., Roero C. S. (eds.) (1996), pp. 21-32]**.
- Bull R., & Scerif G. (2011). **Executive functioning as a predictor of children's mathematics ability: Inhibition, switching, and working memory**. *Developmental Neuropsychology*, 19, pp. 273-293.
- Bull, R., Espy, K. A., & Wiebe, S. A. (2008). **Short-term memory, working memory, and executive functioning in preschoolers: Longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years**. *Developmental Neuropsychology*, 33, pp. 205-228.
- Campulucci, L., Maori, D., Fandiño Pinilla, M.I., Sbaragli, S. (2006). **Cambi di convinzione sulla pratica didattica concernente le frazioni**. *La matematica e la sua didattica*. 3, pp. 353-400.
- Confrey, J. (1994). **Splitting, similarity, and the rate of change: A new approach to multiplication and exponential functions**. In G. Harel & J. Confrey (Eds.), *The development of multiplicative reasoning in the learning of mathematics*, pp. 291-330. State University of New York Press, Albany.
- Confrey, J. (1994). **Splitting, similarity, and the rate of change: A new approach to multiplication and exponential functions. In G. Harel & J. Confrey (Eds.), The development of multiplicative reasoning in the learning of mathematics**, pp. 291-330. State University of New York Press, Albany.
- D'Amore, B. (2003). **Le basi filosofiche, pedagogiche, epistemologiche e concettuali della didattica della matematica**. Pitagora, Bologna.

- D'Amore, B. (2005).
Noetica e semiotica nell'apprendimento della matematica.
In: Ancona R. L., Faggiano E., Montone A., Pupillo R (eds.) (2005). **Insegnare la matematica nella scuola di tutti e di ciascuno. Atti del convegno omonimo**, Università di Bari, 16-18 febbraio 2004. Ghisetti & Corvi, Milano.
- Duval, R. (1993).
Registres de représentations sémiotique et fonctionnement cognitif de la pensée. Annales de didactique et de sciences cognitives, ULP, IREM Strasbourg, pp. 37-65 [Trad. it. di B. D'Amore in: La complexité de la noétique en mathématiques ou les raisons de la dévolution manquée. For the learning of mathematics. 23, 1, 2003, pp. 47-51].
- Espy, K. A., McDiarmid, M. M., Cwik, M. F., Stalets, M. M., Hamby, A., Senn, T.E. (2004).
The contribution of executive functions to emergent mathematical skills in preschool children. *Developmental Neuropsychology*, 26, pp. 465-486.
- Fandiño Pinilla, M. I. (2005).
Le frazioni. Aspetti concettuali e didattici. Pitagora, Bologna.
- Fischbein, E. (1985).
Intuizione e pensiero analitico nell'educazione matematica.
In: Chini Artusi L. (ed.) (1985). Numeri e operazioni nella scuola di base, pp. 8-19. UMI-Zanichelli, Bologna.
- Fischbein, E. (1992).
Intuizione e dimostrazione.
In: Fischbein E., Vergnaud G. (1992). **Matematica a scuola: teorie ed esperienza**, pp. 1-24. A cura di B. D'Amore. Pitagora, Bologna.
- Gallese, V., & Lakoff, G. (2005).
The brain's concepts: The role of the sensory-motor system in conceptual knowledge. *Cognitive neuropsychology*, 22 (3-4), pp. 455-479.
- Geary D. C. (2004).
Mathematics and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37, pp. 4-15.
- Geary, D. C. (2011).
Cognitive predictors of achievement growth in mathematics: A five year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 47, pp. 1539-1552.
- Halford, G. S., Cowan, N., & Andrews, G. (2007).
Separating cognitive capacity from knowledge: a new hypothesis. *Trends Cogn. Sci.* 11, pp. 236-242.
- Hiebert, J. (1992).
Mathematical, cognitive, and instructional analyses of decimal fractions.
In G. Leinhardt, R. Putnam, & R. A. Hattrup (Eds.), *Analysis of arithmetic for mathematics teaching*, pp. 283-322. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hiebert, J., & Wearne, D. (1986).
Procedures over concepts: The acquisition of decimal number knowledge.
In J. Hiebert (Ed.), *Conceptual and procedural knowledge: The case of mathematics*, pp. 199-223. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hitch, G. J., & McAuley E. (1991).
Working memory in children with specific arithmetical learning difficulties. *British Journal of Psychology*, 82, pp. 375-386.
- Hunting, R. P., & Davis, G. E. (1991).
Dimensions of young children's conceptions of the fraction one half.
In R. P. Hunting, & G. Davis (Eds.). *Early fraction learning*, pp. 27-53. New York, NY: Springer-Verlag.
- Keeler, M. L., & Swanson, H. L. (2001).
Does strategy knowledge influence working memory in children with mathematical disabilities? *Journal of Learning Disabilities*, 34, pp. 418-434.
- Kerslake, D. (1986).
Fractions: Children's strategies and errors. NFER-Nelson. Windsor, England.
- Kieren, T. E. (1975).
On the mathematical cognitive and instructional foundations of rational number.
In: Lesh R. A. (ed.) (1976). *Number and measurement*, pp. 101-144. Columbus (Oh): Eric-Smeac.
- Kieren, T. E. (1976).
Research on rational number learning. Athens (Georgia).
- Kieren, T. E. (1995).
Creating spaces for learning fractions.



- In J. T. Sowder & B. P. Schappelle (Eds.), *Providing a foundation for teaching mathematics in the middle grades*, pp. 31-65. State University of New York Press, Albany.
- Lewis, K. E. (2016). **Beyond Error Patterns: A Sociocultural View of Fraction Comparison Errors in Students With Mathematical Learning Disabilities.** Hammill Institute on Disabilities: Learning Disability Quarterly, Vol. 39(4), pp. 199-212.
 - Mack, N. K. (1990). **Learning fractions with understanding: Building on informal knowledge.** Journal for Research in Mathematics Education, 21, pp. 16-32.
 - Mack, N. K. (1993). **Learning rational numbers with understanding: The case of informal knowledge.** In T. P. Carpenter, E. Fennema, & T. A. Romberg (Eds.), *Rational numbers: An integration of research*, pp. 85-105. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 - Marzocchi, G. M., Lucangeli, D., De Meo, T., Fini, F., Cornoldi, C. (2002). **The disturbing effect of irrelevant information on arithmetic problem solving in inattentive children.** Developmental Neuropsychology, 21(1), pp. 73-92.
 - Mazzocco, M. M., Myers, G. F., Lewis, K. E., Hanich, L. B., Murphy, M. M. (2013). **Limited knowledge of fraction representations differentiates middle school students with mathematics learning disability (dyscalculia) versus low mathematics achievement.** Journal of Experimental Child Psychology 115, pp. 371-387.
 - MIUR (2012a). **Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione.** Annali della Pubblica Istruzione.
 - MIUR (2012b). **Schema di regolamento recante "Indicazioni nazionali riguardanti gli obiettivi specifici di apprendimento concernenti le attività e agli insegnamenti compresi nei piani degli studi previsti per i percorsi liceali di cui all'articolo 10, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 15 Marzo 2010, n. 89, in relazione all'articolo 2, commi 1 e 3, del medesimo regolamento."**
 - MIUR (2012c). **Linee Guida per il passaggio al nuovo ordinamento** – Istituti Tecnici, d.P.R. 15 marzo 2010, art. 8, comma 3.
 - MIUR (2012d). **Linee Guida per il passaggio al nuovo ordinamento** – Istituti Professionali, d.P.R. 15 marzo 2010, n. 87, art. 8, comma 6.
 - Nemirovsky, R. (2003). **Three conjectures concerning the relationship between body activity and understanding mathematics.** In N. A. Pateman, B. J. Dougherty, & J. T. Zilliox (Eds.), *Proc. 27th Conf. of the Int. Group for the Psychology of Mathematics Education*, Vol 1, pp. 103-135. Honolulu, USA: PME.
 - Ni, Y., & Zhou, Y. D. (2005). **Teaching and learning fraction and rational numbers: the origins and implications of whole number bias.** I Educ. Psychol., 40, pp. 24-52.
 - NMAP- National Mathematics Advisory Panel (2008). **Foundations for success: Final report of the national mathematics advisory panel.** Washington, DC: U.S. Department of Education.
 - Nunes, T., & Bryant, P. (1996). **Children doing mathematics.** Cambridge, MA: Blackwell.
 - Ohlsson, S. (1988). **Mathematics meaning and applicational meaning in the semantics of fractions and related concepts.** In J. Hiebert & M. Behr (Eds.), *Number concepts and operations in the middle grades*, Vol. 2, pp. 53-92. Hillsdale, NJ: Erlbaum and Reston, VA: National Council of Teachers of Mathematics.
 - Passolunghi, M. C., & Lanfranchi, S. (2012). **Domain-specific and domain-general precursors of mathematical achievement: A longitudinal study from kindergarten to first grade.** British Journal of Educational Psychology, 82, pp. 42-63.

- Passolunghi, M. C., & Siegel, L. S. (2001). **Short-term memory, working memory, and inhibitory control in children with difficulties in arithmetic problem solving.** *Journal of Experimental Child Psychology*, 80(1), pp. 44-57.
- Passolunghi, M. C., & Siegel, L. S. (2004). **Working memory and access to numerical information in children with disability in mathematics.** *Journal of Experimental Child Psychology*, 88(4), pp. 348-367.
- Radford, L. (2003). **Gestures, speech, and the sprouting of signs: a semiotic-cultural approach to student's types of generalization.** *Mathematical Thinking and Learning*, 5(1), pp. 37-70.
- Resnick, L. B. (1982). **Syntax and semantics in learning to subtract.** In T. P. Carpenter, J. M. Moser, & T. A. Romberg (Eds.), *Addition and subtraction: A cognitive perspective*, pp. 136-155. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sbaragli, S. (2007). **Le frazioni di tutti i giorni. Rubrica: I ferri del mestiere. Il giornale della formazione.** *La Vita scolastica*, 2, p. 63.
- Siegler, R. S., Fazio, L. K., Bailey, D. H., & Zhou, X. (2013). **Fractions: the new frontier for theories of numerical development.** *Trends in Cognitive Sciences*, 17(1).
- Siegler, R.S., Duncan, G.J., Davis-Kean, P.E., Duckworth, K., Claessens, A., Engel, M., Susperreguy, M. I., Chen, M. (2012). **Early predictors of high school mathematics achievement.** *Psychological Science*, 23, pp. 691-697.
- Stella, G., & Grandi, L. (2011). **Come leggere. La dislessia e i DSA.** Giunti Editore, Milano.
- Swanson, H. L. (2006). **Cognitive processes that underlie mathematical precociousness in young children.** *Journal of Experimental Child Psychology*, 93, pp. 239-264.



- Swanson, H. L. (2011). **Working memory, attention, and mathematical problem solving: A longitudinal study of elementary school children.** *Journal of Educational Psychology*, 103, pp. 821-837.
- Szücs, D., Devine, A., Soltesz, F., Nobes, A., Gabriel, F. (2013). **Developmental dyscalculia is related to visuo-spatial memory and inhibition impairment.** *Cortex*, 49(10), pp. 2674-2688.
- Vergnaud, G. (1990). **La théorie des champs conceptuels. Recherches en didactiques des mathématiques**, 10, pp. 133-169. [Trad. it. di F. Speranza in: *La matematica e la sua didattica*, 1, 1992, pp. 4-19].
- Vio, C., Tressoldi, P.E., e Lo Presti, G. (2012). **Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico.** Trento: Erickson.
- Vygotsky, L. S. (1981). **The genesis of higher mental functions.** In J. V. Wertsch (Ed.). *The Concept of Activity in Soviet Psychology*, pp. 144-188. Armonk, NY: M. E. Sharpe, Inc..
- Vygotsky, L. S. (1993). **Introduction: Fundamental problems of defectology.** In R. W. Rieber, & A. S. Carton (Eds.). *The collected works of L.S. Vygotsky: Volume 2. The fundamentals of defectology*, pp. 29-51. New York, NY: Plenum Press.



IL SETTING E LKE

TRE CONDIZIONI TERAPEUTICHE NELLA TERAPIA CENTRATA SUL CLIENTE

Paola Gaudio
Psicologa e psicoterapeuta Rogersiana

RIASSUNTO

Intento dell'Autrice, nel presente articolo, è quello di mettere in evidenza i principali elementi che caratterizzano la Terapia Centrata sul Cliente, come elaborata da Carl Rogers. Dopo una prima introduzione alla nozione di "setting", quale elemento portante psicoterapico, ed averne messo in risalto le caratteristiche comuni ad ogni psicoterapia, l'Autrice ne approfondisce le peculiarità nell'ambito dell'approccio rogersiano fenomenologicamente orientato. All'interno del setting esterno, vengono esplorate le cosiddette "variabili assolute" e "variabili relative". Grande risalto, poi, acquisisce, nel corso della trattazione, il setting interno del terapeuta, sul quale il lavoro di Carl Rogers si è maggiormente concentrato, che può essere articolato nelle "tre condizioni di base" essenziali per lo sviluppo di un percorso di psicoterapia, inteso come reale incontro nel qui ed ora tra la persona del terapeuta e quella del cliente e che fa della Terapia Centrata sul Cliente un Approccio Centrato sulla Persona. In tale visione, la dimensione intersoggettiva del setting sarebbe, secondo l'Autrice, il motore del processo terapeutico e permetterebbe un proficuo interscambio fra cornice e contenuto di ogni singola seduta.

PAROLE CHIAVE

Setting, psicoterapia, Carl Rogers

COS'È IL SETTING?

La relazione psicoterapeutica, nonostante la sua

particolarità, è e deve essere fondamentalmente una relazione di tipo professionale. Come ogni altro tipo di relazione professionale, quindi, deve garantire la presenza di una struttura: è proprio il setting e le sue varie declinazioni che strutturano la relazione psicoterapeutica, rendendola professionale.

Ciò che rende l'attività terapeutica diversa da un incontro qualsiasi, tra persone che stanno in relazione, sono le regole che caratterizzano questo tipo di interazione, regole non esclusivamente personali, ma in larga parte condivise dalla comunità professionale degli psicoterapeuti nel contesto giuridico in cui operano.

La metafora che sicuramente contribuisce a definire meglio il concetto di setting è quella della cornice che delimita i "bordi", i "confini" del contenitore al cui interno prende vita il processo terapeutico, costituita da tutte quelle attività e regole che danno l'orientamento spazio-temporale degli incontri, del ritmo delle sedute, della durata, delle condizioni economiche...

Quindi, quando noi definiamo il setting andiamo necessariamente a definire i confini della relazione psicoterapeutica, creando in pratica il contenitore della terapia, lo sfondo dove sarà messo in scena il mondo interno del cliente (Semi, 1985). In quanto struttura e cornice, il setting pone condizioni che rappresentano una vera e propria garanzia per la vita psichica del cliente e per il sussistere dello specifico tipo di relazione che si instaura

fra questo ed il terapeuta. Si tratta di strumenti elaborati affinché le modificazioni che scaturiscono dall'incontro di due esseri umani (modificazioni che, ricordiamo, portano sempre con sé una quota di ansia, paura, disorientamento) avvengano in modo conoscibile. *«Il setting quindi è l'ancoraggio alla realtà, per via del contratto e degli obiettivi che pongono il terapeuta ed il paziente su un piano di realtà»* (Fontò, 2010, p. 64).

Applicato alla relazione terapeutica, significa realizzare una specifica ambientazione e regolazione atta a delimitare e stabilire il campo d'azione delle persone in relazione. Significa definire e specificare le condizioni necessarie per la realizzazione di un progetto. È chiaro che a differenti modi di concepire lo svolgimento della relazione terapeutica, corrispondono differenti modi di strutturare il setting. Il setting, infatti, è un'architettura le cui fondamenta risiedono nell'epistemologia dell'approccio che ne determina la pratica (per l'approccio psicoanalitico classico è fondamentale la presenza del lettino, per quello cognitivo può essere importante la presenza di una scrivania fra paziente e cliente, per quello sistemico-familiare è parte fondamentale della terapia la presenza del nucleo familiare in seduta, molti approcci ritengono elemento rilevante del setting l'utilizzo del "Lei" in terapia e la stretta di mano come unica tipologia di contatto fisico fra le due persone in relazione...).

Sono dunque le norme che possono cambiare, con la conseguenza di determinare modificazioni del processo ma, una volta definite, esse sono caratterizzate dalla stabilità che deve essere mantenuta. Nel caso della Terapia Centrata sul Cliente, fenomenologicamente orientata, il setting coincide con le modalità di essere del terapeuta, di presentarsi, di relazionarsi al paziente, con la disponibilità a qualunque declinazione esistenziale (Fontò, 2010). Come sostenuto da Langs, infatti l'inconscio dei pazienti non ha interesse alcuno per la particolare scuola di pensiero del terapeuta ma soltanto per la capacità che questi dimostra nel mantenere una cornice terapeutica sicura e di comprendere il senso delle comunicazioni inconse (Langs, 1973).

IL SETTING NELLA TERAPIA CENTRATA SUL CLIENTE

La Terapia Centrata sul Cliente fu fondata da Carl Rogers, uno fra i principali esponenti della psicologia umanistica, in seguito all'ingente studio che egli condusse sulla personalità umana e sui processi di cambiamento terapeutici a partire dagli anni '40 del ventesimo secolo.

L'approccio centrato sulla persona, partendo da basi epistemologiche di tipo fenomenologico, pone l'accento sul processo di co-costruzione sociale della realtà e, di conseguenza, del setting. Per il principio di Heisenberg, infatti, l'osservatore e gli strumenti che egli usa per la sua osservazione, interagiscono con il fenomeno osservato e lo co-costruiscono. La realtà è socialmente costruita sia che si tratti di quella costruita nell'ambito di una cultura o all'interno di una relazione terapeutica (Berger, Luckman 1968).

Secondo questa visione, quindi, nei paradigmi terapeutici, a prescindere dalla consapevolezza o meno da parte dei fondatori dei vari approcci e dei professionisti che li mettono in atto disegnando e gestendo i vari setting, sarebbe operante lo stesso processo di costruzione sociale della realtà. La relazione psicoterapeutica è un legame sociale diverso da tutti quelli che il cliente ha potuto sperimentare e ciò che ne garantisce tale diversità risiede nel setting.

Parte fondamentale della costruzione del setting orientato rogersianamente risiede già nel nome con cui la persona che si rivolge al professionista viene designata. Per questo, costituisce una specifica costruzione della realtà quella che assegna il ruolo di paziente a un cittadino utente di servizi psicoterapici, il quale diviene così oggetto di diagnosi e cura; questa costruzione si differenzia da quella che lo definisce cliente e che offre un processo di cambiamento attraverso strategie di empowerment. Come sostenuto da Zucconi e Powell:

«la pratica medica moderna è strutturata secondo una gerarchia che vede il medico al vertice della scala, al di sopra degli altri professionisti della salute, con il



paziente al livello più basso. Una realtà così articolata comporta necessariamente una mancanza di potere del paziente. Se ne comprendono immediatamente le conseguenze se si esamina il significato della parola paziente e dei suoi sinonimi: sottomesso, calmo, remissivo, che patisce sofferenze. Indubbiamente ciò può determinare come effetto collaterale dell'attuale pratica medica una sorta di "annullamento della persona"» (Zucconi, Powell, 2003, p. 31).

Pur essendoci dei momenti privilegiati in cui il terapeuta esprime verbalmente le regole del setting (generalmente alla fine del primo o dei primi colloqui, in cui si comunica al cliente la possibilità di presa in carico da parte del terapeuta), la definizione

dei vari aspetti legati al setting avviene nel corso dell'intero processo terapeutico. Infatti non solo il processo terapeutico è co-costruito da entrambi, ma in alcuni aspetti anche il setting è una costruzione reciproca che evolve, come del resto evolve la relazione ed il processo terapeutico.

Nell'ottica fenomenologica rogersiana, solo un setting soggettivato consente al terapeuta uno spazio di libertà esperienziale e di apertura all'altro, salvaguardando e garantendo sia l'attualità e la verità dell'incontro, sia la coerenza con il progetto. Così inteso, il setting, oltre che rappresentare ciò che il terapeuta è disposto a mettere in gioco di sé, del suo modo di essere, diviene anche espres-

sione della responsabilità che egli si assume nella relazione con il suo cliente.

Il cliente ha bisogno di poter divenire cittadino di una nuova realtà, una nuova narrativa relazionale che contenga norme di appartenenza più sane, ma anche più libere di quelle già esperite e agite, che gli consentano di accettare con consapevolezza il significato del setting e della sua avventura psicoterapeutica (Greggio, Zucconi, 2009).

Il setting, nella sua accezione più ampia, è costituito da tutti gli aspetti della relazione psicoterapeutica e da tutto quello che accade tra psicoterapeuta e cliente. Perciò non solo il ritmo delle sedute e la sua contrattualità relativa, ma anche la persona dello psicoterapeuta e le sue capacità di rispetto profondo, ascolto empatico, congruenza e trasparenza costituiscono la base solida, il contenimento e il limite, nonché lo spazio per una relazione che offra sicurezza, continuità e libertà di esplorazione. Il setting è indispensabile per facilitare la costruzione di un rapporto in cui si realizza la più ampia libertà espressiva possibile. Qualsiasi regola o strategia perde il suo potere trasformativo quando è interiorizzata in modo rigido, rendendo il terapeuta incapace, così, di utilizzarla a partire dal suo modo di essere e dalle sua profonda convinzione. Essa diviene una prigionia, mentre ogni strategia deve essere considerata come figlia di ogni incontro e di ogni autentica condivisione (Carotenuto, 1980). Il concetto di libertà, tuttavia, può dare adito ad interpretazioni non del tutto corrette di come questo tipo di setting possa declinarsi.

Prendendo forma nella specifica relazione terapeutica fra i due individui, essendo co-costruito (al di là di alcuni elementi che, in quanto "pareti" del nostro contenitore, devono rimanere stabili e costanti per poter svolgere la loro funzione), non è possibile considerare il setting centrato sul cliente come qualcosa di immutabile, costante e rigido, ma piuttosto come un qualcosa che evolve così come evolve il processo e va correlato all'assetto mentale del terapeuta e alla sua personalità.

A tal proposito, lo stesso Rogers spende alcune parole nel tentativo di declinare meglio i concetti di libertà e non artificialità del setting:

«Può sembrare che l'idea di stabilire certi limiti precisi nella situazione terapeutica sia un procedimento artificiale e non necessario. Niente potrebbe essere più lontano dalla verità. Ogni situazione di counselling deve avere dei limiti, come hanno scoperto con dispiacere molti terapeuti dilettanti (...) L'unica questione consiste nel chiarire se questi limiti possano essere precisi, definiti, e utilmente impiegati o se può invece accadere che l'individuo, in un momento di grande bisogno, li avverta improvvisamente come barriere erette dinanzi a sé (...) Le limitazioni permettono al consultore di sentirsi più a suo agio e di adottare misure più efficaci. Creano una struttura entro la quale lo psicologo può essere libero e spontaneo nei suoi contatti con il soggetto» (Rogers, 1942, p.92).

Quando il rapporto è male impostato, secondo l'Autore, c'è sempre il rischio che l'individuo faccia delle richieste troppo pesanti al terapeuta, col risultato che quest'ultimo inconsapevolmente si pone sulla difensiva, in guardia, per paura che il suo stesso desiderio di aiutare possa intrappolarlo. Ma se egli chiaramente comprende le limitazioni della sua funzione, può abbandonare tale posizione ed essere più sensibile ai bisogni e ai sentimenti del soggetto, giocando quindi un ruolo stabile in base al quale l'individuo sia in grado di riorganizzarsi.

Allora il senso e significato profondo del setting risiedono proprio nella possibilità di sperimentare libertà nella sua costruzione a fronte di una sicurezza data dai suoi elementi stabili nel tempo. Accoglienza e libertà sono ancorate a limiti precisi che impediscono il realizzarsi di una condizione di eccessiva dipendenza. *«Mettere dei limiti permette allo stesso tempo di creare degli spazi» (Greggio, Zucconi, 2009, p. 345).*

La caratteristica principale del setting rimane la stabilità (quella cornice che non muta, che consente lo sviluppo del processo terapeutico) che va vista nei termini di una lucida chiarezza e consapevolezza da parte del terapeuta sulle due dimensioni principali del setting: il setting mentale o interno e il setting esterno materiale e relazionale.

Essendo la terapia centrata sul cliente focalizzata sull'accrescimento delle capacità di autodeter-



minazione, empowerment e sullo sviluppo delle tendenze autoattualizzanti degli individui, lo scopo del terapeuta rogersiano è quello di costruire un setting per facilitare al massimo lo sviluppo delle potenzialità del cliente attraverso una relazione paritetica che sia permeata dalle tre condizioni fondamentali della terapia e messe in atto dal terapeuta: accettazione positiva incondizionata, empatia e congruenza (Rogers, 1961). Esse costituiscono il setting mentale del terapeuta; una loro maggiore trattazione verrà fornita in seguito.

IL SETTING ESTERNO

Una delle principali caratteristiche della dimensione esterna del setting risiede nella stabilità del contenitore, capace di fornire sicurezza, derivante da regole condivise, che consente al cliente di muoversi più liberamente nella relazione, con la tranquillità, di avere dei confini che lo proteggono. La stabilità del contenitore materiale, inoltre, è una variabile essenziale e diventa sempre più necessaria man mano che i disturbi sono più gravi (Fontò, 2010). L'assenza di regole e limiti può portare, infatti, ad un sempre maggiore senso di angoscia e paura nel cliente. L'esplorazione dei propri vissuti, di parti di sé non conosciute e ri-conosciute è già di per sé un'esperienza ansiogena e potenzialmente angosciante; fare ciò in uno spazio senza limiti, in cui non si sa se e quando il dolore che può emergere dalle esplorazioni avrà un contenitore, un argine anche di carattere temporale, vuol dire ostacolare in maniera netta la motivazione dell'individuo ad un sempre maggiore contatto con il proprio sé. All'interno del setting esterno è possibile distinguere tra variabili relative ed assolute.

Le variabili relative sono quelle che, pur conservando la loro caratteristica di stabilità, possono subire alcune modificazioni nel tempo, da terapeuta a terapeuta e all'interno delle singole relazioni terapeuta-cliente. Esse riguardano principalmente la scelta dell'arredo dello studio, della gestione degli appuntamenti e dell'onorario del terapeuta.

Se si dovesse dare una sola regola valida nella gestione dell'ambiente, si potrebbe pensare a quella della "sobrietà". Il terapeuta dovrebbe porre

la stessa "cura" nella scelta dell'abbigliamento, dei colori, dell'arredamento, che pone nella costruzione della relazione con la persona che gli è davanti.

Percettivamente il paziente avrà, quando sarà sulla soglia, una Gestalt unica dell'ambiente nel quale sta per entrare e di questa Gestalt fa parte anche il terapeuta. Va da sé che un pizzico di buon senso è più che sufficiente a orientare in questo campo. Rogers e i suoi colleghi strutturavano un setting caratterizzato da una relazione terapeutica particolarmente calda e accogliente e allo stesso tempo molto personalizzata dalla marcata congruenza e trasparenza del terapeuta, dalle sue azioni di empowerment del cliente e dall'astenersi dal fornire interpretazioni dove il terapeuta assumeva il ruolo di agente significante. Egli non ha dato molte indicazioni specifiche rispetto alla strutturazione fisica e materiale del setting, elemento che permette al terapeuta centrato sul cliente di godere di una certa libertà nell'esprimere se stesso attraverso la fisicità dell'ambiente in cui opera, potendo quindi responsabilmente adattare alcuni aspetti del setting alla specificità del cliente e della relazione specifica con esso.

Tale libertà, come sottolineato precedentemente, va comunque dosata e adoperata al servizio di una relazione terapeutica che sia in grado di garantire il maggior grado possibile di comodità nel terapeuta e nel cliente. Tuttavia, offrire la possibilità al cliente di collaborare alla definizione di alcuni elementi del setting può non essere sempre facilitante, anzi in alcuni casi può disorientare il cliente stesso; e inoltre questa possibilità potrebbe generare anche nel terapeuta scomodità nella relazione.

In generale, lo studio dello psicoterapeuta, per quanto neutrale possa apparire, in qualche modo parla di lui (e molto spesso si evolve con lui). L'approccio centrato sulla persona si sofferma su poche indicazioni circa questa variabile del setting. È necessario che il luogo in cui si incontrano terapeuta e cliente, oltre a non essere caotico né disturbante, sia in grado di salvaguardare la riservatezza e la privacy. Varcare la porta dello studio è infatti varcare «il limite al di là del quale non diremo le cose che possiamo dire al di qua» (Semi, 1985, p. 18).

Il luogo fisico in cui il colloquio prende forma ha una grande importanza ai fini del colloquio stesso. Ogni singolo elemento della stanza in cui la terapia si svolge assume un forte significato simbolico. Una stanza è un luogo delimitato da pareti e solitamente caratterizzato da aperture verso l'esterno, finalizzate sia alle possibilità di entrarvi o di uscirne, sia alla possibilità di cambiare aria o di consentire la visione dell'ambiente esterno e l'entrata della luce solare. Le pareti ed il loro colore, l'illuminazione, la porta, la finestra, le poltroncine, i quadri, i fazzoletti, le caramelle: non si tratta solo dei singoli oggetti contenuti all'interno della stanza, ma piuttosto dell'insieme, della Gestalt della stanza, che questi oggetti concorrono a costituire.

Ad esclusione del setting psicoanalitico classico, gli aspetti della strutturazione del setting centrato sulla persona sono molto simili a quelli teorizzati e praticati dagli esponenti di altri approcci. Il cliente e il terapeuta siedono su sedie identiche (meglio se poltrone), uno di fronte all'altro, senza alcuna barriera tra di loro (ciò differenzia il setting centrato sul cliente da altri, in cui, spesso, fra le due persone viene posta una scrivania poiché «*la scrivania facilita paziente e terapeuta nei rispettivi ruoli*» (Cionini, Ranfagni, 2009, p. 193).

Per quanto riguarda gli aspetti di prossemica, compito del terapeuta sarà quello di creare uno spazio comodo e accogliente, con contatto vis-à-vis, in cui non vengano sottolineate differenze di ruolo. La posizione vis-à-vis, dove il terapeuta non gode più di elementi che suggeriscano la sua supremazia nella relazione, infatti, rimarca la sostanziale parità tra terapeuta e cliente e offre il vantaggio di poter osservare tutti i messaggi non verbali espressi dal cliente.

La distanza delle sedie o delle poltrone deve essere tale da non suscitare nel cliente né il timore di intrusione e invasione degli spazi personali, né una sensazione che il terapeuta sia freddo o timoroso di contagiarsi. È quindi buona regola realizzare una collocazione spaziale che fornisca comodità al terapeuta. La comodità del terapeuta è condizione necessaria (certamente non sufficiente) alla comodità del paziente.

La frequenza delle sedute è settimanale, il contratto è chiaramente stipulato all'inizio della terapia e illustra doveri e diritti di ambo i ruoli. La seduta ha una durata predefinita, di norma cinquanta minuti, considerando tra l'altro che il limite prefissato costituisce un fattore terapeutico importante: limiti temporali ben definiti e condivisi del colloquio richiamano infatti il cliente all'assunzione di responsabilità rispetto ai propri problemi e alla gestione del tempo dedicato alla loro indagine (Greggio, Zucconi, 2009). La durata e la frequenza delle sedute possono differire dalla norma per quei clienti che hanno particolari difficoltà a costruire e mantenere una relazione con il terapeuta. Rispetto alla frequenza, Rogers fornisce alcune indicazioni, consigliando contatti non troppo assidui: la frequenza di una volta alla settimana assicura una presenza attendibile del terapeuta e garantisce continuità di rapporto. Questa distanza temporale tra un colloquio e l'altro consente al cliente la possibilità concreta di integrare i propri progressi. «*I colloqui posti alla distanza di alcuni giorni o di una settimana l'uno dall'altro sembrano più efficaci, dal momento che forniscono al soggetto l'opportunità di integrare i suoi progressi, di acquistare una certa quantità di insight e di intraprendere azioni dettate dai suoi nuovi impulsi verso la maturazione*» (Rogers, 1942, p. 237). Tempi più lunghi potrebbero creare una situazione in cui il cliente sente di dover ogni volta ricostruire la relazione. Tempi più brevi, invece, potrebbero favorire l'instaurarsi di forme di dipendenza. Relativamente alla durata, l'Autore sostiene che sia poco saggio protrarre un colloquio per la durata di più di un'ora.

Ogni limite porta certamente con sé una certa quantità di frustrazione, tollerabile in grado maggiore o minore dalle diverse persone con cui il terapeuta instaura una relazione terapeutica. I limiti temporali del colloquio terapeutico, come tutti gli altri limiti, servono a dare alla situazione terapeutica tutti gli aspetti di una normale situazione di vita. Il limite di tempo rappresenta un arbitrario limite umano, a cui l'individuo deve adattarsi.

Il cliente è libero di rispettare o meno un appuntamento, di venire in orario o in ritardo, di impiegare



l'ora in conversazioni casuali per evitare i suoi veri problemi, o di utilizzarla in modo costruttivo. Ci sono dei termini, tuttavia, entro i quali egli non è libero di controllare lo psicologo e guadagnare più tempo mediante qualche sotterfugio. Con una certa frequenza accade che il soggetto aspetti gli ultimi momenti della seduta per sollevare una questione di importanza vitale, chiedendo così implicitamente più tempo. Un saggio terapeuta, però, si attiene sostanzialmente ai limiti di tempo stabiliti. Una situazione ben strutturata può essere utilizzata in modo molto più efficace dall'individuo.

Certamente tali limiti non vengono rispettati con una precisione cronometrica: la terapia è prima di tutto un rapporto tra esseri umani, non un congegno meccanico. Si potrebbe forse meglio dire che i limiti vengono osservati, comprendendo però il bisogno del soggetto di infrangerli. È proprio il riconoscimento e lo "svelamento" dei bisogni legati all'infrazione dei limiti che può portare materiale davvero utile al processo terapeutico. Questo è l'esempio in cui elementi della cornice del rapporto terapeutico, elementi di setting, diventano veri e propri elementi di processo. Assecondare e soddisfare tali bisogni da parte del terapeuta, oltre che ripetere molto probabilmente modalità di soddisfacimento già sperimentate in passato dal cliente, non permetterebbe una presa di coscienza del bisogno sottostante la frustrazione e la possibilità di lavorarci insieme nel corso della terapia; si tratterebbe, in sostanza, di un tentativo di collusione ed alleanza del terapeuta con le parti meno funzionali del cliente, quelle parti che, molto probabilmente, fanno sì che egli sia in quel momento nello studio di un consultore chiedendo a quest'ultimo un aiuto, una presa in carico.

Ulteriore variabile importante riguarda l'onorario. Fissare una cifra che il cliente dovrà corrispondere al terapeuta nel momento in cui decida di intraprendere il percorso terapeutico, e comunicare l'ammontare di tale onorario, sono compiti importanti che il terapeuta dovrà svolgere preferibilmente già dal primo incontro. Questo è forse uno degli elementi facenti parte della cornice, in grado di rimandare subito l'idea della diversità fra

una normale relazione fra due individui e quella che, invece, si instaura fra terapeuta e cliente, caratterizzata dall'elemento della professionalità. Il pagamento è un elemento che trasmette al cliente un'idea del valore che il terapeuta dà al proprio tempo in relazione alla propria competenza professionale. Inoltre la definizione del compenso è vista da Rogers come una misura precisa della responsabilità che il cliente decide di assumersi o meno verso il proprio processo di crescita, e quindi acquista valore terapeutico. Il pagamento della seduta stimola la persona a impegnarsi per migliorare, «*eliminando ogni eventuale senso di dipendenza ed eccessiva gratitudine*» (Rogers, 1942, p.242) verso il terapeuta quando gli obiettivi terapeutici siano stati raggiunti o si siano fatti molti progressi in tal senso.

Da parte del cliente, il pagamento di un onorario può costituire un mezzo attraverso cui il soggetto indica la sua serietà nel cercare assistenza, nonché un modo di mantenere il suo rispetto di sé pur accettando l'aiuto di un altro e fornisce indicazione sul grado di responsabilità che il soggetto accetta (o respinge). È il suo primo passo verso una direzione nuova, il fatto di assumersi subito lo sforzo necessario per affrontare la sua situazione. In secondo luogo, il pagamento costituisce una motivazione per progredire rapidamente.

La questione riguardante il pagamento, è da sempre un tema molto delicato nella gestione del setting all'interno di ogni orientamento psicoterapeutico. La domanda che spesso ci si pone riguarda l'atteggiamento che il terapeuta dovrebbe assumere nei confronti di un cliente impossibilitato nell'affrontare economicamente un percorso di psicoterapia. In casi simili a questo, è importante che il terapeuta sia in contatto con i propri bisogni e le proprie sensazioni, sia centrato su di sé, e quindi agisca con la massima congruenza. Non ci sono a tale riguardo precise indicazioni: ciò che è determinante, indipendentemente dalla decisione che prenderà, è che il terapeuta ponga attenzione ai significati che tale scelta comporta. La scelta di non far pagare una seduta al cliente o di stabilire un prezzo decisamente al di sotto della consuetudine

può comportare, infatti, alcuni rischi, di cui occorre essere ben consapevoli. Sapersi prendere cura di se stessi è prerequisito fondamentale per la capacità di prendersi cura degli altri. Se il terapeuta non ha abbastanza cura per se stesso da accertare di essere pagato per ogni ora stabilita per contratto, il risentimento potrà farsi sentire nelle fasi successive del lavoro ed influenzare il processo in atto.

Altrettanta attenzione va posta nel comunicare al cliente che le sedute che salta, e in cui non avverte nel tempo stabilito, andranno pagate. Questa regola è rilevante non solo perché permette al cliente di viverci una dimensione di libertà e di continuità, ma anche perché fa sì che egli abbia sempre la garanzia che nessuno potrà occupare la sua ora e il suo spazio.

Un messaggio molto importante che un terapeuta può mandare al cliente, si ha nel momento del pagamento vero e proprio e della compilazione della fattura. Come sostiene Semi, «È chiaro che a nessuno piace pagare le tasse e che a nessuno di noi piacciono le implicazioni burocratiche del pagare le tasse. Tuttavia, a me pare che quando si chiede ad un paziente di essere molto onesto con noi, sia poi piuttosto sgradevole dirgli indirettamente che questa regola per noi non vale. Inserisce un elemento di furbizia in una situazione che la esclude.» (Semi, 1985, p. 83).

Le variabili assolute del setting sono quelle regole costanti nel tempo e valide per ogni cliente, che in quanto tali contengono l'importante nozione di "limite" invalicabile, rispetto alle quali il contributo teorico di Rogers è fondamentale nel chiarire l'importanza dell'intreccio tra soddisfazione di bisogni carenziali e i necessari limiti che devono essere posti a tale soddisfazione. Limiti chiari, infatti, facilitano il cliente nell'acquisizione di insight circa i propri bisogni.

Secondo Rogers (1942), qualsiasi bisogno, se non trova un limite alla sua soddisfazione, non può arrivare alla consapevolezza. La frustrazione dei bisogni apre dunque alla possibilità di sviluppare nel processo terapeutico l'auto-consapevolezza. Tali limiti, inoltre, permettono al terapeuta di discriminare fra la comprensione empatica e altri meccanismi psichici, quali l'identificazione, la

proiezione, l'identificazione proiettiva, in cui invece si perdono i confini tra ciò che è del terapeuta e ciò che è del cliente, ed i limiti vengono fusi e confusi. Nella pratica, i limiti vengono posti dal terapeuta lasciando spazio all'accettazione e alla comprensione del bisogno del cliente di infrangerli: il terapeuta non discute il fatto né reagisce emotivamente al comportamento dell'individuo, ma cerca di svelare i sentimenti che si nascondono dietro le azioni (Rogers, 1942). Il contenitore, quindi, da questo punto di vista, assume sempre una duplice valenza: se ha una funzione protettiva, contenitiva e rassicurante per il cliente e per la sua esperienza emozionale nel qui e ora, svolge anche un'importante azione frustrante e limitante.

Risulta chiaro che i limiti posti dalle variabili assolute del setting riguardano non solo i bisogni e sentimenti espressi dal cliente, ma anche quelli espressi dal terapeuta: vi è un limite all'agito di sentimenti di natura aggressiva espressi dal cliente, così è altrettanto necessario che il terapeuta dia limiti precisi alla propria espressione di affetto e calore verso il cliente. È a questo livello che entrano in gioco e acquistano senso le variabili assolute, quelle costanti del setting che devono assolutamente essere rispettate per non compromettere la terapia.

La prima riguarda il segreto professionale: il cliente deve poter essere certo che ogni espressione di pensiero e sentimento, di fatti o informazioni rimangano fra lui e il terapeuta. La regola della confidenzialità (rispetto alla quale, le uniche eccezioni sono previste nell'ambito della supervisione in cui, per scopi terapeutici, il terapeuta parla del cliente con un altro professionista, e nei casi previsti dal codice deontologico e dalle leggi vigenti) è requisito fondamentale per l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e intimità.

La seconda riguarda il divieto di acting out, cioè la proibizione di agiti sia da parte del cliente che da parte dello psicoterapeuta. Al cliente viene lasciata la più ampia libertà di esprimere verbalmente i propri sentimenti ma non gli è permesso di agire i suoi impulsi. Consentire l'agito degli impulsi o



colludere con essi significa infatti annullare il confine tra mentale e concreto, fra fantasia e realtà. Come afferma lo stesso Rogers, *«tutto può venir espresso. Sotto questo punto di vista il rapporto terapeutico differisce nettamente dagli altri rapporti di vita (...) Anche se vi è questa libertà totale di esprimere i sentimenti, nel colloquio terapeutico ci sono allo stesso tempo limiti ben definiti di azione, i quali conferiscono al colloquio una strutturazione che l'individuo può utilizzare per una progressiva acquisizione di insight»* (Rogers, 1942, p.85).

Strettamente legata alla regola precedente, la terza regola riguarda la non gratificazione diretta dei bisogni. Essa si riferisce al divieto di soddisfare i desideri o bisogni (consapevoli e non) del cliente e anche del terapeuta. Molto spesso, infatti, il cliente esplicita il bisogno che la relazione terapeutica possa allargarsi, sconfinare, occupare spazi anche al di fuori del setting con incontri di carattere amicale, sentimentale o sessuale. Ciò che deve essere comunicato al cliente è che la terapia non può essere il luogo dove lui può avere soddisfazioni sostitutive ad alcuni suoi bisogni.

Questa regola ha una giustificazione molto semplice: le forme mediante le quali il cliente esprime i suoi desideri consci ed inconsci sono le reali comunicazioni che ci sta facendo. Dunque, non lasciare che la persona soddisfi con il terapeuta i suoi desideri significa comunicargli di aver compreso che lui non è entrato in quello studio per avere delle soddisfazioni sostitutive (anche se ci tenta) ma per mostrare come, nella sua mente, il desiderio non trovi vie di espressione e di realizzazione soddisfacenti (Semi, 1985).

Inoltre, i tentativi di soddisfare i desideri inconsci del cliente, alleandosi con le parti più regredite di lui, sono sicuramente già stati effettuati da gran parte delle persone dell'ambiente di sua provenienza e se egli, ciononostante, giunge alla decisione di intraprendere un percorso psicoterapeutico, questo significa molto semplicemente che questi tentativi sono già falliti.

L'unica eccezione a questa regola, riguarda, logicamente, la soddisfazione del desiderio che ha coscientemente portato il cliente dal terapeuta,

cioè il bisogno di avere un'opinione più chiara su di sé.

IL SETTING INTERNO

Se, nel fornire indicazioni riguardo al setting esterno, Rogers lascia ampia libertà di movimento ai terapeuti centrati sul cliente, è soprattutto sull'analisi del setting interno che egli focalizza maggiormente la sua attenzione. Il setting interno fa riferimento al terapeuta, e riguarda il suo atteggiamento, il suo modo di essere, il suo approccio teorico, il suo vissuto, i suoi valori, le sue aspettative (Greggio, Zucconi, 2009). Come sostiene Semi, *«noi siamo una delle costanti in gioco: ma se non sappiamo che valore ha questa costante, trasformiamo la costante in incognita»* (Semi, 1985, p. 10).

La disposizione mentale del terapeuta richiede almeno due diversi tipi di competenza. Potremmo definire la prima come conoscenza della deontologia e della teoria. La prima determina i nostri confini e la seconda è la conoscenza della teoria della tecnica, in base alla quale possiamo dire che l'intervento X, se messo in atto in un certo modo, dovrebbe produrre alcuni effetti (Fontò, 2010).

Competenze professionali del terapeuta (comprensenti la conoscenza della teoria, della metodologia e della deontologia), visione della natura umana e il suo essere persona, sono gli elementi che si intrecciano e vanno ad influenzare la creazione di questo contenitore interno del terapeuta centrato sul cliente, al quale dovrebbero appartenere specificamente qualità come l'empatia, l'accettazione positiva incondizionata, la congruenza, l'autenticità, la maturità emotiva e la comprensione di sé, nonché la lucida e piena conoscenza della teoria della personalità, della teoria della terapia e della teoria delle relazioni interpersonali elaborate da Rogers.

La pratica della terapia rogersiana richiede certi attributi senza i quali non potrebbe porsi come client-centered; essi sono: la capacità empatica, l'autenticità e congruenza, l'accettazione positiva incondizionata.

Per empatia Rogers intende la capacità di: *«sentire*

il mondo personale del cliente "come se" fosse nostro, senza però mai perdere questa qualità del "come se"» (Rogers, 1961, p. 55); essa comprende la possibilità di immergersi nel mondo soggettivo del cliente e di far parte della sua esperienza in tutta la misura in cui la comunicazione verbale e non lo permette. Non presuppone un lavoro sul contenuto intellettuale delle comunicazioni del cliente, quanto il riuscire a cogliere il loro significato personale. Empatia e perspicacia diagnostica si collocherebbero agli opposti di un continuum, la prima caratterizzata da comprensione, epoché (intesa come sospensione delle conoscenze a priori, delle teorie, dei giudizi) la seconda da spiegazione, svelamento e analisi. Si tratta, quindi, di una condizione che facilita il processo di ritorno del cliente alla propria soggettività, tramite l'ingresso del terapeuta in essa. Le finalità terapeutiche che facilita maggiormente riguardano la creazione di uno spazio sicuro e protetto, la creazione dell'alleanza terapeutica, la trasformazione dell'implicito in esplicito, la promozione della capacità di contenimento emotivo.

La congruenza è la caratteristica che contraddistingue un terapeuta che *«è liberamente e profondamente se stesso. La sua esperienza è fedelmente rappresentata nella coscienza»* (ibidem, p. 52). Essa si distingue dalla sincerità, in quanto quest'ultima consiste nel parlare e agire in linea con la propria rappresentazione cosciente, cioè per come l'esperienza si mostra nella sfera della consapevolezza, ma non necessariamente per come l'esperienza è provata. La congruenza è una capacità di contatto interno e di simbolizzazione del proprio flusso esperienziale. Rogers, tuttavia, specifica che nessuno raggiunge completamente questa condizione, tuttavia quanto più il terapeuta sa ascoltare con accettazione ciò che passa dentro di lui, quanto più sa essere, senza timore, la complessità dei propri sentimenti, tanto più elevata è la sua congruenza. La congruenza del terapeuta, inoltre, rappresenta per il cliente un modello di identificazione positiva. L'accettazione positiva incondizionata, infine, è descritta come quella situazione in cui il terapeuta: *«sente di accettare con calore ogni aspetto dell'e-*

sperienza del cliente, in quanto parte essenziale di esso» (ibidem, p. 53). La considerazione positiva incondizionata riflette maggiormente la visione che il terapeuta ha complessivamente della natura umana ed assume un valore decisivo nella creazione delle condizioni che permettono un buon andamento della terapia in quanto essa spinge il terapeuta a dar valore al cliente in modo assoluto, a riconoscerlo in modo non condizionato. Come sostiene Rogers, infatti: *«gli atteggiamenti descritti non hanno senso se non in un'atmosfera di grande rispetto per la persona e per le sue capacità potenziali. Se il punto centrale del sistema di valori del terapeuta non è la dignità della persona, egli non sarà in grado di provare un interessamento reale o un desiderio di capire, e forse non rispetterà abbastanza se stesso da essere autentico»* (Rogers, 1962, p. 94). L'accettazione positiva incondizionata rappresenta l'atteggiamento di interesse non possessivo verso il cliente, necessario perché si verifichi una modificazione della personalità. L'incondizionalità si riferisce alla costanza con cui si accetta il cliente. L'atteggiamento del terapeuta non fluttua né in funzione dello stato emotivo e del comportamento del cliente, né dell'atteggiamento di quest'ultimo nei suoi confronti. L'accettazione del terapeuta facilita pian piano il processo di auto-accettazione, l'esplorazione di sé più profonda, il ricongiungimento con il vero sé della persona giunta in terapia. Tale atteggiamento non è proprio solo di un terapeuta centrato sul cliente, ma viene riconosciuto come estremamente rilevante anche da esponenti di altre tipologie di approcci. È interessante notare come anche Semi (Semi, 1985) parli analogamente di prerequisiti mentali, intesi come quell'insieme di condizioni, di fatti, di conoscenze, di stati emotivi, che pertengono al mondo interno del terapeuta e che comprendono, quindi, anche le nozioni teoriche o apprese attraverso l'esperienza pratica. Egli analizza questo concetto articolandolo in termini di una disponibilità attenta e rispettosa, una curiosità non invadente; *«questo sentimento di rispetto è qualcosa di assolutamente fondamentale per poter stabilire un buon rapporto con chicchessia, ma nel nostro caso-oltre ad una motivazione etica- ha*



un significato scientifico: è la sola posizione emotiva che ci consente di compiere il nostro lavoro» (Semi, 1985, p. 5).

CONCLUSIONI

In quanto cornice, è sicuramente necessario che il setting abbia la caratteristica fondamentale della stabilità e fissità, al fine di svolgere a pieno la sua funzione contenitiva. Per il cliente è importante poter prevedere in che modalità il processo terapeutico prenderà luogo, in modo da potersi affidare e fidarsi del terapeuta.

Sono stati descritti, quindi, quegli elementi imprescindibili che dovrebbero caratterizzare ogni relazione terapeutica, che vanno sotto il nome di variabili assolute, e quelli che possono variare da cliente a cliente, da relazione a relazione, da approccio ad approccio, ma che è bene restino stabili all'interno di ogni singolo rapporto psicoterapeutico con quel preciso individuo (le cosiddette variabili relative), salvo eccezioni. Modificazioni di queste ultime, sebbene possibili in alcuni casi, devono tuttavia essere in qualche modo prevedibili e conoscibili anticipatamente dal cliente, come nel caso di cambiamenti di stanze, orari, onorario...

Tuttavia, in alcuni momenti, sono proprio questi cambiamenti e mutamenti, e soprattutto le reazioni di ambo i partecipanti alla relazione terapeutica, a fornire importanti elementi sulla direzione che il processo terapeutico sta prendendo. Questo tipo di assestamenti sono ciò che in letteratura viene spesso chiamata "costruzione intersoggettiva del setting", a sottolineare che, per quanto il terapeuta sia il detentore del "regolamento" di quanto avviene in quel momento in quel luogo e il garante e custode della relazione, allo stesso tempo, per definizione, una relazione è composta da almeno due soggetti in interazione, e non è possibile che uno dei due non influisca sulla costruzione della cornice di essa.

Quello che può avvenire, quindi, è che alcuni elementi, casualmente o in maniera razionale, vengano modificati e aiutino il processo ad assumere nuove forme (aspettate o inaspettate).

BIBLIOGRAFIA

- Berger, P.L., Luckmann, T., (1966). **The social construction of reality**, Doubleday & Company, Gardner City, New York. Trad. it. La realtà come costruzione sociale, Il Mulino, Bologna, 1969.
- Carotenuto A., (1980). **Diario di una segreta simmetria**, Astrolabio, Roma.
- Cionini, L., Ranfagni, C., (2009). **Dal setting descrittivo al setting funzionale: regole d'improvvisazione nel gioco della terapia, in Loriedo, C., Acri, F. (a cura di), Il setting in Psicoterapia.** Lo scenario dell'incontro terapeutico nei diversi modelli clinici di intervento, Milano, Franco Angeli.
- Fontò, G., Greggio, G., Maioli, M., Dazzi, A., (2010). **Lo sguardo fenomenologico in psicoterapia**, Imago Universal Edizioni, Milano.
- Greggio, G., Zucconi, A., (2009). **Un luogo sicuro per la scoperta di sé, in Loriedo, C., Acri, F. (a cura di), Il setting in Psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei diversi modelli clinici di intervento**, Milano, Franco Angeli.
- Langs, R., (1973). **The technique of psychoanalytic psychotherapy**, Aronson, New York. Trad. it. Tecnica delle psicoterapia psicoanalitica, Torino, Bollati Boringhieri, 1979.
- Rogers, C.R. (1942). **Counselling and Psychotherapy: newer concept in practice**, Houghton Mifflin, Boston. Trad. it. Psicoterapia di consultazione, Astrolabio, Roma, 1971.
- Rogers, C.R. (1961). **On becoming a person**, Houghton Mifflin, Boston. Trad. it. La terapia centrata sul cliente, Martinelli, Firenze, 1970.
- Rogers, C.R. (1962). **The interpersonal relationship. The Core of Guidance**, Harvard Educational Review, 32, 416-429; Trad. it. in La terapia centrata sul cliente, Martinelli, Firenze, 1970.
- Semi, A. A., (1985). **Tecnica del colloquio**, Cortina, Milano.
- Zucconi, A., Powell, P., (2003). **La Promozione della salute**, La Meridiana, Molfetta.



PSICODINAMICA

ANALISI E FENOMENO

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

RIASSUNTO

Nel presente lavoro vengono trattati alcuni concetti e aspetti psicomodinamici, provenienti da una tradizione storica scientifica e clinica e sviluppati nel periodo contemporaneo, attraverso i contributi di autori impegnati ad approfondire rielaborazioni ed interpretazioni della realtà odierna dell'essere umano. Vengono prese in considerazione nel moderno metodo dell'analisi e del fenomeno, le interazioni con le teorie e i modelli di riferimento, e le implicazioni psicomodinamiche, psicopatologiche e psicoterapeutiche. Le ricerche e gli studi relativi alla psicoevoluzione, gli stadi evolutivi, l'essere, gli eventi, le difese, il conflitto, il significato, sono alcuni tra i temi trattati dall'orientamento psicomodinamico psicoevoluzionista.

PAROLE CHIAVE

Psicomodinamica, stadi evolutivi, conflitto, eventi.

Alcuni concetti ed aspetti verranno proposti in un'articolazione progressiva psicomodinamica psicoanalitica e fenomenologica. L'orientamento psicomodinamico 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 spe-

cie, 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. Rilevanza centrale assume per Bowlby J. (1969), dal momento della nascita, nell'interazione tra madre e bambino, il "comportamento d'attaccamento". Dalla psicologia sociale, dalle ricerche dello sviluppo sociale di differenti specie animali, e dalle ricerche etologiche di Konrad Lorenz (1935, 1941), su anatrocchi e papere con la scoperta e la elaborazione del concetto dell' "imprinting", si perviene, grazie a Bowlby (1969), a scoperte ulteriori, sull'originaria dipendenza del neonato dalla madre, ma in particolare, sui sistemi psicofisici che si correggono in funzione dello scopo. La suzione, l'aggrappamento e l'avvicinamento del bambino alla madre non sono risposte semplici di tipo riflesso o schemi di azioni. Camaioni, Volterra, Bates (1976) sostengono che: "L'importanza della teoria bowlbiana consiste, a nostro parere, nel postulare delle basi innate della motivazione sociale e nel rifiutare quindi la spiegazione tradizionale basata sull'ipotesi della cosiddetta "pulsione secondaria". Questa ipotesi, che interpreta la motivazione sociale come una pulsione appresa o derivata dalla soddisfazione delle pulsioni primarie (il cibo, ad esempio) era stata sostenuta da due influenti teorie psicologiche, per altri aspetti molto distanti tra di loro, cioè la psicoanalisi (Freud, 1938), da un lato, e la teoria comportamentista dell'apprendimento, dall'altro (Dollard e Miller, 1950). La spiegazione dell'origine del comportamento sociale fornita da queste due teorie fu messa seriamente in discussione solo dalle prime opere di Lorenz sull'imprinting,



le quali mostrarono che nelle anatre e nelle oche il comportamento di attaccamento può svilupparsi senza che il piccolo riceva cibo o altre ricompense dalla madre. Nelle prime ore successive alla nascita gli anatrocchi tendono a seguire qualsiasi oggetto in movimento che vedono, di solito si tratta della madre, ma può essere anche l'uomo o addirittura un oggetto inanimato che viene fatto muovere opportunamente. Una volta stabilitasi questa risposta del seguire appare assai resistente al cambiamento anche se l'oggetto su cui si è avuto l'imprinting non è un essere della propria specie, il giovane animale mostrerà una chiara preferenza per esso e dopo un certo tempo non seguirà più altri oggetti".

Le ricerche e gli studi della psicoevoluzione negli ultimi trent'anni delineano 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 vissuta 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. Il metodo psicoevolutionista analizza, in particolare, i fenomeni multipli simultanei: *"Ogni organismo evolve in uno slancio continuo spazio-tempo interagente con fenomeni pluridimensionali spazio-tempo multipli simultanei"* (Frateschi M., 1988-1989). In psicoterapia, nel qui e ora (insight) del paziente e dello

psicoterapeuta, si realizzano per entrambi, nel proprio organismo, nel mondo interno, i fenomeni multipli simultanei della respirazione, della temperatura, del battito cardiaco ed altri, ed è inequivocabile che possono essere percepiti, analizzati e descritti, anche tanti altri fenomeni simultanei intorno all'essere, nel mondo esterno. Analisi e fenomeni, con il metodo psicoevolutionista vengono ricomposti progressivamente nel setting psicoterapeutico, grazie alla successione e alla simultaneità soggettiva e relazionale spazio-tempo. Un'attenzione rilevante va disposta nel metodo su analisi, elaborazione, interpretazione, costruzione della molteplicità degli eventi, dei fenomeni, dei processi inconsci, delle fantasie, dei sogni e della realtà, e delle variabili indipendenti, dipendenti e intervenienti, in questa configurazione dinamica di setting psicoterapeutico (Frateschi M., 2015-2017). Così, nella seduta psicoterapeutica, si sviluppa nel qui e ora, l'analisi degli eventi che può ricondurre, naturalmente al passato prossimo e a quello remoto e arcaico, agli eventi evocati significativi clinicamente, in ordine psicopatologico, sia di grande e immediata dimensione, con alta intensità, cioè *psicotraumatici*, sia di micro e subclinica dimensione, con bassa intensità, cioè *psicomicrotraumatici* (Frateschi M., 2013-2015). *"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 coscienza percettiva bassa"* (Frateschi M., 2007). Un attuale riferimento sull'orientamento psicodinamico psicoanalitico proviene dalle ricerche svolte da Westen. *"Westen [1997], muovendo da un'indagine rivolta ai clinici psicodinamici americani, individuava cinque proposizioni teoriche, chiaramente derivate dai presupposti basilari della psicoanalisi clinica, che ancora oggi sembrano guidare le spiegazioni psicopatologiche e il lavoro terapeutico in questo settore, esse sono:*

- 1** la maggior parte dell'attività mentale è inconscia, per cui le persone sono inconsapevoli dei propri pensieri, sentimenti e intenzioni;
- 2** i processi mentali, comprese emozioni e motivazioni, operano in parallelo, provocando conflitti e generando soluzioni di compromesso;

3 le esperienze infantili hanno un ruolo primario nello sviluppo della personalità, in particolare nel modellare gli stili di relazione delle persone;

4 le interazioni fra le persone sono guidate dalle rappresentazioni soggettive di sé, degli altri e delle relazioni interpersonali che ciascuno possiede;

lo sviluppo della personalità implica non soltanto un apprendimento della regolazione degli affetti, ma anche l'evoluzione da uno stato immaturo di dipendenza sociale a uno stato maturo di interdipendenza" (Amadei G., Cavanna D., Zavattini G.C., 2015). A tale proposito, tra gli aspetti trattati dalla psicodinamica psicoevolutionista, una linea di ricerca pone la domanda sull'origine e l'evoluzione delle difese: da quale stadio di evoluzione si può ipotizzare l'esordio delle difese psicologiche dell'essere umano e come si presenta la loro struttura, organizzazione, funzione? Una risposta moderna è che "[...] l'organismo nasce con due sistemi difensivi di specie appropriati, flessibili, intercorrelati e in continua trasformazione ed evoluzione, ogni essere umano nasce sia con un sistema anatomico-fisiologico-biologico difensivo (il sistema immunitario fisiologico e biologico difensivo), sia con un Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD) (il sistema immunitario psicologico difensivo) (Frateschi M, 1989). Il biologo Monod (1970) afferma che ogni organismo rappresenta un'unità funzionale coerente e integrata. Quindi, l'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). "Il progetto teleonomico" è la trasmissione, da una generazione all'altra, del "contenuto di invarianza" caratteristico della specie.

Uno sviluppo psicodinamico psicoanalitico moderno proviene da Green che afferma: "All'inizio della vita psichica, la lotta per il piacere è molto più intensa che in seguito, ma più limitata, essa subisce frequenti rovesci. Tengo a precisare che la mia maniera di comprendere il legamento si allontana qui da quella di Freud. Ora, se ci si colloca da un punto di vista più moderno, considerando che le pulsioni sono meno elementari e che il montaggio pulsionale è presente sin dall'inizio, si concluderà che il concetto di legamento delle pulsio-

ni risale a questo stadio primitivo. Non è necessario stabilire che il legamento è in rapporto soltanto con il passaggio dal processo primario al processo secondario. È una caratteristica del montaggio pulsionale, prima che diventi un'espressione dei processi primari. Di conseguenza, essa rappresenta una forma di attività primitiva che acquista valore dal montaggio pulsionale, anche prima del passaggio dal processo primario al processo secondario. Detto altrimenti, lo slegamento conduce a dei meccanismi molto precoci. È una delle espressioni del fallimento che impedisce l'accesso al principio del piacere-dispiacere... La teoria delle pulsioni di Freud è stata ingiustamente opposta a quella delle relazioni oggettuali. Ora queste due concezioni non sono antagoniste, e si completano l'una con l'altra, dato che l'ultima teoria delle pulsioni, che include le pulsioni di vita e d'amore, implica l'esistenza dell'oggetto. Essa rende conto della forza che ci anima e che ci spinge in avanti, mentre il ripiegamento su di sé, la depressione o il disinvestimento schizoide mostrano che essa può essere neutralizzata, perduta più o meno temporaneamente, o gravemente alterata in misura definitiva. Ricordiamoci i termini di Freud: pulsioni "d'amore o di vita". L'amore della vita è il nostro bene più prezioso. È da questa parte che il lavoro dell'analista svolge il suo combattimento... Il neonato ha bisogno d'aria, di calore, di nutrimento e acqua. In questo non differisce da altri animali. Ma ha bisogno dell'altro simile per fondare le basi della sua gioia di vivere, della condivisione dell'amore, e delle premesse del senso" (A. Green, 2016). Occorre ricordare che Freud dice che: "Esiste verso l'esterno una protezione dagli stimoli tale per cui le quantità di eccitamento in arrivo avranno un effetto considerevolmente ridotto. Verso l'interno una protezione del genere è impossibile; gli eccitamenti degli strati più profondi proseguono direttamente e senza alcuna diminuzione del loro ammontare fino al sistema, dato che alcune delle loro caratteristiche danno origine alla serie delle sensazioni piacere-dispiacere... Chiamiamo "traumatici" quegli eccitamenti che provengono dall'esterno e sono abbastanza forti da spezzare lo scudo protettivo. Penso che il concetto di trauma implichi questa idea di una breccia inferta nella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente



gli stimoli dannosi. Un evento come il trauma esterno provocherà certamente un enorme disturbo nell'economia energetica dell'organismo, e mobiliterà tutti i possibili mezzi di difesa... Penso che possiamo arrischiarci a considerare la comune nevrosi traumatica come la conseguenza di una vasta breccia apertasi nella barriera protettiva. La condizione perché esso si verifichi è che manchi quella preparazione [al pericolo] propria dell'angoscia che implica il sovrainvestimento dei primi sistemi che ricevono lo stimolo. Quando il livello del loro investimento è basso, i sistemi non sono in grado di legare l'ammontare degli eccitamenti in arrivo, e le conseguenze dell'irruzione attraverso la barriera protettiva si fanno sentire tanto più facilmente. Vediamo così che la preparazione connessa all'angoscia e il sovrainvestimento dei sistemi ricettivi che l'accompagna rappresentano l'ultima linea di difesa contro gli stimoli. In tutta una serie di traumi la differenza tra i sistemi impreparati e quelli preparati, perché soprainvestiti, può essere il fattore decisivo l'esito finale; questo fattore non ha tuttavia più alcun peso quando la violenza del trauma supera certi limiti. Nelle nevrosi traumatiche i sogni riportano abitualmente il malato nella situazione dell'incidente; e in questo caso va detto che essi non assolvono certo la funzione loro assegnata dal principio del piacere di appagare i desideri in forma allucinatoria. Possiamo invece supporre che essi aiutino a venire a capo di un altro compito, che deve essere risolto prima che possa instaurarsi il dominio del principio del piacere. Questi sogni cercano di padroneggiare gli stimoli retrospettivamente, sviluppando quell'angoscia la cui mancanza era stata la causa della nevrosi traumatica. Essi ci permettono così di farci un'idea di una funzione dell'apparato psichico che, senza contraddire al principio del piacere, è però indipendente da esso, e pare più primitiva del proposito di ottenere piacere ed evitare dispiacere" (Freud S., 1920).

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". Con Erich Fromm sul concetto dell'essere si arricchisce il contributo teorico e tecnico dell'orientamento psicodinamico psicoanalitico. Fromm (1976) dice: "La modalità dell'essere ha, come prerequisiti, l'indipendenza, la libertà e la presenza della ragion critica. La sua caratteristica fondamentale consiste nell'essere attivo, che non va inteso nel senso di un'attività esterna, nell'essere indaffarati, ma di attività interna, di uso produttivo dei nostri poteri umani. Essere attivi significa dare espressione alle proprie facoltà e capacità, alla molteplicità di doti che ogni essere umano possiede, sia pure in vario grado. Significa rinnovarsi, crescere, espandersi, amare, trascendere il carcere del proprio io isolato, essere interessato, «prestare attenzione», dare. Nessuna di queste esperienze, però, può compiutamente essere espressa in parole, essendo queste recipienti colmi di un'esperienza che ne trabocca. Le parole designano un'esperienza, ma non sono l'esperienza. Nel momento in cui mi provo ad esprimere esclusivamente in pensieri e parole ciò che ho sperimentato, l'esperienza stessa va in fumo: si prosciuga, è morta, è divenuta mera idea... In effetti, molto può essere detto sul mio conto, sul mio carattere, sul mio atteggiamento complessivo verso la vita, e questa penetrazione e conoscenza può spingersi molto in là nella comprensione e descrizione della struttura psichica mia propria o di un altro. Ma il mio totale, la mia intera individualità, la mia entità, la quale è unica come lo sono le mie impronte digitali, non può mai essere pienamente compresa, neppure per via empatica, perché non vi sono due esseri umani identici... l'essere si riferisce al reale, in contrasto con le immagini falsificate, illusorie. In questo senso, ogni



tentativo di dilatare il settore dell'essere implica una maggior penetrazione della realtà del proprio io, degli altri, del mondo circostante”.

Sull'attenzione circa l'essere e l'uomo, e sull'interazione teorica e metodologica psicoanalitica e fenomenologica psicoevolutionista possiamo ritenere utili altri riferimenti fondamentali. Dice Binswanger nel suo *Essere nel mondo* (1963) “La teoria freudiana dell'*homo natura*, come insieme dei meccanismi psicobiologici che costituiscono e conservano la condizione umana è, *in primo luogo, un principio ordinativo metodologico* di prim'ordine anche per la comprensione antropologica. Essa mostra come si possa introdurre ordine e sistematicità nell'esperienza umana assoggettando tutti i settori del suo essere ad un principio ordinativo unitario. Con questo strumento ordinativo la conoscenza naturalistica può procedere a grandi passi (per quel che riguarda i limiti e l'estensione di ciò che deve essere esaminato ed ordinato) la vera e propria comprensione

antropologica che deve necessariamente basarsi soprattutto sulla molteplicità, sull'identità, e sull'interconnessione essenziale dei fenomeni 'osservati', e che quindi deve essere soprattutto una *fenomenologia*... Quello che ne risulta sul piano scientifico è individuazione e la conoscenza di forze e di potenze astratte, che dominano l'uomo e che lo hanno completamente in loro balia, e che inoltre assicurano e regolano la meccanica della sua vita... il *secondo* significato antropologico del meccanismo consiste proprio nel fatto che esso mostra che l'uomo è *di più* di una macchina, cioè che egli si può comportare in qualche modo nei confronti della propria meccanica. Il rovescio del meccanismo assoluto e della ferrea necessità deve essere di certo l'assoluta libertà... Senza di essa non si potrebbe comprendere la tensione antropologica che vi è tra 'natura e spirito', tra la necessità e la libertà, tra il venire vissuto, sopraffatto, spinto e la spontaneità dell'esistenza... Per chiarire meglio quello che voglio dire, desidero citare



con il gentile permesso di Freud un passo di una lettera che egli mi ha scritto: "Ho sempre avuto l'impressione che 'indipendenza e l'indiscussa fiducia in se stessi siano la condizione indispensabile di ciò che, quando ha successo, ci dà l'impressione della grandezza; credo anche che si debba distinguere tra la grandezza dell'opera e la grandezza della personalità". In queste frasi Freud esprime proprio quello che intendiamo dire, cioè che esiste una possibilità della condizione umana che consiste nell'essere *indipendenti*, cioè *non-dipendenti* (da altri che da se stessi), e nel *confidare in se stessi* (è una possibilità che naturalmente implica anche il suo contrario, cioè l'essere-non-indipendenti ovvero l'essere-dipendenti). Si può inoltre vedere che questa possibilità può essere 'comprensibile' oppure 'in-comprensibile'. In questo caso Freud si comporta in un modo più antropologico che nella sua teoria scientifica, dato che descrive un particolare modo dell'esistere umano, cioè un particolare modo in cui l'uomo si assume e vive *la propria presenza come Sé*".

Sul metodo dell'analisi dei fenomeni e degli eventi possiamo riferirci a Borgna. Infatti, Borgna (1997) sostiene che: "La psicopatologia, la decifrazione dei segni dotati di *sensò*, consente una conoscenza più radicale e più profonda dei modi di essere di ogni esperienza neurotica e di ogni esperienza psicotica, e consente (anche) di fondare le differenze essenziali e categoriali che separano le esperienze neurotiche da quelle psicotiche: contrassegnando ciascuna di esse nei contenuti e nelle sue articolazioni formali che rimandano alle radicali epistemologie jasperiane... La psicopatologia, quella fenomenologica-descrittiva nel senso di Karl Jaspers in particolare ha riconsegnato scientificità alla vita interiore dei pazienti, alla loro soggettività, e all'esigenza di ascoltare i pazienti nelle loro auto descrizioni..." E ancora Borgna (1992) afferma: "Il discorso binswangeriano scende alla radice dei fenomeni: la psicoterapia, egli dice, ha a che fare con quella sfera ontologica dell'"essere-interpersonale" nella quale le due persone stanno l'una di fronte all'altra: l'una dialetticamente collegate con l'altra... La psicoterapia, del resto, è efficace solo nella misura in cui fra il paziente e chi lo cura si stabilisce una

comunicazione esistenziale fondata sulla *fiducia* che si costituisce come condizione essenziale di ogni strategia psicoterapeutica... L'impostazione metodologica della psicoterapia antropologica (esistenziale) è incentrata sul presente (sull'analisi e sulla descrizione di ciò che sta avvenendo nel *qui-e-ora* della storia vitale... Ribaltando l'autismo dalla sfera dei sintomi a quella dei fenomeni, cosa contraddistingue l'autismo schizofrenico nei confronti dell'autismo depressivo? Sintomo significa riferimento diretto a qualcosa che sta al di là del sintomo: ad una malattia della quale il sintomo è un *indizio*. Fenomeno è ciò che si manifesta immediatamente nella sua dimensione eidetica: al di là di schemi di decifrazione e di interpretazione".

Ludwig Binswanger dice che «lo psicoterapeuta è impegnato come attivo co-attore sul palcoscenico del mondo dei malati di mente, del loro linguaggio e dei suoi simboli, allo scopo di ricondurli, gradualmente, e mettendo in opera il massimo di pazienza, di coraggio e di impegno, nel tempo, al linguaggio e al mondo dell'esperienza naturale», e Merleau-Ponty ritiene che: "proprio perché può chiudersi al mondo, il corpo è anche ciò che mi apre al mondo e mi mette in situazione. Il movimento di esistenza verso l'altro, verso l'avvenire, verso il mondo, può riprendersi così come un fiume disgela. Il malato ritroverà la propria voce, non in virtù di uno sforzo intellettuale o di un decreto astratto della volontà, ma in virtù di una conversione nella quale si raccoglie tutto il corpo".

Eugenio Borgna (1992) sostiene che: "La psicoterapia (ogni psicoterapia) si essenzializza in una relazione inter-umana e non può essere ridotta nel solco di una terapia subalternizzata ad una entità astratta chiamata "Psiche", e non indirizzata a quegli aspetti di reciprocità relazionale che interessano contestualmente il paziente e chi lo cura. La psicoterapia non è, così, una delle forme se non una delle forme di comunicazione e di influenza inter-personali (inter-umane)... Quando la relazione fra il paziente e chi lo cura diviene una relazione autentica fondata sulla fiducia, il futuro viene affidato ad un altro che recupera, a questo delegato dal paziente, ogni salvazione possibile e ogni speranza".

Bruno Callieri affermò che: "Trent'anni fa immersi nell'anatomia della psicanalisi – antropoanalisi, noi psichiatri clinici eravamo molto lontani dall'intravedere le linee di sviluppo convergente che avrebbero reso sempre meno perentorio il dilemma homo-natura – homo-cultura (dilemma che per altro si ripropone ancor oggi- cfr Ballerini e Laszlo, 1985). La convergenza è andata sempre più chiaramente delineandosi con lo sviluppo delle analisi dei modi della coesistenza, cioè di questo autentico nucleo costitutivo dell'uomo, così ben riassunto recentemente da P. Ricci Sindoni e la cui intenzione dobbiamo a M. Buber (faktish zwischen ihnen, cioè la realtà prima del "tra") e ad Erich Fromm ("il carattere sociale"). Forse eravamo troppo appagati dalla distinzione fra l'angoscia del rien (appunto l'angoscia psicanalitica è paura che ha perduto il suo oggetto attraverso la repressione e la rimozione) e l'angoscia del néant (appunto l'angoscia esistenziale, del nulla) forse eravamo troppo legati ad una distinzione rigida e manichea fra prassi psicoterapeutica e conato verso l'incontro interpersonale (conato di colorito "sociale", al di là delle categorizzazioni psicopatologiche). Forse, fra tante difficoltà decifratriche e variazioni ermeneutiche (si pensi al divario fra immaginazione e fantasia, sul cui sviluppo ha lucidamente discusso Eugenio Garin al 5 colloquio Internazionale di Roma, organizzato recentemente da Tullio Gregory) perceivamo in modo troppo netto e sicuro la distinzione dei ruoli (psicologico - clinico e fenomenologico).

La presenza conflittuale dell'«altro» di Sartre è, in realtà, l'inizio della vasta analisi dell'essere-per-gli-altri o fenomenologia dell'esserci in complementarità con la fenomenologia della percezione di Merleau-Ponty, quando prende in considerazione l'altro come « colui che appare a me»: «l'altro non è chiuso nella mia prospettiva del mondo, perché quella prospettiva stessa non ha limiti definiti e scivola spontaneamente in quella altrui, poiché sono entrambe raccolte in un unico mondo al quale tutti partecipano come soggetti anonimi della percezione».

Centrale è per la psicodinamica psicoanalitica il riferimento al modello teorico del conflitto. "In psico-

analisi si parla di conflitto quando nel soggetto si contrappongono esigenze interne contrastanti. Il conflitto può essere manifesto (tra un desiderio e una esigenza morale, per esempio, o tra due sentimenti contraddittori) o latente; quest'ultimo può esprimersi in modo deformato nel conflitto manifesto e concretarsi in sintomi, disordini della condotta, disturbi del carattere, ecc. La psicoanalisi considera il conflitto come costitutivo dell'essere umano sotto vari aspetti: conflitto tra desiderio e difese, conflitto tra i diversi sistemi o istanze, conflitti tra le pulsioni, infine conflitto edipico in cui non solo si affrontano desideri contrastanti, ma questi ultimi si oppongono al divieto.

Fin dalle sue origini, la psicoanalisi ha incontrato il conflitto psichico ed è stata presto indotta a farne la nozione centrale della teoria della nevrosi. Gli Studi sull'isteria (Studien uber Hysterie, 1895) mostrano come Freud incontri nella cura, man mano che si avvicina ai ricordi patogeni, una resistenza crescente; questa resistenza a sua volta non è che l'espressione attuale di una difesa intrasoggettiva contro rappresentazioni inconciliabili" (Laplanche J. e Pontalis J. B., 1967).

L'essenza fondamentale dell'uomo sano secondo il pensiero di M. Boss è caratterizzata dal poter disporre liberamente della possibilità di declinarsi nel mondo e nel libero aprirsi a questo nello stabilire relazioni. La malattia si costituisce primariamente come limitazione della libertà di movimento, declinazione esistenziale propriamente umana, e per tanto l'essere impedito dalla malattia può essere analizzato nelle varie modalità in cui questa coartazione viene variamente ad articolarsi. Minkowski ritiene che: "Il dolore fisico, di natura più o meno contingente, si riferisce a fattori esogeni disturbanti: mentre la sofferenza umana tocca in profondità l'essere umano che si realizza in essa e rappresenta così uno dei fattori costitutivi dell'esistenza" (Minkowski E., 1963). Borgna afferma: "Non sono i sintomi (apparentemente) psicotici, e semplicemente allineati gli uni agli altri, a fondare l'esperienza psicotica nella sua Gestalt; ma la metamorfosi di alcune fondamentali strutture esistenziali: l'intersoggettività e la situazione emotiva, lo spazio e il



tempo, il linguaggio e il corpo. Solo se i sintomi si vengano aggregando nel contesto metamorfico di queste strutture fondamentali assumono una loro connotazione psicotica: la loro significazione di esistenza altra dalla nostra. Questa, certo, è la radicale linea fenomenologico-daseinsanalitica del discorso binswangeriano a cui non è possibile non guardare con stupefatta ammirazione” (Borgna E., 1992). Heidegger nel 1927 scrive *Essere e tempo* ed indica nell’orientamento esistenzialista che la motivazione dell’esserci è il progetto. L’esserci è un “progetto gettato” nel mondo che include la propria finitezza. “Questo carattere dell’essere dell’esserci, di esser nascosto nel suo donde, ma di essere tanto più radicalmente aperto in quanto tale, questo “che c’è” noi lo chiamiamo l’esser-gettato [Geworfenheit] di questo ente nel suo ci. L’espressione essere-gettato sta a significare l’effettività di essere consegnato” (Heidegger M., 1927).

Viktor E. Frankl sostiene che: “La realtà si presenta sempre nella forma di una particolare situazione concreta e poiché ogni situazione di vita è irripetibile, ne consegue che anche il significato di una data situazione deve essere unico. Non ci sarebbe, quindi, alcuna possibilità per i significati di venire trasmessi tramite le tradizioni. Soltanto i valori – che potrebbero essere definiti come significati universali – possono subire l’influenza del declino delle tradizioni. Si può dire che gli istinti vengono trasmessi tramite i geni e i valori tramite le tradizioni, ma quanto ai significati, dal momento che sono unici, essi sono oggetto di scoperta personale. Essi devono essere cercati e trovati da ciascuno per proprio conto e tale scoperta di significati unici, così come ora li intendiamo, sarà possibile anche se tutti i valori universali saranno completamente scomparsi” (Frankl V. E., 1978).

Un significato essenziale è una scena interna strutturata, nel proprio mondo interno, configurata e composta da uno sfondo e da forze nel campo soggettivo inconscie, e da figure coscienti. Lo sfondo può essere costituito da processi inconsci. La proiezione può essere uno dei processi di costruzione dello sfondo, in quanto schermo di una configurazione del mondo interno (Frateschi M., 2012). Freud in *Totem e Tabù* (1912) chiarisce il concetto del processo difensivo

della proiezione: “La proiezione tuttavia non è stata creata per la difesa, essa si verifica anche là dove non vi sono conflitti. La proiezione all’esterno di percezioni interne è un meccanismo primitivo cui soggiacciono, per esempio, anche le nostre percezioni sensoriali; ad esso va quindi normalmente attribuita una parte relevantissima nella configurazione del nostro mondo interno. In condizioni la cui natura non è stata ancora sufficientemente precisata, vengono proiettate verso l’esterno, allo stesso modo delle percezioni sensoriali, anche percezioni interne di processi emotivi e mentali; in tal modo vengono utilizzate per configurare il mondo esterno percezioni che dovrebbero legittimamente restare nel mondo interno”.

Un soggetto può essere consapevole delle figure, della loro forma, materia, relazione e dinamica, ma non è in grado di rintracciare altro. Attraverso l’analisi e il metodo psicodinamico psicoevolutionista, al termine di un processo di elaborazione della struttura, della configurazione, dello sfondo, delle figure e delle forze nel campo della scena si può giungere ad una interpretazione del significato essenziale. Un significato essenziale deriva sempre da un modo proprio del soggetto; ogni rappresentazione e azione, immagine e realtà ha origine da un modo proprio. Il modo trae origine dalla condizione dei fattori interni di tensione di due forze contrapposte: forza di spinta evolutiva e forza di spinta involutiva. Quando la organizzazione delle dinamiche delle forze nel campo di una scena è caratterizzata da uno sbilanciamento, a favore della spinta involutiva, si incrementerà proporzionalmente il significato essenziale con tendenza involutiva; verificandosi uno sbilanciamento al contrario, aumenterà il significato essenziale con tendenza evolutiva. L’Essere è composto da uno Spazio proprio e un Tempo proprio. Perciò, il campo di forza soggettivo ha spazi e tempi propri che organizzano e fanno funzionare le forze, tra legami e conflitti, vita e morte di ogni cellula. Le cellule diverse hanno significati essenziali di esistenza, con un modo proprio di esistere fino alla morte (Frateschi M., 2012-2016).

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S. (1967). **Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Attachment**. Baltimora.

- Amadei, G., Cavanna, D., Zavattini, G.C. (2015). **Psicologia dinamica**. Società editrice il Mulino, Bologna.
- APA, American Psychiatric Association (2013) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, V ed.**, Washington, D.C., American Psychiatric Association; tr. It. Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, DSM-5, Cortina, Milano, 2014.
- Binswanger, L. (1963). **Being in the world**, Basic Books, New York, Tr. it. Essere nel mondo. Con una introduzione critica alla sua analisi esistenziale di Jacob Needleman. Casa editrice Astrolabio- Ubal dini Editore, Roma, 1973
- Borgna, E. (1992). **Malinconia**, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.
- Borgna, E. (1997). **Le figure dell'ansia**, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.
- Bowlby, J. (1957). **An Ethological Approach to Research in Child Development**. Brit. J. med. Psychol.
- Bowlby, J. (1969). **Attachment and loss. «Attachment» 1**, NY, Basic books. Tr. It. Attaccamento e perdita. «L'attaccamento alla madre» 1, Torino, Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1973) **Attachment and loss. «Separation» 2**, NY, Basic books. Tr. It. Attaccamento e perdita. «La separazione dalla madre» 2, Torino, Bollati Boringhieri 1975.
- Bowlby, J. (1980) **Attachment and loss. «Loss, sadness and depression» 3**, NY, Basic books. Tr. It. La perdita della madre, Torino, Bollati Boringhieri 1983.
- Bowlby, J. (1989) **Una base sicura**, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Callieri, B. (1989). **Riconsiderando il rapporto tra psicanalisi e antropologia esistenziale**, in «Quale psicoterapia?» Ed. CISSPAT, Padova.
- Camaioni, L., Volterra V., Bates E. (1976). **La comunicazione nel primo anno di vita**. Editore Boringhieri. Torino..
- Darwin, C. (1859). **The origin of species by means of natural selection**. Murray, London. Tr. it. **L'origine della specie per selezione naturale o la presentazione delle razze privilegiate nella lotta per la vita**. C. Balducci, Ed. Newton Compton, Roma, 1981.
- Darwin, C. (1871). **The descent of Man, and Selection in Relation to Sex**. Tr. it. L'origine dell'uomo e la selezione sessuale. Ed. Newton Compton, Roma. 1972.
- Darwin, C. (1872). **The expression of the emotions in man and animal**. Murray. London.
- Dollard, J. E Miller N. E. (1950). **Personalità e psicoterapia**. Tr. It. F. Angeli, Milano, 1970.
- Frankl, V. E. (1978). **The Unheard Cry for Meaning. Simon and Schuster, A Division of Gulf Western Corporation**. New York. Tr. It. Un significato per l'esistenza. Città Nuova Editrice, Roma, 1983.
- Frateschi, M. (1988-1989). **Laboratori di Ricerca di Attività Creativa**. Comunicazioni. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- 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. (2007). **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. (2012). **Psicoevoluzione. Introduzione alla psicodinamica psicoevolutionista**. Armando Editore, Roma.
- Frateschi, M. (2013a) **La prevenzione e la diagnosi psicoevolutionista**. Comunicazione presentata al Seminario "Problematiche dello sviluppo: percorsi di prevenzione, diagnosi, presa in carico e intervento", Sala delle Cerimonie del Comune, Castellana Grotte (BA).
- Frateschi, M. (2013b) **La prospettiva psicoevolutionista dei progetti e degli interventi degli psicologi**. Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: "Prospettiva e progetti degli psicologi per l'evoluzione della società", A.I.E.Psi., Bari.



- Frateschi, M. (2014a) **Innovazione formativa e culturale e lavori di gruppo degli psicologi.** Comunicazione presentata al Convegno, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Evento Formativo ECM, sul tema: "Professione e innovazione degli psicologi", prima relazione, tenutosi a Bari, presso l'Hotel Sheraton, il giorno 10.06.2014.
- Frateschi, M. (2014b) **La violenza intrafamiliare sui minori. Prevenzione e psicoterapia.** Comunicazione presentata all'Evento Formativo ECM organizzato dall'Istituto Metafora (già Istituto di Psicoterapia Familiare e Relazionale), e dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, sul tema: "La violenza nella coppia e nella famiglia. L'approccio sistemico ai comportamenti violenti", tenutosi il 19.09.2014, presso l'Hotel Excelsior Congressi, Bari.
- Frateschi, M. (2014c) **Psicoevoluzione, psicomicrotrauma e psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista.** Comunicazione presentata all'Evento: "Definire e curare la Mente", Evento aderente a: "Ottobre 2014, Mese del Benessere Psicologico in Puglia - Ordine degli Psicologi della Regione Puglia", tenutosi a Bari, il giorno 31 ottobre 2014.
- Frateschi, M. (2015a) Intervento all'Evento dal titolo: "**Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay, bisessuali**", Università degli Studi di Bari, in collaborazione con A.R.I.R.I., Aula Magna, Palazzo Ateneo, Bari, tenutosi il giorno 17.04.2015.
- Frateschi, M. (2015b) **La psicoevoluzione.** Comunicazione presentata al Seminario dal titolo: "La Psicoevoluzione", organizzato dall'Università degli Studi di Foggia, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Direttore Prof. Antonello Bellomo, tenutosi in data 07.05.2015, presso l'Aula Didattica di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Foggia.
- Frateschi, M. (2015c) **Il metodo psicoevolutionista: progetti e interventi nei campi applicativi psicologici, dalla prevenzione alla psicoterapia psicoevolutionista.** Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: "Psicoevoluzione: i nuovi progetti di psicologia, psicodiagnosi e psicoterapia psicoevolutionista", tenutosi a Bari, presso la Sede A.I.E.Psi., il giorno 1 luglio 2015.
- Frateschi, M. (2015d) **Lo psicologo a sostegno della prevenzione primaria, secondaria e terziaria: gli aspetti psicologici clinici, psicotraumatici e psicopatologici; gli interventi, la consulenza e i progetti dello psicologo scolastico.** Comunicazione presentata al Seminario-Tavola Rotonda dal Titolo: "Lo Psicologo Scolastico", organizzato dall'Università del Salento, Dipartimento Storia Società Studi sull'Uomo in collaborazione con l'Università degli Studi di Bari, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, tenutosi in data 30.10.2015, presso Sala Conferenze Rettorato, Piazza Tancredi 7, Lecce.
- Frateschi, M. (2016) **Evoluzione e Psicoevoluzione.** Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: "Evoluzione psico-bio-sociale. Salute, Scuola, Società", Evento aderente a: "Ottobre 2016, Mese del Benessere Psicologico - Ordine degli Psicologi della Regione Puglia" tenutosi a Bari, presso l'Hotel Excelsior Congressi, il giorno 27 ottobre 2016.
- Frateschi, M. (2017) **Psicoevoluzione ed Evoluzioni Psicodinamiche.** Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: "Evoluzioni Psicodinamiche", organizzato in collaborazione con International Foundation Erich Fromm, e con la Scuola di Psicoterapia Erich Fromm, tenutosi a Bari, presso l'Hotel Excelsior Congressi, il giorno 29 marzo 2017.
- 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. (1893). **Meccanismo psichico dei fenomeni isterici. Opere di Sigmund Freud.** Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- 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. (1905). **Tre saggi sulla sessualità. 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. (1912). **Totem e tabù. Opere di Sigmund Freud.** Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Freud, S. (1914). **Dalla storia di una nevrosi infantile. (Caso clinico dell'uomo dei lupi). Opere di Sigmund Freud.** Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Freud, S. (1915 - 1917). **Introduzione alla psicoanalisi. 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. (1921). **Psicologia delle masse e analisi dell'Io. Opere di Sigmund Freud.** Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Freud, S. (1922). **Due voci di enciclopedia. 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.
- Freud, S. (1938). **Compendio di psicoanalisi. Opere di Sigmund Freud.** Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Fromm, E. (1976). **To Have or To Be, Harper & Row,** New York, Tr. it. *Avere o essere*, Arnoldo Mondadori Editore, S.p.A., Milano, 1977.
- Green, A. (2004). **Idee per una psicoanalisi contemporanea,** Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Green, A. (2016). **La clinica psicoanalitica contemporanea,** Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Hartmann, H. (1948). **Comments on the psychoanalytic theory of instinctual drives.** In *Essays on Ego Psychology*, International Universities Press, New York, 1964, pp.69-89.
- Heidegger, M. (1927). **Sein und Zeit.** Max Niemeyer Verlag, Halle.
- Laplanche, J., Pontalis J.B. (1967). **Vocabulaire de la psychanalyse,** Puf, Paris.
- Lorenz, K. (1935). **Der Kumpan in der umvelt des Vogels.** J. Orn. Berl. Vol. 83.
- Lorenz, K. (1941). **Vergleichende Bewegungsstudien an Anatiden.** J. Orn. Berl. Vol. 89.
- 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.
- Merleau-Ponty, M. (1945). **Phénoménologie de la perception.** Gallimard, Paris.
- Minkowski, E. (1933). **Le temps vécu. Études phénoménologiques et Psychopathologiques.** d'Arthey, Paris, Tr. it. *Giulio Einaudi editore S.p.A., Torino, 1971.*
- Minkowski, E. (1963). **La souffrance Humaine (Aspect pathique de l'existence).** In "Annales médico-psychologiques", 121, 1963, pp.1-18.
- Monod, J. (1970). **Il caso e la necessità.** Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Westen, D. (1997). **Towards a clinically and empirically sound theory of motivation,** in «International Journal of psychoanalysis».
- Westen, D. (2005). **EBP# EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and to Weisz et al. (2005),** in «Psychological Bulletin», 131, 3.
- White, R. W. (1959). **Motivation reconsidered: The concept of competence.** in "Psychological Review", Sep;66. pp.297- 333.
- Winnicott, D. W. (1965). **Esplorazioni psicoanalitiche,** Milano, Raffaello Cortina.
- Winnicott, D. W. (1965). **Sviluppo affettivo e ambiente,** Roma, Armando Editore.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality,* Tavistock Publications, London.
- Winnicott, D. W. (1975). **L'odio nel controtrasferimento,** in *Dalla pediatria alla psicoanalisi,* Firenze, Martinelli.
- Winnicott, D. W. (1995). **L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi,** in *Esplorazioni psicoanalitiche,* Milano, Raffaello Cortina.
- Wolff, P. H. (1963). *Observations on the Early Development of Smiling.* In B. M. Foss (a cura di), "Determinants of Infant Behaviour", vol. 2, pp. 113-38, Londra e New York.



