

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

.....
giugno 2018
Vol. 21

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE DEL PRESIDENTE

- 4 Articolo legge Lorenzin
- 8 Il Villaggio delle Emozioni
- 9 Lo sportello di consulenza su bandi di finanziamento comunitari, nazionali e regionali dell'Ordine degli Psicologi informa

- 31 Una mappa dei bambini a rischio DSA nel comune di Fasano
- 37 Approfondimento tematico: la disprassia in età evolutiva
- 44 La presa in carico psicologica delle donne operate di neoplasia mammaria
- 55 GAP - L'infelicità di "vincere facile"

INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 11 Commissione comunicazione, gestione del web e trasparenza
- 13 Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza
- 14 Commissione "attività formative e culturali, organizzazione convegni e patrocinii"
- 15 Commissione riabilitazione, neuropsicologia e psicologia del ciclo di vita
- 16 Tavolo tecnico per la psicologia dello sport

APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 62 L'approccio evoluzionistico al benessere soggettivo
- 71 Considerazioni in tema di responsabilità professionale dello psicologo
- 77 La psicopatia: una review di letteratura
- 88 Chi chiami cattivo? Chi mira soltanto ad incutere vergogna. Quale è per te il gesto più umano? Risparmiare vergogna a qualcuno. Qual è il sigillo della raggiunta libertà? Non provare vergogna dinanzi a se stessi. F.W. Nietzsche, La Gaia Scienza
Splendido - disse, e mi ammaliò con una risata carica di tutt'un altro tipo, una risata carica di amore per la vita e per tutte le sue insospettabili attrattive. In quel momento si sarebbe pensato che Olivia fosse tutta in quella risata, mentre invece era tutta nella sua cicatrice. Philip Roth, Indignazione

RICERCHE

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

- 91 Come aiutare i bambini a superare un lutto
 - 99 Emotional Suite®: arte e psicologia per la riduzione dello stress.
 - 106 Percezione, proiezione e rappresentazione.
 - 122 Le famiglie dei militari e la crisi del maschile: problemi psico-sociali e ipotesi di intervento psicologico
-

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

- 132 Attraversare il mare all'insaputa del cielo
 - 142 Valutazione psicodiagnostica della Competenza Emotiva in età evolutiva
-

ESPERIENZE SUL CAMPO

- 152 Un intervento psicoterapico al fine di riattivare la "costellazione materna".
 - 157 La Pet-Therapy e la didattica inclusiva
-

SPAZIO NEOLAUREATI

- 166 Le basi biologiche della sindrome di Tourette

- 175 Aspetti psico-sessuali nella bronco-pneumopatia cronico ostruttiva
-

RASSEGNA STAMPA

- 184 La legge n° 3 dell'11 gennaio 2018 firmata dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin
 - 186 Il ruolo dello stress nei disturbi psichici e fisici: un modello d'intervento, due bitontini relatori al convegno degli Psicologi
 - 187 Il ruolo dello stress nei disturbi psichici e fisici: un modello d'intervento
 - 189 Ordine degli Psicologi di Puglia e Centri Commerciali Mongolfiera organizzano il villaggio delle emozioni per promuovere il benessere psicologico
-

NOVITÀ IN LIBRERIA

- 192 Bellissime. Baby miss, giovani modelle e aspiranti lolite
 - 194 Crescere e aiutare a crescere
-

195 NOTIZIE DALLA SEGRETERIA



ARTICOLO LEGGE LORENZIN

Report di monitoraggio ■ Periodo 05/10/2017 - 01/05/2018

Con la nota inviata in data 23 novembre 2017, il Ministro della Salute On.le Beatrice Lorenzin al Presidente del Cnop Dott. Fulvio Giardina aveva preannunciato radicali innovazioni per gli Psicologi Italiani:

"(...) Nell'attuale contesto sanitario in cui emergono nuovi bisogni di salute, anche gli psicologi sono chiamati con grande impegno a tradurre nella pratica quotidiana nuovi ruoli, nuove conoscenze e nuove competenze, in stretta collaborazione con gli altri professionisti sanitari" - La complessità dei fenomeni e i rapidi mutamenti che si verificano nella società attuale - sottolineava il Ministro - "comportano una serie di implicazioni

tali da compromettere la salute psichica in misura più o meno rilevante. In un siffatto scenario, quindi, il ruolo dello psicologo diventa sempre più necessario all'interno della nostra società, confrontandosi con richieste quanto mai diversificate, dalle condizioni di disagio esistenziale e di difficoltà relazionali legate all'età ai veri e propri disturbi psichici di vario tipo ed entità".