LA TECNOLOGIA ENTRA IN TERAPIA

L'IMPIEGO DEI MESSAGGI TELEFONICI NELL'AMBITO DEI PERCORSI PSICOTERAPEUTICI

Dott.ssa Chiara Cuoccio
Psicologa-Psicoterapeuta
Sistemico-Relazionale

RIASSUNTO

Psicoterapia e tecnologia sembrano due mondi tra loro molto distanti, quasi antipodali, ma in realtà sarebbero più vicini di ciò che ci si aspetterebbe. Infatti, il progresso tecnologico e scientifico, hanno introdotto moltissimi cambiamenti negli stili di vita dell'uomo, nuove abitudini, nuovi bisogni, incidendo profondamente sulla sua esistenza, in tutti gli ambiti di vita da quello sociale, personale, lavorativo, ecc. A cambiamenti antropologici e sociali ne corrispondono poi altrettanti culturali che hanno poi ripercussioni importanti sulla vita quotidiana dell'individuo, le sue scelte. Un esempio rappresentativo è quello della comunicazione e dell'uso che se ne fa di essa, il ricorso alle varie modalità, come appunto l'impiego della comunicazione mediata dagli smartphone in terapia, tra paziente e terapeuta, elemento su cui l'autrice si soffermerà nel presente contributo enucleandone vantaggi e svantaggi. Utili divengono, in tal senso, possibili accorgimenti e riflessioni approfondite con l'obiettivo di far luce su una impervia zona d'ombra nel settore, dove la perentorietà e la rigidità diventano una facile strada percorribile, ma ben lontana da chi quella strada deve percorrerla accompagnando chi chiede aiuto, il paziente.

PAROLE CHIAVE

Messaggi, tecnologia, , smartphone, psicoterapia, comunicazione.

1. INTRODUZIONE

La tecnologia oggi è entrata a piè pari nella nostra vita e con essa gli smartphone, oramai "un'altra parte del nostro corpo", una nostra appendice, una specie di prolungamento della nostra mano o protesi del e al nostro cervello.

Proprio gli smartphone ci assistono infatti sin dal mattino, quando apriamo gli occhi, fino alla sera, quando posiamo il nostro ultimo sguardo su quella "tavoletta che si illumina", dopo aver inviato l'ultimo messaggio della buonanotte ad una cara amica, al partner o ai cosiddetti "gruppi whatsapp", ormai molteplici, di cui siamo parte. Quello stesso aggeggio ci dà poi il risveglio, ci può dire che tempo farà, ci ricorda cosa ci prospetta la giornata, ci informa sulle prime notizie del giorno, ci fa navigare su internet, ci fa distrarre se siamo in fila dal dottore, ci indica la strada che percorreremo per raggiungere un ristorante o farci portare la cena a casa. Inoltre le decine di migliaia di applicazioni "scaricabili" ci tengono ancora più incollati a quello strumento tecnologico per soddisfare tutte le nostre esigenze, dalle più semplici (come non farci perdere le ultime promozioni per acquisti on line, accesso al nostro conto bancario per trasferire denaro, vedere una persona lontana migliaia di chilometri con una videochiamata, ritrovare la propria auto in un grande parcheggio) a quelle più complesse, passando attraverso quelle

più divertenti (come quelle che ci fanno parlare come un alieno o un gangster, che cambiano i tratti del nostro viso, che ci invecchiano o ringiovaniscono) o più bizzarre (ad esempio quelle che inviano messaggi "a scadenza" al proprio partner per evitare che si arrabi pensando di non essere stato considerato durante la giornata; quelle che consentono di annotare i peccati che si commettono di volta in volta o ancora quelle per far scattare selfie al proprio gatto!).

Ognuna di queste singole (e spesso singolari!) azioni è possibile con un semplice tocco sul display, il cosiddetto "click". Dispositivi di ultimissima generazione funzionano anche in modi alternativi, in maniera "intelligente", dicono gli addetti, autonoma e automatica, in base al momento, al luogo o alle condizioni in cui ci si trova: anche il click così diviene solo metaforico, visto che il suono onomatopeico inizia addirittura ad apparire, per questa tecnologia galoppante, già qualcosa di "datato". Si può infatti fare in modo che lo smartphone si acceda e spenga in base al fatto che sia tra le mani o in tasca, senza premere alcun tasto, che si sblocchi con un nostro sorriso o che chiami il nostro potenziale interlocutore dicendo il suo nome, così come memorizzato in rubrica, e tanto altro... Tutto ciò grazie a quell'affascinante aggeggio che gli appartenenti alla precedente generazione, i "meno tecnologici", chiamerebbero ancora impropriamente solo "telefonino".

Le riflessioni legate all'uso smodato di tali strumenti pongono alcuni interessanti interrogativi legati al nostro tempo, alle nostre abitudini e alla nostra vita, in quanto persone, come fruitori a vari livelli, nonché professionisti e studiosi del pensiero e del comportamento umano.

Utile diviene pertanto chiedersi per esempio se e come lo smartphone, così presente nella vita dell'uomo, può essere impiegato in un possibile altro "particolare" contesto di vita, come quello psicoterapeutico; se, quindi, come e perché si potrebbe ricorrere al suo uso; quali risvolti può avere tale scelta e quali ripercussioni ci sarebbero per il paziente e il terapeuta; quali i vantaggi e i rischi; quali presupposti sarebbe opportuno considerare e valutare; come eventualmente proteggersi o mettersi in guardia da

un potenziale uso scorretto di questa tecnologia e di ciò che ci offre.

Queste ed altre le domande su cui si proverà ad argomentare.

2. TECNOLOGIA E "NUOVE" FORME DI COMUNICAZIONE

Lentamente, ma attimo per attimo, gli smartphone si stanno raffinando nelle loro potenzialità grazie al progresso tecnologico, stanno crescendo nelle loro prestazioni diventando sempre più "intelligenti" e, si potrebbe dire, "competenti", spesso molto di più dello stesso essere umano che li genera, poiché riescono non di rado a compiere con rapidità svariate operazioni, spesso complicate e in maniera contemporanea, che il cervello umano non riuscirebbe ad eseguire nello stesso lasso di tempo e con lo stesso esito.

Questi dispositivi, oggi sono tra le mani di tutti, grandi e piccoli e, nonostante i vari allarmi lanciati per il loro eccessivo uso da chi per professione si prende cura dell'uomo e del suo benessere (medici, psicologi, educatori, insegnanti, ecc.), essi dilagano oramai e diventano appannaggio di tutte le fasce d'età e di ceti sociali, in maniera trasversale: lo smartphone è diventato uno degli oggetti più diffusi e quindi più "popolari" di tutti i tempi.

La tecnologia che ne è alla base ha dato vita a una vera e propria "rivoluzione digitale" in questa nostra era da Morcellini ribattezzata come "mediaevo" (Morcellini, 2008). Questa innovatività galoppante sta introducendo cambiamenti profondi nei comportamenti umani, nel modo di pensare e di agire, di scegliere e decidere e non può, pertanto, non avere delle influenze sulla società e sulla cultura nel suo complesso. I processi di trasformazione in atto stanno determinando forti e inevitabili ripercussioni anche nella sfera della comunicazione, sia nelle sue forme che nelle sue modalità: il linguaggio digitale e la multimedialità sono entrati ormai nelle nostre case, nelle nostre vite, oltre che nel nostro cervello. Per esempio oggi quasi tutti sappiamo a cosa ci riferiamo con i termini "condividere", "taggare" o "postare", poiché siamo esposti costantemente a tali stimoli verbali, per via diretta o indiretta, gra-



zie spesso anche ai più giovani, i cosiddetti “nati digitali”, maggiormente esposti, per questo, a tale “nuovo” linguaggio.

Anche le sollecitazioni mediatiche, così numerose e pervasive, stanno letteralmente ri-strutturando e modificando l’identità umana introducendo una vera e propria mutazione antropologica ad ampio raggio, in virtù di quel principio dell’ecologia dello sviluppo umano sostenuto da Brofenbrenner (2002).

Questi cambiamenti toccano tutti gli ambiti di vita dell’individuo e ovviamente anche i processi comunicativi dello stesso, nelle sue modalità, le sue forme, i suoi significati, in un’ottica di circolarità e scambio tra uomo e ambiente, scambio che Brofenbrenner definisce come «adattamento reciproco tra un essere umano attivo che sta crescendo e le proprietà, mutevoli, delle situazioni ambientali immediate in cui l’individuo in via di sviluppo vive» (2002).

Nell’industria culturale del nostro tempo la tecnologia fa quindi da padrona e con essa la comunicazione virtuale mediata appunto (forse pure monopolizzata!) dalla telefonia mobile, dagli smartphone. Interessante risulterebbe poter cogliere i potenziali risvolti di questa detronizzazione del “vis à vis”, le differenze e gli sviluppi possibili di tutta questa “nuova pragmatica”, alla maniera di Watzlawick (1971), della *comunicazione*.

3. LO SMARTPHONE IN PSICOTERAPIA

È intuitivo il fatto che l’introduzione del cellulare nelle vite umane abbia in qualche maniera favorito, a torto o a ragione, e promosso l’introduzione del dispositivo anche nel campo lavorativo dell’individuo, a tutti i livelli professionali, dal bracciante agricolo, all’ingegnere informatico più esperto nel settore, passando pure attraverso lo psicologo.

Proprio quest’ultimo, in particolare, come esperto di una delle scienze umane più complesse, quale appunto la psicologia, è chiamato in tal senso a dover riservare notevole attenzione ai vari aspetti legati all’eventuale impiego di tali strumenti e della tecnologia, in generale, di cui si serve nel proprio ambito di lavoro.

Solo una profonda analisi e riflessione sulle caratteristiche, le modalità di utilizzo, le ripercussioni sul

comportamento, la cognizione e l’emotività legati all’uso di tali dispositivi, ne garantirebbero un corretto uso nella professione, senza incorrere in inaspettati pericoli o spiacevoli situazioni che in terapia potrebbero essere deleterie per chi ci chiede aiuto, verso cui avremmo invece una grande responsabilità deontologica, professionale ed umana.

Ricorrere al messaggio in terapia può, di primo acchito, apparire solo una bella opportunità, una risorsa terapeutica “in più” che potrebbe garantire molti vantaggi... in effetti se ne potrebbe enucleare qualcuno ma, ad una più attenta riflessione, altrettante insidie potrebbero presentarsi, rischi da cui occorrerebbe mettersi in guardia, correndo ai ripari per salvaguardare quella “*particolarissima esperienza relazionale*” (Bianciardi, 1998), che è il rapporto terapeutico tra paziente e clinico: imprescindibile diviene l’invito alla cautela.

4. IL MESSAGGIO TELEFONICO NELLA CLINICA: RISORSE E INSIDIE

Si può subito dire che, per il terapeuta “essere reperibile” presenta vantaggi e svantaggi, sia in termini teorico-pratici che psicoterapeutici.

Fissare un nuovo appuntamento su richiesta del paziente, anticipare o posticipare un seduta può rappresentare una possibilità conveniente per il clinico in virtù del fatto che per esempio può diventare possibile organizzare l’agenda di lavoro anche all’ultimo momento. Anche essere aggiornato in tempo reale sullo stato psicofisico del nostro cliente o essere informato circa qualche avvenimento imprevisto che lo ha riguardato (fatti accaduti tra una seduta e l’altra), può consentirci di accedere a materiale di lavoro sempre nuovo. Tra i vantaggi è possibile annoverare inoltre la possibilità di “sostenere situazioni gravi o urgenti al di fuori dei limiti dell’orario dell’incontro... prolungando il potere della relazione terapeutica” (Manfrida et al., 2007): brevi note informative potrebbero trovare buon uso per monitorare stati d’animo dal paziente ritenuti “ingestibili”, in modo da prevenire gesti inconsulti o scelte deleterie. Anche informarci di eventuali conquiste terapeutiche durante una interruzione troppo lunga del ciclo di sedute, dovuta alla pausa estiva o ad

una partenza, o ancora ricorrere al messaggio se il nostro paziente è un adolescente: il messaggio, proprio in virtù del suo largo uso tra i giovanissimi, favorirebbe il fluire relazionale con il terapeuta e rappresenterebbe un modo per avvicinarsi al suo mondo.

Ma, come già accennato, l'impiego dei messaggi in terapia presenterebbe anche aspetti più problematici.

Poter aggiornare quasi "in diretta" il proprio terapeuta tramite messaggio porrebbe l'idea dello psicologo "a portata di mano": sapere di poter catturare l'attenzione del terapeuta appena il paziente lo desidera e senza una tempistica scandita invece dalle regole del setting terapeutico, pone alti rischi in psicoterapia e una "gestione del potere della terapia" spostato sul paziente.

La logica che sottende questa scelta comunicativa sembrerebbe, per certi versi, ricalcare aspetti di immediatezza, istantaneità, subitanità, tipici del nostro tempo, obbedendo a quei processi non maturi, a tratti infantili, a cui il paziente può erroneamente aggrapparsi nella cosiddetta logica del "tutto e subito". Comunicare quando e come si vuole, senza attendere la successiva seduta per "raccontare e ri-narrare" se stessi consentirebbe di obliare la sana abitudine di "saper aspettare", dilazionare, posticipare, differire, verbi che rimandano al "tempo di un'attesa" a cui faticiamo sempre più ad educare ed educarci. A tale stile di vita purtroppo oramai nei paesi occidentali ci si sta abituando in fretta e l'ambito psicoterapeutico non sembra esente da questa, spesso, tossica influenza. Anche perché il messaggio inviato non garantisce la contingente risposta da parte del terapeuta: quella aspettativa di subitanità risulta allora disattesa ed ingannata. Tra l'altro comunicare subito "ciò che succede" non consentirebbe al paziente stesso, in primis, di riflettere su ciò che gli accade, poiché si passerebbe, in brevissimo tempo, dal vissuto esperienziale alla sua "comunicazione" (o pseudocomunicazione) ad un terzo, lo psicologo appunto; tale passaggio di informazione, privato di tutte le caratteristiche appartenenti al paraverbale e non verbale, aspetti della vera comunicazione, potrebbe sacrificare i significati

dell'accaduto e le emozioni ad esso connesse.

Inoltre inviare un messaggio al terapeuta con tali modalità (soprattutto con l'applicazione più usata negli ultimi tempi, whatsapp), potrebbe rappresentare una elegante modalità per entrare nella sfera personale del terapeuta, accedere alla sua privacy: Mizzau (1974) afferma che i messaggi strutturalmente veicolerebbero l'idea di una *comunicazione personale, se non intima*. L'aspetto legato al rispetto dei ruoli del terapeuta e del paziente, alla regolazione di quella distanza tra loro, che dovrebbe essere "ottimale" (Lis, 1993), necessita di una regolamentazione di quello spazio che sarebbe potenzialmente manomesso ricorrendo a modalità relazionali e comunicative che introducono ad un rapporto di maggiore vicinanza tra le due parti rasentando, come appena affermato, l'intimità e la simmetria di ruoli.

Non sarebbe risparmiata neppure la violazione del setting fisico, determinata da incontri che avverrebbero in "maniera virtuale", lontano dalla stanza di terapia, eludendo il vis à vis che invece specifica la qualità della relazione terapeutica (Bianciardi, 1998), oltre che le sue coordinate.

Un altro possibile risvolto potrebbe essere quello per il quale il messaggio può divenire una sorta di test nelle mani del paziente per collaudare la responsabilità del terapeuta, la sua disponibilità e un modo per favorire o meno una buona alleanza terapeutica.

Per ultimo, non di importanza, anche la possibilità di eludere il vis à vis, strategia spesso adoperata dai pazienti più evitanti: il messaggio telefonico appare in tali casi ancora più deleterio, poiché riproduce nella psicoterapia, come copione della vita quotidiana, modalità individuali e di personalità su cui invece, con alta probabilità, si dovrebbe lavorare e per cui si è magari in terapia. Se infatti la comunicazione terapeutica privilegiata (o esclusiva!) da parte del paziente diviene quella mediata da messaggi, il rischio immediato è che questi reiteri la possibilità, magari già sperimentata, di vivere in una relazione solo nella "dimensione immaginaria" (Di Gregorio, 2003), con tutto ciò che questo comporterebbe in termini di disimpegno, deresponsabilizzazione, evi-



tamento attivo più o meno consapevole.

Non di rado la comunicazione via sms, se abusata oltre le regole stabilite e condivise con il terapeuta, può essere scelta dal paziente come scorciatoia legata al mancato pagamento di una seduta (Vallario, 2012): un chiaro e netto segnale questo di un atteggiamento poco trasparente oltre che scarsamente motivato.

Il messaggio può aumentare inoltre in maniera esponenziale il rischio di una "mossa extraterapeutica" (Loriedo, 2009), come quello che può giungere da parte di uno dei due partner ad insaputa dell'altro in una terapia di coppia o di un parente in una terapia familiare, finalizzato cercare alleanze segrete con il terapeuta): questa modalità comunicativa può divenire in tal senso un mezzo collusivo che può creare rapporti sbilanciati tra i vari membri del sistema terapeutico.

In questo vasto e complesso, oltre che controverso, scenario l'imperativo diviene la definizione di scelte terapeutiche in modo da non creare con la comunicazione mediata una "psicoterapia parallela", come una partita di calcio che si gioca a bordo campo o qualcosa di cui potrebbero facilmente sfuggirci le sorti.

5. CONCLUSIONI

La tecnologia in generale con l'uso di tutti i dispositivi in commercio (tablet, pc, smartphone, ecc.) ha de-territorializzato la comunicazione, ponendola via via in un "non luogo", come afferma Vallario (2012); tutto ciò di certo e in maniera inevitabile ha avuto risvolti importanti sul comportamento umano, sulle relazioni tra individui e sui suoi contesti di vita.

Il terapeuta "sufficientemente buono" dovrebbe rimanere sempre in guardia rispetto a certi meccanismi e cambiamenti sociali e antropologici, prima che psicologici e psicoterapeutici, nei vari sistemi (Bateson, 1976) di vita che sono e quindi facile influenza per l'uomo in generale e quindi il paziente; quest'ultimo, in pieno diritto ad essere tutelato, deve essere protetto da chi si prende cura di lui per una duplice ragione che tocca la sfera deontologica-legale e psicologica-umana.

Nello specifico campo della professione dello psicologo, in linea di massima si potrebbe desumere

che, come *figli di questo tempo*, il ricorso all'uso di queste modalità comunicative non andrebbe forse del tutto demonizzato, ma definirne aspetti, tempi e modalità, ridimensionandone l'uso risulta imprescindibile; questo perché, a parere della scrivente, ogni forma di rigidità, anche e soprattutto quella del terapeuta, può irrigidire anche il setting di lavoro e relegare il clinico in posizioni stupidamente antipodali o estremiste poco proficue. La psicoterapia stessa non dovrebbe, di per sé, rifarsi a "procedure standardizzate".

Circoscrivere l'uso dei messaggi, contestualizzarli, definire e condividere regole chiare di scambio comunicativo (modalità, tempi, ecc.), potrebbero rappresentare già un buon metodo, una buona linea guida per "fissare le condizioni minime, prima di cominciare" (Whitaker et al., 1898); ma decisioni più specifiche circa il mantenimento di una comunicazione mediata dal messaggio ha a che fare con l'altrettanto specifica relazione tra "quel paziente" e "quel terapeuta", perciò non definibile *a priori*.

In definitiva i messaggi, come frammenti del quotidiano del paziente che il terapeuta può decidere se cogliere o meno (Vallario, 2012), rappresenterebbero una risorsa, ma anche un pericolo e sta al terapeuta ponderarne le scelte.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G., (1972). **Steps to an Ecology of Mind**. San Francisco: Chandler Pub. Co (trad. it. Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano, 1976).
- Bianciardi, M., Telfner, U., (1998). **Ammalarsi di psicoterapia. Il rischio iatrogeno nella cura**. Franco Angeli, Milano.
- Brofenbrenner, U., (1979). **The Ecology of Human Development**. London: Harvard University Press (trad. it. Ecologia dello sviluppo umano. Il Mulino, Milano, 2002).
- Di Gregorio L., (2003). **Psicopatologia del cellulare. Dipendenza e possesso del telefonino**. Franco Angeli, Milano.
- Lis, A., (1993). **Psicologia clinica. Problemi diagnostici ed elementi di psicoterapia**. Giunti, Milano.
- Loriedo, C., Aciri, F., (2009). **Il setting in psicot-**



rapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei diversi modelli clinici di intervento. Franco Angeli, Milano.

- Manfrida, G., Eisenberg, E., (2007). **Scripta volant! Uso e utilità dei messaggi sms in psicoterapia.** in *Terapia Familiare*, 85: 59-82.
- Mizzau, M., (1974). **Prospettive della comunicazione interpersonale.** Il Mulino, Bologna.
- Morcellini, M., (2008). **Il medioevo italiano. Industria culturale, tv e tecnologie tra XX e XXI secolo.** Carocci, Roma.
- Vallario, L., **Sms e terapia: relazioni pericolose, Ecologia della mente 2/2012,** Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., (1967). **Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes.** New York: W W Norton & Co Inc (trad. it. La pragmatica della comunicazione umana, Astrolabio, Roma 1971).
- Whitaker, C. A., Bumberry, W. M., (1988). **Dancing with the family. A symbolic-experiential approach,** Oxon: Routledge (trad. it. Danzando con la famiglia. Astrolabio, Roma, 1989).



IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA CHIRURGIA BARIATRICA

RIASSUNTO

L'obesità è una grave malattia cronica caratterizzata dall'aumento della massa grassa a cui si associa un significativo aumento di comorbidità (ipertensione, malattie cardiache, ictus, diabete di tipo 2, malattie della colecisti, stanchezza cronica, asma, apnea del sonno, alcune forme di cancro e problemi nella riproduttività) e mortalità. La perdita di peso chirurgica può essere un'opzione sicura ed efficace per alcuni soggetti gravemente obesi. Tuttavia, come con qualsiasi altro tipo di chirurgia, vi sono potenziali complicanze a lungo termine. Per tale ragione è necessario rivolgersi ad un team multidisciplinare composto da esperti dedicati (chirurgo bariatrico, anestesista, psicologo o psichiatra, nutrizionista e/o dietista) per informarsi correttamente sui benefici, i rischi e le conseguenze e per essere sottoposti ad una valutazione preoperatoria accurata, con la possibilità di aderire a un programma postoperatorio di follow-up a lungo termine. Poiché il miglioramento della qualità della vita e il miglioramento della situazione psicosociale sono importanti obiettivi della chirurgia bariatrica, il post-intervento non dovrebbe includere solo la perdita di peso o la cura delle condizioni morbose, ma anche una miglioria nel comportamento alimentare, nelle variabili psicosociali e nella qualità della vita. In questa rassegna verrà descritto a grandi linee il percorso bariatrico,

il target di riferimento, i tipi di intervento, l'importanza del team, ponendo particolare attenzione sul ruolo dello psicologo all'interno dell'equipe multidisciplinare per la cura e il trattamento dell'Obesità.

PAROLE CHIAVE

Psicologo, Chirurgia Bariatrica, Obesità, Equipe Multidisciplinare, TCC.

OBESITÀ: EPIDEMIOLOGIA E DEFINIZIONE

L'obesità è un problema sociale di primaria importanza. I tassi d'incidenza relativi all'obesità sono in rapida crescita; nel mondo oltre 1 miliardo di persone adulte risultano in sovrappeso (25<indice di massa corporea, BMI<30) e circa 310 milioni sono obese (BMI>30), tanto da assumere i caratteri di un'epidemia globale (*globesity*) e di divenire una delle maggiori preoccupazioni per la salute pubblica internazionale (*malattia del XXI secolo*). In Italia, la Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (S.I.C.OB.) riferisce che essa colpisce 6 milioni di persone con 500 mila grandi obesi. La Puglia risulta tra le Regioni con il più elevato indice di obesità (dopo la Campania e la Calabria).

L'obesità è una condizione medica caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in grado di causare conseguenze negative sulla salute. Gli studi dimostrano che in casi gravi l'obesità può

Fabiana Nuccetelli
Psicologa e Psicoterapeuta
Cognitivo-Comportamentale,
Referente Psicologa dell'ambulatorio di
Psicologia della Salute presso il "Centro
Interdisciplinare per la Cura dell'Obesità -
Casa di Cura Prof. Petrucciani" di Lecce.

ridurre l'aspettativa di vita, soprattutto se si tratta di un giovane adulto.

La letteratura scientifica dimostra che si tratta, dopo il fumo, della principale causa di morte prevedibile in tutto il mondo (più di 2,5 milioni di morti all'anno in tutto il mondo). Si diventa obesi in modo, in parte, graduale, quando si consumano più calorie di quelle utilizzate.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica l'obesità tramite l'indice di massa corporea (BMI) che si ottiene dividendo il peso in chilogrammi (kg) per l'altezza in metri (m) al quadrato. Secondo tale classificazione si considera:

- Sovrappeso di I classe (chiamato anche semplicemente "sovrappeso") – BMI compreso tra 25 e 29,9 kg/m²
- Sovrappeso di II classe (obesità) – BMI compreso tra 30 e 39,9 kg/m²
- Sovrappeso di III classe (obesità grave o patologica) – BMI superiore a 40 kg/m²

Quando il BMI risulta oltre limite (ovvero il peso è più elevato di quello che generalmente si considera nella norma in rapporto alla propria altezza) aumenta il rischio di sviluppare gravi condizioni di salute, tra cui l'ipertensione, malattie cardiache, ictus, il diabete di tipo 2, malattie della colecisti, stanchezza cronica, asma, apnea del sonno e alcune forme di cancro. Per le donne, l'obesità può portare anche a problemi nel sistema riproduttivo.

MULTIFATTORIALITÀ EZIOPATOGENICA DELL'OBESITÀ

È ampiamente riconosciuto come i fattori interagenti che causano l'obesità siano molteplici e vanno ad influire su diverse aree, da quella alimentare a quella psicologica, passando per la sfera sociale nonché lo stile di vita. L'obesità ha, dunque, un'origine multifattoriale, per tale ragione i meccanismi scatenanti che la favoriscono e mantengono tale condizione sono diversi e di seguito elencati:

- fattori genetici: sebbene i casi attualmente riconosciuti di eredità genetica dell'obesità siano rari, è stato dimostrato che i geni possono influenzare la quantità di grasso corporeo e dove il grasso è distribuito;

- fattori psicologici: l'uso eccessivo di cibo può essere favorito da stress, cattiva gestione delle emozioni e disturbi del comportamento alimentare;
- fattori socio-ambientali e sedentarietà: lo stile di vita, prevalentemente sedentario e la carenza di attività fisica con una scorretta abitudine alimentare (tra cui eccessi alimentari o alimentazione errata con eccessivo apporto di grassi a scapito di fibre e zuccheri) crea uno squilibrio energetico;
- cause endocrine e metaboliche: connesse ad alcune rare malattie ormonali;
- cause farmacologiche: antidepressivi e corticosteroidi sono frequentemente coinvolti nello sviluppo dell'obesità;
- danni cerebrali: in casi rari, alla zona dell'ipotalamo (area del cervello coinvolta nella regolazione dell'appetito) possono portare all'obesità;
- stato di gravidanza: in tale condizione il peso di una donna aumenta. Alcune donne non riescono a perdere peso dopo la nascita del bambino, di conseguenza è possibile sviluppare l'obesità.

OBESITÀ: PATOLOGIA ORGANICA O PSICOPATOLOGIA?

Dal punto di vista clinico l'obesità si intreccia inevitabilmente con la storia del soggetto; chi è obeso spesso fatica a svolgere attività di vita quotidiana (lavoro, hobby, attività fisica) e di frequente si assiste ad una stigmatizzazione sociale, per cui anche le relazioni sociali potrebbero divenire motivo di ulteriore sofferenza psichica. In alcuni casi l'obesità può diventare una sorta di "sindrome psicosomatica" tanto che, la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10, 1992), individua l'obesità di tipo "psicogeno". Quest'ultima non è riconducibile a cause di natura genetica, medica o endocrina.

Una scuola di pensiero sostiene che l'obesità deriva in buona parte dall'uso persistente di alimenti per fini non nutritivi. Molti individui, infatti, tendono a rispondere a sentimenti di tristezza, ansia, noia, rabbia o stress mangiando più del solito. Tuttavia, l'eccessiva assunzione di cibo non è solo attribuibile ad un'eccitazione emotiva, bensì può derivare dalla ripetuta esposizione degli individui a cibo altamente appetibile e facilmente accessibile nell'ambiente circostante.



Secondo la teoria psicosomatica questa cosiddetta "fame nervosa" si trova in individui che mangiano in risposta a stati emotivi, piuttosto che in risposta a fattori scatenanti interni di fame o di sazietà. Questi soggetti, vivendo uno stress emotivo, sono suscettibili alla ricerca di cibo, nel tentativo di riconquistare la propria sicurezza e il proprio stato di *comfort*. Molti mangiatori emotivi hanno appreso nella loro vita che assumere cibo è il miglior modo per affrontare i propri problemi psicologici.

Ricerche recenti hanno dimostrato che l'iperalimentazione è il risultato di problemi emotivi irrisolti, riflette sentimenti di frustrazione, rabbia ed aggressività che il paziente rivolge verso se stesso. In particolare, individui con obesità psicogena utilizzano l'eccesso di cibo come tentativo per compensare disagi psicologici, stati d'animo ansiosi o di natura depressiva, tendono ad essere fortemente sensibili alle emozioni e mostrano spesso difficoltà affettive e relazionali. Tuttavia, tale condotta compensatoria non diminuisce bensì amplifica i sentimenti di autosvalutazione del soggetto obeso, producendo di conseguenza un nuovo incremento ponderale che favorisce il persistere del paziente in un modello autodistruttivo ripetitivo di iperalimentazione, con progressivo aggravamento dell'obesità psicogena (Simon, G. et al., 2006).

L'iperalimentazione può dunque essere interpretata come un atteggiamento difensivo e allo stesso tempo distruttivo nei confronti di se stesso e della propria immagine corporea.

Secondo il "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5" (DSM-5), non esiste una categoria diagnostica per l'obesità. Essa viene considerata una patologia organica e non una patologia psichiatrica. È stata, però, riconosciuta e codificata una categoria diagnostica associata alla condizione di obesità, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), indicato nella letteratura anglosassone come *Binge Eating Disorder* (Bocchierri-Ricciardi L.E. et al., 2006). Il DAI descrive una modalità psicologica e comportamentale riscontrabile frequentemente tra i soggetti obesi, la quale si associa ad una discreta comorbidità psichiatrica. Caratteristica della persona affetta da DAI è l'aumento costante del peso, fino allo sviluppo

di una vera e propria obesità causata da abbuffate, senza le successive condotte eliminatorie (vomito autoindotto, uso di lassativi e diuretici), tipiche della Bulimia Nervosa. I vissuti ed i comportamenti associati alla perdita di controllo rappresentano l'elemento caratterizzante la sindrome, più che la quantità di cibo assunto (Ricca V. et al., 2000; Spitzer RL. et al., 1993). Oltre al Disturbo da Alimentazione Incontrollata, nella pratica clinica capita di vedere numerosi "stili alimentari" particolari che si correlano con l'obesità e con i DCA, come ad esempio l'iperfagia prandiale e il piluccamento.

L'iperfagia prandiale si caratterizza per l'assunzione di grandi quantità di cibo prevalentemente durante i pasti. All'assenza di malessere psicologico legato all'assunzione degli alimenti, si unisce il piacere del cibo, il controllo sulle quantità assunte e l'aspetto prevalentemente conviviale legato ai pasti. Gli eccessi alimentari possono determinare l'insorgenza di un'obesità marcata qualora tale comportamento sia frequente, anche se, quando l'iperfagia risulta essere episodica, il peso può rimanere entro i limiti del sovrappeso (BMI < 30).

Con il termine *grignotage* o *piluccamento* si fa riferimento al mangiucchiare piccole quantità di cibo, soprattutto alimenti altamente calorici (dolci, cibi grassi), durante buona parte della giornata. Tale comportamento si manifesta mediante due forme: il *grazing* (letteralmente "pascolare") è l'ingestione di piccole quantità di cibo in maniera continuativa nel corso dell'intera giornata; lo *snacking* è il consumo frequente di cibo ipercalorico al di fuori dei pasti (Devlin M.J., 2007).

In genere, si rileva la tendenza a mangiare in risposta a stati emotivi, quali noia, stress o malesseri fisici vari, pur rimanendo inalterato il piacere del cibo. Ad una valutazione psicologica spesso si riscontrano una bassa autostima, tratti ansiosi di personalità o sindromi ansioso-depressive, in genere di modesta gravità.

OBESITÀ E DEPRESSIONE

Numerosi studi scientifici riportano una forte correlazione tra obesità e depressione. Tali condizioni sono legate sia nella patogenesi che nella remissio-

ne, anche se non sembra ancora possibile stabilire quale delle due possa considerarsi la causa e quale l'effetto.

Tipicamente l'adulto obeso è un soggetto depresso che si protegge tramite l'uso del "cibo" dai sentimenti di vuoto, disvalore e di colpa, dagli stati ansiosi o depressivi (Averbukh, Y., et al., 2003). L'alterazione dell'umore verso il versante depressivo, in genere, può manifestarsi sotto forma di noia pervasiva e costante alla quale l'obeso risponde con l'iperalimentazione e nel corso della vita aumenta il rischio di sviluppare una Depressione Maggiore o un Disturbo Bipolare, con frequenti pensieri suicidari o tentativi di suicidio (Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.E., 2003).

Negli obesi il rapporto con gli alimenti è di tipo ambivalente. Si rileva di frequente un doppio e controverso utilizzo del cibo, se da una parte la persona affetta da obesità si alimenta per proteggersi dal mondo esterno con la corazza della propria mole, dall'altra si autodistrugge sottoponendo il proprio corpo a ritmi non salutari e a gravi problemi di salute. Anche la sfera sessuale può suscitare vergogna e un forte senso di colpa. L'obeso usa il cibo anche per non riconoscersi come persona che ha bisogno di soddisfare la propria sessualità perché non si sente pronto a viverla o perché non si sente meritevole di poter provare quel piacere, per via della scarsa autostima e della difficoltà nel gestire le proprie emozioni.

Alla luce di questi dati, un recente studio ha dimostrato che la diminuzione del peso, sia questa il risultato di un'attività fisica sostenuta, restrizione calorica, psicoterapia e/o chirurgia bariatrica, promuove un miglioramento dei sintomi depressivi e facilita l'instaurarsi di un circolo virtuoso che conduce al miglioramento del profilo psicologico e fornisce un rinnovato stimolo motivazionale nel raggiungimento di una migliore forma corporea.

OBESITÀ E ANSIA

Sono stati effettuati numerosi studi riguardo la relazione tra ansia e obesità, ma la ricerca è in continua evoluzione poiché il legame sembra essere molto complesso e molto stretto. Sono state riscontrate grandi affinità sia a livello di sintomi sia da

un punto di vista neurobiologico, ma ancora non si spiega quale delle due sia la causa e quale l'effetto. Da una parte le evidenze scientifiche riportano che l'obesità si accompagna a disturbi affettivi (ansia e depressione) come risultato dell'impatto sociale della malattia. Dall'altra parte, l'ansia potrebbe essere considerata anche la causa dell'obesità (Hayden, M.J., Dixon J.B., et al., 2011).

Uno studio pubblicato sul *British Medical Journal* riporta che l'associazione tra ansia e obesità potrebbe correre in entrambe le direzioni, considerato che ansia e panico possono provocare una fame psicogena insaziabile e la cronicizzazione di questo comportamento potrebbe portare all'obesità, innescando un circolo vizioso ricco di complicazioni.

OBESITÀ E SESSUALITÀ

La condizione di obesità, oltre a causare la comparsa di molteplici comorbidità, determina una grave alterazione dell'immagine corporea che a sua volta genera disturbi psicopatologici di tipo ansioso. Sono state eseguiti numerosi studi volti ad indagare l'esistenza di una relazione tra disturbi del comportamento alimentare e problematiche sessuali; in effetti, è stata descritta una disposizione più negativa verso il sesso rispetto ai gruppi di controllo, maggiore timore verso la sessualità e minore appagamento sessuale.

Una recente ricerca dimostra che le donne obese vengono considerate generalmente meno attraenti sessualmente rispetto alle donne normopeso. Esiti di uno studio post chirurgia bariatrica ha confermato che dopo il dimagrimento il 50% dei pazienti e il 75% dei partner riportava un miglioramento nel livello di soddisfazione sessuale. In particolare, in relazione all'obesità, sono state riscontrate disfunzioni sessuali femminili caratterizzate da modificazioni del ciclo mestruale, disturbi del desiderio sessuale, dell'eccitazione, dell'orgasmo e della penetrazione (Esposito, K. Giugliano, M., Ciotola, M., De Sio, M. et al., 2008).

OBESITÀ E CHIRURGIA BARIATRICA

Quando una persona presenta un'obesità grave o una "superobesità" che compromette in modo significativo la sua salute e la qualità della vita, l'unica forma di trattamento che consente la guarigione

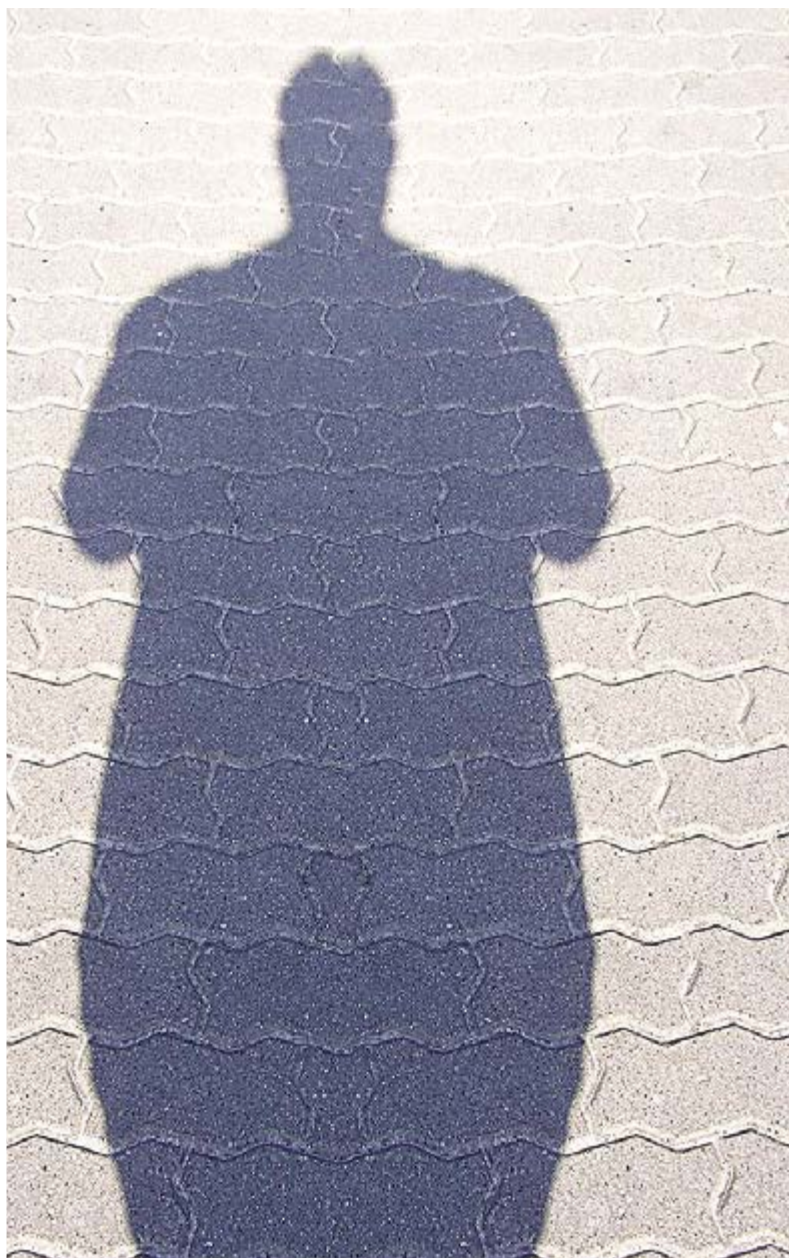


duratura è la terapia chirurgica o "chirurgia bariatrica". I più recenti studi, con un *follow-up* adeguatamente prolungato, hanno dimostrato, nel gruppo trattato chirurgicamente, una significativa riduzione della mortalità del rischio di sviluppare altre patologie associate, del ricorso a trattamenti terapeutici e dei costi sanitari e sociali, diretti o indiretti (*S.I.C.OB. linee guida e stato dell'arte, 2016*). La chirurgia bariatrica non è un tipo di chirurgia che asporta grasso

(come accade negli interventi puramente estetici), bensì modifica strutturalmente l'apparato digerente per ridurre l'afflusso degli alimenti o la capacità di assorbimento degli stessi. Le principali tecniche chirurgiche (bendaggio gastrico, gastrectomia verticale e bypass gastrico, diversione bilio-pancreatica) hanno mostrato rilevanti percentuali di efficacia nel ridurre l'obesità grave, tra il 50 e l'80" (*Buchwald et al., 2004*), oltre ad avere un impatto importante anche sulle malattie metaboliche, in particolare sul diabete e l'ipertensione.

La Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (S.I.C.OB.), in occasione del Congresso Congiunto delle società chirurgiche italiane (Settembre 2016) ha presentato le nuove Linee Guida chirurgiche, al fine di fornire informazioni sulle procedure bariatriche più recenti e su come identificare l'intervento più appropriato per ogni paziente.

La S.I.C.OB. ritiene di dover raccomandare che la terapia chirurgica dell'obesità grave e della superobesità sia effettuata solo in Centri che possano garantire la presenza effettiva, anche se non necessariamente contestuale, di un'équipe interdisciplinare dedicata (chirurgo bariatrico; nutrizionista/dietista; psichiatra/psicologo; anestesista; endoscopista; chirurgo plastico; cardiologo; pneumologo; fisiatra; ecc.), che abbia competenze culturali e tecniche specifiche, tali da potersi fare carico di tutte le fasi terapeutiche: selezione dei pazienti; scelta dell'intervento; fase perioperatoria;



assistenza postoperatoria; gestione delle eventuali complicanze.

I criteri di accesso all'iter bariatrico sono:

- età compresa tra i 18-60 anni;
- condizione di obesità di II o III grado (salvo patologie);
- presenza di comorbidità;
- precedenti tentativi di trattamento falliti.

TRATTAMENTO CHIRURGICO OBESITÀ INFANTILE

Nei paesi occidentali l'obesità infantile ha assunto le caratteristiche di una vera e propria epidemia. Un bambino su tre è stato registrato come in sovrappeso o obeso, ma soprattutto è stato rilevato un aumento nel numero di bambini in condizione di iperobesità. Le strategie educative e dietetiche-comportamentali sono fondamentali, ma non sempre, purtroppo, riescono a mettere sotto controllo il problema. La chirurgia bariatrica diventa quindi una valida alternativa per la riduzione del peso in quei bambini affetti da una forte obesità con rischi seri per la salute.

Sulla base delle evidenze scientifiche e del parere degli esperti, le linee guida di riferimento definiscono un approccio internazionale standardizzato alla chirurgia dell'obesità, in particolare, nel caso del paziente in età evolutiva, valgono criteri più restrittivi rispetto a quelli dell'adulto:

- il BMI deve essere superiore a 35 kg/m² (ovvero superiore al 99,5° percentile per età) con almeno una comorbidità (come il fegato grasso o ad altre gravi patologie mediche correlate all'obesità, tra cui diabete, l'ipertensione o le apnee notturne) o pari o superiori a 40 (senza comorbidità);
- il trattamento medico deve essere stato eseguito per almeno 6 mesi presso un Centro specializzato;
- il bambino deve possedere una maturità scheletrica e uno sviluppo fisico completato;
- il bambino deve possedere le capacità cognitive per aderire a programmi multidisciplinari pre- e postoperatori;
- deve esser data la possibilità di accedere a una struttura con supporto pediatrico specialistico.
- al di sotto dei 13-14 anni di età è spesso preferito l'utilizzo dei palloncini intragastrici, considerati

meno invasivi (sia quello tradizionale posizionabile per via endoscopica sia il più moderno modello deglutibile).

TRATTAMENTO CHIRURGICO PAZIENTE OBESO OVER 60 ANNI

Nel caso del trattamento chirurgico del paziente obeso ultrasessantenne, deve essere considerato che vi è una maggiore percentuale di complicanze post-operatorie e un minor calo di peso nei confronti dei pazienti più giovani, ma sono ugualmente attesi il miglioramento (o la risoluzione) delle comorbidità e un miglioramento della qualità di vita.

In ogni caso devono essere verificate:

- la motivazione;
- la capacità di esprimere un valido consenso;
- la disponibilità ai controlli periodici e al regime dietetico prevedibile;
- la certezza della resistenza alla terapia nutrizionale e comportamentale;
- l'assenza di controindicazioni maggiori;
- la compatibilità con il rischio operatorio, valutato in base all'Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS).

ALCUNE TIPOLOGIE DI INTERVENTI CHIRURGICI PER IL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ

Fanno parte della chirurgia dell'obesità interventi laparoscopici di tipo malassorbitivo (che puntano ad ottenere una riduzione dell'assorbimento intestinale di grassi e amidi) come il By-pass gastrico o la diversione bilio-pancreatica, generalmente indicata nei casi estremi di "superobesità" con BMI>50, ed interventi di tipo restrittivo (riduzione della capacità gastrica) come la sleeve gastrectomy (asportazione di una porzione dello stomaco) o il bendaggio gastrico.

- **By-pass gastrico:** Il bypass gastrico è l'intervento più diffuso al mondo. Si tratta di un intervento di tipo misto, restrittivo e malassorbitivo, in quanto viene trattato oltre che lo stomaco anche l'intestino; la tasca che viene a formarsi è molto piccola ed in grado di garantire un quasi immediato senso di sazietà. Ha risultati connessi non soltanto alla riduzione del volume dello stomaco ma anche ai fattori



ormonali e di minore assorbimento dei nutrienti.

- **By-pass gastrico modello Lesti:** Il Professor Lesti ha ideato, (marzo 2002, rivisitato fino all'ultima modifica nel gennaio 2007), il by-pass gastrico laparoscopico reversibile al fine di esplorare **lo stomaco e di rendere reversibile l'intervento chirurgico**. L'attuale modello si basa su l'uso di un dispositivo che consente sia di escludere lo stomaco al passaggio del bolo alimentare, sia di permettere, qualora ce ne sia l'indicazione, l'esplorazione endoscopica tramite esofago-gastroscopia, con gli indubbi vantaggi che ne conseguono (Lesti G., 2007). Il paziente può sottoporsi a tale tipo di intervento, attualmente, anche nella regione Puglia (Lecce).
- **Sleeve gastrectomy:** La sleeve gastrectomy un'altra tipologia di **intervento bariatrico restrittivo** dove c'è una rimozione irreversibile del 70-80% del volume totale dello stomaco. (Buchwald et al., 2004). Questo tipo di intervento è considerato a tutti gli effetti un intervento demolitivo di chirurgia maggiore, se non per la tecnica almeno per il tasso e la gravità delle complicanze che essa comporta.
- **Bendaggio gastrico:** Si tratta di un presidio regolabile che viene posizionato sulla parte superiore dello **stomaco**, lasciando una stretta apertura che permette comunque il passaggio di alimenti, sia liquidi che solidi. La tipica **"tasca gastrica"** che si forma si riempie rapidamente per poi svuotarsi lentamente e questo è un po' l'obiettivo del bendaggio. Questa procedura preserva comunque la via dello stomaco ed è quindi totalmente reversibile. Per numero di interventi risulta attualmente essere il secondo in Italia.

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Le linee guida nazionali ed internazionali richiedono, ad ogni paziente candidato alla chirurgia bariatrica, uno studio preoperatorio di routine come per ogni altro intervento di chirurgia addominale maggiore e ad una serie di eventuali altre specifiche valutazioni (cardiologica, pneumologica, endocrino-metabolica, gastroenterologica, psicologica, nutrizionale e

chirurgica) per la valutazione dello stato di salute generale e nutrizionale nonché delle comorbidità, al fine di ridurre al minimo i rischi correlati all'intervento e di evidenziare eventuali controindicazioni generali alla chirurgia o specifiche per un determinato tipo di intervento (Cuzzolaro M, Parmegiani A, De Luca V., 2009).

Sono, infine, necessari dei colloqui tesi a spiegare i cambiamenti delle abitudini alimentari che saranno indispensabili dopo l'intervento, a valutare le motivazioni del paziente e la sua disponibilità ad aderire al programma di follow-up, a garantirsi che il paziente sia stato informato correttamente sui benefici, le conseguenze ed i rischi della scelta chirurgica e della necessità di un follow-up a lungo termine, che sia al corrente dei risultati potenziali della chirurgia e che possa, quindi, fornire un consenso realmente consapevole ed informato (S.I.C.OB. linee guida e stato dell'arte, 2016).

In tale ambito, l'intervento psicologico si pone come obiettivo generale quello di raggiungere risultati soddisfacenti e duraturi attraverso la realizzazione di cambiamenti importanti che migliorano globalmente la qualità della vita del paziente (comportamento alimentare, stile emotivo, abilità cognitive e modalità di relazione interpersonale). Un valido intervento permette di far entrare il paziente obeso in contatto con le sue emozioni, gestire lo stress, l'ansia e il senso di vuoto, attraverso modalità più efficaci e funzionali in alternativa alla condotta alimentare problematica, per non ricadere nel circolo vizioso del **"malessere-mangiare-malessere"**. Inoltre, è importante sviluppare l'auto-accettazione dell'immagine corporea e accrescere l'autostima, allo scopo di costruire un nuovo senso di autoefficacia che alimenti aspettative positive per il proprio futuro.

LA FASE PRE-OPERATORIA

La valutazione pre-operatoria si pone non solo come momento diagnostico, ma come primo momento utile per la creazione di una relazione terapeutica duratura finalizzata alla "presa in carico" a lungo termine del paziente bariatrico, in cui si stabilisce un rapporto di tipo empatico (riconoscendo i biso-

gni del paziente, ascoltandolo e contenendolo). In questa fase lo psicologo valuta lo stato mentale del paziente candidato alla chirurgia bariatrica tramite il colloquio clinico e l'indagine psicometrica (*Micanti F., Di Genova A., D'Amato F., 2008*). Obiettivi del colloquio è di indagare, attraverso una breve raccolta anamnestica, la storia del peso corporeo (indagini sui possibili disturbi alimentari), le condizioni di vita attuali, la presenza di patologie o psicopatologie pregresse (del paziente e familiari), la capacità di fornire un consenso informato all'intervento, il tipo di motivazione (estrinseca o intrinseca) e le aspettative nei confronti dell'intervento (realistiche o irrealistiche).

La valutazione Psicometrica permette di fornire, attraverso strumenti mirati, dati oggettivabili sulla personalità, sulla presenza di condizioni sintomatiche o di tratto rispetto alle variazioni del tono dell'umore e dell'ansia, sul rapporto con il cibo, sull'immagine corporea, sulla presenza, intensità e qualità della componente impulsiva, sulla qualità di vita del paziente candidato alla chirurgia bariatrica e sugli eventuali stati psicopatologici ostativi all'intervento. L'individuazione delle risorse del paziente, risulta indispensabile ai fini del successo dell'intervento, inteso come risultati a lungo termine, attraverso un trattamento multidisciplinare. In questa prospettiva, sarebbe utile focalizzare maggiormente gli studi sulle variabili psicosociali e comportamentali quali indicatori prognostici positivi o negativi per l'outcome chirurgico (*Cuzzolaro M., Basso M., Paone E., 2009*).

Allo stato attuale, non esiste un'asserzione paradigmatica ed ampiamente condivisa rispetto alla qualità della ricaduta di un disturbo mentale sulla procedura bariatrica (*S.I.C.OB. linee guida e stato dell'arte, 2016*). Dalla letteratura emerge che circa il 40% dei candidati a chirurgia bariatrica ha almeno una diagnosi psichiatrica. Esistono quadri psicopatologici in cui i sintomi condizionano l'aumento eccessivo del peso. Inoltre, l'assunzione di molti psicofarmaci può determinare notevole incremento ponderale e rendere difficile ottenere un efficace dimagrimento. Sono importanti anche le condizioni socio-economiche e il livello di supporto familiare e sociale senza

i quali la persona aumenta le probabilità di ricaduta (*Papageorgiou G.M., et al., 2002*).

In aggiunta, occorre sottolineare che la natura stessa di alcuni disturbi mentali non consente al paziente, in alcun modo, di costruire una motivazione e, quindi, una capacità di gestire il percorso bariatrico. In presenza di quadri di Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Night Eating Syndrome, Depressione Maggiore, Disturbo di Personalità, Abuso di sostanze e di alcolici o Disturbi Psicotici, l'intervento di chirurgia bariatrica è in linea generale controindicato e l'indicazione all'intervento può essere posta solo eccezionalmente per gravi motivi medici (prognosi quod vitam infausta per motivi legati all'obesità), sempre con il formale consenso dello psichiatra di riferimento e possibilmente con il coinvolgimento delle strutture psichiatriche territoriali competenti. Ad ogni modo, qualora risultasse una psicopatologia in atto si prevede un percorso terapeutico specifico (psicofarmacologico e/o psicoterapico) che il paziente dovrà seguire prima dell'eventuale trattamento chirurgico per l'obesità o in alcuni casi, in parallelo.

IL PERCORSO PSICOTERAPICO

L'intervento psicoterapico, in particolare il modello della Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC), integrato con valutazioni ed interventi medici e dietetici, si è dimostrato in numerosi studi efficace, sia nei soggetti affetti da Disturbo da Alimentazione Incontrollata, sia nelle altre forme di obesità riportate sopra. Dal punto di vista prettamente psicologico, il trattamento psicoterapico permette al soggetto obeso di migliorare il proprio quadro psicologico, aiutandolo ad aumentare l'autostima, le capacità di gestione dell'ansia e innalzandone l'umore. Permette inoltre una diminuzione delle abbuffate, migliora il comportamento alimentare con conseguente promozione della perdita di peso, al fine di raggiungere il peso salutare desiderato e di mantenerlo nel tempo (R. Dalle Grave, 2001). Ovviamente, possedere una forte motivazione alla base è l'elemento indispensabile per una buona riuscita del trattamento, per cui lo psicoterapeuta offre la motivazione essenziale per mantenere l'adesione



a uno stile di vita più sano, applicando la sola forza di volontà. Inoltre, la TCC fornisce all'individuo competenze di coping (insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione) al fine di gestire le ricadute.

La TCC racchiude in sé due approcci diversi che permettono il raggiungimento degli obiettivi fondamentali.

In particolare, le tecniche terapeutiche derivate dalla psicoterapia comportamentale includono il controllo dello stimolo, l'impostazione degli obiettivi e l'autocontrollo. Esse consentono di determinare una perdita di peso corporeo del 5%-10% (peso più sano) e di raggiungere quindi il primo obiettivo del trattamento.

Le tecniche cognitive, invece, hanno lo scopo di identificare e modificare modelli di pensiero distorti, emozioni disfunzionali e comportamenti disadattivi del paziente, producendo la riduzione e l'eliminazione del sintomo e apportando miglioramenti duraturi nel tempo. Esse agiscono principalmente sulle preoccupazioni e sulle problematiche inerenti l'aspetto fisico e il desiderio di cambiare forma fisica (immagine corporea) e su altre cognizioni centrali alla sovralimentazione. Tale approccio favorisce il raggiungimento del secondo obiettivo del trattamento: il mantenimento del peso raggiunto.

Da recenti studi è stato rilevato che, grazie alla TCC, circa l'80% dei pazienti affetti da obesità ha ottenuto una perdita di peso del 10% in circa sei mesi, in associazione a una notevole riduzione d'incidenza del diabete di tipo 2, delle comorbilità mediche e psicologiche peso-correlate e a un miglioramento della qualità della vita. Gli studi di ultima generazione hanno anche dimostrato che, sebbene ci sia una tendenza al recupero del peso, dopo 10 anni, i pazienti trattati con questa forma di intervento mantengono un calo medio del 6%.

LA FASE POST-OPERATORIA

Il percorso bariatrico prevede controlli regolari con l'équipe multidisciplinare, a seguito dell'intervento. Il controllo psicologico si effettuano ogni 30 giorni per i primi 3 mesi e successivamente ogni 45 o 60

giorni per altri sei mesi e un controllo annuale, per un periodo di tempo stabilito in base alla soggettività del paziente.

È consigliabile associare agli incontri individuali, sedute di gruppo *"psico-nutrizionali"* per il monitoraggio dei risultati e per la condivisione della propria esperienza. Inoltre, l'azione congiunta e combinata di due tipi di interventi diversi ma strettamente correlati, farà sì che l'intervento del dietista attraverso il percorso di educazione alimentare, la dieta e la perdita di peso, inciderà su aspetti psicologici (intervento dello psicologo) riguardanti l'autostima, l'immagine corporea, la motivazione al cambiamento e una vasta gamma di emozioni, che a loro volta influiranno positivamente sull'alimentazione.

Resta da sottolineare come il ruolo dello psicologo clinico all'interno dell'équipe bariatrica ottenga maggiore rilevanza nella misura in cui possa estendere il suo intervento al monitoraggio della fase post operatoria. Così, la valutazione avrebbe senso non solo con lo scopo di individuare possibili predittori psicologici di successo, ma potrebbe rappresentare il punto di partenza per un programma psicologico individualizzato che possa favorire ed incrementare il successo ed il mantenimento dei risultati ottenuti favorendo l'integrazione con la sua nuova dimensione sia fisica che psicologica della persona in ogni contesto e sfera relazionale.

CONCLUSIONI

Vista la complessità del tema, risulta indispensabile riconoscere l'importanza di ciascun fattore bio-psico-sociale che ha determinato l'obesità, in modo tale da poter programmare un intervento adeguato che prediliga un approccio multidimensionale integrato, coinvolgendo varie figure professionali per intervenire in termini valutativi, preventivi e terapeutici.

Per quanto riguarda i "grandi obesi" la chirurgia bariatrica resta l'unica forma di trattamento che consente la guarigione duratura di questi pazienti, ai quali si ritiene necessario un sostegno pre e post-operatorio chirurgico, psicologico e nutrizionale tramite la presenza di un'équipe multidisciplinare dedicata.

In particolare, nei pazienti che si sottopongono ad

intervento di chirurgia bariatrica è essenziale non trascurare l'aspetto psicologico poiché si rischierebbe di concentrarsi esclusivamente sugli effetti anziché sulla causa del problema esponendo il paziente all'emersione dei sentimenti ansioso-depressivi che l'obesità maschera e trattiene. La non presa in carico anche da uno psicologo aumenta la possibilità di ricaduta post-intervento.

Tuttavia, non tutti i pazienti riportano i benefici psicologici dopo la chirurgia bariatrica. Alcuni pazienti continuano a lottare con la perdita di peso, il mantenimento e l'insoddisfazione della immagine corporea risultante. La grave psicopatologia preoperatoria e le aspettative del paziente circa il cambiamento di vita post-intervento può anche influire negativamente sulla salute psicologica dopo l'intervento chirurgico. È dunque essenziale aderire a un programma postoperatorio di follow-up ai fini del mantenimento dei risultati e per la prevenzione delle ricadute.

In merito al trattamento psicoterapico, l'approccio cognitivo-comportamentale resta necessario per indurre modificazioni graduali dei pensieri disfunzionali, delle abitudini alimentari scorrette e dello stile di vita, con il coinvolgimento della famiglia attraverso un adeguato supporto psicologico.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association – APA. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. Four Edition-Test Revised (DSM-IV-TR): Washington (DC).
- American Psychiatric Association – APA. (2017). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 edition (DSM-5)**".
- American Association of Clinical Endocrinologist, the Obesity Society and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (2008). **Medical Guidelines for clinical practice for the preoperative nutritional, metabolic and non-surgical support of the bariatric surgery patient**. Endocrine Practice 14, 1-83.
- American Society for Bariatric Surgery. Allied Health Science section. Ad hoc behavioural Health Committee (2004): **Suggestions for pre-surgical psychological assessment of Bariatric Surgery candidates**. ASBS 1-31.
- Averbukh, Y. et al. (2003). **Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass**. Obes Surg 13, 833-6.
- Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.E. (2003). **Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity**. Obes Surg 13, 746-51.
- Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.E. (1992). **Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients**. Am J Psychiatry 149, 227-34.
- Bocchierri-Ricciardi, L.E., Chen, E.Y., Munoz, D., Fischer, S., Dymek-Valentine, M., Alverdy, J.C., Le Grange, D. (2006). **Pre-surgical Binge Eating status: effects on eating behaviour and weight outcome after Gastric By-pass**. Obes Surg 16, 1198-204.
- Busetto, L. et al. (1996). Eating pattern in the first year following adjustable silicone gastric banding (ASGB) for morbid obesity. Int J Obes 20, 539-46.
- Busetto, L. et al. (2002). **Outcome predictors in morbidly recipients of an adjustable gastric band**. Obes Surg 12, 83-92.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., et al. Bariatric surgery. (2004). **A systematic review and meta-analysis**. JAMA 2004;2292:1724-37.
- Crerand, E., Fabricatore, A.N., Kuehnel, R.H., Patti, E., Lipschutz Steven, E., Raper, N.W., Wadden, T.A. (2006). **Previous weight loss experiences of bariatric surgery candidates: how much have patients dieted prior to surgery?**. Obesity 14, 70-5.
- Cuzzolaro, M., Parmegiani, A., De Luca, V. (2009). **Chirurgia bariatrica. Valutazione psicologico-psichiatrica preoperatoria**. In: Bosello, O. **Obesità. Un trattato multidimensionale 2ª edizione**. Milano, Kurtis Editore 790-6.
- Cuzzolaro, M., Basso, M., Paone, E. (2009). **Chirurgia bariatrica. Aspetti psicosociali**. In: Bosello, O. **Obesità. Un trattato multidimensionale 2ª edizione**. Milano, Kurtis Editore 803- 8.
- Devlin, M.J. (2007). **International Journal of Eating Disorders**, Wiley Periodicals, Inc.
- Devlin, M., et al. (2000). **Obesity: what mental health professionals need to know**. Am J Psy-



- chiatry, 157, 854-66.
- Dalle Grave, R. (2001). **Terapia Cognitivo Comportamentale dell'Obesità**, (Positive Press) Verona.
 - Dalle Grave, R., Calugi, S., Magri, F., Cuzzolaro, M., Dall'Aglio, E., Lucchin, L., et al. (2004): **Weight loss expectations in obese patients seeking treatment at medical centers**. *Obes Res* 12, 2005-12.
 - Esposito, K. Giugliano, M., Ciotola, M., De Sio, M. et al., (2008). **Obesity and sexual dysfunction, male and female**. *International Journal of Impotence Research*. 20, 358-365.
 - Fried, M., Hainer, V., Basdevant, A., Buchwald, H., Deitel, M., Finer, N., Greve, J.W.M., Horber, F., Mathus-Vliegen, E., Scopinaro, N., Steffen, R., Tsigos, C., Weiner, R., Widhalm, K. (2007). **Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity**. *Int J Obes* 31, 569-77.
 - Gockel, R. (2014). **Donne che mangiano troppo. Quando il cibo serve a compensare disagi affettivi**. (Feltrinelli).
 - Giberti, F. Rossi, R. (2007). **Manuale di Psichiatria**. (Piccin).
 - Forestieri P, Alkilani M, Amenta E et al. **Linee guida e stato dell'arte della Chirurgia Bariatrica e Metabolica in Italia**. Napoli: Edises Napoli, 2008. Acc.(1 feb. 2016): www.sicob.org/00_materiali.
 - Hayden, M.J., Dixon, J.B., Dixon, M.E., Shea, T.L., O'Brien, P.E. (2011). **Characterization of the improvement in depressive symptoms following bariatric surgery**. *Obes Surg*. 21, 328-35.
 - Hsu, L.K.G et al. (1998). **Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery**. *Psychosom Med* 60, 338-46.
 - Micanti, F., Di Genova, A., D'Amato, F. (2008). **Nutritional psychodiagnosis as predictive guidelines for bariatric surgery**. *Obes Surg* 18, 432-85.
 - Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS. (1980). **International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)**, World Health Organization, Geneva.
 - Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS. (2001). **ICF. International classification of functioning, disability and health**, World Health Organization, Geneva (trad. it. ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Erickson, Trento, 2002).
 - Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS (2007), **ICF-CY. International classification of functioning, disability and health: Children and youth version**, World Health Organization, Geneva (trad. it. ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute – Versione per bambini e adolescenti, Erickson, Trento, 2007).
 - Papageorgiou, G.M. et al. (2002). **Pre- and post-operative psychological characteristics in morbidly obese patients**. *Obes Surg* 12, 534-9.
 - Pull, C.B. (2010). **Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why**. *Curr Opin Psychiatry*. 23, 30-6.
 - Walfish, S., Vance, D., Fabricatore, A.N. (2007). **Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery**. *Obes Surg*. 17, 1578-83.
 - Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (2006). **Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia**. SICOB 1-87. Procedura dell'assessment.
 - Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (2016). **Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia**. Napoli, EdiSES. Available at: https://www.sicob.org/00_materiali/linee_guida_2016.pdf.
 - Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (2016). **Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia**. Napoli, EdiSES. Available at: https://www.sicob.org/00_materiali/area_medici/protocolli/2011_valutazione_%20psicologico_psi-chiatrica.pdf.
 - Simon, G. et al. (2006). **Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population**, in *Archives of General Psychiatry*. 63:824-830.
 - World Health Organization ICD-10 (1992). **International statistical classification of disease, injuries and causes of death (10th revision)**.



IN MEMORIA DI **LORENZO CALVI**, FENOMENOLOGO, PSICOPATOLOGO E MAESTRO

ULTIMO GRANDE RAPPRESENTANTE DELLA PSICOPATOLOGIA ITALIANA DEL '900

*Cosa vuoi che ti dica.
Noi siamo vicini alle cose*
Lorenzo Calvi

*Chi è rimasto husserliano?
Io, te e Calvi*
Gilberto Di Petta

*Paolo, tu leggi sempre cose
che non dovresti leggere!*
Antonio Nettuno

Paolo Colavero
Psicologo clinico, psicoterapeuta
IIPG, psicopatologo di formazione
fenomenologica

Il professore Lorenzo Calvi ci ha lasciato alle prime ore del 19 maggio 2017.

Celebre psichiatra e neurologo, psicopatologo e fenomenologo di fama internazionale, Lorenzo Calvi nasce nel 1930 "... a Milano in Corso Magenta. Da una parte l'Università Cattolica, dall'altra il Castello Sforzesco" (2015)

Nel 1942 si sposta con la famiglia sui monti intorno al lago di Lecco, in una piccola casa dalla quale, bambino, assiste alla cruenta lotta di liberazione partigiana dal nazifascismo. Sarà anche per questo imprinting bellico e di resistenza, Lorenzo Calvi cresce profondamente laico e allergico a tutto ciò che vorrebbe imporsi sulla volontà dell'essere umano, si tratti di religioni, ideologie o coperte teoriche troppo sature. Torna con la famiglia a Milano a conflitto terminato, e in città vive un'adolescenza felice fatta di passeggiate e esperienze normali, tra l'affetto dei propri cari e degli amici di allora.

Dopo il Liceo, Calvi decide di iscriversi a medicina e, sulla spinta di letture precoci, ha già in mente di voler fare lo psichiatra. Frequenta quindi la Cattolica, dove fa parte della piccola pattuglia che segue i corsi di Psicologia di Cesare Musatti, uno dei padri sacri della psicoanalisi italiana insieme a Edoardo Weiss, senza però farsi prendere, forse in parte per l'allergia di cui si accennava sopra, dallo strutturato pensiero psicoanalitico. Ma è nel laboratorio di Padre Gemelli, luogo di discussione e presentazione

di ricerche e lavori originali, che Calvi va incontro alla propria vita: è infatti in uno dei laboratori, dove Gemelli ospitava nomi come E. G. Morselli e F. Barison, che incontra Danilo Cargnello, di cui aveva già letto alcuni lavori durante le sue sedute in biblioteca, psichiatra che lo introdurrà al pensiero di Ludwig Binswanger e che diverrà il suo maestro di clinica e psicopatologia a Sondrio.

Lorenzo Calvi tiene molto a quel primo periodo di clinica e ingresso nel mondo dei pazienti, tiene molto al ricordo di quei momenti perché convinto di aver avvicinato davvero in quel periodo, da principiante alla clinica, le esistenze che incontrava nel suo peregrinare tra ospedale e domicilio dei pazienti. Allievo e quindi amico del neurologo Magrì, apprende dal suo esempio alcuni tratti per i quali si distinguerà e farà conoscere, ovvero "... il tratto signorile verso i malati, la garbata ironia verso le proprie conoscenze e le proprie risorse, la fusione continua, controllata, mai esorbitante, tra l'umanità del medico e la frequentazione delle umane lettere dell'uomo colto" (2015).

Dopo anni di studio appagante e appassionato, sulla scorta della delusione per l'ambiente della clinica cittadina, si sposta in Inghilterra dove passa alcuni mesi lavorando come infermiere, esperienza questa che gli permetterà di approfondire le proprie intuizioni sul corpo vissuto e sul lavoro dell'infermiere. Tornato in Italia scrive a Danilo Cargnello, allora Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Sondrio,



dove giunge dopo alcuni mesi come Assistente psichiatra dell'Ospedale Generale. Con Cargnello, Lorenzo Calvi intraprende un rapporto lavorativo, umano e spirituale molto particolare e profondo, che va dalla discussione sui casi clinici alla fenomenologia, dal contributo di Binswanger a quello di Husserl e non solo.

Il fare-fenomenologia che apprende attraverso la frequentazione, l'esempio e le passeggiate con Cargnello, si affianca, sul versante milanese che frequenta ancora spesso, alla conoscenza del pensiero di Enzo Paci e della sua filosofia fenomenologico-esistenzialista (figura, quella di Paci che è stata sino all'ultimo suo giorno nel cuore dello psicopatologo milanese che afferma di avere conosciuto Husserl attraverso Paci).

A Sondrio, dove resta sino al 1971 (anno in cui si trasferisce con la famiglia, la moglie Mariella e tre figli, a Lecco), Calvi, tra i primi a somministrare l'Imipramina (Tofranil), partecipa alla demanicomializzazione e si rende protagonista, insieme ai suoi infermieri e operatori, dell'occupazione di un'ala dismessa dell'Ospedale Generale che verrà quindi dedicata da quel momento ai 'neurologici' e ai *rifugiati* fuoriusciti dal manicomio in dismissione (*la senza patria*, Di Petta).

Il sodalizio con Cargnello si interrompe quando quest'ultimo sceglie di trasferirsi a Brescia per dirigere il manicomio cittadino; siamo nei primi anni '60 e Calvi sta scrivendo il testo sulla *costituzione dell'oggetto fobico* che lo renderà celebre tra gli psichiatri italiani ed europei e che, capitato per le mani dello stesso Paci, gli aprirà ufficialmente le porte del circolo milanese dello stesso filosofo.

L'incontro con i colleghi italiani della sua generazione, ovvero soprattutto con Callieri e Ballerini, ma anche con Borgna (conosciuto negli anni di studio) e Barison, nonché Basaglia e il gruppo dei filosofi che si occupavano anche di Salute Mentale, si approfondisce in occasione della pubblicazione sulla rivista transalpina *L'Evolution psychiatrique* di un numero speciale dedicato alla scena psicopatologica italiana, la cosiddetta *Ecole italienne*. È quindi proprio quella pubblicazione, alla quale partecipano, coordinati da Bruno Callieri, grande amico di Calvi,

molti altri psichiatri italiani tra cui lo stesso Franco Basaglia, che permette a Lorenzo Calvi di aprire una breccia nella tradizione e farsi conoscere dai rappresentanti della psicopatologia fenomenologica francese, tra i quali il celebre Georges Lanteri-Laura (che Calvi e famiglia frequenteranno a lungo).

Con lui ed altri colleghi gira in lungo e in largo la Francia tra Parigi e Marsiglia (dove incontra Tatosian) e Cérisy-la-Salle in Normandia, dove conosce Minkowski, Tellenbach, Maldiney, Schotte, Kimura ed altri noti colleghi.

È proprio inoltre dalla frequentazione dell'ambiente francese e dalla presa d'atto della insufficiente e limitata comunicazione tra gli psicopatologi europei, che Lorenzo Calvi prende spunto per fondare, nel 1988, *Comprendre - Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologique*, rivista che ciclostila nella sua abitazione (cento copie) e spedisce in tutta Europa insieme alla moglie, totalmente a sue spese.

Comprendre, subito accolta con grande entusiasmo dai colleghi, ospita da subito articoli dei più autorevoli psicopatologi europei tra cui Tellenbach, Eng, Kuhn e Azorin e ancora oggi, che le redini sono passate in mano al Redattore Capo Gilberto Di Petta, rappresenta la voce più autorevole e pura della fenomenologia clinica e della psicopatologia fenomenologica italiana (www.rivistacomprendre.org).

Intanto nel 1994 andava formandosi a Firenze la Società Italiana per la Psicopatologia, fondata da Arnaldo Ballerini insieme ad altri colleghi, tra cui lo stesso Calvi e Callieri, Gozzetti e altri, rappresentanti della seconda e terza generazione della psicopatologia fenomenologica italiana; *Comprendre* diviene naturalmente l'organo ufficiale della Società, e aggiunge *'et la psychopathologie'* al proprio nome.

Lorenzo Calvi partecipa quindi con grande gioia ed entusiasmo, da sempre convinto che il seme della fenomenologia dovesse essere piantato molto presto nei giovani clinici, ai seminari di Figline Valdarno, organizzati dalla stessa Società (quest'anno alla XVIIa edizione), a diverse edizioni della SOPSI e alle Giornate Psichiatriche Ascolane, non smet-

te praticamente mai di scrivere e raccoglie quindi i suoi scritti in alcune pubblicazioni oramai quasi introvabili (le monografie del 2005, 2007 Mimesis, Milano e 2013 Fioriti, Roma, nonché decine e decine di contributi su raccolte di saggi e articoli). Nel 1993, unico psichiatra fenomenologo, scrisse sul "Trattato italiano di psichiatria", riguardo l'approccio proprio della psicopatologia fenomenologica, da quel momento riconosciuto ufficialmente dalla psichiatria italiana.

Del terzetto base della psicopatologia fenomenologica italiana degli ultimi quarant'anni, Ballerini, Callieri e quindi Calvi, quest'ultimo è stato il riconosciuto Maestro della corrente più adesa al metodo e alla lezione della fenomenologia husserliana, alla quale ha portato notevoli innovazioni tecniche che hanno lasciato e lasceranno tracce fondamentali nella pratica della fenomenologia clinica. Concetti quali la *figura antropologica* e la *visionarietà*, il lavoro e l'*esercizio continuo dell'epochè*, nonché una serie infinita di *casi clinici* analizzati con rigoroso metodo trascendentale, rappresentano alcuni dei lasciti del Calvi fenomenologo e psicopatologo che meritano di essere profondamente analizzati e che guidano ora, forse con la maggiore consapevolezza terapeutica della nuova generazione della quale faccio parte, la pratica trascendentale della fenomenologia clinica.

A Firenze, ormai molti anni fa, in occasione dell'ottantesimo compleanno di Arnaldo Ballerini, dopo aver letto *Vergine e madre. La missione di Eleonora* (*Comprendere* XV, 2005) il primo lavoro che gli spedii per posta, Lorenzo Calvi mi disse con quella sua voce entusiasta:

"Paolo! Tu o sei fenomenologo, o sei sulla buona strada per diventarlo!".

Avevo allora venticinque anni, ci separavano cinquanta anni di storia e di esperienze ma ci unì, e da quel momento ne ebbi la splendente certezza e ne sentii allo stesso tempo la responsabilità (quasi quella che sento ora), una comune sensibilità votata alla ricerca della cosa stessa (*die Sache*). Se è vero infatti che i fenomenologi applicano la propria

ricerca in tutti i campi dello scibile umano, a contatto con i quali cercano di descrivere i fenomeni che vengono loro incontro, è anche vero che nella clinica psicologica e psichiatrica, la cosa stessa è il paziente. *La nostra cosa stessa è il paziente* (Callieri e Di Petta).

Così, avevamo davvero qualcosa in comune, a parte Figline: un modo di incontrare l'altro, privo di orpelli teorici e di zavorre ideologiche. Ci univa insomma quel che ci mancava, una sospensione, un contatto profondo ma fatto di poco e di briciole, di vicinanza, di quegli stessi *spiccioli* ai quali Husserl chiede porre l'attenzione che meritano.

Da quella prima volta ci siamo creati una confidenza particolare, un modo di essere insieme che prevedeva le mie domande, cui lui rispondeva bonariamente, in una maniera chiara e precisa allo stesso tempo, leggera e piena, senza lasciare mai zone troppo oscure, non illuminate dalla sua viva riflessione, leggera. Mi ha accolto sempre, ogni volta di nuovo, sempre di nuovo nella sua casa al lago, a Milano, in giro per l'Italia tra convegni e seminari, Ascoli Piceno, Roma, Firenze etc., a rifare insieme il racconto di questa fenomenologia che ci legava e ci lega.

Una fenomenologia di *spirito* prima che di corpo, di incertezze prima che di manuali, di *ironia* prima che di pesantezza e paroloni, di *curiosità* prima che di certezza, di *visione* prima che di diagnosi, di *immagini* e *vicinanza* prima che di convegni e simposi, di *strade, paesi e laghi* prima che di cartine geografiche, di *sguardi, sorrisi e silenzi* prima che di 'amicizie' e colleghi, di *cose ovvie* prima che di scoperte geniali, di *banalità* e *modi di dire* prima che di filosofie, teorie e paroloni, senza senso perché lontani dalla singola esperienza e vissuto.

La nostra fenomenologia *essenziale*, fenomenologia di *divano* prima che di cattedra.

Abbiamo raggiunto insieme, con fatica e sudore, comune voglia e curiosità, la vicinanza e sintonia propria del rapporto unico tra Allievo e Maestro, che lui avvicinava alla quella esistente tra *Azarin e Mirò* (1968), protagonisti il romanzo di Manlio Cancogni che mi regalò circa tre anni fa e del quale discutevamo spesso, al quale ci riferivamo quando in pros-



simità del *subliminare* e degli oggetti, dei luoghi, dei ricordi fattisi *fenomeni*.

Curioso sino alla fine, ironico per scelta e verve e profondamente legato alla vita, all'arte e alla famiglia (alla moglie Mariella, ai figli Giacomo, Vittoria e Andrea e ai tanti suoi cari nipoti), Lorenzo Calvi lascia una eredità immensa, fondata insieme, nelle loro anche nette differenze, ai suoi amici e compagni di strada Arnaldo Ballerini e Bruno Callieri.

Lorenzo Calvi lascia poi un grande vuoto nella psicopatologia italiana ed europea, uno spazio vuoto che sarà impossibile riempire ma che è ora compito dei giovani che seguono il suo insegnamento, provare a interrogare e ricostruire, come sempre, e husserlianamente, *per la prima volta*.

"Curiosità, speranza e fiducia sono le qualità che il fenomenologo cerca di non perdere quando si misura nell'incontro col malato in veste di psichiatra. Egli si presenta come "esperto dell'esercizio fenomenologico" e come tale si accinge a ripercorrere i movimenti intenzionali, che hanno portato il malato alla sua situazione esistenziale. Quando il fenomenologo si limitasse a cogliere, del malato, soltanto le spontanee donazioni di senso, allora egli conferirebbe alla visione eidetica un ruolo così esclusivo (e così escludente il suo coinvolgimento) da portarlo ad un possibile approccio estetizzante. Ma se il fenomenologo è esercitato ad ascoltare il suo personale, anche se saltuario, disagio, alcuni elementi fisiognomici del malato possono stimolare la sua prassi mimetica a ripresentificare il malato stesso nella sua coscienza, "mettendolo in scena" e quindi offrendolo, sia pure indirettamente, alla sua visione eidetica. Tutto questo avviene in una temperie di grande coinvolgimento affettivo. Sono questi i motivi per cui mi sono soffermato a lungo sulla mia formazione, perché essa costituisce, oltre che un training sui generis, un modello esplicativo del percorso fenomenologico ed esistenziale, che si deve affrontare insieme a ciascun malato, fino ad arrivare a quello "strabismo", che permette di abitare insieme il mondo della mondanità e quello della trascendenza.

Una delle frasi che il malato ci rivolge più spesso è proprio: "Mi sono accorto che...". Mi sono accorto che mi si presentava un aspetto nuovo della realtà, un senso inaspettato, una tonalità affettiva diversa dal solito.

Senonché quella del malato non è una vocazione, ma è una costrizione al riconoscimento del senso. Egli vive una situazione contraddicente sia la libertà che la speranza e la fiducia. Per lui è andata persa, o sospesa, l'evidenza naturale senza che egli né sappia né voglia né possa fruire positivamente d'una situazione dove il silenzio delle cose non è interrotto da un pacato discorso del senso, ma è lacerato da stridori, richiami, minacce. E non sto parlando, si badi bene, di allucinazioni acustiche, bensì dei clamori o dei sussurri metaforici, che sgorgano da una realtà attraversata da percorsi di senso, che imprigionano e stordiscono.

Abituato com'è ad ascoltare il discorso delle cose, il fenomenologo si ritrova avvantaggiato nell'inserirsi nel discorso che avvolge il malato. Egli pratica l'ascolto partecipante per dargli la sensazione della vicinanza emotiva e interviene con la parafrasi per dargli la sensazione della vicinanza ideativa. Così il malato finisce di sentirsi solo e sente il calore della comprensione"

(tratto da Lorenzo Calvi, *Fenomenologia è psicoterapia*, *Comprendre X*, 2000)

Grazie ancora di tutto, Maestro. Grazie della vicinanza e delle parole, della visione. Della vita e della speranza, della condivisione e della luce, del tuo esempio di pace e stile di fronte alla fine.

Liberato dal peso, dal respiro stanco, sei immagine e ricordo, sei libertà e utopia, sei modello e paradigma. Siamo tutti più soli. Ci resta la tua voce, tuo ultimo grande *dono*.

Addio Maestro caro, tuo Paolo.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- AA.VV., *Comprendre - Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*. La Garangola, Padova.
- Calvi, L. (2000). *Fenomenologia è psicoterapia*,

Comprendre - Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques – X. La Garangola, Padova.

- Calvi, L. (1963a). **Fenomenologia dell'espressione e dell'espressività.** *Annali di Freniatria*; ora è l'Introduzione in Calvi, 2007.
- Calvi, L. (1963b). **Sulla costituzione dell'"oggetto fobico" come esercizio fenomenologico.** *Psich. gen. e dell'età evol.*, 1, 3; ora la prima parte in Calvi, 2005, cap. 6 (La costituzione trascendentale dell'"oggetto fobico"), e la seconda parte in Calvi, 2007, cap. 2 (id.).
- Calvi, L. (1963c). **La disprosodia nelle malattie nervose.** *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, pp. 72-95
- Calvi, L. (1963d). **Oligofrenia, cataratta congenita, retinite pigmentosa, atassia cerebellare, amiotrofia nuurogena.** Osservazione di tre casi familiari e confronto con la sindrome di Marinesco-Sjögren. *Sistema nervoso*, anno XV, n° 3 maggio-giugno, pp. 189-198
- Calvi, L. (1963e). **La sindrome di Marinesco-Sjögren.** *Sistema nervoso*, anno XV, n° 3 maggio-giugno, pp. 211-218
- Calvi, L. (1964). **La metafora meccanicistica in medicina. Psicopatologia dell'espressione.** *Il Verri*, n. 15, p. 149; ora col titolo *Metafora e medicina* in Calvi, 2005, cap. 1
- Calvi, L. (1969). **La fenomenologia del diabolico e la psichiatria antropologica.** *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, Anno XXX, fasc. IV-V; ora col titolo *Lucia* in Calvi, 2007, cap. 5
- Calvi, L. (1980). **La consistance corporelle chez l'hypocondriaque.** in Lanteri-Laura (a cura di). *Regard, accueil et présence. Trente-deux études de psychiatrie et de psychopathologie – Mélanges en l'honneur de Georges Daumézon*, Privat, Paris, p. 61; traduzione italiana (con adattamenti): *La consistenza corporale nell'ipocondriaco*, in Calvi, 2007, pp. 31-40
- Calvi, L. (a cura di) (1981). **Antropologia fenomenologica.** F. Angeli editore, Milano.
- Calvi, L. (1985). **La fenomenologia del corpo e l'antropologia dell'infermiere.** *Rivista sperimentale di Freniatria*, 109, 821. Ora col titolo *Il segreto del buon infermiere* in Calvi, 2013, cap. 1-3
- Calvi, L. (1986a). **Le médecin et son ombre. À l'horizon de l'anthropologie phénoménologique. "Psychiatrie et existence",** *Décade de Cêrisy*, septembre 1989; textes réunis par P. Fédida et J. Schotte, Millon, Grenoble, 1991. Versione originale: *Il medico e la sua ombra: antropologia fenomenologica della medico-dipendenza*, *Tribuna Medica Ticinese*, n. 51, maggio, 1986a, pag. 205; ora col titolo *Il medico e la sua ombra* in Calvi, 2005, cap. 5
- Calvi, L. (1986b). **Phénoménologie de la matérialité corporelle,** in P. Fédida (sous la direction de). *Phénoménologie Psychiatrie Psychanalyse*, pp. 153-164, Echo-Centurion, Paris
- Calvi, L. (1993). **Prospettive antropofenomenologiche,** in *Trattato Italiano di Psichiatria* di G.B. Cassano e coll. (Cap. 2, *Fondamenti teorici della Psichiatria*, a cura di R. Rossi), Masson, Milano, 1a ed., 1993, p. 97; 2a ed. (con alcuni ampliamenti), 1999
- Calvi, L. (2000a). **Voce, in Universo del corpo,** Vol. 5, *Enciclopedia Treccani*
- Calvi, L. (2000b). **Danilo Cargnello e l'antropoanalisi. La prosa e la poesia.** *Psichiatria Gen. Età Evol.*, vol. 37
- Calvi, L. (2005). **Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra.** *Mimesis*, Milano
- Calvi, L. (2007). **Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte.** *Mimesis*, Milano
- Calvi, L. (2013) **La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica.** Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Calvi, L. (2015). **La mia vita per la psicopatologia,** in Di Petta G., Colavero P. (a cura di) *Il paradigma erlebnis*, EUR, Roma.
- Cancogni, M. (1968). **Azorin e Mirò.** Bompiani, Milano.
- Cargnello, D., Calvi, L. (1959). **Principii ordinativi per un inquadramento antropoanalitico delle fobie.** *Congrès de Tours*, 1959, *Archivio svizzero di neurologia, neurochirurgia e psichiatria*, 87, 2: 326-350, 1961



ISIS E TERRORISMO PSICOLOGICO

GLI EFFETTI SULLA POPOLAZIONE E IL CASO DELLA STRAGE DI MANCHESTER

Dott.ssa Mariagiada Angiolelli
Psicologa Clinica

RIASSUNTO

Sono molti anni ormai che viviamo costantemente invasi dalla paura, paura totalmente giustificata dal fatto che non appena si abbassa un po' la guardia ecco che un nuovo attacco terroristico arriva a devastare la vita di molte persone compiendo vittime di tutte le età, le religioni e lo stato sociale. Nessuno viene risparmiato, in quanto vittime non sono solo coloro a quali brutalmente e immotivatamente viene strappata la vita ma lo siamo tutti noi poiché la guerra dell'Isis è anche una guerra psicologica volta a disseminare panico e chiusura.

PAROLE CHIAVE

Attentati terroristici, Isis, Terrorismo psicologico, Manchester Arena, identificazione con la vittima.

PREMESSA

Il presente articolo nasce dalla mia esperienza personale vissuta durante la mia permanenza a Manchester, durante la quale mi sono trovata ad affrontare questa terribile esperienza che ormai da molti anni accompagna la vita di tutti noi caratterizzata da terrore e paura: gli attacchi terroristici compiuti per mano degli uomini dell'Isis.

Trovarsi a vivere in una città dove milioni di persone da ogni parte del mondo ogni giorno arrivano per cercare un futuro migliore, respirare la multiculturalità e la

multietnicità che fa sentire liberi di potersi esprimere e sognare la propria strada nel mondo, affrontare con gioia le differenze culturali e le sfide giornaliere dovute ad una lingua diversa e a uno stile di vita differente, amalgamarsi con questa città cosmopolita stringendo amicizie sulla base degli aspetti in comune e non sulle differenze religiose, di colore della pelle e culturali, ti lascia ben distante dal pensiero che c'è chi potrebbe approfittarsi di questa unione per usarla come arma, perché sono proprio le città come queste ad attirare la malvagità dell'Isis. Ed ecco che ad un tratto mentre ognuno sta conducendo la propria vita si sparge a macchia d'olio il panico in città, inizialmente non sai cosa stia accadendo, sei solo frastornato da rumore di elicotteri e suoni di sirene che invadono tutto intorno a te, e in principio pensi che si è trattato di un incidente o qualcosa di triste con cui da sempre siamo abituati a convivere, ma che egoisticamente non ci riguarda, ma quando si prende coscienza che si è trattato di un attentato terroristico non si può più far finta che non riguardi anche noi, e così lo scorso 22 Maggio 2017 alle 22.35 (ore inglesi) anche Manchester è stata invasa dal terrore e io ero presente a pochi centinaia di metri dal luogo dell'evento funesto. L'attacco terroristico è stato vile, inaspettato e malignamente premeditato, poiché il kamikaze ha scelto il momento più improbabile della serata per compiere l'efferatezza. A quell'ora all'uscita dalla Manchester



Arena – Seconda Arena coperta più grande d'Europa che ospita più di 21.000 persone- il livello di vigilanza si era abbassato, la gente era felice di essersi goduta lo spettacolo dell'artista internazionale Ariana Grande, star amata da bambini e adolescenti di tutto il mondo, che proprio quella sera aveva riempito l'arena con il "sold out", e si apprestavano a lasciare l'arena in un clima di grande gioia e soddisfazione quando un gran boato ha colto inaspettatamente tutti quanti. La carneficina seguita al boato è stato qualcosa di macabro e profondamente triste in quanto tra le vittime spiccavano soprattutto bambini dagli 8 anni in su. Poche ore dopo è arrivata anche la notizia che ha confermato che si era trattato di un Attentato terroristico, gettando non solo la città di Manchester ma tutto il mondo in un nuovo stato di allerta.

ATTENTATI TERRORISTICI E TERRORISMO PSICOLOGICO

Molti studi si sono concentrati negli ultimi anni sul cercare di comprendere cosa si nasconde dietro le reali motivazioni e le personalità che spingono molti ragazzi ad unirsi alla rete dell'Isis.

Marchisella A. (2016) nel suo libro "Oltre la luna a Fal-luja" ha cercato di individuare quelli che sono gli obiettivi dell'Isis sulla base di ipotesi formulate sulla moltitudine di mappe che circolano su internet che mostrano i progetti di estensione dell'Isis che partono da tut-

to il Medio Oriente, fino a gran parte dell'Est Europa per arrivare a tutta l'Africa centro-settentrionale per ricreare un califfato islamista con l'intento di rompere definitivamente i confini accordati nel 1916 in primis da Francia e Inghilterra con cui si divisero il territorio mediorientale dopo il crollo dell'Impero Ottomano. Ma c'è anche chi afferma un'altra ipotesi ovvero quella che l'offensiva dell'Isis sia importante per i produttori di armamenti poiché sperano che attraverso essa venga incrementata la produzione di armi per le monarchie del Golfo, ma la Marchisella tende comunque a ribadire che in ogni guerra c'è sempre chi ne guadagna.

Questioni aperte dunque rimangono se le motivazioni dei terroristi siano di auto-difesa o espansionistiche, di autodeterminazione popolare o di supremazia islamica. Gli attentati degli ultimi 6 anni puntano tutti sulla propaganda, la pubblicità e lo shock visivo, ed è proprio così infatti che sono riusciti ad attirare affiliati da tutto il mondo. Instagram, Facebook e Twitter sono gli strumenti più utilizzati per attirare e spaventare. Ormai anche progettare una vacanza è diventata un'attività soggetta al vaglio degli attentati, non c'è più solo la paura di volare connessa al prendere un aereo, ma è diventata paura di morire anche il solo frequentare dei locali, andare a teatro, partecipare a un evento tradizionale sul lungomare e nelle piazze, o ad un concerto per teenagers, tutto fa paura, tutto potrebbe essere soggetto ad attentati terroristici (Giangrande A., 2016).



Sulla base di queste motivazioni, l'attentato terroristico si pone come arma di massa dal duplice intento: ridurre il numero di "infedeli" e spaventare i rimanenti per piegarli alla loro volontà in un gioco macabro di resa psicologica alla loro potenza.

L'arma più potente si dimostra essere il Terrorismo di tipo psicologico, utilizzato con l'obiettivo più immediato di sostenere il morale dei suoi seguaci da un lato e demoralizzare le sue vittime, in modo tale che tutto il mondo reagisca in preda alla paura. È stato osservato che ciò che più impaurisce l'essere umano non è strettamente legato a ciò che ci può danneggiare, ma è strettamente correlata a livelli di copertura mediatica, ed è così che i media a volte inconsapevolmente facilitano il compito dei terroristi mettendo in scena le loro performance terrificanti: le immagini hanno importanza.

La guerra psicologica dell'Isis non è solo diretta alle sue potenziali vittime ma anche a coloro che intende controllare, in questo modo obbliga i suoi seguaci a partecipare o osservare atti brutali, addestrandoli così a sentire meno empatia in modo tale da de-umanizzarsi, questa tecnica di esposizione alla violenza utilizzata dall'isisper abbassare i livelli di empatia dei suoi seguaci, nel tempo può condurre a sviluppare una psicopatologia di tipo secondario. In uno studio molto recente (AA.VV., 2015) condotto in Australia sulle reazioni all'estremismo è stata indotta la paura della morte la quale secondo la Teoria della Gestione del Terrore (TerrorManag-

mentTheory) può portare a modificare le convinzioni politiche. L'estremismo è un tema molto dibattuto anche dall'opinione pubblica, che anche appoggia la teoria secondo la quale le immagini più brutali come le decapitazioni e le esecuzioni dell'Isis che circolano nei social media siano alla base della radicalizzazione, tuttavia non sono molto chiari ancora i processi psicologici che attivano questi processi di radicalizzazione originati da queste immagini, ma la TMT che tratta degli effetti inconsci dell'ansia esistenziale e della paura della morte dei comportamenti umani, ne offre una spiegazione convincente.

Ernest Becker (1973), nei suoi studi psicologici, antropologici e filosofici, sviluppò questa teoria sulla base delle sue riflessioni sulla morte e sul suo significato per l'uomo, secondo cui questi si difenderebbe inconsciamente dalla paura della morte (cosa che per l'autore è una caratteristica istintiva e distintiva dell'essere umano) mediante l'adesione e/o la difesa alle visioni culturali per far in modo di aumentare l'autostima e il senso di appartenenza al proprio gruppo culturale, in questo modo aumenta il rifiuto verso gli stranieri, aumentano anche le attitudini aggressive verso gruppi esterni e aumenta il supporto verso soluzioni violente ai conflitti.

Un noto psicologo israeliano, Ariel Merari, direttore del Dipartimento di Psicologia di Tel Aviv, ha condotto uno studio per poter affermare se esista o meno una "personalità terroristica" che spinga ad uccidere se stesso e gli altri in nome di una causa politica

o religiosa, e pare che la distinzione tra terrorista suicida e terrorista non-suicida sia fondamentale. Il tratto fondamentale che caratterizza la personalità terroristica sembra essere più che altro la permeabilità alla pressione psicologica derivante dal gruppo di appartenenza assieme a quella che Theodor W. Adorno, filosofo e sociologo tedesco fuggito dal nazismo denomina "personalità autoritaria", ovvero quel tipo di personalità che tende ad imporre e nello stesso tempo ad accettare il "fascismo" sociale, tanto da non essere in grado di tollerare lo scambio di opinioni e che riconosce nell'atto coercitivo la giusta soluzione alle situazioni di conflitto (Papadia M., 2015). Ne consegue che il giovane che viene reclutato dall'ISIS non è altro che un giovane appartenente al piccolo ghetto della città, che sotto un meccanismo di ghettizzazione viene spinto ad abbracciare ideologie fanatiche religiose che gli assicurano vendetta per essere stato stigmatizzato.

IDENTIFICAZIONE "ECESSIVA" CON LE VITTIME

Si è ben compreso come l'obiettivo dei terroristi sia quello di trascinare nella psicosi il mondo intero, poiché tutti i cittadini sono potenziali vittime, obiettivi sensibili sono diventati negli ultimi tempi soprattutto gli eventi dedicati ai giovani, i giovanissimi e le famiglie in modo tale da sottolineare che le nostre vite, la nostra quotidianità e le nostre libertà non saranno più quello che fino ad ora conoscevamo. I molti eventi annullati, come partite di calcio e manifestazioni, cancellazioni di treni e aerei è in effetti il risultato sperato dai terroristi che oltre a minare la nostra sicurezza vogliono gettarci in uno stato di allarme e paura perenne inducendoci a cambiare i nostri comportamenti e le nostre abitudini. Le conseguenze delle troppe informazioni e imma-



gini che circolano sui social media, diventano quasi inevitabili, come l'aumento dell'ansia, del senso di insicurezza, di paura e della paranoia che in alcuni casi ha portato a fenomeni di estrema isteria ed intolleranza nei confronti delle altre persone soprattutto di etnia diversa arrivando a coniare un nuovo termine che è quello dell'islamofobia.

Tutta questa esposizione porta a un processo molto pericoloso ed eccessivo di identificazione con le vittime che si trasforma in un eccesso di reazione emotiva a discapito dell'efficienza operativa, impedendo di pensare lucidamente e reagire con razionalità ed efficacia.

La sofferenza della vittima produce negli altri la stessa sofferenza, fino a punte estreme di immedesimazione, aumentando l'ansia e il disagio, creando così un circuito perverso che aumenta l'aggressività e la colpevolizzazione (Nivoli, 2010). Ne consegue che la gente sottoposta a eventi altamente tragici e cruenti, di cui è alle volte solo spettatrice involontaria, inizia ad adottare atteggiamenti di chiusura non solo fisica ma anche mentale. Le reazioni vanno dall'estrema tristezza e paura, dall'ansia generalizzata ad ogni sirena che si sente udire per strada, fino alla chiusura vera e propria nelle proprie mura domestiche per mantenersi così lontani dalla morte, ma in questo modo anche dalla vita.

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA TERRORISTICA

Per prevenire il cambiamento di nostre abitudini in favore di uno stato di continuo allarme e timore, in tutta Europa e anche in Italia ormai esiste uno staff di Psicologi dell'emergenza psico-sociale che opera con interventi a supporto della popolazione in caso di situazioni di rischio o in caso di traumi seguiti a tragedie, con l'obiettivo di aiutare ad affrontare situazioni alle quali si può e si deve reagire.

In effetti in molti Paesi Europei, sono state proprio le azioni terroristiche a promuovere la nascita di azioni psicosociali di emergenza data la rilevanza numerica delle vittime e l'impatto su tutta la popolazione. Nel caso specifico degli attentati terroristici, l'affermarsi della Psicologia dell'emergenza va fatta risalire agli anni '90, dopo l'attentato terroristico della stazione metropolitana parigina di S. Michel il 25 Luglio 1995.



Il modello che subito ha preso piede sullo scenario europeo relativo all'aiuto psicosociale in emergenza viene attribuito al PsychosocialWorking Group, un gruppo di lavoro sostenuto dalla Mellon Foundation e finalizzato a elaborare linee guida su scenari di impatto distruttivo come quello delle guerre. Questo modello fa riferimento a "emergenze complesse" ma può essere applicabile sia a scenari di pace che a quelli di guerra, in quanto è centrato sulla comunità colpita, e si fa carico di considerare contemporaneamente tre fattori fondamentali: la Capacità umana (si riferisce alla salute, al benessere e le abilità degli individui), l'Ecologia Sociale (connessioni e legami in una società) e la dimensione Cultura-Valori (diritti umani, credo politico e religioso). Questo perché quando una comunità viene colpita, tutto il sistema ne viene coinvolto, in quanto la comunità è una realtà dinamica in continuo movimento impegnata a trovare sempre un equilibrio stabile (Atrang, Ager, 2001).

Una presa in carico precoce, seppur breve, ha notevoli risultati, in quanto l'arrivo degli psicologi dell'emergenza sul luogo dell'evento tragico mostra l'interesse della comunità verso le vittime, in modo tale che tramite l'intervento, queste possano successivamente ricongiungersi con il resto della comunità e non sentirsi soli in balia di questi eventi altamente destabilizzanti (Sbattella, Tettamanzi, 2013).

CONCLUSIONI

Tutto il Mondo ed ora tutta l'Europa rischia ogni giorno un numero cospicuo di morti per mano dei terroristi, ma cosa aspettarci in Italia? In molti programmi televisivi si sente spesso dire che l'Italia grazie alle sue caratteristiche fisiche e politiche non è un Paese di interesse terroristico, eppure molti sono stati gli allarmi ricevuti in questi anni durante eventi italiani, gettando anche l'Italia in uno stato di grande timore. Nonostante l'Italia ancora non sia stata colpita fisicamente da attacchi terroristici, si è adeguata allo spirito paranoico e ansioso di tutta Europa, dovuto alle migliaia di informazioni che circolano nei media, e ai migliaia di connazionali sparsi per il globo. L'ISIS ha iniziato una guerra che è soprattutto psicologica e i risultati si vedono ormai sulla popolazione mon-

diale, anche quindi in Paesi come il nostro che non è ancora stato attaccato in prima persona, l'unica arma in nostro favore è continuare a vivere le nostre vite non allontanandoci dall'altro visto come diverso da noi e dunque pericoloso, ma continuando a rispettare la propria e l'altrui cultura rimanendo uniti per combattere il terrorismo. Le soluzioni infatti dovrebbero essere in primis quella della fiducia nel proprio Governo, seguita dall'importanza dell'integrazione sociale, stimolando il dialogo e la convivenza che altrimenti sfocerebbe sempre in un epilogo drammatico dove il vivere comune, multietnico e multiculturalmente di uno stato moderato lascerebbe sempre il posto al conteggio delle vittime.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., (2015). **Sicurezza Terrorismo Società**, EDUcatt, Milano, 2015.
- Becker, E., (1973). **The Denial of Death**, Free Press Paperbacks, New York, 1973.
- Giangrande, A., (2016). **Profugopoli vittime e carnefici: quello che non si osa dire**, Antonio Giangrande, 2016.
- Marchisella, A., (2016). **Oltre la luna a Falluja, Terrorismo internazionale: riflessioni e approfondimenti**, Youcanprint, 2016.
- Nivoli, G., (2010). **Vittimologia e Psichiatria**, Edi-ermes, Milano, 2010.
- Papadia, M., (2015). **Psicologia politica del Terrorismo: per un counseling dell'emergenza terroristica**, Libreriauniversitaria.it edizioni, Padova, 2015.
- Sbattella, F., Tettamanzi, M., (2013). **Fondamenti di Psicologia dell'emergenza**, Franco Angeli, Milano, 2013.
- Strang, A.B. & Ager, A. (2001). **Building a Conceptual Framework for Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: Reporting on the work of the Psychosocial Working Group**. Paper presented to the ISHHR Conference, Cavtat, Croatia, June 2001. <http://www.ishhr.org/conference/articles/strang.pdf>.

SITI CONSULTATI

- www.infocilento.it
- www.lametasociale.it
- www.radiocittàfujiko.it



LA FOTOGRAFIA TRA ARTE E TERAPIA

RIASSUNTO

In un momento storico culturale in cui l'immagine è divenuta strumento portante della comunicazione, ci si interroga sull'utilizzo di questa in ambito clinico. Dall'arteterapia alla fotografia terapeutica, tutti gli utilizzi della moderna arte fotografica come comunicazione degli stati emotivi ed espressione del sé.

PAROLE CHIAVE

Fotografia, arteterapia, fototerapia.

Negli ultimi anni si scrive e si discute molto di fotografia, oltre a scattarne di varie ed eventuali. Necessario è comprenderne le sfaccettature e utilizzarne le potenzialità. Mi pare quindi necessario esplicitare le basi dell'arteterapia e chiarire come di essa ne faccia parte la fotografia.

L'Arteterapia è una disciplina che utilizza l'espressione artistica come mezzo terapeutico, e ha l'obiettivo di ottenere il recupero e la crescita della persona nella sfera emotiva, affettiva e relazionale. L'opera artistica è concepita come l'espressione dell'inconscio e come un derivato del processo di sublimazione degli istinti di base.

Nel XX secolo furono mossi i primi passi verso l'Arteterapia così com'è intesa oggi grazie a Freud e Jung e alla psicoanalisi. Dal 1950 l'Arteterapia iniziò ad avere un suo peso nell'appoggio/cura di stati psichici disturbati divenendo terapia individuale per poi espandersi, laddove possibile, al gruppo, e orientandosi con maggior vigore verso metodi di espressione non verbale.

Margaret Naumburg, psicoanalista e seguace di Freud, considerata la fondatrice dell'Arteterapia in

America (*Art Therapy*), scrive: "Il processo dell'arte terapia si basa sul riconoscere che i sentimenti e i pensieri più profondi dell'uomo, derivati dall'inconscio, raggiungono l'espressione di immagini, piuttosto che di parole". Tali immagini esprimono i conflitti e in questa nuova veste appaiono più comprensibili, e quindi, più facilmente risolvibili. Un'altra fondatrice dell'Arteterapia è Edith Kramer, contemporanea della Naumburg, la quale considera l'opera d'arte come un "contenitore di emozioni" e l'atto stesso del creare come terapeutico di per sé.

Attualmente l'Arteterapia riflette un'ampia varietà di assunti teorici che si collocano in posizioni intermedie tra la Naumburg e la Kramer e forti influenze provengono dall'approccio umanistico, gestaltico, evolutivo e corporeo.

Questo tipo di tecnica, con risvolti terapeutici, si fonda sull'idea che l'inconscio utilizza un linguaggio fatto per lo più di rappresentazioni visivo - simboliche e, dunque, proprio l'uso dell'espressione artistica può permettere all'inconscio stesso di esprimersi attraverso un linguaggio fedele alla narrazione dell'io.

Tuttavia non è così scontato e semplice allargare il campo delle arti terapie all'ambito fotografico.

Molti autori ed arte-terapeuti hanno un pensiero divergente sulla fotografia, poiché essa è il risultato di un processo legato a stimoli esterni, mentre l'arte terapia è strettamente legata a stimoli interni. Krauss (1983) fa questa osservazione: "Sebbene sia l'arte-terapia che la fototerapia utilizzino la metodologia della proiezione espressa tramite immagini, a prima vista parrebbe che lo facciano



in modi davvero differenti. L'arte-terapia si basa sul far emergere dall'inconscio le preoccupazioni interiori del paziente attraverso il processo della creazione di un disegno, prodotto spontaneamente dal paziente, per la realizzazione del quale non è necessaria la presenza in quel momento di uno stimolo esterno; nel momento in cui il disegno viene realizzato il soggetto, è libero di ignorare in tutto o in parte i contenuti esterni.

Le fotografie, d'altro canto, vengono scattate nel luogo in cui il contenuto fisico esiste davvero (oppure la sua forma simbolica appare o è strutturata in modo da apparire). Una fotografia di una casa userà come contenuto qualche rappresentazione fisica di una casa. Poiché l'arte-terapia si basa su soggetti interiori esteriorizzati e la fototerapia dipende da soggetti esterni interiorizzati, parrebbe che esse abbiano a che fare con aspetti differenti del simbolismo personale.

È bene distinguere, a parer mio, la fototerapia dalla fotografia terapeutica.

La fototerapia è quell'insieme di interventi terapeutici nel corso dei quali uno psicoterapeuta utilizza la fotografia, in una relazione duale e interattiva. All'interno quindi di un setting strutturato, sono utilizzate delle vere e proprie tecniche che riguardano il Fotocollage, l'Autoritratto, Fotografie biografiche e di famiglia. Queste tecniche possono essere utilizzate da qualsiasi terapeuta qualificato indipendentemente dall'orientamento di riferimento o approccio privilegiato. Seguendo Barthes che diceva: "la storia è isterica e prende forma solo se la si guarda"; ecco che la fotografia si presta ad essere osservata, si mette in mostra pronta a suggerire senza pretendere di dire pura verità. Si offre interamente all'osservatore che inconsciamente fa una scelta di quali input selezionare comunicando sentimenti, memorie, pensieri e credenze personali. Il terapeuta prende in esame tematiche ripetute, simboli personali e metafore del soggetto aiutandolo a ricostruire dinamiche familiari, il processo di crescita, sentimenti di lutto etc.

La fotografia terapeutica, invece, si rifà a tutti quegli interventi mirati che utilizzano la fotografia come facilitatore, che promuovono la presa di coscienza

di sé e della realtà circostante. Favoriscono il riconoscimento e la comunicazione degli stati emotivi e hanno come obiettivo principale l'empowering dell'individuo. Si meglio confà alle dinamiche di gruppo e quindi alle realtà comunitarie. In verità, ogni fotografia porta con sé questo potenziale ed è pertanto in ogni ambito e per ogni fotografo e soggetto fotografato, che essa può divenire strumento di scoperta e consapevolezza.

Per Tisseron la macchina fotografica fissa un'immagine del mondo più o meno assimilabile, così come lo psichismo fissa le rappresentazioni, gli affetti e gli stati corporei legati a una determinata situazione. La fotografia rappresenta un contenitore dell'esperienza percepita e rinvia a processi di contenimento. Non è semplicemente la bellezza a trovarsi negli occhi di chi osserva, ma la stessa idea di realtà si basa sulle nostre percezioni. Siamo attratti da stimoli che per noi hanno una qualche valenza, mentre il resto del mondo vive nell'ombra in attesa di avere anch'esso un significato. Freud stesso paragonò il funzionamento dell'apparato psichico dell'individuo a una macchina fotografica, poiché la psiche, durante il sonno, converte l'energia psichica in immagini come "correlativo oggettivo" delle emozioni o tensioni del profondo. Allo stesso modo la fotografia è il risultato delle pulsioni interne, che occorre poi decifrare razionalmente. Ne segue una funzione riparatrice, poiché attraverso l'analisi e l'elaborazione, il soggetto può accedere a traumi e pensieri da elaborare. La fotografia risulta quindi un oggetto transazionale, mediatore che secondo Winnicott è un oggetto concreto metaforizzante la realtà interna e contiene in sé due funzioni: la funzione denotativa, che è descrittiva e oggettiva, e la funzione connotativa, che invece concerne la capacità dell'oggetto di metaforizzare (cioè presentare un altro ordine di realtà).

Minor White sosteneva "lo stato mentale del fotografo nell'atto in cui crea è un vuoto (...) quando cerca soggetti per le sue fotografie, il fotografo si proietta in tutto ciò che vede e con tutto si identifica per meglio conoscerlo e sentirlo". Insomma lo scatto, l'istante, il pezzo di carta stampata o la traccia

digitale, contiene molti più significati di quanti essa ne mostri. Fotografare vuol dire guardare nel mirino e “scegliere” una parte di mondo, cosa riprendere, come riprenderlo. Allo stesso modo una persona guarda dentro di sé e sceglie come essere, cosa dire, come comportarsi: un processo attivo in cui unico filtro è l'individuo. La realtà interiore percepita come esterna permette di evitare il confronto con gli aspetti difficili del proprio sé. Le foto scattate permettono in primis di esserne l'autore ma successivamente di porsi anche come spettatore e quindi come lettore della propria realtà personale. La fotografia offre un'esperienza sicura di essere visti e ascoltati, poiché essa parla al posto del paziente in una lingua fatta di immagini. Come dice Carlo Riggì, “Può essere un modo per ricordare ma anche per dimenticare, la sua valenza terapeutica consiste anche nell'aiutare a liberarci, elaborandolo, del dato grezzo che incombe e ci ingolfa, o da angosce senza nome che ci tormentano con la loro immanente visibilità. La fotografia serve a far vedere quel che non si vede, a far esistere quel che non c'è, a rendere conoscibile l'inconoscibile. Quando l'invisibile si è fatto visibile, in quel preciso istante un pezzo di mondo è morto ed è rinato altrove. È lì che dobbiamo puntare il nostro obiettivo fotografico se vogliamo scoprire qualcosa di noi”. Alla luce di tutto ciò, mi pare inevitabile non affrontare e divulgare tali potenzialità, affinché ogni immagine prodotta possa essere un punto di riferimento per un'analisi personale e intima e soprattutto urge che il pensiero critico e analitico preceda l'atto creativo stesso, per non portarci a morire soffocati da fotografie inutilmente prodotte, prive di ogni scopo, messaggio comunicativo, riflessione ed elaborazione consapevole. Ogni fotografia parla di noi... siamo sicuri che stiamo mostrando proprio ciò che vogliamo?

BIBLIOGRAFIA

- Barthes, R. (1980). **La camera chiara. Nota sulla fotografia.** Einaudi, Torino.
- Berman, L. (1997) **La fototerapia in psicologia clinica. Metodologia e applicazioni.** Erickson, Trento 1997.
- Borowsky Junge M, Pateracki Asawa P. A (1994), **History of Art Therapy in the United States, Mundelein:** The American Art Therapy Association.
- Caterina, R., (2005), **Che cosa sono le arti-terapie.** Roma: Carocci.
- David, A.Krauss, (1983), **Reality, photography and psychotherapy.** in D.A.Krauss & J.L.Fryrear “Phototherapy in mental health(pp 40 -56), Springfield.
- Freud, S., (1976), **Tecnica della psicoanalisi,** Boringhieri, Torino.
- Freud, S., (1969) **Saggi sull'arte la letteratura e il linguaggio,** Torino: Boringhieri.
- Jung, G.C. (1955), **Mysterium Coniunctionis,** Trad. it. in Opere, Boringhieri, Torino, 1990, Vol. XIV, t. 2 pag. 22.
- Jung G.C., (1966), **The spirit in man, art, and literature,** Princeton: Princeton University Press.
- Kramer E., (1977), **Arte come terapia nell'infanzia,** Firenze: La Nuova Italia.
- Naumburg, M, (1966) **Dynamically oriented art therapy: its principles and practices,** New York: Grune & Stratton.
- Riggì, C. **L'esuberanza dell'ombra. Riflessioni su fotografia e psicoanalisi**”. Edizione Le Nuove 2008.
- Weiser, J., (2011), **PhotoTherapy Lectures and Workshops in Italy, September & November 2011,** disponibile on line su: <http://www.phototherapy-centre.com/italian.htm>.
- Weiser, J. (1975), **Photography as a verb,** in “**The BC photographer**”, fall 1973, n. 3
- Weiser, J. (2001), **PhotoTherapy Techniques: Using Clients' Personal Snapshots and Family Photos as Counseling and Therapy Tools,** in “**Afterimage: The Journal of Media Arts and Cultural Criticism**”, 29:3, novembre-dicembre 2001 (numero speciale “**Media art as/in therapy**”), pp. 10-15.
- Weiser, J., (1992) **PhotoTherapy Techniques: Exploring the Secrets of Personal Snapshots and Family Albums,** PhotoTherapy Centre Press, Vancouver: Jossey-Bass Publishers.
- Winnicott, D.W (1989), **Sulla natura umana,** Milano, Cortina.



LA NECROFILIA: CLASSIFICAZIONE E ASPETTI EZIOLOGICI

Riccardo Tarantino
Psicologo, Ordine degli Psicologi della
Regione Puglia n. 5247

RIASSUNTO

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare in maniera scrupolosa il fenomeno della necrofilia, con particolare riguardo alla classificazione proposta dagli studiosi del settore e agli aspetti eziologici. Dalla letteratura esaminata emerge come, ancora oggi, non sia stata avviata un'analisi dettagliata di questa malattia mentale. Attualmente, lo studio più completo ed esaustivo è quello svolto dal professore di medicina forense Anil Aggrawal, che ha fornito strumenti preziosi per una maggiore conoscenza del disturbo parafilico.

PAROLE CHIAVE

Necrofilia, disturbo parafilico, psicopatologia, classificazione, eziologia.

Il termine necrofilia deriva dalle parole greche *nekros* (cadavere, corpo morto) e *philia* (amore, amicizia). Il vocabolo, dunque, vuol dire letteralmente "amore per il morto". La necrofilia può manifestarsi sia da un punto di vista meramente sessuale (desiderio di avere rapporti sessuali con un cadavere) che non sessuale (piacere di rimanere a contatto con i morti o con qualcosa di morto).

Il termine necromania ha un significato simile, avendo la stessa radice. Esso indica una preoccupazione patologica o un'ossessione per i cadaveri (Rajs, Lundström, Broberg, Lidberg & Lindquist, 1998). Il necromane può imbalsamare e conservare il corpo morto (a volte di una persona cara) e tenerlo in custodia per

lunghi periodi. Sul corpo potrebbero essere perpetrati degli atti sessuali (Aggrawal, 2011).

La necrofilia è annoverata dal DSM-5 (APA, 2013) nella categoria "Disturbo parafilico con altra specificazione". Questo gruppo comprende anche telefonate oscene (scatologia telefonica), zoofilia, coprofilia, clismafilia e urofilia.

Ferracuti (1983) scrive che la necrofilia "Va da semplici atti osceni su cadaveri a congiungimenti [...] con varie modalità e, in qualche caso, con mutilazioni della vittima. In questi casi, definiti *necrostupratio*, sono evidenti i punti di contatti con il sadismo" (p. 82).

La necrofilia è una pratica molto antica e trova non pochi riscontri storici. Nelle culture antiche spesso era accettata come mezzo di connessione spirituale con i defunti (costituiva il modo di comunicare con i morti oppure il tentativo di far rivivere la persona recentemente scomparsa (Aggrawal, 2011). Secondo Erodoto (cit. in Rosman & Resnick, 1989) gli antichi Egizi prendevano precauzioni contro atti di necrofilia, non permettendo che i corpi delle mogli di uomini di alto rango fossero portati immediatamente agli imbalsamatori, per paura che essi le potessero violare.

Tra i più noti e spietati necrofilici della storia segnaliamo: Victor Ardisson, Fritz Haarman, Peter Kurten, John Haigh e Kuno Hoffman (Giovannini, 1997).

Lo scrittore Rupert Furneaux (1961/1967) racconta che nella prima metà del Novecento, durante il periodo di piena attività delle case di prostituzione:



Pietro Pajetta - *L'Odio* (1896)

[...] esistevano in alcune città europee speciali bordelli attrezzati per questa particolare clientela: in "camere mortuarie" le prostitute, vestite e truccate come cadaveri, si stendevano in bare aperte nella luce tremolante di alti ceri, con i drappi e tutti gli emblemi delle cerimonie funebri. Il necrofilo, vestito da prete, entrava borbottando preghiere incoerenti e si gettava infine sulla sua vittima, che, durante l'amplesso, restava perfettamente inanimata, come morta (p. 218).

Anche un particolare filone cinematografico approfondisce il tema della necrofilia: *L'Orribile Segreto del Dr. Hichcock* (Freda, 1962), *Love Me Deadly* (La Certe, 1973), *Buio Omega* (D'Amato, 1979) e *Kissed* (Stopkewich, 1996). Di minore importanza ma degne di nota sono le pellicole di produzione tedesca *Nekromantik* (Buttgereit, 1987) e *Nekromantik 2* (Buttgereit, 1991). Il termine necrofilia probabilmente è stato usato per la prima volta dallo psichiatra belga Joseph Guislain (1852). Il passaggio in cui Guislain conia il vocabolo, si trova nel suo *Leçons Orales sur les Phrénopathies*: C'est dans la catégorie des aliénés destructeurs

qu'il faut ranger certains maladies à qui je donne volontiers le nom de NÉCROPHILES.

Les médecins aliénistes ont adopté, comme une forme nouvelle, le cas du sergent Bertrand, le déterreur de cadavers, dont tous le journaux ont parlé récemment.

Ne croyez toutefois pas que ce soit-là une forme de phrénopathie qui apparisse pour la première fois. Les anciens, en parlant de la lycantropie, ont cité des exemples auxquels on peut plus ou moins rapporter le cas qui vient d'attirer si fortement l'attention publique (p. 257).

Secondo lo psichiatra è proprio all'interno della categoria dei "aliénés destructeurs" (distruttori folli) che bisognerebbe collocare alcuni pazienti che vorrebbe chiamare necrofili. Egli cita il caso del sergente Bertrand che dissotterò dei cadaveri. Lo studioso sostiene che non è la prima volta che compare un caso relativo a questa forma di malattia mentale. Gli antichi, infatti, parlando di licanthropia, citavano esempi simili a quello appena descritto.



Lo psichiatra tedesco Krafft-Ebing (1886), nel suo saggio *Psychopatia Sexualis*, scrive che la necrofilia è una forma di appagamento sessuale così mostruosa, che il supporre la presenza di uno stato psicotico è, in ogni circostanza, giustificata.

L'aspetto fondamentale del disturbo parafilico è la deumanizzazione del cadavere (Malizia, 2010):

[...] tale deumanizzazione non è altro che il tentativo complesso e contorto, da parte del soggetto, di soddisfare la carica a riguardo di desideri impossibili. Relazionandosi col cadavere, il soggetto annulla completamente il rischio di minacce o prepotenti sensi di colpa: così facendo, ossia raggiungendo l'amplesso con un partner deumanizzato, può trasformare vecchie sconfitte infantili in momenti di trionfo e soddisfazione (p. 170).

Lo psicoanalista tedesco Erich Fromm (cit. in Godino & Colazzo, 2004), avanza una precisa teoria sostenendo che l'uomo ha le giuste potenzialità per sviluppare un comportamento basato sull'amore per la vita (biofilia). Questa condizione psicologica positiva spinge l'individuo verso il bene, l'amore e la creatività. Tuttavia, in circostanze particolari, tali potenzialità vengono ostacolate lasciando spazio all'amore per la morte (necrofilia). Per sviluppare l'amore per la vita è necessario che l'uomo, sin da bambino, sia circondato da persone sensibili e attive che amino pienamente la vita.

“Col termine necrofilia si suole indicare l'eccitazione erotica, preferenziale o esclusiva, suscitata dall'ispezione, dal contatto e dal congiungimento carnale con cadaveri” (Liggio, 2010, p. 128). Tuttavia, “Il termine viene anche usato in senso figurato per descrivere il desiderio di controllo totale su un'altra persona, tale da annullare completamente la volontà dell'altro riducendolo a un oggetto, come è appunto un cadavere” (Petrini, Casadei & Chiricozzi, 2011, p. 101).

La necrofilia rientra tra quei disturbi mentali che gli studi di settore chiamano “perversioni dell'oggetto”: pratiche sessuali deviate in cui si sostituisce l'oggetto finale (Simonelli, Petruccello & Vizzari, 2002). Tra i disturbi psicosessuali, la necrofilia risulta esse-

re molto rara, benché gli studiosi siano concordi nel ritenerla diffusa più di quanto rivelino le statistiche. Dato che l'atto verrebbe consumato in segreto con una vittima incapace di lamentarsi, i casi vengono alla luce solo quando il soggetto viene sorpreso (Aggrawal, 2011). Questa perversione sembra essere prerogativa esclusiva dei maschi (Geberth, 2003) anche se non mancano casi al femminile.

“I necrofilici esercitano una sessualità di tipo [...] pregenitale e l'attività prediletta è la masturbazione perché centrata sul sé, con il cadavere che funziona da strumento passivo usato per raggiungere una gratificazione personale [...]” (Mastronardi & De Luca, 2013, p. 241).

Nota anche con i sostantivi necrofilismo, necrolagnia, necrocoito e tanatofilia, la necrofilia è spesso accompagnata da altre parafilie come sadismo, cannibalismo, vampirismo, necrofagia, necropedofilia e necrozoofilia (Aggrawal, 2011).

I becchini o coloro che lavorano nelle camere mortuarie, sono le persone più spesso sorprese in atti di necrofilia anche se nessuna occupazione è aprioristicamente immune a questo tipo di perversione sessuale (non mancano neanche casi di monaci e sacerdoti necrofilici). Non è raro che persone affette da necrofilia scelgano questo mestiere perché consente loro libero accesso ai cadaveri (Liggio, 2013).

CLASSIFICAZIONE

L'attitudine necrofila si estende su una vasta gamma di comportamenti che vanno dall'indurre il partner a simulare lo stato mortuale all'uccisione per poter disporre di cadaveri su cui perpetrare le proprie perversioni sessuali. La diversità di concretizzazione della necrofilia ha portato alla nascita di una moderna classificazione sviluppata dallo studioso indiano Aggrawal (2009, 2011) nella quale le differenti tendenze necrofile sono disposte su una scala crescente di atrocità. Il gradino più basso è definito classe I ed è occupato dai cosiddetti *Role Players*, in cui la necrofilia si manifesta solo a livello di fantasia. I gradini più alti appartengono alle classi IX e X. Nella prima si collocano i cosiddetti *Homicidal Necrophiles*, che uccidono per abusare del corpo della vittima. Essi potrebbero avere rapporti con persone vive, ma

per motivi fisici o psicologici, si sentono inadeguati e cercano rifugio nella parafilia. La classe X, invece, designa i cosiddetti *Exclusive Necrophiles*, ossia coloro che dipendono necessariamente da un corpo morto per esprimere la loro sessualità. Questo vuol dire che anche in presenza di un partner (vivo) disposto a concedersi, loro non sarebbero comunque in grado d'instaurare una relazione romantica. Dunque, la classificazione proposta dallo studioso, attualmente, rappresenta quella più aggiornata e attendibile. Ecco la proposta di seguito:

- **Class I Necrophiliacs: role players**
Si tratta di individui che non sono impegnati in attività sessuali con i morti, ma con gente che finge di essere morta. Pertanto essi chiedono ai loro partner di fingere di essere morti per raggiungere l'erezione. A volte si arriva a chiedere al partner di indossare abiti da morto e a trasformare il luogo in cui avvengono i rapporti sessuali in una camera mortuaria.
- **Class II Necrophiliacs: romantic necrophiles**
Si tratta di persone che mostrano tendenze necrofile molto lievi. In questa classe s'inseriscono quegli individui che non si rassegnano alla perdita di un congiunto e quindi decidono di mummificarne il corpo per continuare a relazionarsi con loro in qualunque atto della quotidianità.
- **Class III Necrophiliacs: people having a necrophilic fantasy - necrophilic fantasizers**
Gli individui appartenenti a questa classe non hanno rapporti sessuali con i defunti. Essi si limitano semplicemente al fantasticare di averne.
- **Class IV Necrophiliacs: tactile necrophiles**
Con questa classe si ha il passaggio dalla fantasia al contatto. I necrofili tattili, infatti, sono così definiti perché hanno la necessità di toccare il cadavere in maniera erotica, al fine di ottenere l'orgasmo. Essi godono nel toccare, accarezzare, leccare parti del corpo morto, come genitali o seni. Spesso questi soggetti scelgono di compiere lavori che li portano ad avere frequenti contatti con i morti.
- **Class V Necrophiliacs: people having a fetishistic necrophilia - fetishistic necrophiles**
Questi necrofili non s'impegnano in attività copulatorie con i morti ma godono nel tagliare alcune parti dei cadaveri per impiegarle in attività fetici-

ste. Essi a volte conservano una parte del corpo come peli pubici o dita, nelle loro tasche per una continua stimolazione erotica.

- **Class VI Necrophiliacs: people having a necromutilomania - necromutilomaniacs**
Si tratta d'individui che, pur non avendo rapporti sessuali veri e propri con i defunti, provano piacere nel mutilare i cadaveri e nel masturbarsi contemporaneamente. È importante sottolineare che in questa classe, come nelle precedenti, non si verificano omicidi a scopo necrofilo.
- **Class VII Necrophiliacs: opportunistic necrophiles**
Generalmente si tratta di individui che pur avendo rapporti sessuali con i vivi, all'occorrenza sarebbero felici di averne con i morti.
- **Class VIII Necrophiliacs: regular necrophiles**
A differenza della classe precedente non godrebbero nell'aver rapporti sessuali con i vivi. Essi provano piacere solo con i morti e sono per questo indotti a cercare cadaveri in obitori o cimiteri. A volte questi soggetti s'impiegano in società di pompe funebri o arrivano a corrompere gli assistenti mortuari per avere libero accesso ai cadaveri.
- **Class IX Necrophiliacs: omicida necrophiles**
Questa è la categoria più pericolosa di necrofili perché la necessità di avere rapporti sessuali con i morti è avvertita come spinta irrefrenabile che li porta a commettere omicidi. A differenza delle classi precedenti, in questa il rapporto sessuale avviene quando il corpo è ancora caldo. In molti casi, la voglia di uccidere è così forte e ripetitiva che il necrofilo è costretto a diventare un serial killer. A seconda del comportamento che l'omicida assume nei confronti della vittima, questa classe si divide in sei sottoclassi:
IXa: coloro che uccidono e si limitano a mutilare il cadavere per raggiungere l'orgasmo;
IXb: coloro che uccidono e si limitano ad avere rapporti sessuali con il cadavere;
IXc: coloro che uccidono e che impiegano il cadavere sia in pratiche sessuali che mutilatorie (soprattutto seni e genitali);
IXd: coloro che attuano combinazioni di sesso e mutilazioni sulla vittima, prima e dopo l'assassinio. Il soggetto prima mutila la vittima ancora viva, poi la uccide e poi si unisce al cadavere nel rapporto



sessuale, praticando su di esso altre mutilazioni;

IXe: sottoclasse simile alle precedenti ma con diverse e più gravi combinazioni;

IXf: alle precedenti sottoclassi aggiunge la componente sadica.

A differenza delle sottoclassi IXd, IXe e IXf nelle quali i necrofili interagiscono con la vittima sia durante la vita che dopo la morte, le sottoclassi IXa, IXb e IXc, interagiscono solo con il corpo morto. Questi soggetti sono affascinati dai corpi privi di vita perché non rappresentano una minaccia. Le sottoclassi IXd, IXe e IXf sono caratterizzate dal piacere nel torturare le vittime in vita.

▪ **Class X Necrophiliacs: exclusive necrophiles**

Questo gruppo, che è forse il più raro di tutti, non è necessariamente il più pericoloso. È indicato come ultima classe perché essi necessitano esclusivamente del corpo morto per le pratiche sessuali. Essi possono o non possono uccidere per ottenere i cadaveri.

Precedentemente Rosman e Resnick (1989) hanno effettuato uno studio retrospettivo su 122 casi di necrofilia (88 casi dal mondo della letteratura e 34 casi non pubblicati di colleghi). Gli studiosi hanno classificato la necrofilia in due grandi gruppi: *Genuine Necrophilia* e *Pseudonecrophilia*. Il primo gruppo include individui che hanno un'attrazione persistente nei confronti dei cadaveri. Questi soggetti sono stati classificati in tre sottogruppi in relazione alla natura dei loro atti con i morti:

- 1 **Necrophilic Homicide:** il reo uccide per ottenere un corpo a scopi sessuali;
- 2 **Regular Necrophilia:** il trasgressore si limita a compiere perversioni sessuali su corpi già morti;
- 3 **Necrophilic Fantasy:** il soggetto immagina atti di necrofilia senza mai giungere a compierli.

Il termine *Pseudonecrophilia*, invece, indica un'attrazione transitoria per un cadavere senza però modificare in toto le proprie abitudini sessuali che restano comunque orientate alle persone in vita. Tale gruppo include casi sadici, occasionali e transitori.

EZIOLOGIA

Sulla base degli studi condotti specialmente nel Novecento, tante possono essere le cause della necrofilia. Secondo taluni psichiatri avrebbe un fondamento

biologico come, ad esempio, l'anosmia (l'impossibilità di percepire gli odori), l'inadeguatezza sessuale o più generici traumi cerebrali. Per quanto riguarda il primo fattore, Havelock Ellis (1923) cita un caso di necrofilia derivato, secondo lui, da un difetto congenito. Questo caso, originariamente descritto da Belletrud e Mercier (1903), descrive un giovane uomo che, mentre assisteva un becchino, ipotizzò e realizzò l'idea di dissotterrare i corpi di giovani ragazze con le quali poter soddisfare le sue pulsioni. Quando gli fu chiesto il perché dell'atrocità, rispose: "Non sono riuscito a trovare nessuna ragazza che accettasse di cedere ai miei desideri; questo è il motivo per cui ho fatto ciò. Avrei preferito avere rapporti con persone viventi. Ho trovato del tutto naturale fare quello che ho fatto: non ho visto nulla di male in questo, e non pensavo che qualcun altro avrebbe potuto soddisfare le mie fantasie. Considerando che le donne provavano una certa repulsione nei miei confronti, mi è risultato del tutto naturale interessarmi alle persone morte, che, al contrario delle vive, non mi hanno mai respinto. Usavo dire loro parole come 'la mia bella, il mio amore, ti amo'." Nel citare questo caso Ellis afferma che, quando un atto così anomalo è avvertito come naturale, abbiamo a che fare con una persona che è congenitamente difettosa, disturbata negli aspetti più sensibili dell'intelligenza. L'uomo, figlio di una donna malata di mente e con pulsioni sessuali irrefrenabili, era affetto da disturbi psichici e anosmia.

Secondo altri studiosi, invece, la necrofilia sarebbe relazionabile a traumi cranici, generalmente seguiti da commozione cerebrale. Price (1963) cita un caso di necrofilia in cui il colpevole rivelò che, due anni prima di compiere l'atto necrofilo, era stato vittima di un incidente motociclistico che gli causò un trauma cranico e una commozione cerebrale. Tale evento potrebbe essere stato un fattore scatenante delle tendenze necrofile dell'individuo. Tuttavia esistono numerosi incidenti simili che non confermano tale ipotesi.

Molti di più, però, sono i casi di necrofilia spiegabili con l'inadeguatezza sessuale. Generalmente si tratta di un'impotenza di origine psicologica, determinata da ansia da prestazione. Questo fattore ansioso scompare di fronte ad un cadavere che non può giudicare o deridere la performance del necrofilo. È ben noto,

infatti, come alcuni necrofili soffrono d'impotenza nei rapporti con donne vive, rivelandosi completamente in salute in altre situazioni. (Aggrawal, 2011).

Tra le spiegazioni di origine psicologica, un posto privilegiato lo occupano l'abuso e la dipendenza da sostanze, ma ancor di più il desiderio di possedere la vittima e le vessazioni e gli abusi sessuali subiti durante l'infanzia.

Riguardo all'abuso di sostanze, emblematico è il caso segnalato da Lancaster (1978) nel quale uno studente di 23 anni fu condannato al carcere a vita per l'omicidio di una donna. L'imputato ha raccontato che precedentemente era entrato due volte in un obitorio per avere rapporti sessuali con cadaveri femminili dopo aver assunto alcol e sostanze chimiche (clonidina). Secondo l'accusa, si trattava di un necrofilo che aveva ucciso la vittima per "procurarsi" una salma. L'assassino aveva una normale relazione con un'insegnante, un quoziente di intelligenza pari a 153 e nessuna malattia mentale. Quindi si ritiene che un ruolo fondamentale nell'insorgere della tendenza necrofila lo abbia svolto proprio l'abuso di sostanze. Meloy (1996) ha descritto uno strano caso di necrofilia nel quale un uomo di 26 anni, sotto l'effetto di alcol, ha ucciso la moglie e in seguito ha stuprato il suo cadavere. Colloquio clinico, anamnesi e test psicologici, hanno rivelato una diagnosi di disturbo antisociale di personalità e depressione maggiore; il reo non ha evidenziato un quadro psicotico ma alcuni indici di deterioramento neuropsicologico lieve. Successivamente si è scoperto che l'uomo in adolescenza aveva fatto uso di svariate droghe, tra cui: cocaina, alcool, oppiacei, sedativi ipnotici, anfetamine, cannabis, allucinogeni e fenciclidina. In alcuni casi un'educazione eccessivamente rigida, fatta di dure critiche, può essere un indicatore predittivo della futura insorgenza della necrofilia. Tsheryaskin (1929) è stato uno dei primi studiosi che ha descritto un caso che conferma tale teoria eziologica. Esso riguarda una giovane donna di 19 anni che è diventata una necrofila presumibilmente perché, durante l'infanzia, è stata trattata in maniera molto severa dal padre. Lo studioso ipotizza che l'origine della parafilìa sia da attribuire all'ambiente familiare della paziente. Ella fu educata in un ambiente

in cui i genitori avevano dei continui attriti e litigi; inoltre suo padre (uno psicotico) era decisamente sadico e si divertiva a maltrattare gli animali e la sua famiglia. Tsheryaskin era del parere che le sue tendenze necrofile ebbero origine da una particolare esperienza: una mattina il padre improvvisamente la svegliò e la picchiò senza pietà con una pesante corda. A conferma della sua teoria lo studioso cita Freud, secondo il quale l'ansia e il danno traumatico possono produrre profondi cambiamenti sui meccanismi sessuali. Egli, inoltre, sostiene che la predisposizione costituzionale (oltre ai fattori ambientali) ha un ruolo rilevante nello sviluppo della necrofilia. Klaf e Brown (1958) riportano il caso di un uomo di 40 anni che viveva in un ambiente familiare piuttosto difficile. Tutti attorno a lui tranne sua madre lo trattavano molto duramente, erano severi e critici nei suoi confronti. In ultima analisi gli autori ipotizzano che il loro paziente trovò conforto nei morti, i quali non si lamentavano mai e non sono mai stati critici nei suoi confronti.

L'abuso sessuale durante l'infanzia potrebbe essere una delle possibili cause di questa macabra perversione. A conferma di ciò, Bartholomeaw, Milte e Galbally (1978), descrivono il caso di un uomo di 47 anni che, durante l'infanzia, fu aggredito da un omosessuale. Anche altri fattori eziologici possono aver contribuito a scatenare le sue tendenze necrofile poiché, ad esempio, aveva l'abitudine di consumare grandi quantità di alcol e, quando era ubriaco, le sue pulsioni sessuali diventavano molto intense. Omosessuale, già condannato tre volte per sodomia e una volta per offesa al pudore, le sue tendenze parafiliche culminarono nell'uccisione di un bambino di 9 anni con il quale ebbe, in seguito, un rapporto anale.

Gli studiosi Bernardi e Ponti (1957), invece, associano alla necrofilia un basso quoziente intellettivo, se non un vero e proprio ritardo mentale, ragion per cui gli autori di atti necrofili spesso sfuggono ai procedimenti giudiziari. A supporto della loro teoria citano un caso insolito avvenuto in Italia. Un ragazzo di 15 anni ha avuto rapporti sessuali con il cadavere di un feto nato prematuramente al settimo mese di gravidanza. Il fatto è avvenuto nella camera mortuaria



dell'ospedale. In seguito, per nascondere il crimine, il soggetto ha gettato il corpo in un pozzo. Il ragazzo era ricoverato in ospedale per il trattamento di una gonilite tubercolare. Scoperto il misfatto, è stato esaminato e gli è stata riscontrata un'età cerebrale di otto anni e la totale assenza di senso morale. Per tale motivo non è stato processato.

Finora sono state proposte molteplici teorie sulle possibili cause della necrofilia e, come si evince dall'elencazione, molte sono le spiegazioni al fenomeno, tutte possibili ma nessuna esaustiva. Per questo gli studiosi sono propensi nel ritenere che queste cause interagiscano nel necrofilo e che raramente possano spiegare, da sole, l'insorgere della parafilìa.

CONCLUSIONI

La necrofilia risulta essere piuttosto rara e spesso si associa ad altre perversioni come sadismo, oralismo e cannibalismo. Talvolta i necrofili sono affetti da altre malattie mentali tra cui oligofrenia e psicosi (Giusti & Bianchi, 2010).

La classificazione proposta da Aggrawal (2009, 2011) fornisce aspetti rilevanti riguardo il modus operandi e le tipologie di necrofili esistenti. Analizzandola emerge come, ad eccezione della classe X (Exclusive Necrophiles), in cui gli individui necessitano esclusivamente del corpo morto per avere una gratificazione sessuale, i soggetti di tutte le altre classi sono teoricamente in grado di avere rapporti sessuali con i vivi. Queste considerazioni, rese possibili esclusivamente dallo studio dei casi di volta in volta prospettatisi, al momento continuano a rappresentare una parte residuale nell'alveo della conoscenza del disturbo parafilico.

"La necrofilia ha implicazioni soprattutto in ambito medico-legale (violazione di cadavere) [...]" (Giusti & Bianchi, 2010, p. 134). Difatti, oltre a configurarsi come uno specifico disturbo parafilico, la condotta dei necrofili induce a contravvenire ad alcuni articoli del Capo II, Titolo IV del Codice Penale Italiano (Dei Delitti contro la Pietà dei Defunti). Alla luce della legislazione vigente si delineano delle implicazioni giuridiche che conducono il reo ad una specifica condanna o ad un ampliamento della pena, a seconda

che si verifichino o meno una o più condizioni citate dei predetti articoli: violazione di sepolcro (art. 407 c. p.), vilipendio delle tombe (art. 408 c. p.), vilipendio di cadavere (art. 410 c. p.), distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere (art. 411 c. p.), occultamento di cadavere (art. 412 c. p.) (Maresca & Nacciarone, 2011).

Nonostante sia considerata una pratica palesemente inammissibile, esistono dei casi in cui alcune persone hanno concesso la possibilità di poter usufruire del loro corpo per pratiche sessuali dopo la morte (Petrini et al., 2011).

Le persone attratte dai morti o da chi finge la morte, costituiscono una sottocultura che si può trovare su internet. Necrobabes.com è un sito web che offre horror erotico per adulti. Ciò include staged photographs e video di donne nude che sembrano essere state strangolate, soffocate, impiccate o annegate. Il brivido qui sta nel vedere queste immagini e concepire i limiti della dominazione sadica, della tortura e dell'omicidio come parte dell'atto sessuale. La rivista *Girls and Corpses*, invece, si vanta di essere la prima rivista comica del mondo sulla morte (Knafo, 2015). Al momento non esiste una letteratura scientifica su cure efficaci per la necrofilia. I trattamenti proposti finora hanno un basso grado di specificità. La bibliografia esaminata, infatti, prescrive una cura simile a quella per le altre parafilie: psicoterapia psicodinamica, terapia cognitivo-comportamentale, uso di farmaci per ridurre l'impulso sessuale, assistenza psicologica al fine di ottenere un migliore inserimento sociale (Gabbard, 2005/2007).

BIBLIOGRAFIA

- Aggrawal, A. (2009). **A new classification of necrophilia**. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16, 316-320.
- Aggrawal, A. (2011). **Necrophilia: Forensic and medico-legal aspects**. Boca Raton: CRC Press.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. Washington, DC: Author.
- Bartholomew A. A., Milte K. L. & Galbally, F. (1978). **Homosexual necrophilia**. *Medicine, Science and the Law*, 18 (1), 29-35.

- Belletrud, M. & Mercier, E. (1903). **Perversion de l'instinct g n sique**. *Annales d'hygi ne publique et de m decine l gale*, 49 (6), 481-490.
- Bernardi, L. & Ponti, G. (1957). **Un caso eccezionale di necrofilia**. *Minerva medicolegale*, 77 (2), 64-68.
- Ellis, H. H. (1923). **Studies in the psychology of sex, volume V: Erotic symbolism. The Mechanism of detumescence**. The psychic state in pregnancy. Philadelphia: F. A. Davis.
- Ferracuti, F. (1983). **Necrofilia**. In *Enciclopedia medica italiana (2nd ed., Vol. 10, p. 82)*. Firenze: USES.
- Furneaux, R. (1961). **The two stranglers of Rillington Place**, London: Panther (trad. it. N. 10 Rillington Place, Mondadori, Milano, 1967).
- Gabbard, G. O. (2005). **Psychodynamic psychiatry in clinical practice (4th ed.)**. Washington, DC: American Psychiatric Press (trad. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 2007).
- Geberth, V. J. (2003). **Sex-related homicide and death investigation. Pratical and clinical perspectives (1st ed.)**. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Giovannini, F. (1997). **Il libro dei vampiri: Dal mito di Dracula alla presenza quotidiana (2nd ed.)**. Bari: Dedalo.
- Giusti, E., & Bianchi, E. (2010). **Devianze e violenze: Valutazione e trattamenti della psicopatia e dell'antisocialit **. Roma: Sovera.
- Godino, A., & Colazzo, A. (2004). **Nella mente del mostro: Inquietante viaggio nell'universo dei serial-killer**. Roma: Milella.
- Guislain, J. (1852). **Le ons orales sur les phr nopathies, ou trait  th orique et pratique des maladies mentales. Cours donn    la Clinique des  tablissements d'ali n s   Gand**. Gand: L. Hebbelynck.
- Klaf, F. S. & Brown, W. (1958). **Necrophilia, brief review and case report**. *Psychiatric Q.*, 32 (4), 645-652.
- Knafo, D. (2015). **For the love of death. Somnophilic and necrophilic acts and fantasies**. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63 (5), 857-886.
- Krafft-Ebing, Von R. F. (1894). **Psychopathia sexualis, with especial reference to contrary sexual instinct: A medico-legal study. (C. G. Chaddock, Trans.)**. Philadelphia: F. A. Davis (Original work published 1886).
- Lancaster, N. P. (1978). **Necrophilia, murder and high intelligence: A case report**. *British Journal of Psychiatry*, 132, 605-608.
- Liggio, F. (2010). **Trattato moderno di psicopatologia della sessualit **. Limena, PD: Libreriauniversitaria.it.
- Liggio, F. (2013). **Le parafilie maggiori**. Roma: Alpes.
- Malizia, N. (2010). **Criminologia ed elementi di criminalistica**. Roma: Firera & Liuzzo.
- Maresca, S., & Nacciarone, L. (2011). **Compendio di diritto penale (parte generale e speciale) (3rd ed.)**. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Mastronardi, V. M., & De Luca, R. (2013). **I serial killer**. Roma: Newton Compton.
- Meloy, J. R. (1996). **Pseudonecrophilia Following Spousal Homicide**. *Journal of Forensic Sciences*, 41 (4), 706-708.
- Petrini, P., Casadei, A., & Chiricozzi, F. (2011). **Trasgressione, violazione, perversione: Etiopatogenesi, diagnosi e terapia**. Milano: Franco Angeli.
- Price, D. E. (1963). **Necrophilia complicating a case of homicide**. *Medicine, Science and the Law*, 3, 121-131.
- Rajs, J., Lundstr m, M., Broberg, M., Lidberg, L., & Lindquist, O. (1998). **Criminal mutilation of the human body in Sweden: A thirty-year medico-legal and forensic psychiatric study**. *Journal of Forensic Science*, 43, 563-580.
- Rosman, J. P., & Resnick P. J. (1989). **Sexual attraction to corpses: A psychiatric review of necrophilia**. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 17 (2), 153-163.
- Simonelli, C., Petruccelli, F., & Vizzari, V. (Eds.). (2002). **Le perversioni sessuali: Aspetti clinici e giuridici del comportamento sessuale deviante (4th ed.)**. Milano: Franco Angeli.
- Tsheryaskin, W. G. (1929). **Zur frage der nekrophilie (The question of necrophilia)**. *Zeitschrift f r sexual wissenschaft-wiss*, 16, 386-392.



LA PSICOANALISI E LA SVOLTA RELAZIONALE NELL'INCONTRO DELL'A.R.I.R.I. CON JAY GREENBERG

Agata Livia Plantamura
Psicologa, Specializzanda A.R.I.R.I.

Agata Livia Plantamura
Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore
della Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Psicoanalitica A.R.I.R.I.

RIASSUNTO

Questo articolo è un resoconto dell'incontro che l'A.R.I.R.I. ha organizzato a Bari con Jay Greenberg. La psicoanalisi relazionale è una delle nuove correnti teoriche psicoanalitiche nate in seguito ad una certa insoddisfazione del modello classico freudiano. Essa pone l'accento sulla relazione analitica, vista come un'interazione tra le soggettività del paziente e del terapeuta, all'interno della quale gli scambi reciproci di comunicazioni verbali o di azioni possono costituire un fattore di cambiamento nel paziente. La psicoanalisi relazionale si propone di indagare sia gli elementi intrapsichici che quelli interpersonali del paziente, in quanto entrambi strutturano il suo funzionamento mentale. L'attenzione si sposta su quanto avviene nell'hic et nunc del momento nella relazione analitica e sulle identificazioni di transfert e controtransfert, con cui i partecipanti della coppia analitica si influenzano reciprocamente. Nella relazione terapeutica si crea uno spazio condiviso in cui, attraverso la scoperta dell'alterità dell'Altro, è possibile sviluppare l'inconscio relazionale e ricreare le rappresentazioni interpersonali disfunzionali, che il paziente ha interiorizzato sulla base delle sue esperienze relazionali precoci. In questi scambi reciproci, paziente e terapeuta strutturano nuovi schemi di interazione umana, più adattativi e funzionali, sulla base della relazione creata nella coppia analitica e modellata in seduta.

PAROLE CHIAVE

Psicoanalisi relazionale, relazione analitica, azione, rappresentazione, alterità, interpretazione.

INTRODUZIONE

La Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica A.R.I.R.I. di Bari ha organizzato una giornata di studio lo scorso 30 settembre 2017, con il patrocinio dell'Ordine Psicologi di Puglia e in collaborazione con il dipartimento FOR.PSI.COM dell'Università di Bari. La giornata ha visto come ospite di eccellenza il Prof. Jay Greenberg, psicologo clinico, psicoanalista di orientamento interpersonale e analista didatta presso il William Alanson White Institute di New York, oltre che the editor del *Psychoanalytic Quarterly*. Il Prof. Greenberg nella sua relazione dal titolo "*Dall'azione alla rappresentazione: le potenzialità della relazione psicoanalitica*", ha esposto i punti cardine della psicoanalisi relazionale e ha mostrato come questi hanno contribuito ad apportare un cambiamento di paradigma nella psicoanalisi internazionale. La rinnovata attenzione alla relazione terapeutica ha permesso di fare maggior luce su alcuni aspetti analitici poco considerati dalla psicoanalisi classica, come il di interpretazione dell'azione o il concetto di alterità all'interno della relazione.

In questo lavoro, intendiamo fornire un resoconto dei contributi teorici emersi durante la giornata di studio, confrontando il pensiero di Greenberg con la psicoanalisi classica

Per una semplificazione metodologica verranno utilizzate le parole che lo stesso Greenberg ha utilizzato nella sua relazione, che verranno virgolettate, poiché considerate di maggiore efficacia teorica. Ulteriori riferimenti ad altri lavori dell'autore verranno seguiti dalla data di pubblicazione e inseriti in bibliografia.

LA PSICOANALISI CLASSICA

Nella sua teoria classica, Freud affermava che i processi mentali sono determinati dalle pulsioni, spinte energetiche elicitate da uno stato di tensione che orientano l'individuo verso una meta. La meta viene raggiunta tramite un oggetto gratificante, che consente di soddisfare il bisogno pulsionale e di scaricare la tensione. Le pulsioni seguono il principio di piacere e tendono alla scarica immediata della tensione, ma nel loro soddisfacimento si scontrano con il principio di realtà che ha il compito di regolare la gratificazione accordandola con le esigenze della realtà esterna, attraverso l'uso di difese che ne deformano il contenuto ideativo, rimanendo pertanto inconscio. Tale scontro porta alla creazione di un conflitto intrapsichico che, sotto l'azione della rimozione, viene respinto nell'inconscio. Freud riteneva che il compito della psicoanalisi fosse proprio quello di indagare i contenuti inconsci rimossi, per poi riportarli alla coscienza del paziente attraverso delle tecniche come le interpretazioni di transfert o le libere associazioni.

La teoria freudiana si basava su una visione della mente di tipo mono-personale: la vita mentale si sviluppa seguendo un processo individuale e indipendente, mentre le relazioni con gli altri sono create consapevolmente in un secondo momento, allo scopo di ottenere il soddisfacimento pulsionale (oggetto). Anche il legame primario che si sviluppa tra la madre e il bambino è basato su una gratificazione dei bisogni e assume una valenza psichica grazie alla capacità materna di ridurre la tensione e l'angoscia. La mente era vista quindi come un'entità oggettiva e isolata, che si rivolge al mondo esterno pur essendo distaccata.

Nella teoria freudiana la relazione analitica si configura come monadica: il paziente e il suo funzionamento intrapsichico erano considerati gli unici protagonisti del processo analitico. L'analista invece viene concepito come un osservatore esterno, privo di soggettività, costretto a mantenere un rigido atteggiamento di neutralità, e che agisce come specchio per permettere al paziente di proiettare i suoi contenuti inconsci. Il terapeuta quindi si presenta come mero interprete del mondo intrapsichico del paziente. Attraverso la neutralità e l'astensione il terapeuta favorisce il pro-

cesso di regressione nel paziente, in modo da indurre lo sviluppo della nevrosi di transfert. La neutralità terapeutica è sostenuta dall'idea che l'analista non debba essere influenzato da quanto il paziente dice, in modo da conservare la propria obiettività e ridurre qualunque possibile interferenza nel processo terapeutico. Freud riteneva infatti che l'analista fosse detentore di verità oggettive, in virtù delle proprie conoscenze professionali (asimmetria professionale), e dovesse pertanto mantenere l'obiettività in accordo con lo statuto scientifico e sperimentale della psicoanalisi.

La teoria della tecnica e le impostazioni terapeutiche sostenute da Freud spesso però si scontravano con la pratica clinica: con la scoperta del controtransfert - emozioni, pensieri e idee che l'analista sperimenta elicitati dai vissuti transferali del paziente - si iniziò a comprendere la difficoltà del terapeuta nel mantenere la neutralità, in quanto la sua soggettività emergeva attraverso i vissuti controtransferali. Il controtransfert destava una notevole preoccupazione in Freud poiché, attivando affetti e sentimenti inconsci nell'analista, poteva essere agito in seduta. Lo stesso utilizzo del lettino aveva la finalità di bloccare l'azione sia del paziente che del terapeuta, permettendo all'analista di conservare la neutralità e al paziente di regredire. Il controtransfert venne così considerato come un ostacolo da scongiurare e provare emozioni in seduta venne giudicato come qualcosa di cui vergognarsi. Il controtransfert quindi doveva essere eliminato sia all'interno del trattamento analitico, sia nel terapeuta stesso attraverso un percorso di analisi personale o mediante un'auto-analisi.

LA NASCITA DELLA PSICOANALISI RELAZIONALE

Negli ultimi trent'anni il mondo psicoanalitico ha subito importanti mutamenti ideologici, spinto da un'insoddisfazione del modello psicoanalitico classico. In questo clima di confusione epistemologica, nascono diverse correnti teoriche volte a colmare le falle del modello freudiano; tra queste ritroviamo la psicoanalisi relazionale.

Questa nuova corrente teorica nasce negli Stati Uniti a partire dagli anni Ottanta e si propone di rivalutare la dimensione umana e gli aspetti relazionali nel



trattamento analitico, trascurati e banditi da Freud. La rinnovata attenzione alla soggettività umana era sostenuta dall'idea che nella relazione terapeutica sia l'analista che il paziente inevitabilmente si influenzano a vicenda in una sorta di "modellamento reciproco" (Carotenuto, 2002). Qualsiasi relazione infatti presuppone degli scambi tra i suoi partecipanti, in cui traspare la soggettività di chi li esprime e che hanno sempre un effetto su chi li riceve.

Non è possibile quindi per il terapeuta eliminare il proprio modo di essere e mantenere un atteggiamento obiettivo e volto alla ricerca della verità come prescriveva Freud. Il terapeuta al contrario partecipa alla seduta ed è immerso nella relazione analitica tanto quanto il paziente e, come lui, comunica implicitamente e involontariamente emozioni, sentimenti, conflitti e vissuti personali, per il semplice fatto di essere all'interno di una relazione.

Già Ferenczi nel 1927 aveva sottolineato l'importanza dell'affettività dell'analista nel processo terapeutico, considerando questo elemento come mezzo per promuovere il cambiamento. Lo stesso concetto di identificazione proiettiva, introdotto dalla Klein nel 1946 e ripreso successivamente da Bion (1962), ci suggerisce che il paziente, all'interno della relazione, trasforma l'intrapsichico in interpersonale. Attraverso l'identificazione proiettiva, il paziente affida delle parti di sé all'analista e crea una dimensione interattiva e comunicativa in cui il terapeuta è "costretto" a mettersi nei panni del paziente e agisce in «conformità con le sue immagini di sé o degli oggetti che ha proiettato in esso» (Lingiardi, 2016, p. 21). Le proiezioni e le introiezioni riguardano quindi entrambi i componenti della coppia analitica e devono essere analizzati all'interno della seduta, nell'ottica della relazione che hanno creato insieme.

Greenberg e Mitchell possono essere considerati fra i massimi esponenti della psicoanalisi relazionale con il volume *Le relazioni oggettuali nella teoria analitica* (1983), in cui si chiedono se e in che modo le relazioni interpersonali siano in grado di plasmare il nostro funzionamento mentale. Essi si discostano, pur senza rinnegarla, dalla teoria freudiana classica, spostando l'attenzione dal soddisfacimento pulsionale alla motivazione intrinseca nell'uomo di creare

delle relazioni. Gli autori mettono a confronto, da un lato gli assunti teorici dominanti nella tradizione americana della psicoanalisi interpersonale, che considerava la vita psichica come il risultato dell'interazione tra gli elementi ambientali e relazionali; dall'altro le teorizzazioni europee delle relazioni oggettuali, che focalizzano l'attenzione sia sugli aspetti intrapsichici del soggetto (oggetti interni) che sulla realtà esterna (oggetti esterni), nonché sulla relazione che intercorre tra loro. I due psicoanalisti ci forniscono così una mappa per orientarci tra i vari modelli teorici psicoanalitici, mettendone in luce in modo obiettivo e imparziale i loro punti di forza e di debolezza, per giungere infine alla formulazione degli assunti teorici su cui si fonda la psicoanalisi relazionale.

Più tardi Mitchell, in *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi* (1988), al fine di sostenere la teoria relazionale, prenderà come riferimento anche altri ambiti teorici come la filosofia, la neuropsicologia e *l'infant research*, sottolineando ancora una volta l'importanza degli scambi interpersonali tra il bambino e il *caregiver* nella strutturazione e nella formazione dell'apparato psichico, segnando la nascita di un nuovo paradigma nel mondo psicoanalitico contemporaneo.

TUTTO SI GIOCA NELLA RELAZIONE

I relazionalisti, a differenza di Freud, affermano che gli individui non ricercano le relazioni per ottenere un soddisfacimento pulsionale, ma che la relazionalità sia un bisogno connaturato nella natura umana. Gli esseri umani sono intrinsecamente predisposti a creare dei legami con un altro significativo, in *primis* la figura del *caregiver*, che assicuri loro vicinanza e protezione. È nella relazione con l'altro che l'essere umano struttura la sua vita psichica, comprende di essere separato e indipendente dagli altri, mediante un processo di soggettivizzazione, e crea degli schemi di interazione che vengono interiorizzati e che guideranno il suo comportamento relazionale futuro. La mente quindi non è più isolata, ma diventa diadica e interpersonale.

La dimensione relazionale nel processo terapeutico presuppone una diversa attenzione al dialogo psicoanalitico: il focus non sarà più centrato solo sull'e-

splorazione e sulla lettura dei fenomeni intrapsichici e simbolizzati, ma si sposterà anche sui fenomeni interpersonali, sia reali che fantasticati, che hanno caratterizzato le diverse costellazioni relazionali del paziente. Il destino del soggetto si gioca quindi sulla qualità delle sue relazioni interpersonali: l'assenza di relazioni o lo sviluppo di relazioni disfunzionali determineranno un funzionamento mentale psicopatologico mentre relazioni accudenti ed equilibrate formeranno una struttura psichica sana.

I relazionisti partono dall'assunto che, poiché la vita psichica nasce all'interno di una relazione, quest'ultima può agire come destrutturante o ristrutturante la vita mentale. Non solo il terapeuta quindi, ma anche la stessa relazione analitica che intrattiene con il paziente, diventano fattori di cura e di guarigione. Nella relazione analitica gli scambi continui e reciproci tra paziente e terapeuta permettono di ricreare i modelli relazionali disfunzionali che il paziente ha sperimentato fino a quel momento, e di strutturarne di nuovi più adattativi e funzionali sulla base della

relazione creata nella coppia analitica e modellata in seduta.

La relazione si configura quindi come un mezzo per promuovere un cambiamento nel funzionamento mentale del paziente. In questo cambiamento non è possibile escludere la soggettività dell'analista: quando il paziente inizia un percorso terapeutico mette in gioco delle parti di sé, spesso molto dolorose, e impegna tutto se stesso per affrontare e superare i suoi problemi. Nel farlo, il paziente pretende che anche il terapeuta si impegni e si metta in gioco in egual misura all'interno di quella specifica relazione che hanno costruito insieme (Bromberg, 2007).

L'analista dovrà quindi abbandonare la sua rigida neutralità e operare come osservatore partecipe, oscillando continuamente da una posizione di simmetria personale, con la quale comunica implicitamente al paziente di essere una persona con paure, dubbi, idee, pensieri, lapsus, etc. esattamente come lui, ad una posizione di asimmetria professionale basata su una conoscenza teorica che il paziente non possiede.





La soggettività dell'analista pertanto non viene più considerata come un ostacolo al processo terapeutico, ma al contrario come uno strumento per raggiungere una maggiore comprensione del paziente e per apportare una modifica nel suo mondo interno attraverso delle esperienze emozionali e relazionali correttive.

Nel momento in cui la soggettività del terapeuta e quella del paziente si incontrano, si crea uno spazio intersoggettivo, un ambiente comune, *o terzo analitico* per riprendere le parole di Odgen, all'interno del quale entrambi cercano di dotare di senso quello che accade realmente in seduta. In questa dimensione intersoggettiva di scambi reciproci, le idee, le convinzioni e le emozioni di entrambi i partecipanti della coppia analitica consentono all'esperienza inconscia del paziente di svilupparsi in seduta, attualizzando qualcosa che avviene in quel momento in relazione alla soggettività dell'Altro. Cambia quindi il concetto stesso di inconscio che, da magazzino del rimosso, si trasforma in un'entità che si sviluppa in un determinato momento grazie alla presenza di un Altro significativo. *L'inconscio relazionale* ci permette di comprendere, attraverso l'analisi degli elementi emersi in seduta, come il mondo interno del paziente interagisce con la realtà esterna.

Seguendo questa prospettiva il transfert si configura non solo come una riattualizzazione di esperienze relazionali passate e dolorose del paziente, ma anche come una nuova esperienza relazionale, che emerge grazie all'interazione con l'Altro. In questo senso il transfert non si sviluppa solo nella relazione analitica, ma potenzialmente può attivarsi in qualsiasi relazione intrattenuta dal paziente con un'altra persona. Tuttavia mentre nelle relazioni interpersonali il transfert viene agito senza significato, nella relazione analitica può essere analizzato e compreso, dotato di coerenza e significato, e messo in relazione alle dinamiche inconscie del paziente.

Per la psicoanalisi relazionale quindi la relazione analitica si configura come uno strumento di cura: creando una buona relazione terapeutica è possibile ristrutturare la mente relazionale del paziente, attraverso l'analisi di quanto accade nell'*hic et nunc* della seduta. Nella relazione terapeutica il paziente può

sperimentare una nuova esperienza relazionale con l'analista, che ha caratteristiche stabili e in molti casi opposte a quelle vissute nelle sue esperienze interpersonali passate, e che ha la funzione di correggere, modificare e di auto-regolare gli aspetti disfunzionali intrapsichici e interpersonali che ha interiorizzato a partire dalle sue relazioni primarie.

L'AZIONE NELLA RELAZIONE

All'interno delle relazioni noi agiamo la nostra soggettività. Fin dalla nascita utilizziamo le azioni per entrare in relazione con chi si prende cura di noi, non essendo ancora possibile comunicare i nostri bisogni attraverso le parole. Le inter-azioni comportamentali, pre-verbali o proto-verbali, che utilizziamo sin dall'infanzia plasmano il nostro modo di essere e il nostro modo di entrare in relazione con gli altri.

Il concetto di azione nella psicoanalisi classica corrispondeva con la messa in atto (*agieren*), ossia un meccanismo di difesa che permetteva al paziente di attuare una possibile via di scarico pulsionale, diretta e automatica, con cui comunicava alcuni elementi del proprio mondo interno senza che questi fossero pensati o verbalizzati. Per Freud infatti l'apparato psichico poteva esprimersi o attraverso le parole o attraverso le azioni, ma poiché la psicoanalisi si basava sull'utilizzo delle parole e sulla scoperta del loro significato simbolico (*talking cure*), ogni forma di azione doveva essere interpretata come una resistenza al trattamento analitico, in quanto ostacolava la verbalizzazione del rimosso.

Se per Freud l'azione ostacolava il trattamento analitico e costituiva una difesa intrapsichica inconscia al servizio dell'Io, gli psicoanalisti relazionali considerano l'azione come utile al trattamento psicoanalitico e le difese in termini relazionali e ambientali, come uno strumento che veicola e struttura le esperienze relazionali, permettendo all'individuo di mantenere una sicurezza interiore e una coesione del sé. I meccanismi di difesa possono essere quindi pensati come *"modelli individuali di adattamento"* utilizzati per fronteggiare situazioni interpersonali difficili o pericolose (Dazzi e De Coro, 2001).

Si modifica pertanto il concetto di azione, che viene considerata dai relazionisti come un modo per

entrare in relazione con l'Altro, piuttosto che come un ostacolo alla relazione stessa. L'azione apre una nuova dimensione comunicativa, attraverso cui il paziente può esprimere alcuni elementi intrapsichici non simbolizzati e non esprimibili in parole. Come ha sottolineato più volte Greenberg durante la giornata di studio barese, «l'azione da espressione all'esperienza inconscia». Attraverso l'azione, l'analista può avvicinarsi maggiormente agli elementi inconsci non ancora comunicabili del paziente, spostando il focus dell'attenzione sull'*hic et nunc* della coppia analitica. Per i relazionalisti, l'azione è ubiquitaria in quanto pervade la relazione e influenza l'andamento delle sedute. Le azioni del paziente e dell'analista non devono essere quindi ignorate o scongiurate, come affermava inizialmente Freud, ma al contrario considerate ed interpretate per entrare in contatto con le dinamiche inconscie che si sviluppano all'interno della relazione analitica.

Come affermato da Greenberg nella sua relazione, «noi nuotiamo e affoghiamo in un oceano di azioni. Anche quando sembra che non accade nulla di eccezionale, siamo comunque immersi in un oceano di azioni». Di conseguenza, anche le scelte terapeutiche di astensione e neutralità si configurano come un'azione deliberatamente messa in atto dall'analista con il fine di ottenere un obiettivo terapeutico. L'azione ha a che fare sia con il paziente che con il terapeuta: il parlare o il tacere per esempio costituiscono un'azione che ha un effetto sull'altro, così come l'interpretare dell'analista ha a che fare con il "fare qualcosa".

Greenberg sostiene che non sempre gli analisti fanno caso a quanto viene agito in seduta, mentre è più semplice accorgersi di azioni che violano in un certo qual modo il setting o l'impostazione terapeutica, come le sedute mancate, un ritardo nel pagamento o frequenti spostamenti di orari o dei giorni di visita; spesso non vengono prese in considerazione altre azioni, poiché consone al trattamento analitico, come la puntualità, la costanza nel venire in seduta o il pagamento nel giorno stabilito. In realtà in entrambi i casi il paziente comunica all'analista qualcosa di sé e delle sue intenzioni, oltre a fornire delle indicazioni sull'andamento delle sedute. Per riconoscere le varie forme di azione non è sufficiente una partecipazione

empatica, come sostenevano gli psicoanalisti classici, ma l'analista deve essere allenato a capire cosa guardare nella relazione analitica, sia nell'*hic et nunc* del momento, sia retrospettivamente al contenuto manifesto delle sedute in modo da trovare la giusta chiave di lettura.

DALL'AZIONE ALLA RAPPRESENTAZIONE: IL CONCETTO DI ALTERITÀ

Nelle prime relazioni che il bambino instaura con il *caregiver* predomina l'azione: il bambino utilizza le sue sensazioni corporee per interagire con gli altri e attraverso comportamenti quali il pianto, il succhiare, l'aggrapparsi e il sorridere si assicura la creazione di un legame di attaccamento con la mamma (Bowlby, 1969).

Nell'entrare in relazione, la madre e il bambino co-costruiscono dei pattern di comportamento, in cui scambiano dei segnali, si rispondono e si influenzano reciprocamente, con un andamento ciclico che regola le loro interazioni. Questi pattern comportamentali sono inconsapevoli e mediati dall'azione, e costituiscono delle rappresentazioni primitive, pre-verbali o pre-riflessive, basate sull'esperienza con l'Altro. Originariamente queste rappresentazioni di azioni non possiedono né un oggetto né un soggetto e, pertanto non possono essere poste in una forma narrativa. Come affermava Fonagy (2005), l'azione e la rappresentazione in un primo momento coincidono, per poi differenziarsi in seguito. Con il procedere dello sviluppo, infatti, le rappresentazioni proto-verbali si trasformano in schemi di comportamento su cui è possibile organizzare l'esperienza di interazione con la mamma.

La rappresentazione così si differenzia dall'azione: gli schemi di comportamento ora prevedono un oggetto, la madre, sulla quale viene fondata la sua esperienza relazionale. Con il procedere dello sviluppo, tali schemi diventano stabili e il bambino può interiorizzare sia la rappresentazione dell'oggetto, che conserverà anche in sua assenza permettendogli di tollerare l'angoscia di separazione, sia i pattern comportamentali di interazione, che forniranno al bambino un insieme di regole con cui entrare in relazione con gli altri, e che condizioneranno le sue modalità di interazione



futura. La creazione delle rappresentazioni oggettuali è possibile soltanto mediante la presenza di un Altro: l'esperienza dell'Altro e con l'Altro permette al bambino di differenziarsi dal mondo esterno e di creare un'esperienza mentale di sé come soggetto separato e indipendente. La capacità di rappresentare se stessi è mediata dalla presenza della mente di un Altro significativo, che è in grado di riconoscere e accogliere i sentimenti del bambino e di restituirglieli arricchendoli di significato.

La madre, sintonizzandosi empaticamente con il bambino, è in grado di cogliere le sue esperienze corporee e di trasformarle in stati affettivi, in sentimenti che possono essere riconosciuti, compresi e narrati. La mamma, cogliendo i segnali emotivi in forma corporea, agisce come specchio nel rimandare al bambino la sua esperienza affettiva, attraverso la comunicazione di espressioni verbali e comportamentali. Il rispecchiamento emotivo consente di regolare l'esperienza emozionale del bambino e di completare il suo processo di soggettivizzazione: il bambino si riconosce nella mente della madre, pur considerandosi separato da essa. Nasce così, a partire dal Sé corporeo, il Sé psicologico (Fonagy e Target, 2005). La relazione analitica si configura come una sorta di interazione diadica tra madre e bambino in cui si operano continuamente degli scambi e delle operazioni di rispecchiamento reciproco. La relazione terapeutica, infatti, può essere pensata come un luogo all'interno del quale il terapeuta e il paziente si sintonizzano e operano degli scambi mentali, in cui ognuno comunica la propria soggettività pur considerandosi separato dall'altro. Nella relazione terapeutica entrambi i protagonisti involontariamente scoprono e comunicano attraverso le azioni molti aspetti di sé, come lo stile personale, le idiosincrasie, i pensieri, i conflitti etc., che li differenziano dall'Altro, ma che inevitabilmente finiscono per plasmare la soggettività dell'Altro. Come ha affermato Greenberg «analista e analizzando restano estranei l'uno all'altro, anche se si conoscono molto bene». Sono estranei in quanto entrambi osservano quanto avviene in seduta dalla propria prospettiva, ma sono uniti nel momento in cui creano uno spazio condiviso dove le loro soggettività interagiscono.

Quanto viene prodotto in seduta quindi è il risultato dell'espressione di entrambi e non solo di quello che riguarda strettamente il paziente. Prestando attenzione a ciò che emerge in seduta è possibile ottenere molte informazioni sul funzionamento psichico del paziente, in relazione al funzionamento mentale del terapeuta. La sintonizzazione tra le due menti permette di operare una regolazione emotiva, basata sul rispecchiamento nell'altro, e di creare dei nuovi pattern di relazione. In tal modo il paziente forma una rappresentazione interna del terapeuta, con cui potrà relazionarsi e confrontarsi, così come aveva fatto in passato con il *caregiver*. L'interazione delle due menti inoltre consente di accedere alla soggettività dell'Altro, di riconoscerla e comprenderla come altro da sé e di aprire un confronto tra le due alterità. In questa complessa attività di scambio il paziente può utilizzare la mente dell'analista come un mezzo per comunicare qualcosa che non è stato simbolizzato e che non è verbalizzabile. Nello stesso tempo il terapeuta è in grado di comprendere quanto viene comunicato dalle azioni grazie alle identificazioni inconscie che avvengono nel transfert e nel controtransfert. Il controtransfert quindi si configura come un mezzo per avvicinarsi alla problematica inconscia del paziente, e non come un ostacolo al processo analitico, in particolare per quanto riguarda il riconoscimento di elementi che per il paziente sono incomunicabili. Racker (1960) afferma che il terapeuta, nella relazione analitica, può muoversi sulla base di un controtransfert concordante o di un controtransfert complementare. Nel primo l'analista sperimenta empaticamente le stesse emozioni e le stesse sensazioni provate dal paziente in relazione al suo oggetto primario; nel secondo il terapeuta viene utilizzato come un oggetto interno e il paziente spinge l'analista a sperimentare, in modo oggettivo e non empatico, gli stessi sentimenti che suscitava nel suo oggetto precoce. Nelle identificazioni concordanti è possibile per il paziente cogliere alcuni aspetti di sé, che si mescolano con i suoi vissuti transferali, e in tal modo creare una rappresentazione del terapeuta; nelle identificazioni complementari, al contrario, il paziente può scoprire l'alterità del terapeuta, che emerge dalle risposte che l'analista fornisce in rela-

zione ai propri schemi comportamentali interiorizzati. Quando le soggettività si confermano come separate le une dalle altre, si crea un vuoto nella coppia analitica. È a quel punto che analista e paziente creano la relazione, uno spazio condiviso che ha lo scopo di colmare il vuoto della separazione e di formare una dimensione in cui le soggettività si incontrano nella loro alterità. Nella creazione di questa nuova relazione, in cui l'analista si configura come un Altro significativo, è possibile ricreare le esperienze relazionali reali che il paziente ha sperimentato nella sua vita, far emergere i suoi schemi interiorizzati disfunzionali, attraverso la riesposizione alle stesse circostanze affettive, e operare una esperienza emozionale correttiva. In questa nuova esperienza relazionale il paziente può modificare e sostituire i vecchi schemi di interazione con nuovi modelli più sani, veicolati e sperimentati nella relazione con l'analista. Per far ciò è necessario che il terapeuta sperimenti in prima persona ciò che prova il paziente e sia consapevole della propria soggettività, in modo da distinguere quanto appartiene a lui e quanto è di proprietà del paziente. È indispensabile inoltre che il terapeuta sia autentico nel proporre al paziente dei nuovi pattern di comportamento correttivi.

L'INTERPRETAZIONE DELL'AZIONE

Greenberg vede la relazione analitica come un «processo di incarnazione delle azioni di entrambi i partecipanti». Essendo l'azione ubiquitaria è possibile notare in seduta diverse tipologie di azioni. Esistono infatti delle azioni che si configurano come ripetizioni di esperienze passate che possono essere solo messe in atto in quanto non rappresentabili ed elaborabili; altre che, non essendo sufficientemente mentalizzate, si concretizzano in fantasie preconsce o incon-

sce che è possibile condividere; altre ancora che si presentano come scelte terapeutiche, finalizzate a raggiungere un determinato obiettivo. Di seguito verranno descritte le forme di azione di acting out, enactment e azione deliberata.