Nella stessa nota, il Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin concludeva che "(...) è ormai evidente che la professione dello psicologo meriti sempre più di essere considerata, inserita ed introdotta nel sistema sanitario del nostro paese in maniera ancora più strutturata e profonda. In tale ottica, con il Ddl Lorenzin, AS 1324-B si sta cercando di arrivare al pie-



no riconoscimento della figura dello psicologo come figura sanitaria, ricomprendendola tra le professioni sanitarie (...)".

Le premesse così articolate dal Ministro Lorenzin hanno, infine, trovato attuazione, in data 31.01.2018, dopo un lungo iter di lavori parlamentari e dopo l'approvazione in Senato, nella pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Legge 11 gennaio 2018, n. 3, "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute".

La Legge Lorenzin, provvedimento normativo in vigore dal 15 febbraio 2018, verrà seguita nei 12 mesi successivi da diversi Decreti attuativi, che daranno

piena e completa realizzazione ad ogni singolo Capo del disposto pubblicato.

In particolare, per l'Ordinamento della professione di psicologo, il Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, adotterà "gli atti funzionali all'esercizio delle funzioni di cui ai commi precedenti (composizione organi, vigilanza, ecc.). Sempre entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute adotterà - altresì gli atti necessari all'articolazione territoriale degli Ordini dei biologi e degli psicologi e relativa nomina dei commissari straordinari per l'indizione delle elezioni".

La Legge Lorenzin conclude un lungo percorso nel quale gli sforzi congiunti dei rappresentanti del Consiglio Nazionale dell'Ordine Psicologi e dei funzionari del Ministero della salute hanno puntato alla tutela di tutta la comunità professionale e al riconoscimento normativo della realtà odierna che vede tout court la psicologia e gli psicologi contribuire al miglioramento della qualità della vita e a promuovere il benessere in tutti i contesti di vita.

Un percorso che, dal 1989 ad oggi, ha condotto al riconoscimento della nostra professione e del suo ruolo sociale di portata rilevante nella tutela della salute. La professione di psicologo non solo è inserita nel contesto definito dal SSN, ma in tutti i contesti sociali: negli Enti Locali, nel mondo del lavoro, nella scuola, nello sport, nell'emergenza, nella formazione, nei Tribunali, nelle Amministrazioni penitenziarie, nei corpi militari ecc...

Numerose sono le novità introdotte dal disposto normativo "Legge Lorenzin".

In relazione all'Ordinamento della professione di psicologo, viene previsto che all'articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, venga premessa la seguente integrazione:

"La professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561".

Con la Legge Lorenzin, quindi, **la professione di psicologo** viene annoverata definitivamente tra le pro-

fessioni sanitarie, entrando a pieno titolo nel sistema salute, godendo quindi della tutela imprescindibile dell'art. 32 della Costituzione Italiana.

L'Art. 9, Capo II (Professioni Sanitarie) della Legge Lorenzin, relativo all'Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo, dispone che nella legge 24 maggio 1967, n. 396, "(...) ogni riferimento al Ministro della giustizia e al Ministero della giustizia si intende fatto, rispettivamente, al Ministro della salute e al Ministero della salute".

Gli Ordini dei Biologi e degli Psicologi rientrano così **sotto la vigilanza del Ministero della Salute.**

Notevole attenzione viene riservata alla disciplina degli Ordini Professionali.

Nel Capo II relativo alle **professioni sanitarie**, all'Art. 4 (in materia di Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie), vengono ben definite e chiarite identità e funzioni degli Ordini Professionali.

Al suindicato disposto normativo è previsto che "Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali:

- a) sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale;
- b) sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute; sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica;
- c) promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva; essi non svolgono ruoli di rappresentanza sindacale;
- d) verificano il possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e curano la tenuta, anche informatizzata, e la pubblicità, anche telematica, degli albi dei professionisti e, laddove previsti dalle norme, di specifici elenchi;
- e) assicurano un adeguato sistema di informazione



sull'attività svolta, per garantire accessibilità e trasparenza alla loro azione, in coerenza con i principi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

- f)** partecipano alle procedure relative alla programmazione dei fabbisogni di professionisti, alle attività formative e all'esame di abilitazione all'esercizio professionale; (...)"