L'*acting out* si riferisce alla messa in atto, da parte del paziente, di sentimenti o desideri transferali, che non possono essere pensati o verbalizzati perché troppo dolorosi, e che vengono espressi sotto forma di un comportamento. L'agito non è mediato da un pensiero cosciente e non tiene in considerazione le conseguenze stesse dell'azione. Nella teoria classica l'agito era considerato come un ostacolo alla terapia, mentre gli psicoanalisti relazionali non lo considerano necessariamente in modo negativo. Se è vero che in alcuni casi l'agito del paziente può essere disturbante e creare una rottura nel rapporto terapeutico, in altri casi permette al terapeuta di avvicinarsi al mondo inconscio del paziente, senza la necessità di una mediazione verbale. In entrambi i casi, l'agito deve essere elaborato o interpretato a posteriori. L'interpretazione dell'agito rende più semplice la comprensione dei veri significati che il paziente attribuisce a quell'azione. L'*enactment* invece si configura come un'azione o un insieme di piccole azioni di natura controtransferale, messe in atto dal terapeuta sotto la spinta del paziente. Il paziente con il suo comportamento attacca il terapeuta in diverse forme, sia verbali che gestuali (es. tentativi di de-professionalizzarlo, inviti tendenziosi, regali), spingendolo ad agire in accordo con la sollecitazione data. Nell'*enactment* entrambi i partecipanti della coppia analitica agiscono inconsciamente. Riflettendo sull'*enactment* l'analista può comprendere non solo che tipo di reazione emotiva ha indotto in lui il paziente e che tipo di interazione ne è derivata in seduta, ma può anche cogliere





le ragioni più profonde che muovono il paziente nella relazione, le sue difficoltà e i suoi meccanismi di difesa. L'enactment è in grado di attivare le memorie relazionali del paziente e, attraverso la sua interpretazione, consente di trasformare degli schemi mentali disfunzionali attraverso l'elaborazione delle memorie ad essi associate. Spesso l'enactment non viene elaborato dal terapeuta, che si accorge della sua messa in atto soltanto a posteriori. Nella pratica clinica l'analista in alcuni casi può agire in modo terapeutico pur senza esserne consapevole. Le piccole risposte controtransferali elicitate dal paziente consentono al terapeuta di comprendere inconsciamente il suo stato intrapsichico e l'andamento della relazione analitica, a cui il terapeuta risponde in accordo con le esigenze inconscie del paziente. Così il gesto non pensato del terapeuta può cogliere e integrare quelle emozioni che il paziente cerca di condividere e comunicare, spingendolo all'azione, ma che non può verbalizzare poiché non ancora mentalizzate.

Sia nel caso dell'*acting out* che dell'*enactment* l'analista può "utilizzare" l'azione per comprendere i contenuti inconsci non simbolizzati o non mentalizzati del paziente, e renderli verbalizzabili attraverso le interpretazioni di transfert. L'interpretazione dell'azione non era possibile nella psicoanalisi classica, che considerava inutile fornire delle interpretazioni di transfert a quei pazienti, in genere considerati gravi, con una scarsa simbolizzazione dei vissuti. Greenberg invece sostiene che è sempre possibile focalizzarsi sulle simbolizzazioni del paziente, in quanto le azioni che egli mette in atto veicolano sempre un significato transferale. L'autore inoltre afferma che è più importante guardare a ciò che è stato posto nell'*enactment*, piuttosto che alla capacità di simbolizzazione del paziente, poiché anche ciò che non è comunicabile in parole può assumere un significato simbolico all'interno della relazione, specialmente se l'oggetto dell'atto mancato è il terapeuta. La funzione mentale dell'analista, la rappresentazione che il paziente ha di esso e le esperienze emotive condivise possono trasformare l'azione in qualcosa di verbalizzabile, in quanto vengono messe in scena all'interno della relazione analitica e affiancate da produzioni verbali, e portano alla comprensione del mondo interno del

paziente e alla produzione di un cambiamento.

L'interpretazione dell'azione può essere tuttavia difficile nel momento in cui non si riesce a stabilire un punto di vista comune su quello che sta succedendo in seduta, o quando l'analista fornisce delle interpretazioni di transfert premature per il paziente. Attraverso l'interpretazione il paziente scopre l'alterità del terapeuta. In genere il paziente è compiaciuto nel sapere di avere una propria soggettività che lo rende differente dall'Altro e che gli restituisce una propria coerenza di sé, ma la scoperta dell'alterità a volte può costituire uno shock per il paziente. Nel momento in cui il terapeuta viene vissuto come una parte del paziente, come un oggetto transferale, la scoperta che l'Altro è separato e diverso da sé può essere molto doloroso, come afferma Greenberg «non importa quanto empatica sia l'interpretazione, nella sostanza è il prodotto di un'altra mente». Il terapeuta nel notare una particolare azione quindi deve decidere se interpretarla o astenersi dall'interpretazione, e come questa potrebbe essere accolta dal paziente.

Nel tentativo di decidere se interpretare o meno l'azione o utilizzare un'azione deliberata, anche il terapeuta compie un atto, in quanto come ha affermato Greenberg «la decisione di interpretare può essere utilmente pensata come un'azione non simbolizzata». L'analista nel fornire delle interpretazioni di transfert deve tener presente le identificazioni empatiche e l'alterità del paziente, in relazione alla propria soggettività, per evitare che le interpretazioni costituiscano uno shock per il paziente e riattivino in esso elementi traumatici. Bromberg a tal proposito sosteneva che «la capacità del paziente di accettare l'immagine di sé che il terapeuta gli sta proponendo è direttamente influenzata dalla sua capacità di aver fiducia [nell'analista]» (Bromberg, 2007, p.185), poiché il rifiuto dell'interpretazione non riguarda solo la volontà del paziente di non vedere parti di sé, ma rifiuta anche una visione sgradevole del terapeuta visto come Altro. Nell'*azione deliberata* infine l'analista utilizza consapevolmente delle azioni per entrare in contatto con il paziente e determinare in esso una trasformazione. L'azione in questo caso si configura come una "*comunicazione in azione*" (Ruggiero, 2017) con la quale l'analista può esprimere qualcosa che non avrebbe lo

stesso potenziale comunicativo se fosse espresso in parole. L'azione deliberata è un'espressione conscia del pensiero del terapeuta, che assume un significato solo all'interno della relazione analitica, non ha la pericolosità di un attacco al setting come l'agito, e ha lo scopo di comunicare al paziente qualcosa che si carica di significati simbolici e che raggiungono il paziente in modo concreto e immediato. L'utilizzo di questo tipo di azione è particolarmente utile quando il paziente non è in grado di tollerare le interpretazioni di transfert, e lo scambio comunicativo mediante le azioni assume un potenziale espressivo e trasformativo maggiore rendendo pensabile quanto viene espresso nell'azione. La psicoanalisi relazionale quindi non immobilizza il terapeuta all'interno della seduta: egli non solo può usare se stesso e la sua soggettività nella comprensione del paziente, mediante l'analisi del suo controtransfert, ma può anche agire materialmente la sua soggettività attraverso l'uso di azioni che traducano concretamente il mondo interno del paziente rendendolo più pensabile. Sotto questa prospettiva anche l'uso "protettivo" del lettino perde la sua funzione terapeutica: sia al paziente che al terapeuta è concesso agire in seduta, inoltre la regressione è possibile grazie alla sintonizzazione tra le due menti in seduta.

CONCLUSIONI

L'interpretazione dell'azione in seduta si configura come un mezzo di conoscenza e di trasformazione del mondo interno del paziente. Nell'atto interpretativo il terapeuta deve mettere a disposizione il suo funzionamento mentale e deve sintonizzarsi con il paziente; e nel farlo deve avere piena consapevolezza della sua alterità per evitare di soggettivare o negare le azioni che il paziente attua in seduta. Se l'analista non conosce bene la propria soggettività potrebbe caricare l'interpretazione di componenti emotive proprie provocando un effetto shockante per il paziente. Anche le azioni del terapeuta devono essere interpretate per fornire all'analista uno specchietto su quanto sta avvenendo in seduta. Le interpretazioni delle azioni del terapeuta necessitano della presenza di un supervisore, poiché il terapeuta potrebbe non accorgersi delle azioni che attua in seduta. Inoltre, pur rendendosi conto delle proprie azioni, l'analista

non potrebbe interpretare autonomamente le proprie azioni, in quanto si spingerebbe verso una regressione infinita. Il supervisore ha quindi il compito di evitare una regressione eccessiva nel terapeuta e di guidarlo verso la comprensione dei significati inconsci propri in relazione a quelli del paziente.

Come afferma Greenberg, «essere coscienti dei benefici e delle insidie che interpretare l'azione comporta, ci può sensibilizzare a creare e mantenere, all'interno di ciascuna diade analitica, una relazione delicatamente equilibrata».

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bromberg P.M. (2007). **Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the space.** Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carotenuto, A. (2002). **Breve storia della psicoanalisi,** Tascabili Bompiani, Milano.
- Dazzi, N., De Coro, A. (2001). **Psicologia dinamica. Le teorie cliniche.** Laterza, Bari, p. 41-42.
- Freud S. (1915). **Pulsioni e loro destini, OFS vol. VIII,** Boringhieri, Torino,
- Fonagy, P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2005). **Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé,** Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Greenberg J., Mitchell S.A. (1983). **Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica.** Il Mulino, Milano.
- Mitchell S. (2002). **Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività.** Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (2008). **Enciclopedia della psicoanalisi,** Manuali Laterza.
- Lingiardi V., Madeddu F. (2016). **I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica.** Raffaello Cortina Editore, Milano, p.21.
- Liotti G., Farina B. **Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa.** Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011, p.162.
- Racker H. (1960). **Il significato e l'impiego del controtransfert. In: Studi sulla tecnica psicoanalitica,** Armando, Roma, 1970.
- Rossi N., Ruggiero I. (2017). **La Relazione Psicoanalitica. Contributi clinici e teorici.** Franco Angeli, p.99-131.



MANIPOLAZIONE MENTALE E SETTE RELIGIOSE

Antonella Rita Fanizza
Anna Convertini
Cosimo Damiano Traetta
Ignazio Grattagliano

Dipartimento di Scienze della
Formazione, Psicologia e Comunicazione,
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

RIASSUNTO

Il presente lavoro ha l'obiettivo di effettuare una riesamina della letteratura nazionale ed internazionale in merito al tema della manipolazione mentale perpetrata da gruppi settari ai danni dei propri adepti. Il concetto di setta viene esaminato in riferimento a diverse prospettive: etimologica, sociologica, psicologica e criminologica, con particolare attenzione alle sue caratteristiche distintive e alla sua struttura.

L'elemento principale del processo di affiliazione sembra essere la manipolazione mentale. È quindi esaminato il metodo adottato dalla setta per assoggettare i neofiti ed alimentare l'acritica accettazione della dottrina. Vengono analizzate la teoria del brainwashing e le principali teorie psicologiche che tentano di spiegare il modo in cui il processo di manipolazione avviene. In conclusione viene affrontato il problema giuridico derivante dall'abrogazione del reato di plagio perché considerato anticostituzionale e scientificamente non dimostrabile.

PAROLE CHIAVE

Sette, manipolazione mentale, brainwashing, reato di plagio, reclutamento, perdita dell'identità

1. INTRODUZIONE

Ogni essere umano, inteso come individuo dotato di soggettività, calibra le proprie condotte e focalizza le proprie energie nella costante ricerca di risposte plausibili, o quanto meno soddisfacenti, alle numerose domande di natura politica, giuridica,

morale o religiosa sul *"senso della propria vita"* che lo accompagnano durante tutto il corso della sua esistenza. Nella società post-moderna contemporanea, caratterizzata da città depersonalizzanti, da rapporti interpersonali basati quasi esclusivamente sulla produttività, la soggettività del singolo viene spesso annullata dallo stato di totale alienazione in cui è costretto a vivere.

In quest'ottica l'aspetto identitario della spiritualità, inteso come rapporto del singolo individuo con una divinità, può assumere un significato diverso e, a volte, potenzialmente pericoloso a seguito del bisogno di trascendenza da una realtà indifferente e superficiale. Ciò può spingere il soggetto ad affidarsi a gruppi settari caratterizzati da una forte coesione e accoglienza, spinto dalla ricerca della verità assoluta che gli procuri benessere e felicità.

Doveroso per la comprensione del fenomeno settario deviante è il riferimento alla psicologia delle religioni che *"pur non essendo ancora una disciplina molto radicata nei contesti di ricerca scientifica, [...] si propone di indagare quanto di psicologico c'è nella religione"* (Mininni, 2003) L'obiettivo principale è quindi comprendere il vissuto psichico della religione, cercando di indentificare il suo contributo alla configurazione della soggettività, all'organizzazione dell'esperienza nella realtà e alle sue interazioni con gli altri vissuti emozionali del soggetto.

Sette, culti, nuovi movimenti religiosi sono termini ormai usuali e sono spesso associati, nell'immaginario collettivo, a crimini violenti ed efferati. La loro definizione e classificazione diviene quindi un



lavoro delicato ma quanto mai doveroso, in virtù della *“babele di terminologie”* (Gatto Trocchi, 2000) ad esse riferite.

L'etimologia del termine setta richiama il termine latino *secta*, il quale comprende in sé due significati differenti: il verbo *sequor* e il verbo *seco*. Il verbo *sequor*, letteralmente seguire (tramite l'intensivo attivo *sector*, cioè accompagnare dappertutto), racchiude il duplice concetto di gruppo e di dottrina nella quale la setta si identifica. Il verbo *seco*, invece, letteralmente tagliare o recidere, richiama il carattere di separatezza e isolamento proprio dell'esperienza settaria. L'analisi etimologica del termine, quindi, sottolinea già il nucleo semantico e ideologico alla base di questi gruppi, ed indica la forza del legame che si instaura tra i membri evidenziando il carattere della separatezza e distanza con il mondo esterno.

De Mauro (2011) individua quattro principali definizioni del vocabolo setta. La prima fa riferimento alla setta come *“gruppo di persone che segue una dottrina religiosa, filosofica o politica che per particolari aspetti*

dottrinali o pratici si discosta da una dottrina preesistente già diffusa e affermata: sette scismatiche, eretiche”. La seconda definizione, di carattere più spregiativo designa la setta come un *“gruppo politico o ideologico intollerante e rigidamente chiuso in se stesso: la setta dei banchieri”*. La terza definizione si riferisce alla setta come *“società segreta: la setta dei carbonari, le sette massoniche”*. L'ultima fa riferimento alla setta come compagnia o casta, accezione ormai obsoleta e in disuso. L'autore sostiene quindi che essa sia composta da un gruppo di persone aventi ideologie e sentimenti contrastanti con un'istituzione o con la maggioranza e che sia strettamente connessa al concetto di società segreta, richiamando quindi la struttura dei gruppi organizzati, aventi rituali propri e un fine ben preciso.

Lo spirito settario, inteso come atteggiamento di intolleranza unito a un proselitismo aggressivo, non è quindi considerato l'elemento costitutivo della setta.

Il sociologo Pace (1997), invece, definisce la setta come un'organizzazione socioreligiosa che si costi-



tuisce per separazione dalla tradizione religiosa maggioritaria. L'autore sostiene che i tratti costitutivi della setta sono convenzionalmente quattro: l'alterazione dei confini di una determinata credenza religiosa, la costituzione di un nuovo principio di autorità, la ricerca di stili di vita coerenti con la nuova scelta religiosa e il temporaneo o definitivo distacco dal mondo, dai comportamenti socialmente accettati e dalle istituzioni che regolano la comunità umana.

Da un punto di vista criminologico risulta centrale la definizione del Ministero degli Interni del 1998 il quale definisce le sette religiose ed esoteriche «*tutte quelle aggregazioni di origine relativamente recente, ispirate alla predicazione di un capo spirituale o a dottrine di tipo iniziatico, i cui principi appaiono diversi da quelli delle confessioni religiose tradizionali (cristianesimo, ebraismo, islamismo, buddismo, induismo, confucianesimo) e dei grandi sistemi filosofici occidentali*». In questa ottica quindi la setta può essere non solo di tipo religioso, ma anche politico, filosofico, sempre in contrasto con la posizione riconosciuta dalla maggioranza. Essa essenzialmente diventa una frazione della maggioranza stessa e se ne separa tramite l'utilizzo di pratiche dottrinali e normative proprie.

Per diversi anni la spiegazione che è stata fornita alle scelte devianti, anticonformiste delle sette e a tutti i processi di persuasione e coercizione che al suo interno vengono perpetrati fa riferimento alla *teoria del brainwashing*, richiamando particolari tecniche di indottrinamento utilizzate dalle sette per sopprimere la singola volontà dei membri a favore dell'acritica e fideistica accettazione della dottrina settaria. Diversi studiosi, invece, a livello nazionale ed internazionale, hanno cercato di fornire una valutazione più profonda del problema, cercando di rileggere questo concetto in un'ottica più psicologica scientificamente fondata.

Il presente lavoro si propone di effettuare una riesamina del concetto di manipolazione mentale che caratterizza questi gruppi, partendo dall'analisi storica che il dibattito riguardo l'argomento racchiude in sé. Una particolare evidenza è stata data al quadro giuridico italiano, il quale, dopo l'a-

brogazione dell'art. 603 sul reato di plagio, risulta essere carente rispetto questo tema così delicato e molto controverso.

2. STRUTTURA E CLASSIFICAZIONE DELLE SETTE

La setta rappresenta una comunità religiosa ben salda, che offre ai propri affiliati un senso di identità, di disciplina, di conoscenza, volti a soddisfare i bisogni più interiori dell'uomo, rimasti insoddisfatti dalla società maggioritaria. Esse possono quindi avere strutture diverse e perseguire molteplici fini. In base a questi due elementi Barresi (2004) effettua una prima classificazione:

- **Culti carismatici:** prevede culti professati da leader carismatici i quali si impongono agli adepti diventando guide spirituali e materiali. La finalità risulta essere l'arricchimento materiale del leader
- **Culti derivati dalle grandi religioni orientali:** sono culti particolari che desumono il loro assetto normativo e spirituale dai grandi culti orientali ufficiali
- **Culti ufologici:** coloro che prospettano contatti con gli extraterrestri affermando che stiano aspettando che la coscienza umana si elevi per entrare in contatto con gli esseri umani
- **Gruppi di potere:** gruppi settari nati con lo scopo di riunire adepti al fine di creare un nuovo tipo di società o di perseguire obiettivi economici
- **Gruppi di purificazione:** sette che tendono alla purificazione degli adepti e alla loro reintegrazione con la divinità, basati sui sentimenti di fratellanza cosmica, amore universale e amicizia
- **Gruppi satanici:** sono movimenti più o meno organizzati che prevedono l'adorazione e il culto della figura biblica di Satana o del diavolo; nei culti satanici propriamente detti esiste una dichiarata avversione al cristianesimo e alle sue divinità, che si concretizza nei rituali della messa nera o del sabba;
- **Gruppi di trasgressione:** gruppi di carattere prettamente egoistico, sono finalizzati all'accrescimento delle potenzialità psicofisiche dell'uomo come essere biologico, tramite rituali di sesso estremo, utilizzo di sostanze stupefacenti e atti devianti;

- **Ordini religiosi:** gruppi più o meno numerosi che professano liberamente e pubblicamente il loro credo
- **Società terapeutiche:** gruppi incentrati sullo sviluppo e la crescita psichica dei membri al fine del raggiungimento del benessere, sono società che sotto l'apparente struttura di associazioni di psicologia hanno lo scopo di truffare coloro che vi aderiscono
- **Società di tipo iniziatico:** gruppi di carattere prettamente esoterico
- **Società di tipo rivoluzionario, politico o utopistico:** associazioni di tipo segreto, il cui fine è ribaltare l'ordine di riferimento.

Pace (1997) invece effettua una classificazione delle sette basandosi su due criteri: il grado di separazione dal mondo e il grado di purezza della via di salvezza. La setta può collocarsi, in riferimento al primo criterio, lungo un continuum avente un polo che indica la volontà di fuoriuscire dal mondo e un polo che indica la volontà di cambiarlo. In base al secondo criterio, invece, si sviluppa una scala di possibilità che va da un massimo di purezza degli ideali e dei mezzi offerti, al massimo di impurità degli stessi riferendosi alla propensione al sincretismo religioso e culturale della setta. Egli individua quindi quattro tipologie principali:

- **Sette radicali:** gruppi che si distaccano totalmente dal mondo circostante, professando una pratica religiosa avente ideali ascetici di purificazione molto rigidi, volti ad eliminare qualsiasi elemento possa contaminare lo stile di vita proposto dal leader
- **Sette ascetico-intramondane:** gruppi che cercano di anticipare la pace del nuovo millennio obbedendo ad ideali di purezza e rigore morale con l'obiettivo di costruire in terra il nuovo regno della salvezza.
- **Sette mistiche-realistiche:** gruppi che si ispirano ai modelli di spiritualità orientale dove è comune un senso di indifferenza verso il mondo esterno. Si caratterizzano per l'utilizzo di tecniche ascetiche per condurre gli adepti verso esperienze mistiche.
- **Sette terapeutiche e sincretistiche:** gruppi che hanno lo scopo di rinnovare la chiesa esistente

o crearne una nuova, il leader carismatico viene ritenuto in possesso di poteri psichici e fisici di guarigione, i membri si sentono parte di un gruppo di eletti destinati a felicità e prosperità e spesso sottoposti a un nuovo battesimo per simboleggiare la rinascita.

Nonostante le diverse classificazioni proposte l'elemento che accomuna le sette sembra essere la manipolazione mentale degli adepti.

3. IL RECLUTAMENTO DEGLI ADEPTI E LA MANIPOLAZIONE MENTALE

La manipolazione mentale che la setta può effettuare sull'adepto può essere definita come una destrutturazione e riprogrammazione della percezione identitaria, sociale e ambientale dell'individuo, finalizzata all'accettazione acritica della dottrina settaria. È quindi un processo di ordine psicologico, emotivo e culturale. (Cfr. Volterra, 2010) Barresi (2004) individua dieci fasi caratterizzanti il processo manipolativo, nel quale si evince la progressiva pervasività della dottrina settaria nell'organizzazione mentale e sociale dell'individuo:

- 1 **Reclutamento:** è la prima fase del processo. I membri della setta incaricati al reclutamento tentano sin da subito di destare curiosità negli individui oggetto del loro interesse; essi agiscono sempre con l'intenzione di attirarli nella loro organizzazione senza che essi se ne rendano conto;
- 2 **Avviamento della dottrina:** se la fase di reclutamento va a buon fine i futuri adepti vengono introdotti ai principi basilari della dottrina con il principale scopo di condurli prudentemente nel labirinto dell'ideologia e farli aderire mentalmente al culto immergendosi totalmente negli schemi di pensiero della setta;
- 3 **Somministrazione dell'ideologia:** in questa fase i neofiti vivono un'esperienza totalizzante, intensa, nella quale verosimilmente raggiungono profonde conoscenze. Sono convinti che la loro vita abbia avuto la svolta decisiva al raggiungimento della salvezza e della pienezza psicofisica, che gli permetterà di avvicinarsi ai grandi misteri della vita.



- 4 Indottrinamento e nuova identità:** la setta comincia a plasmare la nuova identità dei neoadepiti i quali lavorano per sviluppare una nuova percezione di sé basata sulla dottrina settaria. Le esperienze precedenti devono essere rimosse, per raggiungere l'identità voluta dalla setta. I tentativi di ribellione vengono soppressi tramite raffinate dinamiche intragruppali
- 5 Radicamento nel gruppo:** in questa fase i neofiti divengono membri a pieno titolo; si chiede quindi ai membri di tagliare completamente le radici con il proprio passato, e cominciare una nuova vita in seno alla dottrina.
- 6 Sicurezza come compensazione della frustrazione:** per compensare la frustrazione, la setta cerca di offrire agli adepti una sensazione di apparente sicurezza, nella quale essi sono sollevati da qualsiasi decisione, problematicità o preoccupazione della vita quotidiana. I neofiti si sentono orgogliosi di appartenere all'élite designata alla salvezza dell'umanità
- 7 Repressione di modelli amicali:** le norme del gruppo definiscono la pericolosità delle relazioni esterne dei membri, perché possono sfaldare il sistema di credenze. Le amicizie possono costituire dei ponti con la vecchia identità rimossa e rappresentare il pericolo di ritrovare se stessi.
- 8 Rimozione della realtà:** i membri dei gruppi vedono la vita improvvisamente "chiara", con un preciso scopo, e sono già fortemente indottrinati dalla setta. La vecchia realtà viene dissolta cognitivamente grazie a un controllo maniacale del tempo giornaliero, il quale viene totalmente adoperato per soddisfare le richieste e le pratiche della setta.
- 9 Allontanamento dalla società:** le sette tentano di allontanare i membri dal loro ambiente sociale di riferimento, ma l'isolamento assurge a vera strategia solo dopo il radicamento nel gruppo. L'isolamento persegue l'obiettivo di proteggere i membri da tutti gli sgradevoli influssi del mondo esterno.
- 10 Rafforzamento della dottrina:** in questa fase si lavora per mantenere sempre attivi i meccanismi di dipendenza del membro alla setta, com-

pletare il controllo della coscienza dei membri e determinare in modo permanente la loro identità settaria.

L'elemento portante della manipolazione mentale sembra essere, comunque, il "*potenziale terapeutico*" della setta perché si propone di rispondere ai principali bisogni dell'uomo: appartenenza, identità, certezze, ricerca della verità e della salvezza, valorizzazione del Sè. Sono sentimenti in netto contrasto con quelli esperiti dal soggetto nella società maggioritaria che può condurre ad uno stato di totale alienazione, depersonalizzazione, fino alla perdita della propria soggettività nell'indifferenza e nella superficialità dei rapporti costruiti. I nuovi movimenti religiosi (NMR) rappresentano quindi una modalità di espressione della propria spiritualità e della ricerca della verità che procura benessere e felicità e che possa rispondere proprio a quelle domande esistenziali che permeano la condizione umana.

4. IL DILEMMA DEL BRAINWASHING

I diversi studi riguardanti la manipolazione mentale, vera o presunta, delle sette sugli adepti, utilizzano la metafora del brainwashing, usato inizialmente in ambito giornalistico durante la guerra di Corea per descrivere il meccanismo a cui venivano sottoposti i soldati cinesi nei campi di prigionia. Lifton e Schein (1961) spiegano che i prigionieri di guerra venivano sottoposti a privazione sensoriale, torture fisiche e psicologiche, controllo mentale e fisico. Questa descrizione risulta essere molto coerente con quello che i membri della setta esperivano al momento della conversione: privazione del sonno, ammissione di colpe, senso di inferiorità, isolamento fisico e mentale.

Gli studi e le teorie circa l'esistenza stessa della manipolazione hanno spaccato in due il mondo accademico. Da una parte vi sono gli studiosi che ammettono, senza alcun dubbio, l'esistenza e la pervasività del processo di manipolazione. Dall'altra vi sono coloro che lo rigettano completamente, definendolo solo un metodo per evitare qualsiasi responsabilità (soprattutto in sede giudiziale) da parte di membri o ex membri di sette.

Il sociologo Benjamin Zablocki (1997) afferma che il presupposto fondamentale della teoria, ovvero la negazione della libertà di scelta, si basa su premesse sbagliate. Essa, in realtà, non limita la capacità di scelta dell'individuo, ma piuttosto implica che egli scelga sulla base di valori distorti, completamente riorganizzati secondo il punto di vista del gruppo e del suo leader. Egli asserisce che un individuo, esposto a certe condizioni, può essere sottoposto ad una forma di persuasione che può trasformare radicalmente i suoi valori di riferimento e la sua nozione di identità personale. Questo è un particolare tipo di persuasione che viene a connotarsi all'interno di un gruppo fortemente coeso, che controlla gran parte o totalmente l'ambiente circostante l'individuo, e che utilizza lo stress e il disorientamento per esercitare la sua influenza. La peculiarità di questo tipo di persuasione sta nel fatto che persiste anche dopo che l'individuo ha lasciato il gruppo, quasi la sua vita dipenda dalla sua appartenenza al gruppo. Nel corso degli studi circa questo argomento si è tentato di fornire una spiegazione più sociale del processo manipolativo. "Nessuno dubita che una persona possa comportarsi in un certo modo, specialmente quando sotto minaccia di una forza fisica, ma in assenza di armi o tortura è difficile credere a un cambiamento così repentino" spiega Charlotte Allen (1999). Il brainwashing non è un processo direttamente osservabile e anche se fosse possibile isolarne le variabili, sarebbe difficile se non impossibile misurarlo in una sperimentazione clinica.

Una delle spiegazioni principali in questo senso deriva dalla teoria dell'etichettamento di Becker et al. (2003) che, applicata allo studio delle sette, dimostra come il problema sia una definizione pregiudizievole da parte della cultura maggioritaria nei confronti dei loro membri, che li vede quindi manipolati. In quest'ottica si muove anche il sociologo Bromley (1984) il quale sottolinea che i culti, tipicamente, hanno basse capacità di reclutamento, un altro livello di turn over e una vita breve, tutti motivi per essere scettici nei confronti della tecnica del brainwashing. Inoltre la grande varietà delle caratteristiche di questi gruppi, come le diverse culture presenti, il diverso background dei membri, i diversi

stili di leadership utilizzati, rendono davvero difficile concepire che essi abbiano tutti, contemporaneamente, imparato la psico-tecnica del brainwashing. Per tentare di raggiungere un accordo in merito, durante il corso degli anni '90 si esprime in l'American Psychological Association (APA) con il Memorandum del 1987 che ha, in un primo momento, rifiutato la nozione di brainwashing perché non scientifica. Nel Memorandum si dichiara infatti che questa teoria difetta di rigore scientifico tale che nessuna divisione nel mondo accademico ha ragione di esistere. Un'attenta lettura del documento però indica che l'APA non ha rigettato la nozione in sé, ma solo le teorie ad essa riferite, sostenendo di non poter prendere una posizione netta e condivisa circa il problema perché le ricerche e le ipotesi scientifiche utilizzate a sostegno della teoria risultano essere carenti di rigore metodologico.

5. VERSO UNA COMPRESIONE PIÙ PSICOLOGICA DEL PROCESSO DI MANIPOLAZIONE

I principali studiosi dell'argomento hanno quindi tentato di fornire una spiegazione più scientifica e psicologica al processo di manipolazione, tenendo in considerazione i diversi elementi che vengono a connotarsi nel processo.

Usai (1996) si propone di definire tutti i fenomeni di persuasione presenti nelle sette come condizionamenti psichici. Già gli studi pionieristici di Ash (1946) sulla conformità al gruppo e di Milgram (1965) sull'obbedienza all'autorità avevano dimostrato come i soggetti posti in particolari condizioni possano decidere di abbandonare le proprie idee e percezioni del mondo per conformarsi alle richieste del gruppo. Questa modalità può essere riscontrata anche nelle sette: quando il gruppo, fortemente coeso, prende una decisione anche difforme da quella individuale, il soggetto tende comunque ad allinearsi con esso per non sentirsi escluso. Questo meccanismo, inoltre, richiama la teoria della dissonanza cognitiva di Festinger (1957) per spiegare come gli adepti preferiscano adeguare le proprie convinzioni, giustificandole tramite spiegazioni poco plausibili, piuttosto che abbandonare la setta e la loro nuova identità.



Solomon (1996) sostiene che siano principalmente tre gli elementi che differenziano un gruppo "sano" da un gruppo potenzialmente rischioso: l'isolamento, le pressioni e la forte coesione.

L'isolamento è quello comune ai movimenti che hanno compiuto gesti estremi autoriferiti ed eteroriferiti, come omicidi-suicidi di massa, omicidi rituali etc. Esso risulta essere fondamentale perché viene a mancare il confronto con persone che la pensano diversamente, annullando il pensiero critico del soggetto che arriva ad accettare anche idee deliranti poiché sono le uniche con le quali entra in contatto. Dopo l'isolamento entrano quindi in gioco gli elementi di coesione e le pressioni effettuate dal gruppo. La forte coesione del gruppo porta alla conformità sociale (Turner, 1991) e le pressioni che il singolo subisce lo fanno adeguare acriticamente.

Galanter (1982) riscontrò che il background socio-culturale degli adepti fosse molto simile, per essere casuale: una classe sociale media o medio-alta; l'iscrizione al college che però non veniva terminato; la presenza di accessi contrasti in famiglia. La setta rappresenta la soluzione ai conflitti scaturiti dalla richiesta di indipendenza della società. Il distress psicologico è un elemento frequente in questo periodo tale che molti membri o ex-membri si descrivono come emotivamente disturbati. Tutti, o la maggior parte, presentavano legami sociali limitati, i loro obiettivi e le preoccupazioni per il futuro erano strettamente connessi con un'insoddisfazione nelle relazioni interpersonali, guidate da solitudine e senso di alienazione. La setta era invece percepita come la risposta a questo senso di inadeguatezza. L'affiliazione rappresentava quindi un miglioramento generale del benessere, dei legami interpersonali, la possibilità tangibile e semplice di raggiungere i propri obiettivi. La forte coesione e l'esperienza del prendere parte continuamente alla vita giornaliera della setta, l'esperire un alto grado di normalizzazione, il senso di sicurezza che essa forniva risultavano essere non solo elementi attrattivi ma anche una sorta di protezione da una vita stressante e responsabilizzante.

Galanter (1980) inoltre sostiene la necessità di un cambiamento prospettico allo studio di questi gruppi. Tenzialmente la nomenclatura utilizzata è prettamente individualista, ponendo quindi il comportamento del singolo solo in relazione a se stesso. Le evidenze empiriche hanno però dimostrato la necessità di utilizzare un approccio più grupale e sociale al problema.

Il gruppo carismatico è quindi concettualizzato come una unità funzionale separata dal mondo. La teoria dei sistemi di Von Bertalanffy (1966) risulta essere la più appropriata per spiegarne il funzionamento. Secondo questa prospettiva un aggregato di persone in interazione è considerato un sistema. La relazione tra i componenti è enfatizzata, piuttosto che essere considerata solo l'effetto di ogni individuo sull'altro. Un sistema aperto è in costante interazione entro se stesso e con l'ambiente circostante. Esso è caratterizzato da confini molto rigidi, per mezzo dei quali i potenziali componenti sono parte del gruppo o sono tagliati fuori.

Il controllo esercitato sui confini dal gruppo garantisce un senso di paura nei confronti del mondo esterno e delle sue credenze, infatti un elemento imprescindibile per la buona riuscita del processo di affiliazione è proprio il sospetto nei confronti del mondo esterno. Questo sospetto aiuta a consolidare le credenze della setta che rappresentano la base della maggior parte delle azioni devianti intraprese dal gruppo.

Tutti i sistemi aperti presentano inoltre un continuo monitoraggio delle azioni dei membri, compiuto dal leader o da una struttura gerarchica che definisce gli obiettivi e i ruoli in relazione all'ideologia del gruppo. Galanter (1989), inoltre, elabora una serie di teorie sistemiche circa le principali evoluzioni riscontrate nelle sette: trasformazione, controllo, retroazione e controllo del confine.

L'elemento portante è sempre e comunque lo scopo principale del gruppo: trovare nuovi affiliati e dare un'identità stabile al gruppo stesso; questo coincide con la fase della trasformazione. La seconda fase, quella del controllo, consiste nell'imposizione delle regole e dei dogmi da parte degli old camers per far sì che il movimento funzioni correttamente,

evitando conflitti ed eliminando qualsiasi forma di autonomia. La fase della retroazione si riferisce ai feedback positivi e negativi per valutare i risultati raggiunti. Infine, il controllo del confine viene utilizzato per proteggere la setta dal mondo esterno, potenzialmente pericoloso poiché può fornire informazioni contrastanti quelle della setta e vanificare il suo operato.

In quest'ottica quindi risulta rilevante la coesione del gruppo, la quale può essere definita come la risultante di tutte le forze che agiscono sui seguaci per mantenerli sempre concentrati sul gruppo, permettendo l'annullamento dei conflitti e l'inammissibilità dei dubbi.

Una coesione forte porta a una notevole mobilitazione di supporto, tanto che i membri arrivano a utilizzare il gruppo come lo ausiliario per riconquistare la propria stabilità emozionale, attenuare l'angoscia in una sorta di effetto-sollievo. Il soggetto, avvertendo quindi sollievo immediato, è portato a non allontanarsi dal gruppo, ed è disposto anche a sopportare compromessi ideologici e stili di vita particolari pur di non dover rinunciare al gruppo. Inoltre, appena egli tenta di allontanarsi vengono sollecitati sentimenti di senso di colpa che lo conduce al riavvicinamento. Questa tecnica di manipolazione viene definita infatti da Galanter come pinza psicologica.

6. IL PROBLEMA GIURIDICO E L'ABOLIZIONE DELLA LEGGE N. 603

Nel 1981 la Corte di Cassazione promulgò l'abrogazione dell'art. 603 "Reato di plagio" a causa della mancata scientificità del concetto.

Dall'analisi dell'exkursus storico del reato di plagio effettuato all'interno della Sentenza della Corte di Cassazione si evince come *"Nel diritto antico e sino all'inizio dell'età moderna il reato di plagio era inerente all'istituto giuridico della schiavitù inteso come stato della creatura umana non avente personalità giuridica"*. Il reato di plagio era quindi strettamente connesso alla condizione di schiavitù, relazione troncata con la convenzione di Ginevra del 1926 con la quale il plagio viene concepito come un delitto contro la libertà individuale.

Nel 1930, il codice penale italiano, utilizza per la prima volta una definizione di plagio totalmente diversa rispetto a quella dei precedenti codici, distinguendola dalla sola coercizione fisica, stipulando l'art. n 603 intitolato "Plagio": «Chiunque sottopone una persona al proprio potere, in modo da ridurla in totale stato di soggezione, è punito con la reclusione da 5 a 15 anni». L'individuazione del reato e l'aggiunta dei delitti contro la personalità individuale di una fattispecie criminosa da inserire nell'articolo furono oggetto di lunghe discussioni fra i commissari. Il disegno di legge prevedeva che il reato di plagio *"consiste nel sottoporre taluno al proprio potere in modo da ridurlo in tale stato di soggezione da sopprimerne totalmente la libertà individuale. [...] Tra il colpevole e la vittima si stabilisce, in sostanza, un rapporto tale che il primo acquista sulla seconda completa padronanza e dominio, annientandone la libertà nel suo contenuto integrale, impadronendosi completamente della sua personalità"*.

Il testo inoltre specifica che «il consenso della vittima non può escludere il reato, non essendo la libertà individuale, nel suo complesso, riferibile alla personalità umana, un diritto disponibile».

La maggiore difficoltà circa questo testo di legge si evince principalmente nella definizione dell'azione criminosa del totale stato di soggezione e di tutti gli elementi costitutivi del reato. Per accertare l'esistenza del reato di plagio e il rapporto di totale soggezione tra colpevole e vittima essa deve essere privata della facoltà di "liberamente volere e liberamente determinarsi". Ciò significa quindi che la soggezione non è solo di natura fisica, ma anche e soprattutto di natura psicologica.

Per la prima volta nel 1961 la Corte di cassazione, in una sentenza in sede giudiziale, dichiarava esplicitamente la natura psichica di questo reato e dei suoi elementi costitutivi. "Il plagio, affermava il Supremo Collegio, «consiste appunto nella instaurazione di un rapporto psichico di assoluta soggezione del soggetto passivo al soggetto attivo, in modo che il primo viene sottoposto al potere del secondo con completa o quasi integrale soppressione della libertà del proprio determinismo»".

Il reato di plagio, quindi, sussiste quando la volontà



della vittima viene totalmente eliminata e sradicata a favore della volontà del plagiante, il quale non la renderà incapace di intendere e di volere, ma piuttosto si sostituirà ad essa in relazione a ciò che pensa e ciò che agisce, eliminando la soggettività del plagiato.

Non vi sono però dei criteri scientifici e univoci per identificare come ciò avvenga, in quanto il processo di persuasione è un processo molto comune nell'atto comunicativo umano. La difficoltà sta nell'identificare quelle particolari attività psichiche che permettano il passaggio dalla persuasione alla suggestione, in un rapporto di possibile dipendenza tra due soggetti. Si può affermare che nel processo persuasivo il soggetto passivo mantenga la propria capacità di critica e di rifiuto delle informazioni, quindi mantenga intatta la capacità di scegliere; nella suggestione, invece, la convinzione avviene in maniera diretta, approfittando dell'incapacità di critica e di scelta, permanente o momentanea, del soggetto passivo. Il testo dell'art. 603, pertanto, prevede un'ipotesi non verificabile nella sua attuazione e nel suo risultato, sia dal punto di vista del soggetto passivo, sia dal punto di vista del soggetto attivo, poiché lo sforzo di porre la vittima in uno stato di soggezione totale presuppone una vigoria psichica capace di compiere un tale evento. In base alle attuali conoscenze, però, non esistono elementi accertabili che determinino queste particolari ed eccezionali qualità tale da permettere il totale asservimento di una persona con i soli mezzi psichici. A seguito di queste difficoltà la Corte Cassazione, nel 1981, ha abrogato la legge, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'articolo, l'impossibilità di attribuire ad essa un contenuto oggettivo, coerente e chiaro e sostenendo la totale arbitrarietà della sua applicazione.

Il 4 marzo del 2004 è stato approvato il disegno di legge dell'art. 613-bis del C.P. intitolato "Manipolazione mentale": "[...] chiunque, mediante tecniche di condizionamento della personalità o di suggestione praticate con mezzi materiali o psicologici, pone taluno in uno stato di soggezione continuativa tale da escludere o da limitare grandemente la libertà di

autodeterminazione è punito [...]" per tentare di colmare il grande vuoto legislativo lasciato dall'abrogazione dell'art. 603 in modo coerente ai principi costituzionali, e superare il delicato problema di dover discriminare particolari condotte capaci di sfruttare il condizionamento della psiche umana. Ai fini dell'accertamento giudiziario e della valutazione psichiatrico forense è doveroso, inoltre, tenere presente la condizione di abuso di stati di inferiorità, sancito dall'art. 643 del codice penale con il titolo "Circonvensione di persona incapace": "*Chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto, abusando dei bisogni, delle passioni o della inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato di infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o per altri dannoso, è punito con la reclusione da due a sei anni [...]*"

Anche questo articolo è stato redatto e approvato per tentare di proteggere le persone considerate incapaci dall'essere vittime di un processo manipolativo compiuto tramite qualsiasi attività di pressione morale, persuasione o suggestione capace di determinare o rafforzare una decisione già pregiudizievole precedentemente presa dal soggetto. Tale reato ha inoltre forma libera, cioè può essere realizzato con qualsiasi mezzo atto a indurre la vittima a compiere l'azione dannosa, per se stessa o per gli altri, non solo di carattere patrimoniale ma anche extra patrimoniale.

In quest'ottica l'abuso sussiste nel momento in cui il soggetto attivo riconosce le particolari condizioni in cui versa il soggetto passivo e, in piena consapevolezza, decide di approfittarne tramite l'induzione. L'infermità espressa nell'art. 643 non deve essere necessariamente totale ma è sufficiente che essa incida sulle capacità di analisi, giudizio, critica e previsione, o che il soggetto sia in uno stato di minorazione intellettiva e volitiva tale da privarlo del normale discernimento del potere critico e di scelta; essa inoltre non deve essere necessariamente frutto di una patologia, ma deve invece essere ricondotta a qualsiasi indebolimento della capacità di difesa psichica dell'individuo.

7. CONCLUSIONI

Alla luce di quanto preso in considerazione si può affermare che ciò che determina il fascino delle sette contemporanee è dato da un insieme di bisogni di rassicurazione e dalla necessità di creare "luoghi sociali" nei quali fare esperienze di forti legami con gli altri. Si può quindi avanzare l'ipotesi che le sette riescano a guadagnare terreno perché sono in grado di offrire una plausibile spiegazione religiosa a emozioni individuali e irrazionali che l'individuo esperisce tramite il contatto con la società esterna, percepita costantemente come sull'orlo della catastrofe. Inoltre esse possono rappresentare dei luoghi di forte solidarietà e rassicurazione sociale, nei quali gli individui sperimentano una comunanza e dipendenza l'uno dall'altro e che dà forza e sostegno.

In generale, le sette risultano essere molto attraenti proprio perché riescono ad intercettare la domanda di senso dell'uomo moderno, rispetto alla sua esistenza e alla sua morte e a darvi una risposta esauriente. Esse avanzano perché riescono a rintracciare uno scopo nella vita e nell'animo dei suoi membri che risultano essere prigionieri in quella che Max Weber (1989) definì come gabbia d'acciaio capitalista.

BIBLIOGRAFIA

- A.P.A. (1987) **Memorandum**.
- Aletti, M. (2008) **Psicologia delle religioni e psicose**, CESNUR: <http://www.cesnur.org/2008/aletti.htm>.
- Aletti, M. Alberico, C. (1999) **Tra brainwashing e libera scelta. Per una lettura psicologica dell'affiliazione ai Nuovi Movimenti Religiosi in Ricerca di sé e trascendenza. Approcci psicologici all'identità religiosa in una società pluralista** a cura di: Aletti M., Rossi G., Torino, Centro Scientifico Editore.
- Allen, C. (1999) **Brainwashed! Scholars of cults accuse each other of bad faith**, <http://web.archive.org/web/20001203192600/http://linguafranca.com/9812/allen.html>.
- Amitrani, A., Di Marzio, R. (2000) **Blind or Just don't want to see** in *Cultic Studies Journal*, Vol. 17, Roma, GRIS, pp. 122-142.
- Amitrani, A., Di Marzio, R. (2000) **Mind control in New Religious Movements** in *Cultic Studies Journal*, Vol. 17, Roma, GRIS, pp. 101-121.
- Ash, S. (1946) **Forming impression of personality** in *J. Abnormal Social Psychology*, 41.
- Barresi, F. (2004) **Deliri a sfondo mistico religioso e aggressività in pazienti pseudosatanisti**, VIII convegno nazionale di studi "Crimine & delirio", Ospedale psichiatrico giuridico di Aversa.
- Barresi, F. (2006) **Sette religiose criminali. Dal satanismo criminale ai culti distruttivi**, Roma, EdU.
- Becker, S.H. (2003) **Outsiders. Saggi di sociologia della devianza**, Torino, EGA-Edizioni Gruppo Abele.
- Bromely, D. G. (1993) **Religion and the Social Order: The Handbook on Cults and Sects**, vol 3, JAI Press.
- Bromley, D.G., Melton, J. G. (2002) **Cults, Religion and Violence**, Cambridge, Cambridge University press.
- Bruno, F., Barresi, F., Mastronardi, V., Fiori M. (2010) **Sette religiose e satanismo criminale: aspetti criminologici e psichiatrico-forensi in Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica a cura di Volterra V.**, Milano, Elsevier Srl, pp. 410-429.
- Cialdini, R. (1989) **Le armi della persuasione**, Firenze, Giunti editore.
- Codice Penale Italiano (2015) **Libro II, Titolo XII-Titolo XIII a cura di Ferri G.** www.anvu.it <http://www.anvu.it/wp-content/uploads/2016/03/codice-penale-navigabile-4-marzo-2016.pdf>.
- Del Re, M. (1982) **Culti emergenti e diritto penale**, Napoli, Jovene.
- Del Re, M. (1988) **I culti e le sette religiose: problemi giuridici in Il cambiamento delle forme di criminalità e di devianza, vol. X** di Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense a cura di Ferracuti F., Milano, Giuffrè editore, pp. 387-401.
- Di Marzio, R. (2004) **Riflessioni critiche sul reato di manipolazione mentale**, www.dimarzio.it <http://www.dimarzio.info/it/articoli/leggi-speciali/226-riflessioni-critiche-sul-reato-di-manipolazione-mentale.html>.
- Di Marzio, R. (2010) **Nuove religioni e sette. La psicologia di fronte alle nuove forme di culto**, Roma, Edizioni Ma.Gi.



- Festinger, L. (1957) **A theory of cognitive dissonance**, California, Stanford University press.
- Fornari, U. (1983) **Malocchio, patologia di mente e credenze popolari nei reati di omicidio in Rassegna italiana di Criminologia a cura di Canepa G., vol. 14**, Lecce, Pensa MultiMedia Editore.
- Fornari, U. (2004) **Trattato di psichiatria forense**, ed. 6, Torino, UTET.
- Freud, S. (1907) **Comportamenti ossessivi e pratiche religiose**, Roma, Newton & Compton.
- Fromm, E. (1992) **L'inconscio sociale**, Milano, Mondadori edizioni.
- Galanter, M. (1980) **Psychological induction into the large-group: findings from a modern religious sect** in *Am J Psychiatry*, Dec;137(12):1574-9.
- Galanter, M. (1982) **Charismatic religious sects and psychiatry: an overview** in *Am J Psychiatry*, Dec;139(12):1539-48.
- Galanter, M. (1989) **Culti. Psicologia delle sette contemporanee**, Carnago, SugarCo.
- Galanter, M. (1990) **Cults and zealous self-help movements: a psychiatric perspective** in *Am J Psychiatry*, May;147(5):543-51.
- Gatto, Trocchi, C. (2000) **I nuovi movimenti religiosi**, Brescia, Editrice Queriniana.
- Guenzi, G. E. (2002) **I nuovi movimenti religiosi: aspetti psico-giuridici dall'adesione all'abbandono**, psicologiagiuridica.eu: <http://www.psicologiagiuridica.com/numero%20005/guenzi%20ita.PDF>.
- Hatcher, C. (1988) **I culti e le sette religiose: aspetti criminologici giuridici in Il cambiamento delle forme di criminalità e di devianza, vol. X di Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense a cura di: Ferracuti F.**, Milano, Giuffrè editore, pp. 403-423.
- Hunt, J. (1992) **Rapporto 1992 del Consiglio d'Europa su Sette e Nuovi Movimenti Religiosi** in *Cultic Studies Journal. Psychological Manipulation and Society*, Vol. 9, No. 1, <http://xenu.comit.net/txt/europa8.htm>
- Introvigne, M. (1990) **Il cappello del Mago**, Milano, SugarCo.
- Lifton, R.J. (1961) **Tought reform and the Psychology of Totalism**, The University of North Carolina Press.
- Milgram, S. (1965) **Some conditions of obedience and disobedience in Human relations**, Feb 18: 57-76, The Tavistock Institute.
- Mininni, G. (2013) **Psicologia culturale discorsiva**, Milano, Franco Angeli s.r.l.
- Ministero dell'interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale Polizia di Prevenzione (1998) **Sette religiose e movimenti magici in Italia a cura di Colaiani N.**, Sapere 2000, Roma.
- Monti, D., Fiori M., Micoli A. (2011) **L'abisso del sé. Satanismo e sette sataniche**, Milano, Giuffrè Editore.
- Pace, E. (1997) **Le sette**, Bologna, Il Mulino.
- Richardson, J.T. (1980) **Brainwashing in Society**, 17(3):19.
- Richardson, J.T. (1991) **Cult/Brainwashing Cases and Freedom of Religion** in *Journal of Church and State*, 33: 55-74.
- Romano, C.A., Delbarba, E. (2002), **Settarismo e delittuosità** in *Rassegna italiana di criminologia a cura di Canepa G.*, Milano, Giuffrè editore, pp 556-577.
- Sentenza n° 96 della Corte di Cassazione (1981) Roma.
- Schein, E.H. (1961) **Brainwashing**, Cambridge, Centre for International Studies, Massachusetts Institute of Technology.
- Sirkin, M., Wynne, L. (1990) **Cult involvement as relational disorder** in *Psychiatric Annals*, 20(4): 199-203.
- Spero, M. H. (1982) **Psychotherapeutic procedure with religious cult devotees** in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(6): 332-344.
- Usai, A. (1996) **Profili penali dei condizionamenti psichici**, Milano, Giuffrè editore.
- Volterra, V. (2010) **Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica, ed.2**, Vaprio d'Adda, Elsevier Srl.
- Zablocki, B. (1997) **The Blacklisting of a Concept. The Strange History of the Brainwashing Conjecture in the Sociology of Religion in Nova Religio: The Journal of Alternative and Emergent Religions**, vol. 1, n. 1 pp. 96-121.



LINGUAGGIO, PSICOANALISI E BALBUZIE

Antonio Bitetti
Psicologo-psicoterapeuta

RIASSUNTO

Le ricerche in ambito psicoanalitico riguardanti i rapporti tra l'utilizzo del linguaggio e problematiche inerenti alle disfunzioni di esso, quale può essere la balbuzie, partono già con le prime intuizioni di S. Freud. Celebre il caso riguardante una sua paziente isterica, affetta anche da balbettio (*il caso di Emmy Von N.*, pag.213-217, *Opere.vol.1*). Successivamente, è stato Fenichel O. ad inquadrare la balbuzie come un sintomo della personalità nevrotica ossessiva. La scuola francese di psicoanalisi, con Anzieu A. e Anzieu D. (*Psicoanalisi e linguaggio, 1980*), come autori di spicco, hanno confermato le intuizioni precedenti. Nel mio lavoro di ricerca sulle dinamiche interne della balbuzie confermo diversi aspetti di queste ricerche, avendo già da tempo intuito il ruolo del controllo di sottostanti pulsioni aggressive, come elemento centrale di tutta la problematica. Il balbuziente balbetta solo in rapporto ad altri, non balbetta mai se è da solo e quindi non sottoposto a giudizio altrui. Il controllo che il balbuziente adotta è un aspetto appreso e mai abbandonato, nel tentativo di arginare e contenere le sottostanti pulsioni aggressive (*Bitetti A. pag.119-133, 2016*).

PAROLE CHIAVE

Balbuzie, psicoanalisi, linguaggio, bitetti, approccio integrato.

Il linguaggio si può definire come un sistema arbitrario di simboli che, presi insieme, consentono a un

essere umano con limitati poteri di discriminazione e limitata memoria, di trasmettere e comprendere una varietà infinita di messaggi e di poter fare ciò, malgrado i rumori e le distrazioni (*Brown R., New York, 1965*). L'uso del linguaggio simbolico è prerogativa esclusiva della specie umana: è la realizzazione più caratteristica e forse più complessa, dell'uomo. Ogni società umana, per quanto primitiva ed isolata, ha un linguaggio, mentre nessuna società animale è mai riuscita a svilupparne uno. È degno di nota il fatto che in tutte le culture, i bambini senza difficoltà evidenti, siano padroni del linguaggio e riescano a parlare ragionevolmente bene entro i 4 anni di età (*Mussen P., Conger J., Kagan J., 1974*).

In ogni linguaggio si riconoscono due aspetti principali: *struttura* (le unità fondamentali, parole e suoni e le regole della loro combinazione) e *significato* (segni convenzionali e arbitrari usati come referenti per oggetti ed eventi). Gli aspetti strutturali consistono essenzialmente nel sistema fonetico o dei suoni (fonologia), in regole per la formazione delle parole a partire dai suoni (morfologia) e in regole per la combinazione delle parole (grammatica o sintassi). Questi aspetti costituiscono il sistema linguistico, studiato dai linguisti, a cui si contrappongono le funzioni sociali e di comunicazione del linguaggio. Secondo Chomsky, autorevole psicolinguista del M.I.T. di Boston (USA), ogni proposizione, per quanto semplice, ha una struttura di superficie e una struttura profonda. La struttura di superficie riguarda ciò che effettivamente percepiamo. Cioè la catena



di parole che costituiscono la frase parlata, il suo "suono". La struttura profonda riguarda le relazioni logiche fondamentali, espresse nella proposizione (Chomsky, N.1959,1967).

Poiché il linguaggio è generalmente considerato la caratteristica più distintiva del comportamento umano e occupando una posizione di primissimo piano nelle interazioni sociali e nel funzionamento cognitivo, gli psicologi si sono posti il problema dell'origine e del funzionamento di esso.

Le materie prime del linguaggio parlato sono i suoni elementari o fonemi, cioè i suoni vocalici e consonantici fondamentali che corrispondono grosso modo alle lettere dell'alfabeto. Durante i primi mesi di vita i bambini vocalizzano un numero limitato di suoni. Durante il cosiddetto periodo del balbettio, che comincia verso i 6 mesi d'età, a questi suoni si aggiungono molti altri che compaiono in combinazioni complesse. (Chomsky C., Cambridge, M.I.T. Press,1969).

Indipendentemente dalla lingua di appartenenza del bambino, i suoi primi suoni dotati di significato sono consonanti, prodotte con la lingua nella parte anteriore della bocca, come p,m,b,t e vocali posteriori, prodotte con la lingua nella parte posteriore della bocca, come la e, o, a. I bambini cominciano a combinare insieme le parole all'età di 18-24 mesi, partendo da frasi semplici. Eppure all'età di 48-60 mesi, la maggior parte dei bambini hanno ormai appreso quasi completamente la sintassi (regole di grammatica) della propria lingua.

La neuropsicologa Françoise Lhermitte (1976) ha precisato: "Esistono nel cervello dei sistemi anatomico-funzionali innati che, sotto la pressione dell'ambiente linguistico, renderanno possibile l'acquisizione del linguaggio; ma esistono anche sistemi di portata più generale che, sotto la pressione dell'ambiente, rendono possibile lo sviluppo delle attività cognitive.

L'acquisizione della parola, secondo la psicoanalista francese Annie Anzieu (1980), dipende dall'acquisizione della capacità di camminare e cioè, dalla possibilità per il bambino di introdurre attivamente la separazione spaziale reale dalla madre, mentre fino a quel momento il bambino subiva passiva-

mente e dolorosamente la separazione di cui solo la madre prendeva l'iniziativa. Per parlare, cioè per comunicare a distanza, il bambino deve aver attraversato l'angoscia di separazione e aver stabilito con la madre, o chi per lei, la distanza tra il contatto funzionale in cui si perde e l'allontanamento estremo in cui la perde.

La comunicazione significativa esiste solo in virtù del peso della carne che veicola, in base alle zone erogene o dolorose del corpo da cui proviene, o a cui tende, in base ai vissuti corporei e poi psichici, che evoca. La parola può essere acquisita solo se il bambino, stabilendo la differenza tra realtà esterna e realtà interna, può porle in rapporto analogico (quello che D. Winnicott, chiama "l'area transizionale", 1974).

L'accesso al linguaggio permette al bambino di pensare senza essere costretto ad agire simultaneamente il proprio pensiero, come avviene nel periodo senso-motorio, (dalla nascita a circa 1 anno e mezzo) e ampiamente descritto da J.Piaget. Il decentramento così possibile porta il bambino a passare da un sistema di pensiero egocentrico, caratterizzato da causalità magica e intuitiva, in cui non si fa uso del concetto di reversibilità, a un sistema di pensiero che si serve di ragionamenti logici reversibili. Egli ha bisogno dei 5-7 anni che separano la fine del periodo senso-motorio dal periodo delle operazioni logiche concrete, per imparare a padroneggiare il linguaggio parlato, nel suo vocabolario e nella sua sintassi e a utilizzarlo, non solo per evocare situazioni ma, anche e soprattutto, per comunicare con soggetti esterni e al tempo stesso simili a lui.

Per J. Lacan, il bambino non può diventare soggetto fino a che non impara a dire "Io", ma mentre impara a dire "Io" egli inizia sempre a pensare in termini di "Lui" o "Lei". Il bambino per tutto il tempo in cui vive in rapporto duale con la madre è intrappolato all'interno di un corto-circuito. Attraverso la crisi edipica, in cui ogni angolo del triangolo familiare viene a mediare il rapporto duale tra gli altri due, il bambino giunge alla relazione triangolare, simbolica, dove l'opposizione è mediata dalla differenza. Lacan J. (1974) basa questo punto di vista e la sua pratica analitica su due riferimenti: lo strutturalismo di Levi-Strauss e la linguistica di de Saussure.

Così, non ci sorprenderemo del fatto che parlare male rimanda a disturbi riguardanti la possibilità di azione del corpo. Sia ad angosce di abbandono, sia ad angosce di castrazione secondaria edipica e spesso, ai tre disturbi simultaneamente. Non saremo nemmeno sorpresi dal fatto che solo eccezionalmente il disturbo che interessa il parlare si presenta come un sintomo isolato da qualsiasi particolarità. L'Es è la rappresentazione psichica del fondamento somatico delle pulsioni e dei desideri. È incluso nell'Io a parità di diritto del Super-Io. Al momento dello sviluppo, quando afferma la sua personalità, il bambino, come si è detto, si impadronisce delle capacità di controllo somatiche e psichiche. Diventa un soggetto parlante, in grado di opporre un rifiuto mediante la parola a chi contrasti il suo desiderio. Il rischio lo si immagina già: perdere l'amore delle persone amate, o per lo meno, attirare la loro aggressività. Il dialogo interno tra le parti dell'Io desiderante e quella che tende ad evitare i rimproveri, provoca certamente delle oscillazioni nell'acquisizione del vocabolario, della sintassi e della emissione verbale. I disturbi dell'acquisizione del linguaggio nel bambino sono molto spesso in stretto rapporto con la problematica affettiva. Alcuni bambini accedono solo difficilmente alla parola, mantenendo così una situazione apparentemente non conflittuale con l'ambiente che li tiene allo stato di lattante. Il senso di colpa relativo al parlare è sotteso da un Super-Io molto precoce e dai conflitti interni che ostacolano lo sviluppo della pulsione epistemofila. Fa parte del processo evolutivo, il fatto che il bambino presenti durante il definitivo stabilirsi del suo linguaggio, delle esitazioni toniche tipiche della balbuzie. Nella maggior parte dei casi, queste difficoltà possono risolversi senza lasciare ulteriore traccia. Ma in altri casi, in rapporto a circostanze ambientali e ai conflitti interni, il bambino tende a conservare la sintomatologia. È evidente in questi casi, che la lotta tra pulsioni a sfondo aggressivo e un Super-Io già molto forte, si manifesti attraverso questo disturbo (Bitetti A., 2001, 2006, 2010, 2016).

Parlare è conformarsi a norme riconosciute da un gruppo, utilizzare le parole, le situazioni e la melodia di una lingua comune a questo gruppo, esprimere

un discorso che sia percepibile da altri ad un livello acustico, intellettuale, affettivo. Parlare è quindi scegliersi al tempo stesso come simile e come diverso dall'altro, è comunicargli il proprio desiderio di venire riconosciuto come tale e anche intenzione di partecipazione reciproca a questo desiderio: è riconoscersi come soggetto desiderante.

Il bambino che evolve da una balbuzie primaria, ad una balbuzie secondaria o permanente, presenta di solito uno stile di personalità più oppositiva rispetto alla maggior parte degli altri è più collerico, più suscettibile. La sua sofferenza, che esprime con questa aggressività disperata, è probabilmente quella di aver dovuto rinunciare alla sua onnipotenza sul genitore prediletto. Rifiuta questa rinuncia. Il sintomo di questa sofferenza sceglie come luogo quello dei primi piaceri: la bocca.

Le difficoltà di respirazione, dell'impiego sinergico degli sfinteri orali e delle contrazioni disordinate di tutti i muscoli del corpo, ricordano l'angoscia spasmodica del lattante che grida. Se si considera che la balbuzie compare generalmente nel momento in cui il linguaggio si realizza in discorso grammaticalmente strutturato, cioè tra i 2-3 anni, è chiaro che si tratta di un sintomo certamente precoce, ma che utilizza il modo simbolico più elaborato della maturazione del bambino.

Il balbuziente non può parlare. La sua espressione verbale è solo singhiozzo, esitazione, cambiamento, impotenza, insoddisfazione. Sembra "far desiderare" la sua parola, promettendola a briciole e giungere solo all'insoddisfazione del suo interlocutore. Si potrebbe definire il balbuziente un impotente orale, poiché svuota il suo linguaggio di quella energia a matrice aggressiva, necessaria per dare potenza al suo linguaggio. Possiamo vedere in questo uso del contenuto verbale un gioco di seduzione, che prende forma di una esitazione a rivelarsi; una sorta di provocazione verso l'interlocutore, mediante l'attesa e l'incertezza.

Fenichel O., in "La Teoria delle Nevrosi" 1953, ha avuto il gran merito di introdurre la balbuzie tra le conversioni pre-genitali. La balbuzie, di per sé, costituisce una nevrosi. La difficoltà sta nel distinguere in che misura questa nevrosi coinvolga, sia l'iste-



ria di conversione e sia la nevrosi ossessiva, poiché "gli impulsi inconsci espressi in questi sintomi sono pregenitali".

In effetti, nell'analisi dei contenuti del discorso del balbuziente si trovano allusioni dirette ad un erotismo pregenitale. In particolare, dei ricordi della prima infanzia sentiti come molto colpevolizzanti, vertono sulla defecazione, sui disturbi intestinali e digestivi. La stitichezza e la diarrea nel bambino balbuziente assumono l'aspetto di manifestazioni somatiche banali dei "disordini" interni.

Le psicoterapie analitiche dei balbuzienti sono ricche di resoconti di questo tipo. Sembrano confermare l'attaccamento che il balbuziente ha per il proprio contenuto intestinale, che rappresenta la sua situazione. Un adolescente balbuziente, durante il percorso terapeutico parlava con estrema difficoltà quando pensava ai genitori. In quei momenti, il blocco tonico della parola era molto intenso e si rilassava solo per dire con estrema fluidità: "Questo non vuole uscire", "questo" diventava ben presto "io": "io non voglio parlare", ma anche "io non posso". Il tutto, riferito ovviamente alla dinamica di espulsione, o di trattenere la massa fecale.

Il contenuto del corpo è la cosa preziosa che in genere non si vuole dividere con gli altri, se non liberamente. Soprattutto, se l'interesse che l'altro ha per questo oggetto è grande. Il pericolo che minaccia questo oggetto è l'insoddisfazione materna sentita nella realtà e nell'immaginazione, come una fonte perpetua di delusione e di castrazione. Le pulsioni orali ed anali, violentemente rimosse, si caricheranno di angoscia e questa angoscia si manifesterà a livello orale, secondo una modalità anale: il discorso non può essere "gettato fuori", "il parlare" è impossibile. (*Anzieu A., pag.148-149,1980*).

Il balbuziente gioca il ruolo dello sfortunato che non può dire ciò che proprio vorrebbe avere il diritto di dire. Ma è rassicurato dalla propria balbuzie. È in effetti curioso constatare come molti balbuzienti tengano al proprio sintomo. Molti vengono inviati in terapia da una terza persona, professore, un datore di lavoro, a causa del danno professionale, o relazionale che la balbuzie comporta. Dall'approccio un po' più approfondito delle strutture psicologiche

che lo riguardano, si avverte come il balbuziente tenga a nascondere questa debolezza.

Quale scopo raggiunge dunque questo sintomo, nel quale ci sembra di vedere una vera e propria intenzione inconscia? Secondo Fenichel O., impedirebbe la manifestazione diretta dell'aggressività mediante parole oscene a "valore magico". Con questo, egli conferma la posizione in cui si colloca il balbuziente e cioè, la posizione sadico-ale.

In effetti, la balbuzie, almeno la fase iniziale, compare nei bambini tra i due e i quattro anni. Ma, il bambino si trova anche all'inizio del periodo cosiddetto edipico. Così le pulsioni pregenitali accompagneranno il completamento dell'acquisizione verbale e l'accesso ad un sistema linguistico paragonabile a quello dell'adulto per forma sintattica e quantità del vocabolario. Chi diventerà balbuziente è costretto a rimuovere le sue pulsioni in un periodo molto precoce, perché le componenti sadico-anali ed orali del suo carattere rimangono molto marcate.

I tratti ossessivi che si riscontrano nella personalità del balbuziente, sono confermate dalla tendenza al controllo delle pulsioni, prevalentemente a matrice aggressiva, che il balbuziente agisce regolarmente nel momento della relazione, mediante il controllo di tutta l'attività fonatoria. L'apparato fonatorio, sede articolatoria del linguaggio, diventa il bersaglio elettivo della dinamica in questione. Il balbuziente rinuncia a esternare la sua rabbia interiore, non se lo può permettere.

L'esperienza ultraventennale nel campo della terapia della balbuzie e di ricerca sulle dinamiche interne al problema, confermano la tesi che il fattore controllo è l'elemento più distruttivo di tutta la problematica del balbettare. A volte il balbuziente tende ad estendere il controllo anche sulle emozioni di tipo positive e spesso è presente una forte tendenza a controllare il giudizio dell'interlocutore, in termini preventivi, riguardo al giudizio negativo (*Bitetti A.,2016, pag.119*).

Ogni tentativo terapeutico di un carattere nevrotico richiede, nella persona interessata, un movimento che banalmente viene chiamato la sua "domanda". Nel caso dei balbuzienti, si può constatare statisticamente che la maggior parte delle richieste di terapia

non sono seguite dal trattamento. Per il semplice motivo che il richiedente non ha dato seguito alla proposta che gli è stata fatta alla sua domanda: è fuggito. Impegnare il balbuziente in una terapia, soprattutto a valenza psicologica, è una delle maggiori difficoltà che si incontrano con personalità di questo tipo. È un tratto caratteristico della sua psicologia.

Il balbuziente non può impegnarsi in un rapporto, proprio perché vive ogni rapporto secondo la modalità persecutoria. Ad un livello superficiale chiede di essere aiutato ad esprimersi meglio. La sua richiesta di aiuto viene accettata ma, ciò lo porterebbe a doversi impegnare, ed oscuramente e inconsciamente, riconosce che questo impegno sarà quello del cambiamento. In altre parole, dovrà rinunciare a certe posizioni interiori, vantaggi secondari difensivi e regressivi. Ciò che lo fa fuggire di fronte all'impegno richiesto dalla terapia psicologica, è la base persecutoria del suo sintomo.

Ecco spiegata, la continua ricerca da parte del balbuziente o delle famiglie dei balbuzienti, di tecniche risolutive riguardo al problema. Di un metodo di cura della balbuzie, che permetta di escludere l'impegno psicologico più profondo. Importante che sia di gruppo, con altre persone affette dallo stesso problema, per mitigare il senso di colpa connesso al sintomo. Un impegno però, superficiale e quindi non risolutivo, pur di allontanare quelle dinamiche interne che, invece, avrebbero un impatto più completo sul sintomo del balbettare e su tutta la dinamica affettiva e relazionale, principalmente nel bambino balbuziente (Bitetti A., 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, A., in *Psicoanalisi e linguaggio*, Didier Anzieu, Bernard Gibello, Roland Gori, Annie Anzieu, Michel Mathieu, Borla, 1980
- Bitetti A., **Analisi e prospettive della balbuzie**, Positive Press, Verona, 2001
- Bitetti A., **La balbuzie. Un problema relazionale**, Armando Editore, Roma, 2006
- Bitetti A., **La Balbuzie Approccio Integrato**, IEB Editore, Milano, 2010
- Bitetti A., **Emozioni, Comportamento e Controllo**, IEB Editore, Milano, 2016
- Brown R., **Social psychology**, New York, Free Press of Glencoe, 1965
- Chomsky C., **The acquisition of syntax in children from 5 to 10**, Cambridge, MIT Press, 1969
- Chomsky N., **A review of verbal behavior** by B.F. Skinner. Language
- Chomsky N., **The formal nature of language**. In E. Lenneberg, *Biological foundations of language*, New York, Wiley, 1967, pag. (397-442)
- Fenichel O., **Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi**, Astrolabio, Roma, 1953
- Lacan J., **Lo stadio dello specchio**, in *Scritti*, Einaudi, Torino, 1974
- Lacan J., **Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi**, Einaudi, Torino, 1974
- Mussen P., Conger J., Kagan J., **Child Development and personality**, Harper & Row Publisher, 1974.
- Winnicott D., **Gioco e realtà**, Armando, Roma, 1974
- Winnicott D., **Oggetti transizionali e fenomeni transizionali**, in *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974





STALKING AL FEMMINILE UNA REVIEW DI LETTERATURA

Anna Convertini
Cosimo Damiano Traetta
Antonella Rita Fanizza
Ignazio Grattagliano

Dipartimento di scienze della Formazione,
Psicologia e Comunicazione, Università
degli studi di Bari Aldo Moro

RIASSUNTO

Questo lavoro, che ha il profilo di una review di letteratura, si prefigge lo scopo di approfondire lo stalking, un fenomeno di difficile identificazione, ponendo soprattutto attenzione alla donna stalker. L'intento è quello di tratteggiare il profilo della donna stalker, delineare i comportamenti che connotano il female stalking, analizzando anche dove le donne differiscono dalla loro controparte maschile nella psicopatologia, nelle motivazioni e nelle condotte.

PAROLE CHIAVE

Stalking, stalking al femminile, delirio erotomanico, psicopatologia.

1. INTRODUZIONE

La difficoltà definitoria dello stalking sia in ambito giuridico che scientifico è legata al fatto che attualmente tale fenomeno non indica un unico comportamento agito dal molestatore circoscrivibile puntualmente ma si riferisce ad una serie di condotte reiterate che non sempre di per sé rappresentano la commissione di un reato come, ad esempio, la pratica del corteggiamento (De Fazio, 2012). Importante è la definizione che ne danno Pathè e Mullen i quali affermano che lo stalking è caratterizzato da una costellazione di comportamenti messi in pratica da un individuo su di un altro basati su intrusioni e comunicazione ripetute ed indesiderate (Phatè & Mullen, 1997). Dal canto loro Westrup e Fremouw notano un'assenza di accordo in letteratura circa la definizione dello stalking. I due autori sono del parere che il termine "stalking" venga utilizzato per indicare indiscriminata-

mente una vasta gamma di comportamenti (Westrup & Fremouw, 1998). Proprio per questo motivo, Westrup ritiene che la condotta dello stalking sia definita da uno o più comportamenti che:

- 1 Sono diretti ripetutamente verso uno specifico individuo (il bersaglio);
- 2 Sono vissuti dal bersaglio come indesiderati ed intrusivi
- 3 Sono utilizzati per innescare paura o preoccupazione nel soggetto assunto come bersaglio (Westrup, 1998)

Una delle definizioni di particolare interesse per finalità psichiatrico forense è quella di Kramer e coll. secondo cui il fenomeno descrive "un comportamento patologico che è caratterizzato da ripetute persecuzioni, molestie, minaccia di aggressione o aggressione agita verso una persona" (Kramer et al., 2007) Prevedendo dunque lo stalking una vasta gamma di comportamenti complessi, Galezzi e Curci hanno proposto una vera e propria concezione sindromica dello stalking, interpretato come patologia della relazione. In particolare la "sindrome delle molestie assillanti" è costituita da tre componenti necessarie:

- 1 il molestatore che commette il reato di molestie assillanti e viola la privacy della vittima;
- 2 una serie ripetuta di comportamenti e non un singolo evento poiché il fenomeno è connotato da ripetitività, insistenza e intrusività;
- 3 la pressione psicologica sulla vittima (Galeazzi & Curci, 2001).

Le condotte che definiscono lo stalking sono state tratteggiate in base alla definizione del reato di atti persecutori, introdotto nel Codice Penale italiano

con l'articolo 612-bis e punibile con la reclusione da 6 mesi a 4 anni. Il reato in questione è caratterizzato da tre elementi costitutivi:

- 1** la condotta del reo;
- 2** la reiterazione della condotta;
- 3** l'insorgere di un particolare stato d'animo nella vittima.

Tuttavia la stessa nozione di "reiterazione" costituisce un problema perché non ci sono indicazioni precise da parte del legislatore circa il numero di atti persecutori necessari affinché si configuri la fattispecie delittuosa. Il tribunale di Roma per mezzo di una sentenza emanata il 4 febbraio 2010 n° 3181 ha stabilito che affinché si configuri la fattispecie non sono sufficienti solo due episodi di aggressione. Discordante è invece la valutazione dei giudici di legittimità poiché la Suprema Corte di Cassazione, per mezzo della sentenza del 21 gennaio 2010 n° 6417, ha precisato che anche due sole condotte di minaccia o molestia in quanto idonee a costituire la reiterazione richiesta dalla norma incriminatrice, integrano il reato di atti persecutori (Delpino, 2012). Un altro problema considerevole è rappresentato dalla dimostrazione dell'esistenza di un nesso di causalità giuridicamente rilevante tra condotte persecutorie ed evidente peggioramento dello stato psico-fisico della vittima. Il riscontro di tale rapporto di causalità è ancor più ostico in psicopatologia forense poiché l'esordio, il decorso e gli esiti di numerosi disturbi psichici non sono sempre ben definiti oppure hanno una genesi pluri-fattoriale (Barbieri & Lugazzo, 2007). Collins e Wilkas hanno descritto una vera e propria sindrome nella vittima di stalking, definita S.T.S. ovvero Stalking Trauma Syndrome e connotata da aspetti simili ad altri profili psicopatologici quali il Disturbo Post-Traumatico da Stress o la Sindrome del Rapimento (Rocca et al., 2010). Inoltre viene presentata una caratteristica sintomatologia HOPELESSNESS (mancanza di speranza futura), HELPLESSNESS (assenza di possibilità di aiuto) e WORTHLESSNESS (senso di inadeguatezza e auto-svalutazione), (Loretto et al., 2004). Nella quasi totalità delle vittime, le molestie assillanti determinano modifiche nel loro modo di gestire la vita quotidiana. Lo stato emotivo d'ansia, stress e paura può determinare un peggioramento delle prestazioni lavorative; il maggior senso di vulnerabilità e di insicurezza causato dalle ripetute intrusioni del molestatore

possono creare la sensazione di vivere in un ambiente scarsamente protetto. In uno studio condotto da Pathè e Mullen si è riportato che l'80% delle vittime di atti persecutori riscontrava un aumento del livello d'ansia e dello stato di allerta mentre nei casi accertati di Disturbo Post-Traumatico da Stress prevalevano ricordi spiacevoli e ricorrenti degli eventi vissuti, disturbi del sonno e sintomi di ipervigilanza. Il 25% delle vittime ha manifestato idee suicidarie mentre in un quarto dei soggetti si è notato un aumento del consumo di sostanze alcoliche e spesso si sono manifestati quadri di sofferenza psicosomatica. In molti casi si è notata la permanenza di sintomi ansiosi e depressivi anche per molto tempo dopo la fine delle condotte persecutorie soprattutto nei casi in cui questi sono state accompagnate da minacce di violenza fisica (Monzani, 2011).

2. EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO: MALE E FEMALE STALKING A CONFRONTO

Ciò che stupisce oggi non è tanto il palesarsi di condotte reiterate e assillanti quanto il fatto che a porre in essere queste condotte siano le donne, una specie di categoria protetta nell'ambito della quale sembra impossibile che vengano a realizzarsi comportamenti devianti, considerati di esclusivo appannaggio della classe maschile ma, il female stalking non è raro. Confrontando studi condotti in tre continenti, Spitzberg ha individuato che i maschi vittime di stalking andavano dal 2 al 13% dei casi mentre le donne diventavano vittime dall'8 al 32% delle volte (Grattagliano et al., 2012). Hines et al. hanno riportato che 23 uomini su 79 che si erano rivolti ad un helpline statunitense, nonché il 29,1% di coloro a cui sono state rivolte domande relative all'essere state vittima di comportamenti di stalking, hanno riferito che le loro compagne li avevano perseguitati (Hines et al., 2001). Il rischio di diventare vittima di stalking nel corso della vita è stato studiato anche negli Stati Uniti, Australi e Gran Bretagna con la conclusione che la probabilità spazia dall'8 al 15% per le donne e dal 2 al 4% per gli uomini (Mullen et al., 2000). Zona et al. hanno riscontrato che il 32% dei soggetti accusati di tale reato (N=24 su 74) ed esaminati grazie ad un'unità specializzata anti-stalking erano di sesso femminile e 6 di esse sono state considerate erotomani (Zona et al., 1993). Alte percentuali emergono dalle Criminal Court Population come quella condotta da



Herman et al. e durata quattro anni, dal 1994 al 1998. In questo studio si è riscontrato che il 33% degli stalkers è di sesso femminile (N=16 su 48). (Alfarano et al., 2012). In uno studio realizzato da Sheridan et al. la somministrazione di un questionario formato da 46 item a 95 vittime di stalking afferite ad un centro di promozione sociale e sanitaria con sede a Londra, ha messo in luce che il 7% delle vittime era di sesso maschile (Sheridan et al., 2001).

3. FOCUS ON FEMALE STALKING

Per quanto concerne il female stalking, questo presenta molti elementi peculiari ma le differenze tra lo stalking agito da uomini e quello agito da donne sono meno rilevanti di quanto si possa credere (Alfarano et al., 2012). Dennison e Thomson hanno messo in evidenza l'esistenza di poche differenze nel modo in cui gli individui di sesso maschile e femminile valutano i comportamenti molesti ed intrusivi. Generalmente per gli uomini le condotte di stalking comprendono minacce volte a danneggiare una persona che tendono ad aumentare nel corso del tempo; mentre le donne definiscono genericamente lo stalking come insieme di azioni il cui intento è causare paura, danno fisico o psicologico, a prescindere dal tipo di molestie e dalla loro frequenza. Spesso, tra l'altro, le donne si riconoscono come vittime di atti persecutori (Dennison & Thomson, 2002). Anche Sharidan et al. hanno individuato una relativa somiglianza nel modo in cui uomini e donne interpretano le condotte di stalking. Tuttavia per gli uomini non rientrano sotto questa denominazione i comportamenti di "corteggiamento" come i fischi di apprezzamento o l'offrire un caffè in un bar ma i comportamenti "bordeline" come l'incapacità di accettare la rottura di una relazione e perseverare in visite non gradite o quelli "verbalmente osceni" come i commenti relativi alla sessualità e l'utilizzo di un linguaggio non appropriato (Sheridan et al., 2002). Dennison inoltre ritiene che, rispetto alle donne, gli uomini tollerano in misura maggiore le minacce e la paura che ne può derivare (Dennison, 2007).

Nonostante sia gli uomini che le donne possono mettere in campo atti persecutori (Sinclair & Frieze, 2000) alcuni autori hanno dimostrato che le donne considerano le molestie più seriamente quando l'autore del reato è di sesso maschile (Davis & Freize, 2002). Infatti la condotta delittuosa è considerata

più grave quando il carnefice è un uomo e quando la vittima è una donna (Phillips et al., 2004).

4. COMPORTAMENTI AGITI DALLA DONNA STALKER

Nonostante la frequenza con cui le donne si impegnano in condotte di stalking, pochi studi hanno preso in considerazione i contesti in cui tale forma di reato prende forma oppure se le stalker differiscono dalla loro controparte maschile. Tuttavia in questa direzione si sono mossi Purcell et al. che in uno studio hanno confrontato 190 stalkers afferenti ad una clinica di salute mentale divisi in 40 donne e 150 maschi in cui è stato possibile comparare i comportamenti agiti da entrambi i sessi nell'attualizzazione delle condotte persecutorie (Tab. I)

Tab. I: Metodi usati nell'attuazione di molestie da parte di donne e uomini che si sono rivolti ad una clinica forense di salute mentale.

Harassment Method	Women (N=40)		Men (N=150)		Analysis	
	n	%	n	%	χ^2 (df=1)	p
Following	20	50.0	117	78.0	12.3	0.001
Intrusive approaches	31	77.5	128	85.3	1.4	0.23
Telephone calls	39	97.5	110	73.3	10.8	0.001
Letters/faxes/e-mail	28	70.0	95	63.3	0.6	0.43
Sending unsolicited material	20	50.0	71	47.3	0.1	0.76
Property damage	13	32.5	60	40.0	0.8	0.38
Threats	20	50.0	89	59.3	1.3	0.24
Threats against others	12	30.0	56	37.3	0.8	0.36
Assault	9	22.5	55	36.7	2.9	0.09

Fonte: Purcell R., Pathè M., Mullen P.E., (2001): "A study of women who stalk". In American Journal Psychiatry, 158:2056-2060.

Le autrici di reato di stalking sono più propense a molestare il partner tramite chiamate telefoniche (97,5%), approcci intrusivi (77,5%) e lettere, fax ed e-mail (70,0 %) (Purcell et al., 2001). Risultati simili provengono dallo studio di Meloy et al. condotto su 82 donne stalker. L'età delle donne considerate autrici di reato, sulla base di quanto previsto dal Codice Penale della California, erano d'età compresa tra i 18 e i 58 anni. Gli schemi comportamentali utilizzati per perseguire la vittima sono stati così classificati (Tab II).

Tab. II: *Schemi di persecuzione usati da donne stalker.*

	n	%
Made telephone calls and/or left messages	68	83
Sent letters and unwanted ifts	63	78
Drove by home, office, or school	59	73
Trespassed on property	56	69
Followed the victim	40	49
Expressed affection	39	48
Intruded on victim's family, friends, or coworkers	34	42
Intruded in private interactions	27	33
Vandalized victim's property	25	31
Used surveillance techniques	22	27
Attempted to break and enter	21	26
Stole or damaged victim's possessions	15	19
Involved victim in unwanted activities	13	16
E-mailed victim	11	14

Total percentage exceeds 100% because multiple patterns of pursuit were used by many stalkers. In the first, N = 82; all others, N = 81. Fonte: Meloy J.R., Boyd C., (2003): "Female stalkers and their victims" in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*; 31:211-19.

Anche in questo caso la maggior tendenza è quella di molestare tramite chiamate telefoniche o l'invio di messaggi (83%), comportamento seguito dallo spedire lettere o regali non desiderati (78%) mentre

solo in pochi casi (19%) la stalker arrivava a rubare o danneggiare oggetti di proprietà della vittima (Meloy & Boyd, 2003). Spitzberg et al. hanno considerato la differenza tra 24 tattiche usate da 314 studenti di un college (donne: N=212, uomini: N=129) dimostrando che in modo significativo più uomini (19%) che donne (10%) arrivano ad assumere comportamenti persistenti ed indesiderati tanto da indurre la vittima ad avvertire tali azioni come minacciose (Tab III).

Tab. III: *Condotte persecutorie agite da uomini e donne stalker*

	F (%)	M (%)	T (%)
Unwanted messages	43	59	49
Monitoring	47	34	42
Exaggerated affection	35	47	39
Unwanted gifts	22	43	30
Intruding in interactions	26	30	28
Invaliding personal space	29	25	28
Intruding on friends/family	29	24	28
Following around	27	21	25
Invaliding property	18	13	17
Covertly obtaining information	21	19	20
Steal/damage possessions	12	6	10
Physically restraining	9	12	10
Physically hurt	11	4	9
Sexually coercing	9	9	9
Involving in activities	6	9	8
Threaten to hurt self	7	8	8
Threaten verbally	6	7	6
Showing up at places	5	5	5
Physically threaten	6	3	5
Threaten others	3	6	4
Regulatory harassment	2	4	3
Threatening objects	2	4	3
Kidnap/restrain	2	3	3
Physically endanger	1	2	1.5
Ever persistently pursued in a way that could be perceived as Threatening	10	19	13

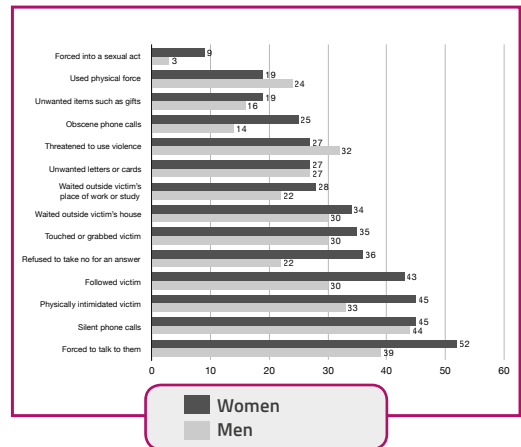
Fonte: Spitzberg B., Cupach W.R., (2007): "The state of the art of stalking: taking stock of the emerging literature". In *Aggression and violent behavior*; 12 (1):64-86.



Le donne tendono a monitorare costantemente la propria vittima (47%) oppure a invadere i suoi spazi (29%), la sua proprietà (18%) a differenza degli uomini che tendono ad agire maggiormente inviando messaggi non desiderati alla vittima (59%) o attraverso manifestazioni affettive esagerate (47%) (Spitzberg & Cupach, 2007). Un'indagine condotta in Italia ha avuto come obiettivo quello di verificare se esiste ed eventualmente in che misura una realtà diversa rispetto a quella fondata esclusivamente sui pregiudizi e luoghi comuni per comprendere se anche la popolazione maschile può essere vittima di varie forme di violenza da parte del genere femminile. Alla ricerca hanno partecipato un totale di 1058 soggetti di varie aree geografiche italiane d'età compresa tra i 18 e i 60 anni. Il campione maggiormente rappresentato è quello di fascia d'età compreso tra i 40-49 anni seguito dal campione di soggetti d'età compresa tra i 30-39 anni. Dall'analisi emerge che il genere di violenza maggiormente subito dagli uomini è quella psicologica: risulta essere elevata la percentuale di donne che insultano e umiliano o provocano sofferenza con le parole (75,4%). Ampiamente rappresentata è la violenza psicologica agita per mezzo di minacce trasversali, considerando che nel 47,1% dei casi la donna agisce distruggendo o danneggiando beni. Nel 31,9% dei casi la stalker perpetra le sue aggressioni per mezzo di messaggi, e-mail, telefonate o regali indesiderati mentre nel 32,2% dei casi la vittima è stata insistentemente oggetto di richieste di dialogo e confronto contro ogni volontà. Lo studio chiarisce che il 31,9% del campione dichiara di aver subito almeno un atto persecutorio ad opera di una donna nel corso della propria vita (Macrì et al 2012). Uno studio realizzato da Bjerregaard utilizzando come popolazione di riferimento un campione di studenti universitari ha consentito di rilevare che sia uomini (11%) che donne (25%) sono stati vittime di stalking ad un certo punto della loro vita. Complessivamente i comportamenti più comunemente utilizzati dagli stalker di entrambi i sessi sono le chiamate telefoniche e il cercare contatti diretti. Tra coloro che erano stati chiamati dai loro stalker, il 69,2% delle vittime di sesso femminile ha riferito di aver ricevuto una richiesta

di un contatto personale diretto da parte del suo persecutore mentre questo accade per le vittime di sesso maschile nel 33,3% dei casi. Tra gli uomini che avevano ricevuto e-mail il 14,3% ha riferito di esser stato il destinatario di lettere scritte con ritagli di giornale mentre il 57,1% riceveva e-mail in cui era espresso il desiderio esplicito da parte della donna di sposarlo, stesso desiderio dichiarato durante gli incontri diretti (33,3%) insieme a quello di avere rapporti sessuali (33,3%). (Bjerregaard, 2015). Differenze nei comportamenti agiti da stalkers uomini e donne sono state messe in risalto anche da Budd et al. (Tab. IV). Si è rilevato che tra le donne l'esperienza più comune è quella di essere state forzate a parlare con il proprio persecutore (52%) mentre tra le vittime di sesso maschile più frequente era la tendenza a ricevere chiamate in cui al telefono la stalker rimaneva in silenzio (44%). Inoltre le vittime di sesso maschile sono state più propense a riferire di aver subito minacce di violenza (32%), (Budd & Mattinson, 2000).

Tab. IV: *Diversi tipi di attenzioni persistenti e non volute distinte a seconda del genere sessuale della vittima*



Fonte: Budd T., Mattinson J. (2000): The extent and nature of stalking: findings from the 1998 British Crime Survey. In Home Office Research development and statistics directorate.

Tuttavia in uno studio di Mullen et al. si è rilevata una maggior frequenza di comportamenti violenti agiti da donne affette da erotomania nei confronti delle loro vittime, delle quali il 36% era stato aggredito, il 43%

sessualmente attaccato e ad un'altro 36% era stata danneggiata la proprietà (Mullen & Pathè, 1994). La ricerca relativa alla violenza agita dagli stalker di sesso maschile ha dimostrato la presenza di una correlazione positiva tra il rischio di violenza e la precedente intimità sessuale con la vittima (Meloy et al, 2001). Tale evidenza è stata confermata anche per le donne: il rischio di violenza interpersonale è moderato con gli ex partner, debole per i conoscenti e nullo per gli estranei. Anche in questo caso sembra che il rischio di violenza si affievolisca man mano che il rapporto tra parti si fa più vago e, questa evidenza, viene confermata dalle emozioni e le motivazioni alla base del female stalking (Tab. V)

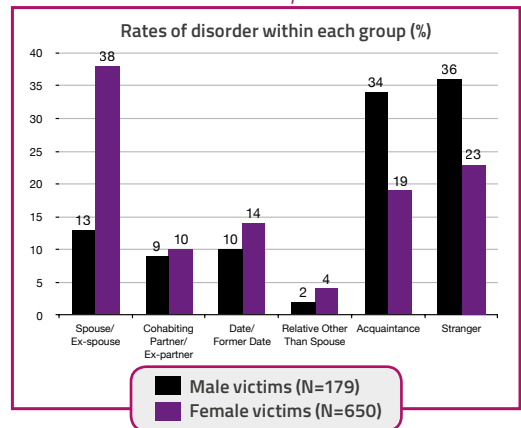
Tab. V: Emozioni e motivazioni dello stalking agito dalle donne

	n	%
Anger/hostility	49	63
Obsession	49	63
Rage at abandonment	34	44
Loneliness	29	37
Dependency	29	37
Jealousy	26	33
Betrayal	26	33
Sexual preoccupation	20	26
Retaliation	19	24
Need for power and control	15	19
Sexual intent	14	18
Attempted reconciliation	14	18
Projection of blame	13	17
Humiliation and shame	9	12
Social incompetence	9	12
Envy	9	12
Recent loss	7	9
Distress over divorce	5	6
Under the influence of alcohol/drugs	5	6
Distress over custody dispute	2	2
Grief	1	1

Fonte: Meloy J.R., Boyd C., (2003): "Female stalkers and their victims" in Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law; 31:211-19.

Queste infatti comprendono ostilità (63%), ossessione (63%) rabbia per l'abbandono (44%), l'umiliazione e la vergogna per il tradimento (12%), la solitudine (37%), la gelosia (33%) così come anche il tentativo di riconciliazione (18%) o lo stress per il divorzio (6%), (Meloy & Boyd, 2003). Tuttavia in uno studio condotto da Tjaden et al. i risultati sono ben diversi (Tab. VI). Si è potuto constatare che gli uomini tendono ad essere nella maggior parte dei casi vittime di stalker sconosciute (36%) o semplici conoscenti (34%) a differenza delle donne che sono oggetto di atti persecutori da parte di estranei solo nel 23% dei casi. Il sondaggio mostra infatti che le donne sono vittime di stalking soprattutto da parte di ex partner (38%) mentre gli uomini solo nel 13% dei casi son stati molestati da donne con cui hanno precedentemente avuto un legame intimo. (Tjaden & Thoennes, 1998).

Tab. VI: Relazione tra vittima e persecutore



Fonte: Tjaden P., Thoennes N. (1998): "Stalking in America. Findings from the National violence against women survey". In U.S. Department of justice, National Institute of Justice.

Questo ci porta a concludere che a differenza degli uomini che spesso perseguono la loro vittima per "ricostruire" l'intimità, le donne perseguono le loro vittime per "costruire" l'intimità (Alfarano et al.).

5. MOTIVAZIONI E FATTORI DETERMINANTI LA CONDOTTA DI ATTI PERSECUTORI NELLE DONNE

Cosa determina il female stalking? Innanzitutto in ambito forense molta attenzione è stata posta sull'erotomania, considerata una forma d'amore patologico sin dai tempi più antichi. Kraepelin ritiene che il delirio



erotomanico “appare come un’espressione morbosamente trasformata del modo naturale attraverso cui il nostro cuore prova emozioni”, “una compensazione psicologica causata dalle delusioni della vita.” (Kraepelin, 1921). Meloy concettualizza il disturbo in maniera interessante e ne vengono ipotizzate due diverse forme: la prima forma, classica, indicata come erotomania delirante mentre la seconda come erotomania borderline. Quest’ultima viene considerata come una forma della sindrome non delirante nella quale un estremo disordine dell’attaccamento è evidente nella ricerca e nella possibile violenza verso il rifiutante oggetto d’amore. Mentre nell’erotomania delirante non c’è una precedente relazione o vi è solo un fugace contatto, nella forma borderline c’è stata una storia di effettivo coinvolgimento: per la personalità organizzata a livello borderline, il rifiuto proveniente dall’oggetto d’amore evoca paura di abbandono e rabbia (Meloy, 1989). Interessante è notare la somiglianza del comportamento tipico della donna erotomane adulta con quello dell’erotomane adolescente. Il primo caso presentato in

questo ambito è quello di una ragazza di 13 anni, nera, che dopo aver manifestato deliri erotomanici contro l’insegnante e lo psichiatra da cui era in cura iniziò ad attuare comportamenti violenti quando i suoi tentativi di ricerca d’intimità venivano respinti. Vaidya et al. presentano invece il caso di un’adolescente stalker di 15 anni accolta dal Child and adolescent mental Health Service a causa di comportamenti violenti esibiti a danno di un’insegnante in seguito ai suoi numerosi tentativi di respingere le avances. In questo specifico caso i comportamenti aggressivi sono stati spiegati alla luce di un background familiare di provenien-

za caratterizzato da alti livelli di conflitto e violenza. Pertanto gli autori hanno concluso che le condotte di stalking non correlavano con disturbi mentali ma con problematiche causate da un’attaccamento insicuro (Carabellese et al., 2013). Tuttavia attraverso la ricerca di casi di stalking agiti dalle donne adulte è stato dimostrato che vi è una netta prevalenza di disturbi mentali rispetto alla popolazione di stalkers di sesso maschile (Catanesi et al., 2013). Questo viene dimostrato da vari studi. In particolare Meloy et al. hanno riportato nel loro campione esaminato una netta prevalenza di disturbi dell’asse I e dell’asse II. Tra disturbi

Tab. VII: *Caratteristiche cliniche di donne e uomini afferiti nella clinica di salute mentale in seguito ai loro comportamenti di stalking.*

Characteristic	Women (N=40)		Men (N=150)		Analysis		
	n	%	n	%	χ^2	df	p
Currently in a relationship	3	7.5	25	16.7	2.2	2	0.13
Currently employed	26	65.0	82	54.7	1.6	2	0.20
History of criminal offenses	7	17.5	64	42.7	10.1	1	0.001
History of violent criminal offenses	5	12.5	47	31.3	6.6	1	0.01
Current psychopathology							
Substance abuse	3	7.5	42	28.0	8.1	1	0.005
Delusional disorders	12	30.0	37	24.7	0.5	1	0.49
Schizophrenia	2	5.0	17	11.3	1.4	1	0.23
Bipolar disorder	2	5.0	2	1.3	2.0	1	0.15
Major depressive disorder	2	5.0	3	2.0	1.1	1	0.29
Personality disorder	20	50.0	78	52.0	0.1	1	0.82
Stalking characteristics							
Prior relationship to victim							
Stanger	2	5.0	32	21.3	5.7	1	0.02
Intimate partner	9	22.5	42	28.0	0.6	1	0.43
Work colleague or customer	7	17.5	18	12.0	0.8	1	0.36
Casual acquaintance	6	15.0	33	22.0	1.0	1	0.33
Professional contact*	16	40.0	25	16.7	10.1	1	0.001
Victim of same gender	19	47.5	13	8.7	34.2	1	0.001
Motive: intimacy seeking	18	45.0	44	29.3	3.9	1	0.05

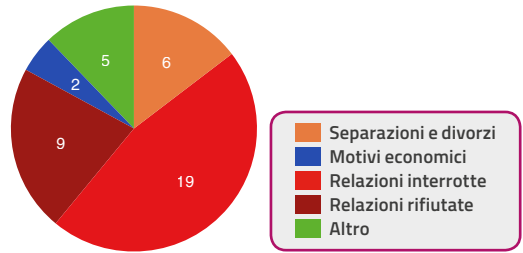
* Mental health caregiver, teacher, or legal practitioner. Fonte: Purcell R., Pathè M., Mullen P.E., (2001): “A study of women who stalk”. In American Journal Psychiatry, 158:2056-2060.

dell'asse I il 20% delle donne ha avuto una diagnosi di disturbo delirante mentre il disturbo borderline era il più diffuso tra i disturbi dell'asse II (N=10 su 22) (West & Friedman, 2008). In uno studio condotto nel 2012 da Pomilla et al. è stata confermata la maggior incidenza per le stalker di sesso femminile di disturbi di personalità del cluster B del DSM-IV-TR, soprattutto il disturbo borderline. Inoltre in un esiguo numero di stalkers è stata riscontrato un disturbo bipolare dell'umore in fase maniacale (Pomilla et al., 2012). Purcell et al. nel loro studio hanno riscontrato che il 45% delle donne manifesta un disturbo dell'asse I e nello specifico il 30% delle stesse riportava una diagnosi di erotomania (delusional disorders) seguita dalla diagnosi di schizofrenia (5%), disturbo bipolare (5%) e disturbo depressivo maggiore (5%). Disturbi di personalità sono stati rilevati nel 50% dei soggetti esaminati e tra questi i più rappresentati sono stati il disturbo borderline (15%), il disturbo dipendente di personalità (15%) seguiti dal disturbo narcisistico di personalità (7,5%), (Tab.VII). Inoltre nello stesso studio è stato possibile riscontrare che molte più donne stalkers sono motivate dal desiderio di stabilire un'intimità amorosa con il loro oggetto d'amore, (Purcell et al., 2001).

Importanti risultati giungono anche da uno studio scientifico condotto da Nestola et al. a distanza di sei mesi dalla promulgazione della legge che sancisce l'introduzione del reato di stalking (Tab. VIII). In 41 casi di donne stalker esaminate, d'età variabile tra gli under 20 e gli over 50, i motivi che generano tale reato mettono in mostra l'importanza della relazione di coppia.

Legami affettivi interrotti sono la principale causa di condotte persecutorie agite da stalker di sesso femminile (46%) seguiti da relazioni mai intraprese a causa di un rifiuto (23%) e da separazioni e divorzi (15%). Dal monitoraggio si è evinto che nel 58% dei casi la vittima è di sesso maschile ma è emerso anche che nel 37% dei casi esaminati la stalker agisce condotte persecutorie a danno della nuova compagna del proprio ex partner, motivata dal binomio invidia-vendetta, con l'intento di rendere al proprio ex compagno la vita difficile, creare ostacoli o destabilizzare l'equilibrio della nuova coppia sino, se possibile, a indurla alla rottura definitiva.

Tab. VIII: *Principali motivi che inducono le donne ad agire condotte persecutorie.*



Separazioni e divorzi	6
Relazioni interrotte	19
Relazioni rifiutate, omo ed etero	9
Motivi economici	2
Invidie, vendette, molestie varie	5

Fonte: Giordano G., Nestola F. (2009). In <http://violenza-donne.blogspot.it/2009/10/stalking-femminile-rapporto-marzo.html>.

Si origina così uno stalking indiretto con un bersaglio strumentale, nonché la nuova compagna e uno nascosto ma reale ed effettivo, ovvero l'ex partner (Giordano & Nestola, 2009).

BIBLIOGRAFIA

- Alfarano, E., Grattagliano, I., Lisi, A., Stallone, V. (2010). **"Lo stalking come vendetta"**. In: <http://www.amicacard.it/data/convenzionanti/upload/65820/Lo%20stalking%20come%20vendetta.pdf>
- Alfarano, E., La Tegola, D., Carabellese, F., Catanesi, R. (2012). **"Stalking al femminile: una review di letteratura"**. In Rassegna Italiana di Criminologia, anno VI, n° 1.
- Barbieri, C., Luzzago, A. (2007). **"Il problema del nesso di causalità"**. In Modena Group on stalking: percorsi di aiuto per le vittime di stalking, Franco Angeli, Milano, pp. 85-90.
- Bjerregaard, B. (2015). **"An empirical study of stalking victimization"**. In Maiuro D.M., Perspectives on stalking: victims, perpetrators and



cyberstalking, Springer publishing company.

- Budd, T., Mattinson, J. (2000). **"The extent and nature of stalking: findings from the 1998 British Crime Survey"**. In Home Office Research development and statistics directorate.
- Carabellese, F., Alfarano, E., Tamma, M., La Tegola, D. (2013). **"Violenza e ricerca di intimità in una giovane stalker: caratteristiche specifiche a confronto con stalkers adulte ed una breve review della letteratura"**. In Rassegna Italiana di Criminologia, anno VII, n. 2.
- Catanesi, R., Carabellese, F., La Tegola, D., Alfarano, E. (2013). **"Coexistence and independence between a mental disorder and female stalking"**. In Journal of Forensic Science, vol 58 n. 1.
- Davis, K.E., Freize, I.H. (2002). **"Research on stalking: what do we know and where do we go?"**. In : Davis K.E., Freize I.H., Maiuro R.D. Stalking: Perspectives on victims and perpetrators, Springer Publishing Company, NY.
- De Fazio, L. (2012). **"Gli atti persecutori: una nuova tipologia di reato per un antico comportamento"**, Rassegna italiana di Criminologia, Anno VI, n. 3.
- Delpino, A. (2012). **"Lo stalking tra diritto e criminologia: dall'analisi del reato all'interpretazione giurisprudenziale-forense del delitto di "atti persecutori (parte prima)"**, win.storiain.net/arret/num188/cattedra.asp .
- Dennison, S.M. (2007). **"Interpersonal relationship and stalking: Identifying when to intervene"**. In Law and Human Behavior, 31:353-367.
- Dennison, S.M., Thomson, D.M.,(2002). **"Identifying stalking: the relevance of intent in commonsense reasoning"**. In Law and Human behavior, Vol 26, n. 5.
- Galeazzi, G.M., Curci, P., (2001). **"Sindrome del molestatore assillante (stalking): una rassegna"**, Journal of psychopathology, 7 (4).
- Giordano, G.,Nestola, F. (2009). In <http://violenza-donne.blogspot.it/2009/10/stalking-femminile-rapporto-marzo.html>
- Grattagliano, I., Cassibba, R., Greco, R., Laudisa, A., Torres, A., Mastromarino, A., (2012). **"Stalking: un vecchio comportamento un nuovo reato. Riflessioni su undici casi accertati nel distretto giudiziario di Bari."** In Rivista di Psichiatria, 47(1):65-72.
- Hines, D.A., Brown, J., Dunning, E. (2007). **"Characteristics of callers to the domestic abuse Helpline for men"**. In Journal of family violence, 22:63-72.
- Kraepelin, E. (1921). **"Frequency, causes, character of the disease"**. In Manic-depressive insanity and paranoia, E&S Livingstone, Edinburgh. Pp. 255-259.
- Krammer, A., Stepan, A., Baranyi, A., Kapfhammer, H.P., Rothenhausler, H.B. (2007). **"The effects of stalking on psychiatrists, psychotherapists and psychologists. Prevalence of stalking and its emotional impact."** In <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17106727>.
- Loretto, L., Milia, P.,Nieddu, G.,Nivoli, A.,Nivoli, G.F., Nivoli, G (2004). **"Aspetti clinici del danno psichico alle vittime dei molestatore assillanti."** In Quaderni Italiani di Psichiatria, 23(2), Masson Ed.
- Macrì, P.G., Loha, Y.A., Gallino, G., Gascò, S., Manzai, C., Mastriani, V., Nestola, F., Pezzuolo, S., Rotoli, G. (2012). **"Indagine conoscitiva sulla violenza verso il maschile"**, Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza, vol. VI-N°3.
- Meloy, J.R. (1989). **"Unrequited love and the wish to kill: diagnosis and treatment of borderline erotomania."** In Bulletin of the Menninger clinic, vol. 53. N. 6.
- Meloy, J.R., Boyd, C., (2003). **"Female stalkers and their victims"** in Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law; 31:211-19.
- Meloy, J.R., Davis, B., Lovette, J. (2001). **"Violence risk factors among stalkers"**. In Journal Threat assessment, 1:1-16.
- Monzani, M. (2011). **"Lo stalking: la sindrome delle molestie assillanti"**. In Monzani M. Percorsi di Criminologia, Libreriauniversitaria editore, Padova.
- Mullen, P.E., Pathè, M. (1994). **"Stalking and the pathologies of love"**. In Australian and New Zealand Journal of psychiatry,28-469-477.
- Mullen, P.E., Pathè, M., Purcell, R. (2000). **"The epidemiology of stalking"**. In Stalkers and their

victims, Cambridge University Press.

- Pathè, M., Mullen, P.E (1997). **"The impact of stalkers on their victims"**, The British Journal of Psychiatry, 170(1).12-17.
- Phillips, L. Quirk, R., Rosenfeld, B., O'Connor M. (2004). **"Is it stalking?:Perceptions of stalking among College Undergraduates"**. In Criminal Justice and Behavior, vol 31, 1:73-96.
- Pomilla, A., D'Argento, A., Mastronardi, V.(2012).



"Stalking: considerazioni clinico-criminologiche tramite i risultati di un contributo di ricerca". In Supplemento alla rivista di psichiatria, 47(4) 46-51.

- Purcell, R., Pathè, M., Mullen P.E., (2001). **"A study of women who stalk"**. In American Journal Psychiatry, 158:2056-2060.
- Rocca, G.,Zaccheo, A.,Bandini T. (2010). **"L'indagine psichiatrica forense sulla vittima di stalking: dagli atti persecutori al danno psichico"**. In Rassegna Italiana di Criminologia, anno IV,n°3, Pensa MultiMedia.
- Sheridan, L., Davies, G., Boon, J. (2001). **"The course and nature of stalking: a victim perspective"**. In The Howard Journal, vol 40 n 3.
- Sinclair, H.C., Frieze, I.H. (2000). **"Initial courtship behavior and stalking: How should we draw the line?"**. In Violence and Victims, vol 15 n 1.
- Sheridan, L., Gillet, R., Davies, G.M. (2002). **"Perceptions and prevalence of stalking: Identifying when to intervene"**. In Law and Human Behavior, 31:353-367.
- Spitzberg, B., Cupach, W.R., (2007). **"The state of the art of stalking: taking stock of the emerging literature"**. In Aggression and violent behavior; 12 (1).64-86.
- Tjaden, P., Thoennes, N. (1998). **"Stalking in America. Findings from the National violence against women survey"**. In U.S. Department of justice, National Institute of Justice".
- West, S.G., Friedman, S.H., (2008). **"These boots are made for stalking: characteristics of female stalkers"**. In Psychiatry (edgmont), 5(8)37-42.
- Westrup, D., (1998). **"Applying functional analysis to stalking behavior"**. In Meloy R.J., The Psychology of Stalking: Clinical and Forensic Perspectives, Academic Press, San Diego, pp, 275-294.
- Westrup, D., Fremouw, W.J. (1998). **"Stalking behavior: A literature review and suggested functional analytic assessment technology"**, Aggression and Violent Behavior, 3(3):255-274.
- Zona, M.A., Sharma, K.K., Lane J. (1993). **"A comparative study of erotomaniac and obsessional subjects in a forensic sample"**. In Journal of Forensic science, 38:894-903.



L'INFLUENZA DEI FATTORI SOCIALI E L'INFLUENZA DI FUNZIONAMENTI DI FONDO NELLE NEW ADDICTION: INDIVIDUO ROTTO O CORROTTO? COMPNDERE PER INTERVENIRE

Dott.ssa Rosa Iannone
Psicologa-Psicoterapeuta. Docente
di Psicoterapia Scuola Europea di
Psicoterapia Funzionale e Docente di
Psicologia Istituto Europeo Pegaso
Foggia. Ente affiliazione Scuola Europea
Psicoterapia Funzionale

RIASSUNTO

La domanda dell'autore: le nuove tecnologie incidono sui funzionamenti individuali nello sviluppo di dipendenze oppure funzionamenti già alterati, sempre e comunque ad opera dell'ambiente, portano ad avere comportamenti di dipendenza? Un intreccio tra fenomeni sociali e fenomeni psicologici. L'allarme che domina nella società sgretola la calma, interrompe la sensazione di un futuro in cui costruire la propria realizzazione. L'incertezza diventa l'unica certezza, il suo corollario è afferrare l'oggetto del desiderio all'istante. Per sentirsi onnipotenti ed esorcizzare il pericolo siamo presi dalla smania dell'immediatezza e la dipendenza dalle nuove droghe diventa una possibilità di realizzare ciò che viene impedito dalle paure. Il malessere si sviluppa, però, a monte: le famiglie viziano i figli con la politica del tutto e subito. Il presente lavoro muove dalla considerazione che se al bambino sono proposte esperienze distorte gli viene impedita la possibilità di un sano ed armonioso sviluppo nell'organizzazione del Sé. La relazione con l'ambiente può influire nell'alterare i Funzionamenti interni e se si alterano i funzionamenti di aspettare o soffermarsi un tempo congruo in un giocattolo; di usare una forza calma per chiedere un desiderio; di relazionarsi con un contatto empatico con l'altro; se la calma è sostituita dalla fretta, la forza dalla violenza, la consistenza dal capriccio, il godere di qualcosa e assorbire sensazioni da un mordi e fuggi è possibile sviluppare dipendenza. Queste modalità sono la porta d'ingresso verso qualche dipendenza.

PAROLE CHIAVE

Nuove dipendenze, social addiction, funzionamenti di fondo.

In questa rassegna affronterò un fenomeno/problema che dilaga, potremmo definirlo di tendenza: le new addiction. A noi psicologi spetta sempre più il compito di comprendere l'individuo e i suoi funzionamenti per poter aiutare anche con azioni di prevenzione affinché non siano ostacolati i sani processi di crescita della persona, a noi psicoterapeuti la funzione di fornire un intervento che ristrutturati profondamente la personalità, quando emergono disagi e che conduca la persona, attraverso metodologie valide, a ripristinare un funzionamento che porti al vero benessere. Il primo passo per poter aiutare, quindi, è quello di comprendere. Dalla psichiatria classica alle varie scuole di pensiero di psicologia si affronta la tematica e si cerca la sua risoluzione. In questa trattazione il modello teorico e metodologico del Neo Funzionalismo, corrente di psicologia e psicoterapia, che si occupa, da circa 50 anni, di dare risposte sul funzionamento umano, ci aiuterà a descrivere i funzionamenti di fondo su cui lavorare e da recuperare nei casi di dipendenza. I Funzionamenti di fondo dell'individuo sono alla base di ogni comportamento, dei pensieri, delle emozioni. Cercheremo di precisare quali di essi siano implicati nelle dipendenze. L'autrice, psicologa psicoterapeuta funzionale, in questa rassegna, si rivolgerà a quelle che vengono definite *nuove dipendenze*, quelle in cui molti giovani oggi ci si ritrovano imbrigliati e le famiglie sono sempre più disar-

mate di fronte al fenomeno, che si svolge per lo più tra le mura domestiche e che genera nei familiari-spettatori un grave senso di impotenza. Guarderemo il fenomeno e le sue motivazioni sia considerando i processi interni all'individuo, cioè i funzionamenti alla radice del comportamento, sia valutando il ruolo di input e stimoli esterni, ad esempio le nuove tecnologie e come esse possano influire in quanto "mode sociali" sullo sviluppo di una dipendenza. Quindi la domanda, a cui cercheremo risposta, è: gli stimoli che la società offre incidono nel produrre alterazioni nell'individuo o agiscono come facilitatori di un comportamento patologico, in quanto trovano un terreno interno nel particolare individuo pronto ad agganciarsi all'oggetto (o situazioni) e a svilupparne un rapporto di desiderio morboso? Individuo "rotto" nei suoi funzionamenti o "corrotto" da stimoli esterni? Parlare di un individuo e definirlo (o definirsi) "rotto" è una delle sensazioni più devastanti che egli possa provare. Proprio nelle storie di terapia mi capita in taluni casi di ascoltare questa frase: "io sono rotto", con conseguente evidente manifestazione di annichilimento, inadeguatezza, impotenza. Si tratta, come è facile comprendere, di bassa autostima e inadeguatezza, con la sensazione di non essere efficaci nell'affrontare la vita, le sue molteplici situazioni e frustrazioni, questo è uno dei punti cardini di alcune dipendenze; una errata autopercezione dovuta a dis-funzionamenti interni.

1. DIPENDENZA SANA E DIPENDENZA MORBOSA

Il DSM-V e l'ICD-10, testi di riferimento internazionale per la diagnosi psichiatrica, indicano come segno caratteristico della dipendenza l'uso compulsivo di una sostanza o di un'azione anche con consapevolezza delle conseguenze negative. La *dipendenza morbosa* comprende il livello comportamentale con il ripetersi ossessivo di un comportamento; il livello cognitivo perché l'oggetto della dipendenza assorbe il soggetto a discapito altre sfere (relazionale, lavorativa); e il livello psicologico perché nel soggetto si sviluppa un legame esagerato con l'oggetto. Si caratterizza per il desiderio impellente, craving, e senso di astinenza se non è raggiungibile, inoltre il bisogno di usufruire dell'oggetto si incrementa perché le sensazioni sperimentate tendono a non appagare più nel tempo. La dipendenza è un fenomeno complesso in quanto racchiude differen-

ti aspetti riguardanti "mode di comportamento", stimoli culturali, ma soprattutto le pregresse esperienze infantili, quelle che il fondatore del Neo Funzionalismo, il prof. L. Rispoli, ha teorizzato come le Esperienze Basilarli del Sé. (L. Rispoli 2004 Esperienze di base del Sé F. Angeli). La dipendenza, di per sé lungi dall'essere una condizione patologica, in età evolutiva è il fondamento e la matrice della identità personale a partire dagli scambi con l'ambiente e con le figure di riferimento e di accudimento, i caregivers primari. Si concretizza in base alle azioni di protezione e nutrimento primario del cucciolo/individuo durante la crescita. Anche in terapia, momento in cui si ripercorrono le tappe infantili, si parla di azione di "maternage del terapeuta" o di "nuovo genitore" specificamente in terapia Funzionale. L'individuo nasce in condizione di dipendenza e l'impossibilità ad occuparsi di sé stessi in un periodo iniziale della vita è dovuto a prematurità biologica: le strutture cerebrali, fonatorie, locomotorie non sono ancora pienamente sviluppate. L'inermità dell'infante, la sua immaturità psicofisica ed emotiva lo conduce ad una dipendenza dagli adulti, processo evolutivo dal cui esito deriva il potenziamento delle capacità di base che il neonato già possiede, se le prime esperienze non sono ben accompagnate il processo andrà a corrompere i sani funzionamenti interni con cui l'individuo viene al mondo. L'evoluzione della dipendenza fisiologica ed emotiva, che il bambino sperimenta nei suoi primi anni, è una dipendenza equilibrata, che si muove attraverso i momenti di *separazione/vicinanza* all'oggetto. Non è esatto parlare di indipendenza come contrario della dipendenza, si tratta di vivere in una *dinamica ondulatoria* che va in continuum dalla dipendenza all'autonomia, cioè saper stare con e senza l'oggetto amato: momenti diversi di un equilibrio che prende l'avvio da un processo di maturazione psico-fisica-emotiva del bambino verso la propria indipendenza. La dipendenza non morbosa risale ad esperienze di appoggio e nutrimento e richiede un atto di fiducia e di affidamento, diventa patologica proprio quando il bambino non ha attraversato nell'infanzia alcune esperienze in maniera positiva, in particolare potersi fidare ed affidare, essere tenuto, essere valorizzato, poter allentare e lasciare con disattivazione fisiologica e muscolare, percepire sé stesso e il mondo, quando non ha ben costru-

zione tipologica. Nel Sé Funzionale si concettualizzano piani di funzionamento, cognitivo-emotivo-posturale-fisiologico integrati e connessi tra loro congruente-mente. (Fig.1) Dall'esito positivo dell'attraversamento delle Esperienze basilari nell'infanzia deriva un equilibrio, un'armonia dell'organismo, assenza di patologie e gravi alterazioni. L'inefficiente accompagnamento delle Esperienze di base produce scompensi nei Funzionamenti/Capacità dell'individuo, produce sconnessioni tra i piani di Funzionamento, e su ogni piano alterazioni di alcune funzioni dando luogo a disarmonie di funzionamento che si esplicano in pensieri e comportamenti alterati, causa di malesseri e patologie, quali ad esempio dipendenza. Le alterazioni delle Funzioni possono portare a sviluppo ipertrofico o ipotrofico di alcune di esse, ad esempio posture sempre rigide e chiuse, voce strozzata, respiro alto, occhi iper controllanti, muscolatura ipo o ipertonica ecc. In fig. 2 e fig.3 possiamo vedere e confrontare come si presentano alcune Funzioni del Sé nella dipendenza sana e in quella patologica. Le varie esperienze basilari da attraversare non hanno un ordine sequenziale e sono tutte altrettanto importanti perché diventeranno le capacità della persona adulta. Esperienze di protezione e valorizzazione, l'attenzione ricevuta e la comprensione nei propri bisogni come nelle proprie angosce, esperienze di fiducia e affidamento, ripetute esperienze di accoglienza affettiva e rassicurazione aprono la strada all'autostima e all'autoregolazione affettiva. Se l'ambiente, invece, non si presenta soddisfacente per attraversare le esperienze basilari tale condizione può avere germi patogeni, si innestano *solchi negativi*, impronte nelle modalità comportamentali ed emotive, in quella di relazionarsi, di affrontare la vita e di concepire un proprio fallimento. È così che si apre la strada a patologie, anche quelle da dipendenza. Il periodo dell'infanzia è il periodo centrale nello sviluppo dell'organizzazione psicologica, in quel periodo hanno un'importanza primaria le relazioni con i caregivers primari, in primis i genitori ma anche altri adulti di riferimento che hanno un ruolo nei primi anni della vita di quel bambino. Il percorso evolutivo ambientale ha un'influenza su ciò che è il bagaglio biologico dell'essere umano, infatti, il bambino nasce con Funzionamenti primari (capacità di base): ad esempio è capace di contatto come assorbimento e fusione, ma anche

di contatto attivo, cioè prendersi l'altro e tenerlo a sé; ha già la capacità di esplorare l'ambiente; di avvertire sensazioni che provengono dall'interno e percepire l'esterno; la capacità di esercitare la forza, pensiamo per esempio alla forza originaria con cui per venire al mondo spinge con la testa per uscire dall'utero (si potrebbe pensare ad una primissima forma di indipendenza). Ha anche una primordiale capacità di autonomia seppur limitata: il bambino è capace, infatti, separarsi dall'adulto in varie modalità sia come distacco per un certo lasso di tempo sia come momenti di sua solitudine in cui sta ad ozio nella sua culla, o quando è un po' più grande di stare con i suoi giochi, il suo libro di fiabe, i suoi cartoni alla tv. Tutte queste capacità iniziali vengono in contatto con l'ambiente attraverso cui possono espandersi oppure infrangersi. Nella *matrice relazionale* quindi si stabilizzano i Funzionamenti di fondo e si costruisce l'organizzazione psicologica. La relazione è parte centrale di tale processo, infatti per questo anche in terapia è così fondamentale: attraverso la relazione terapeutica passa la possibilità di riattraversare le esperienze da correggere per ricucire il tessuto psichico leso e ricostruire funzionamenti di fondo che sono stati ostacolati. In base a quale gruppo di funzionamenti, attigui tra loro, viene corrotto (ad esempio il contatto e la necessità dell'altro; l'autonomia, la valorizzazione e l'autoaffermazione; la forza e la consistenza; il gioco, la vitalità e il piacere) nell'individuo si possono sviluppare particolari tipi di dipendenze. Vedremo più avanti una analisi più dettagliata di come specifici funzionamenti alterati entrino in gioco in specifiche dipendenze ma anche come l'ambiente e i suoi stimoli possano divenire inneschi patogeni nell'alterazione dei funzionamenti di fondo della persona.

3. LO SVILUPPO EVOLUTIVO: DALLA DIPENDENZA ALLA SEPARAZIONE E VICEVERSA

Il concetto di Sé secondo la visione del Neo Funzionalismo, già accennato, respinge una concezione piramidale che va dalla mente al corpo e si abbraccia una concezione di tipo circolare dove tutti i piani di funzionamenti concorrono paritariamente all'integrazione e all'organizzazione del Sé. Il concetto di Sé Funzionale, quindi, è un discorso più ampio rispetto alle postulazioni classiche del Sé, esperienziale o strutturale. Viene



teorizzato il concetto di *corpo che parla attraverso una memoria corporea* e su cui in terapia si può anche agire con tecniche finalizzate a recuperare ad esempio movimenti, posture, voce, respiro diaframmatico e calmo. Un lavoro sul corpo se non è inserito in una teorizzazione del rapporto mente-corpo rischia di essere fatto senza uno scopo progettato che può risultare anche nocivo o dannoso. Fondamentali nell'infanzia sono, infatti, anche gli scambi corporei che aprono la strada ad un sistema molto importante, il sistema sensomotorio: oggi è più chiara l'importanza di tale sistema e non solo quello emotivo o cognitivo. Lo sviluppo evolutivo del bambino, osservato su tutti e quattro i piani di funzionamenti citati, ci permette di seguire la storia evolutiva della *dipendenza/indipendenza* anche nei vari distretti corporei; ad esempio nelle gambe possiamo rintracciare sin dai primi mesi l'esperienza di base dell'Essere Tenuti come anche quello dell'autonomia. In terapia può capitare di vedere pazienti che hanno tremore nelle gambe, sensazioni di gambe che non reggono il proprio peso, sensazioni che prendono vita intorno ai due anni. A partire poi dalla forza originaria il bambino sviluppa sempre di più l'esperienza del farsi spazio; a tre o quattro mesi la manifesta quando, tenuto in braccio, fa movimenti con le gambe e con le braccia per distanziarsi un poco, piccoli movimenti senza intenzione di separazione ma fatti per il *piacere di prendersi spazio*. Allo stesso tempo il bambino assapora all'inizio della sua vita la sensazione piacevole del contatto, si accuccia sulla fronte della madre quando vien allattato, si appoggia al petto di chi lo tiene tra le braccia, ma comincia ben presto anche a sentire la piacevolezza del prendersi spazio. In questi sintetici "spaccati", descrizioni, c'è già la storia della dipendenza e della separazione in una dinamica sana. Il bambino piccolo ama contemporaneamente essere preso tra le braccia ma anche starsene nella sua culla rannicchiato a giocare con le sue gambette, con la piacevole sensazione di stare con sé stesso. Il primo momento più evidente del processo di separazione è intorno ai due anni: poter andare da solo, camminare, preceduto intorno a un anno e mezzo, da una sensazione di forza crescente nelle proprie gambe quando il bambino comincia a fare i primi tentativi di sollevarsi e alzarsi. Con questo movimento di alzarsi e abbassarsi gioca al cambio di prospettiva rispetto agli oggetti, comincia ad affacciarsi

dalla culletta, si tira un pò su e questo movimento di abbassarsi e alzarsi, ancor prima del vero movimento di camminare, gli fa avvertire una sensazione di stabilità delle gambe che diventa la base del movimento di gioia, del guizzo di vitalità. Questo movimento che nasce dai primi tentativi del bambino di stare in piedi da solo non va fermato dalle paure e timori degli adulti. Stabilizzata la sensazione di forza delle proprie gambette, il bambino incomincia a sentire la sensazione piacevole di andare ed esplorare, si fa largo la curiosità, *il piacere di poter andare e di poter anche tornare*, perché il bambino può andare con tranquillità se sa che può tornare in un posto sicuro. La forza piena si sviluppa intorno ai tre anni quando sente una sensazione tale che gli permette di spostarsi, fino a sentire il piacere di correre. Un piacere che resta inalterato se non viene spaventato e bloccato dai messaggi ansiogeni: "sta fermo, non correre, ti fai male". In tal caso il bambino farà sempre meno tentativi, piccole corsette e poi si fermerà anche se non è fermato da qualcuno perché l'esperienza ripetuta di essere stato fermato ha innescato un blocco nella gioia e vitalità. Oggi sempre più spesso i bambini sono frenati nel movimento per l'ansia dei genitori ma anche per come è concepita la scuola con orari lunghi e dove spesso non si prevedono spazi di movimento. L'ansia dell'adulto, che non può controllarlo, diventa essa stessa ansiogena per la corsa del bambino. Osserviamo in alcuni bambini che anziché correre con sensazione di piacere e di entusiasmo, il movimento della corsa diventa espressione di agitazione. Quindi i momenti vicinanza-separazione, stare con l'altro/stare senza l'altro vanno visti, innanzitutto dagli adulti, come una dinamica non contrapposta in cui stare con l'altro non è in opposizione con farsi spazio e il piacere di stare con sé stessi. Se, quindi, nell'infanzia l'esperienza dell'essere tenuti non è stata calma e rassicurante ma ha assunto la caratteristica di essere fermato accadrà che allontanarsi dall'altro procurerà una sensazione di solitudine, di abbandono con lo sviluppo di timori, paura e dipendenza. Tutto dipende dall'esito delle esperienze di base.

4. LE DIPENDENZE TECNOLOGICHE: TRA MODA E ALTERAZIONI NELLE BASI DEL SÉ

La dipendenza sta diventando una ferita della nostra società: le forme di dipendenza aumentano e si diver-

sificano in base all'introduzione di nuove tecnologie e mode che si diffondono. Le nuove tecnologie di per sé potrebbero fornire, con un uso misurato, uno strumento attraverso cui fare esperienze formative, invece, il loro utilizzo errato in età giovanile, non protetto da adulti, può condurre a dipendenza. Nei giovani tali tecnologie possono agire come esperienza disturbante per lo sviluppo del Sé, infatti se per un bambino o un adolescente tali mezzi si configurano come possibilità unica o primaria di fare esperienze di relazione con il mondo, se è l'unica possibilità di provare piacere e gioia, l'unico modo di stare con gli altri e conquistarli, di sentire la propria forza, di mostrarsi, di avere successo le sensazioni che procurano possono diventare alterate e illusorie. Per chiarire il concetto: se la fruizione di internet avviene in età infantile o in adolescenza e se agisce come esperienza di rapporto globalizzante e assidua, tale modalità può alterare i funzionamenti di base e indurre dipendenza. In età adulta, invece, la dipendenza è essa stessa espressione di Funzionamenti individuali già compromessi da esperienze pregresse non positive con l'ambiente. Si sviluppa, inoltre, un *circolo vizioso*: ogni forma di dipendenza genera senso di vuoto, noia e stress e porta la persona a ricerca di continua gratificazione. La dipendenza dalle moderne tecnologie digitali è un fenomeno in diffusione che assume diversi aspetti a seconda del dispositivo e delle modalità di uso. Si sta diffondendo sempre più una *dipendenza da Internet*, internet addiction disorder (IAD), *da social media*, *da chat*, *da videogiochi*, *da cybersesso*, tutte forme di dipendenza che presuppongono l'utilizzo di dispositivi connessi alla rete e che divengono responsabili di comportamento irritabile e umore negativo quando se ne viene privati, condizione che è dovuta ad alto livello di controllo, ansia, paura di rimanere isolati. Le statistiche indicano che in Italia nell'ultimo anno oltre il 50% delle persone usano i social e a livello mondiale lo usano più di un terzo della popolazione. La tendenza a sviluppare comportamenti di dipendenza aumenta in *età adolescenziale* perché interviene una propensione all'immediatezza delle azioni. Ciò è dovuto a cambiamenti sui vari piani del Sé: nel corpo, nella sfera ormonale, nella propria forza crescente, nella propria attenzione rivolta a tentare di gestire un corpo in mutamento; le sensazioni nuove, portano da un lato

ad insicurezza, perché disancorati dai punti di certezza infantili, dall'altro al desiderio di trasgredire le regole; inoltre grande influenza ha l'emulazione di atteggiamenti diffusi tra i coetanei. L'adolescente è alla ricerca di nuove emozioni e sensazioni e tende a volerle soddisfare nel più breve tempo possibile. Sollecitazioni continue da parte di input sociali quali una tecnologia sfrenata vanno a far collassare funzionamenti di fondo ancora in sviluppo. Per quanto già detto, se nel bambino il percorso delle esperienze non è stato ottimale facilmente nell'adolescenza si ritroveranno le prime tracce di disagio oltre al fatto che il processo stesso adolescenziale, con i suoi mutamenti repentini, pone il giovane in difficoltà con la propria identità. Egli facilmente può avvertire, per i processi in corso, una bassa autoefficacia e disistima e può cercare oggetti sostitutivi di sé, "oggetti protesi" che diventano supplementari alla propria personalità: il giovane per far fronte alle difficoltà cerca un appoggio alla propria autostima carente e i vissuti di inadeguatezza possono spingere verso comportamenti di attaccamento morboso e l'oggetto di dipendenza può diventare il mondo virtuale, che appare controllabile e porta ad avvertire sensazioni e percezioni intense ma tranquillizzanti su di sé e sull'esterno. Anche la progettualità, quasi interamente rivolta all'immediatezza di realizzare l'incontro con l'altro, l'accettazione e ammirazione dei coetanei, a cercare "panni" adatti a sé e l'esibizionismo e trasgressione dell'età trovano nel mondo virtuale l'illusione di poter realizzare tutto ciò facilmente. Questa porta di ingresso nella dipendenza si innesca su una condizione adolescenziale di per sé difficile perché, come dice il Prof. Rispoli, "in questa fase di vita avvengono innegabili cambiamenti, trasformazioni oggettivamente rilevabili, che non si traducono né si identificano con delle patologie; sono piuttosto condizioni caratteristiche di questa fase di vita, coloriture tipiche, modalità specifiche di percezione, prevalenza di determinate sfumature emotive: in definitiva una particolare e caratteristica configurazione del Sé. Queste condizioni caratteristiche dell'adolescenza hanno bisogno, però, della comprensione degli adulti. (...) È necessario che le trasformazioni in atto vengano comprese piuttosto che misconosciute, assorbite in modo morbido piuttosto che trovare un impatto traumatico, rispettate e facili-



tate piuttosto che ostacolate". (tratto da un articolo di L. Rispoli -Mutamenti del Sé in adolescenza-). Se l'ambiente fornisce modalità di realizzare gratificazioni e relazioni facili e immediate, anche se virtuali, l'adolescente le utilizza. È il caso ad esempio del *like addiction*, continua ricerca di approvazione attraverso il feedback ottenuto sui social, al punto che la propria autostima si basa sul numero di "mi piace" ricevuti. I Funzionamenti in gioco sono: il piacere e il piacersi, il percepire sé stessi e il mondo, la capacità di esporre le proprie idee, la gioia, il gioco; pertanto si fanno tentativi e dal risultato ricevuto si progettano nuovi post che possano essere di interesse per il proprio pubblico virtuale. Anche la comunicazione si svolge attraverso i *Social* (Facebook, Instagram) e le *App* di instant messaging quali WhatsApp, Telegram, ecc. La dipendenza da WhatsApp, - che succede? - dall'inglese, rientra nelle nuove dipendenze. Senza voler demonizzare lo strumento, che usato senza dipendenza ha il vantaggio di rendere la comunicazione più semplice, il suo uso abnorme è fonte di vari rischi: l'assenza di tale mezzo genera solitudine, ossessività di ricevere messaggi, a causa di radiazioni elettromagnetiche emesse dal cellulare espone a disturbi del sonno, basso rendimento scolastico, incide sul livello di attivazione dell'organismo e sviluppa stress fino anche a sintomi dissociativi. Sul piano cognitivo può portare scarsa attenzione e concentrazione, sul piano emotivo a nervosismo, umore irritabile, emozioni non congrue con la realtà, sul piano posturale porta ad avere posture chiuse e rigide, movimenti piccoli e puntiformi, sul piano fisiologico generale attivazione neurovegetativa e respiro alterato. Da un punto di vista psicologico può indurre dipendenza patologica; si possono sviluppare timori e paure quali la *fomo*, *fear of missing out*, paura di non essere aggiornati in tempo reale se non si controllano continuamente e-mail e social, la *nomofobia*, *no-mobile-phone*, paura di rimanere disconnessi da internet, tagliati fuori. Gli effetti della dipendenza generano e sono generati in un circolo vizioso da un tale attaccamento a questi mezzi di relazione e poi diventa sempre più difficile rapportarsi all'altro nella concretezza con difficoltà a guardarsi negli occhi, a trovare le parole giuste, a confrontarsi, a sperimentarsi come soggetto con capacità reali, si generano difficoltà a riconoscere la vera neces-

sità dell'altro, il vero senso delle alleanze e della cooperazione. È inoltre importante per il bambino fare esperienza di nutrimento emotivo ed affettivo attraverso il contatto dove il corpo non è solo il mezzo attraverso cui si esplica la vicinanza fisica, ma diventa sede di sensazioni che si imprimono su di esso, "registrazioni non solo emotive ma corporee, muscolari, fisiologiche" che si conservano come memoria corporea. Nelle *new addiction* l'esperienza del contatto che non include solo il contatto fisico ma anche quello empatico, è una esperienza che diventa carente ed alterata: è impedito il contatto occhi-occhi, la percezione del tono di voce, l'osservazione della mimica dell'altro, un confronto tramite un *role playing* reale. Relazioni puramente virtuali, svuotano il corpo dalla possibilità di sperimentare il contatto come vicinanza sia fisica che emotiva e ciò incide sui funzionamenti del *sentire, percepire*, del fiutare realmente l'altro per cui le sensazioni, essendo virtuali, diventano sempre più chiuse, illusorie e alterate. La dipendenza con il mondo virtuale stronca la comunicazione con l'altro reale e radica una incapacità a relazionarsi. Oltretutto tali mezzi di comunicazione alzano i livelli di *controllo* a discapito di un allentamento piacevole l'attesa diventa ansiogena, si altera il funzionamento di *aspettare*, l'istantaneità diventa obbligo immediato di rispondere, mandare foto e stati d'animo in tempo reale, l'ansia della risposta genera timore di non essere visti, ascoltati e paura di essere esclusi. Tutto ciò altera la capacità di andare nella calma, il primo gesto del mattino è diventato controllare lo smartphone e tale comportamento si ripete spesso durante la giornata, in taluni momenti diventa trasgressione di regole, del rispetto di persone e luoghi (a scuola, a pranzo, ad una visita medica); talvolta personalmente noto, durante una seduta di terapia, che il paziente volge lo sguardo di continuo al suo cellulare: tutto questo altera un contatto reale e anche la percezione di sé perchè tutto si può fingere barricati dietro ad uno schermo, anche la *progettualità* si altera in favore di una programmazione di cosa dire secondo ciò che è più in voga. Il controllo viene esercitato anche sugli altri e fino ad arrivare a comportamenti ossessivi come verificare se le persone sono online, se il messaggio inviato è arrivato ed è stato letto. Tali funzioni che permettono indagine e curiosità, generano ansia con ripeter-

cussioni sulla sfera emotivo-affettiva, inducendo, ad esempio, gelosia e dubbi. Inoltre si altera l'esperienza del *consenso sociale*, della realizzazione, sia propria che altrui: si può percepire che gli altri abbiano un successo e realizzazione maggiore rispetto a sé stessi o viceversa. L'utilizzo di questi nuovi mezzi di comunicazione ha portato anche allo sviluppo di atteggiamenti di violenza quali *una nuova forma di bullismo* messa in atto proprio attraverso tale strumento: si creano gruppi di coesione contro una vittima che viene presa di mira, denigrata, derisa, insultata oppure esclusa. Quindi, per il loro uso in età giovanile, si rende necessaria la mediazione di figure adulte, le quali oltre ad una gestione del cellulare, del computer, dei videogiochi, dovrebbero proporre e indurre nei bambini e negli adolescenti esperienze di contatto e scambio reale, proporre possibilità più sane di attraversare quelle esperienze fondamentali che porteranno ad un sano sviluppo di capacità quali la condivisione e cooperazione, il contatto senza timore, la forza di affrontare la vita, di sviluppare un buon senso di identità, e sicurezza di sé. Il vero problema infatti è alla radice: sono troppi i minori che dispongono di uno smartphone personale già intorno ai dieci anni. Uno dei problemi della dipendenza è che molte persone che ne sono affette non ne hanno consapevolezza (segno tipico), e credono di avere solo una propensione per l'oggetto e di poter smettere qualora lo desiderassero. Classicamente i segni della dipendenza da internet si manifestano con una scarsa partecipazione ad altre attività, abbassamento del rendimento e il loro uso è a discapito di interazioni sociali reali. Anche se l'uso abnorme viene giustificato dal soggetto dipendente con il senso di appartenenza al gruppo social e con la possibilità di essere in contatto continuo con altri, siamo invece chiaramente nell'ambito della *Digital Addiction*. Dalle evidenze cliniche risulta che l'uso dipendente dei social in età adolescenziale interferisce con la possibilità di sviluppare legami caldi, empatici, autentici e riduce la vera capacità di far parte di un gruppo, di saper oltrepassare la soglia dell'imbarazzo nel fare nuove conoscenze, di sapersi proporre agli altri e in età adulta tutto ciò appare conclamato (oltre 20 anni di casi clinici nell'archivio dell'autrice confermano purtroppo tali affermazioni). L'uso massiccio di tali nuovi mezzi nell'infanzia e nell'adolescenza comporta, quindi, seria-

mente il rischio di dipendenza digitale e va ad influire sull'attraversamento negativo di esperienze basilari, in un'epoca della vita in cui la relazione con l'ambiente è formativa.

Altre dipendenze diffuse

La società, come la nostra, industrializzata si può definire società "additiva" basata su comportamenti additivi e sulla cultura del consumismo. I mercati inducono bisogni per indurre consumi e così si induce una naturale tendenza alla dipendenza basata sul bisogno che viene alterato, amplificato, distorto. Diffuso è lo "*shopping compulsivo*", forma di shopping e di spesa caratterizzata da un irresistibile, incontrollabile e reiterato impulso/desiderio di acquistare. Altra dipendenza è l'*accumulo compulsivo*, patologica difficoltà di gettare via e separarsi da oggetti anche di scarso valore o in cattive condizioni, con ingombro degli spazi vitali con disagio o compromissione del funzionamento della persona. Una sorta di dipendenza da televisione è stata definita dall'Oxford Dictionarie *television addicted e binge watchin*, guardare più episodi di un programma televisivo in rapida successione (Oxford Dictionarie, 2013), assimilato al disturbo di compulsione alimentare. Secondo la psicologa Emily Moyer-Guse (Ohio State University) la fine di una serie tv può portare depressione e angoscia, reazioni simili a quelle derivanti dalla fine di una storia d'amore. È evidente quindi una correlazione con una ricerca di emozioni e sensazioni, paura del contatto fisico o emotivo, difficoltà o paura di rapporti sociali, dove essere realmente protagonisti.

Dipendenza affettiva o love addiction

Un cenno merita anche una condizione di dipendenza molto diffusa ad ogni età: la *dipendenza affettiva* è una condizione relazionale negativa che porta malessere in entrambi i soggetti della coppia; la mancanza di reciprocità porta nel dipendente il bisogno assillante e morboso dell'altro; l'ansia e la paura sono i termini su cui verte il suo amore, che finisce per arrecare nel partner sensazione di oppressione e manipolazione. In realtà si è schiavi del proprio malessere, dei propri disfunzionamenti. Come abbiamo visto il bambino



chiede cura e attaccamento ma i momenti di separazione, in un processo di crescita, sono momenti fisiologici per formare la propria autonomia e identità e poi successivamente per la costruzione di un "noi", ma se questo processo risulta problematico significa che alcuni funzionamenti si sono alterati. La dipendenza è stata spesso associata a tipi di personalità. Correlazione con ansia da separazione: la persona non è in grado di prendere delle decisioni, ha sempre bisogno di rassicurazioni e non è in grado di funzionare bene senza qualcun altro al proprio fianco. Altra caratteristica è un comportamento sottomesso verso gli altri, queste persone assecondano l'altro fino a fare cose spiacevoli e degradanti perché in realtà hanno un grave senso di inadeguatezza per cui sono pronte al sacrificio per l'altro al fine di riceverne amore oppure sacrificarsi diventa un atto ricattatorio per ricevere amore. Persone che non hanno cura di sé, non si dedicano spazi propri, sempre e unicamente impegnate a richiedere attenzione al partner. Profondamente alterati risultano i Funzionamenti della valorizzazione (non ricevuta), della protezione, dell'essere visti e dell'amore, del dare e ricevere, è carente la consistenza e l'assertività. Amare diventa elemosinare. Il disperato tentativo di riuscire a farsi amare da chi rimane distante indica un alto controllo della situazione e una percezione di sé e dell'altro distorta. L'alta incidenza nella popolazione femminile (Miller, 1994), non è un indice di una diversità di funzionamenti di base nell'uomo e nella donna ma sottolinea come le pressioni ambientali culturali, religiose incidono a creare stereotipi di comportamento. In molte società predomina l'immagine della donna geisha, privata della sua forza e consistenza, e dell'uomo con una forza dura privata della tenerezza.

5. NUOVE DIPENDENZE:

UN FENOMENO SIA SOCIALE SIA PSICOLOGICO

L'allarme che regna nella società e nelle nostre case attraverso ad esempio stimolazioni dei telegiornali, che ci bombardano a tutte le ore proclamando la crisi economica, la disoccupazione, la violenza, sgretola la tranquillità, la sensazione di un futuro in cui poter costruire la propria realizzazione e una progettualità basata su tappe da raggiungere. "Non c'è tempo e non ci sono prospettive" ci urlano continuamente contro.

La smania del - qui e ora - ci assale per sentirsi onnipotenti ed esorcizzare il pericolo. La dipendenza dalle nuove droghe diventa una possibilità di realizzare tutto ciò che sembra venga impedito dalle paure che in noi si sono generate. Nasce il desiderio di raggiungere obiettivi in fretta e l'approvazione sociale ne diventa un mezzo strategico che risponde all'esigenza di fuga dalla realtà. Tutto questo è un intreccio tra fenomeni sociali e fenomeni psicologici. Il malessere nasce a monte: i genitori, le famiglie ne sono coinvolti e viziano i figli con -tutto e subito-. Si alterano così i sani funzionamenti di aspettare, di sostare un tempo idoneo in un giocattolo perché già ne arriva un altro, di usare una forza calma per chiedere ed esaudire un desiderio, la calma è sostituita dalla fretta, la forza dalla violenza, la consistenza dal capriccio, il godere di qualcosa e assorbire sensazioni da essa in un mordi e fuggi. L'incertezza è l'unica certezza, il suo corollario è afferrare l'oggetto del desiderio subito e ora. Questa modalità è la porta d'ingresso verso qualche dipendenza. Alcuni dati mostrano una correlazione tra dipendenza, depressione, ansia. Ma anche la depressione, l'ansia, i tratti neurotici dipendono da Funzionamenti alterati. Dunque la domanda iniziale era: la società e le nuove tecnologie incidono sui funzionamenti individuali nello sviluppo di dipendenze oppure funzionamenti già alterati (sempre e comunque ad opera dell'ambiente) portano ad avere comportamenti di dipendenza? Si potrebbe dire chi è nato prima l'uovo o la gallina? Da quanto fin qui espresso si può parlare in alcuni casi di circolarità patogena dove funzionamenti già un po' carenti e una condizione evolutiva di passaggio l'adolescenza con i suoi mutamenti rapidi, producono disagi (ad esempio relazionali, di contatto, di calma, di forza, di identità, bisogno di valorizzazione, ecc) e su cui stimoli ambientali, quale la moda di uso di internet, social e videogiochi, incide e rischia di produrre vere e proprie alterazioni soprattutto se le esperienze di relazione con l'ambiente sono esperite con la quasi esclusiva modalità virtuale. (Condizione adolescenziale). Altri casi sono quelli in cui (soggetti adulti) si sono già prodotte alterazioni nei Funzionamenti di fondo individuali (contatto, piacere, forza e consistenza, autonomia e auto-realizzazione, controllo, necessità dell'altro, ecc.) ed è questa condizione che porta a sviluppare dipendenza.

La dipendenza in tal caso è espressione di alterazioni già conclamate in alcuni funzionamenti di fondo della persona. Il presente lavoro muove dalla considerazione che la relazione con l'ambiente influisce nel distorcere i Funzionamenti interni proponendo esperienze non positive per una sana e armoniosa organizzazione del Sé. L'addiction, può essere espressione sia del contesto sociale, economico e culturale che induce incidenza del rischio patologico sia espressione di funzionamenti interni all'individuo che hanno subito una corruzione dal contesto ambientale. Ogni società produce la propria patologia in base agli input che offre e il terreno in cui si radicano le patologie, in questo caso le cosiddette *new addiction*, è da ricercarsi nel percorso delle esperienze infantili. Tutto ciò che abbiamo vissuto prima o poi rispunta fuori. La persona è la proiezione delle proprie esperienze infantili. Quindi è fondamentale comprendere come funziona l'organismo umano, quali sono i funzionamenti di fondo, quali le situazioni che espongono a rischio di dipendenza. Infatti abbiamo già accennato che a causa di esperienze infantili non andate a buon fine viene perduta la capacità di relazionarsi, di saper aspettare, di progettare, di percepire, di allentare il controllo, alcuni dei funzionamenti alterati nelle dipendenze

6. CENNI DI TERAPIA FUNZIONALE PER I DISTURBI DA ADDICTION

Le dipendenze traggono giovamento da un lavoro terapeutico di tipo psicocorporeo integrato che vada ad incidere su funzionamenti di fondo di cui abbiamo parlato quali quello del contatto e della condivisione, del sentire e percepire, della necessità dell'altro, della valorizzazione di sé, del controllo, dell'autonomia, del piacere, della calma e del benessere. La terapia Funzionale attraverso una diagnosi precisa riesce ad identificare su quali precisi Funzionamenti bisogna lavorare in quel determinato caso clinico perché le espressioni comportamentali possono essere modificate solo se si incide precisamente sui funzionamenti implicati. Infatti al Funzionalismo va riconosciuta la capacità di andare a guardare i funzionamenti di fondo, e incidere quindi alle radici dei disturbi, cioè alle base di manifestazioni e comportamenti. Con la terapia Funzionale il paziente va a *riprendersi le esperienze*

perdute. Ovviamente per ogni persona sarà attuato un progetto di intervento individuale specifico. In generale, però, è possibile delineare per i diversi tipi di addiction un quadro generico di quali Esperienze di Base hanno subito alterazioni. Questi quadri tipici per le varie dipendenze costituiscono un aiuto e una guida. Nei casi di *dipendenza da chat* con difficoltà a stabilire e mantenere reali scambi e relazioni si dovrà dirigere il lavoro terapeutico verso la capacità di contatto e condivisione e la riapertura di sensazioni. Il contatto appare molto carente, ciò si prefigura come un ostacolo alla possibilità di far nascere una relazione "naturale", non mediata da uno scambio virtuale, capace di svilupparsi in un incontro reale, questo implica anche difficoltà di creare un collegamento con l'altro dove manca il vero piacere di stare insieme. Si cerca il piacere da soli, e ne possono essere inficiate relazioni affettive ma anche sessuali. Nel caso di *shopping compulsivo* la dipendenza è accompagnata da iperattività, sarà, quindi, necessario un lavoro sul funzionamento del lasciare, come disattivazione muscolare, un lavoro sul respiro che porterà maggior vagotonia e benessere, sulla capacità di sentire, sul godere veramente delle cose. Spesso le persone con *compulsività agli acquisti* hanno una falsa consistenza e cercano di imprimere la loro presenza nel mondo sfoggiando capi all'ultimo grido. Ma chi cerca di accumulare cerca anche di vincere una certa solitudine, con una sensazione illusoria di conservare dentro di sé. Quando si perde la capacità di provare meraviglia e stupore per il bello che è nelle cose già note allora si tende a cercare sempre qualcosa di nuovo e sempre più intenso. Nella *love addiction* è alterato l'amare e l'essere amati ma anche il piacere ha subito notevoli distorsioni ed è legato a rabbia, desiderio di dominare o desiderio di sottomettersi. In terapia si lavora sulla scarsa consistenza per evitare di cadere in situazioni che umiliano, sulla sana capacità di dare senza ledere la propria dignità. Importante è anche un lavoro che miri ad allentare la modalità del controllo rigido. Collegato a controllo alto, le sono le soglie delle sensazioni spesso alterate per cui le percezioni sono attutite, appiattite e dunque si rincorrono stimoli forti e sempre più intensi e sconvolgenti che produce la sensazione di essere travolti. Nelle addiction c'è



sempre una dose di ansia profonda e favorisce un lavoro sulla calma. È su tutte queste Esperienze di Base, allora, che il trattamento deve poter intervenire in maniera precisa e individuale. Nella mia esperienza personale di psicoterapeuta Funzionale mi è capitato che pazienti, affetti da dipendenza, dopo un lavoro indirizzato al ripristino della respirazione diaframmatica profonda, che ha come effetto la riapertura delle sensazioni, rendendole chiare e benefiche, hanno comunicato intense sensazioni piacevoli, e hanno riferito "ma tutto questo è più forte della mia droga" (sia essa una sostanza o un oggetto o una situazione). L'organismo, infatti, con un lavoro psicocorporeo, che coinvolge tutti i piani di funzionamento e tutti i sistemi, è in grado di liberare sostanze quali endorfine, senza dover ricorrere ad esperienze gratificanti illusorie. Per quanto esposto rispetto alle stimolazioni della società sono anche utili ed efficaci *progetti di prevenzione* con bambini e adolescenti, che propongono l'attraversamento di esperienze di base sane ed equilibrate, ma anche di sostegno alla genitorialità. Concludo con una riflessione: siamo figli del nostro passato: se il bambino è ben accudito e ben accompagnato svilupperà relazioni e legami armoniosi senza dipendenza, sarà capace di affrontare la vita con la propria forza-calma, la propria consistenza ed assertività, inoltre con le proprie sensazioni, percezioni e con un controllo che può essere anche morbido potrà fare scelte appropriate alla realizzazione di sé e al benessere personale.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5)**. Arlington: APA. (Trad.: DSM 5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Blaszczynski, A.P. (1999). **Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders**. Psychological Reports, 84, 107-113.
- Chiri, L.R., Gorrini, E., & Sica, C. (2010). **L'acquisto compulsivo: aspetti storici, definizione, epidemiologia e principali teorie psicologiche**. Giornale italiano di psicologia, 3, 551-576.
- Cionini L., (2013) **Modelli di psicoterapia** Carocci Editore
- Cuhadar E., Dayton B., (2011) **The Social Psychology of Identity and Inter-group Conflict: From Theory to Practice**
- De Clercq F., (1998) **Fame d'amore**. Rizzoli, Milano.
- Dolto F., **I problemi degli adolescenti**, (2001a) cura di Dolto-Tolitch, Tea, Milano
- Gabard G.O., (1995) **Psichiatria psicodinamica** Milano R. Cortina
- Gao T, Xiang YT, et al., Psychiatry Res. (2017) Aug 31 **Neuroticism and quality of life: Multiple mediating effects of smartphone addiction and depression**
- Grant, J.E, Brewer, J., & Potenza, M.N. (2006). **The neurobiology of substance and behavioral addictions**. CNS Spectrums 11, 924-30.
- Lesieur & Rosenthal, (1991); Netemeyer et al., 1998; **Specker, Carlson, Christenson & Marcotte**, 1995.
- Matar Boumosleh, Jaalouk D., PLoS One. (2017) Aug 4 **Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students - A cross sectional study**.
- Miller A., (1981) **Il bambino inascoltato**. Bollati Boringhieri, Torino
- Peggy C. P., (2001) **Fame d'amore**. Mandadori, Milano.
- Rispoli L., (1996) **I mutamenti del Se' in adolescenza: una prospettiva di integrazione**. Articolo da Atti del Convegno Nazionale: Adolescenza tra identità e disagio Assessorato alle Politiche Sociali, Comune di Trento. Marzo-Aprile.
- Rispoli L., Bovo P., (1998) **Quei fragili teenagers** in Nuova stagione n.5 8 febbraio
- Rispoli L., (2004) **Esperienze di base del Sé** Franco Angeli
- Rispoli L., (2008) **Sessualità patologia e terapia Funzionale**. Articolo inedito per la didattica interna
- Rispoli, L., (2011) **Manuale delle tecniche Funzionali. I° e II° vol.**
- Steketee G., Frost R., (2003) **Compulsive hoarding: Current status of the research**. Clinical Psychology Review Dic. Vol. 23 pg 905-927
- Yair Amichai-Hamburger K., Mc Kenna Y. A., (2006) **The Contact Hypothesis**



LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

“IL SUICIDIO E L'ANIMA”

Valentina Monticelli

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia ad Approccio Strategico, esperta GAP

Francesca Lacerenza

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Sistemico-Relazionale, esperta GAP

Carmen Finamora

Psicologa esperta in Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Università degli studi di Torino

RIASSUNTO

Il suicidio è un fenomeno complesso poiché tocca quell'altro fenomeno altrettanto complesso che è la vita. Negli ultimi anni c'è una tendenza all'aumento del suicidio tra giovani, con una prevalenza maschile nei confronti delle donne di 4 a 1. Fondamentale è la prevenzione, poiché comprendere il rischio di suicidio in una persona che soffre di un disturbo psichico ed inviarlo ad un aiuto scientifico può rendere possibile un vero intervento, promuovendo così la sua salute mentale e il suo benessere psichico.

PAROLE CHIAVE

Idea Suicidaria, Intervento, Morte, Prevenzione, Salute Mentale, Suicidio, Tabù, Vita.

INTRODUZIONE

Addentrarsi in temi come la morte e il suicidio significa infrangere dei tabù. È fuori dubbio che le varie teorie sul suicidio descrivono correttamente solo una parte di realtà, poiché in ogni caso resta il problema che esistono in alcune persone forze che si oppongono alla sopravvivenza, il che pone a chi vi presti attenzione inquietanti interrogativi. Quando se ne parla lo si fa sulla spinta di fatti di cronaca, quasi sia necessario indicare o trovare dei responsabili da accusare. Il suicidio è sempre un evento doloroso e drammatico che richiede partecipazione, discrezione ma non silenzio. L'atto suicidario carico di aggressività e disperazione è

legato anche all' "Anima" e pertanto potrebbe essere definito come una rappresentazione di un male dell'anima la quale, appare associata ad altri termini come mente, cuore, vita, morte, calore, emozioni, personalità, individualità, essenza, virtù, peccato. L'approccio al rischio suicidario prevede una distinzione tra l'ideazione di morte (il soggetto si augura di morire ma non fa progetti in questo senso), l'ideazione suicidaria (il soggetto pensa alla possibilità di togliersi la vita ma non ha progetti precisi), la progettualità suicidaria (il soggetto pianifica ma non mette in atto i progetti), il tentativo di suicidio (il soggetto ha messo in atto il tentativo con sufficiente determinazione ma non è riuscito per circostanze occasionali). Nel caso di una ideazione suicidaria è opportuno inviare il paziente da uno specialista o ad un servizio pubblico (Centro di Salute Mentale).

CENNI ANTROPOLOGICI

Il suicidio è un fenomeno presente in tutte le aree geografiche, culture ed epoche, con circa 800.000 persone l'anno ne morirebbero, con una frequenza maggiore durante i cambi di stagione. Allo stato attuale stiamo assistendo ad un aumento consistente dei suicidi e tentati suicidi nel mondo occidentale e soprattutto tra persone anziane e giovani, fasce d'età più a rischio. *"In qualche momento del percorso dell'evoluzione, l'uomo deve aver scoperto di poter uccidere non solo gli animali e i suoi simili, ma anche se stesso.* Si può presumere che



da quel momento la vita per lui non sia stata più la stessa." (cit. Stengel). Diversi sono stati i contributi offerti a tale tema, infatti tra le varie teorie, è opportuno citare la Teoria Freudiana, dell'istinto di vita, e tuttavia bene esistente e attiva nella bilancia del nostro destino di umani, ha destato e desta tuttora molte perplessità. Le teorie psicoanalitiche relative al suicidio formalizzano in termini meta-psicologici i moti pulsionali, le vicende relazionali, conflittuali, i desideri e le paure.

IL SUICIDIO COME PROCESSO: COSA PUÒ ESPRIMERE IL SUICIDIO?

Il suicidio esprime sempre più cose, la maggior parte difficili da comprendere, mentre altre volte se ne può cogliere parte della comunicazione e di senso, le cosiddette famose **parole non dette**. Il suicidio è stato considerato un comportamento aggressivo e pieno di rabbia ed impulsività, di fame d'amore ed affetto, di senso di colpa, di protesta, di soluzione alla sofferenza, di vendetta, di ricatto, di sacrificio, di affermazione di sé, di rimedio ad un problema di salute, di intolleranza alle frustrazioni e/o perdite, risposta ad un lutto e così via, preceduto spesso da un'emozione di vergogna. L'ipotesi attuale che prevale è che il comportamento suicidario non sia mai rapportabile ad una causa specifica, e tanto meno unica, o meglio è raro che accada, bensì si rimanda sempre a molteplici fattori quali: sociali, ambientali, individuali, psicologici. Di estrema importanza è la Comunicazione Suicidaria, ovvero la possibilità che una persona comunichi il proposito di uccidersi, direttamente o indirettamente, con le parole o in altro modo. Qualsiasi persona può dire voglio morire, lasciare biglietti, mandare lettere, accumulare farmaci, acquistare armi. Di solito sono comunicazioni drammatiche che preoccupano chi le raccoglie. Ricordiamo che il suicidio, non è un atto impulsivo e basta, ma una decisione che rappresenta un punto d'arrivo. È bene in ogni caso prendere sempre sul serio chi esprime il desiderio di togliersi la vita, e non è sempre vero che chi lo dice non lo farà; è opportuno non sottovalutare certi aspetti, ma piuttosto monitorare, indagare e verbalizzare il tutto senza nascondere nulla.

Il desiderio di morire è legato al desiderio di vivere, per cui nella comunicazione vi può essere un'implicita richiesta di aiuto. Verbalizzare tali pensieri suicidari, affrontarli, dargli "un'identità" può essere un ottimo punto di partenza per la persona.

LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

La decisione di morire spesso è accompagnata dal desiderio ambivalente di vivere. Per poter prevenire il suicidio non è possibile attuare una sola strategia, ma è necessario tener conto di più iniziative che riguardano sia la formazione di figure professionali circa le relazioni di aiuto, sia l'attuazione di programmi psico-educativi idonei. Un'iniziativa da considerare potrebbe essere quella di limitare la vendita di armi, de-tossicare il gas domestico, proteggere luoghi privi di barriere architettoniche, controllare la disponibilità di farmaci ad uso domestico, fare buon uso dei mezzi di comunicazione, poiché quest'ultimi non devono tacere, ma informare correttamente. Di estrema importanza a tal riguardo è il coinvolgimento della famiglia con l'attuazione, ove possibile, di programmi specifici rivolti anche a tutti coloro che vivono a diretto contatto con le persone a rischio. Inoltre, fondamentale è la presenza di Centri di Ascolto attivi 24 h su 24, che accolgono richieste di aiuto, valutano il pericolo e garantiscono un collegamento immediato con le strutture sanitarie presenti sul territorio. Prevenire il suicidio richiede il miglioramento delle capacità di cogliere i primi segnali di allarme, facilitare la comunicazione e i trattamenti. Nonostante non esista un farmaco "anti-suicidio", è bene associare ad un percorso psicoterapeutico mirato una cura farmacologica.

IL RISCHIO SUICIDARIO E LA FAMIGLIA

Gli stati affettivi che potrebbero divenire rapidamente intollerabili sono essenzialmente tre:

- 1** il senso di abbandono e il sentirsi soli;
- 2** il disprezzo per se stessi e la vita
- 3** la rabbia assassina

A livello inconscio c'è un narcisismo di base di tipo distruttivo associato a sua volta ad una



relazione “perversa”. A tal proposito, di estrema necessità è il coinvolgimento della famiglia, al fine di favorire i trattamenti individuali senza ostacoli. Un’attenzione emotiva va dedicata al lavoro clinico all’interno di sistemi familiari, sia in caso di rischio suicidario comunicato, sia nel caso in cui ci sia stato un tentativo da parte di un membro. Promuovere la comunicazione in questi sistemi risulta essere funzionale ed è raggiungibile attraverso un programma definito “Parent Care” di prevenzione volto ai parenti del paziente stesso, avvicinando fisicamente ed emotivamente la famiglia tutta ad ogni suo singolo membro.

CONCLUSIONI

Nessun suicidio è uguale ad un altro, come del resto nessuna persona e nessuna vita. Dietro ogni suicidio ci sono sempre parole non dette, nascoste, misteriose che conducono ad una trappola, dalla quale si può sfuggire con un intervento fatto al momento giusto, cercando così di dare ascolto alla “voce del silenzio” e provare a salvare la vita.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez A. **“A study of suicide, Random House”**, New York, 1972
- American Psychiatric Association DSM IV-TR **“Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali”**, Masson, Milano, 2000
- **Codice Penale e le Leggi Complementari**, Edition Minor (art. 580), Ferrari, 2013
- De Mario D. **“Il Suicidio e il Pensiero Scientifico”**, Roma, 1987
- Hillman J. **“Il Suicidio e l’Anima”**, Adelphi Edizioni, 2010
- Hooven C. **“Parent Care: a suicide prevention for parents of at risk youth”**
- Loiacono A., Novara F., Fulcheri M. **“Benessere Psicologico e mondo del lavoro”** Centro Scientifico Editore, 2008
- Pandolfi A.M. **“Il Suicidio: Voglia di vivere, Voglia di morire”**, Franco Angeli, 2012
- Pavan Luigi **“Il Suicidio e le parole e non dette”**, Positive Press, 2000



I DIVERSI ASPETTI DELLA PEDOFILIA TRA DEVIANZA E CRIMINALITÀ

Francesca Lacerenza

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Sistemico-Relazionale, esperta GAP

Valentina Monticelli

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia ad Approccio Strategico, esperta GAP

Carmen Finamora

Psicologa, esperta in Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Università degli studi di Torino

RIASSUNTO

Il termine pedofilia inizia a fare la sua comparsa in Italia, come termine di uso comune, solo a partire dal 1987, quando le agenzie di stampa nazionali hanno incominciato a definire come pedofilia quei fatti di cronaca relativi agli abusi sessuali sui bambini.

Fino a quel momento le notizie riguardanti tali fatti erano riportate in modo molto superficiale forse perché ritenute talmente mostruose e tali da suscitare un forte allarme sociale, da non trovare spazio all'interno delle pagine di cronaca.

È solo nel 1996 che il fenomeno "pedofilia" sale tristemente alla ribalta, dopo i noti e drammatici fatti relativi all'uccisione di due bambine di otto anni in Belgio ad opera di Marc Dutroux.

Il fenomeno della pedofilia incomincia a creare un vero e proprio allarme sociale, ci si rende conto che questa non solo è più consumata tra le mura domestiche, ma che vi sono delle vere e proprie organizzazioni "criminali", che consentono al fenomeno stesso di esistere e di crescere.

La pedofilia ha una caratteristica particolare che si contraddistingue per il fatto che il pedofilo si comporta come un ragazzo tra altri ragazzi.

Diversi studi psicologici hanno affermato che il pedofilo non concepisce lo sviluppo oltre l'adolescenza, infatti, la pedofilia appare come un vero e proprio rifiuto di crescere come un desiderio di rimanere per sempre ancorati all'età infantile senza responsabilità.

La pedofilia è caratterizzata da un vero e proprio stato di confusione sessuale e sociale, rientrano

nella categoria delle persone che sono rimaste bambine, però bambini psicotici, i quali a differenza di altri in stato di sofferenza si rivolgono a bambini piuttosto che ad adulti, per avere sollievo e per scaricare la propria aggressività.

PAROLE CHIAVE

Abuso, Carnefice, Prevenzione, Rilevazione, Trauma, Vittima.

INTRODUZIONE

L'abuso dei minori è stato studiato dalla scienza medica e il primo a descrivere tale fenomeno nel 1860 fu un medico legale: Ambroise Tardieu.

All'inizio degli anni sessanta il pediatra Henry Kempe allarmato dal gran numero di bambini che soffrivano di ferite non accidentali propose il termine di "sindrome del bambino battuto".

Dopo i primi anni in cui tale problema ha interessato soprattutto i medici, l'argomento è divenuto oggetto di ricerca da parte di studiosi di altre discipline come psicologi, criminologi e assistenti sociali.

La maggior parte degli autori però, segue ancora oggi i suggerimenti di Kempe che distingue nell'ambito delle condotte abusanti:

- *violenza fisica*, che consiste in ogni azione fisicamente dannosa diretta contro il bambino e che comprende varie lesioni quali: contusioni, bruciate, ferite alla testa, fratture, ferite addominali o avvelenamento;
- *la trascuratezza fisica o affettiva*, che si esprime nell'incapacità dei genitori di comportarsi ade-

guatamente per la tutela della salute, della sicurezza e del benessere del bambino;

- *l'abuso psicologico*, che si evidenzia quando il bambino è costantemente rimproverato, respinto o terrorizzato;
- *l'abuso sessuale*, ovvero il coinvolgimento dei minori in atti sessuali, e che riguarda gli stupri, gli incesti, le molestie, così come lo sfruttamento dei bambini nella prostituzione o nella riproduzione di materiale pornografico.

Nel descrivere le varie forme di abuso, la ricerca ha inizialmente posto l'accento sui sintomi fisici e comportamentali evidenziabili nelle varie modalità di abuso, nonché sulle conseguenze a breve ed a lungo termine dell'abuso fisico, psicologico o sessuale. Alcuni ricercatori italiani hanno confermato, relativamente all'abuso, alcuni indici specifici quali:

- l'esistenza di varie lesioni (morsicature, contusioni, ferite, ustioni, ematomi) prodotte con mezzi diversi (ferri da stiro, sigarette, liquidi bollenti) e di fratture del cranio e delle ossa lunghe;
- la contemporanea presenza di lesioni e fratture risalenti ad epoche diverse;
- la discrepanza tra l'obiettività clinica ed il racconto dei genitori riguardo alle modalità del verificarsi dell'evento lesivo.

I bambini trascurati evidenziano in parte le stesse caratteristiche di quelli abusati fisicamente, i segni della violenza si leggono in particolare nelle precarie condizioni igieniche, nell'abbigliamento trasandato, nel deperimento fisico da denutrizione e, in genere, in tutti quegli elementi che contrastano con un sano sviluppo psicofisico del minore.

Gli effetti dell'abuso fisico e dell'incuria dipendono dall'entità dei maltrattamenti e della loro durata nel tempo.

Sul piano fisico l'esito più tragico è costituito dalla morte del bambino e altri effetti comprendono la perdita dell'udito e della vista, il ritardo mentale globale o il ritardo nello sviluppo del linguaggio.

L'abuso psicologico può essere riassunto come la risultante di una sorta di collisione o frattura tra i bisogni del bambino e quelli dell'adulto, quando questi ultimi prevaricano sui primi.

Rientrano nell'abuso psicologico i cosiddetti "mal-

trattamenti occulti", che sono caratterizzati da un troppo intenso coinvolgimento parentale, finalizzato a modificare comportamenti ritenuti inadeguati. In questo caso il bambino viene sottoposto a pressioni dirette ad ottenere comportamenti e prestazioni che egli non è in grado di dare.

Gli abusi che si realizzano prevalentemente sul piano psicologico appaiono poco visibili nell'immediato e producono spesso le loro conseguenze che risultano in una maggiore insicurezza o aggressività, in disturbi relazionali o di personalità.

RICONOSCIMENTO E RILEVAZIONE DEL TRAUMA

Nell'abuso, ma anche nel maltrattamento, non esistono indicatori certi, è quindi estremamente importante avvalersi dell'aiuto di operatori di diverse professioni con cui concordare modalità di intervento efficaci e capaci di aiutare e proteggere il bambino. Chi si prende cura di un minore, di solito, se è attento e lo conosce bene ha l'opportunità di cogliere i cambiamenti che in lui avvengono. Egli riesce a vedere quanto è cresciuto, le cose nuove che ha imparato, quali nuove scoperte e competenze ha acquisito ed è altrettanto possibile osservare i cambiamenti di umore, i mutamenti di comportamento e l'insorgere di nuove modalità di relazione come ad esempio, un aumento dell'aggressività nel rapporto con gli altri. Raccogliere poi le confidenze che un bambino può fare ad un insegnante, sia attraverso ciò che scrive sia con i disegni che fa è un'opportunità troppo preziosa per essere trascurata. La segnalazione non è altro che una relazione dettagliata sul comportamento di un bambino, sui suoi cambiamenti osservati dall'insegnante con occhio attento. Portare le autorità competenti a conoscenza di questi aspetti può essere di fondamentale importanza per quel bambino. Soprattutto con i bambini più piccoli si utilizzano spesso i giochi o i disegni. Nel gioco il perito (nominato dal giudice per la rilevazione del trauma) cerca prima di tutto di ottenere la fiducia del bambino, poi di conoscere le sue abilità, le abitudini, i gusti ed il modo di relazionarsi. Con questi elementi può farsi un'idea della sua intelligenza, del suo carattere e della sua maturità. Nello stesso tempo il perito cerca di osservare l'e-



ventuale esistenza di una condizione di sofferenza che impedisce o compromette la libertà e il piacere del gioco. Costui cerca di rappresentare simbolicamente scene che richiamino, alla memoria profonda del bambino, quelle dell'abuso che si vuole verificare (eventualmente con l'uso di **pupazzi anatomici**). I disegni più usati sono quelli libero-creativo, della figura umana, dell'albero e della famiglia che permettono ugualmente di valutare sia la maturità dell'intelligenza che l'equilibrio emotivo e anche, avvolte, il fatto stesso dell'abuso, che magari il bambino riesce più facilmente a disegnare che a descrivere a voce. Di fronte al continuo aumento del fenomeno dell'abuso, in primo luogo è molto importante che i bambini diventino autonomi e capaci di riconoscere i lupi cattivi e di identificare i pericoli. Di certo non vanno intimoriti né spaventati oltre misura ma vanno informati e preparati. Fondamentale è fornire ai bambini da un lato una corretta informazione sessuale riguardante le parti intime del loro corpo e dall'altro una sempre più necessaria educazione ai sentimenti e alle emozioni.

Educare i bambini alla conoscenza e alla regolazione della propria vita emozionale aiuta una crescita sana ed armoniosa e ha la funzione di prevenire il disagio ed il malessere.

Molti programmi di prevenzione insistono per esempio sulla necessità di aiutare i piccoli a riconoscere il "toccamento buono" (quello cioè che fa star bene, come le carezze della mamma o del papà) da "toccamento cattivo" (quello che invece procura disagio, malessere e dolore).

Altri programmi prevedono che si insegni al bambino il più presto possibile a dire di <<no>> quando un adulto fa proposte non adeguate, quando molesta o invade la sua privacy, inoltre sostengono l'importanza che egli riconosca il valore dei "segreti buoni", quelli che si possono tenere per sé, dai "segreti cattivi", che invece si devono raccontare subito (come proposte particolari, tocamenti e approcci non accettabili).

IL PROFILO DEL PEDOFILO: ASPETTI PSICOLOGICI E PSICOPATOLOGICI

Le indagini hanno rivelato che il padre del pedofi-

lo spesso è un padre immaturo, violento, sadico e poco presente; la madre è una madre seduttiva fino all'abuso, la quale non ha risposto ai bisogni orali e tattili del bambino. Sono genitori che rimangono dentro di lui, interiorizzati, soprattutto se è stato "violentato" nella prima infanzia, con genitori cattivi, che gli alimentano dentro la dolorosa sensazione di sentirsi sempre rifiutato.

Tali oggetti interni persecutori si proiettano come un'ombra sugli adulti che lo circondano, come figure potenti, terrorizzanti e minacciosi, si capisce quindi che egli abbia paura degli adulti e che non sia in grado di relazionarsi con loro per i suoi bisogni di tenerezza e di tipo sessuale. Il pedofilo, per le sue carenze di sviluppo, non è capace d'immaginare le conseguenze che i suoi atti hanno sul bambino: egli è privo di empatia.

Nel caso in cui l'lo sia stato gravemente lacerato, uno stimolo, per altri insignificante, può innescare una catena associativa di ricordi di terrori che provoca angoscia.

C'è però un altro aspetto che va tenuto presente, soprattutto quando l'abusante è la madre, c'è stato un perdurare di un contatto fisico, a cui la madre non ha saputo rinunciare, e che è andato oltre ai limiti: sia quelli consentiti dall'età del bambino, sia quelli relativi alla soglia di tollerabilità dell'eccitazione.

Il bambino si abitua a questa intimità falsamente protettiva, che lo tiene invece ad un livello di sviluppo molto primitivo, quindi cercando di ritrovare quell'unione magica non con un adulto perché non avrebbe più il sapore dell'infanzia ma si rivolge ad un bambino, un oggetto facilmente manipolabile e controllabile.

Questa fantasia inconscia sarebbe distrutta dal contatto con la realtà, ed è per questo che il pedofilo ha bisogno di vivere il rapporto con il bambino in una complicità clandestina, come in un gioco segreto che non deve assolutamente essere scoperto.

Per i suoi problemi di sviluppo, il pedofilo ha una sofferta identità di genere, un rapporto cattivo con il proprio corpo e, in particolare, con i propri genitali, che ritiene inadeguati, alla base della sua violenza c'è uno sfondo di frustrazione e di impotenza, un sentimento di svalutazione di sé e degli altri.



Violando un bambino, il pedofilo non farebbe altro che aggredire la parte fragile e vulnerabile di se stesso, sperando in tal modo di esorcizzare il fantasma delle sue debolezze e soggezioni interiori. Sentimenti di emozioni, forti ostilità e l'atto perverso sembrano non essere altro che l'espressione di un odio erotizzato dell'individuo, che, vittima nell'infanzia, ora riveste i panni del "vincitore".

Le aggressioni verso i bambini simboleggiano le vittimizzazioni subite e, attraverso l'atto perverso, il pedofilo tenta di cancellare il passato, trasformando il trauma in piacere, orgasmo e vittoria.

Pao, esperto di patologie gravi e schizofrenia, definisce questo stato "panico organismico", questo panico è paragonabile ad uno tsunami interno la cui aggressività produce atti talvolta irreparabili, come lo stupro di un bambino.

CONCLUSIONI

L'abuso sessuale e la pedofilia sono condizioni che possono essere monitorate e ridotte dalla messa in opera di politiche specifiche ed adeguate oltre che dall'adozione di strumenti efficaci, capaci di produrre gli effetti sperati.

Le intricate dinamiche che riguardano le relazioni malate, scosse fin dai tempi dell'infanzia, contaminano la persona adulta e il delitto si ripete.

Questa catena può essere interrotta e i mezzi per poterlo fare sono: l'istruzione, la formazione e l'attenzione all'ambiente supportate da un inter-

vento terapeutico efficace, a favore degli individui che hanno subito danni sia se questi sono vittime o colpevoli, perché non esistono vittime senza aggressori.

BIBLIOGRAFIA

- Andreoli V., **Dalla parte dei bambini**, Rizzoli, Milano, 2000
- Bagnara T., **Violenza familiare: prevenzione e trattamento**, Franco Angeli, Milano, 2004
- Boschetti C., **Il libro nero dei bambini scomparsi**, Newton e Compton, Roma, 2008
- Cifaldi G., **Pedofilia tra devianza e criminalità**, Giuffrè, Milano, 2004
- Cortellessa L., Fusaro N., **Pedofilia e Criminalità**, Koiné, Roma, 2003
- Del Gaudio C., Del Gaudio M., Nazzaro U., **Compendio di Criminologia**, Simone, Salerno, 2004
- D. Howitt, **Pedofilia e reati sessuali contro i bambini**, Centro Scientifico, Torino, 2000
- Franchini G., Maiolo G., **Attenti al lupo cattivo**, Erickson, Trento, 2005
- Leone S., **L'innocenza tradita**, Città Nuova, Roma, 2006
- Montecchi F., **I maltrattamenti e gli abusi sui bambini**, Franco Angeli, Milano, 1998
- Petrucelli I., **L'abuso sessuale infantile**, Carocci, Roma, 2002
- Stupiggia M., **Il corpo violato**, La Meridiana, Molifetta, 2007



PROGETTO DI RICERCA-INTERVENTO

CRONICITÀ E COMPLESSITÀ PSICOPATOLOGICA NELL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE AFFETTO DA **DEMENTIA**: RIDURRE LO STRESS **LAVORO-CORRELATO** NEL CAREGIVER OPERATORE CON L'UTILIZZO DEL **TRAINING AUTOGENO**

Sgarra D.

Psicologo e operatore di training
autogeno - Andria

Grumo G.

Psicologo e psicoterapeuta RSA
"Madonna della Pace" - Andria

RIASSUNTO

La cronicità e la quotidiana assistenza del malato con demenza ha effetti stressori negativi fisici e psicologici sui caregiver-operatori.

Occorre in tal senso attivare percorsi di intervento affinché i caregiver operatori possa-no essere aiutati nel loro compito assistenziale a fronteggiare e a gestire il "peso dell'assistenza" (burden).

In questo studio si vuole verificare l'effetto di un percorso di Training autogeno rivolto ad un gruppo di operatori della RSA Madonna della Pace di Andria che assistono quotidianamente i pazienti affetti da demenza e che pertanto sono a rischio distress e/o burden assistenziale.