Il Capo II art. 5 della Legge Lorenzin è dedicato agli Albi Professionali:

- 1.** Ciascun Ordine ha uno o più albi permanenti, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva professione, ed elenchi per categorie di professionisti laddove previsti da specifiche norme.
- 2.** Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie, in qualunque forma giuridica svolto, è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.
- 3.** Per l'iscrizione all'albo è necessario: a) avere il pieno godimento dei diritti civili; b) essere in possesso del prescritto titolo ed essere abilitati all'esercizio professionale in Italia; c) avere la residenza o il domicilio o esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine;
- 4.** Fermo restando quanto disposto dal decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali, possono essere iscritti all'albo gli stranieri in possesso dei requisiti di cui al comma 3, che siano in regola con le norme in materia di ingresso e soggiorno in Italia.
- 5.** Gli iscritti che si stabiliscono in un Paese estero possono a domanda conservare l'iscrizione all'Ordine professionale italiano di appartenenza".

Nell'ambito del riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie, notevoli sono le novità per gli iscritti, per ciò che concerne la disciplina della Cancellazione dall'Albo.

In particolare, l'art. 6 Capo II della Legge Lorenzin, dispone che:

- 1.** La cancellazione dall'albo è pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Ministro della salute o del procuratore della Repubblica, nei casi:
a) di perdita del godimento dei diritti civili;

- b)** di accertata carenza dei requisiti professionali di cui all'articolo 5, comma 3, lettera b);
- c)** di rinuncia all'iscrizione;
- d)** di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto;
- e)** di trasferimento all'estero, salvo quanto previsto dall'articolo 5, comma 5.

- 2.** La cancellazione, tranne nei casi di cui al comma 1, lettera c), non può essere pronunciata se non dopo aver sentito l'interessato, ovvero dopo mancata risposta del medesimo a tre convocazioni per tre mesi consecutivi. La cancellazione ha efficacia in tutto il territorio nazionale".

Particolare attenzione viene riservata all'ipotesi del mancato pagamento dei contributi relativi all'iscrizione all'Albo da parte dell'iscritto, ipotesi per la quale la sanzione della sospensione, prevista precedentemente, viene ora sostituita dalla cancellazione dall'Albo deliberata dal Consiglio Direttivo.

È evidente come al maggior riconoscimento normativo del ruolo sociale del Professionista Psicologo, corrisponda una dettagliata e chiara regolamentazione dell'intera disciplina dell'iscrizione all'Albo dello stesso Professionista con i suoi conseguenti diritti e doveri.

Si nota, a tal proposito, un inasprimento dell'intera materia relativa all'esercizio abusivo della professione, con decisivi interventi integrativi e correttivi anche all'interno della normativa vigente del Codice Penale.

In particolare per le ipotesi suindicate la Legge Lorenzin ha previsto che:

"1. L'articolo 348 del codice penale è sostituito dal seguente: «Art. 348 (Esercizio abusivo di una professione) - Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000. La condanna comporta la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e, nel caso in cui il soggetto che ha commesso il reato eserciti regolarmente una pro-

fessione o attività, la trasmissione della sentenza medesima al competente Ordine, albo o registro ai fini dell'applicazione dell'interdizione da uno a tre anni dalla professione o attività regolarmente esercitata.

La previsione normativa dispone quindi, per i casi di Esercizio abusivo della professione, la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato, nonché la trasmissione, nel caso in cui il soggetto che ha commesso il reato eserciti regolarmente una professione o un'attività, al competente Ordine, Albo o Registro per l'interdizione da 1 a 3 anni dalla professione o attività regolarmente esercitata.

Tanto, intensificando e potenziando notevolmente quelli che sono gli strumenti con i quali vengono esercitate le ordinarie funzioni disciplinari degli Ordini Professionali, in un'ottica di maggiore tutela del paziente e di coloro che regolarmente esercitano la professione a norma di legge.

Sempre in merito all'Esercizio abusivo di una professione, la legge Lorenzin dispone ulteriori modifiche al Codice Penale:

"2. All'articolo 589 del codice penale, dopo il secondo comma è inserito il seguente: «Se il fatto è commesso nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena è della reclusione da tre a dieci anni».

3. All'articolo 590 del codice penale, dopo il terzo comma è inserito il seguente: «Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena per lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni».

(...) dopo l'articolo 86-bis è inserito il seguente: «Art. 86-ter (Destinazione dei beni confiscati in quanto utilizzati per la commissione del reato di esercizio abusivo della professione sanitaria). -

1. Nel caso di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice per l'esercizio abusivo di una professione sanitaria, i beni immobili confiscati sono trasferiti al patrimonio del comune ove l'immobile è sito, per essere destinati a finalità sociali e assistenziali".

L'Art. 14 del Capo II della Legge Lorenzin è relativo alla "Circostanza aggravante per i reati contro la persona commessi in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali".

Anche in questo caso, si è avuto un decisivo intervento chiarificatore della disciplina delle Circostanze aggravanti, prevista all'interno del Codice Penale.