PAROLE CHIAVE

Training autogeno, Burden assistenziale, Caregiver-operatore.

INTRODUZIONE

Numerosi studi hanno dimostrato che la cronicità e la quotidiana assistenza dell'anziano con demenza ha effetti stressori negativi fisici e psicologici sui caregiver, familiari e operatori.

I risultati di tali studi sottolineano l'importanza della valutazione, della gestione e del trattamento di tali sintomi nei caregiver.

Occorre in tal senso attivare percorsi di intervento affinché i caregiver operatori possano essere aiutati nel loro compito assistenziale a fronteggiare e a gestire il "peso dell'assistenza" (burden).

SCOPO

L'obiettivo dello studio è l'analisi dell'effetto di un percorso di Training autogeno rivolto ad un gruppo di operatori della RSA Madonna della Pace di Andria che assistono quotidianamente i pazienti affetti da demenza e che pertanto sono a rischio distress e/o burden assistenziale.

MATERIALI E METODI

Il campione di questo studio è costituito da 20 operatori (infermieri e O.S.S.; 6 maschi e 14 femmine), suddivisi casualmente in due gruppi omogenei per numerosità: 10 operatori per il gruppo sperimentale e 10 operatori per il gruppo di controllo.

Il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo sono stati sottoposti alla valutazione del burden assistenziale mediante la somministrazione del questionario CBI (Novak and Guest, Caregiver Burden Inventory, 1989). Il questionario, elaborato per i caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze correlate, valuta l'aspetto multidimensionale del carico assistenziale (carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo).

Al gruppo sperimentale il questionario è stato somministrato prima e dopo il trattamento durato circa un mese. Al gruppo di controllo invece il questionario è stato somministrato inizialmente in una condizione pre e successivamente a distanza di un mese senza effettuare il trattamento.

Il trattamento ha riguardato un percorso di training autogeno, durato sei incontri e finalizzato all'apprendimento esperienziale di una tecnica di rilassamento funzionale al fronteggiamento del carico assistenziale e della percezione dello stress lavoro-correlato.

ANALISI DEI DATI

Nell'analisi dei dati sono state confrontate inizialmente le medie dei punteggi complessivi ottenuti al questionario CBI all'interno di ogni gruppo e rispetto alla condizione sperimentale pre/post.

Successivamente sono state confrontate le medie ottenute nella stessa condizione sperimentale rispetto alle singole dimensioni del carico assistenziale appartenenti al questionario CBI (carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo).

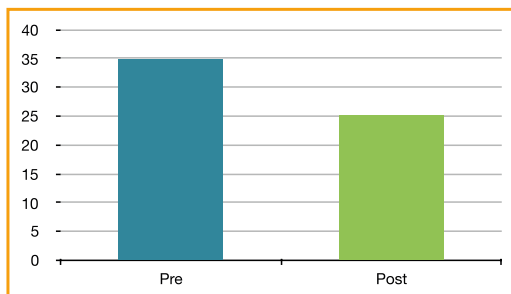
Ogni misurazione psicometrica è stata effettuata utilizzando il T-test.

RISULTATI

L'analisi dei dati relativi al gruppo sperimentale mostra una riduzione significativa del punteggio medio al questionario CBI nella condizione pre/post.

(Mpre: 40; Mpost: 29; $p = 0,049$)

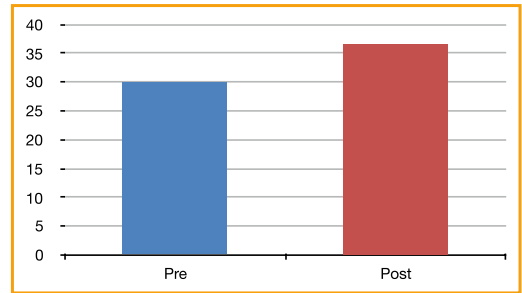
Grafico 1:



L'analisi dei dati relativi al gruppo di controllo mostra invece un aumento, seppur non significativo dal punto di vista statistico, del punteggio medio del questionario CBI nella condizione pre/post.

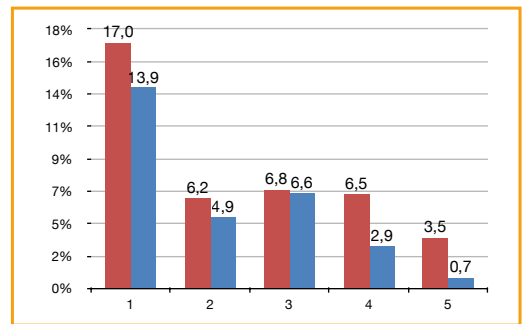
(Mpre: 32,1 ; Mpost; 38,1; $p = 0,16$).

Grafico 2:



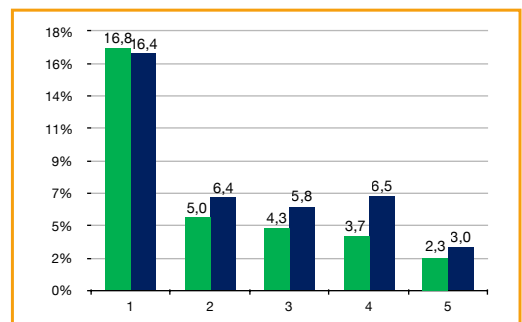
Successivamente sono state confrontate le medie relative alle singole sezioni del CBI nella condizione pre/post. Nel gruppo sperimentale si osserva una riduzione delle medie dei punteggi in tutte le singole sezioni del CBI.

Grafico 3:



Nel gruppo di controllo si osserva invece un aumento dei punteggi in tutte le sezioni, tranne della sezione 1 dove il punteggio rimane sostanzialmente invariato.

Grafico 4:





CONCLUSIONI

I primi risultati che emergono da questa ricerca mostrano come lo sviluppo di percorsi di Training Autogeno all'interno di strutture assistenziali produca effetti benefici sulla salute psicofisica degli operatori.

Il percorso di T.A. sviluppa in quest'ottica uno spazio di cura e di relazione in cui gli operatori costruiscono una maggiore consapevolezza degli effetti fisici e psicologici correlati al burden assistenziale.

Inoltre la condivisione di tale "peso dell'assistenza" in gruppo permette all'operatore di percepire una rete di sostegno e di relazione con gli altri operatori in cui affrontare lo stress lavoro-correlato, migliorandone la qualità di vita e l'efficienza lavorativa.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Novak and Guest, **Caregiver Burden Inventory**, 1989.
- Nobili G, Massaia M, Isaia G, Cappa G, Pilon S, Mondino S, et al. **Valutazione dei bisogni del caregiver di pazienti affetti da demenza: esperienza in una unità di valutazione Alzheimer.** G. Gerontol 2011;59:71-74.
- Marvardi M, Mattioli P, Spazzafumo L, Mastriforti R, Rinaldi P, Polidori MC, et al. **The Caregiver Burden Inventory in evaluating the burden of caregivers of elderly demented patients: results from a multicenter study.** Aging clinical and experimental research 2005; 17(1):46-53.





INCONTRA

STORIA DI UN PERCORSO DI CRESCITA VERSO L'AUTONOMIA IN PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA ATTRAVERSO L'USO STRUMENTALE DEL TEATRO

Dr.ssa Daniela Cirasino
Psicologa Clinica, Associazione Il
Gabbiano, Ostuni (BR)

RIASSUNTO

Il presente articolo si propone di illustrare un percorso di formazione-valutazione di un gruppo di ragazzi con disabilità intellettiva. Il progetto descritto, dal nome *InConTra*, è stato realizzato grazie al lavoro sinergico di sue associazioni del Comune di Ostuni in favore di un gruppo di persone disabili che hanno palesato il bisogno di inserirsi all'interno del tessuto sociale una volta terminato l'obbligo scolastico. La finalità principale ha riguardato l'utilizzo del mezzo teatrale per favorire il processo di inclusione sociale, lo sviluppo di competenze trasversali e il percorso di crescita verso l'autonomia. Le attività svolte durante la fase di formazione sono state monitorate e valutate secondo il modello dell'Empowerment Evaluation, una strategia di valutazione partecipata che ha coinvolto tutti i destinatari del progetto. Grazie alla formazione teatrale è stato realizzato uno spettacolo di ampia diffusione i cui protagonisti sono stati i ragazzi disabili. Al termine del progetto, il gruppo costituitosi, assieme all'aiuto di operatori ed esperti, ha portato avanti il lavoro di sviluppo dell'autonomia in persone disabili avviando un programma di gemellaggio con un centro tedesco per l'autonomia in cui vivono e lavorano persone con disabilità più o meno gravi.

PAROLE CHIAVE

Disabilità intellettiva, Autonomia, Teatro, Abilità sociali, Formazione.

INTRODUZIONE

Presto o tardi nel processo di sviluppo di un individuo, il bisogno di trovare e definire il proprio "posto nel mondo" diventa sempre più impellente. Il raggiungimento dell'età adulta rappresenta un momento di fondamentale affermazione della propria identità sociale e personale. In misura amplificata, il precipitare di una disabilità o di bisogni speciali, si scontra spesso con l'impossibilità di esperire la costruzione del proprio Sé all'interno dell'attuale contesto sociale.

Il presente scritto intende proporre la narrazione polifonica di un'esperienza: un percorso di crescita verso l'autonomia di persone disabili che, pur fra timori e titubanze, hanno avuto occasione di utilizzare il teatro come mezzo di conoscenza e di confronto interpersonale.

IL PROGETTO *InConTra*

L'esperienza di seguito riportata ha preso le mosse dalla realizzazione del progetto *Incontra* (Insieme Contatto Trasforma), nato dalla comunanza di intenti di due associazioni del territorio di Ostuni: *Il Gabbiano*, associazione di volontariato per persone disabili e *La Luna nel Pozzo*, centro di alta formazione teatrale. Fra i soggetti coinvolti un gruppo di 15 giovani adulti disabili con le rispettive famiglie, 9 operatori volontari e 2 docenti teatrali specializzati. Tale unione si è originata da una problematica strettamente connessa alla percezione della temporalità vissuta dai ragazzi e dalle loro famiglie: terminato



diffatti l'obbligo scolastico, le attività di sostegno e cura non sono sufficienti a colmare gli interminabili "vuoti" di tempo esperiti da questi ragazzi che, pur vantando il possesso di particolari abilità espressive e relazionali, non riescono a collocarsi all'interno della più ampia sfera socio-lavorativa. Considerate le difficoltà di apprendimento di abilità sociali e lo sviluppo deficitario della *Teoria della mente* in persone con disabilità (ToM) (Baron-Cohen, 1986), la scelta di utilizzare il teatro come strumento per l'emersione di queste abilità di base, si è rivelata particolarmente adeguata. Di sicuro, mentre nei consueti contesti sociali l'handicap viene spesso percepito come una limitazione all'agire comune, nello spazio delimitato del palcoscenico esso diviene irrilevante se non addirittura punto di forza per la costruzione di un personaggio strutturato.

ESPERIENZA SUL CAMPO E VALUTAZIONE

Nella cornice dell'Empowerment Evaluation e della Fourth Generation Evaluation, si è partiti dalla convinzione secondo cui ogni processo formativo e valutativo debba essere condiviso con tutti i soggetti coinvolti nel progetto. Ciò ha avuto lo scopo di facilitare la produzione di conoscenza utile all'efficacia dell'intervento realizzato. In particolare, la valutazione delle diverse competenze ha rappresentato un momento di co-costruzione sociale poiché ha consentito di accendere un dialogo fra più punti di vista.

A tal fine, sono stati individuati tre gruppi di destinatari del progetto:

- Destinatari diretti: 15 Ragazzi disabili (special needs);
- Destinatari indiretti: Famiglie dei ragazzi disabili (special needs);
- Destinatari strumentali: Operatori e docenti.

Dal confronto valutativo, è stato possibile inferire un notevole accrescimento della consapevolezza del proprio ruolo in riferimento ad un contesto sociale più ampio.

Seguendo metodologie di Cooperative Learning e principi della pedagogia Steineriana applicati al teatro, gli incontri hanno preso avvio con cadenza settimanale e le loro finalità si sono mostrate

multiple: migliorare la qualità della vita dei ragazzi disabili ed incrementare la loro autoefficacia; fornire abilità espressive e lavorative agli operatori; porre le famiglie nella condizione di riconoscere e meglio individuare le abilità dei propri figli. Il laboratorio teatrale è stato seguito dai ragazzi disabili, gli operatori e i docenti specializzati. Contestualmente, i genitori hanno preso parte ad un gruppo di mutuo sostegno condotto da professionisti del settore. Il gruppo così strutturato ha aperto spazio al confronto attivo, alla condivisione di esperienze e all'elencazione di nuove proposte cooperazionali. Tutte le attività sono state accuratamente monitorate e valutate in maniera da tracciare il percorso di sviluppo di ogni elemento del gruppo di lavoro. La valutazione ha seguito tre tempi distinti ed ha riguardato in maniera differente i tre gruppi di destinatari (ex-ante, in itinere ed ex-post). Sono stati somministrati questionari costruiti ad hoc per valutare il grado di sviluppo di ogni ragazzo disabile dall'inizio alla fine delle attività di laboratorio e questionari di valutazione sulle competenze trasversali. A ciò si è aggiunta una serie di esperienze narrative dei genitori che ritraevano scene di vita quotidiana in cui avevano notato l'espressione di crescita emotiva ed interattiva dei propri figli.

I risultati della valutazione hanno riportato una forte crescita dei principali destinatari di progetto sul piano delle competenze trasversali e sull'utilizzo di strategie di coping. In particolare, i soggetti disabili hanno riportato dei valori estremamente positivi sullo sviluppo di una certa fluidità relazionale e una maggiore maturità emotiva.

Il laboratorio teatrale avuto il fine di realizzare un vero e proprio spettacolo dal titolo *Biutifool* i cui protagonisti indiscussi sono stati i ragazzi disabili. Un aspetto degno di nota riguarda la scenografia: durante la performance, il palcoscenico è stato arricchito da una serie di sagome realizzate dai ragazzi disabili che riguardavano il proprio profilo. Il lavoro sulla sagoma ha fatto sì che ognuno di loro esperisse dei processi metacognitivi circa la propria identità e l'immagine di sé arricchita dal libero uso delle sfumature cromatiche utilizzate per decorare la sagoma.

DOPO InConTra:

UN PERCORSO VERSO L'AUTONOMIA

Grazie alla diffusione dello spettacolo *Biutifool*, i ragazzi si sono nutriti di esperienze uniche. Essi hanno solcato il palco di numerosi teatri pugliesi esibendosi nella loro performance, conosciuto nuove realtà ed in particolare, si sono finalmente sentiti protagonisti indiscussi della propria esistenza e liberi di esprimersi. L'intensificarsi dell'esperienza ha aperto le porte a progetti di formazione teatrale negli istituti scolastici in cui i ragazzi disabili mostravano a quelli "abili" le tecniche base di improvvisazione teatrale e di clowning. Tale lavoro ha avuto lo scopo di educare al confronto e allo scambio attivo delle diverse abilità ponendosi al di là di ogni barriera pregiudiziale. Incontra ha continuato a crescere e ad evolversi tanto che il bisogno di riempire i vuoti di tempo si è trasformato in uno molto più complesso: il bisogno di autonomia. È a questo punto che durante la stagione estiva è stata realizzata la *Summer Week*, una settimana in cui un gruppo di disabili ha convissuto insieme agli operatori presso gli alloggi dell'associazione La Luna nel Pozzo. Qui, si è sostanzialmente il senso di vivere fuori dal nucleo familiare ed occuparsi autonomamente della propria quotidianità. Ancora una volta e con grande entusiasmo, i ragazzi hanno preso ampio possesso della propria vita e dato dignità alla loro esistenza. Al contempo, si è resa evidente una questione che già da lungo crucciava le famiglie che, vedendo i propri figli avviare un percorso per l'autonomia, si sono chieste: "Dopo di noi cosa ci sarà? Come vivrà mio/a figlio/a quando non potrò più essere io ad offrire il mio sostegno?".

A tale delicatissima questione si sta cercando di dare risposta attraverso la messa in opera di altri progetti. Intanto, in collaborazione con il centro tedesco per l'autonomia *Eins und Alles* è stato avviato un gemellaggio che ha visto la realizzazione dello spettacolo teatrale *Perfettamente Imperfetti*. I nostri ragazzi disabili hanno riposto timori e paure nel bagaglio a mano di un volo diretto a Welzheim, una piccola cittadina alla periferia di Stoccarda e sono partiti alla volta di questa nuova esperienza. Lì, insieme agli operatori hanno convissuto per dodici giorni sperimentando ancora una volta il reale significato dell'autonomia. Nel centro tedesco *Eins und alles* persone come loro sono

impegnate nella regolare attività lavorativa, vivono in appartamenti di cui si prendono cura e costruiscono, giorno dopo giorno, le basi della vita autonoma.

InConTra è ufficialmente giunto alla stazione terminale. In realtà, grazie alla perseveranza di un gruppo di giovani operatori e volontari, le associazioni coinvolte stanno cercando di avviare un percorso strutturato e permanente sul territorio per il raggiungimento dell'autonomia in persone con differenti disabilità che desiderano oltre ogni misura rendere più dignitosa la loro esistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (1996). (a cura di) **Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione**. Trad. It. Trento: Edizioni Erickson.
- Bandura, A. (2000). (a cura di) **Adolescenti ed autoefficacia. Il ruolo delle credenze personali nello sviluppo individuale**. Trad. It. Trento: Edizioni Erickson.
- Bandura, A. (1997). (a cura di) **Autoefficacia: teoria e applicazioni**. Trad. It. Trento: Edizioni Erickson.
- Baron-Cohen, S. L. (1986). **Mechanistic, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children**. British Journal of Developmental Psychology, 4, 113-125.
- Bonfigliuoli, C.T. (2008). **Gruppi eterogenei di apprendimento cooperativo. Difficoltà di apprendimento**, 2(1), 97-118.
- Caprara, G.V. (2001). **La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti**. Trento: Ed. Erickson.
- De Santis, D. (2007). **L'Autoefficacia nei contesti educativi**. Lecce: Ed. Pensa multimedia.
- Di Paola, E. (2010). **Diversabilità e integrazione sociale**. Milano: Ed. Franco Angeli.
- Lepri, C. (2015). **Viaggiatori inattesi. Appunti sull'integrazione sociale delle persone disabili**. Milano: Ed. Franco Angeli.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C., Zannini, M., (2004). **Educare le life skills**. Trento: Ed. Erickson
- Moreno, J.L. (1985). **Manuale di psicodramma (vol.1)**. Roma: Ed. Astrolabio Ubaldini.
- Orioli, W. (2011). **Far teatro per capirsi. Introduzione alla teatroterapia**. Milano: Ed. Ipoc.
- Steiner, R. (1997). **Education as a force for social change**. Foundation for Waldorf Education Edition



LA FAVOLA COME STRUMENTO DI AIUTO NELLA COMPRENSIONE DELLA REALTÀ STORIA DI UNA BAMBINA ADOTTATA

Efisia 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

RIASSUNTO

Il presente articolo descrive l'utilizzo di una metodologia d'urgenza in un caso clinico. Il caso presentato affronta l'intervento a carico di una bambina che in brevissimo tempo è stata allontanata dalla famiglia d'origine, successivamente affidata protempore e infine data in adozione. Gli attori coinvolti sono stati parte attiva nella costruzione di una favola che ha potuto rappresentare la "verità" di quanto accade e che ha aiutato le persone coinvolte a elaborare i propri vissuti e a pensarsi in un possibile progetto accomunante. La scelta metodologica sperimentale, nel rispetto dei bisogni e della tutela dei minori, ha dato risultati positivi anche a lungo termine motivo per cui la si può ripensare come intervento terapeutico progettuale.

PAROLE CHIAVE

Favola, caso clinico, tutela dei minori, adozione, emergenza.

1. PREMESSA

La fiaba è un racconto in cui si proiettano i desideri più profondi e le ansie più segrete. In ambito pedagogico si distingue la favola dalla fiaba, in quanto la favola ha prevalentemente una funzione moralistica, in cui le vicende narrate insegnano e segnano che chi trasgredisce le regole morali, sociali e religiose,

va incontro a punizioni; mentre la fiaba privilegia e mette in rilievo l'affermazione individuale, e quindi la divergenza e l'autodeterminazione, contro i lavori collettivi di obbedienza e di normalizzazione propri della favola.

Von Franz (1980) scrive le fiabe: "...sono l'espressione più pura e semplice dei processi psichici dell'inconscio collettivo".

Nel nostro contesto la favola come strumento, non si può racchiudere in una delle definizioni sopra citate, ma coglie vari aspetti di queste, viene rappresentata una storia, in cui vengono narrate, in modo magico e simbolico, vicende che prendono spunto da una situazione realmente accaduta.

Quindi la favola assume importanti funzioni, può essere: catartica, in quanto attraverso l'identificazione con il protagonista è possibile dare sfogo alle proprie passioni, rivivere il mondo interiore diverso, ingigantito, idealizzato ed espiatorio; di trasformazione della passività in attività, attraverso la fantasia, di cui la favola è nutrita che consente di padroneggiare e affrontare quelle situazioni dolorose e frustranti che non possono essere evitate; di trasformazione delle angosce in paure, (è meglio una paura motivata, che un'angoscia sconosciuta); è inoltre una metafora che consente di raccontare e raccontarsi ed è attraverso essa che nutriamo la fantasia di immagini che stimolano e rassicurano (Carloni, 1981).

2. IPOTESI DI LAVORO

Nel lavoro svolto si è utilizzato come strumento "neutro" la favola su cui trasportare i contenuti del vissuto, in questo caso, della figura affidataria, della famiglia adottiva e di una bambina, con l'intento di facilitare l'elaborazione delle rappresentazioni interne e l'accettazione del passaggio di tutte le parti in causa.

Ci si è avvalsi dell'uso della favola con lo scopo di aiutare una bambina a comprendere l'avvicinarsi di repentini cambiamenti di vita come: l'allontanamento dai genitori di origine e i conseguenti passaggi dalla famiglia affidataria alla famiglia adottiva. Come sostiene Bettelheim (1975), i bambini si fidano di quanto viene detto nelle favole, perché la visione del mondo delle favole concorda con la loro. La favola come modalità attraverso cui l'esperienza di separazione può essere pensabile e pensata, una possibilità di conoscere la propria verità storico-psicologica: fattori che facilitano nuovi staccamenti, "per la crescita del bambino e la formazione della sua identità" (Kuciukian, 1955).

La favola è servita come traccia per creare una storia e collocare al suo interno tutti i personaggi non solo facilitando alla bambina l'accettazione delle separazioni e delle perdite che si sono susseguite, ma anche come sostegno emotivo alla figura affidataria e, infine, per favorire l'elaborazione delle rappresentazioni genitoriali della famiglia adottiva. Quindi, non solo la favola come strumento di aiuto nella comprensione della realtà, ma anche come strumento di comunicazione, in quanto frutto di un'esperienza di vita, elaborata e personalizzata dalle persone coinvolte; un modo di costruirsi un percorso per parlare di eventi difficili, per comprenderli, per accettarli e interiorizzarli ed infine "metabolizzarli" per crescere. "La possibilità di avvicinare gli eventi pesanti della vita, di renderli pensabili, di trasformarli in ricordi attraverso l'elaborazione mentale, dà la possibilità di arricchirsi emotivamente, di viverli più forti e capaci e soprattutto, poi, di reinvestire nel presente, riaprendo prospettive di futuro. Il blocco invece esterno/interno che ribadisce l'impossibilità di rielaborare una separazione la costituisce di fatto come traumatica: la non pensabilità spinge all'azione

e costringe nella prigione della coazione a ripetere, che obbliga a ripetere comportamenti – modalità relazionali – stili di pensiero" (Kaneklin, 1995).

3. LA STORIA

Questa è la storia di una bambina, di quattro anni, allontanata dalla famiglia di origine, in conseguenza al decreto di adottabilità (emesso dal Tribunale per i Minorenni e confermato in sede di ricorso presso la Corte di Appello). La bambina era stata allontanata un anno e mezzo prima dai suoi genitori, per un provvedimento urgente emesso in seguito a una situazione di grave pregiudizio ai danni della minore, su segnalazioni sia del Servizio Sociale, sia dell'educatrice dell'asilo nido. Questo provvedimento disponeva l'affido al Servizio Sociale, al fine di favorire un collocamento eterofamiliare.

Considerando l'urgenza della situazione e la relazione significativa che la bambina aveva stabilito con un'educatrice dell'asilo nido, si è potuto realizzare un affido familiare temporaneo verso questa figura di riferimento.

Il passo successivo implicava il passaggio dalla famiglia affidataria alla famiglia adottiva. Pertanto, in un breve periodo di tempo, la bambina doveva apprestarsi ad un ulteriore cambiamento, reso ancora più difficile dal significativo rapporto affettivo che si era instaurato con l'affidataria.

La bambina non aveva alcun motivo di desiderare una nuova famiglia, in quanto l'affidataria l'aveva accolta, amata e tutelata. La difficoltà riguardava gli aspetti emotivi, era necessario far comprendere alla bambina un qualcosa di razionale e non emotivo, da realizzarsi, tra l'altro, in tempi brevi, dove in poco tempo la bambina doveva poter fare un percorso che aveva come obiettivo l'accettazione passiva di una nuova realtà, prospettata da altri per lei.

Per agevolare il passaggio della bambina nella famiglia adottiva, si era pensato ad un periodo di graduale conoscenza, durato circa due mesi supportato dai servizi socio-sanitari del territorio.

Gli operatori, individuarono nell'elaborazione di una favola lo strumento più adatto per agevolare la bambina alla comprensione, attraverso un percorso simbolico, di quanto stava accadendo.



La favola intesa come un aiuto alla bambina; facilita alla famiglia adottiva l'elaborazione delle rappresentazioni genitoriali; infine agevola la separazione della bambina, dalla famiglia affidataria.

La favola doveva permettere alla bambina di collegare gli eventi traumatici che in così poco tempo si erano susseguiti (allontanamento dalla famiglia d'origine, accoglimento presso l'educatrice, cessazione dei rapporti con i genitori biologici, ingresso nella famiglia adottiva) per dare unitarietà e un significato profondo alla storia.

L'allontanamento dai genitori può risultare traumatico e doloroso per un bambino, poiché minaccia la sicurezza del suo mondo, tale favola, si proponeva di facilitare l'elaborazione del lutto, la separazione e la perdita. Seguendo un'altra prospettiva si potrebbe dire che: "Bisogna accettare di perdere qualcosa per poter accedere a qualcosa d'altro" (Marcoli, 1993), o in altre parole, il dolore di una perdita accettata viene compensato dal piacere di una nuova conquista. La favola ha consentito alla bambina la proiezione dei propri vissuti, attraverso lo spostamento su una storia le cui tematiche affettive hanno potuto facilitare il racconto della propria storia, permettendo così il riconoscimento, e favorendone la comunicazione, e, la verbalizzazione su tematiche dolorose e difficili da affrontare senza la simbolizzazione. Secondo Bettelheim (1975) "Dato che la vita è spesso sconcertante per lui, il bambino ha un bisogno ancora maggiore di poter acquisire la possibilità di comprendere se stesso in questo complesso mondo con cui deve imparare a venire a patti. Per poter essere capace, deve essere aiutato a trarre un senso coerente dal tumulto dei suoi sentimenti. Egli ha bisogno di idee sul modo di dare ordine alla casa interiore, per poter creare su tale base l'ordine della sua vita... Il bambino trova questo tipo di significato nelle fiabe". L'autore continua dicendo che: "...un bambino deve comprendere quanto avviene nella sua individualità cosciente in modo di poter affrontare anche quanto accade nel suo inconscio. Egli può giungere a questa conoscenza, e con essa alla capacità di affrontare se stesso,... intessendo sogni ad occhi aperti: meditando, rielaborando e fantasticando intorno ad adeguati elementi narrativi in risposta a

pressioni inconscie. Così facendo, il bambino adegua un contenuto inconscio a fantasie conscie, che poi gli permettono di prendere in considerazione tale contenuto.[...] Le fiabe... offrono nuove dimensioni alle immaginazione del bambino, dimensioni che egli sarebbe nell'impossibilità di scoprire... Cosa ancor più importante, la forma e la struttura delle fiabe suggeriscono al bambino immagini per mezzo delle quali egli può strutturare i propri sogni ad occhi aperti e con essi dare una migliore direzione alla propria vita" (Bettelheim, 1975).

Coloro che rappresentano la memoria storica del vissuto della bambina potevano pertanto, attraverso la costruzione della favola, favorire il processo di crescita, quindi facilitare la separazione delle figure di riferimento, con l'elaborazione della perdita.

La favola inoltre spiegava il ruolo della famiglia adottiva nella storia della bambina come si trattasse di un evento naturale, poiché i genitori adottivi, comparando da subito nella favola, si sarebbero potuti sentire i persecutori della memoria storica e dei vissuti della bambina e non dei predatori calati dall'alto dentro la storia del bambino (cosa che invece spesso viene vissuta nel momento iniziale dell'adozione).

Questo importante riconoscimento di ruolo, da parte dei genitori adottivi, questo sentirsi parte attiva nella costruzione della storia, poteva facilitare l'attaccamento alla bambina e limitare il rischio di una genitorialità mai pienamente legittima.

Molte volte le coppie che non possono avere figli portano dentro di sé questo "peso", cioè non vivono la gestazione e il cambiamento delle rappresentazioni interne, che implica delle modificazioni emotivo-affettive e di ruolo. Le rappresentazioni genitoriali hanno un ruolo importante nel determinare la natura della relazione del bambino, quindi, come sostiene Stern (1995), esiste il bambino reale (tra le braccia della madre) ed il bambino immaginato (nella mente della madre). Il mondo delle rappresentazioni non corrisponde soltanto alle esperienze che i genitori hanno delle interazioni attuali con il bambino, ma anche le loro fantasie, paure, ricordi dell'infanzia, speranze e aspettative future per il bambino (Stern, 1995). Per la famiglia adottiva non c'è stato

il tempo fisico di prepararsi a questo importante cambiamento. "I bambini rappresentati... devono essere visti anche in una prospettiva storica, che giunga fino al presente e proceda al futuro (poiché l'elaborazione del *bambino rappresentato* continua per tutto il resto della vita della madre). Man mano che il feto cresce e si sviluppa nell'utero, il bambino rappresentato è soggetto parallelo di sviluppo della mente della madre". In questa prospettiva la favola consente alla famiglia adottiva di crearsi uno spazio nel mondo delle rappresentazioni genitoriali, in cui collocare la *bambina immaginata* e la *bambina reale*, e quindi elaborare l'immaginario e vivere il reale. Infine la favola poteva permettere più facilmente il distacco della bambina da parte di chi ne aveva avuto cura e l'esorcizzazione del dolore della perdita e del dolore che altrimenti poteva anche venire assunto dalla famiglia adottiva, con sensi di colpa da espiare successivamente.

Infatti, anche per l'affidataria, risultava difficile e doloroso accettare il proprio ruolo, che non era quello materno ma di accoglimento, di sostegno e accompagnamento per il passaggio alla famiglia adottiva. Sia l'affidataria che i genitori adottivi condivisero la scelta della favola quale strumento d'aiuto nel delicato momento di passaggio, ma di fatto, il compito di scrivere la favola venne assunto dagli operatori, poiché la famiglia affidataria era troppo coinvolta emotivamente, mentre la famiglia adottiva conosceva poco la situazione.

4. METODOLOGIA

La metodologia ha dovuto tener presente l'urgenza per la realizzazione dell'adozione e quindi la necessità di attuare in tempi brevi un percorso che invece avrebbe richiesto un intervento più articolato e lungo per la sua realizzazione. Quindi si è pensato alla favola come percorso di elaborazione e accettazione attraverso la metafora. Il lavoro è stato suddiviso in tre tempi, la prima parte è stata realizzata dagli operatori depositari della storia della bambina, la seconda parte è stata realizzata dagli operatori con la famiglia affidataria e infine la terza parte dagli operatori con la famiglia adottiva.

L'affidataria raccontò per prima la favola alla bam-

bina, esplicitando il fatto che si trattava di una storia speciale per lei. La bambina gradualmente si dimostrò più serena nella relazione sia con la famiglia adottiva, che con l'affidataria esplicitando anche verbalmente, dubbi e timori.

Successivamente la favola fu raccontata alla bambina dalla famiglia adottiva, arricchita di nuovi particolari relativi alla nuova situazione, poiché anche i genitori adottivi, dal canto loro, si erano riconosciuti. La favola è risultata un tramite per tracciare una storia, un percorso, prendendo spunto dalla realtà, dove ogni componente della storia reale della bambina ha dato un suo contributo, ampliandola, modificandola e personalizzandola.

Nei vari momenti di affido e introduzione all'adozione la favola è stata condivisa con la bambina. La costruzione della favola ha richiesto vari momenti di elaborazione congiunta tra la psicoterapeuta, la famiglia affidataria, la famiglia adottiva e la bambina. La favola attraverso la metafora ha permesso l'elaborazione e la ricongiunzione di parti dolorose inseguito pensabili e metabolizzabili.

5. CONCLUSIONE

Si è voluto pubblicare questa esperienza, non solo perché rimanga una testimonianza di quanto è stato così significativamente vissuto della bambina e da coloro che ne hanno avuto cura, ma anche perché possa offrire uno spunto di riflessione sul nostro lavoro di tutela di diritti dei minori. La favola rappresenta anche l'atto finale di una storia sofferta, al pari di tutti gli eventi traumatici come gli allontanamenti, dove i sentimenti degli operatori hanno giocato, fin dall'inizio, un ruolo prospettivo più forte dei legami istituzionali, dove l'obiettivo era quello di tutelare i diritti della bambina nel rispetto dei suoi bisogni.

Quindi la favola oltre ad essere uno strumento atto a facilitare il passaggio di delicati periodi di transizione, può risultare, come nella nostra esperienza un valido stimolo e supporto clinico.

A tale proposito è significativa l'esperienza di A. Marcoli, la quale, in ambito clinico, utilizza le favole (ispirate a storie reali dei bambini osservati) per aiutare i genitori, i figli da altri punti di vista: "...alcuni



nodi di sofferenza nel mondo interno del bambino possono far risuonare affetti, emozioni, sensazioni e sentimenti dell'antico bambino ferito che ognuno di noi adulti si può portare dentro" (Marcoli, 1993). Infatti lei stessa dice: "Scopo di queste favole è il tentativo di mostrare a chi non è abituato a una lettura psicologica dei fatti, che dietro ogni sintomo è possibile trovare una strada che porti al senso e al significato del sintomo stesso, sia per chi ne è il portatore, sia per chi gli sta vicino [...]. Ogni bambino che nasce ha una sua progettualità specifica che può essere potenzialmente diversa da quella dell'ambiente che lo riceve e lo circonda, a cui si deve tuttavia adattare perché altrimenti morrebbe, privo del suo calore e del suo sostegno. Il bambino si trova così spesso a dover fare del tutto inconsciamente una scelta fra le esigenze dell'ambiente e del proprio sé potenziale.

Ed in genere è quest'ultimo che si deve adattare perché l'ambiente è innanzitutto rappresentato dal calore e dall'amore dei genitori che il bambino non può tradire perché li ama e perché ha bisogno del loro grande amore per vivere. [...] Lo scopo di queste storie è anche quello di tentare di mostrare che un attento ascolto del sintomo da parte dell'ambiente che circonda il bambino può essere d'aiuto nella modificazione del suo mondo interno, funzionando da sostegno terapeutico là dove un intervento specifico sia o non necessario o non possibile e rinforzandolo là dove esso invece lo sia" (Marcoli, 1993).

RINGRAZIAMENTI

In conclusione a questo lavoro vogliamo ringraziare Alba Marcoli per la sua attenzione in ambito clinico al mondo dei piccoli e per quanto ci ha lasciato fonte di riflessione e ispirazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim, B., (1975) **"Il mondo incantato"**, Feltrinelli.
- Bettelheim, B., (1988) **"Un genitore quasi perfetto"**, Feltrinelli.
- Carloni, Glauco, (1981) **"Aspetti psicologici e psiconalitici dei racconti di fiabe"**. Quaderni di libri e riviste d'Italia, 15: 15-54.
- Kuciukiau, P., (1955) **"All'inizio era la favola"**, Ed. Guerini Ass.
- Kaneklin, (1995) **Adozione e affido a controllo**, Angeli
- Recamier, P., C., (1979). **"De Psychanalyse en Psychiatrie"**, Payot, Parigi.
- Marcoli, A., (1993) **"Il bambino nascosto"** Mondadori, Milano.
- Marcoli, A., (1996) **"Il bambino arrabbiato"** Mondadori, Milano.
- Marcoli, A., (1993) **"Il bambino lasciato solo"** Mondadori, Milano.
- Marcoli, A., (2003) **"Passaggi di vita"** Mondadori, Milano.
- Stern, (1995) **"Costellazione materna"**, Bollati Boringhieri.
- Von Franz, M. L. (1980). **"Le fiabe interpretate"** Bollati, Bosinghieri, 1980.





IL PROGETTO SPAZIO GIOVANI: VULNERABILITÀ E PREVENZIONE DEL DISAGIO NELL'ADOLESCENZA

Mirko Filippo Silipo
Psicologo Clinico-Forense

RIASSUNTO

In questo articolo viene illustrato il progetto "SPAZIO GIOVANI" che si appresta a sviluppare nell'ambito dell'Avviso Pubblico per la promozione ed il sostegno di azioni volte al rafforzamento della coesione sociale ed economica dei territori delle Regioni Obiettivo Convergenza, tese al potenziamento degli interventi diretti ai giovani e finalizzate all'inclusione sociale ed alla crescita personale - "Giovani per il Sociale" - Dipartimento della Gioventù - Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nella società moderna molti giovani faticano a sviluppare un progetto di vita, sono sempre di più oggetto e soggetti di un eccesso di consumo, e destinatari di una quantità di messaggi davvero preoccupante. Questo porta di frequente ad un enorme e a volte drammatico bisogno di ascolto, e di trovare figure significative a cui rivolgersi. Disattendere questo bisogno può condurre, nei casi più gravi, a disagi di tipo patologico (suicidio, tossicodipendenza, alcolismo, disturbi alimentari, bullismo e violenza tra minori); nei casi meno gravi impedisce comunque la piena consapevolezza delle proprie potenzialità in ambito familiare, scolastico e professionale, creando le premesse per la comparsa di situazioni di disagio. L'ambito di riferimento progettuale sono le attività di sostegno alla formazione educativa e didattica, finalizzate al rispetto dell'obbligo scolastico anche nell'ottica del rafforzamento dei legami generazionali, dell'inclusione sociale, delle capacità di apprendimento e delle pari opportunità. Nel progetto è previsto il coinvolgimento di Grandi Maestri tra cui:

Paolo Crepet, Umberto Galimberti, Vittorino Andrioli, Maria Rita Parsi, Don Mazzi, Raffaele Morelli ecc.

PAROLE CHIAVE

Progetto Spazio Giovani, comportamenti a rischio, alcohol, prevenzione, motivazione.

CHE COS'È IL PROGETTO SPAZIO GIOVANI?

Il progetto Spazio Giovani finanziato dal Dipartimento della Gioventù - Presidenza del Consiglio dei Ministri - "Giovani per il Sociale" (nome del soggetto proponente-capofila "Solidarietà & Futuro - ONLUS" Società Cooperativa Sociale - capofila costituenda ATS, associato 1: Società Cooperativa a.r.l. Non Solo Barocco - Quinto Ennio, associato 2: Società Cooperativa p.a. Officine Cantelmo) si pone come obiettivo quello di offrire ai ragazzi tra i 14 e i 19 anni opportunità di socializzazione tra pari e di sostegno alla formazione educativa e alla didattica, con interventi mirati al rispetto dell'obbligo scolastico, al miglioramento delle capacità di apprendimento e all'inclusione sociale con azioni finalizzate a rafforzare i legami generazionali e specificatamente familiari.

Diamo qui di seguito alcuni dati che, pur con diversi livelli di gravità, offrono un panorama delle difficoltà presenti oggi nel mondo giovanile: 800.000 giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni soffrono di depressione; in Italia il suicidio è la prima causa di morte tra i ragazzi dai 15 ai 25 anni (5 ogni 100mila tra i 10 e i 25 anni, pari all'8% delle morti in questo gruppo di età); il 32% dei giovani trascorre prevalentemente il proprio tempo



libero guardando la tv, il 28% ascoltando la radio, il 16% navigando in Internet, l'11% parlando o giocando con il cellulare; si stima che il 5% degli studenti delle scuole superiori abbandoni gli studi. Nell'ambito territoriale sociale di Lecce, il settore delle dipendenze si caratterizza dall'aumento dell'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali oltre all'insorgenza di nuove forme di dipendenza quali la "cyber dipendence". L'analisi dei dati forniti dalla Prefettura di Lecce evidenzia un incremento del consumo problematico di sostanze lecite (alcool, tabacco, nonché da altre dipendenze quali gioco d'azzardo, tecnologia digitale ed altro) che ormai interessano tutte le fasce d'età a partire dai ragazzi della scuola secondaria. Secondo l'XI° Rapporto Caritas-Zancan: oggi emergono nuove povertà giovanili, evidenti nelle quote sempre più alte di Neet (*Not in education, employment or training*), ossia più di 2 milioni di giovani che non studiano, non hanno un impiego e non cercano lavoro. In Puglia uno studente su quattro lascia la scuola superiore prima di aver compiuto 18 anni. Molto spesso si tratta di ragazzi con difficoltà di apprendimento che possono migliorare semplicemente cambiando metodo di insegnamento. I disturbi dell'apprendimento, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, non possono superare il 2,5 - 3% della popolazione. Invece a scuola fanno fatica 5 bambini su 25: e questo non è possibile! C'è bisogno di un'analisi più attenta e anche di una competenza più specifica nelle istituzioni scolastiche. Il progetto Spazio Giovani sposa perfettamente la filosofia dei Distretti Familiari ed è nella logica dell'alleanza locale per la famiglia, fatta proprio dal recente Piano Nazionale per la Famiglia, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni ad aprile e licenziato dal Consiglio dei Ministri il 7 giugno scorso, alla cui stesura tanto ha contribuito quell'associazionismo familiare che oggi è uno dei fondamentali protagonisti.

Beneficiari diretti

N° 500 ragazzi tra i 14 e i 19 anni, appartenenti alle scuole medie superiori di Lecce e provincia, saranno i diretti beneficiari dell'intervento, attraverso la partecipazione ai seminari formativi e n° 100 ai laboratori didattici.

N° 30 circa di ragazzi parteciperà alla efficace realizzazione dello «Spazio Giovani» on line.

Beneficiari indiretti

Si prevede un coinvolgimento attivo di 5 consulenti senior di oltre 35 anni e di 36 giovani fino ai 35 anni, per le attività di: monitoraggio, coordinamento, progettazione, amministrazione e rendicontazione, organizzazione, gestione e sviluppo dei seminari formativi, tutoraggio, assistenza, affiancamento docenti, pubblicizzazione e promozione, supporto tecnico, consulenza, marketing, ideazione, realizzazione e implementazione portale web, analisi, selezione e gestione contenuti (foto, video, articoli, interviste), ecc.

Inoltre beneficeranno del progetto anche le famiglie, gli insegnanti, gli operatori educativi e sociali del territorio, oltre a tutti i ragazzi che entreranno in contatto con i contenuti del progetto anche se non avranno modo di parteciparvi direttamente.

Si prevede una partecipazione a Spazio Giovani on line di circa 2000 ragazzi, appartenenti sempre alla fascia tra i 14 e i 19 anni, i quali usufruiranno dei servizi e delle informazioni presenti sul web.

Il progetto seguirà tre fasi di intervento

- 1 Animazione dei territori e attivazione rete che prevede la realizzazione di attività finalizzate all'attivazione delle reti locali, a sviluppare approcci, competenze e modelli di intervento condivisi e la definizione di processi di continuità dell'esperienza progettuale. Si pone l'obiettivo di promuovere la costituzione di una rete permanente nello specifico settore di intervento, che coinvolga le comunità, gli operatori della sicurezza e tutti gli altri soggetti chiave.
- 2 Attività formativa, consulenziale e laboratoriale e creazione dell'infrastrutturazione tecnologica in ambito ICT volta anche alle metodologie più recenti di comunicazione web (mobile). Allo scopo di raggiungere il maggior numero di beneficiari del progetto, coinvolgerli in ogni azione, renderli protagonisti e partecipi, ma soprattutto formarli e informarli sulle attività progettuali.

Durante tale attività saranno organizzati n°10 workshop destinati, alcuni ai beneficiari intermedi e altri ai beneficiari finali e agli operatori. Tra gli

obiettivi del workshop: aggregare competenze diverse armonizzandole verso obiettivi comuni e valorizzando la specificità di ogni soggetto coinvolto, sviluppare la messa a sistema degli approcci e delle metodologie attraverso strumenti innovativi ed infine la costruzione di percorsi di tipo orizzontale capaci di coinvolgere operatori di diversi sistemi in un processo di deframmentazione degli interventi, attraverso l'effettiva messa in rete dei servizi.

3 Diffusione e mainstreaming: in questo ambito viene perseguito l'obiettivo di sviluppare una adeguata conoscenza e consapevolezza attorno al ruolo e le prospettive del network, al suo consolidamento ed ampliamento al settore privato e pubblico, nonché alla definizione di processi per la continuità dell'esperienza progettuale.

Grazie alle capacità e competenze tecniche, al know how e all'esperienza maturata nell'ambito di riferimento progettuale, la costituenda ATS è certa della riuscita e del buon esito del progetto che si propone. Infatti, la compagine ha le seguenti capacità:

- Radicamento nel sociale (partenariati e protocolli d'intesa con ambiti territoriali per servizi sociali, sindacati, ecc.).
- Legami e collaborazioni con le Istituzioni scolastiche ed universitarie.
- Sportelli attivi per giovani (orientamento allo studio, tutoring, ascolto per giovani disagiati)
- Formazione alle famiglie (con la presenza di illustri formatori come, Paolo Crepet, Don Mazzi, Vittorio Andrioli, Maria Rita Parsi e tanti altri, oltre ad una Scuola per genitori istituita sul territorio dalla Cooperativa Quinto Ennio).
- Competenze in ambito informatico, della comunicazione e nelle applicazioni web mobile.

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL PROGETTO SPAZIO GIOVANI

Attività di sostegno alla formazione educativa e didattica, finalizzate al rispetto dell'obbligo scolastico anche nell'ottica del rafforzamento dei legami generazionali, dell'inclusione sociale, delle capacità di apprendimento e delle pari opportunità attraverso

il rafforzamento dei legami generazionali e familiari. L'obiettivo generale è quello di confrontarsi con gli adolescenti per individuare le cause sociali di rischio di disagio al fine di predisporre interventi di promozione del benessere, e di migliorare i legami generazionali e i rapporti dei giovani con le diverse istituzioni (famiglia, scuola, istituzioni pubbliche, mondo del lavoro ecc.).

- Fornire una migliore percezione nei confronti delle norme istituite e delle regole di comportamento, e di conseguenza le opportune strategie di risoluzione dei disagi.
- Il recupero e la valorizzazione di una vision diversa in materia di *drop out*.
- offrire consapevolezza emotiva circa la vicinanza/prossimità a sostanze tossiche e ai comportamenti ritenuti socialmente devianti.
- Trasmettere le competenze/abilità per gestire direttamente le situazioni stressanti/problematiche.
- Promuovere nell'adolescente la capacità di reagire ad eventi traumatici o a situazioni ansiogene.
- Intervenire sui processi di emarginazione precoce.
- Motivare allo studio e ridurre l'abbandono scolastico.
- Migliorare l'autostima e diffondere l'idea della parità di genere.
- Implementazione e utilizzo partecipato delle tecnologie innovative come strumenti di contatto e confronto.
- L'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione per il *Management* del progetto.
- Il "lavoro per obiettivi" e di *workflow management*.
- L'approccio alla programmazione.
- L'approccio valutativo multidimensionale e pluralistico.
- Pari opportunità tra gli uomini e le donne.
- L'approccio *bottom up*.

SOSTANZE LEGALI E GIOVANI. CONSUMO E RISCHIO.

Da tutti i recenti studi, emerge in modo forte il fatto che esistano fattori di vulnerabilità specifici che attivano percorsi di sperimentazione e di *auto-medicazione* nell'uso di sostanza (Ball, 2007, Patton, 2007 & Despina 2007) e nei comportamenti a rischio (Rowe, 2007 & McArdle, 2006) e persino per



quanto riguarda l'esposizione ai media (Kirsh, 2006). Si ritiene che possa esistere un coinvolgimento sistemico di parti complesse, cioè un correlato in cui *nature* e *nurture* sono coinvolti a determinare il grado di regolazione e, di conseguenza, l'esposizione a comportamenti a rischio nella preadolescenza. Al fine di evidenziare gli aspetti critici relativi al concetto di vulnerabilità, molta letteratura scientifica considera l'uso di sostanze come paradigmatico tra i comportamenti a rischio, un indicatore del disagio che investe la preadolescenza e l'adolescenza.

In particolare, l'uso di alcool, pur con i suoi aspetti sociali e iniziatici, è un indicatore interessante per quanto riguarda le abitudini dei giovanissimi rispetto ai comportamenti a rischio. Occorre evidenziare che le sostanze alcoliche hanno una ridotta reificazione sociale rispetto alle droghe illegali, in virtù della loro fruibilità, legalità e del ridotto costo economico. In Italia il modello di consumo di alcool è per tradizione culturale «moderato». La diffusione del consumo di alcool mostra un trend sostanzialmente stabile

negli ultimi 15 anni con incrementi significativi tra i giovani, in particolare tra le donne. Dalla comparazione tra il 1998 (anno a partire dal quale sono stati utilizzati quesiti confrontabili con l'indagine attuale) e i giorni nostri emerge che la quota di consumatori di alcool tra le persone di almeno 14 anni è stabile, intorno al 70%. Tra le giovani donne di 18-19 anni si osserva invece un incremento dal 53,3% al 56,6%. Analizzando il consumo dei diversi tipi di bevande alcoliche, emerge che la percentuale di giovani di 14 anni e più che bevono vino, dopo alcune oscillazioni si stabilizza al 57,6% (coloro che lo consumano giornalmente sono circa il 30%). I bevitori di birra sono invece il 47% (quelli che bevono tutti i giorni sono circa il 5%). Un netto incremento si registra invece per il consumo di altri tipi di alcolici (aperitivi, amari, liquori, cocktail) pari a circa quasi 4 punti percentuali (dal 39,5% al 43,1%).

Chi eccede nel consumo di alcool spesso associa anche altri comportamenti a rischio, uno di questi è l'abitudine al fumo. Il consumo giornaliero di alcool



risulta fortemente associato con l'abitudine al fumo: tra i maschi fumatori il 54,5% consuma quotidianamente bevande alcoliche e la quota raggiunge il 59% tra i forti fumatori, contro il 42,8% dei non fumatori. Inoltre, tra i maschi fumatori il 15,9% consuma quotidianamente alcool in misura non moderata, tra i forti fumatori tale quota raggiunge il 21,6%. Per le fumatrici si confermano tendenze analoghe, sebbene con quote più contenute. Da questi dati emerge come l'alcool e la sigaretta costituiscono le sostanze psicotrope prevalenti nella popolazione giovanile, laddove il bere e il fumare diventano un meccanismo di relazione, di aggregazione e di riconoscimento tra i pari, in quanto assurgono simbolicamente a strumento di trasmissione iniziatica. Il modello dell'uso-abuso alcolico corrisponde ad una potente esemplificazione di come le aree della vulnerabilità-automedicazione si muovono verso l'instaurarsi di comportamenti a rischio. Sappiamo, che rispetto a tutti coloro che accedono alle sostanze psicotrope legali o illegali solo una certa percentuale sviluppa un *addictive behaviour*, cioè coloro che da semplici consumatori diverranno dipendenti. Non si deve nemmeno dimenticare che nonostante non si arrivi a vere forme di dipendenza, molti giovani subiscono comunque gli effetti negativi dei loro comportamenti a rischio; infatti le fratture e le crisi sul piano affettivo-relazionale, gli abbandoni scolastici o universitari, la perdita di occasioni di lavoro o di formazione possono avere un alto costo personale e sociale. Talvolta, come reazione rispetto a comportamenti che essi stessi giudicano rischiosi, in molti ragazzi vi è la tendenza all'isolamento protettivo ed anche all'esclusione dal mondo delle relazioni e dei contatti sociali. Quest'area della popolazione giovanile rischierà di presentare nella vita adulta una compromissione significativa in ambito lavorativo, affettivo e relazionale.

CONTESTO E MOTIVAZIONE

I rapidissimi cambiamenti economici, sociali e culturali, hanno prodotto profonde modificazioni negli stili di vita giovanili, con pesanti ricadute sui sistemi valoriali, incidendo sull'organizzazione familiare, nei rapporti tra genitori e figli e all'interno del sistema sociale, e nei casi più gravi, conduce a disagi di tipo

patologico (suicidio, tossicodipendenza, alcolismo, disturbi alimentari, bullismo, violenza tra minori). Nell'ambito territoriale sociale di Lecce, il settore delle dipendenze si caratterizza ad oggi dall'aumento dell'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali oltre che dall'insorgenza di nuove forme di dipendenza come la *"cyber dipendenza"*. L'analisi dei dati forniti dalla prefettura di Lecce evidenzia un incremento del consumo problematico di sostanze illecite e lecite (alcool, tabacco, nonché da altre dipendenze quali gioco d'azzardo, tecnologia digitale ed altro) che ormai interessano tutte le fasce d'età a partire dai ragazzi della scuola secondaria. Si riscontra un notevole abbassamento della soglia d'ingresso: per l'eroina è scesa a 14 anni, per la cocaina a 12 anni, per la cannabis ad 11 e per l'alcool a 10. Si evince tra l'altro una differenziazione di genere con l'incremento della presenza femminile tra gli utenti del SerD. in tutte le fasce d'età. L'abuso e la dipendenza da sostanza sono un problema di salute pubblica, di sviluppo e di sicurezza perché spesso sono associate a problemi di salute, povertà, violenza, comportamenti illegali ed esclusione sociale. In Puglia uno studente su quattro lascia la scuola superiore prima di aver compiuto 18 anni; i 18-24enni pugliesi usciti precocemente dai percorsi formativi nel 2015-2016 sono il 26,4% (contro il dato italiano del 18,8%), un dato che pone la regione in una posizione molto distante dalla soglia del 10% fissata da Lisbona 2020. A livello provinciale le più alte percentuali di abbandono scolastico al primo anno si registrano a Brindisi (12,9%), Taranto (12,6%), Lecce (9,5%) e Bari (8,8%).

L'approccio del nostro progetto sposa perfettamente la filosofia dei Distretti Familiari.

LINEE D'INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO.

Per anni si è parlato di prevenzione alla tossicodipendenza credendo che informare fosse prevenire, mentre tutte le ricerche hanno evidenziato che il giovane, nel tentativo di sanare specifiche forme di vulnerabilità, è capace di trovare le proprie forme di *automedicazione*. Una volta instaurato diventa molto complesso bloccare tale meccanismo, in quan-



to caratterizzato anche da una forte componente biologica del *Brain Reward System* e dei meccanismi legati al *craving*.

Attualmente gli Psicologi contano su programmi preventivi basati su consistenti prove di efficacia, strutturati sui contributi dei diversi ambiti disciplinari: *empowerment* e sostegno sociale (Psicologia di Comunità), *self-efficacy*, *self-regulation* e *life-skills* (Psicologia della Salute), fattori di rischio e fattori di protezione (Psicopatologia Evolutiva) (Ammanniti, M. 2006. Cassibba, R. 2005. Greenberg, M. T. 1996. Rutter, 2000. Werner, E.E. 2000. & Zani, B. 2007). Esiste un'ampia letteratura scientifica sugli interventi preventivi efficaci (Becciu, M. 2008) che vedono come destinatari famiglie, insegnanti di scuole medie superiori, la comunità stessa intesa come *setting* naturale per la promozione della salute psicologica del giovane adolescente. I programmi finalizzati alla promozione di alcuni fattori protettivi di natura personale e ambientale, ritenuti incompatibili con la comparsa di psicopatologia, utilizzano attività di educazione affettiva, miglioramento della qualità della vita, *empowerment*, per favorire lo sviluppo di: abilità sociali, autocontrollo, competenza emozionale, problem solving, clima scolastico cooperativo e supportivo.

Altri programmi mirano a ridurre la vulnerabilità colmando le carenze sociali, cognitive e di regolazione delle emozioni. Inoltre, mirano a sviluppare le competenze genitoriali in particolare la qualità dell'attaccamento, la sensibilità genitoriale, la capacità di promuovere l'autonomia dei figli e la promozione di abilità pro-sociali. Tali programmi contemplano un coinvolgimento più diretto delle famiglie con visite domiciliari, forme di consulenza modulate sui problemi e le esigenze delle singole famiglie, video-feedback e ristrutturazioni delle rappresentazioni genitoriali.

Si ritiene fondamentale all'interno del contesto di crescita del preadolescente e dell'adolescente una macroarea specialistica per l'età evolutiva e l'adolescenza per lavorare trasversalmente con tutti i professionisti della salute. Questo modello globale, inteso come fenomeno evolutivo multi complesso, appare fondamentale nella valutazione

dei fattori di rischio e delle aree di prevalenza su cui occorre investire in termini di salute e benessere. Avere competenze nell'ambito del ciclo di vita permette di fare una valutazione rispetto a tutte quelle aree critiche nell'ambito dell'età evolutiva in cui sia evidente:

- Una carenza nello sviluppo legata a difetti dell'accudimento.
- Una disfunzionalità del Sé con deficit della mentalizzazione.
- Sintomi di distress.
- Esperienze sfavorevoli infantili, traumi.

La conoscenza delle aree critiche ci permette di strutturare una serie di protocolli di intervento e di prevenzione su quelle che possono essere le esperienze sfavorevoli e sulle quali occorre attuare un intervento tempestivo.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M. (2006). **Quale prevenzione**, Psicologia Clinica dello Sviluppo (pp. 313-355).
- Becciu, M. (Maggio 2008). **Fattori critici di successo dei programmi di prevenzione in Psycho-med**, anno III n.1
- Bonino, S., Cattellino, E., & Ciairano, S. (2003). **Adolescenti e rischio**, Firenze: Giunti.
- Bonino, S., & Cattellino, E., (2008). **La prevenzione in adolescenza**, Trento: Erikson.
- Gargiulo, L., Bologna, E., & Adamo, D. (2005). **L'uso e l'abuso di alcool in Italia**. Roma: Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Struttura e Dinamica Sociale.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2000). **Preventing Mental Disorders in School-age children: A Review of the Effectiveness of Prevention programs**, The Pennsylvania State University.
- Santaniello, M., & Vieno, A. (2006). **La sfida della prevenzione nel nuovo millennio: tradurre la conoscenza in azione**. Psicologia Clinica dello Sviluppo, (2), (pp. 321-324).
- Zani, B. (2007). **La salute come bene comune relazionale: significati e strumenti per una psicologia della salute di comunità**. Psicologia di Comunità, (2), (pp. 13-28).



ALLA PREVENZIONE NOI DICIAMO DI SÌ!!!

REPORT DI UNA ATTIVITÀ DEL MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO SVOLTA IN UNA SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO A TARANTO

Selenia De Pasquale
Psicologo Clinico e della Salute,
Psicoterapeuta Cognitivo-
Comportamentale in formazione

Romana Maria Lippolis
Psicologo in Neuroscienze Cognitive,
Psicoterapeuta Cognitivo-
Comportamentale in formazione

Marisa Yildirim
Psicologo, Psicoterapeuta, Tesoriere
Ordine degli Psicologi, Regione Puglia

RIASSUNTO

Il presente lavoro è stato realizzato nella scuola, considerata, dopo la famiglia, la principale sede di formazione e di socializzazione dell'individuo, quindi, uno degli ambiti in cui far leva per la promozione e prevenzione del benessere psico-fisico ed emotivo dei ragazzi. La scuola, quale luogo in cui i ragazzi trascorrono gran parte della loro vita, è lo spazio in cui essi sperimentano l'incontro con l'altro, imparano a convivere ed instaurare relazioni ed iniziano a costruire una nuova immagine di sé, attraverso i riscontri derivati dalla vita scolastica sul piano relazionale, comportamentale e degli apprendimenti. La Scuola Italiana si trova oggi ad affrontare una situazione di emergenza che scaturisce dall'aumento, nella popolazione scolastica, di bambini e adolescenti con Disturbo dell'Apprendimento Specifico (DSA) e con Disturbo dell'Attenzione e Iperattività (ADHD), che spesso in un alunno si trovano in comorbidità, anche se distinti l'uno dall'altro senza avere una base comune.

PAROLE CHIAVE

Screening, Disturbi Specifici dell'Apprendimento, disagio emotivo e comportamentale.

PREMESSA

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, dal 2011 organizza il Mese del Benessere Psicologico per diffondere la cultura del benessere psicologico, grazie alla disponibilità gratuita di psicologi nelle attività di consultazione clinica.

Seguendo l'orientamento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: *"La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia"*, gli autori hanno voluto proporre in una scuola secondaria di secondo grado di Taranto, l'ITIS (Istituto Tecnico Industriale Statale) "Pacinotti", il progetto "Alla Prevenzione noi diciamo di SÌ!"

Il progetto prevedeva in primo luogo un incontro informativo e divulgativo rivolto ai genitori per poter raccogliere il consenso dei minori a sottoporsi allo Screening delle Abilità Scolastiche (scrittura e lettura) e dell'Attenzione ed Iperattività, con somministrazione di test in forma individuale e collettiva agli alunni. Inoltre era prevista l'attivazione di uno sportello di ascolto e sostegno psicologico rivolto alle classi prime e seconde con la presenza della psicologa nell'Istituto tre giorni a settimana, Martedì, Giovedì e Venerdì mattina dalle ore 8:30 alle ore 13:30.

METODOLOGIA

I DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento), meglio conosciuti con il termine di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia sono, disturbi che interessano uno specifico dominio (lettura, scrittura e calcolo) lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale e se, non identificato, cronicizzandosi nel tempo può produrre conseguenze importanti sia a livello individuale (insofferenza, reattività, insicurezza, difficoltà nelle capacità di attenzione e concentrazione, perdita dell'autostima etc.) che a livello sociale (pro-



blematiche nelle relazioni con i pari con tendenza ad alternare un coinvolgimento impulsivo a momenti di smarrimento ed estraniamento, etc.). I test standardizzati utilizzati in questa indagine sono i seguenti:

- Prove MT di Lettura e comprensione del testo (C. Cornoldi e G. Colpo, Giunti Organizzazioni Speciali 2006);
- DDE-2 (Batteria per la valutazione della Dislessia e Disortografia Evolutiva, Giunti Organizzazioni Speciali 2007);
- CBCL (Children Behavior Check List, ASEBA 2000).

La prova MT di lettura ad alta voce è particolarmente utile per riconoscere il livello di automatismo di lettura. Cattivi valori di correttezza e rapidità sono indici di un cattivo apprendimento della lettura e della carenza dei complessi e importanti meccanismi cognitivi sottostanti. Per l'esame di decodifica, si tiene conto degli indici di correttezza e rapidità di lettura e della loro correlazione. Infatti, chi è più spedito e fluente in lettura compie anche meno errori. In effetti, la misura della rapidità va conseguita dopo aver detto al ragazzo di leggere il meglio possibile (e non il più rapidamente possibile), ed è un indice di quanto il meccanismo di decodifica sia automatizzato.

L'esame della lettura viene eseguito attraverso la lettura di un brano standardizzato. Vengono quindi valutati:

- numero e tipo di errori commessi;
- velocità di lettura;
- comprensione del testo.

Il riferimento a tali elementi permette di stabilire un livello di lettura, espresso con un punteggio (lessimetria).

Della DDE-2 si sono selezionate le prove di scrittura, per valutare una eventuale disortografia in base al:

- numero e tipo di errori commessi;
- velocità di scrittura.

Una volta constatato un livello di sviluppo deficitario, la diagnosi si rivolge alla valutazione globale del soggetto, alla ricerca di fattori che possano rappresentarne la causa o giustificarne l'esistenza. Vanno considerati in particolare:

- Inadeguata frequenza scolastica
- Carenze socio-culturali, maltrattamenti
- Deficit sensoriali

- Disabilità Intellettiva
- Disturbi da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)
- Disturbi della condotta
- Disturbi pervasivi dello sviluppo

I bambini con Disturbo dell'Apprendimento sviluppano spesso una cattiva immagine di sé, perdono la fiducia nelle loro possibilità di miglioramento, finiscono per credere che non ci siano soluzioni al loro problema. Per valutare gli aspetti emotivi e comportamentali si è selezionata la Child Behavior Checklist (CBCL/6-18 -- Achenbach & Rescorla, 2001) che è un questionario, compilato dai genitori, che valuta le competenze sociali e i problemi emotivo-comportamentali di bambini ed adolescenti di età compresa tra i 6 e i 18 anni. Esistono versioni parallele dello strumento: il Teacher Report Form (TRF) compilato dagli insegnanti e il Youth Self Report (YSR) compilato, a partire dagli undici anni, dai ragazzi stessi. Questa è stata la forma utilizzata per il nostro progetto.

La recente versione del questionario prevede la possibilità di valutare i problemi comportamentali attraverso scale *'empiricamente derivate'*, capaci di fornire indicazioni su diversi quadri sindromici (come, ad esempio, i problemi di attenzione, l'ansia, la depressione, l'aggressività etc.) e scale *'DSM-oriented'*, in grado di orientare il clinico e il ricercatore sulla diagnosi da formulare in base ai criteri del DSM-IV per alcuni disturbi, tra cui l'ADHD.

Nel corso della presentazione ai genitori è stato evidenziato come la CBCL sia uno strumento di screening veloce e affidabile in grado di fornire non solo un valido aiuto per l'identificazione di soggetti con ADHD, ma anche preziose informazioni in merito al decorso del disturbo.

RISULTATI

Dopo aver effettuato la presentazione del progetto ai genitori in data 13 Ottobre 2015, sono stati distribuiti e ritirati, nelle classi prime, i consensi informati per poter proseguire con le attività. La maggior parte degli alunni ha mostrato interesse ed ha partecipato in modo attivo e con entusiasmo a tutte le fasi del progetto. Quello che più ha soddisfatto è stato l'aver suscitato in loro la curiosità

e la voglia di comunicare con la psicologa durante la fase di screening individuale (riguardo ad alcune difficoltà personali e/o familiari) e collettivo (riguardo a difficoltà relative al gruppo classe), tanto che alcuni alunni provenienti da entrambi le classi (prime e seconde) hanno voluto usufruire di loro spontanea volontà, previo consenso da parte dei genitori, più di una consulenza ad alunno, oltre che i colloqui effettuati con i genitori degli stessi.

Si sono dedicate al progetto un numero maggiore di ore rispetto a quelle preventivate, per poter approntare i materiali di lavoro, le correzioni dei questionari (dato il numero di consensi pervenuti), le programmazioni degli incontri con gli alunni in base alle loro presenze e/o assenze e con i loro genitori.

Le ore dedicate a questo progetto sono state 90, effettuate dal 13 ottobre 2015 al 23 dicembre 2015.

TABELLA N.1 - Distribuzione delle attività nelle 90 ore del progetto

	Numero	Classi
Consensi pervenuti per lo screening	38	I
Alunni che hanno usufruito dello sportello	11	I e II
Colloqui Genitori	6	I e II
Segnalazioni dal corpo docenti	9	I e II

TABELLA N.2 - Distribuzione delle prestazioni nelle Prove di Lettura MT

	Correttezza	Rapidità	Comprensione
Richiesta di Intervento Immediato	3%	0%	33%
Richiesta di attenzione	0%	6%	27%
Prestazione Sufficiente	9%	33%	33%
Criterio Raggiunto	87%	60%	6%

Nella Tabella n.2 il 33% del nostro campione ottiene una prestazione inferiore al 5° centile, il 27% si posiziona tra il 5° ed il 10° centile.

TABELLA N.3 - Distribuzione delle prestazioni nelle Prove di scrittura DDE2 (G. Sartori, R.Job, Patrizio E. Tressoldi, 2007)

	Media	15°	5°	<5°
Dettato di parole	71%	21%	0%	6%
Dettato di non parole	56%	31%	6%	6%
Dettato di frasi	40%	34%	12%	12%

Nella tabella n. 3, che illustra i dati relativi alla Disortografia il 12% del nostro campione lo è, senza avere mai avuto una diagnosi precedente.

IDSA nella scuola secondaria di secondo grado, secondo i dati del MIUR, si attestano attorno al 1,3% degli alunni, nel nostro campione pare che la tendenza ad avere un DSA sia più alto. In realtà, per verificare tale tendenza, i ragazzi dovrebbero effettuare test specifici presso strutture che rilascino la certificazione richiesta dalle scuole.

TABELLA N.4 - Frequenza delle problematiche comportamentali registrate con il "Questionario sul comportamento del giovane -Youth Self Report for Ages 11-18" (Thomas M. Achenbach -2001)

	Norma	Bordeline	Clinicamente significativo
Problemi affettivi	82%	11%	5%
Problemi relativi all'ansia	82%	14%	2%
Problemi somatici	91%	8%	0%
Problemi relativi attenzione e iperattività	91%	8%	0%
Problemi oppositivi	85%	14%	0%
Problemi di condotta	97%	2%	0%



Nella valutazione dei disturbi emotivi e comportamentali il 5% del nostro campione dichiara di avere problemi affettivi ed il 2% problemi di ansia.

Questo dato è confermato dalle motivazioni con le quali i ragazzi si sono presentati allo sportello di ascolto, tra cui elenchiamo le più significative:

Difficoltà relazionali con i genitori:

- Assenza o scarsità di dialogo e fiducia, da entrambe le figure genitoriali;
- separazioni drammatiche, con triangolazioni dei figli da parte dei genitori o situazioni di continua tensione, non affrontata in alcun modo o con superficialità o leggerezza;
- genitori apprensivi per i risultati scolastici che generano l'effetto contrario all'impegno desiderato;
- litigi causati da motivi scolastici (voti bassi, scarso impegno, troppo tempo passato su Internet), riguardanti orari e frequenza delle uscite pomeridiane o serali, fidanzati o amici frequentati;
- percezione di essere trattati ancora da bambini;
- sensi di colpa per non essersi presentati a scuola, per uno o più giorni, all'insaputa dei genitori;
- lutto per genitori;
- genitori svalutanti ed esigenti rispetto al rendimento, mancanti però di dialogo, comprensione e affettività;
- sensi di colpa per i segreti tenuti nascosti ai genitori, soprattutto riguardo al fumare e alla frequentazione di ragazzi;
- gelosia e invidia rispetto a fratelli e sorelle, soprattutto in relazione al differente trattamento riservato loro dai genitori;

Difficoltà relazionali con i compagni e/o col gruppo allargato dei pari:

- scarsa accettazione da parte del gruppo, in classe o nell'ambito extra-scolastico;
- insicurezza, difficoltà a fare amicizia;
- sfiducia e cinismo nei confronti del prossimo;
- rabbia e rappresaglie contro i compagni;
- litigi con gli amici/i compagni di classe;
- vissuti di esclusione e diversità in generalmente perché non ritenuti corrispondenti agli standard condivisi dal gruppo;

- inibizione relazionale;
- irascibilità e agiti aggressivi, impulsività incontrollabile;
- rotture di amicizie a causa di relazioni sentimentali totalizzanti, difficoltà nel far coesistere e dedicare il giusto tempo ai vari ambiti affettivi.

Difficoltà relazionali con gli insegnanti:

- delusione per l'atteggiamento di alcuni docenti in classe (comportamenti vari come battute ironiche, alle differenze di trattamento percepite);
- professori accusati di non sapere motivare e appassionare allo studio e/o di non saper "tenere" la classe;
- impressione di favoritismi e ingiustizie;
- difficoltà a rispettare le regole;
- imbarazzo nei confronti dei compagni se ci si percepisce come "prediletti" o "bersagli" di un insegnante

Difficoltà di studio e/o di apprendimento:

- difficoltà scolastiche generiche, riferibili o no a disturbi specifici dell'apprendimento;
- scarsa motivazione ad applicarsi allo studio, per immaturità o per svogliatezza adolescenziale o stagionale;
- tendenza alla rinuncia, all'auto-commiserazione, all'attribuire ad altri (insegnanti, genitori, compagni, fidanzati,...) le responsabilità del proprio insuccesso;
- mancanza di strategie di apprendimento/metodo di studio inadeguato;
- fobia scolare, generalizzata o attribuita a una particolare materia o insegnante;
- frustrazione per i voti bassi in confronto all'impegno profuso

Varie:

- curiosità sul lavoro di psicologa;
- lutti per familiari o amici;
- situazioni di vita e/o responsabilità sproporzionate all'età e agli strumenti a disposizione;
- desiderio di allontanarsi da casa per fuggire da situazioni familiari problematiche.



Il numero delle richieste di consultazione da parte dei ragazzi, è notevolmente maggiore rispetto alla percentuale del campione che ha la consapevolezza di avere delle difficoltà emotive. Ma altro dato significativo è quello del numero degli incontri con i genitori che si sono svolti a scuola durante l'orario dello sportello. I genitori potevano accedere allo sportello su loro spontanea richiesta prendendo contatto la psicologa lasciando il recapito telefonico o venendo ricontattati; su invito dei coordinatori o della psicologa stessa, in seguito all'emergere durante i colloqui con i figli di problematiche meritevoli di particolare attenzione. Si è così potuto svolgere in pieno la funzione di "filtro" dello sportello, che fornisce innanzitutto una consulenza all'allievo, ma che nei casi degni di attenzione particolare fornisce alle famiglie un'indicazione rispetto alle strutture territoriali più idonee ad occuparsi del disagio riscontrato.

DISCUSSIONE

Il servizio dello sportello d'ascolto psicologico si è dimostrato uno strumento efficace nella prevenzione del disagio psicopatologico ed è stato molto richiesto dagli alunni. Non ci si aspettava che ci fosse un tale afflusso allo sportello, fino alle ultime date di dicembre, e pertanto per poter dare a tutti l'opportunità di effettuare almeno un colloquio di accoglienza, è stato necessario ridurre il tempo di durata degli incontri, dai 30 minuti preventivati all'inizio del progetto ai

20 minuti a partire dal mese di novembre.

Le modalità di accesso più frequenti, oltre la richiesta spontanea dell'allievo, sono state:

- la segnalazione degli insegnanti;
- la presentazione del progetto alle classi prime;
- il passaparola fra i ragazzi;
- l'effetto "ritorno", ossia di molti allievi che avevano già usufruito dello sportello sono tornati per un ulteriore ascolto;
- la richiesta da parte dei genitori, di un colloquio per il figlio per sondare alcune sue difficoltà.

La funzione dello sportello è stata di accoglienza dei bisogni e di monitoraggio, ed ha permesso di prevenire, in quel determinato tempo e spazio, situazioni a rischio psicopatologico e sociale. Questa esperienza non dovrebbe essere legata ad una iniziativa sporadica ed occasionale ma essere permanente e strutturata.

BIBLIOGRAFIA

- Circolare MIUR sui BES (Bisogni Educativi Speciali) dicembre 2012;
- Bacchini D, Valerio P. **Giovani a rischio: interventi impossibili in realtà impossibili.** Franco Angeli, Milano 2001;
- Legge 170/2010 sui DSA;
- Linee guida sui DSA MIUR 2011;
- Linee guida SINPIA (Società Italiana Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) sui DSA.



LO PSICOLOGO NEL SERVIZIO CONGIUNTO CENTRO DI ASCOLTO PER LE FAMIGLIE (CAF) E CENTRO APERTO POLIVALENTE PER I MINORI (CAP) DEL SAN PAOLO - STANIC - VILLAGGIO DEL LAVORATORE

Marzano Valentina
Psicologa e Psicoterapeuta, Coordinatrice
Servizio Congiunto CAF/CAP San
Paolo - Stanic - Villaggio del lavoratore,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

Calamo-Specchia Antonio
Psicologo e Psicoterapeuta, Consulente
presso Servizio Congiunto CAF/CAP San
Paolo - Stanic - Villaggio del lavoratore,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

Spizzico Rosanna
Psicologa e Psicoterapeuta, Consulente
presso Servizio Congiunto CAF/CAP San
Paolo - Stanic - Villaggio del lavoratore,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

Viapiano Rita
Psicologa e Psicoterapeuta, Consulente
presso Servizio Congiunto CAF/CAP San
Paolo - Stanic - Villaggio del lavoratore,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

RIASSUNTO

Il Servizio Congiunto Centro di Ascolto per le Famiglie (CAF) e Centro Aperto Polivalente per i Minori (CAP) del San Paolo - Stanic - Villaggio del Lavoratore è gestito dalla Fondazione Giovanni Paolo II Onlus in convenzione con il Comune di Bari - Assessorato al Welfare ed è costituito da un'équipe integrata di professionalità. Nell'ambito delle varie attività del Servizio, lo psicologo espleta il suo intervento in ambito di prevenzione, abilitazione-riabilitazione e di sostegno, rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali ed alle comunità. L'articolo mostra un'analisi dei dati relativi all'utenza che ha usufruito delle prestazioni psicologiche offerte dal Servizio nel periodo compreso tra il 1 Gennaio 2016 e il 30 Settembre 2017, fornendo un'analisi del lavoro condotto alla luce della recente riorganizzazione dei Servizi del Comune di Bari, passati da CAF/CAP a "Centri Servizi per le Famiglie".

PAROLE CHIAVE

CAF, CAP, Privato Sociale, Consulenza Psicologica

IL CENTRO APERTO POLIVALENTE PER MINORI (CAP)

Secondo quanto previsto dall'articolo 104 del Regolamento Regionale del 18 gennaio 2007, n. 4 e dalla

Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19 – "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia", il Centro Aperto Polivalente per i Minori (CAP) è una struttura aperta alla partecipazione, anche non continuativa, di minori e di giovani del territorio. Esso opera in raccordo con i Servizi Sociali d'Ambito e con le istituzioni scolastiche, attraverso la progettazione e realizzazione di interventi di socializzazione ed educativo-ricreativi, miranti a promuovere il benessere della comunità e contrastare fenomeni di marginalità e disagio minorile. Nel Centro possono essere accolti contemporaneamente non più di 50 giovani, in età compresa dai 6 ai 24 anni, con priorità per i minori fino a 18 anni residenti nel quartiere, Comune e Ambito. La struttura si colloca nella rete dei Servizi Sociali territoriali, caratterizzandosi per l'offerta di una pluralità di attività ed interventi che prevedono lo svolgimento di funzioni quali l'ascolto, il sostegno alla crescita, l'accompagnamento, l'orientamento. Il Centro Aperto Polivalente per Minori realizza attività ludico-ricreative e di animazione extrascolastiche, rivolte a promuovere le relazioni tra ragazzi, valorizzare le loro propensioni ed i loro gli interessi. Il CAP può organizzare, a titolo esemplificativo, attività quali: attività sportive, attività ricreative, attività

culturali, momenti di informazione, laboratori ludico-espressivi e artistici, vacanze invernali ed estive.

IL CENTRO DI ASCOLTO PER LE FAMIGLIE (CAF)

Secondo quanto previsto dall'articolo 93 del Regolamento Regionale del 18 gennaio 2007, n. 4 e dalla Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19, il Centro di Ascolto per le Famiglie (CAF) comprende i servizi di sostegno alla famiglia ed alla genitorialità che, in una logica di rete e di potenziamento dei Servizi esistenti (sistema dell'istruzione e della formazione, Servizi Sanitari, Servizi socio-assistenziali), intervengono in maniera specifica per promuovere il benessere dell'intero nucleo familiare, sostenendo la coppia, il gruppo familiare e ogni singolo componente nella specifica fase del ciclo vita, facilitando la formazione dell'identità genitoriale e sostenendo la relazione genitori-figli.

Sono prestazioni del Servizio CAF: i percorsi d'orientamento e d'informazione per genitori con figli minori; le consulenze (socio-psico-pedagogiche) a genitori, coppie, minori e adolescenti; il potenziamento e la valorizzazione dei servizi offerti dai Consultori Familiari e dei Centri per la Famiglia (ex l. n. 285/1997); l'organizzazione e la promozione di sportelli per il sostegno alla relazione genitori-figli; il sostegno e l'assistenza agli insegnanti nella programmazione delle attività scolastiche extra-curricolari; l'assistenza psico-sociale e l'ascolto rivolto alle giovani coppie e a neo-genitori, in ambiti d'intervento diversi da quelli sanitari; i corsi di preparazione alla nascita e alla fase post-parto; i programmi di informazione e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e delle patologie genetiche; le attività di prevenzione e le azioni di informazione e sensibilizzazione su specifici temi in ambito scolastico.

Il Servizio deve essere prestato da un'équipe integrata di professionalità che, secondo le rispettive competenze, deve comprendere: coordinatore, educatori, psicologi, psicoterapeuti, mediatori familiari, legali, assistenti sociali, animatori socio-culturali, esperti di laboratorio, orientatori, counselor, consulenti educativi e di maternità, referenti della logistica, ausiliari e amministrativi. All'équipe di operatori

si affiancano solitamente gruppi di utenti che offrono gratuitamente le loro competenze, attraverso attività di autogestione e di supporto agli operatori, in un clima di collaborazione e solidarietà, come previsto negli stessi obiettivi del Centro. L'autogestione di attività rientra, infine, anche negli obiettivi relativi alla promozione della cittadinanza attiva.

I destinatari delle prestazioni erogate dal Centro di Ascolto per le Famiglie sono: nuclei familiari, coppie e ogni singolo componente nella fase del ciclo di vita, italiani e migranti, con particolare attenzione ai nuclei in cui sono presenti disagi socio-economici, psicologici e conflitti familiari.

I SERVIZI CAF E CAP NELLA CITTÀ DI BARI

Come accennato, i Centri di Ascolto per le Famiglie (CAF) ed i Centri Aperti Polivalenti per i Minori (CAP) promuovono il benessere della famiglia ed i diritti dei minori, sostenendo la coppia, il nucleo e ogni componente della rete familiare. In stretta connessione con i Servizi socio-sanitari ed educativi del territorio cittadino, essi rappresentano uno spazio di accoglienza, ascolto, condivisione, sostegno e partecipazione attiva.

Nella città di Bari, essi figurano fra i Servizi erogati del Comune di Bari – Assessorato al Welfare gestiti dal privato sociale, attraverso delle Convenzioni, con fondi ex l. 285/97 *"Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"*. I Servizi CAF/CAP sono gratuiti e nella città sono in totale otto, distribuiti nei vari quartieri:

- 1 Libertà;
- 2 Murat - San Nicola;
- 3 San Paolo - Stanic - Villaggio del Lavoratore;
- 4 Japigia - Torre a Mare;
- 5 Carrassi - Madonnella;
- 6 Carbonara - Ceglie - Loseto;
- 7 Picone - Poggiogranco;
- 8 San Pio - Santo Spirito - Enzitetto.

IL SERVIZIO CONGIUNTO CAF E CAP DEL SAN PAOLO - STANIC - VILLAGGIO DEL LAVORATORE

La Fondazione Giovanni Paolo II Onlus nasce nel 1990, con l'obiettivo di migliorare le soglie di vivibilità dei quartieri degradati e delle cosiddetta "zone



di frontiera” delle grandi città, a partire dal quartiere San Paolo. L'atto costitutivo della Fondazione nasce come concreta “risposta all'appello per una più viva solidarietà umana e sociale fatto da Sua santità Papa Giovanni Paolo II nella sua visita alla Città di Bari”. Il Rogito notarile ne precisa lo scopo: “concorrere alla promozione morale, umana e sociale del quartiere San Paolo - Stanic e delle altre zone periferiche della città di Bari, mediante l'attuazione di iniziative intese a progettare e realizzare piani e programmi di intervento per il miglioramento dei servizi urbani e della qualità della vita [...] (Fondazione ‘Giovanni Paolo II’ Onlus, 2014).

La Fondazione gestisce fin dal 1999 le attività del Centro di Ascolto per le Famiglie e successivamente del Centro Aperto Polivalente per Minori nel territorio San Paolo - Stanic - Villaggio del Lavoratore, e in seguito anche nel territorio Japigia-Torre a mare. Pertanto, ha consolidato nel corso del tempo le sue relazioni e le sue metodologie operative, integrando professionalità, esperienze e curricula secondo le proprie specificità di azione, in un percorso di lavoro e di crescita condivisa con il territorio lungo quasi 30 anni. Il raggio di azione del Servizio si espande nella periferia urbana, a nord del capoluogo pugliese, a circa 7 km dal centro cittadino, tradizionalmente etichettata come una delle aree più socialmente degradate della città di Bari. Per questa sua condizione geografica, il “quartiere” (così come solitamente identificato dai suoi abitanti) è stato per anni il luogo dove confluiscono tutte le quote deboli della popolazione urbana, espulse o marginalizzate dal mercato del lavoro.

Nonostante negli ultimi anni diversi siano stati gli interventi sociali effettuati e sia migliorata la qualità della vita dei suoi abitanti, tale periferia urbana, complice la crisi economica e sociale che investe la nostra società, per molti versi rappresenta ancora l'emblema della marginalità e delle contraddizioni che caratterizzano la città di Bari.

Come tutte le periferie urbane, anche il quartiere San Paolo rappresenta, infatti, una cassa di risonanza dei problemi sociali più urgenti della città di Bari e della sua cittadinanza. Risulta elevato il livello di disagio che attraversa tutte le fasce d'età; rimane, quindi, prioritario l'impegno delle Parrocchie, del-

le Associazioni di volontariato e del Terzo Settore. Sebbene negli ultimi anni, accanto agli edifici popolari, siano state costruite, da Cooperative, nuove case che fanno parte della cosiddetta “nuova San Paolo”, il quartiere resta caratterizzato da alti tassi di devianza e criminalità, abusivismo edilizio, disoccupazione, occupazioni irregolari e bassa scolarizzazione (Moro e Balenzano, 2011).

Tuttavia, si registra come punto di forza degli ultimi anni il miglioramento significativo delle esperienze di cittadinanza attiva e la diffusione di nuovi servizi territoriali (ad es. Piazza Europa, oggetto di una importante riqualificazione). La peculiarità del Servizio svolto negli anni dal CAF prima e dal CAP poi, gestiti dalla Fondazione Giovanni Paolo II Onlus, ha infatti permesso il formarsi ed il consolidarsi di una rete territoriale con il mondo dell'associazionismo e con i Servizi territoriali istituzionalmente competenti, finalizzata ad attivare e realizzare, coinvolgendo i diversi attori, percorsi di presa in carico integrata della persona e prevedendo anche il decentramento di diversi Servizi.

Ulteriori punti di forza del quartiere, da implementare e valorizzare, sono la presenza del Parco Regionale della Lama Balice, principale risorsa ambientale del territorio, capace di dare risposta allo storico deficit dello standard di verde pubblico e al contempo in grado di rappresentare una possibile forma di attrazione per gli altri Centri dell'area metropolitana, attraverso gli usi allargati del paesaggio (sportivi, ricreativo-naturalistici, culturali), e, dal 2008, una linea metropolitana che lo collega al centro di Bari, riducendo notevolmente la distanza centro-periferia.

L'ÉQUIPE DEL CAF/CAP SAN PAOLO - STANIC - VILLAGGIO DEL LAVORATORE E LE SUE MODALITÀ LAVORATIVE

Come precedentemente accennato, il Servizio è gestito dalla Fondazione Giovanni Paolo II Onlus in convenzione con il Comune di Bari - Assessorato al Welfare ed è costituito da un'équipe integrata di professionalità, che comprende:

- n.1 Coordinatrice;
- n.1 Psicologo psicoterapeuta per supervisione dell'équipe;

- n.3 Psicologi/ghe psicoterapeuti/e per aree adulti famiglie e minori;
- n.1 Consulente legale, mediatrice familiare, esperta area gestione conflitti;
- n.1 Amministrativa e referente della logistica;
- n.1 Educatrice professionale addetta all' accoglienza, segretariato sociale e orientamento;
- n.1 Operatrice addetta alla segreteria organizzativa;
- n.2 Educatori/trici professionali e n.1 educatrice esperta dell'area minori;
- n. 1 Pedagogista
- n.1 Educatrice esperta dell'area adulti e famiglie;
- n.1 Esperta dell'area disabilità;
- n.1 Assistente sociale;
- n.1 Istruttore sportivo;
- n.1 Esperto di laboratorio;
- n.1 Esperta area maternità;
- n.1 Esperta area lavoro;
- n.1 Ausiliaria.

Il lavoro d'équipe rappresenta una vera e propria risorsa del lavoro sociale all'interno del Servizio: è il metodo più efficace di lavoro per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali, oltre a rappresentare una modalità in grado di tutelare l'operatore da eventuali rischi di isolamento e di burn-out professionali. Afferma Lewin, nei suoi celebri studi sui gruppi, che "un gruppo è definito al meglio come una totalità dinamica basata sull'interdipendenza, invece che sulla somiglianza" (Lewin, 1972). L'interdipendenza si esprime al meglio, nell'idea dello stesso Autore, nel concetto di "destino comune" del gruppo. Nell'ambito del gruppo di lavoro nel settore sociale, il destino comune è rappresentato dal compito di aiuto cui gli operatori sono chiamati. L'operatore sociale che lavora all'interno dei Servizi, infatti, certamente non può affrontare da solo le molteplici situazioni problematiche che incontra nel territorio. In quanto membro di una équipe, deve essere affiancato e sostenuto dalle altre figure professionali. In funzione di tali evidenze, sin dal principio della sua attività, la Fondazione Giovanni Paolo II Onlus, nei suoi Servizi, ha sempre avvertito la necessità della creazione di un'équipe multidisciplinare ed ha

condotto costantemente il lavoro di costruzione di un contesto collaborativo con l'intera area del quartiere San Paolo. Ciò ha permesso, col tempo, il consolidamento sempre più efficace di una rete di collaborazione fra Servizi cui i cittadini hanno potuto riferirsi ed affidarsi in maniera agevole.