L'art. 61 del Codice Penale, prevede un elenco di circostanze che, se accertate dall'Autorità Giudiziaria, possono determinare un aumento fino a un terzo della pena prevista per il reato.

In tal senso, la Legge Lorenzin ha previsto che all'articolo 61 del Codice Penale venga aggiunto il comma 11-sexies) "(...) l'avere, nei delitti non colposi, commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative".

Con l'inserimento del comma 11-sexies, viene previsto un aggravamento di tutti i delitti non colposi, qualora il fatto venga commesso in danno di persone ricoverate in ospedali o nelle altre strutture su indicate.

Non può escludersi che la ratio di tale intervento normativo debba essere letta anche alla luce dei numerosi fatti di cronaca verificatisi negli ultimi anni su tutto il territorio nazionale, fatti che hanno coinvolto più di una volta strutture sanitarie o sociosanitarie.

Tanto, a testimonianza di come la neo-nata Legge Lorenzin, sia il risultato di un attento e dettagliato intervento di osservazione sociale prima ancora che un lavoro certosino di ristrutturazione e integrazione della normativa già vigente.



IL VILLAGGIO DELLE EMOZIONI



L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, da alcuni anni organizza una serie di iniziative volte a sensibilizzare e promuovere la cultura del benessere psicologico: *"Stato nel quale l'individuo è in grado di sfruttare al meglio le sue capacità cognitive ed emozionali per rispondere alle esigenze della vita quotidiana, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, adattandosi costruttivamente alle condizioni esterne ed ai conflitti interni. Benessere quindi per coltivare i propri interessi, curare le proprie passioni, rinsaldare i rapporti umani."*

Stato di benessere fisico, mentale e sociale non semplice assenza di malattia come definisce la Salute l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Quest'anno l'Ordine degli Psicologi pugliesi patrocina e realizza in collaborazione con i Centri Commerciali Mongolfiera questa grande ed interessante iniziativa, Il Villaggio delle Emozioni, con attività che promuoveranno il benessere psicologico, attraverso il gioco, il riconoscimento la comprensione e la gestione delle emozioni. Gli Psicologi nei Centri Commerciali Mongolfiera, affiancheranno animatori e artisti per giocare con le emozioni insieme agli adulti, ai bambini, alle famiglie per sottolineare il concetto di salute, di benessere ovvero *star bene insieme agli altri*.

La Psicologia è una scienza versatile e multiforme, che ben si presta ad essere utilizzata in altri campi e professioni che non siano limitate all'esercizio della psicologia pura.

Gli Psicologi sono professionisti con le risorse,

competenze, tecniche, la cultura e la formazione per contribuire al miglioramento globale della nostra società che cambia.

La Psicologia orientata alla promozione del benessere non si occupa solo di disagio, fragilità e malattia, ma anche di *potenziare* le risorse e le abilità personali dell'individuo al fine di favorire una migliore qualità di vita, di *rafforzare* le sue competenze nei diversi contesti sociali, interfamiliari e individuali, di *sostenere* le persone durante le fasi di maggiore criticità che si possono incontrare nel ciclo di vita. Grande attenzione viene posta soprattutto all'importanza dell'Altro nelle relazioni, nelle comunità, nelle organizzazioni (scuola, famiglia, luoghi di lavoro, di aggregazione), nei sistemi macroeconomici e culturali di cui fanno parte.

Questo approccio alla promozione del benessere ha rilevanti interazioni anche sulla salute fisica. Diversi studi internazionali hanno evidenziato come il benessere psicologico e fisico siano strettamente in relazione. Se una persona sta bene dal punto di vista psicologico e reagisce agli stress della vita quotidiana con una buona modalità di regolazione emozionale, e nel rapporto con gli altri, riesce a stare meglio anche fisicamente. L'intento è quindi quello di portare la psicologia fuori dagli studi, fuori dalle sale meeting, una psicologia che va incontro alla società, che scende nelle piazze, che entra nei Centri Commerciali!

La Psicologia e gli Psicologi nei Centri Commerciali Mongolfiera: una professione moderna al servizio della comunità, del paese.



LO SPORTELLO DI CONSULENZA SU BANDI DI FINANZIAMENTO COMUNITARI, NAZIONALI E REGIONALI DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI INFORMA

L'attività dello sportello di consulenza nell'ultima annualità 2017 ha effettuato oltre 163 consulenze informative e 34 consulenze di orientamento per l'elaborazione di progetti; ciò ha portato alla presentazione di alcuni progetti candidati al bando PIN, realizzati in autonomia dagli psicologi in seguito all'orientamento e altri progetti candidati a PIN e a NIDI con il supporto completo alla progettazione dello sportello.