I cittadini – infatti – possono accedere al Servizio Congiunto direttamente, o su segnalazione dei Servizi territoriali. Negli accessi su segnalazione devono essere utilizzate le procedure collaudate negli anni, che prevedono l'utilizzo di modulistiche specifiche e la programmazione di incontri di rete in cui si delineano congiuntamente gli obiettivi, i tempi e le azioni da implementare.

In tal modo, il cittadino che usufruisce dei servizi erogati, ha la percezione di non essere isolato, ma sente in modo diretto l'esistenza di un gruppo di persone, professionisti, Servizi del suo territorio che si sono attivati per la specifica richiesta di aiuto a loro rivolta. Egli è partecipe del processo che si attiva intorno a lui, ne è parte attiva e propositiva.

COSA FA LO PSICOLOGO?

Come stabilito dall'articolo 1 della Legge 56/89, in cui viene definita la specificità dell'intervento dello psicologo, *"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 persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito"*.

Pertanto nell'ambito del Servizio Congiunto CAF/CAP San Paolo - Stanic - Villaggio del Lavoratore, lo psicologo espleta il suo intervento in ambito di prevenzione, abilitazione-riabilitazione e di sostegno, rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali ed alle comunità.

In particolare, le attività svolte dagli psicologi sono:

- Consulenza psicologica individuale (adulti e minori), di coppia e familiare;
- Sportello di ascolto e supporto psicologico scuola e famiglia;
- Mediazione Familiare;
- Spazio Neutro;



- Sostegno alla genitorialità;
- Gruppi *self-help* (Gruppi di Auto Mutuo Aiuto per Minori) presso gli Istituti superiori del territorio;
- Supervisione dei casi e degli operatori.

Il Servizio Congiunto accoglie le richieste di consulenza che emergono dagli utenti che frequentano le stesse attività del Centro e dagli utenti segnalati dalle istituzioni del territorio. Viene effettuato un ascolto con l'operatrice addetta all'accoglienza ed al segretariato sociale, che funge da filtro rispetto alle richieste che pervengono ed all'analisi dei bisogni. Gli psicologi e psicoterapeuti sono presenti nel Servizio per circa dodici ore settimanali in totale, mentre lo psicologo-psicoterapeuta che si occupa della supervisione dei casi e degli operatori svolge la sua attività a cadenza mensile.

ANALISI DELL'UTENZA CHE SI È RIVOLTA AL SERVIZIO

Nel periodo compreso tra il 1 Gennaio 2016 e il 30 Settembre 2017, si sono rivolti al Servizio Congiunto CAF CAP San Paolo Stanic Villaggio del Lavoratore, n. 1.830 utenti, di cui 1.292 adulti e 538 minori. Tra questi, n. 176 utenti figurano fra gli inviati e/o segnalati (dal servizio sociale territoriale, dalle parrocchie, dalle scuole, dall'USSM, dal Consultorio Familiare, ecc.) e 1.246 hanno effettuato un accesso diretto al servizio.

Le richieste degli utenti variano da partecipazione ad eventi, a laboratori di socializzazione rivolti agli adulti (quali ginnastica dolce, ballo di gruppo, creativi, manualità), a laboratori rivolti ai minori (quali sostegno scolastico, ludico-ricreativi, sportivi), a consulenze specialistiche come sportello lavoro, gruppi genitori, consulenze psicologiche, spazio neutro, mediazione familiare, legale. La maggior parte degli utenti frequenta multiple attività proposte dal Servizio.

Dall'analisi dei dati raccolti emerge che di questi utenti, n. 150 (tra adulti e minori) ha usufruito di prestazioni psicologiche.

Il dato relativo al sesso mostra una netta prevalenza di utenti di sesso femminile: il 72,67% degli utenti sono donne, rispetto al 27,33% di sesso maschile (Grafico 1).

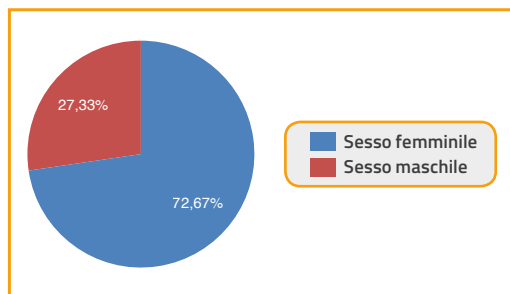


Grafico 1: Sesso.

Rispetto alla distinzione tra adulti e minori, si rileva una maggioranza di adulti (80,67%) rispetto ai minori (19,33%) che hanno fatto richiesta di prestazioni psicologiche (Grafico 2).

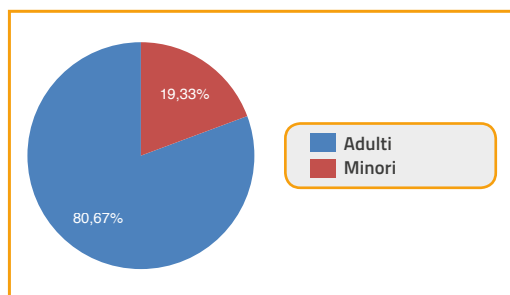


Grafico 2: Distinzione fra adulti e minori.

Rispetto alla provenienza, come illustrato nel Grafico 3, la maggior parte degli utenti analizzati risiede nel Municipio 3 (86,67%) costituito dai quartieri San Paolo, Stanic - Villaggio del Lavoratore, Marconi - San Girolamo-Fesca, ossia nel territorio di competenza del Centro, seguito da altro Comune (9,33%), dal Municipio 1 (2,67%) che comprende i territori di San Nicola - Libertà - Madonnella - Japigia - Torre a Mare e dal Municipio 5 (1,33%), costituito dai quartieri Palese-Macchie, Santo Spirito-Catino-San Pio.

Rispetto alla residenza in altro Comune, è bene specificare che il quartiere San Paolo risulta essere al confine con la cosiddetta "zona Cecilia", quartiere che fa parte del Comune di Modugno. Pertanto tale zona risulta essere molto periferica rispetto al centro del Comune di Modugno e invece molto più vicina al quartiere San Paolo.

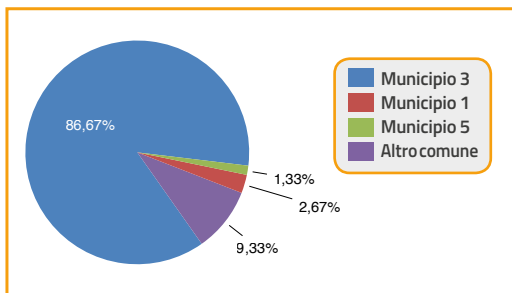


Grafico 3: Residenza.

Infine, dall'analisi dei dati emerge che la maggior parte degli utenti che ha fatto richiesta di prestazioni psicologiche, è arrivata tramite accesso diretto e spontaneo (77,33%) rispetto a coloro che sono stati inviati dai servizi del territorio (22,67%) quali il Servizio socio-educativo, l'USSM, le Parrocchie, ecc. Questo dato mostra chiaramente quanto il Servizio sia radicato sul territorio e quanto esso rappresenti una possibilità concreta e conosciuta per i cittadini residenti.

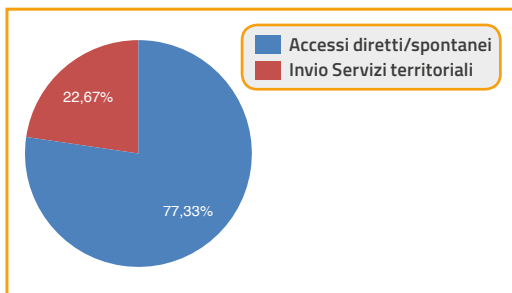


Grafico 4: Modalità di accesso.

ANALISI DEL BISOGNO PSICOLOGICO DELL'UTENZA

I diversi bisogni rilevati dell'utenza che si è rivolta al Servizio si possono sintetizzare nelle seguenti categorie:

- 1 Problematiche psicosociali;
- 2 Problematiche legate all'intero nucleo familiare;
- 3 Problematiche relazionali;
- 4 Mediazione familiare;
- 5 Sostegno alla genitorialità;
- 6 Spazio neutro.

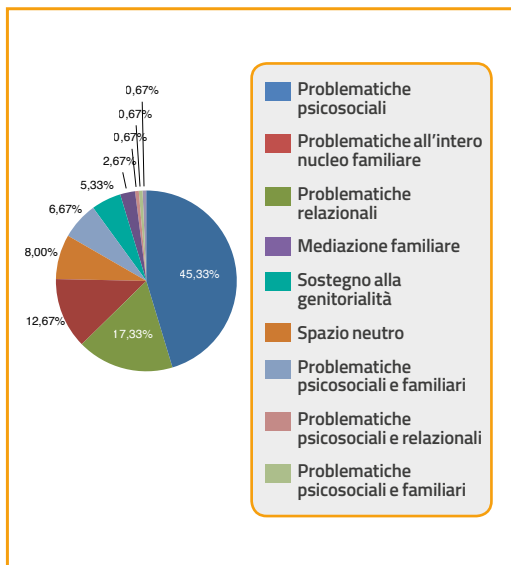


Grafico 5: Bisogni espressi dall'utenza.

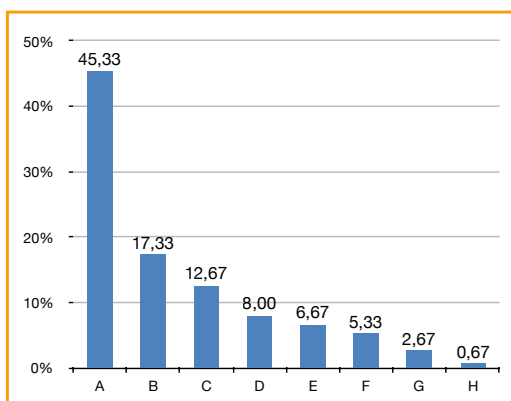


Grafico 6: Bisogni espressi dall'utenza.

Come si evince dalla rappresentazione dei Grafici 5 e 6, i bisogni rilevati sono in prevalenza legati a problematiche psicosociali (A: 45,33%), seguite da problematiche relazionali (B: 17,33%), da problematiche legate all'intero nucleo familiare (C: 12,67%), spazio neutro (D: 8,00%), problematiche psicosociali e familiari (E: 6,67%), sostegno alla genitorialità (F: 5,33%), mediazione familiare (G: 2,67%), problematiche psicosociali e relazionali, problematiche psicosociali e relazionali, problematiche relazionali e sostegno alla genitorialità (H: 0,67%).



ESITI DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO

Dall'analisi dei dati e delle cartelle degli utenti, è stato possibile raggruppare gli esiti degli interventi prestatati nelle modalità seguenti:

- esito positivo: il bisogno è stato soddisfatto e gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti;
- attività in corso;
- invio presso altri servizi del territorio (Centro di salute mentale, Neuropsichiatria infantile, ecc.);
- primo colloquio;
- esito negativo (drop out).

Come illustrato nel Grafico 7, nel 30,67% dei casi seguiti, l'esito è stato positivo e gli obiettivi preposti sono stati raggiunti. Nel 38,67% dei casi è stato effettuato un primo colloquio, nel 18,67% dei casi si

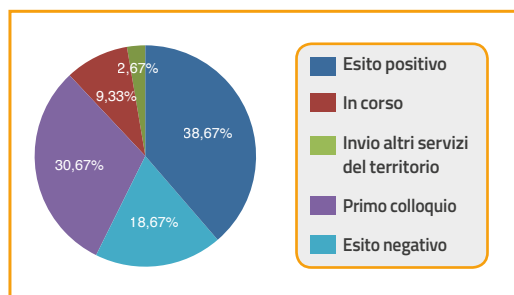


Grafico 7: Esiti dell'intervento psicologico.

registra un esito negativo, con il 9,33% degli utenti l'attività è in corso (9,33%), mentre nel 2,67% è stato effettuato un invio ad altri Servizi del territorio.

CONCLUSIONI

Il Servizio Congiunto Centro di Ascolto per le Famiglie (CAF) e Centro Aperto Polivalente per i Minori (CAP) San Paolo Stanic Villaggio del Lavoratore, gestito dalla Fondazione Giovanni Paolo II Onlus, in convenzione con il Comune di Bari - Assessorato al Welfare, svolge un'azione di fondamentale importanza per l'utenza, in quanto diretto ad ascoltare ed accogliere i bisogni delle famiglie e dei minori, sostenendo la coppia, il nucleo e ogni componente della rete familiare.

È un Servizio presente ormai da molti anni sul territorio e forte è il rapporto di fiducia consolidato con gli utenti e con le istituzioni. Inoltre molto importante risulta essere il lavoro svolto dall'équipe multidisciplinary

del Servizio, nell'accogliere e prendere in carico gli utenti che affluiscono al Servizio. A partire dal mese di Novembre 2017, i Servizi Congiunti CAF e CAP della città di Bari hanno mutato la loro conformazione, trasformandosi in "Centri Servizi per le Famiglie" (artt. 93 e 103 del Regolamento Regionale n.4 del 18 gennaio 2007, e dalla Legge Regionale n. 19 del 10 luglio 2006, "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia").

Tali Servizi sono stati affidati a Enti gestori, risultati vincitori al Bando emesso dal Comune di Bari. La Fondazione Giovanni Paolo II Onlus è risultata aggiudicataria del Servizio, pertanto continuerà a svolgere le proprie attività, in modo coerente ed innovativo rispetto ai sempre mutevoli bisogni di cittadini e famiglie. Tuttavia, alla immediata capacità di attivazione e di risposta ai bisogni delle famiglie si associa un effetto paradossale, rappresentato dal "sovraccarico" nel Servizio. Infatti, in quanto Servizio gestito con un budget limitato, non sempre è possibile garantire le risorse umane ed economiche per assicurare quella continuità – di lavoro, di operatori, di progettualità – tanto essenziale per continuare a porsi come riferimento coerente ed autorevole, in un territorio che continua ad esprimere un fortissimo bisogno di ascolto, accoglienza, sostegno, solidarietà sociale.

BIBLIOGRAFIA

- Fondazione Giovanni Paolo II Onlus (2014). **Periferie. Itinerari socio educativi della Chiesa di Bari**. Bari: Stilo Editrice.
- Lewin, K. (1972). Traduz. It, **Teorie e sperimentazione in psicologia sociale**. Bologna: Il Mulino.
- Moro, G., Balenzano, C. (2011). **La valutazione possibile**, Milano: Franco Angeli Editore.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Artt. 93, 103 e 104 del Regolamento Regionale del 18 gennaio 2007, n. 4
- Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19 – "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia"



LA SIGNORA **NON LO SO** AVVIO E SVILUPPO DI UN CASO DI **TERAPIA INDIVIDUALE SISTEMICA** CON UN PAZIENTE ANSIOSO

Antonio Calamo-Specchia

Psicologo, psicoterapeuta, Consigliere
Ordine Psicologi Puglia

RIASSUNTO

L'articolo prende in esame un caso di terapia individuale affrontato secondo l'ottima sistemico relazionale. Analizza la presa in carico e lo sviluppo del caso seguito durante il training di formazione in psicoterapia, nella fase di supervisione diretta. Si concentra sulle prime dieci sedute svolte con la paziente, che riporta una sintomatologia prevalentemente ansiosa e che – pur senza mai convocare in presenza i familiari significativi – viene affrontata ricollocandola e dandole senso nel contesto familiare significativo per la paziente, così come tipicamente avviene nella terapia sistemica individuale.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia sistemica individuale, Formazione in psicoterapia.

La storia clinica che segue è il resoconto del lavoro condotto dall'Autore nel corso della formazione come psicoterapeuta, all'interno della fase di supervisione diretta, svolta con il supervisore dott. Giuseppe Vinci presso la Scuola Change, sede di Bari del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma. Rispettando le normative relative alla privacy, i nomi delle persone e dei luoghi riportati in questo lavoro sono fittizi ed è stato modificato ogni altro elemento che potrebbe far identificare le persone di cui si parla.

INTRODUZIONE

Questa storia racconta di una ragazza di ventisei anni, Lorena, che per lungo tempo ha vissuto

schacciata dal peso delle aspettative su quello che avrebbe dovuto fare della sua vita. Lorena ha reagito a questo peso prendendo le distanze da se stessa, nascondendosi e provando a fingere che tutto potesse continuare a scorrere senza intoppi. Un grave blocco negli studi universitari, emerso già anni prima e ora divenuto insostenibile, la costringe a fermarsi, a riflettere su di sé e sul proprio percorso. La riflessione che Lorena conduce la accompagna in un lento percorso di liberazione e di crescita, che culminerà nel raggiungimento dell'obiettivo che più le pareva impossibile: la Laurea in Scienze della Comunicazione.

Ultima di tre figlie, Lorena giungerà a una nuova e piena conoscenza di sé anche attraverso la riscoperta delle sorelle, prima vissute come personaggi distanti, poi progressivamente sempre più significativamente vicine. È stato possibile lavorare con quella che Lorna Smith Benjamin (2004) definisce come "la famiglia che il paziente si porta nella testa", pur senza mai poter convocare dal vivo i familiari significativi.

Ciononostante, intuendo le difficoltà di Lorena e riuscendo a cogliere i segnali di aiuto che progressivamente inviava loro, essi hanno saputo compiere egregiamente dei movimenti in suo favore, sostenendola ed incoraggiandola nei momenti chiave della sua trasformazione.

Lorena ha intrapreso il suo viaggio verso una piena differenziazione dalla famiglia di origine con determinazione e coraggio, affrontando le "lealtà invisibili"



bili” e sperimentando, nei momenti decisivi, quella unione e vicinanza senza la quale non può esserci un buon distacco (Boszormenyi-Nagy, 1973).

Il percorso terapeutico presentato in questo lavoro fa riferimento alle prime dieci sedute, svolte nel contesto della supervisione diretta presso la Scuola Change.

L'INVIO ED IL PRIMO CONTATTO TELEFONICO

Lorena è una studentessa di Scienze della Comunicazione di ventisei anni, frequenta il triennio e richiede una consultazione per un blocco negli studi universitari, perdurante da circa quattro anni. L'inviante è una sua ex collega universitaria. Il caso viene raccolto dalla Segreteria della Scuola ed affidato a me, che in quel periodo sto iniziando la fase di supervisione diretta.

Lorena si presenta al telefono in modo ironico e con una voce squillante, di chi appare motivato a intraprendere il lavoro terapeutico. Riferisce di vivere fuori sede, lontano dalla famiglia di origine. Condivide infatti un appartamento con altre studentesse e non è fidanzata. Ha già partecipato in passato a un ciclo di incontri di gruppo e sedute individuali presso la sua Università, ma se ne dice delusa. A conclusione della telefonata, la convoco individualmente, presso la sede dell'Istituto.

L'AVVIO DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Lorena si presenta come una ragazza spigliata e sorridente. Il fisico asciutto e l'abbigliamento informale lasciano immaginare che sia una ragazza sportiva. Nelle prime sedute si appropria al lavoro con toni allegri e cordiali. Descrive la sua famiglia, originaria di un piccolo paese, con il piglio un po' scanzonato di chi vuol mettere in risalto caratteristiche peculiari e allegramente immutabili dei personaggi di un racconto. Dipinge così il padre Andrea, di cinquantanove anni, come un uomo burbero e all'antica: un simpatico orso. Sua madre Anna, di cinquantatré anni, è una di quelle casalinghe che – un po' per vocazione, un po' suo malgrado – svolge il difficile compito di

mediare fra il marito e il resto del mondo. Ha due sorelle: Francesca, di ventinove anni, una ragazza descritta come severa e metodica, da sempre molto brava negli studi, quasi una seconda madre per lei, e Valeria, di 28 anni, studentessa universitaria; fuori corso come lei, ma giustificata dai genitori perché non ritenuta portata per gli studi scelti. Per Lorena, terzogenita, il compito universitario risulta più angoscioso: i genitori si attendono maggiori risultati dai suoi studi di Comunicazione e, se qualcosa va male, giudicano che non abbia voglia di studiare.

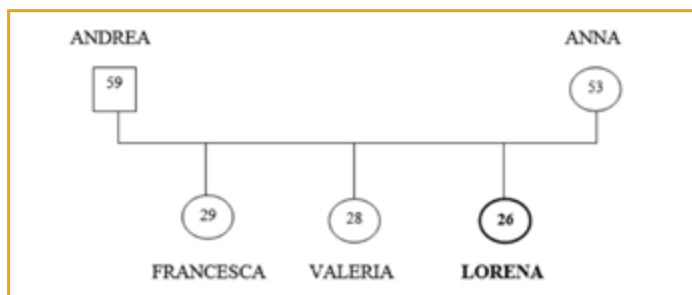


Figura 1: Genogramma di Lorena.

È evidente nell'atteggiamento di Lorena la sua difficoltà a emozionarsi, che esprime attraverso i toni marcatamente leggeri con cui risponde alle domande più serie ed attraverso la tendenza a sdrammatizzare. Non sostiene esami orali e scritti rispettivamente da cinque e due anni. L'arresto dei suoi studi avviene dopo aver preso un 30 all'ultimo orale; un esame in cui si era però sentita a disagio, perché aveva sperimentato una sorta di vuoto di memoria (malgrado tutto ben accolto dal Professore, che – fatta riposare Lorena – le aveva dato la possibilità di riprendere l'esame, concluso poi senza ulteriori difficoltà). Sembra che riuscire ad ammettere che le persone possano sbagliare sia per lei impossibile: l'idea stessa del blocco la terrorizza al punto da farla effettivamente bloccare. Nella descrizione che fornisce, emerge subito quanto per lei non sia possibile accettare l'idea di deludere le aspettative, come se questo coincidesse con qualcosa di catastrofico. Partendo dall'idea che il suo blocco universitario è arrivato non perché ha fallito, ma perché ha avuto paura di fallire, condividiamo subito un piano di lavoro

ro comune: chiarire questo punto e capire insieme come mai per lei è così difficile ammettere l'errore. L'indagine sulla difficoltà da parte di Lorena ad ammettere l'errore occupa le sedute successive, che mi vedono dunque impegnato nel tentativo di trovare un giusto equilibrio nella relazione terapeutica, fra il timore di osare troppo e la paura di osare troppo poco. Il dialogo con la paziente procede, in ogni caso, in modo scorrevole e conduce a trattare il tema del rapporto di Lorena con la famiglia di origine, che mette in luce una enorme distanza comunicativa fra la ragazza ed i restanti membri della famiglia.

Lorena sembra isolata, non parla della sua difficoltà con nessuno in famiglia e anzi, nel corso del tempo ha costruito un castello di bugie sempre più grande. Ogni qualvolta non riesce a sostenere un esame, mente alla sua famiglia inventando per loro delle spiegazioni plausibili: l'esame è stato spostato, è stata bocciata, ha rifiutato il voto. Quello che sempre tace con costanza è la sua difficoltà a sostenere l'esame, il fatto di non averci nemmeno provato, perché in difficoltà.

Lorena inizia ad affidarsi in modo via via sempre più autentico al contesto terapeutico ed elabora il racconto della sua famiglia esprimendo i suoi sentimenti. Sembra instaurarsi con sempre maggiore chiarezza una buona alleanza terapeutica.

Il primo sentimento che Lorena mostra è la paura: è molto spaventata dall'idea di essere un disastro agli occhi del padre. Quello che tace, lo tace infatti per paura della reazione del padre e per paura di deluderlo. L'immagine del padre che Lorena mi porta è, per molti versi, poco attuale: è l'immagine del padre visto dalla bambina, così come è stato filtrato dalla mamma, che ha sempre assunto il compito di traduttrice del volere paterno.

Nel confronto in terapia, inizia a delinearsi la dimensione dell'alternativa possibile.

Lorena riflette su possibilità diverse da quelle che effettivamente pratica attualmente, come ad esempio confessare le sue difficoltà nel proseguire gli studi. Il papà (che lei tiene all'oscuro con una modalità che pare quasi protettiva) non ne morirebbe di certo, come lei teme: è verosimile infatti che abbia già capito tutto, perché la difficoltà che Lorena presenta è grande, dunque visibile agli occhi di chiunque, papà compreso.

Nella definizione del suo rapporto con le sorelle la ragazza si fa più sciolta. Tutte hanno sempre percepito il papà come un uomo burbero e difficile, ma non tutte l'hanno sofferto allo stesso modo. Lorena infatti si mostra come una persona che ha costruito un pezzo della sua identità nel suo essere un folletto birichino – rispetto alla maggiore, più studiosa, rigida e un po' paterna con le sorelle più piccole e rispetto alla seconda, un po' incompiuta, una che ogni tanto accusa un colpo e necessita di sostegno –, piuttosto irregolare nelle sue manifestazioni ma che alla fine si salva sempre per il rotto della cuffia. Sin dalla scuola superiore, infatti, Lorena se la cavava sempre alla fine, recuperando i voti bassi all'ultima interrogazione e tacendo sempre delle sue difficoltà, lette sistematicamente dai familiari come poca voglia di studiare. La sorella Valeria invece, pur prendendo voti bassi, aveva facoltà di parlare delle sue difficoltà, essendo sempre giustificata perché comunque più diligente e studiosa. Cavarsela per il rotto della cuffia per Lorena è divenuto un assetto che oggi si presenta, però, come un elemento controproducente, perché non le consente di accettare con se stessa e di mostrare agli altri, fino in fondo, la difficoltà che sta vivendo: sembra cioè conservare ancora quell'istinto che la porta a cercare una scappatoia, anche davanti alle domande difficili della terapia. Infatti, Lorena sembra riconoscersi nella rielaborazione che via via va costruendosi in terapia, ma spesso devia su difficoltà banali attinenti il metodo di studio o l'organizzazione pratica delle sue giornate e del materiale di studio. Il suo desiderio di cambiare trova un adeguato rinforzo in terapia e viene riformulato nei termini di possibilità di dismettere la maschera che le impedisce di mostrarsi fino in fondo, che è legata all'identità del folletto birichino, che lei ha costruito, che le è stata anche avallata dalla sua famiglia di origine e cui ancora oggi risulta legata.

Winnicott (1970) definisce il "falso Sé" come una condizione patologica legata all'identità, in cui quella che si mostra al mondo esterno è una facciata esteriore, che può avere successo, indurre in inganno ed essere presa per vera, ma di fatto non è autentica perché costruita su meccanismi di compiacenza e sottomissione.



La difficoltà di Lorena, affrontata in questi termini, emerge progressivamente sotto una luce più complessa: non più, ovviamente, come elemento tecnico legato al metodo di studio, ma nodo relazionale legato alla definizione della sua nuova identità, adesso che è cresciuta. Lorena si confronta con il fatto di non essere più l'adolescente che se la cava per il rotto della cuffia, ma una persona che, se vuole conseguire un risultato, deve ammettere la sua imperfezione e la sua difficoltà.

Dismettere i panni di quella adolescente le costa fatica, perché è proprio a quell'adolescente e a quel modo di funzionare che è legata la considerazione e l'affetto delle persone a lei care, che l'hanno conosciuta così e che oggi le sembra impossibile possano conoscerla diversamente.

Il lavoro, nella fase di training, è denso e articolato e sembra quasi sorprendere Lorena per la sua ricchezza. È a suo agio in stanza di terapia ed anche io mi sento progressivamente più comodo nella veste di sua guida e specchio. Così, mentre Lorena inizia a guardare in modo più sincero la sua incertezza, gradualmente delinearono insieme l'obiettivo di questa fase del lavoro: muoversi verso un'identità più adulta e più autentica, e dunque parlare in famiglia delle sue difficoltà.

LA SIGNORA NON LO SO E LA SCOPERTA DEL PROPRIO FUNZIONAMENTO COME "DONO D'AMORE" VERSO IL PADRE

Nel corso delle sedute si approfondisce l'aspetto delle relazioni intime. Lorena dichiara apertamente le sue difficoltà con l'altro sesso: le risulta impossibile pensare ad una storia seria e qualsiasi tipo di coinvolgimento la spaventa terribilmente, come se la relazione per lei fosse qualcosa di totalizzante, in grado di annullarla e di far cessare la sua esistenza autonoma. Emergono, però, molti elementi teneri, che lei cerca di tenere a bada negandoli e sminuendoli. La tendenza in cui Lorena si riconosce pienamente e quasi divertita, è quella del concentrarsi sul fare, come se la soluzione a tutti i suoi mali fosse in ciò che appare all'esterno (l'agire, appunto). Guarda se stessa attraverso la lente delle sue azioni, come se cercasse di sciogliere le domande su di sé guardando i suoi comportamenti. La terapia inizia a definirsi

chiaramente come spazio per il suo esercizio, per sperimentare una nuova modalità riflessiva, per escludere dal suo ragionamento gli elementi concreti ed approfondire invece gli aspetti più teneri, che tende a rifuggire. Lorena trae giovamento da questo e si mostra via via più collaborativa, lavora molto in ogni seduta e con coraggio. Un passaggio importante avviene nella quinta seduta, in cui il lavoro tocca alcuni degli elementi cruciali della sua relazione con il padre. Nel lavoro di ricerca nel tempo degli elementi iniziali della sua sofferenza, infatti, Lorena si sofferma sulle sue difficoltà relazionali con il padre, raccontando degli anni delle scuole medie. In particolare, Lorena riferisce di un episodio doloroso in cui il papà, dopo aver scoperto una lettera scritta a un'amica in cui si parlava di ragazzi in tono malizioso, si arrabbiò molto e la mandò a letto senza cena. Questo episodio colpì molto Lorena, che oggi lo legge come una sorta di anticipazione di un episodio successivo, che ben rappresenta la modalità paterna relativamente al suo approccio con l'altro sesso. Quando ha quindici anni, il papà scopre la sua relazione con il suo primo fidanzatino, Mauro, e va su tutte le furie: a Lorena viene sequestrato il telefono cellulare, le vengono proibite le uscite e le partecipazioni a qualsiasi evento esterno alle mura di casa. Non può più prendere parte agli allenamenti di tennis, sua grande passione, e il papà si chiude in un duro silenzio; non le rivolge la parola, letteralmente, per quattro mesi. Da quell'episodio, Lorena – che sedeva vicino a lui durante i pranzi familiari – cambia anche posto a tavola, allontanandosi da lui.

Lorena si sente ferita, in trappola, capisce che deve sottostare alle "leggi della casa", che in realtà sono le leggi del padre. Non sente alcun sostegno da parte della mamma, che non la colpevolizza, ma che non riesce neanche a prendere posizione rispetto all'accaduto, per difenderla.

Avviene così, in modo brutale e traumatico, il cambio di status per la Lorena adolescente: da bambina accomodante, disponibile, responsabile e fra le grazie del papà a ragazza che l'ha deluso, ribelle, che ha una relazione sentimentale e per questo prende voti bassi a scuola; voti che divengono d'ora in avanti il segnale che in lei qualcosa non va. L'universo affettivo di quella ragazza si capovolge all'improvviso, generando una sofferenza acuta: sperimenta per la prima volta di non potersi

appoggiare su nessuno. Questo episodio ha un valore traumatico molto forte, che colpisce l'universo affettivo della bambina: è l'immagine infantile dell'essere la privilegiata del papà che viene distrutta in una sola giornata che si prolunga per quattro lunghi mesi. Sperimenta il tradimento di suo padre, l'ambiguità di sua madre, l'incompiutezza del sostegno delle sue sorelle. Con questa esperienza, Lorena si affaccia al mondo tentando di dare avvio al processo di svincolo. A ventisei anni infatti, si trova nel pieno della fase del ciclo vitale del giovane adulto in fase di svincolo. Come afferma Vittori (2014), "per completare il processo di differenziazione, l'organizzazione del giovane adulto si sostanzia di contenuti lungo tre dimensioni: una lavorativa o di specializzazione nello studio [...] una sociale [...] ed una affettiva". Nel caso di Lorena il legame con la sua famiglia di origine è ancora troppo irrisolto perché lo svincolo possa compiersi, e antichi dolori la affliggono ancora oggi. Il dolore della quindicenne, infatti, sembra sia rimasto vivo a lungo dentro di lei, soprattutto sotto l'aspetto del non potersi appoggiare compiutamente alle persone vicine, e sotto l'aspetto del distanziamento emotivo: una forma di un riflesso personale di cui è portatrice, che le fa dire sempre non lo so. Di fronte ai contenuti emotivi, Lorena scappa perché avverte disagio.

Fra i sintomi che Cancrini descrive come caratteristici del comportamento dell'adulto con disturbo evitante della personalità, vi sono quelli della "insicurezza profonda e continua relativa alla propria immagine di persona che si sente continuamente vista e giudicata" e del "timore fino al panico del giudizio esterno; tendenza all'isolamento; difficoltà nei contatti sociali, soprattutto se tesi e competitivi" (Cancrini, 2012).

Il tratto evitante di Lorena sembra avere proprio la funzione di impedirle di guardare il dolore da vicino, di comprenderlo, rivivendo così l'esperienza angosciante dell'essere in difficoltà e non poter contare su nessuno. Questo doppio movimento, di distanziamento e di solitudine, che ha origine nella sua esperienza di adolescente, la tiene in trappola oggi, nel presente. È significativo che Lorena scelga gli studi di Scienze della Comunicazione già al tempo delle scuole medie. Sceglie, cioè, un mestiere in cui la possibilità di capirsi e confrontarsi con le persone passa

attraverso il dialogo, rivolgendosi nella sua mente probabilmente al suo papà, così duramente inaccessibile alla parola, alla comunicazione.

La bambina di allora, affascinata dal suo ruolo di figlia prediletta e però spaventata dal peso che esso comporta e traumatizzata dagli effetti della delusione, è presente ancora oggi, e guida la Lorena giovane adulta in una scelta di amore e riparazione. Sembra infatti che da un lato abbia paura (non deve essere facile per lei farsi ammonire oggi dal padre, dopo ciò che è successo), dall'altro sia, però, molto arrabbiata con lui: è per questo che preferisce tenerlo fuori da ciò che lui non approverebbe, in ambito sentimentale ed universitario. La menzogna le permette di tenerlo fuori dalla sua vita.

Lorena partecipa attivamente alla costruzione della lettura della sua storia e si mostra talvolta incredula, talvolta sorpresa; sempre collaborativa. I momenti di lavoro più densi si presentano in concomitanza con eventi positivi, in cui emerge la sua paura che le cose possano tornare a funzionare come prima. In questi aspetti sembra funzionare in modo borderline: quando le cose stanno migliorando, aumenta parallelamente l'angoscia, perché compare il fantasma rappresentato dal fatto che potrebbero anche peggiorare. La fase positiva evoca il dolore che essa possa finire. Eppure Lorena è collaborativa, si scopre e si manifesta. Mostra così un aspetto che sarà ricorrente nel lavoro: la sua capacità di lanciarsi quando sente che il momento è quello giusto.

Accade così che Lorena, dopo anni, d'improvviso rompe il muro del silenzio e chiede un confronto con le sue sorelle, parlando loro della sua difficoltà all'Università. Di lì a poco parlerà anche con la mamma, ma non con il padre.

Quello che Lorena sperimenta dopo questo importante passaggio è un senso di sblocco, di benessere, in cui finalmente tutto è chiaro.

Qualche settimana dopo supererà finalmente un esame, interrompendo un lungo digiuno. Dopo tre mesi di lavoro, si apre così una stagione importante: quella in cui Lorena si sperimenta e si lancia con coraggio nell'affrontare le sue difficoltà. Non smetterà più di fare esami, con alterne fortune. Il suo percorso di qui



in avanti seguirà sempre un andamento tipicamente nevrotico: altalenante, fatto di piccole e grandi conquiste, esami, domande, arresti, ripartenze.

La terapia si è definita per Lorena come il luogo dove cogliere le ragioni più profonde del suo funzionamento. Il luogo dove poter scegliere le possibilità di cambiamento, sentire la sua volontà rispetto al percorso terapeutico, ricevere lo stimolo a sperimentarsi nel mondo secondo modelli diversi e, quindi, più consoni alle sue esigenze. Si è definito, cioè, chiaramente, il contesto di "esplorazione comune delle ragioni che hanno portato a quegli specifici modelli di comportamento che generano problemi e di ricerca di nuove possibilità per l'oggi" (Cancrini, 2013).

Lorna Smith Benjamin (2004) definisce i processi di copia come quei processi che spiegano il rapporto fra i modi di fare disfunzionali che il paziente presenta e le interiorizzazioni dei primi rapporti fondativi, che costituiscono le basi di quelli che Bowlby (1977) per primo ha chiamato "modelli operativi interni". In altri termini, pur di mantenere il legame con la figura di attaccamento, l'adulto continua a utilizzare nel presente le stesse strategie con cui da bambino si difendeva dall'angoscia, e si muove cercando di essere come lei o come lui, agendo come se lei o lui fosse ancora presente ed avesse il controllo, trattando se stesso come faceva lui o lei allora.

Lorena sembra aver adottato quest'ultima modalità: tratta se stessa come è stata trattata dal padre, ovvero si procura delle situazioni in cui può fallire, per poter mantenere in qualche modo il legame con lui, sentendosi ancora la figlia che ha deluso il papà. Il suo comportamento assume i contorni del "dono d'amore" (Smith Benjamin, 2004) verso il padre nella misura in cui Lorena funziona oggi come il padre l'ha rimproverata di essere (ovvero una ragazza poco affidabile). Questa dinamica fa capire meglio la distanza che Lorena prende da se stessa e il suo rifiuto di comprensione dei contenuti emotivi di qualsiasi natura; nel tempo ha imparato a funzionare come quella che, ironicamente, in modo ricorrente, in terapia finiremo per chiamare la "signora non lo so": una persona che di istinto e senza pensarci troppo risponde non lo so a qualsiasi domanda di senso le venga posta. La signora non lo so è una che pensa

all'azione, che vuole definirsi per quello che fa. Nella relazione con gli altri però tende a ridurre la fiducia e chiudersi nel segreto, celando anche un sentimento ostile, un elemento di rabbia che sembra voler dire non ti meriti di sapere quello che io sono.

Sotto questa luce, anche le difficoltà relazionali di Lorena appaiono più chiare. Grazie ad un affettuoso incoraggiamento e concentrando il lavoro sugli aspetti positivi del suo assetto, è possibile per lei guardare al corto circuito prodottosi nella sua esperienza. Nella sua storia, l'andare verso l'altro si è subito fuso con l'esperienza di dolore e contraddizione. La ricerca di un partner, normale e fisiologica per la Lorena quindicenne, si è subito fusa con l'esperienza di dolore legata alla reazione paterna. Oggi sente che le cose non vanno bene, ma la sua tendenza è quella di cercare un'azione salvifica, senza così riuscire a connettersi con il bisogno profondo di cui è portatrice.

È così che, al termine delle dieci sedute che compongono il percorso di training nella fase di supervisione diretta, si pone un pilastro sul quale continuare a costruire: la terapia come spazio della riflessione profonda, dove guardare da vicino le sue emozioni e provare a capirle. Una conquista importante e decisiva, per la signora non lo so.

BIBLIOGRAFIA

- Smith Benjamin, L. (2004). **Terapia Ricostruttiva Interpersonale**. Roma: Editrice Las.
- Boszormenyi-Nagy, L., Spark, G.M. (1973). **Lealtà invisibili**. Roma: Astrolabio Editore.
- Winnicot, D. (1970). **Sviluppo affettivo e ambiente**. Roma: Armando Editore.
- Bruni, F., Vinci, G., Vittori, M.L. (2010). **Lo sguardo riflesso**. Roma: Armando Editore.
- Vittori, M.L. (2014). **Guida al paradigma relazionale**. Milano: Franco Angeli.
- Cancrini, L. (2012). **La cura delle infanzie infelici**. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cancrini, L., Vinci, G. (2013). **Conversazioni sulla psicoterapia**. Roma: Alpes Italia.
- Bowlby, J. (1977). **The making and breaking of affectional bonds**. *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-210.



L'UNIVERSITÀ DELLA TERZA ETÀ DI LUCERA UNA RISORSA DA NON DISPERDERE

Valentina Mustone

Dottorato di ricerca in "Cultura, Educazione e Comunicazione" presso l'Università Studi di Foggia; pedagoga ed educatrice.

Maria Teresa Di Iorio

Dirigente psicologa-psicoterapeuta ASL Foggia; docente volontaria presso l'Università della Terza Età di Lucera.

RIASSUNTO

L'allungamento della vita media, l'incremento del tempo disponibile, l'evoluzione della medicina, la maggiore longevità fanno emergere il problema dell'invecchiamento. Si rende necessario modificare l'ottica e usare nuovi strumenti per analizzare il mondo degli anziani. La psicologia si è occupata maggiormente dei periodi evolutivi dell'infanzia e dell'adolescenza, ma oggi emerge la necessità di affrontare il mondo degli anziani che appaiono molto diversi tra loro.

Il presente contributo è incentrato, in particolare, sulle Università della Terza Età, intese come servizi tesi a promuovere il benessere psicofisico dell'individuo, l'invecchiamento attivo e un'elevata qualità della vita. Particolare attenzione è stata posta all'Unitre della città di Lucera con l'intento di dare rilievo ad una realtà territoriale della Capitanata poco nota che arricchisce enormemente l'intera comunità. Si tratta di una ricerca condotta principalmente sul campo, attraverso l'osservazione e la partecipazione ai corsi e alle attività dell'Associazione. L'indagine è stata, inoltre, arricchita da testimonianze dirette, raccolte mediante interviste narrative precedentemente costruite in forma semi-strutturata e successivamente somministrate al Presidente dell'Unitre, a tutti i quindici docenti e a sette corsisti che hanno offerto la propria disponibilità.

PAROLE CHIAVE

Università della terza età, anziani, benessere, formazione, qualità della vita.

1. PREMESSA

Se nel vecchio modello a parabola dello sviluppo umano la vecchiaia si caratterizzava come un periodo involutivo, nel quale l'educazione perdeva la sua funzione di preparazione alla vita futura, oggi l'età senile riacquista valore e si erge come una fase caratterizzata non solo da limiti, ma anche ricca di potenzialità e di progettualità e in grado di offrire all'individuo opportunità per ripensarsi, per ritrovare se stesso e per realizzare sogni e progetti che per vari motivi erano stati messi da parte. Nell'ultima stagione della vita, dunque, l'educazione permanente acquista un valore profondamente significativo poiché diviene essa stessa uno scopo «che fa tutt'uno con un'esistenza capace di serbare fino all'ultimo il proprio significato umano» (Baldacci, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012, p. 67). Una società capace di investire sull'educazione in età senile risponde ad un duplice obiettivo in quanto da una lato contrasta l'emarginazione sociale a cui l'anziano spesso è esposto, promuovendo il suo benessere psicofisico e allo stesso tempo un'elevata qualità della vita; dall'altro lato interviene anche a favore dell'educazione dei più giovani. L'anziano, infatti, svolge un ruolo fortemente educativo nei confronti delle nuove generazioni in quanto «è capace di creare una continuità di valori e di insegnamenti tra passato, presente e futuro» (Rossiello e Di Giovine, in Volpicella, 2014, p. 94). Sergio Tramma (2000) sottolinea che «aver vissuto più degli altri (...) significa (...) aver accumulato più degli altri esperienze e una quantità maggiore di quel sapere (...) in grado di (...) fornire le coordinate per orien-



tare la vita delle comunità e degli individui» (p. 51). E ancora, gli anziani di oggi sono coloro che hanno vissuto le più importanti trasformazioni sociali del Novecento e in quanto tali sono preziosi custodi di memoria, detentori di una storia che va recuperata e trasmessa ai giovani, poiché una «società che ignora il passato rischia di ripeterne più facilmente gli errori» (Volpicella, 2014, p. 135). Pertanto se non si valorizzano le risorse degli anziani si rischia di privare i giovani di un'eredità storico-culturale essenziale per la loro formazione e di un patrimonio culturale fondamentale da cui partire per produrre nuove conoscenze.

Tra i servizi tesi a promuovere l'educazione permanente e l'invecchiamento attivo spiccano le Università della Terza Età. Esse si ergono come associazioni «dichiaratamente orientate alla realizzazione di attività formative (...) e si pongono l'obiettivo di promuovere la diffusione della cultura, favorire l'inserimento delle persone anziane nella vita socioculturale delle comunità in cui risiedono e offrire risposte adeguate ai fabbisogni educativi e formativi dei cittadini» (Luppi, 2008, p. 74). Hanno un carattere estremamente sociale, pertanto rientrano nella rete composta da tutte quelle agenzie culturali poste a servizio della realtà territoriale. Si rivolgono generalmente agli anziani, ma sono aperte anche a persone più giovani interessate ai corsi e alle attività realizzate. Queste ultime toccano un'ampia gamma di tematiche come la letteratura, la medicina, la religione, la storia, la psicologia, il ballo, il canto, il teatro, la pittura, l'attività motoria, ecc. e in questo modo rispondono alle esigenze e agli interessi di ogni iscritto, che è libero di frequentare i corsi per lui più soddisfacenti. L'attività didattica, articolata in lezioni frontali e laboratoriali, viene completata e arricchita da seminari, convegni, manifestazioni, visite guidate, viaggi e momenti di incontro conviviali che favoriscono la socializzazione tra i membri e allo stesso tempo accrescono la loro cultura.

La prima Università della Terza Età italiana nasce a Torino nel 1975 e ancora oggi coordina a livello nazionale tutte le altre, ormai ampiamente diffuse sull'intero territorio italiano, tra cui quella del Comune di Lucera, a cui è dedicato il presente contributo.

2. L'UNIVERSITÀ DELLA TERZA ETÀ DI LUCERA

Da oltre vent'anni, precisamente dal 24 ottobre 1991, la realtà territoriale del Comune di Lucera è stata arricchita dall'istituzione dell'Unitre che, non solo offre agli anziani l'opportunità di partecipare ad esperienze di confronto e di apprendimento condiviso, ma attraverso la creazione di una rete con le varie agenzie locali, scuole, associazioni, ecc., interviene anche a favore dell'educazione dei più giovani divenendo così una risorsa per il benessere di tutti i membri della comunità.

Il buon funzionamento dell'Unitre di Lucera è il frutto dell'intreccio di tre elementi fondamentali: la cura del Presidente nella scelta di una variegata offerta formativa in grado di rispondere adeguatamente agli interessi dei corsisti; la capacità dei docenti nell'interpretare tali esigenze per poi tradurle in lezioni che influiscono sul benessere psicofisico dell'individuo, e infine la passione e l'entusiasmo dei corsisti che conferiscono maggiore senso e valore ad ogni attività.

Ogni anno l'Unitre formula un programma didattico che racchiude corsi e laboratori incentrati su molteplici tematiche, quali ad esempio, il dialetto locale, l'archeologia, la letteratura, l'arte, il ballo, il canto, l'economia, la sociologia, la medicina, l'attività motoria, la religione, la psicologia, la lingua inglese, ecc.

La ricchezza dell'offerta formativa consente innanzitutto di rispondere agli interessi e ai bisogni di ogni iscritto, permettendo ad ognuno di loro di arricchire le proprie conoscenze e competenze pregresse, di accedere a nuovi saperi e di esprimere se stesso attraverso forme e modalità differenti che coinvolgono il corpo, la mente e lo spirito, ma rende altresì all'Unitre un vero e proprio contesto virtuoso in cui prende vita un progetto complesso capace di «*sperimentare serietà e lievità*» (Frabboni e Pinto Minerva, 1994, p. 205) e di tessere insieme arte e scienza, in direzione di una valorizzazione completa dell'essere umano.

Il recupero della storia locale, ad esempio, acquista un valore ermeneutico in quanto consente di accedere al significato della propria esistenza (Formenti, 1998) e ai fattori che, probabilmente, hanno

influenzato scelte e stili di vita; consente inoltre di mantenere vivo il senso della propria identità (Viney, 1994) e allo stesso tempo permette al soggetto di riconoscersi come parte integrante di una comunità che condivide gli stessi valori e le stesse tradizioni. La letteratura e l'arte connettono due tipi di linguaggio, quello della parola e quello dell'immagine; lo studio dei più grandi autori letterari viene, dunque, associato a quello delle maggiori opere d'arte e in questo modo i corsisti approfondiscono le proprie conoscenze e sono stimolati ad utilizzare e ad esercitare più sensi contemporaneamente.

Il corso di danza funge da importante momento di incontro e socializzazione e attiva il movimento del corpo agendo sul benessere psicofisico del soggetto. Da non sottovalutare, inoltre, anche la sua funzione terapeutica, in quanto «le persone (...) con limitazioni motorie, che spesso sono escluse da interazioni con gli altri, attraverso il coinvolgimento in proposte musicali quali l'ascolto di gruppo (...) o il ballo d'insieme, diminuiscono il loro senso di solitudine o malessere» (Farina, in Castelli, 2011, p. 115). Molteplici anche le finalità del corso di canto. Come il precedente, anch'esso favorisce momenti di incontro conviviali durante i quali i corsisti possono socializzare, svagarsi e divertirsi attraverso il canto. Quest'ultimo, tuttavia, non viene eseguito in maniera disinteressata e inconsapevole, in quanto la preparazione tecnica viene preceduta dallo studio letterario della canzone. Prima di giungere al canto vero e proprio, infatti, si analizza il testo di ogni canzone al fine sia di enfatizzarne il valore poetico sia di scoprire i significati nascosti e i messaggi trasmessi dall'autore. Inoltre, essendo incentrato sulla canzone italiana, il corso ripercorre parte della storia del Paese che inevitabilmente risulta connessa alla storia individuale di ogni corsista. «L'esperienza musicale consente di ricordare, esprimere o condividere un particolare vissuto, (...) mette in condivisione le emozioni. Per la persona anziana si rivela particolarmente utile l'ascolto di musiche legate alla propria storia, per ricordare i momenti piacevoli vissuti con le persone care e gli episodi importanti della propria esistenza» (Farina, in Castelli, 2011, p. 114).

Il corso di pittura, invece, è principalmente teso a valorizzare il potenziale creativo, estetico, artistico ed espressivo dei corsisti. La vecchiaia è un'età «potenzialmente e liberamente connessa alla creatività» (Tramma, 2000, p. 32), la quale consente di inventare, immaginare, esprimersi con modalità nuove e originali e il suo sviluppo va inserito «in una prospettiva di adattamento all'ambiente e di scambio relazionale (...). La persona anziana, che di esperienze ne ha vissute nel corso della propria esistenza (...) possiede un potenziale di creatività non indifferente» (Farina, in Castelli, 2011, pp. 109-110). Ogni corsista dell'Unitre, infatti, si avvicina alla pittura in maniera del tutto personale e originale, dipingendo forme astratte, paesaggi, fiori, persone e scene di vita e ogni tela diviene espressione unica e irripetibile di sentimenti, emozioni e modi diversi di guardare il mondo.

Molto importanti anche i corsi inerenti alla salute e al benessere psicofisico dell'anziano, come il corso di medicina e il corso di attività motoria. Il primo è un corso teorico che consente ai corsisti di affrontare e di discutere, insieme ad un medico, tematiche cliniche legate alle patologie maggiormente riscontrate in età senile.

Non si può negare, infatti, che la malattia è una preoccupazione costante nella vita dell'anziano e se da un lato può generare ansia e frustrazione, dall'altro lato può essere accettata come una «sfida a cui far fronte» (Viney, 1994, p. 101). A tal proposito, fondamentale risulta un adeguato processo formativo, inteso come una vera e propria pratica di prevenzione, di cura e di accompagnamento della persona. L'educazione permanente, dunque, permette di sviluppare fin dall'infanzia la capacità di «imparare-ad-imparare» (Frabboni, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012), competenza trasversale utile soprattutto per fronteggiare i momenti di criticità. Nell'età anziana, ad esempio, essa consente di apprendere nuove strategie per far fronte al cambiamento e per aprirsi a interessi culturali e sociali grazie ai quali si possono «prevenire ripiegamenti depressivi» (Baldacci, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012, p. 69) e dispiegare nuove possibilità. Il secondo corso, invece, è di natura pratica e consi-



ste in lezioni di attività motoria. È risaputo che una costante attività fisica giova sulla salute dell'individuo in tutte le età, ma in quella senile diviene una vera e propria strategia di invecchiamento attivo tesa ad aumentare l'autonomia e a prevenire deficit funzionali del corpo. Non a caso «la limitazione nella mobilità costituisce uno tra i primi segni del processo di disabilità che si instaura nella popolazione anziana» (Clemente, Rosa e Sannicandro, in Volpicella, 2014, p. 62). I benefici dell'attività motoria sono sia di natura economica, nella misura in cui si evitano cure mediche, sia di natura psicofisica. Infatti, sentirsi bene a livello fisico incide fortemente anche sulla psiche del soggetto (Tramma, 2000), che impara ad accettare un corpo che cambia. Non è raro che la percezione negativa di sé da parte dell'anziano derivi soprattutto dalla distanza avvertita tra una mente ancora attiva e un corpo non più giovane che spesso ostacola la realizzazione dei propri desideri. Tuttavia nella vecchiaia si assiste al superamento del dualismo mente-corpo perché è proprio sul fisico che la persona porta i segni del proprio vissuto (Rossiello e Di Giovine, in Volpicella, 2014). Quindi disconoscere il proprio corpo o percepirlo come estraneo da sé significa «rinnegare la propria identità» (Rossiello e Di Giovine, in Volpicella, 2014, p. 88) e cancellare le tracce di eventi, vissuti, storie che si fanno visibili in ogni singola ruga e in ogni singolo dolore o fastidio fisico. In tal senso l'educazione permanente diviene essenziale per «sviluppare pratiche di riflessività in grado di opporsi all'inquietudine dello scoprirsi anziani» (Pinto Minerva, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, p. 51).

La famiglia è un altro argomento contenuto nel programma. In una società adultocentrica, in cui predomina sempre di più la funzione produttiva dell'uomo, l'anziano, ormai fuori dal mercato del lavoro, rischia di divenire vittima di emarginazione in quanto la sua presenza viene percepita non come una risorsa, ma come un «onere per la società» (Baldacci, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012, p. 64). Si dimentica però che gli anziani sono «produttori di servizi per le altre persone, servizi relativi alla cura degli altri e dell'infanzia in particolare» (Baldacci,

in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012, p. 69). Si tratta, dunque, di rovesciare i pregiudizi legati all'età senile e di riconferire senso e valore all'anziano che, soprattutto nel contesto familiare, acquista un'importanza imprescindibile in quanto, fornendo un valido sostegno ai genitori nella conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, si erge come un potente «tessuto connettivo della comunità» (Baldacci, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012, p. 70). Il ruolo che l'anziano riveste nella gestione familiare, tuttavia, non è solo strumentale, ma è anche culturale ed emotivo (Ladogana, in Loiodice, 2014). Le molteplici trasformazioni subite dalla famiglia comportano, infatti, un necessario ripensamento dei rapporti intergenerazionali che diventano profondamente significativi soprattutto nella relazione tra nonni e nipoti (Ladogana, in Loiodice, 2014). Quest'ultima produce opportunità di apprendimento reciproco perché le conoscenze "nuove" dei giovani si incrociano con quelle "vecchie" degli anziani e dal loro intreccio possono scaturire progetti originali in grado di avviare profonde trasformazioni (Pinto Minerva, 2011). Si tratta, allora, di promuovere l'incontro intergenerazionale e valorizzare la vecchiaia anche attraverso il potere formativo della «nonnità» (Dato, in Pinto Minerva, 2015, p. 62), che si trasforma in una vera e propria «genitorialità sociale» (Dato, in Pinto Minerva, 2015, p. 62).

Di carattere principalmente morale, infine, sono le tematiche affrontate dai corsi di letteratura e di religione. Il primo riflette sulla natura dell'essere umano a partire da una rilettura critica delle maggiori opere letterarie, come ad esempio quelle di Pirandello, il secondo affronta temi etici e morali a partire dalla religione. Nella terza età, più che mai, emergono interrogativi esistenziali profondi sul significato della vita e dell'essere umano che si connettono al bisogno dell'anziano di conferire senso e valore al proprio sé, ai propri vissuti e al mondo in generale. «Riuscire in questo compito significa consolidare il senso del proprio essere attraverso la consapevolezza dell'essere stato, e dunque conquistare un senso di compiutezza di sé» (Baldacci, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012, p.82), ma anche riacquistare fiducia negli altri e nel mondo, tornare

ai valori e riscoprire la vera essenza della vita. Tali domande «esigono lo sfrondamento del superfluo» (Demetrio, 2007, p. 12) a cui l'anziano facilmente riesce a sottrarsi proprio in virtù della sapienza e della saggezza accumulate nel tempo, che lo portano «a non essere più incline ai mascheramenti e alle inautenticità» (Dato, in Pinto Minerva, 2015, p. 51). Nella terza età si dà priorità all'«essere» piuttosto che all'«apparire», si acquistano senno e autorità con i quali si fanno valere le proprie opinioni, senza preoccuparsi del giudizio altrui (Tramma, 2000), e si assume uno sguardo più critico e distaccato nei confronti della vita e ciò consente di ricavare gioia e piacere perfino dalle piccole cose. È necessario, quindi, aiutare l'anziano a riappropriarsi del proprio ruolo di «fonte di saggezza» (Loiodice, 2013).

Fondamentale anche il corso di psicologia che permette di confrontarsi con le tematiche del processo evolutivo dalla nascita all'età senile, focalizzandosi soprattutto sui cambiamenti di quest'ultimo periodo che grazie alle risorse acquisite consente, in maniera creativa, di superare gli ostacoli dovuti all'avanzare dell'età.

Lodevole, inoltre, anche l'attenzione riservata all'inglese e all'informatica, che promuovono percorsi formativi tesi non solo ad ampliare la conoscenza della lingua straniera e a facilitare l'utilizzo delle nuove tecnologie, ma anche a creare preziosi incontri intergenerazionali.

L'attività didattica dell'Unire di Lucera viene arricchita anche da manifestazioni, seminari, convegni e progetti, nonché da viaggi nazionali e internazionali che costituiscono un'opportunità estremamente importante per scoprire posti nuovi, per ampliare le proprie conoscenze e per confrontarsi con altre persone e altri membri delle Unire italiane.

3. TESTIMONIANZE DIRETTE

Al fine di analizzare in maniera più approfondita l'opera dell'Unire di Lucera, la sua organizzazione, l'importanza e il significato emotivo che assume nella vita dei partecipanti e l'impatto socio-culturale che produce sull'intera comunità, sono state somministrate delle interviste narrative al Presidente, ai docenti e ad alcuni corsisti dell'Associazione.

Si tratta di racconti che rovesciano completamente i pregiudizi legati alla terza età, e forniscono l'immagine di un anziano attivo, curioso, interessato alla vita e aperto al futuro.

I docenti, infatti, affermano: «I corsisti dell'Unire sono sempre desiderosi di conoscere» (M. T. D. I., intervista, 2016), «sono ricchi di entusiasmo e vogliono ancora imparare» (C. L., intervista, 2016), «c'è gente che non può salire le scale, ma viene comunque» (M. I., intervista, 2016). Loro non vivono la terza età con angoscia, ma «come un'opportunità per riempire una parte di sé che è rimasta scoperta» (U., intervista, 2016), «ed è proprio questo entusiasmo che li porta a scoprire e a conoscere tante cose nuove» (P. S. e G. P., intervista, 2016).

Nell'età senile, infatti, l'apprendimento non viene vissuto come una necessità, ma come una vera e propria pratica di cura di sé che permette di «tenere attiva la mente ed essere impegnati» (G. F., intervista, 2016). E. C., M. O. e F. Z. (interviste, 2016) sostengono che l'approccio dell'anziano alla cultura è privo di quella superficialità che caratterizza la giovane età; al contrario, è guidato dalla ragione, da uno sguardo critico e analitico e da una maggiore maturità che permette di entrare «nell'intimo di una cosa» (E. C., intervista, 2016). «È un arricchimento intellettuale ottenuto senza l'ansia della prestazione» (F. Z., intervista, 2016).

Se affrontato in questo modo, l'apprendimento conduce la persona verso saperi inediti, capaci a loro volta di dilatare i propri orizzonti e di svelare nuovi traguardi, raggiungibili grazie a quella libertà di cui giovani e adulti difficilmente possono beneficiare a causa degli impegni lavorativi o familiari. Non si tratta, però, solo di una libertà intesa in termini quantitativi, ma anche di una libertà emotiva ed espressiva che consente agli anziani di «tornare all'infanzia» (Pinto Minerva, 2012, pp. 52-54). Il che significa recuperare la propria immaginazione, la propria spensieratezza, la capacità di sognare, di lasciarsi andare, di pensare in maniera divergente sottraendosi sia alla «ripetizione dell'identico» (Pinto Minerva, 2012, p. 53) sia alla preoccupazione e all'imbarazzo per lo sguardo e il giudizio altrui, che in età senile non è più così importante.



Tale aspetto non a caso viene evidenziato proprio dai docenti di danza, di canto, di attività motoria e di pittura, ovvero quelle attività caratterizzate da un forte potenziale espressivo e creativo e che consentono al soggetto di evadere dai problemi che invadono la quotidianità, di svagarsi e di ritrovare la propria allegria e la propria autenticità. Il senso di libertà e di serenità ritrovata conduce anche ad una quiete interiore, dimensione nella quale si fanno strada interrogativi profondi «sul significato della vita, sul significato del dolore, della giustizia e così via» (G. M., intervista, 2016), e quindi in grado di risvegliare «quei sentimenti sui quali spesso non si riflette» (M. U., intervista, 2016) e che facilitano l'incontro col proprio sé e con l'altro.

L'Unitre inoltre restituisce il calore della relazione contrastando «una società nella quale i più deboli sono spesso abbandonati a se stessi» (Volpicella, 2014, p. 135). A tal proposito il docente M. U. racconta:

«In casa loro si intristiscono. Io ad esempio l'altro anno li ho invogliati a scrivere delle piccole poesie e dei racconti (...). E alcuni sono bellissimi perché si confessano e allora mi accorgevo di quanta tristezza c'era in qualcuno quando stava da solo e la gioia invece che provava quando doveva venire qui per poter avere la possibilità di dire una parola, uno spazio per essere ascoltato. Io durante le lezioni li coinvolgo, li chiamo per nome e loro sono tutti felici. E vengono qua per potersi misurare con se stessi e per trovare nel confronto con gli altri quella spinta per poter vivere meglio le proprie fragilità» (intervista, 2016).

Tutto ciò viene confermato dalla parole dei corsisti i quali sostengono che «all'Unitre veramente si sta bene» (M. C., intervista, 2016) perché «socializzare (...) è una cosa bellissima» (E. C., intervista, 2016), è un «un momento di distrazione, di comunicazione» (M. C., intervista, 2016) che permette di riscoprire «la gioia di stare insieme, di discutere, di raccontare, di parlare» (C. C., intervista, 2016).

Quella che viene a crearsi all'interno dell'Unitre è una forma di socializzazione privilegiata, in quanto nasce non dalla condivisione di esperienze futili, ma dalla partecipazione condivisa ad attività fortemente stimolanti, quindi, oltre ad appagare il naturale bisogno

relazionale dell'uomo, innesca veri e propri processi di scambio e di confronto attivi. Questo rapporto di apprendimento reciproco, inoltre, diviene anche uno stimolo motivazionale per i docenti, spinti a perseverare in tale esperienza anno dopo anno proprio in virtù dei benefici che ne traggono a livello personale. M.T.D.I. e C. L., ad esempio, affermano: «Noi facciamo volontariato, ma in cambio riceviamo molto; c'è un confronto umano, uno scambio di affetto e di emozioni» (M. T. D. I., intervista, 2016) e questo «ci dà la carica per andare avanti» (C. L., intervista, 2016). La volontà di migliorarsi rende costante e continuo il processo di crescita che non risulta affatto concluso nella terza età, ma si protrae durante tutto il corso della vita.

I corsisti durante le interviste hanno ripetuto più volte che «non si finisce mai di imparare» (R. T., intervista, 2016) perché «l'apprendimento non ha fine» (R. M., intervista, 2016) e prepara il soggetto ad affrontare al meglio le transizioni che investono la persona in ogni nuova fase della vita.

La vecchiaia, in particolare, enfatizza la distanza tra io interiore e io esteriore e tale contrasto se in un primo momento può destabilizzare, successivamente si rivela una risorsa indispensabile per imparare ad "abitare" la nuova condizione. Infatti, una mente forte, attiva, flessibile, in grado di compensare la fragilità del corpo è il frutto di un processo formativo permanente che attrezza il soggetto di un bagaglio culturale ed emotivo che lo rende disponibile a ricominciare, capace di «governare le transizioni» (Loiodice, 2012) e perfino in grado di svelare «il fascino che la dimensione del cambiamento continuo reca in sé» (Loiodice, 2012).

Significativa a tal proposito la testimonianza di molti corsisti. C. C. ad esempio, afferma: «Io dentro di me non me li sento gli anni. Certo ci sono gli acciacchi che ci ricordano l'età, ma non mi arrendo mai» (intervista, 2016). E ancora, R. T.: «bisogna superare certe cose e avere una certa forza di volontà» (intervista, 2016). L'impegno, l'entusiasmo, il coraggio con cui gli intervistati affrontano la vita dimostrano che la senilità non è l'età del declino, ma diviene tale solo «se interiormente cominciamo a deprimerci» (M. O., intervista, 2016). Essa invece «va elevata a stagioni-di-cam-

bio» (Frabboni, in Baldacci, Frabboni e Pinto Minerva, 2012, p. 62). R. M. a ottant'anni continua ancora a fare «programmi per il futuro» (intervista, 2016), confermando che anche la vecchiaia, così come tutte le altre età, si rivela densa di progettualità.

I benefici ottenuti dall'Unitre, dunque, sono molteplici e provengono anche sotto forma di riconoscimenti e gratificazione da parte della famiglia, dei figli e dei nipoti, che vedono nella «scuola dei nonni» (F. Z., intervista, 2016) una grandiosa occasione per vivere meglio divertendosi e imparando.

Le Unitre, per concludere, sono una straordinaria risorsa da non disperdere ed è per questo motivo che non devono restare nascoste, ma occorre valorizzarle, lodarle, e portarle all'attenzione di tutti, soprattutto dei giovani, affinché possano ritrovarle, attraverso l'esempio degli anziani, quei valori dell'«etica semplice» (Hartmann, 2011, p. 217), della disponibilità, dell'aiuto reciproco e della curiosità nei confronti della bellezza della vita.

BIBLIOGRAFIA

- Baldacci, M. (2012). **Tempo ritrovato ed eterno riposo. L'anziano e l'educazione permanente.** In M. Baldacci, F. Frabboni & F. Pinto Minerva (A cura di), *Continuare a crescere. L'anziano e l'educazione permanente* (pp. 60-86). Milano: Franco Angeli.
- Clemente, M., Rosa, R. A., & Sannicandro, I. (2014). **L'invecchiamento e l'attività fisica.** In M. A. Volpicella (A cura di), *Ri-pensare le vecchieie* (pp. 47-82). Lecce: Pensa Multimedia.
- Dato, D. (2015). **Progettare il "dopo di noi". L'altuismo per il futuro della civiltà.** In F. Pinto Minerva (A cura di), *Sguardi incrociati sulla vecchiaia* (pp. 47-66). Lecce: Pensa Multimedia.
- Demetrio, D. (2007). **La vita schiva. Il sentimento e le virtù della timidezza.** Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Farina, F. (2011). **L'invecchiamento positivo con la musica.** In C. Castelli (A cura di), *Resilienza e creatività. Teorie e tecniche nei contesti di vulnerabilità* (pp. 108-116). Milano: Franco Angeli.
- Formenti, L. (1998). **La formazione autobiografica. Confronti tra modelli e riflessioni tra teoria e prassi.** Milano: Guerini Studio.
- Frabboni, F. (2012). **Un capitale da non disperdere: la terza età.** In M. Baldacci, F. Frabboni & F. Pinto Minerva (A cura di), *Continuare a crescere. L'anziano e l'educazione permanente* (pp. 15-38). Milano: Franco Angeli.
- Hartmann, N. (2011). **Ontologia dei valori** (a cura di G. D'Anna). Brescia: Morcelliana Editrice.
- Ladogana, M. (2014). **Nonni e nipoti. Un'alleanza educativa possibile.** In I. Loiodice (A cura di), *Formazione di genere. racconti, immagini, relazioni di persone e famiglie* (pp. 87-95). Milano: Franco Angeli.
- Loiodice, I. (giugno, 2012). **Orientamento come educazione alla transizione. Per non farsi "schiacciare" dal cambiamento. MeTis. Mondi educativi. Temi indagati e suggestioni,** Rivista internazionale di Pedagogia, Didattica e Scienze della Formazione, II, 1.
- Loiodice, I. (dicembre, 2013). **Bambini e anziani, centro o periferia?. MeTis. Mondi educativi. Temi indagati e suggestioni.** Rivista internazionale di Pedagogia, Didattica e Scienze della Formazione, III, 2.
- Luppi, E. (2008). **Pedagogia e terza età.** Roma: Carocci.
- Pinto Minerva, F. (2011). **Narrazioni tra memoria e futuro.** In Id. (A cura di), *La memoria del Parco. Il Parco della memoria. Ambiente, ricerca, formazione.* Bari: Progedit.
- Pinto Minerva, F. (2012). **La vecchiaia. Sguardi pedagogici.** In M. Baldacci, F. Frabboni & F. Pinto Minerva (A cura di), *Continuare a crescere. L'anziano e l'educazione permanente* (pp. 39-59). Milano: Franco Angeli.
- Rossiello, M. C., & Di Giovine, A. G. (2014). **L'anziano è "l'altro da sé".** In A. M. Volpicella (A cura di), *Ri-pensare le vecchieie* (pp. 83-109). Lecce: Pensa Multimedia.
- Tramma, S. (2000). **Inventare la vecchiaia.** Roma: Meltemi.
- Viney, L. L. (1994). **L'uso delle storie nel lavoro con l'anziano. Tecniche di terapia dei costrutti.** Trento: Erickson.
- Volpicella, A. M. (2014). **Senso e valore della vecchiaia.** In Id. (A cura di), *Ri-pensare le vecchieie* (pp. 133-136). Lecce: Pensa Multimedia.



SINTOMI COMPORTAMENTALI E PSICOLOGICI DELLA **DEMENTIA**

STUDIO SU SOGGETTI CON DIAGNOSI DI **DETERIORAMENTO COGNITIVO** OSPITI IN UN CENTRO DIURNO

Mariapia Conoscitore
Psicologa Coordinatrice presso il centro diurno integrato Alzheimer e demenze "Villa Elisa" (FG)

Anna Carla Muraglia
Psicologa, Esperta in neuroscienze cliniche e neuropsicologia

RIASSUNTO

Oltre al deterioramento del quadro cognitivo, le demenze sono caratterizzate dalla comparsa di sintomi psicologici e comportamentali, che hanno una loro incidenza negativa sia sulla condizione psicofisica globale del paziente, e sia sul carico assistenziale del caregiver informale. In questo studio condotto su un campione di soggetti ospiti del centro diurno integrato "Villa Elisa" (FG) si rileva il quadro cognitivo ed emotivo all'inserimento in struttura e poi dopo tre mesi. L'obiettivo è valutare l'andamento dei sintomi nel paziente e nel caregiver in relazione all'introduzione in un contesto di socializzazione e stimolazione (cognitiva, sensoriale ed emozionale).

PAROLE CHIAVE

Deterioramento cognitivo, BPSD, caregiver, terapie non farmacologiche.

INTRODUZIONE

Già nel 1838 nella definizione di demenza senile, si associava alla condizione cognitiva anche la presenza di disturbi emotivi (Esquirol, 1838). Alois Alzheimer (1906) nella classica descrizione della condizione patologica di Auguste D., osservò come i *disturbi comportamentali* fossero i sintomi maggiormente manifestati dalla paziente. I sintomi descritti erano: allucinazioni, deliri, agiti impulsivi.

Tuttavia solo recentemente la comunità scientifica internazionale è giunta a riconoscerli e a codificarli più precisamente.

Nell'Update Consensus Conference (1999) fu stabilito da sessanta esperti del campo, che il termine

disturbi comportamentali dovesse essere sostituito da *sintomi comportamentali e psicologici della demenza* (BPSD), definiti come "disturbi della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore e del comportamento, che si presentano in pazienti con demenza" (Finkel&Burns, 1999).

L'IPA (International Psychogeriatric Association) nella guida ai BPSD (2012) li suddivide in tre categorie:

■ **DISTURBI DELL'AREA PSICOTICA**

Deliri

I deliri rilevati nellademenza e documentati nella BehavioralPathologicRating Scale for Alzheimer'sdisease (BEHAVE-AD; Reisberg et al., 1989) sono: il *delirio di furto*, che potrebbe essere ricondotto alla difficoltà dei soggetti con demenza a ricordare la collocazione degli oggetti; il *delirio di abbandono*, il *delirio di infedeltà*. I deliri rappresentano un rischio per l'aggressione fisica (Gilley et al., 1997).

Allucinazioni

Le allucinazioni visive sono le più comuni e sono presenti più nella fase moderata, rispetto alla lieve e severa. Nei pazienti con LBD si riporta una frequenza più alta del 80% (McKeith et al., 1992). Una buona percentuale di persone con demenza ha compromissioni delle abilità visive (cataratta, glaucoma e soprattutto degenerazione maculare senile). Poiché le allucinazioni potrebbero essere facilitate da queste difficoltà, l'esame della funzione visiva ed uditiva è una parte importante dell'assessment.

■ DISTURBI DELL' AREA EMOTIVO-AFFETTIVA

Depressione

Diagnosticare la depressione può essere difficoltoso, soprattutto in pazienti con demenza di grado moderato e severo. Con la progressione della demenza la diagnosi diventa più difficoltosa, poiché l'aumento delle difficoltà di comunicazione e linguaggio, l'apatia, la perdita di peso, i disturbi del sonno e agitazione possono presentarsi come parte della patologia degenerativa.

Apatia

È presente in oltre il 50 % dei pazienti negli stadi precoci e intermedi dell'AD e altre demenze. Essa può aumentare con la severità dell'AD (Turro-Garriga et al., 2009), e l'apatia persistente può essere un fattore di rischio per il declino funzionale in ad (Lechowski et al., 2009)

Ansia

L'ansia si manifesta nel paziente con demenza come preoccupazione sulle finanze, futuro, salute (incluso la memoria) e riguardo eventi/ attività (Reisberg et al., 1986). Una comune manifestazione dell'ansia è la *sindrome di Godot*, in cui si ripetono continuamente domande su un evento imminente. Questo comportamento può diventare incessante e persistente da creare un maggiore stress nei parenti del paziente e nel caregiver).

■ DISTURBI DELL'AREA COMPORTAMENTALE

Wandering

Il wandering è uno dei sintomi più problematici, particolarmente in termini di stress/carico per i caregiver. Spesso risulta in persone con demenza inseriti nelle strutture di cura a lungo termine. Si manifesta come tendenza a camminare senza un evidente scopo e tentativi di uscire all'esterno.

Agitazione

L'agitazione è definita come attività verbale motoria vocale inappropriata che non è giudicata da un osservatore esterno come risultante diretta dei bisogni o della confusione della persona. (Cohen-Mansfield, 2000).

Resistenza alle cure

La resistenza alle cure è un'altra manifestazione comportamentale ben specifica e va distinta dall'agitazione (Volicer et al., 2007). Consiste nel rifiuto dell'assunzione dei farmaci, dell'assistenza nelle attività quotidiana (ADL) o nel mangiare

Sindrome di Sundowning

Essa riguarda l'esacerbazione dei BPSD nel pomeriggio o di sera ed è associata spesso all'agitazione e ai disturbi del sonno. Un'ipotesi eziologica riguarda la degenerazione del nucleo soprachiasmatico dell'ipotalamo con conseguente alterazione del ritmo sonno veglia. I disturbi dei ritmi circadiani e sundowning sono spesso associati e presenti nell'AD ed altre demenze (Sharer, 2008).

IL CAREGIVER

Lo stress del caregiver ed una relazione insoddisfacente tra il paziente ed il caregiver possono esacerbare i BPSD. Inappropriate strategie del caregiver sono state associate a deliri (Riello et al., 2002), aggressione (Hamel et al., 1990) ed iperattività (de Vugt et al., 2004). Studi focalizzati sull'intervento psicoterapico sui caregiver hanno dimostrato, che una modificazione dei comportamenti disfunzionali dei caregiver possono alleviare l'emergenza dei BPSD nei pazienti con demenza (Ballard et al., 2000; Haupt et al., 2000).

LA PRESA IN CURA DEL SOGGETTO CON DETERIORAMENTO COGNITIVO

Il Modello Bio-Psico-sociale

Tale modello pone il soggetto al centro di un sistema influenzato da molteplici fattori (Engel, 1977). Per comprendere e trattare la malattia l'operatore dovrebbe prendere in considerazione non solo i problemi di funzioni e organi, ma anche gli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo. Tali fattori sono fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia.

Il concetto di salute suggerito dal World Health Organization (1991) fa riferimento a diverse componenti: fisiche (funzioni, organi strutture); mentali (stato intellettuale e psicologico); sociali (vita domestica,



lavorativa, economica, familiare, civile); spirituali (valori), allo scopo di riconoscere in esse le variabili collegate alle condizioni (soggettive e oggettive) di benessere e malessere.

Da ciò consegue un'evoluzione del classico "metodo di diagnosi e cura della malattia" nel "metodo di assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali", da cui ricavare un "piano integrato di cura e assistenza alla persona".

L'unica strategia per realizzare tale approccio prevede la collaborazione di una équipe multiprofessionale interagente al proprio interno e con il paziente. L'équipe del centro diurno è composta dalle seguenti figure professionali: neurologo, psicologo, educatori, infermiere, OSS, fisioterapista.

METODO

Obiettivi

Valutare l'andamento dei BPSD dall'inserimento del malato in un centro diurno con follow-up a tre mesi.

Trattamento

Nel centro Diurno si effettuano attività di stimolazione e riattivazione, quali Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT, Taulbee, 1984; Zanetti et al., 2005), Memory training e training procedurale; Attività di stimolazione sensoriale, quali musicoterapia, terapia multisensoriale, arteterapia, orto-terapia; Attività di stimolazione emozionale: Terapia della Reminiscenza; Our Time; Terapia Occupazionale; Attività ricreative; Attività religiose; Attività culturali. Inoltre ciascun ospite è seguito da uno specialista neurologo, da una psicologa e da un'infermiera per la somministrazione delle terapie.

Campione

Il campione selezionato è composto da n.14 soggetti (6 M; 8F; Età media=82, 14 aa), ospiti del centro diurno "Villa Elisa" di Foggia (FG), con diagnosi di deterioramento cognitivo: tre con demenza di Alzheimer (AD), tre con demenza vascolare (VaD), otto con demenza mista (DM).

Strumenti

Allo scopo di valutare l'evoluzione dei BPSD sono

state esaminate le valutazioni ottenute dalla somministrazione della scala NPI (Neuropsychiatric Inventory, Cummings et al., 1994) e CBI (Caregiver-Burden Inventory, Novak & Guest, 1989).

NPI (Neuropsychiatric Inventory, Cummings et al., 1994)

La Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994) è uno dei strumenti di indagine per la rilevazione dei sintomi neuropsichiatrici nella popolazione anziana affetta da demenza. Originariamente era composta da dieci domini e impiegata nella popolazione ambulatoriale, in seguito è stata presentata una versione a 12 domini (Cummings et al., 1997), di utilizzo con popolazioni psicogeriatriche (Lange et al., 2004)

Caregiver Burden Inventory (CBI; Novak & Guest, 1989)

The Caregiver Burden Inventory (CBI) è una scala di valutazione multidimensionale, attraverso la quale è possibile rilevare il carico soggettivo esperito dai caregivers. Novak e Guest svilupparono tale strumento considerando il burden non più come una sola dimensione, ma andando ad approfondire più aspetti della vita del caregiver.



RISULTATI

Per il monitoraggio dei BPSD si utilizzano i dati rilevati tramite la somministrazione della scala NPI all'inserimento del soggetto nella struttura (dopo una settimana dall'entrata) e dopo tre mesi dall'ultima valutazione. Nella figura 2 si riportano le medie dei valori relativi alla frequenza del sintomo rilevato. Le medie sono state ottenute sommando i punteggi ottenuti da pazienti con lo stesso sintomo diviso per il numero dei pazienti stessi.

Nella figura 3 sono riportate le medie dei punteg-

Evoluzione BPSD in soggetti affetti da demenze in trattamento

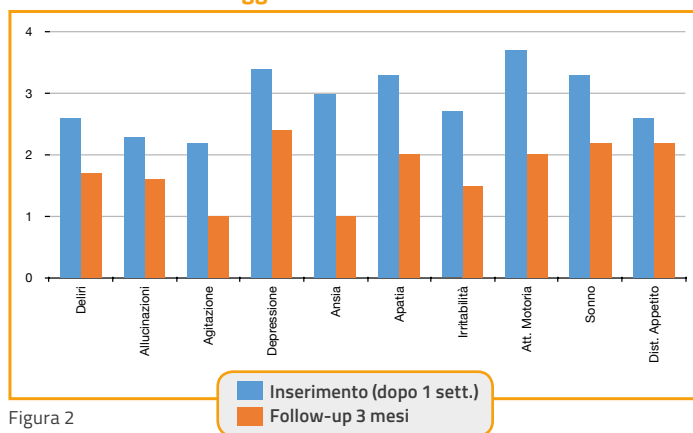


Figura 2

gi totali ottenuti dalla somministrazione del CBI al caregiver all'inserimento dell'ospite nel centro e dopo tre mesi dalla prima valutazione.

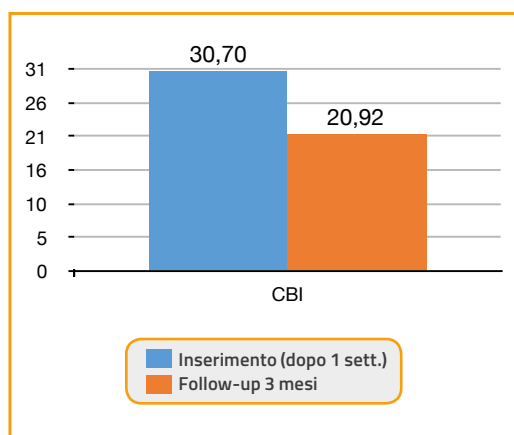


Figura 3

Dall'osservazione del primo grafico si evidenzia una riduzione in modo globale dei valori relativi ai sintomi psicologici e comportamentali legati alla demenza rilevati attraverso la scala NPI. Il sintomo che ha subito un maggior decremento è l'ansia, seguito dall'attività motoria, dall'apatia, agitazione e irritabilità nella stessa misura. Questa diminuzione si verifica nell'arco dei tre mesi di permanenza nel centro diurno, durante i quali gli ospiti hanno partecipato alle attività sopracitate, che dunque possono aver determinato un effetto positivo sui sintomi non cognitivi della demenza. Unitamente al miglioramento dell'aspetto psicologico e comportamentale si verifica una diminuzione dello stress percepito dal caregiver, come evidenziato nel secondo grafico, in cui si prendono in considerazione i punteggi ottenuti nello stesso arco di tempo tramite la somministrazione del CBI.

CONCLUSIONI

Seppur si tratti di un'analisi descrittiva e non sperimentale, l'oggettivo miglioramento della condizione psicologica, comportamentale ed

emotiva del paziente può essere associato all'inserimento in un contesto di socializzazione e riabilitazione, che contrasta il progressivo isolamento a cui l'anziano va inevitabilmente incontro nel corso degli anni e all'insorgenza della depressione o al suo peggioramento. La presenza di altri ospiti, la stimolazione non solo delle abilità cognitive ma anche relazionali, giocano un ruolo fondamentale nel decorso della patologia. Il paradigma riabilitativo, infatti, non deve prescindere dall'attenzione al contesto emozionale e ambientale in cui il paziente vive (Cotelli, Miniussi, Zanetti, 2011). Intervenendo sull'aspetto sociale ed emotivo si possono dunque osservare un miglioramento della sintomatologia psicologica e comportamentale, non solo del paziente ma anche del caregiver, che a sua volta, riducendo il proprio carico assistenziale e lo stress correlato, diventa un fattore protettivo nella progressione della patologia del familiare.

**BIBLIOGRAFIA**

- Alzheimer, A. (1906). **Über einen eigenartigen schweren erkrankungsprozess der Hirnrinde.** Neurologisches Centralblatt; 23:1129-36.
- Cohen-Mansfield, J. (2000) **Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia.** Alzheimer's Care Quarterly;1:8-12
- Cotelli, M., Miniussi, C., Zanetti, O. (2012). **Riabilitazione cognitiva nella malattia di Alzheimer.** In Marzucchi A. La riabilitazione neuropsicologica. Milano: Elsevier
- Cummings J.I., Mega M., Gray, K., Rosenberg-thompson, S., Carusi, D., Gornbein, J. (1994). **The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia.** Neurology 1994;44:2308-14.
- de Vugt, M.E., Riedijk, S.R., Aalten, J.P. (2006). **Impact of behavioral problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia.** Dementia & Geriatric Cognitive Disorders, 22(1), 35-41.
- Engel, G.L. (1977) **The need for a new medical model. A challenge for biomedicine.** Science, 196, 129-136
- Esquirol, E. (1838) **Des maladies mentales Paris,** J.-B. Baillière, l'Académie Royale de Médecine
- Gilley, D.W., Wilson, R.S., Beckett, L.A. (1997) **Psychotic symptoms and physically aggressive behavior in Alzheimer's disease.** Journal of the American Geriatrics Society; 45, 1074-1079.
- Hamel, M., Gold, D.P., Andres, D., et al. (1990). **Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients.** Gerontologist, 30, 206-211.
- Haupt, M., Karger, A., Jonner, M. (2000). **Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers.** International Journal of Geriatric Psychiatry, 15, 1125-9
- International Psychogeriatric Association, (2012) **Guide to Behavioral and psychological symptoms of dementia.**
- Lechowski, L., Benoit, M., Chassagne, P. (2009) **Persistent apathy in Alzheimer's disease as an independent factor of rapid functional decline: the REAL longitudinal cohort study.** International Journal of Geriatrics Psychiatry; 24(4), 341-6.
- McKeith, I., Fairbairn, A., Perry, R. (1992). **Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of the Lewy body type.** British Medical Journal; 305, 673-678
- Novak, M., Guest, C. (1989). **Application of a multidimensional caregiver burden inventory.** Gerontologist, 29, 798-803, 1989
- Reisberg, B., Franssen, E., Sclan, S., (1989). **Stage specific incidence of potentially remediable behavioral symptoms in aging and Alzheimer's disease: a study of 120 patients using the BEHAVEAD.** Bulletin of Clinical Neurosciences, 54, 95-112.
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. (1982). **The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia.** American Journal of Psychiatry. Sep; 139(9), 1136-9.
- Riello, R., Geroldi, C., Zanetti, O., et al. (2002). **Caregiver's distress is associated with delusions in Alzheimer's disease.** Behavioral Medicine, 28 (Fall): 92-98.
- Sharer, J. (2008) **Tackling sundowning in a patient with Alzheimer's disease.** Medsurg Nursing Journal, 17(1), 27-29.
- Taulbee, L.R., (1984). **Reality Orientation and clinical practice.** In T.B.L, ed. Working with the elderly: group process and Techniques, Monterey, Calif, Wadsworth Health Science Division, pp. 177-186.
- Turro-Garriga, O., Lopez-Pousa, S., Vilalta-Franch, J. (2009) **A longitudinal study of apathy in patients with Alzheimer's disease.** Revue Neurologique, 48(1), 7-13
- Volicer, L., Bass, E.A., Luther, S.L. (2007) **Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia.** Journal of American Medical Directors Association, 8(8), 527-532.
- WHO. (1991). **Resolutions and decisions annexes.** Forty-fourth World Health Assembly, Geneva.
- Zanetti, O., Binetti, G., Magni, E. (1997). **Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease: impact of a training programme.** Acta Neurol Scand, 95, 152-157.
- Zubenko, G.S., Moosy, J., Martinez, A.J., et al. (1991). **Neuropathologic and neurochemical correlates of psychoses in primary dementia.** Arch Neurol 48: 619-624.



LA VALUTAZIONE DELLA MEMORIA A BREVE TERMINE IN SOGGETTI CON DISTURBO DELL'APPRENDIMENTO NON VERBALE (DANV)

B.E. Intiso
Master BES 2017 AIRIPA Puglia Basilicata

L. Girelli
Università di Milano Bicocca

L. Rinaldi
Studio professionale
PsicoLogicaAzione, Foggia

A. Antonucci
M. Mastropietro

RIASSUNTO

Particolarmente limitata nei bambini con diagnosi di Disturbo dell'Apprendimento Non Verbale, la memoria di lavoro visuo-spaziale (MLVS), ha un ruolo indispensabile e fondamentale per il mantenimento e l'elaborazione di materiale visivo e spaziale. La MLVS è ritenuta essere parte di un sistema di memoria più ampio, la memoria di lavoro (ML) ed è a sua volta distinta in una componente visiva e una spaziale e, più dettagliatamente, in visiva, spaziale-sequenziale e spaziale-simultanea (Cornoldi e Vecchi, 2003). Data questa articolazione in sotto componenti, la valutazione della MLVS richiede strumenti consoni ed articolati (e.g., batteria AWMA, Alloway, 2007). In Italia è utilizzata, a questo scopo, la BVS (Mammarella et al. 2008), una batteria per la valutazione delle diverse componenti della memoria di lavoro visuo-spaziale.

PAROLE CHIAVE

Disturbo dell'Apprendimento Non Verbale, deficit di memoria di lavoro visuo-spaziale (MLVS), prove di Memoria a Breve Termine.

INTRODUZIONE

La presente ricerca indaga la specifica compromissione della MBT Visuo-Spaziale in soggetti DANV, ipotizzando e confermando una particolare difficoltà nell'elaborazione richiesta dall'inversione della sequenza (i.e., test di Corsi inverso) in presenza di buone capacità di mantenimento e manipolazione di informazioni verbali.