Tutti i progetti già presentati e ammessi a finanziamento sono in fase di start up.

I bandi di finanziamento attualmente a disposizione per la candidatura di progetti imprenditoriali o start up sono i seguenti:

PIN (PUGLIESI INNOVATIVI)

PIN è la nuova iniziativa delle Politiche Giovanili della Regione Puglia rivolta ai giovani e alle giovani che intendono realizzare progetti imprenditoriali innovativi ad alto potenziale di sviluppo locale e con buone prospettive di consolidamento, rafforzando le proprie competenze.

La misura è rivolta a gruppi informali di almeno due giovani residenti in Puglia, di età compresa tra i 18 e i 35 anni che hanno un'idea imprenditoriale innovativa e vogliono svilupparla.

PIN supporta la sperimentazione e la realizzazione di progetti a vocazione imprenditoriale nei settori:

- **Innovazione culturale** (es: valorizzazione del patrimonio ambientale, culturale e artistico, turismo, sviluppo sostenibile, ecc.)
- **Innovazione tecnologica** (es: innovazioni di prodotto e di processo, economia digitale, sviluppo di nuove tecnologie, ecc.)
- **Innovazione sociale** (es: servizi per favorire l'inclusione sociale, il miglioramento della qualità della vita, l'utilizzo di beni comuni, ecc.)

Per ulteriori informazioni e approfondimenti potete chiedere informazioni all'indirizzo mail

sportello@psicologipuglia.it

o al seguente link

<http://pingiovani.regione.puglia.it/>

NIDI (NUOVE INIZIATIVE D'IMPRESA)

Nidi offre un aiuto per l'avvio di una nuova impresa con un contributo a fondo perduto e un prestito rimborsabile sulle spese per investimenti. È anche previsto un ulteriore contributo a fondo perduto per le spese di gestione sostenute nei primi mesi di attività.

Può richiedere l'agevolazione:

- chi intende avviare una nuova attività e non ha ancora costituito l'impresa;
- le imprese costituite da meno di 6 mesi e non ancora avviate (non hanno emesso la prima fattura);
- le imprese, pur se costituite da più di 6 mesi e attive, che si configurino come:



- passaggio generazionale;
- rilevamento di impresa in crisi o di impresa confiscata da parte dei dipendenti;
- cooperative sociali assegnatarie di beni immobili confiscati;
- beneficiarie della misura "PIN - Pugliesi Innovativi".

Per ulteriori informazioni e approfondimenti potete chiedere informazioni all'indirizzo mail sportello@psicologipuglia.it o al seguente link <http://nidi.regione.puglia.it/>

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.

Possono richiedere l'agevolazione imprese riconducibili ad una delle seguenti tipologie:

- a) regolarmente costituite ed iscritte al registro delle Start-up innovative istituito ai sensi del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito in Legge n. 221 del 18/12/2012;
- b) che hanno sostenuto costi di ricerca e sviluppo che rappresentino almeno il 10% del totale dei costi di esercizio in almeno uno dei tre anni precedenti la concessione dell'aiuto oppure, nel caso di una start-up senza dati finanziari precedenti, nella revisione contabile dell'esercizio finanziario in corso, come certificato da un revisore dei conti esterno, ovvero poter dimostrare attraverso una valutazione eseguita da un esperto esterno, che in un futuro prevedibile svilupperà prodotti, servizi o processi nuovi o sensibilmente migliorati rispetto allo stato dell'arte nel settore interessato e che

comportano un rischio di insuccesso tecnologico o industriale;

- c) che dispongono del riconoscimento del Seal of excellence (Iniziativa pilota della Commissione europea nell'ambito del Programma Strumento PMI "Orizzonte 2020").

Per ulteriori informazioni e approfondimenti potete chiedere informazioni all'indirizzo mail sportello@psicologipuglia.it o al seguente link www.sistema.puglia.it/tecnonidi

RESTO AL SUD

Resto al Sud, è una nuova serie di incentivi fiscali dedicati ai giovani tra i 18 ed i 35 anni residenti in una delle seguenti regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia **che intendono** aprire una nuova impresa.

A tali giovani, Invitalia, offre due tipi di agevolazioni fiscali che possono coprire il 100% delle spese effettuate contributo a fondo perduto e finanziamenti a tasso zero.

Come funziona?

1. il giovane interessato ad accedere agli incentivi Resto al Sud, deve per prima cosa verificare sul sito Invitalia, il possesso di tutti i requisiti di accesso;
2. Non occorre affrettarsi più di tanto perché l'agevolazione non prevede una scadenza e tutte le domande pervenute saranno valutate in base all'ordine cronologico di arrivo;
3. la domanda Resto al sud, va presentata per via telematica utilizzando i moduli messi a disposizione da Invitalia a partire dallo scorso 15 gennaio.

Per ulteriori informazioni e approfondimenti potete chiedere informazioni all'indirizzo mail sportello@psicologipuglia.it o al seguente link <https://www.invitalia.it/>



COMMISSIONE COMUNICAZIONE, GESTIONE DEL WEB E TRASPARENZA

Coordinatore
dott. Calamo-Specchia

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

Proseguono i lavori della Commissione della gestione del portale www.psicolgipuglia.it e della pagina Facebook dell'Ordine.

La pagina Facebook dell'Ordine

www.facebook.com/OrdinePsicologiPuglia è seguita ad oggi (dati aggiornati al 23/04/2018) da 14.609 utenti, prevalentemente in Area Puglia, con un incremento da inizio anno di circa +1.000 nuovi utenti. Il pubblico che segue la pagina è prevalentemente femminile, con un 82% a fronte del 17% di uomini. La fascia maggiormente coinvolta è quella 25-34 anni.

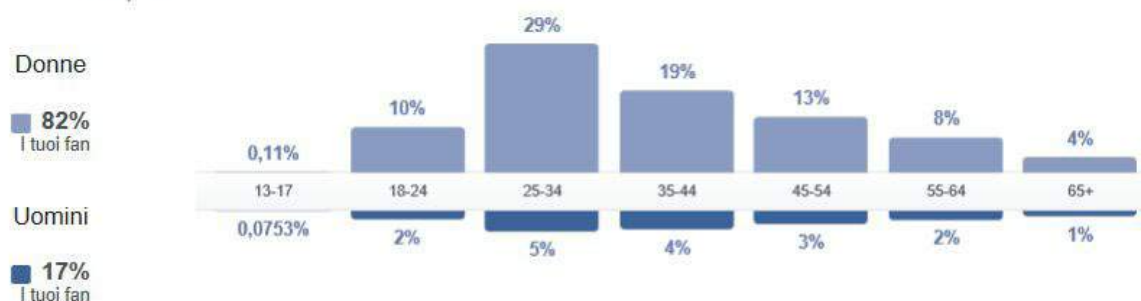
Si veda grafico:

Sempre di più l'Ordine lavora per raggiungere le persone, per dare compimento all'azione di promozione e diffusione della figura dello psicologo. I canali social, ad oggi, paiono uno strumento molto efficace di cui ci si è dotati.

Una novità è rappresentata dall'applicazione per smartphone prodotta da XINFO CONNECT.

L'app offre una repository documentale a portata di mano e la possibilità di rimanere aggiornati sulle principali novità dell'Ordine. Nell'app sono disponibili tutti i documenti necessari allo svolgimento dell'attività professionale dello Psicologo: norma-

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



La pagina ha l'obiettivo di informare gli iscritti sulle attività promosse e patrocinate dall'Ordine, di diffondere temi e iniziative, anche segnalate dagli stessi iscritti, nell'ambito della Psicologia.

tive, modulistica e regolamenti facili da consultare e scaricare su smartphone, per poter essere visionati anche in assenza di connessione alla rete Internet. L'app consiste in 3 sezioni:



1. **EVENTI** in cui saranno riportati gli eventi organizzati dall'Ordine
2. **DOCUMENTI** organizzate nelle seguenti 5 sotto-sezioni:
 - a) "Convenzioni": un elenco periodicamente aggiornato con le convenzioni in corso di validità stipulate dall'Ordine a favore dei suoi iscritti;
 - b) "Modulistica": i principali moduli per agevolare l'interazione con la Segreteria dell'Ordine (ad esempio, sono contenuti i moduli per il consenso informato, norme per la cancellazione dall'albo, domanda di trasferimento ad altro ordine regionale, ecc.);
 - c) "Normativa": in questa sezione sono riportati i capisaldi normativi della figura professionale dello Psicologo e dell'esercizio dell'attività (es. decreto 165/2016, legge 56/1989, ecc.);
 - d) "Psicopuglia": contenente i numeri precedenti della rivista semestrale dell'Ordine, a partire dal numero 13 di giugno 2014.
3. **FAQ** (le cosiddette *Frequently Asked Question*, ovvero le domande più frequenti) con le principali domande organizzate per aree tematiche (es. fatturazione elettronica, quota associativa, ecc.) che possono trovare facilmente risposta.