OBIETTIVI

Il lavoro si propone di Indagare in che misura , in soggetti DANV , il deficit nelle risorse visuo-spaziali moduli la prestazione nella componente avanti e indietro delle prove di Memoria a Breve Termine. **Poster presentato al XXVI Congresso Nazionale AIRIPA "I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO" Conegliano, 29-30 Settembre 2017.*

PARTECIPANTI

GRUPPO DANV	GRUPPO DI CONTROLLO
15 soggetti (età media=12 anni e 7 mesi) QI M= 99.1	15 soggetti (età media=12 anni) QI M = 98.9

Criteri di inclusione:
QIV > QIP => 15 punti nella WISC IV, e compromissione comprovata della MLVS.

Criteri di esclusione: QI < 80; comorbidità con DSA o disturbi del neurosviluppo, madrelingua non italiana.

STRUMENTI

Per la valutazione delle prestazioni in esame Sono stati scelti strumenti psicodiagnostici che comprendono Compiti utili a valutare la capacità della Memoria a Breve Termine



Test di Corsi: prova per la MBT Visuo-Spaziale.

«Ascolta attentamente: ora tu dovrai toccare i cubetti che tocco io, subito dopo di me, nello stesso ordine con cui li ho toccati io».

CORSI AVANTI	CORSI INDIETRO
Indicare, nello stesso ordine i cubi indicati dall'esaminatore partendo dal primo fino all'ultimo.	Indicare, in ordine inverso, i cubi indicati dall'esaminatore.

Span di Cifre: prova per la MBT Uditivo-Verbale.

«Ascolta attentamente: ora ti dirò dei numeri che tu dovrai ripetere nello stesso ordine in cui li ho detti io».

PROVA "AVANTI"	PROVA "INDIETRO"
Ripetere nello stesso ordine una serie di cifre pronunciate dall'esaminatore.	Ripetere in ordine inverso una serie di cifre pronunciate dall'esaminatore.

Compito di Item WM: valuta la capacità di ritenere in WM singoli elementi.

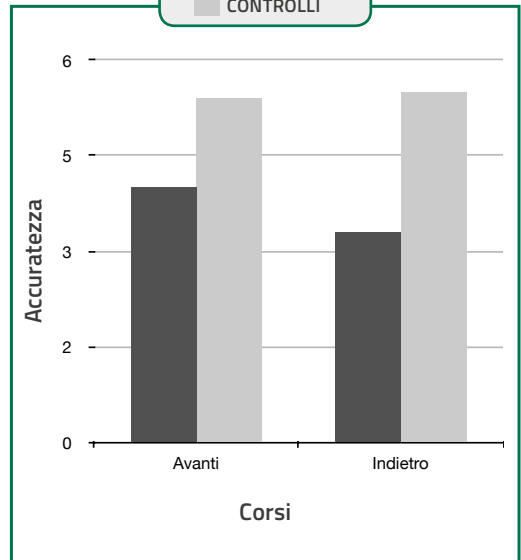
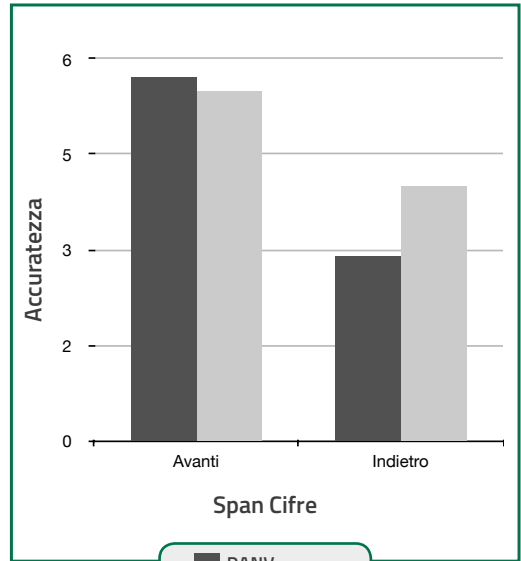
Compito di ripetizione di non parole (es. "Ref, Rav"), adattato da Attout e Majerus (2015):

- Presentazione degli stimoli uditivi in cuffia, uno alla volta;
- Ripetizione da parte del soggetto di "BlaBlaBlaBla" (3 secondi);
- Ripetizione dello stimolo udito.

RISULTATI	
PROVA "AVANTI"	PROVA "INDIETRO"
gruppo DANV (M=24.6)	gruppo di controllo (M=25.6)
t(28)<1, n.s.	

RISULTATI

Memoria a Breve Termine



gruppo x direzione $F[1, 28]=7.93, p < .01$

CONCLUSIONI

- Il gruppo DANV ha una prestazione significativamente inferiore al gruppo di controllo (GC) solo nel Corsi Span (DANV, M=3.7 e GC, M=5.5) comparabile nel Digit Span (DANV, M=4.3 e GC, M=4.8).



- La differenza di prestazione tra gruppi emerge sempre ma in modo più netto nelle prove all'indietro rispetto a quelle in avanti.
 - In particolare, nel Test di Corsi il gruppo DANV è penalizzato nella prestazione indietro rispetto a quella in avanti, mentre nei controlli la prestazione tra le due versioni non differisce. Questo dato replica ed estende quanto riportato da Mammarella e Cornoldi (2005), mostrando come la versione avanti ed indietro del Corsi implicino processi spaziali differenti.
- Bianca Elisabetta Intiso*
Master BES 2017 AIRIPA Puglia Basilicata
- BIBLIOGRAFIA**
- Attout, L., Majerus, S. (2015). **Working memory deficits in developmental dyscalculia: the importance of serial order.** *Child Neuropsychol.* 21 432–450. 10.1080/09297049.2014.922170
 - Baddeley, A. D., & Hitch, G. (1974). **Working memory.** In G.H. Bower (Ed.), *“The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory”* (Vol. 8, pp. 47–89). New York: Academic Press.
 - Benton, (1985). **Visuoperceptive, visuo-spatial and visuoconstructive disorders.** *Clinical Neuropsychology.* New York: Oxford University Press
 - Cornoldi, C., & Vecchi, T. (2003). **Visuo-spatial working memory and individual differences.** Howe: Psychological Press.
 - Mammarella, I. C., & Cornoldi, C. (2005). **Sequence and space: The critical role of a backward spatial span in the working memory deficit of visuo-spatial learning disabled children.** *“Cognitive Neuropsychology”* 22, 1055– 1068.
 - Mammarella, I.C., C. Toso, F. Pazzaglia, C. Cornoldi, *“(2008) BVS Corsi” Batteria per la valutazione della memoria visiva e spaziale.* Trento Erickson.



IL REATO DI OMICIDIO DALLA PERSONALITÀ DEL REO AL TRATTAMENTO

Tomassini Erika
Laureata in Psicologia
Tesi di laurea in Psicologia Giuridica

1. INTRODUZIONE

L'omicidio è uno dei fenomeni più antichi e diffusi che caratterizza l'umanità, fin dalla notte dei tempi. Nel codice penale è l'uccisione di un uomo cagionata da un altro uomo con un comportamento doloso o colposo e senza il concorso di causa di giustificazione. Il reato di omicidio viene classificato in tre tipi:

- *Omicidio colposo*, è compiuto senza intenzionalità. La colpa è l'elemento caratterizzante del reato: si parla di delitto colposo (o contro l'intenzione) ogni volta che l'evento (in questo caso la morte) non è voluto ma si è verificato "a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline" (v art. 43 del codice penale).
- *Omicidio doloso*, si caratterizza per l'elemento soggettivo, che è rappresentato dal dolo, inteso quale coscienza e volontà di uccidere un uomo.
- *Omicidio preterintenzionale*, viene commesso quando un soggetto, ponendo in essere atti diretti a percuotere una persona, o a procurarle delle lesioni, ne causa involontariamente la morte. La preterintenzione, dunque, si verifica quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente, e che va quindi oltre l'intenzione.

2. LA VIOLENZA SECONDO

LA TEORIA DELL' APPRENDIMENTO SOCIALE

Secondo Bandura (1960), il processo di apprendimento non implica necessariamente il contatto diretto con l'oggetto, ma avviene attraverso l'esperienza indiret-

ta e quindi attraverso l'osservazione inconsapevole del comportamento di un altro individuo che ha la funzione di modello. Infatti, egli nella Teoria dell'apprendimento sociale, spiega che non si nasce con la capacità di comportarsi in modo violento, ma la violenza è un comportamento appreso da bambini osservando e imitando modelli di ruolo e poi assumendo quei ruoli. Bandura (1961) ha svolto una serie di esperimenti, chiamati "*Bobo doll experiments*" (esperimenti con la bambola Bobo), che coinvolgono un centinaio di femmine e di maschi fra i 3 e i 6 anni d'età. Il bambino è seduto in una sala giochi, mentre al lato opposto della stanza si trova un adulto, vari giocattoli, tra cui un mazzuolo, e Bobo: in alcuni casi l'adulto gioca per qualche minuto e ignora il pupazzo; in altri casi prende quasi subito Bobo a martellate, apostrofandolo con una certa enfasi. In una seconda serie di esperimenti, l'adulto aggressivo, di volta in volta, è anche premiato o sgridato o lasciato senza conseguenze. Quindi il piccolo viene portato in un'altra stanza, dove ci sono altri giochi; dopo due minuti, i giocattoli gli vengono sottratti, dicendo che sono riservati ad altri bambini. Poi il bambino viene riportato nella prima sala. A questo punto il bambino, che aveva assistito all'aggressione di Bobo da parte dell'adulto, manifesta un gioco di tipo aggressivo, e in particolare gesti ed espressioni verbali violente nei confronti del pupazzo, in misura assai superiore a quella espressa dai soggetti che non hanno assistito alla violenza adulta. Si riscontra che il comportamento aggressivo è molto più intenso nei maschi che nelle femmine. I dati supportano l'ipotesi della teoria dell'apprendimento

sociale, poiché rendono evidente il fatto che noi non impariamo solo in base al meccanismo del premio e della punizione, come sostiene il comportamentismo, bensì anche per via dell'apprendimento osservativo o apprendimento vicario.

3. CRIMINAL PROFILING

Il criminal profiling consiste nell'identificazione delle principali caratteristiche di comportamento e personalità di un individuo basandosi sulle peculiarità del crimine commesso.

Holmes e Holmes (1996) identificano nel criminal profiling tre obiettivi fondamentali, finalizzati a fornire: una valutazione sociale e psicologica dell'offender; una valutazione psicologica dei reperti in possesso dell'individuo sospetto; una consulenza offerta agli investigatori sulle strategie di interrogatorio più efficaci.

Il criminal profiling quindi, serve a fornire un quadro delle caratteristiche psicologiche, sociali e demografiche dell'autore sconosciuto di uno o più reati, basando le proprie ipotesi sia su dati statistici, sia su un'analisi psicologica e criminologica del delitto.

4. MOTIVI PER UCCIDERE

Alcuni assassini uccidono per profitto, altri come "missione", altri ancora per piacere, così lasciano una pista che può tornare utile ai fini della loro cattura. Molti autori di omicidio sono noti alle loro vittime, ed una gran parte di questi uccide in maniera consapevole, ha cioè quello che in gergo tecnico viene definito movente. Capita sovente che l'omicida sia di tipo situazionale, ovvero in quelle ipotesi in cui l'azione omicidiaria nasca dal contesto stesso, come nel caso dell'amante respinto. Molte azioni omicidiarie sono scaturite dal desiderio di sfogare pubblicamente rabbia e risentimento verso qualcuno, omicidio che evidentemente nasconde una progettazione pregressa. L'identità di questa tipologia di omicida è solitamente facile da scoprire, anche se una volta individuato ha la tendenza ad uccidersi.

Una delle categorie più difficili da individuare sono i cosiddetti omicida seriali o serial killers (SK), in netto aumento negli ultimi 40 anni. Secondo la psicologa Katherine Ramsland (2006) molti di questi SK uccidono in modo compulsivo e non riescono a fermar-

si, a meno che non vengano catturati, ricoverati in ospedali psichiatrici giudiziari, o muoiano. Questo tipo di predatori solitamente non hanno relazioni con le loro vittime, ad eccezione dell'atto omicida. Negli ultimi anni ci si sta concentrando molto sull'omicidio passionale, anche se, in realtà è tra i più antichi moventi per un delitto. Ma cosa si intende con il termine "delitto passionale"? Per fornire una definizione che ci aiuta a parlare del fenomeno, con i termini "*delitto passionale*" o "*omicidio passionale*" si intende quel crimine intenzionale la cui idea matura sotto l'influenza di un turbamento ossessivo (odio, gelosia, senso d'abbandono) violento e cronico. Lo stato passionale quale movente per il delitto si differenzia dallo stato emotivo che, per definizione giuridica, è provocato da un turbamento intenso e improvviso (si pensi al raptus).

In Italia i delitti passionali costituiscono la maggior parte dei delitti criminali compiuti. Ci si domanda cosa ci sia dietro questo fenomeno: una rabbia esagerata, gelosia incontrollata, il non rassegnarsi all'abbandono da parte del partner. L'amore può assumere forme amicali, passionali, spirituali, mentali o fisiche. Giuridicamente non esiste "l'omicidio passionale" in sé, ma esistono i motivi di un omicidio e le circostanze, quindi bisognerebbe considerare la storia personale in ogni situazione delittuosa. Da un punto di vista psicopatologico, possiamo trovare un disturbo delirante di gelosia, un disturbo borderline di personalità caratterizzato, oltre che da un disturbo dell'umore, anche da una difficoltà nei rapporti interpersonali per cui da un lato si teme la simbiosi e la perdita della propria identità e dall'altro si teme l'abbandono. Inoltre, anche la depressione è riscontrabile negli individui che commettono un omicidio di tipo passionale; in queste persone, la separazione dall'amato viene mal tollerata e, intrappolate nell'ambivalenza di una morte, quella del partner, desiderata ed al tempo stessa non voluta, si uccide l'altro e se stessi.

5. FATTORI DI RISCHIO

Ci sono una serie di fattori, chiamati fattori di rischio, che possono spiegare come e perché in alcuni individui scatta la molla che innesca poi, comportamenti devianti, come l'omicidio.



▪ **Fattori sociali: Zimbardo (2007), afferma:**

“Le situazioni sociali possono avere sul comportamento e sul funzionamento mentale di individui, gruppi e leader, effetti più profondi di quanto non credemmo possibile. Alcune situazioni possono esercitare un’influenza così potente su di noi da indurci a comportarci in modi che non avremmo previsto, che non avremmo mai potuto prevedere [...] Ogni qualvolta cerchiamo di comprendere la causa di un comportamento strano, insolito, nostro o altrui, dovremmo partire dall’analisi della situazione”.

- **Teoria dei bisogni di Maslow: Maslow (1970)**, psicologo e sociologo, propose la sua teoria dei cosiddetti basic needs, ossia le necessità fondamentali di ogni individuo. Egli elenca tali necessità come fisiologiche: fame, sete, sonno, sicurezza personale, bisogno di affetto, stima di sé stesso, ed infine la possibilità di raggiungere il pieno sviluppo del proprio io. Anche se questa gerarchia di stadi si riferisce allo sviluppo personale di un individuo, si può arguire che frustrazioni e privazioni a ciascuno di questi livelli possano generare una serie di reazioni antisociali, incluso l’omicidio.
- **Condizioni socioeconomiche:** sono emerse due possibili interpretazioni della relazione tra condizioni economiche e criminalità, fondate su opposti presupposti teorici. Da un lato, emerge una relazione inversa e negativa: i delitti aumentano quando peggiorano le condizioni economiche (si abbassano i redditi e cresce la disoccupazione) e diminuiscono quando l’economia cresce. Dall’altro lato, invece, viene messa in evidenza una relazione diretta e positiva: in questo senso la criminalità viene intesa come un’estensione della normale attività economica, che, di conseguenza, aumenta e decresce con lo stesso andamento dell’economia generale (Bandini et al., 1991). Secondo molti studiosi, gli individui più a rischio provengono da famiglie con problemi, presentano difficoltà scolastiche e comportamenti antisociali e vivono in condizioni economiche scadenti, sono quindi dei disadattati e degli emarginati sociali (Gottlieb et al. 1990; Palermo, 1994).
- **Pornografia:** le più recenti ricerche sul campo sembrano confermare che gli stimoli pornografici, da soli, non bastano a scatenare una sessualità

violenta, se l’individuo che ne fruisce non possiede già una predisposizione interna alla devianza. In particolare, la pornografia s/m (sodomasochista) è il genere che, più di ogni altro, può disturbare e creare uno squilibrio della mente di un individuo che ha già dei conflitti sessuali in atto al suo interno, perché il corpo della donna è quasi sempre associato a immagini di violenza, umiliazione e sottomissione e viene rappresentato mentre trae piacere dalla sofferenza: questi stimoli vanno a rinforzare le fantasie di dominio già presenti nella mente del soggetto, fornendogli una sorta di giustificazione morale per il suo comportamento aberrante. Molti criminali sessuali di tipo aggressivo affermano che le loro azioni sono state indotte dalla pornografia. La pornografia non crea la predisposizione alla violenza, ma può rafforzarla se è già esistente: uno degli effetti più gravi è la desensibilizzazione del fruitore a tutte le manifestazioni di dolore e alla visione della sofferenza di vittime reali che vengono considerate come “oggetti”. La maggior parte degli autori che si sono occupati di questo argomento è d’accordo nel sostenere che l’utilizzo della pornografia diventa particolarmente pericoloso quando assume i caratteri dell’ossessività (aumento progressivo e costante della frequenza d’uso) perché facilita la produzione di fantasie narcisistiche e sadiche nel soggetto che possono sfociare in azioni aggressive esplicite, sempre se esiste una predisposizione.

- **Fattori neurobiologici:** Da un punto di vista neurobiologico la violenza omicida è attribuita a disfunzioni neuro-morali a livello cerebrale, con coinvolgimento dell’amigdala, dell’ippocampo, dell’ipotalamo e dei lobi frontali del cervello. Contribuiscono a ciò anche, disfunzioni dei neurotrasmettitori come l’acetilcolina e la serotonina: quest’ultima sarebbe presente in modesta quantità nel sistema nervoso centrale degli assassini. Comunque, la predisposizione psicobiologica e le situazioni ambientali sono essenziali per lo scatenarsi della violenza. La sindrome disfunzionale dei lobi prefrontali non è infrequente nell’omicida. Si presenta con impulsività, mancanza di controllo, incapacità di modificare o inibire il

proprio comportamento antisociale, incapacità di prevedere le conseguenze del proprio operato o di non tenerne proprio conto. Alcol, cocaina, e in genere, tutte le sostanze stupefacenti agiscono come cofattori scatenanti.

- **Fattori genetici:** Negli anni '80, grazie a nuovi metodi basati sull'analisi del DNA, si effettuarono indagini per scoprire le basi genetiche di alcune patologie psichiatriche che potevano attivare meccanismi criminogenetici. I risultati però non furono proprio quelli attesi: non vennero identificati geni responsabili di mutazioni associate a determinate patologie, come schizofrenia o depressione. Per questo motivo si ritiene che, in queste malattie, venga ereditata una predisposizione, i cui effetti possono manifestarsi con diversa intensità fino al livello clinico, verosimilmente a seconda dell'esperienza di vita individuale e forse del contributo di alcuni geni minori. Numerosi studi condotti su gemelli omozigoti e sulle famiglie dei criminali hanno fornito correlazioni apparenti tra consanguineità e crimine, fortemente inficiate, dall'ovvia esposizione di persone della stessa famiglia ai medesimi modelli sociali. Il crimine, il delitto rappresentano un comportamento troppo complesso per essere determinato ereditariamente.

- **Fattori di sviluppo familiare (Attaccamento):** John Bowlby (1982) viene considerato il fondatore della teoria dell'attaccamento, anche se non è stato il primo ad occuparsi di questo argomento; questo perché non si è limitato come altri allo studio degli istinti e delle pulsioni. Bowlby ha approfondito l'argomento con studi sperimentali, indagando sulle motivazioni intrinseche che legano il bambino ad una figura primaria, la madre, oltre alla ricerca di cibo. Lo psichiatra inglese notò che il piccolo non ricercava solo il nutrimento e si accorse che il legame, l'attaccamento, era legato alla ricerca di protezione, di serenità, di calore affettivo, di sensibilità da parte della madre. Fu allora che iniziò ad interrogarsi su quali fossero le conseguenze dei diversi tipi d'attaccamento, che identificò come sicuro o insicuro, su quali fossero i meccanismi che si attivano all'interno di questa relazione particolare e, in base a questi meccanismi, quale fosse il

modo migliore per dare ai bambini un attaccamento sicuro. Il processo di attaccamento sicuro richiede un caregiver per lenire e confortare il bambino, rispondergli con sensibilità e sintonizzarsi emotivamente con lui. L'attaccamento insicuro, invece, può essere associato all'abbandono precoce e/o all'abuso. I bambini con attaccamento insicuro imparano che non possono contare su nessuno, e possono iniziare a vedere il mondo come pericoloso. Imparano a non fidarsi e a non legarsi con gli altri esseri umani. Essi non imparano a regolare le proprie emozioni, e quindi risentono di effetti devastanti sia sulla loro personalità che sulla loro emotività. Inoltre, l'attaccamento insicuro e altre forme di maltrattamento causano nella maggior parte dei casi uno stress traumatico. Questo stress si traduce in cambiamenti a lungo termine nel sistema nervoso ed endocrino. Questi cambiamenti interferiscono con lo sviluppo biologico e psicologico normale. In pratica è come se il cervello di un bambino vivesse sempre nella paura e dovesse continuamente valutare il livello di minaccia presente nell'ambiente che lo circonda. Quindi quando lo sviluppo del cervello è stato compromesso da maltrattamenti, la probabilità di prendere decisioni di disadattamento è molto alta. Ciò significa, che questi individui non sono riusciti a imparare, a gestire e a regolare le loro emozioni e i loro impulsi, di conseguenza essi sono a maggior rischio a dare risposte d'impulso, soprattutto violente (Van der Kolk e Fiesler, 1994; Schore, 2002).

- **Abuso di Alcol:** L'alcol è una sostanza psicotropa, ossia capace di influire sulla mente, alterandola alla pari di qualsiasi altra droga. Alterando la mente, l'alcol altera anche tutti i meccanismi di controllo che la mente normalmente esercita sul corpo, sul pensiero razionale, sulle percezioni. Quindi, sotto l'effetto dell'alcol risultano fortemente compromesse le capacità di controllo da parte della persona, del proprio movimento e delle proprie reazioni fisiche. Appare quindi evidente che l'abuso di alcol può essere un fattore determinante nelle reazioni irrazionali, anche fisiche ed aggressive e molto violente, da parte di chi ne abusa. Vi sono statistiche attendibili che, almeno negli USA, indicano come:



- l'86% dei casi di omicidio si realizzano sotto l'effetto dell'alcool;
- il 37% delle aggressioni si compiono dopo aver assunto alcolici;
- il 60% delle aggressioni sessuali (57% dei mariti e 27% delle mogli che hanno avuto episodi di violenza domestica) si svolgono dopo aver bevuto.

Esistono ipotesi che spiegano la correlazione alcol-violenza:

- 1 **Ipotesi della disinibizione:** l'alcool indebolisce i meccanismi di controllo che a livello cerebrale bloccano l'impulsività aggressiva.
- 2 **Tesi dell'alterazione dei meccanismi di elaborazione delle informazioni:** l'alcool determina una interpretazione errata dell'atteggiamento degli altri e quindi una reazione esagerata.
- 3 **Teoria della riduzione dell'attenzione:** l'alcool diminuisce la messa in atto delle normali norme precauzionali poichè riduce la percezione del rischio.

"Non è ragionevole affermare che i consumi di alcool inducano le persone a comportarsi in maniera violenta. Si può sostenere, tuttavia, che il consumo di alcool faciliti la violenza in presenza di particolari circostanze e caratteristiche psicologiche, culturali e sociali" (Spunt, 1994).

- **Fattori psicopatologici:** La personalità è l'insieme di schemi di comportamenti organizzati, distintivi e durevoli nel tempo che caratterizza l'adattamento di un individuo a una situazione. Influisce su pensieri, atti, emozioni ed orienta la relazione dell'individuo con l'ambiente. La personalità costituisce un fattore acquisito in parte geneticamente e in parte dal processo di socializzazione e di interazione con gli altri oltre che da accadimenti psicologicamente significativi nella vita del soggetto e da fattori psicopatologici.

Esiste uno stereotipo diffuso che identifica la maggior parte dei criminali come mentalmente disturbati. In realtà la maggior parte dei delinquenti è perfettamente sana di mente. Si riscontrano infatti, nelle ricerche empiriche, percentuali analoghe di incidenza di psicopatologie nei criminali e nei "non criminali". Statisticamente i malati di mente commettono lo stesso numero di reati delle persone sane e, oltretutto, sono solitamente

responsabili di crimini di basso allarme sociale (danneggiamenti, oltraggi al pudore, ecc.) (Ponti, 1990). Alcune psicopatologie possono però costituire un fattore di vulnerabilità individuale in certe forme criminali, specie di tipo violento.

- **Schizofrenia:** Essa presenta spesso un quadro sintomatologico con deliri e allucinazioni in grado di indurre temporanee alterazioni della coscienza (talvolta totali). I pazienti schizofrenici possono commettere durante tali deliri delle azioni incoerenti e inconsapevoli, anche lesive nei confronti di persone e cose. Ad esempio i soggetti affetti da schizofrenia sono stati in alcuni casi responsabili di aggressioni anche molto violente nei confronti di familiari e sanitari. Le caratteristiche salienti del disturbo schizoide di personalità sono l'indifferenza, la mancanza di amici stretti o confidenti, la freddezza emotiva o distacco; come molti disturbi della personalità, il disturbo in oggetto è spesso concomitante con altri. Molti dei soggetti schizoidi mostrano anche tratti paranoici. Alcuni tratti paranoici possono incrementare la sensazione del soggetto di essere perseguitato o in pericolo e tale condizione può rappresentare una spinta verso comportamenti aggressivi "di difesa".
- **Disturbo Dipendente di Personalità:** Essa costituisce un altro quadro psicopatologico di interesse criminologico. Il conflitto fondamentale dei soggetti con DDP è la convinzione che il loro benessere sia necessariamente legato ad altri, spesso ad una persona con cui hanno scelto di avere una relazione. Il tradimento o l'abbandono da parte di questa persona, può dare origine a sentimenti misti d'impotenza e frustrazione. Quando i tentativi messi in atto per riallacciare la relazione falliscono, si riscontra in molti pazienti l'uso di droghe per alleviare l'ansia e la solitudine e talvolta delle fantasie di vendetta (anche violenta) nei confronti di coloro che li hanno abbandonati
- **Disturbo Borderline:** è una condizione che genera un significativo livello di instabilità emotiva ed è caratterizzato da una immagine distorta di sé, da sensazioni di inutilità e dall'idea di essere fondamentalmente inadeguati. Il paziente oscilla rapidamente lungo intensi stati di rabbia, furia, dolore,

vergogna, panico. Si tratta di individui che si differenziano dagli altri sia per l'elevata impulsività, sia per una intollerabile condizione di dolore. Altra caratteristica è la reattività umorale, contraddistinta da passaggi repentini che possono realizzarsi anche nell'arco della giornata stessa, tra uno stato dell'umore ad un altro. L'impulsività può essere di due tipi: l'autodistruttività, tentativi di suicidio, automutilazioni; forma più generale di impulsività, comportamenti aggressivi nei confronti degli altri, abuso di alcool e sostanze stupefacenti, scoppi verbali, guida spericolata. Le relazioni sono intense e instabili, accompagnate da una pervasiva e violenta paura dell'abbandono, che si esplicita negli strenui tentativi di non rimanere soli. In questa direzione la qualità "tumultuosa" delle relazioni intime, caratterizzate da frequenti discussioni e sentimenti di idealizzazione dell'altro che si alternano a vissuti di dipendenza e svalutazione, dove il soggetto ricorre a strategie difensive che alimentano il rischio di comportamenti devianti e aggressivi.

- **Psicopatia:** essa possiede una caratteristica in grado di discriminarla da qualsiasi altro tipo di psicopatologia: la mancanza totale di sentimento umano e l'incapacità di creare e mantenere relazioni. La psicopatia è il fattore di rischio più significativamente associato al comportamento violento. Si distinguono una psicopatia primaria (biologica) in cui l'esordio è precoce ed esisterebbe un'impossibilità biologica di apprendere l'empatia, e una psicopatia secondaria (appresa) in cui i fattori di rischio sono ambientali, presenza di stili di comportamento aggressivo acquisiti nell'infanzia e tendenti a resistere a ogni cambiamento. Le cause dei comportamenti aggressivi e violenti sono complesse e multifattoriali. In particolare, molti pazienti psichiatrici soffrono di una evidente incapacità a contenere i loro impulsi aggressivi, soprattutto quando sono frustrati o vengono provocati.

6. TRATTAMENTO

Nel nostro ordinamento penale viene conferita preminenza assoluta al principio della rieducazione del reo, a quello di umanizzazione delle pene ed al divieto di trattamenti contrari al senso di umanità (art.27 Cost.).

Il vigente codice penale stabilì, accanto alla pena detentiva, un'articolata serie di misure di sicurezza (detentive e non) pensate a scopi di recupero tanto terapeutico (REMS) quanto di risocializzazione più propriamente intesa (libertà vigilata). Questa stabilisce infatti, che la sorveglianza deve essere esercitata in modo da agevolare, mediante il lavoro, il riadattamento della persona alla vita sociale. Il sostegno che viene dato ai pazienti è di natura psicologica e farmacologica. L'operatore dovrebbe ascoltare e conoscere a fondo la storia e la personalità del suo assistito; dovrebbe valorizzarlo, dando fiducia alle sue personali capacità, stimolando e rafforzando il suo sistema motivazionale. L'osservazione della personalità deve essere anche "scientifica", da qui l'importanza degli strumenti psicodiagnostici (questionari, tests) e dei colloqui clinici. Un obiettivo importante della psicoterapia all'interno delle REMS (residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria, che garantiscono l'esecuzione della misura di sicurezza, detenzione e, al tempo stesso, l'attivazione di percorsi terapeutici riabilitativi territoriali per i soggetti a cui è appunto applicata una misura alternativa) è quello di elaborare i ricordi traumatici, al fine di elaborare i sintomi, per esempio del disturbo post traumatico da stress. Le informazioni vengono trasferite dal sistema limbico alla corteccia cerebrale. Imparare a riconoscere e tollerare le emozioni e le sensazioni del corpo è un obiettivo importante della *terapia biologica*. Questo approccio aiuta i pazienti a riconnettersi con il proprio corpo e i propri sentimenti. Essi imparano a tollerare i sentimenti intensi e a rilasciare le emozioni in modo appropriato; imparano a lenire se stessi per calmare la loro fisiologia. Questo tipo di terapia riduce i rischi che gli individui vengano guidati dal sistema limbico e che quindi, scoppino con reazioni violente in risposta allo stress.

Comunque, le persone hanno una diversa predisposizione a formare risposte condizionate, per cui il processo di risocializzazione è sicuramente individuale e non standardizzabile.

Analizzando la recente letteratura italiana e straniera riguardo al trattamento, è emerso che non sono stati effettuati tantissimi studi su tutti i tipi di assassini. La maggior parte degli esperimenti sono



stati effettuati sui serial killer. Fra i tipi di trattamento sperimentati, ampio spazio è stato dato ai trattamenti organici (tecniche neurochirurgiche, castrazione chirurgica e chimica, psicofarmacologia): tutti i trattamenti organici hanno alla base l'ipotesi secondo la quale i crimini sono compiuti da soggetti con anomalie fisiologiche, e pertanto, agendo su di esse, è possibile ottenere la riabilitazione dei soggetti stessi. Numerosi studiosi sono concordi nell'affermare che quasi tutti i trattamenti organici effettuati su criminali sessuali sembrano ridurre il tasso di recidiva (Marshall, 1993).

L'approccio utilizzato maggiormente con gli assassini seriali è sempre stato quello della terapia comportamentale, perché l'obiettivo principale del sistema penale è quello di rinforzare il comportamento accettabile, penalizzando quello antisociale, nel nome di una gestione il più possibile tranquilla e senza conflitti della vita carceraria. Questo approccio, pur mostrandosi efficace con i pazienti normali, non è adatto per i criminali e in particolare per gli assassini seriali, in quanto crea una compliance (un'aderenza alle regole terapeutiche) solo a breve durata, mentre non sembra in grado di provocare cambiamenti stabili nella personalità del soggetto o un consistente aumento del comportamento responsabile.

Per quanto riguarda gli assassini seriali che stuprano le loro vittime, sono state utilizzate soprattutto metodologie a impostazione cognitivo-comportamentale. In questi casi, la terapia e il counseling si concentrano spesso sui problemi di tipo sessuale e vengono applicati dei metodi di condizionamento delle risposte sessuali dei soggetti: mentre il soggetto osserva scene raffiguranti atti sessuali devianti, viene registrata la sua erezione da un apparecchio collegato all'organo genitale; appena il soggetto in questione viene eccitato dalla scena che sta osservando, viene introdotto uno stimolo avversivo (che può essere di varia natura, ad esempio uno shock, un rumore molto forte o un odore disgustoso) e, di conseguenza, anche solo il pensiero di un atto sessuale deviante diventa uno stimolo negativo (Samenow, 1984). Si è visto che però, anche se si riesce a condizionare il soggetto al punto tale che annulli il suo comportamento

sessuale deviante, a costui non verrà impedito di uccidere le persone e di provare un eccitamento da questa attività.

BIBLIOGRAFIA

- Amendolagine V., (2014), **Psicologia dell'Aggressività: Genesi, Fenomenologia e Meccanismi Scatenanti**. State of mind
- Baker P., (1992), **Maintaining Male Power: Why Heterosexual Men use Pornography**, in *Phornography*, a cura di Itain, (pp.126-128).
- Bandini T., Gatti U., Marugo M. I., (1991), **Criminologia. Il Contributo della Ricerca alla Conoscenza del Crimine e della Reazione Sociale**, Milano, Giuffrè
- Bonifazi A., De Luca R., Giambra B., (2000), **Un'Ipotesi Trattamentale dell'Assassino Seriale**
- Caretti V., Craparo G., (2010), **La personalità psicopatica, in Sistemi Intelligenti**. Bologna, (pp.229-240).
- Carli L., (1997), **Dalla Diade alla Famiglia, i Legami di Attaccamento nella Rete Familiare**, Raffaello Cortina Editore
- De Vincentis G., (1974), **Gli Stati Emotivi e Passionali**, scritti in onore di Cesare Gerin, Tomo II
- Dohrenwend B. P., Levav I. et al., (1992), **Socio-economic Status and Psychiatric Disorders: the Causation - Selection Issue**
- Douglas J.E et al., (1986), **Criminal Profiling from Crime Scene Analysis**, in "Behavioral Sciences and the Law" (pp. 401-421)
- Marinucci G., Dolcini E., (2012), **Manuale di Diritto Penale, IV edizione**
- Marshall W.L., (1993), **The Treatment of Sex Offenders**, *Journal of Interpersonal Violence*, (pp. 524-530)
- Mastronardi V., (1996), **Manuale per Operatori Criminologici e Psicopatologici Forensi**, Giuffrè, Milano
- Merton R., (1968), **Social Theory and Social Structure**, New York. Tr. It (2000), *Teoria e Struttura sociale*, Bologna, Il Mulino
- Strano M., (2003), **Manuale di Criminologia Clinica**, See, Firenze
- Van Der Kolk B. A., (1996), **The Body Keeps the Score**. Approaches to the Psychobiological of Posttraumatic Stress Disorder (pp. 214-241)



“PSICOTERAPIA E CREATIVITÀ: TEORIE E TECNICHE DI INTERVENTO”

Dott.ssa Maria Grazia Di Giorgio
Psicologa Clinica,
Ordine degli Psicologi Puglia (Bari)

1. CREATIVITÀ E PSICOTERAPIA: L'EREDITÀ DEL '900

Da un punto di vista scientifico, potremmo dire che parlare della creatività in psicoterapia sia stato un po' come cercare di descrivere la faccia oscura della luna: si sa che esiste, ma per lungo tempo è stato impossibile osservarla direttamente. Allo stesso modo, anche se praticamente tutti i più importanti padri della psicologia del ventesimo secolo (tra cui Freud, Piaget, Rogers, e Skinner) hanno affrontato questo argomento con grande interesse, la ricerca sperimentale sulla creatività umana - e ancor più sulla creatività in psicoterapia - si trova tuttora in una fase piuttosto precoce di sviluppo, frammentata in una vasta serie di approcci, sia teorici che metodologici, di portata limitata ed eterogenei tra loro.

Forse anche a causa di questa scarsa integrazione sia teorica che epistemologica, la maggior parte delle moderne pubblicazioni scientifiche internazionali dedicate alla creatività da un punto di vista psicologico sembra affrontare il tema in una prospettiva dimensionale (studiando quindi la creatività nel contesto di una struttura di personalità), o al massimo riferendosi alla creatività in quanto elemento specifico di una particolare tecnica psicoterapeutica.

Il punto di vista proposto in questa tesi è diverso, ed affronta invece il problema sostanziale del rapporto tra creatività e psicoterapia, mettendo a confronto la creatività dal punto di vista delle teorie e tecniche della tradizione analitica europea con la visione più moderna, scientifica e multidisciplinare,

del fenomeno “creatività”, così come essa è emersa di recente oltreoceano.

Se, infatti, è vero che la ricerca specificatamente psicologica sulla creatività si trova tuttora in una fase di sviluppo che potremmo definire iniziale, è anche vero che l'interesse scientifico su questo argomento - non solo in ambito psicologico ma anche e soprattutto in campo aziendale, sociale, biologico e tecnologico - ha attraversato negli ultimi decenni una vera e propria esplosione. Sull'onda di questo grande entusiasmo da parte di numerosi settori della ricerca internazionale, sono stati finalmente pubblicati i primi importanti lavori di meta-analisi e/o di tipo compilativo, i quali si sforzano di approfondire la comprensione scientifica della creatività utilizzando una prospettiva che si rivela essere sempre più comparativa e multidisciplinare (Kaufman & Sternberg, 2010, Dietrich & Kanso, 2010, Gonen-Yacovi et al. 2013).

Per quanto riguarda in particolare la possibilità di riallacciare questi moderni studi al bagaglio teorico e tecnico della visione analitica della creatività, il lavoro di importanti epistemologi contemporanei come Adolf Grünbaum ha dimostrato che, a differenza di quanto avremmo potuto sostenere anche solo trent'anni fa, la moderna concezione statistica delle leggi scientifiche e una più sofisticata articolazione dei processi induttivi utilizzati per formularle permettono oggi di dare una solida base epistemologica anche allo studio scientifico dei fenomeni mentali cosiddetti “complessi” (quali appunto l'emozione, l'intenzionalità e la creatività), che i ricercatori del secolo scorso avevano ancora considerato



come fondamentalmente inaccessibili alla ricerca sperimentale. Grazie alle nuove tecnologie, e al fatto già accennato che lo studio sperimentale della creatività in ambiti diversi da quello specifico della psicologia clinica è ormai avviato da decenni, sembra oggi possibile ipotizzare che le conoscenze finora accumulate parallelamente da neuroscienze e psicologia sperimentale da un lato, e dalla psicoanalisi dall'altro, possano incrociarsi e avere un impatto mutualmente benefico, oltre a favorire l'ulteriore legittimazione scientifica e lo sviluppo tecnico e teorico della psicoterapia in generale.

I materiali consultati per l'elaborazione di questa tesi includono sia testi appartenenti alla tradizione psicoanalitica che importanti lavori scientifici di recente pubblicazione. In questo campo, in aggiunta al "The Cambridge Handbook of Creativity" - autorevole manuale compilativo pubblicato dalla Cambridge University Press nel 2010 e dedicato alla presentazione delle più recenti e principali prospettive scientifiche, psicologiche ed educative sul tema della creatività - la tesi fa riferimento, nell'ambito specifico delle neuroscienze, agli ambiziosi studi di meta-analisi pubblicati da Anne Dietrich e Riam Kanso (2010) - autori del "primo studio dedicato alla revisione di tutta la letteratura scientifica che mette in relazione la creatività con l'attività del cervello" - e da Gil Gonen-Yacooi, Leonardo Cruz de Souza e colleghi, il cui importante studio pubblicato nel 2013 presenta una meta-analisi statistica e funzionale dei dati ottenuti attraverso tecniche di imaging funzionale in 73 diversi studi sperimentali.

2. LA VISIONE MODERNA DELLA CREATIVITÀ

Nel loro contributo d'apertura alla seconda edizione del "The Cambridge Handbook of Creativity", gli studiosi americani Mark Runco e Robert Albert esordiscono mettendo in evidenza innanzitutto il profondo legame da sempre esistente tra ricerca e creatività:

"Alcuni dei più evidenti esempi di creatività nella storia occidentale possono essere individuati ritracciando l'evoluzione dei concetti di ricerca e di creatività negli ultimi 2000 anni ed esaminando il loro eventuale collegamento alla fine del XIX secolo,

dopo secoli di separazione. Il primo passo necessario nel fare ricerca fu di avere innanzitutto il concetto di ricerca in mente, il che più o meno richiese l'invenzione della ricerca stessa. Il passo successivo fu quasi altrettanto difficile e non meno importante, e consistette nel credere che fare ricerca sulla natura umana - piuttosto che semplicemente speculare su di essa - fosse tanto importante e fattibile quanto il fare ricerca sulla natura fisica. La storia della ricerca sulla creatività ebbe inizio con il riconoscimento che la ricerca rappresenta un modo effettivo e pratico di studiare e di capire il mondo intorno a noi. Aristotele, Kant, e molti altri luminari ebbero molto da dire a proposito della creatività, ma spesso vi inclusero il genio e altre espressioni di eccezionalità, e non basarono le loro idee a riguardo su un'evidenza empirica rigorosa." (2010, p. 4).

La situazione odierna, come Albert e Runco osservano in seguito, è alquanto diversa, e se resta indubbiamente vero che ai loro inizi e durante la maggior parte del loro sviluppo concettuale la ricerca scientifica e la comprensione psicologica della creatività umana furono viste come non collegate (e spesso anzi in contrasto tra loro), è anche vero che la loro integrazione può oggi essere addirittura considerata non solo come un fatto compiuto, ma anche come una tappa inevitabile nello sviluppo storico di entrambe. Prima però che questo potesse avvenire, "l'appaiamento tra creatività e ricerca dovette attraversare varie importanti modificazioni intellettuali, e dovette essere attuata una deliberata estensione sia della definizione di ricerca scientifica che della sua applicabilità" (Albert & Runco 2010, p. 4).

3. UN MODELLO PSICODINAMICO DELLA CREATIVITÀ

Come già accennato, se da un lato la psicologia scientifica ha cominciato solo molto di recente ad "osare" occuparsi della creatività, dall'altro lato questa ha sempre rappresentato un tema centrale per la tradizione psicodinamica europea. Cercando una possibile integrazione tra questi due diversi mondi che sono finora rimasti epistemologicamente molto distanti tra loro, il presente lavoro esplora quindi

l'evolversi del pensiero analitico sul tema della creatività, citando, tra gli altri, i contributi di maestri come Freud, Adler, Jung e Ferenczi, per giungere a una possibile definizione psicodinamica della creatività che è ispirata in gran parte dal lavoro dell'italiano Aldo Carotenuto.

Rifacendosi in particolare a Jung e alla sua particolare concezione dialettica del rapporto tra conscio e inconscio, Carotenuto compie infatti uno sforzo per tenere conto dell'enorme complessità dell'esperienza creativa, che in questa prospettiva include la dimensione sessuale articolata da Freud senza però esaurirsi in essa. Come Carotenuto sembra suggerire, il modello transpersonale della psiche di Jung è quello che forse più di ogni altro mette in evidenza – e riesce allo stesso tempo a tollerare – l'apparente incongruità tra il carattere istintuale della creatività e quella che, sin dai tempi più antichi, è stata vista come la sua istanza trascendentale.

Carotenuto sembra riferirsi proprio a questo aspetto transpersonale della creatività quando, rifacendosi a Paul Matussek, scrive:

"la sua teoria sulla creazione, a qualsiasi livello si realizzi, non dipende esclusivamente dall'azione della volontà o da una particolare attività dell'io cosciente. Pertanto si è del parere, come continue testimonianze di persone creative confermano, che oltre a un'attività dell'io esista un 'quid', un particolare sentimento difficilmente esprimibile a parole, riferito come 'ispirazione, illuminazione, rivelazione, lampo di genio' (...). In tali espressioni si ha l'idea di qualcosa che venga da fuori, qualcosa come un dono, qualcosa che non è identico all'io" (1983, p. 68).

L'analisi storica del concetto di creatività mostra come, sin dall' antichità, questo elemento epifanico (interpretato come segno di possessione divina) sia stato considerato caratterizzante dell'esperienza creativa. Occorreranno secoli prima che questa componente della creatività – che potremmo definire come numinosa – venga in qualche modo eclissata dalla moderna enfasi sull'originalità e sulle componenti cognitive e individuali dell'esperienza creativa. Riflettendo ancora su questa esperienza di insight che Matussek

definisce di "illuminazione", Carotenuto la traduce implicitamente in termini psicodinamici, concludendo che "sembra dunque determinante per la produzione di un atto creativo l'attività dell'inconscio" (1983, p.68).

Se quindi da un lato abbiamo una componente inconscia e transpersonale della creatività, che in quanto tale si sottrae almeno in parte al controllo della volontà individuale, dall'altro esiste un altro suo aspetto diametralmente opposto ed altrettanto importante, che è appunto quello legato all'individualità dell'espressione creativa in quanto tale. Come accennato, questo secondo polo dinamico della creatività è stato riconosciuto culturalmente solo molto più tardi, ma una volta emersa all'attenzione collettiva la componente egoica della creatività ne ha poi permesso la progressiva secolarizzazione e diffusione. Con il tempo, la componente individuale della creatività ha prevalso culturalmente sulla prima, diventando dominante in tutto l'Occidente.

Storicamente, purtroppo, l'aspetto creativo della psicoterapia si è rivelato anche come un pesante limite epistemologico alla pretesa di scientificità non solo della psicoanalisi ma della psicologia in generale, e questo conflitto irrisolto ha contribuito nel tempo a una progressiva divaricazione tra l'anima scientifica e quella artistica di questa disciplina. In questo però, come del resto è sua natura fare, potremmo dire che la psicologia non abbia fatto altro che riflettere lo zeitgeist di un'intera epoca storica in cui al rapido sviluppo della ricerca e delle conoscenze scientifiche – sorretto da tecnologie sempre più sofisticate e accessibili – è corrisposto un progressivo intensificarsi di quella che in termini psicodinamici potremmo definire come una scissione culturale tra aspetti razionali e irrazionali non solo della conoscenza ma dell'esperienza umana in generale.

4. CREATIVITÀ, PSICOTERAPIA E (NEURO)SCIENZA: TEORIE E TECNICHE DI INTERVENTO

La tesi propone l'idea di una profonda affinità ed anzi di un parallelismo tra le teorie e tecniche psicoanalitiche e le teorie e tecniche utilizzate in cam-



po scientifico per studiare la creatività, e sostiene l'utilità di uno sforzo teso ad integrare queste due prospettive. Questa idea viene approfondita in particolare nell'ultimo capitolo, che mette a confronto i principali compiti sperimentali utilizzati in laboratorio per studiare la creatività (pensiero divergente, soluzione di problemi per insight, compiti di combinazione e compiti di tipo artistico) con elementi tradizionali della tecnica analitica come libera associazione, insight, interpretazione, e rappresentazione.

Per preparare questo confronto, i primi due capitoli presentano una rassegna della storia e dei vari approcci della ricerca psicologica sperimentale alla creatività, il cui inizio viene comunemente fatto risalire alla metà del secolo scorso, ed in particolare al famoso discorso di addio di Joy Paul Guilford da presidente uscente dell' American Psychological Association (APA) nel 1950. In questa occasione, pur essendosi dedicato intensamente – come la maggior parte dei ricercatori americani suoi contemporanei – allo studio psicometrico dell'intelligenza, Guilford denunciò il fatto che lo studio della creatività fosse stato fino ad allora gravemente negletto da parte della psicologia sperimentale, raccomandando ai suoi colleghi di dedicarvi più attenzione. In quello stesso discorso, Guilford presentò per la prima volta la sua idea di "pensiero divergente", ovvero "l'abilità di generare soluzioni multiple ad un problema aperto" (1950, p. 150), proponendola come variabile da utilizzare per la futura progettazione di esperimenti scientifici sulla creatività.

Per quanto essa sia stata messa successivamente in discussione, l'idea di Guilford di definire operativamente la creatività in termini di pensiero divergente resta probabilmente ancora oggi come uno dei suoi più importanti contributi intellettuali a quest'area di studio. Come scrivono Dietrich e Kanso (2010, p. 823), la proposta di Guilford, "fu subito adottata perché rappresentava una maniera per ricondurre un problema fino ad allora inaccessibile nell'ambito della scienza empirica. Numerosi strumenti psicometrici standardizzati dedicati alla creatività vennero poi sviluppati su di

essa," ma "a partire da questo inizio relativamente promettente, in una progressione che neanche Guilford si aspettava, la sua idea si trasformò. Dal costituire un primo tentativo di approccio a questo fenomeno tanto difficile da concretizzare, il pensiero divergente passò a rappresentare la concezione standard della creatività che da quel momento in poi ha dominato l'indagine teoretica ed empirica a riguardo. Una volta consolidatisi, i test per il pensiero divergente divennero, per pure ragioni di convenienza, test per la creatività; e i risultati ottenuti attraverso l'uso di queste scale vennero spesso discussi senza gli assolutamente necessari commenti di qualificazione, come se fossero risultati applicabili alla creatività in generale."

A partire dallo stimolo iniziale fornito da Guilford vennero quindi sviluppati numerosi test per la misurazione della creatività, utilizzando il costrutto di pensiero divergente. Molti di questi studi hanno tra l'altro confermato l'esistenza di una bassa correlazione tra la creatività e l'intelligenza, per cui una persona intelligente non è necessariamente creativa. Tra i test sviluppati per misurare la creatività abbiamo per esempio il Test del Pensiero Creativo di Torrance, o i test di pensiero divergente ideati da Guilford stesso e da Nathan Kogan. Nonostante questo sviluppo, come osservano Kaufman & Baer (2006, cit. in Kim, Cramond & Vantassel Baska 2010, p. 401), "in genere i test di creatività non hanno lo stesso peso politico dei test del Quoziente Intellettivo: i test di creatività sono a volte utilizzati per identificare studenti dotati per alcuni programmi, ma ai fini della valutazione l'impatto del punteggio ottenuto per la creatività conta meno di quello del QI".

Oltre al pensiero divergente, è importante ricordare un altro approccio allo studio della creatività che è stato proposto più di recente in ambito accademico, cioè quello della "creatività quotidiana" (Csikszentmihaily 1996, 1998). Questo costrutto, anch'esso emerso in ambito statunitense, include per la prima volta tutte le forme di creatività di taglia più soggettiva, più intima, e più legate alle caratteristiche del processo creativo che al suo

prodotto, e può risultare particolarmente utile nell'indagine sul rapporto tra creatività e psicoterapia. Una volta scoperto, per esempio, che alcune configurazioni di attivazione cerebrale sembrano coincidere tra l'esperienza creativa e la malattia mentale (vedi tesi completa, e il lavoro di Kaufman e coll., 2010), alcuni ricercatori - tra cui la statunitense Ruth Richards - hanno deciso di indagare questa relazione più a fondo. Richards, tra gli scienziati che indagano sperimentalmente le cosiddette forme di creatività quotidiana, ha studiato in particolare il rapporto tra questi più comuni processi creativi e la psicopatologia, e i risultati ottenuti in numerosi studi hanno portato lei e i suoi colleghi a confermare l'interessante idea che la creatività costituisca una sorta di *vantaggio compensatorio* per almeno alcune forme di malattia mentale.

Nel suo articolo "Everyday Creativity" Richards riporta i risultati di alcuni studi svolti dal suo gruppo di ricerca sul rapporto tra creatività quotidiana e disturbo bipolare, affermando che: "Esiste una relazione evidente tra il rischio di disturbo bipolare e livelli più elevati di creatività quotidiana, che in effetti corrispondono al pattern di 'U-invertita' e di vantaggio compensatorio". Per spiegare meglio cosa questo significhi, Richards dichiara:

"non sono le persone più ammalate ad essere le più creative. Sono stati gli individui con un funzionamento migliore - o le persone che si trovavano in stati umorali di migliore funzionamento - a mostrare la più elevata creatività. (...) Per quanto riguarda la creatività e lo spettro schizofrenico, anche qui abbiamo trovato - questa volta in forma più preliminare e in qualche modo diversa, per esempio avente a che fare con il pensiero magico - la conferma che esiste un vantaggio compensatorio per la creatività quotidiana" (Richards, 2010, p. 197).

5. CONCLUSIONI

L'autrice spera, con questo lavoro, di avere contribuito a dimostrare che il ruolo della creatività in psicoterapia va ben oltre il livello strumentale e tecnico del lavoro psicoterapeutico stesso, ed investe invece il suo livello sostanziale. Sembra,

infatti, che senza creatività la psicoterapia non esista, e questa idea traspare molto più chiaramente quando ci serviamo di una definizione moderna - e scientificamente validata - di questo fenomeno. D'altro canto, la sorprendente corrispondenza riscontrata tra i modelli teorici e le tecniche oggi utilizzate per la comprensione della creatività in ambito scientifico e le teorie e tecniche tramandate dalla tradizione analitica sembra non solo fornire una prova dell'altrettanto sostanziale relazione che lega la scienza alla psicoterapia, ma anche - e soprattutto - sembra suggerire che questa corrispondenza oggi rappresenti un'importante via di accesso a una nuova integrazione dell'anima scientifica e di quella artistica della psicoterapia moderna.

BIBLIOGRAFIA COMPLETA

- Abraham, F. (1996). **The dynamics of creativity and the courage to be**, in W. Sulis & A. Combs (ed.), **Nonlinear dynamics in human behavior**. Studies of nonlinear phenomena in life sciences, Vol. 5, Singapore, World Scientific, 364-400.
- American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Antonelli, G. (1997). **Il mare di Ferenczi**, Roma, Di Rienzo.
- Becker, M. (1995). **19th century foundations of creativity research**, in *Creativity Research Journal*, 8, 219-229.
- Carotenuto, A. (1983). **Nevrosi, processo creativo e potere sull'altro** in *Rivista di Psicologia Analitica*, 27, 62-75.
- Carotenuto, A. (1986). **Psicoterapia fra creatività e legge**, in *Rivista di Psicologia Analitica*, 34, 30-46.
- Cox, C. (1926). **Early Mental Traits of Three Hundred Geniuses. (Genetic Studies of Genius Series)**, Stanford, Stanford University Press.
- Chemama, R., Vandermensch, B. & Albarello, C., s.v. **"metodo della libera associazione"**, in *Dizionario di Psicanalisi*, Roma, 2004, p. 51.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). **Creativity: Flow and**



the Psychology of Discovery and Invention.

New York, Harper Perennial.

- Csikszentmihalyi, M. (1998). **Finding Flow: The Psychology of Engagement With Everyday Life**, New York, Basic Book.
- Dietrich, A. & Kanso, R. (2010). **A Review of EEG, ERP, and Neuroimaging Studies of Creativity and Insight**, APA Psychological Bulletin 136, 5, 822–848.
- Di Giorgio, M.G. (2011). **Il problema delle leggi in psicologia secondo Adolf Grünbaum e Kurt Lewin**, tesi di laurea triennale, Facoltà di Psicologia, Milano, Università degli Studi Ecampus, 2011.
- Gonen-Yaacovi, G., Cruz de Souza, L. & al. (2013). **Rostral and caudal prefrontal contribution to creativity: a meta-analysis of functional imaging data**, in *Frontiers in Human Neuroscience*, 465, 1-22.
- Grünbaum, A. (1988). **I fondamenti della psicoanalisi: una critica filosofica**, Milano, Il Saggiatore.
- Grünbaum, A. (2001). **La mia odissea dalla filosofia alla psicoanalisi** Roma: Di Rienzo.
- Guilford, J.P. (1950). **Creativity**, in *American Psychologist*, 5(9), 444-454.
- Guilford, J.P. (1967). **The Nature of Human Intelligence**, New York, McGraw & Hill.
- Janiri, L., Guglielmo, R. & Bruschi, A. (2008). **Psicoterapia e neuroscienze: l'integrazione possibile**, in "Modelli per la Mente", anno I, n. 1 (2008).
- Jaspers, K. (1964). **Psicopatologia generale**, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Jung, C.G. (1967). **The Concept of Libido**, in *Collected Works*, vol. V, Princeton, N.J., Princeton University Press.
- Jung, C.G. (1989). **Memories, Dreams, Reflections**, New York, Random House (1989).
- Jung, C.G. (1961). **Psychoanalysis and Neurosis**, in *Collected Works*, vol. IV, Princeton, N.J., Princeton University Press.
- Jung, C.G. (2009). **The Red Book - Liber Novus**, New York, Norton & Co. (2009).
- Jung, C.G. (1967). **Symbols of Transformation**, in *Collected Works of C.G. Jung*, V, 2nd ed., Princeton, N.J., Princeton University Press.
- Kaufman, J.C., Kornilov, S., Bristol, A., Tan, M. & Grigorenko, E. (2010). **The Neurobiological Foundation of Creative Cognition**, in Kaufman, J.C. & R. J. Sternberg (a cura di), *The Cambridge Handbook of Creativity*, New York, Cambridge University Press, 216-232.
- Kaufman, J.C. & Sternberg, R. J. (2010). (a cura di), **The Cambridge Handbook of Creativity**, New York, Cambridge University Press 2010.
- Kim, K., Cramond, B. & Vantassel-Baska, J. (2010). **The Relationship between Creativity and Intelligence**, in Kaufman, J.C. & Sternberg, R. J. (2010). (a cura di), *The Cambridge Handbook of Creativity*, New York, Cambridge University Press, 396-412.
- Kozbelt, A., Beghetto, R. & Runco, M. (2010). **Theories of Creativity**, in Kaufman, J.C. & Sternberg, R. J. (a cura di), *The Cambridge Handbook of Creativity*, New York, Cambridge University Press, 20-47.
- Malcolm, J. (1988). **Psychoanalysis: The Impossible Profession**, London, Maresfield.
- Maslow, A. (1962). **Toward a psychology of being**, New York: Van Nostrand Reinhold.
- Nicoletti, R. & Rumiati, R. (2011). **I Processi Cognitivi**, Milano, Il Mulino
- Popper, K.R. (1970). **Logica della scoperta scientifica**. Torino, Einaudi.
- Richards, R. (2010). **Everyday Creativity**, in Kaufman, J.C. & Sternberg, R. J. (a cura di), *The Cambridge Handbook of Creativity*, New York, Cambridge University Press, 189-215.
- Runco, M. & Albert, R. (2010). **Creativity Research: A Historical View**, in Kaufman, J.C. & R. J. Sternberg (a cura di), *The Cambridge Handbook of Creativity*, New York, Cambridge University Press, 3-19.
- Satir, V. (1991). **Peoplemaking, London**, Souvenir Press.
- Silvia, P.J. & Kaufman, J.C. (2010). **Creativity and Mental Illness**, in Kaufman, J.C. & Sternberg, R. J. (a cura di), *The Cambridge Handbook of Creativity*, New York, Cambridge University Press, 381-394.
- Simonton, D. (2010). **Creativity in Highly Eminent Individuals**, in Kaufman, J.C. & Sternberg, R. J. (a cura di), *The Cambridge Handbook of Creativity*, New York, Cambridge University Press, 174-188.



Nella Sala degli Specchi del Comune di Bitonto si è tenuto nel tardo pomeriggio del 2 novembre un incontro che ha anticipato la tre giorni di eventi culturali del BiTalk, festival che si terrà dal 10 al 12 novembre.

Il tema del festival è la follia e di questo ha parlato il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia. La sottile soglia tra normalità e follia è stata al centro del dibattito e Antonio Di Gioia ha spiegato quanto negli ultimi anni siano stati *"numerosi gli studi neuropsicologici che hanno messo in correlazione la normalità e la follia. Le persone sane ma estremamente creative, hanno situazioni anatomiche analoghe a quelle schizofreniche. Newton, Van Gogh, Goethe sono alcuni degli esempi che tutti conosciamo"*.

"Il tema follia-normalità - ha proseguito Antonio Di Gioia - è di difficile definizione. Sono due aspetti che non riescono ad integrare con il mondo se non vengono contestualizzati anche nel contesto sociale in cui si esprimono. Recenti studi hanno voluto mettere in relazione creatività e follia, ed in effetti anche solo nelle statistiche possiamo leggere che buona parte di coloro che hanno regalato alla storia opere geniali hanno sofferto di psicopatologie. Spesso però quando ci troviamo dinanzi a persone che comunemente vengono considerate "folli" dovremmo sforzarci di entrare nel loro processo di significazione per percepire la leggerissima soglia che divide la follia e la normalità", ha concluso il presidente dell'Ordine degli Psicologi.

--

LA TERAPIA FAMILIARE MULTIGENERAZIONALE. STRUMENTI E RISORSE DEL TERAPEUTA.

La famiglia, l'importanza del coinvolgimento della famiglia in terapia, è il cuore dell'argomento della giornata di studi con il prof. Maurizio Andolfi, direttore dell'Accademia di Psicoterapia della Famiglia, e la dott.ssa Francesca Ferraguzzi. L'evento dal titolo *"La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse del terapeuta"*, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Puglia, si è svolto oggi, a Bari, presso Villa Romanazzi Carducci. *"Questa giornata - ha detto il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della*

Puglia Antonio Di Gioia - è un'importante occasione formativa che mette al centro la famiglia, rendendola riconoscibile come agente attivo nella terapia psicofamiliare".

La multigenerazionalità è uno dei punti fondamentali dell'approccio sistemico familiare di Maurizio Andolfi, un approccio che prevede il coinvolgimento della famiglia nella terapia. Un ruolo importante è svolto dai minori.

"Oggi - afferma Andolfi - ascoltare la voce dei bambini e degli adolescenti è una delle cose più difficili. Si preferisce "proteggerli il bambino, evitando di convocarlo alle sedute. Per me, invece, proprio il bambino è stato maestro in tantissime terapie di coppia". Il bambino è fondamentale per la coppia. I genitori lo sono per il bambino. In un percorso terapeutico su un bambino, non è possibile escludere i genitori. "Non è possibile - continua Andolfi - pensare alla cura di un bambino rendendolo estraneo ai propri genitori. Nella maggior parte dei casi i migliori terapeuti di quel bambino saranno proprio i genitori. Solo che non lo sanno. Non sanno di poterlo essere". "La famiglia - ha detto Francesca Ferraguzzi - deve essere considerata una risorsa. Ci hanno insegnato a cercare il male nella famiglia, l'origine del disagio del minore, ma è proprio all'interno del nucleo familiare che è possibile trovare e far emergere gli strumenti per la miglior terapia a favore del bambino o dell'adolescente, a favore della famiglia".

"Se la psicologia non mette al centro la famiglia - aggiunge Andolfi - è una psicologia monca. Ci sono terapeuti familiari che non conoscono i processi della famiglia, non conoscono il ciclo vitale, non sanno come funziona la famiglia nelle generazioni. Bisogna lavorare per superare questi limiti".

La giornata di studi organizzata dall'Ordine degli Psicologi della Puglia con Andolfi e Ferraguzzi, rientra in un ciclo di incontri che hanno come obiettivo quello di fornire agli psicologi pugliesi gli strumenti per poter praticare nel migliore dei modi la propria professione. Un'attenzione rivolta ai professionisti che già operano sul territorio e ai giovani psicologi. L'evento odierno è stato occasione

per accogliere i nuovi iscritti. In mattinata si è svolta la cerimonia di giuramento dei nuovi 75 iscritti all'Ordine regionale degli Psicologi. Una comunità in continua crescita. Una comunità di professionisti che ha un'importante obiettivo: promuovere il benessere psicologico del territorio.

--

MIND PARK BITONTO

Edizione straordinaria del Mind Park per chiudere il Mese del Benessere Psicologico 2017. Domenica 19 novembre, nell'ambito della settimana dell'infanzia organizzata dal Comune di Bitonto e dall'Ordine degli Psicologi della Puglia, alla vigilia della Giornata Mondiale dei Diritti dell'Infanzia, il parco delle emozioni è stato allestito all'interno della villa comunale di Bitonto. Oltre 2000 persone hanno partecipato all'evento dell'Ordine degli Psicologi della Puglia. Una vasta partecipazione. Intere famiglie hanno dovuto attendere in fila per accedere agli stand nei quali si era invitati a sperimentare le proprie emozioni. Attraverso il gioco adulti e bambini sono stati guidati dagli psicologi a riflettere sul loro rapporto con le emozioni primarie: disgusto, rabbia, paura, tristezza, gioia.

La settimana dell'infanzia, soffermandosi sul modo in cui la società moderna debba tutelare i minori, ha inevitabilmente dovuto discutere del ruolo delle famiglie. *"La famiglia è una risorsa che promuove benessere", ha detto il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia. "Il Mind Park - ha proseguito Di Gioia - è un modo interattivo per provare le proprie emozioni. Con il Mind Park si vuole far emergere che scoprire le emozioni e parlarne con i membri del nucleo familiare è una pratica che può far crescere la famiglia. Giocando, le famiglie, hanno la possibilità di confrontarsi, di scoprire qualcosa di nuovo, di trovare nuovi stimoli per costruire legami più solidi e positivi". Il Mind Park è un'occasione per comprendere se stessi attraverso giochi, prove di coraggio, riflessioni. Nello stand del disgusto si doveva infilare una mano in un miscuglio melmoso e pieno di vermi. In quello della rabbia si doveva abbattere una piramide di ba-*



rattoli con una pallina; ogni barattolo rappresentava qualcosa che provoca rabbia. Nel padiglione della paura si entrava in un ambiente oscuro e dal buio emergeva una figura terrificante. Nella tenda della tristezza si era invitati a scrivere qualcosa che suscita tristezza e a condividerla appendendo il proprio bigliettino ad un albero. Alla fine del percorso c'era la gioia con un caloroso "abbraccio gratis".

Tra i tanti cittadini che hanno partecipato al Mind Park, anche il sindaco di Bitonto Michele Abbaticchio. Scuole, associazioni, quartieri di Bitonto nel corso della settimana dell'infanzia hanno fatto rete mettendo in comune le loro esperienze per affrontare problematiche e immaginare soluzioni, per condividere successi e ispirarne altri. "Nel corso della settimana dell'Infanzia - ha detto Abbaticchio - abbiamo avuto l'occasione di creare un dialogo tra i vari attori che si occupano dei minori per capire dove si sta sbagliando e cosa si può fare per migliorare".

"Il senso morale di una società si misura su ciò che fa per i suoi bambini". Le parole del teologo tedesco Dietrich Bonhoeffer racchiudono il senso della settimana dell'infanzia: operare con i minori per migliorare la società degli adulti. È dall'attenzione al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza che si pongono le basi per una società sana. L'Ordine degli Psicologi della Puglia investe sempre più risorse per aumentare la presenza degli psicologi in tutti gli ambiti sociali frequentati dai minori, per la promozione del benessere psicologico dei più piccoli. Accoglierà sempre positivamente occasioni di confronto e di impegno, in questo ambito, come la settimana dell'infanzia di Bitonto.

--

MIND PARK LECCE, MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO.

Disgusto, rabbia, paura, tristezza e gioia. Sono le cinque emozioni di base. Sono le protagoniste del Mind Park, il parco delle emozioni, allestito ieri a Lecce in occasione dell'ottava edizione del Mese del Benessere Psicologico. All'interno della Villa

Comunale di Lecce, i cittadini (adulti e bambini) sono stati invitati a scoprire il loro modo di vivere le emozioni attraverso un percorso ludico: giochi, prove di coraggio, riflessioni, e la simpatica presenza di un artista di strada.

Il Mese del Benessere Psicologico è un'iniziativa nazionale per la promozione della professione dello psicologo come promotore del benessere attraverso la prevenzione. L'Ordine degli Psicologi della Puglia vi aderisce con la collaborazione degli iscritti che per tutto il mese di ottobre offrono consulenze gratuite e organizzano incontri, seminari e workshop attraverso i quali avvicinare i cittadini alla psicologia. Quest'anno il Mese del Benessere Psicologico è stato inserito nell'ambito degli eventi della Giornata Nazionale della Psicologia celebrata il 10 ottobre, organizzata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

"La psicologia - ha affermato il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia - è una scienza versatile, interviene in diversi ambiti. Alla luce dei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), la psicologia interviene a vari livelli: prevenzione, riabilitazione e cura".

Con il Mese del Benessere Psicologico si vogliono fare emergere gli ambiti di applicazione della psicologia che non si occupa solo di disagio, di patologia e di follia. "La psicologia - dice Di Gioia - si occupa della promozione del benessere e di tutto ciò che è salute mentale per sostenere la salute fisica". Diversi studi internazionali evidenziano la correlazione tra benessere psicologico e fisico. "Se una persona sta bene dal punto di vista psicologico e reagisce agli stress della vita quotidiana con una buona qualità emozionale, riesce a vivere meglio anche fisicamente", aggiunge il Presidente Di Gioia.

"La consapevolezza delle emozioni che proviamo nel quotidiano sono alla base del benessere psicologico" afferma Anna Gasparre Coordinatrice della Commissione Benessere dell'Ordine degli Psicologi della Puglia. "La consapevolezza che si ha nel gestire e controllare le emozioni -

dice Gasparre - influenzano il modo in cui ci si relaziona con gli altri e il modo in cui si affrontano gli eventi e le problematiche di ogni giorno".

"La psicologia, orientata alla promozione del benessere - aggiunge Gasparre - è fondamentale per migliorare la qualità della vita considerando anche il ruolo che svolge nel potenziare le proprie qualità, le proprie competenze nei diversi contesti sociali, interfamiliari e individuali".

A Lecce circa 2000 persone (tra adulti e bambini) hanno partecipato al Mind Park. L'evento sarà ripetuto a Bitonto domenica 19 novembre nell'ambito delle iniziative per la Giornata dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

--

PREMIO NAZIONALE DI MEDICINA E PSICOLOGIA

Si è svolto a Bitonto, sabato 30 aprile, la cerimonia conclusiva della XVI Edizione del Premio Nazionale di Medicina e Psicologia Santi Medici. Nel corso della cerimonia sono assegnate borse di studio tra le quali una dedicata ad Emma Francavilla, tesoriera dell'Ordine degli Psicologi della Puglia scomparsa prematuramente all'età di 32 anni.

Un premio fortemente voluto, nel 1976, dal Vescovo di Bitonto Aurelio Marena con due intenti: far conoscere meglio la figura dei Santi Medici Cosma e Damiano, medici anargiri che espletavano la loro funzione di medici gratuitamente e per incentivare l'innovazione scientifica con una attenzione particolare ai più giovani. Il Premio, che in origine era indirizzato a neolaureati in medicina, da due anni coinvolge anche gli psicologi. Psicologia e medicina sono due discipline che devono operare simultaneamente, un orientamento sempre più diffuso per offrire una cura completa che riguardi l'aspetto fisico e l'aspetto psicologico del malato. "La medicina - dice Don Vito Piccinonna, Presidente della Fondazione Onlus Opera Santi Medici - oggi più che mai, non deve perdere di vista la persona, deve essere una medicina umanizzata e umanizzante che mette al centro l'ammalato e chi gli è vicino". "Alimentazione: dai disturbi del com-

portamento alla prevenzione" è stato il tema dell'edizione 2017 del Premio Santi Medici. "Eventi come il Premio Santi Medici, sono un'occasione di confronto e di realizzazione della multidisciplinarietà - afferma il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia - per sottolineare l'importanza della prevenzione che deve coinvolgere le famiglie, gli insegnanti, gli educatori, tutti coloro che possono contribuire a ridurre la comparsa e l'aumento delle patologie legate ai disturbi alimentari". "Il disturbo dell'alimentazione - ha detto Anna Mascellani docente dell'Accademia di Psicoterapia della Famiglia - è la punta di un iceberg che ha a che fare con tutta la famiglia. Ed è tutta la famiglia che deve essere presa in cura. È un dolore che riguarda tutti i membri familiari. Va aiutata tutta la famiglia anche perché non si può immaginare che esista un genitore che sta bene quando ha un figlio che sta male".

Enzo de Gennaro

*Ufficio stampa
Ordine Psicologi Puglia
cell. 329.3058113*

--

GIORNATA INTERNAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO DONNE.

In occasione della giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia intende stimolare la riflessione sulle discriminazioni di genere, sugli stereotipi di ruolo e sulla prevenzione del fenomeno della violenza nei confronti della donna.

Continuiamo ad assistere a femminicidi, anche compiuti da adolescenti, a stupri individuali e di gruppo, ad atti violenti contro le donne connotati come violenza fisica, psicologica, economica e sessuale, ad azioni di stalking e a discriminazioni sul lavoro. Tali fenomeni, che rappresentano una emergenza socio-sanitaria di vaste proporzioni, richiedono azioni collettive, professionali, interprofessionali nonché l'attuazione di politiche nazionali e regionali attraverso

l'elaborazione di protocolli d'intervento multidisciplinare finalizzati al contrasto del fenomeno in tutte le sue dimensioni.

È improrogabile attuare percorsi di prevenzione primaria che promuovano la conoscenza e la consapevolezza delle dinamiche psicologiche che caratterizzano il comportamento maltrattante e abusante e il "ciclo della violenza" all'interno delle relazioni intime. È necessario che le donne dispongano di luoghi in cui siano sostenute, aiutate e supportate per uscire dall'isolamento, vincere la paura e la dipendenza affettiva denunciando gli autori degli abusi.

Nello stesso tempo abbiamo il compito di sensibilizzare gli uomini alla consapevolezza dei loro problemi, all'accettazione dei rifiuti affettivi e degli abbandoni senza considerarli un'offesa inaccettabile che genera sentimenti di impotenza e di "rabbia" che preludono al maltrattamento della partner. Lo psicologo può, in un lavoro di rete istituzionale, accompagnare la donna ad acquisire una propria autonomia psicologica, economica e lavorativa che le permetta di svincolarsi dall'eventuale soggetto abusante. Il contrasto alla violenza di genere va attuato soprattutto attraverso percorsi di educazione socio-affettiva a partire dalle scuole dell'infanzia finalizzati alla promozione di una cultura basata sulla parità dei diritti, sul rispetto e la valorizzazione delle differenze e sulla decostruzione degli stereotipi di genere.

--

SECONDA GIORNATA NAZIONALE DI PSICONCOLOGIA

Con un convegno dal titolo "I bisogni psicologici dei pazienti e dei loro caregivers", l'Ordine degli Psicologi della Puglia e la Società Italiana di Psico-Oncologia hanno celebrato la Seconda Giornata Nazionale della Psiconcologia. L'evento si è svolto a Taranto, all'interno del Dipartimento Jonico dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

Il cancro è una malattia che mette seriamente in crisi il malato ed i suoi familiari. Può cambiare l'identità della fa-

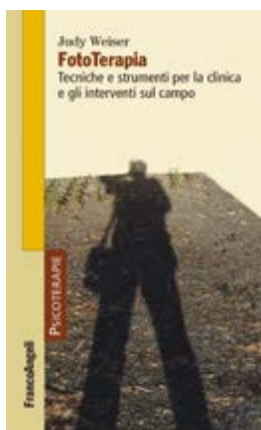
miglia. La psiconcologia ha l'obiettivo di promuovere un miglioramento della vita della persona coinvolta, limitare il rischio di conseguenze psicobiologiche durante tutto il percorso della malattia. "La Puglia - dice il Presidente dell'Ordine degli Psicologi regionale Antonio Di Gioia - negli ultimi anni ha risposto in maniera ottimale alla richiesta di interventi psicologici da parte delle famiglie in presenza di patologie tumorali. Le istituzioni però rispondono in maniera parziale. Spesso gli interventi degli psicologi sono eseguiti nella forma del volontariato, come precari con contratti a tempo. In alcuni casi sono le associazioni che si occupano di psiconcologia a sostenere i costi degli interventi specialistici. Alle istituzioni - aggiunge Di Gioia - chiediamo maggiori sensibilità e interventi per migliorare la vita di chi soffre di tumore, dei suoi familiari e amici".

Il sostegno ai pazienti affetti da tumore - afferma Fulvio Giardina Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi - è ormai un problema sociale. Gli psicologi sono impegnati nell'ampliare il loro contributo professionale che si rivolge non solo al paziente, ma anche a tutto il nucleo familiare. Se supportate adeguatamente, le sofferenze possono essere alleviate. Gli psicologi - continua Giardina - contribuiscono ad attivare quel processo motivazionale che porta il malato a superarsi, a trovare le risorse e le energie per affrontare il percorso della malattia".

Attenzioni a pazienti e familiari ma anche a tutto il personale medico ed infermieristico che opera nei reparti oncologici. "Il tumore - ha detto il Presidente della SIPO Paolo Gritti - è una malattia che rimodula i nostri rapporti, cambia la vita del paziente e di chi gli è accanto. E non solo della famiglia o degli amici. Cambia in qualche modo la vita di chi ne ha cura, dei medici, dei caregivers. La Psiconcologia è una terra di mezzo. Agisce in maniera trasversale e tocca gli incroci della vita e della nostra professione. La Psiconcologia ci permette di guardare alla medicina del futuro che deve affrontare la malattia del paziente abbracciandolo in tutta la sua integrità, come persona, come uomo".



“FOTOTERAPIA. TECNICHE E STRUMENTI PER LA CLINICA E GLI INTERVENTI SUL CAMPO”



Judy Weiser, psicologa, arte-terapeuta, consulente e formatore, docente universitario. Editor della rivista Phototherapy, è autrice di numerosissimi articoli e saggi sulla FotoTerapia. Ha speso oltre 35 anni a studiare, spiegare ed insegnare le pratiche terapeutiche che vedono al centro l'utilizzo della fotografia.

Dirige il PhotoTherapy Centre di Vancouver, Canada. Una Donna molto disponibile, aperta al confronto e a qualsiasi chiarimento. È lei l'autrice di questo manuale che funge da guida per l'utilizzo in terapia di foto e album di famiglia. I destinatari non sono solo i professionisti della salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, arte-terapeuti) indipendentemente dalla matrice teorica di riferimento, ma anche tutti coloro che sono vicini alla fotografia e che in qualche modo sono sensibili ai temi della psicologia e della formazione.

Otto capitoli, i primi, fungono da introduzione: obiettivi del manuale, destinatari, similitudini e differenze tra la arte-terapia classica e la FotoTerapia. Successivamente vi è un excursus generale sulle cinque tecniche, delineate per bene nei successivi restanti capitoli. Per ognuna di esse viene spiegato il funzionamento e che cosa fare per attuarla. Le tecniche

fondanti la fototerapia secondo Judy Weiser sono:

- I. Il processo proiettivo, come usare le immagini fotografiche per esplorare le percezioni, i valori e le aspettative del paziente.
- II. Lavorare con gli autoritratti. Capire le immagini che i pazienti realizzano di se stessi.
- III. Vedere le prospettive degli altri. Come esaminare le fotografie del paziente scattate dagli altri.
- IV. Metafore della costruzione del sé. Riflettere sulle fotografie scattate o collezionate dai pazienti.
- V. Foto - Sistemica. Come lavorare con gli album fotografici di famiglia e le raccolte foto-biografiche.

L'autrice spiega come ricondurre il paziente in un percorso utile a riportare alla memoria informazioni e ricordi dimenticati, rimossi o negati attraverso l'utilizzo delle fotografie. È chiaro che questa ricostruzione avviene all'interno di una relazione terapeutica e di un setting specifico che richiedono conoscenze e competenze professionali.

Il manuale è ricco di illustrazioni aneddotiche ed esercizi pratici, inoltre, ai lettori viene offerta la possibilità di scaricare dal sito della FrancoAngeli, un ricco materiale aggiuntivo di esercizi ed esempi. Certamente un volume da leggere e avere nella propria biblioteca per chiunque sia interessato alla fotografia come strumento terapeutico. Inoltre consiglio di seguire i corsi di formazione di Judy, organizzati anche in Italia. Per ulteriori info www.phototherapy-centre.com

Autori e curatori Judy Weiser
Collana Psicoterapie
Argomenti Psicopatologie e tecniche per l'intervento clinico



“ESSERE UOMO”

ALBERTO MANZI

Recensione a cura di
**ELENA VALENTINI
PERCHINENNA**
Psicologa, Psicologa
Psicoterapeuta Relazionale

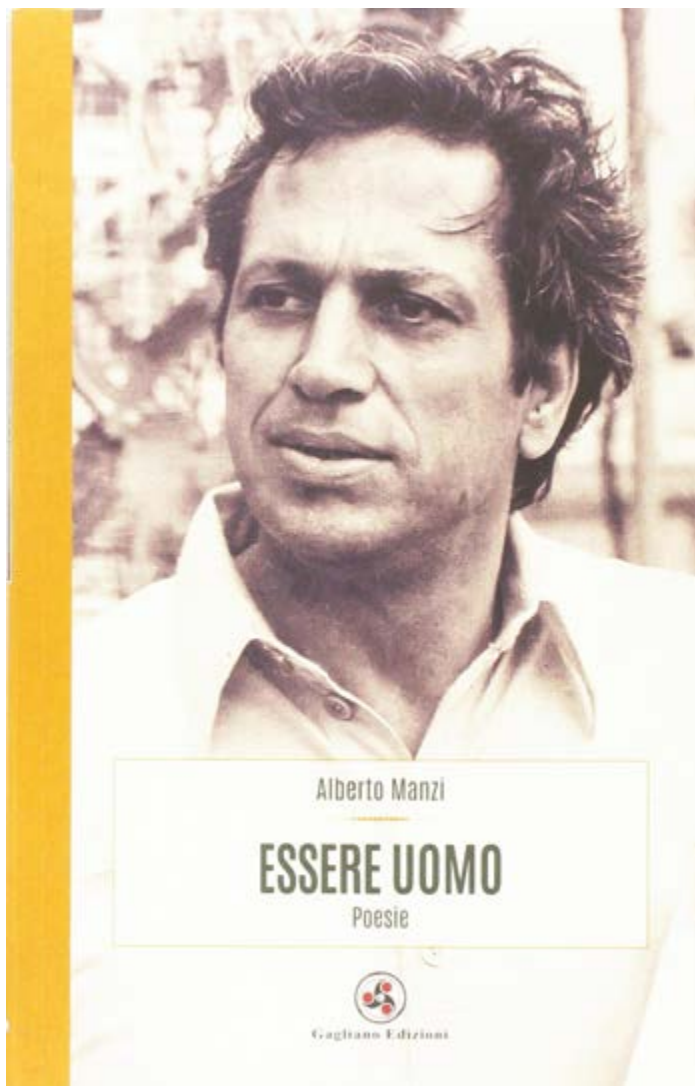
“Essere uomo” è una raccolta di 16 poesie di Alberto Manzi, è il prodotto del fremito di un uomo che non accetta il silenzio di chi soccombe e al contempo alimenta il potere, è il bisogno ardente di dar voce alle ingiustizie. Il messaggio di Alberto Manzi è forte e chiaro, la Dignità di un uomo passa attraverso il dar voce, con determinazione e coraggio, ai propri pensieri, bisogni e vissuti.

L'intolleranza nei confronti dei soprusi del potere, delle ingiustizie, della tacita impotente accettazione generale genera, per contrasto nel poeta, un forte rigetto che si tramuta nell'impossibilità di tacere oltre, nel bisogno viscerale di esprimere, dar voce, urlare, “cantare” il dolore e in quel canto, in quel grido smuovere gli animi dell'Altro, della comunità, ricercare consensi, stimolare il coraggio e l'audacia nell'andare tutti insieme contro corrente generando una forza dinanzi alla quale il potere diverrebbe impotente e riconsegnare la dignità agli uomini. In “Io devo cantare” questo messaggio è tangibile e potente, la sua forza è incontenibile, eppure al termine della lettura di queste righe resta, dopo l'ammirazione, la consapevolezza che sia ancora una fotografia a colori del mondo, in quanto estremamente attuale, oggi più che mai. Il bisogno di smuovere gli animi è ancora forte. La massa è ad oggi assopita e assetata di un eroe positivo che dia a tutti voce.

Poesie che trasudano fatica, speranza, dolore, sangue amaro. La speranza per il futuro, l'investimento nelle nuove generazioni, il crescere che trasforma e rende diverso. Il senso di appartenenza al popolo, alla comunità e la forza del “noi”. Uno, il singolo, è un popolo, “Un popolo in marcia”, la sua

cultura, le sue origini. Nel desiderio di “cantare”, di dar voce, di dar voce insieme, si racconta il mio, il tuo, e anche il tuo vissuto diventa mio, il nostro (“Ero venuto a cantare con voi”). Come Pedro in La luna nelle baracche, Manzi “canta dentro” con gioia, la gioia dell'incontro con l'Altro, della cooperazione, della condivisione. Una gioia e un canto soffocati dalla realtà, dalle brutture che seccano la gola smorzando la parola, favorendo il silenzio. Ma Manzi ci ricorda che anche nella spazzatura può nascere un filo d'erba, un germoglio di bellezza. La speranza non muore mai.

“Omissione” restituisce un'immagine cruda e viva di un uomo che consegna tacitamente se stesso e il “tutto” al mattatoio. Sulla stessa linea, “Non sei innocente” si mostra come uno schiaffo, che nel far male risveglia, risveglia le coscienze. Ci riporta alla consapevolezza della diffusione di responsabilità. Il non fare è pur sempre un fare, è una posizione, uno schierarsi, del quale occorre essere consapevoli e assumersi le proprie responsabilità. “Io non colpevole” rimanda, in altri termini, la stessa immagine di uomo, ligio al dovere e al rispetto delle norme, seppur colpevole del suo silenzio, del suo tacere, del suo soccombere e tacitamente approvare, convalidare. In “Volevo un figlio” l'autore si descrive come un uomo temprato, indurito e forgiato da ciò che ha incontrato ed esperito, come a mostrare una corazza che invii il messaggio che nulla potrà scalfirlo. Ma le corazze proteggono e celano sempre fragilità, lacrime, ferite aperte, non detti. La corazza di una pelle nuda, nel mostrarsi come “essere” puro, scervo e spoglio da qualsivoglia avere materiale. La “pazzia” dona luce a questo autoritratto.



"Insieme" riprende il concetto di "Essere" senza sovrastrutture e orpelli, spoglio dagli averi che allontanano. Semplicemente Essere, consente di riprendere contatto con la natura, col mondo circostante, consente, nel sogno di Manzi, una felicità nel ritrovarsi tutti, insieme. "Io" e "tu" si fondono in "noi", quando questo accade è musica, gioia, luce, "È Natale". La risposta è l'amore. L'amore che unisce, l'amore che fa "finalmente" vedere un mondo diverso ("C'era una chiesa, una volta..). Nell'accostarsi uno all'altro, ciascuno col suo fardello, si crea un cerchio infini-

to che accoglie tutti, c'è sempre posto per tutti, tranne che per il potere, quel potere che "soffoca, strangola, uccide".

"Catturare un cane" è la lettura che, tra le 16, mi ha personalmente rimandato il più importante ritorno emotivo, racconta la fine della dignità di un uomo che non è più trattato come tale. "Giravoper Lima" risulta invece una splendida esplosione di speranza. Nello stordimento dettato dall'incontro col reale e dai vissuti di rabbia scaturiti, il poeta trova sempre una finestra di luce nel suo animo. Una "finestra" solida che al contempo dona leggerezza, la leggerezza del sogno, il sogno di un rifiorire, il sogno di un mondo nuovo, rigenerato. In questo sogno regna la libertà, non c'è alcuna sovrastruttura, pertanto c'è tutto ciò che occorre. C'è luce, c'è aria, c'è speranza, c'è libertà, una libertà che nutre. L'unica ombra è data dalla consapevolezza dell'utopia del sogno. Ma è un'ombra che non riesce ad oscurare la bellezza di tutta la luce che entra da questa solida "finestra". Finestra è apertura, possibilità, speranza, sogno, respiro, vita.

Nel leggere il manoscritto, si incontrano delle sottolineature

che caricano ancor più di senso lo stesso.

Cosa lascia nella memoria del cuore questa lettura: l'incontro con un autore, un poeta, un uomo, che ha vissuto forse mille mondi, il desiderio della scoperta, della conoscenza, il bisogno condiviso di dar voce a tutto ciò che non è tollerabile, la speranza nell'Altro, la forza della cooperazione, la forza dell'insieme, la forza dell'Essere sull'aver, la forza dell'amore, dell'amore che unisce, dell'amore che porta gioia, che porta il Natale, l'amore che canta dentro e canta forte.

Una lettura meravigliosamente luminosa.



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 31/10/2017 **5070**

N. totale iscritti alla sez. B al 31/10/2017 **12**

N. totale iscritti con riconoscimento **2280**
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 Martedì 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 solo nella giornata di lunedì telefonando al numero 371/1403656 dalle ore 17.30 alle ore 18.30.

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'Ordine 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. Andrea Bosco

a.bosco@psico.uniba.it
andrea.bosco.327@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. Giuseppe Saracino

giuseppe.saracino@uniba.it
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



Disegno di un alunno I.C. Pascoli
Parchitello, Noicattaro (Ba)

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 20 - DICEMBRE 2017

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

Via F.Ili Sorrentino, 6 - Bari

Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.

DIRETTORE SCIENTIFICO:

dott.ssa Anna Gasparre

REDAZIONE

dott. Geremia Capriuli

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

Il Presidente assieme al Consiglio
dell'Ordine della Regione Puglia,
il personale di segreteria e la redazione,


augura a tutti i colleghi





SEGRETERIA ORDINE

Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari

 +39 080 5421037

 +39 080 5508355

segreteria@psicologipuglia.it

www.psicologipuglia.it