L'app verrà usata solo per comunicare gli eventi organizzati dall'Ordine e le attività strettamente inerenti la vita dell'Ordine stesso (es. pagamento quota

associativa), mediante aggiornamento delle apposite sezioni e notifica push. Ogni iscritto ha già ricevuto o riceverà una email personale, contenente un codice riservato per l'accesso all'applicazione, e tutte le informazioni utili per scaricare l'app.

Si riassumono nel box tutte le informazioni utili per il download dell'app:

La Commissione ha lavorato poi a stretto contatto con la Commissione Promozione del benessere e psicologia dell'emergenza, responsabile dell'organizzazione del Villaggio Delle emozioni, il percorso ludico esperienziale dedicato alle 5 emozioni di base che, fra aprile e maggio, ha toccato 4 diverse città Pugliesi. Continuano, dunque, le attività comunicative per diffondere la figura dello psicologo come promotore del benessere, al servizio della cittadinanza. La Commissione ha lavorato insieme al team di professionisti dell'agenzia di comunicazione Comma3. In conclusione, in considerazione della sempre maggiore influenza dei mezzi virtuali, anche nella gestione delle attività promozionali, si segnala la Convenzione che l'Ordine ha stipulato con la stessa agenzia di comunicazione, per la realizzazione di siti web per psicologi e/o per l'assistenza nello sviluppo delle proprie attività professionali online. La Convenzione è presente nell'apposita sezione del portale dell'Ordine o visionabile al sito:

<http://psicologi.comma3.com/>

APP XINFO ORDINE PSICOLOGI REGIONALE

1. Recarsi nello store **Google Play**
2. Cercare "**Xinfo Psicologi Regionale**", prodotta da CGM Xdent Software srl
3. Selezionare ed installare l'app con logo recante la scritta blu "**Ordine Psicologi Regionale**" su sfondo bianco
4. Inserire il **codice univoco** per l'installazione comunicato tramite email all'indirizzo fornito in sede di iscrizione all'albo regionale
5. Il codice sarà necessario solo per il **primo accesso all'app**



COMMISSIONE PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Coordinatore
dott.ssa Gasparre

Componenti
dott. Calamo-Specchia
dott. Frateschi
dott. Caprioli
dott.ssa Annese

La commissione "promozione del benessere e psicologia dell'emergenza" ha partecipato all'organizzazione del "Villaggio delle Emozioni" che quest'anno l'Ordine degli Psicologi pugliesi ha patrocinato e realizzato in collaborazione con i Centri Commerciali Mongolfiera (vedi editoriale Presidente e rassegna stampa per dettagli sui contenuti e gli obiettivi - pag. 8 e 189).

Il Villaggio si è tenuto dal 10 al 15 aprile presso il centro commerciale Mongolfiera Foggia, dal 17 al 22 Aprile presso il centro commerciale Mongolfiera di Andria, dal 2 al 6 Maggio presso il centro commerciale Mongolfiera di Taranto, ed infine, dall'8 al 13 Maggio presso il centro commerciale Mongolfiera di Bari Japigia.

Il villaggio delle emozioni è stato attivo dal martedì al venerdì per le scuole primarie dalle 09 alle 13. Durante la mattinata, i bambini sono stati divisi in due turni (da Max 50 bambini per turno). Ogni turno ha previsto il percorso nelle 5 stanze delle emozioni (disgusto, rabbia, paura, tristezza e gioia) e l'attività laboratoriale di educazione emotiva.

I professionisti ed il personale coinvolti sono stati adeguatamente formati sui contenuti e sulla gestione dei tempi, in modo da garantire una perfetta "catena di montaggio".

Durante il weekend, il villaggio è stato aperto a tutti dalle 10 alle 13 e dalle 16 alle 20 con il solo coinvolgimento di artisti e personale di "animazione".

È stata prevista anche la presenza di colleghi

psicologi con lo scopo di coadiuvare il team nel percorso delle varie stanze e fare accoglienza al desk dedicato per chi necessitava di informazioni.





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

(gennaio – giugno 2018)

Coordinatore
dott. Frateschi

Componenti
dott.ssa Annese
dott. De Muro



La Commissione “ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI” per il periodo gennaio – giugno (I semestre) 2018 ha proseguito la programmazione del quadriennio 2014 – 2017 promuovendo le nuove proposte di diffusione, sensibilizzazione, informazione della cultura e formazione psicologica, in contesti intraprofessionali, interprofessionali, nella comunità e società civile.

Si evidenzia che nel quadriennio 2014 – 2017 l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha organizzato e realizzato 40 eventi formativi e patrocinato più di 300 eventi e manifestazioni grazie alla collaborazione, alla partecipazione attiva e alla dedizione professionale di tutti gli psicologi nei vari territori della nostra regione.

L'impegno serio e costante di tutta la categoria professionale degli psicologi, nelle molteplici dimensioni e declinazioni della Cultura e della Formazione psicologica sviluppa nuove visioni e configurazioni della salute, del benessere, della solidarietà, dell'integrazione per affrontare i problemi più gravi, le emergenze e le trascuratezze, le necessità e i bisogni della collettività e degli individui, con una prospettiva

fiduciosa scientifica e tecnica, strategica e pragmatica, su quadri moderni di riferimento interprofessionali e interdisciplinari, in ogni realtà, contesto e comunità della Puglia.

Inoltre, le grandi aree operative di destinazione potenziale di formazione e cultura psicologica risultano essere quelle istituzionali e pubbliche, associative, comunitarie, aziendali e private; particolare rilevanza si potrebbe attribuire agli ambiti sanitari e psico-socio-sanitari, scolastici e psico-socio-pedagogici, comunitari, familiari, di coppia, per servizi e interventi di gruppo e individuali di tipo preventivo, orientativo, organizzativo, supportivo, consulenziale, assistenziale.

La Commissione ha articolato e sviluppato proposte per una promozione adeguata e pertinente sia della valorizzazione della professionalità dello psicologo attraverso azioni culturali, informative e formative riguardanti le trasformazioni rapide e complesse dei bisogni, delle necessità, delle nuove dipendenze e delle nuove emergenze della società moderna, sia della valorizzazione degli interventi degli psicologi per

i bisogni psicosociali delle famiglie e delle comunità, per la solidarietà, l'integrazione e l'inclusione psicosociale.

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

1. Evento Formativo ECM dal titolo: *"La psicoterapia breve ad approccio strategico. Applicazioni cliniche e campi d'intervento"* organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con l'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie, tenutosi il giorno 19.01.2018, presso l'Hotel Excelsior Congressi, Bari. L'evento è stato accreditato per 7,3 crediti ECM.
2. Evento Formativo ECM dal titolo: *"Legge Lorenzin: lo psicologo nel sistema salute"*, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 17.02.2018, presso l'Hotel Mercure Villa Romanazzi Carducci, Bari. L'evento è stato accreditato per 7,2 crediti ECM.
3. Evento Formativo ECM dal titolo: *"La psicoterapia nel terzo millennio. Sfide future"*, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con Il Ruolo Terapeutico - Scuola di formazione psicoanalitica - Sede di Foggia, tenutosi il 24.02.2018, presso la Biblioteca Provinciale di Foggia. L'evento è stato accreditato per 7,2 crediti ECM.
4. Evento Formativo ECM dal titolo: *"Il ruolo dello stress nei disturbi psichici e fisici: un modello di intervento"*, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, 24.03.2018, presso la Sala Convegni Galleria, Bari. L'evento è stato accreditato per 6,4 crediti ECM.
5. Evento Formativo ECM sul tema riguardante la Riabilitazione, previsto dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, per i giorni 25-26 giugno 2018, Trani.

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 RIABILITAZIONE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOLOGIA DEL CICLO DI VITA

Coordinatore **dott.ssa Annese**

Componenti **dott. Frateschi**
dott. De Muro
dott. Caprioli
dott.ssa Gasparre

La Commissione Riabilitazione, Neuropsicologia e Psicologia del ciclo di vita dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha organizzato il convegno sul tema "Riabilitazione: modelli teorici e di intervento, interdisciplinarietà, applicazioni e buone prassi" che si terrà il 25 e 26 giugno 2018 a Trani presso Palazzo Lodispoto, sede del Polo Museale di Trani. Nel programma del convegno sono previsti numerosi interventi di ospiti di rilievo a livello nazionale, a cui vogliamo affiancare la presentazione di buone prassi, esperienze di ricerca e sul campo nel settore della riabilitazione, da parte dei colleghi iscritti al nostro Ordine Regionale, per creare opportunità di confronto e crescita professionale collettiva all'interno della categoria. Il confronto e la condivisione di esperienze hanno peraltro caratterizzato l'intero lavoro di organizzazione del convegno, a cui hanno contribuito, oltre ai Consiglieri componenti della Commissione e alla Segretaria dell'Ordine dott.ssa Giovanna Pontiggia, altri colleghi tra cui la prof.ssa Paola Angelelli, la dott.ssa Anna Maria Antonucci, il dott. Francesco Delli Santi e la dott.ssa Alessandra Notarnicola.



TAVOLO TECNICO PER LA **PSICOLOGIA** **DELLO SPORT**

Coordinatore
dott. Calamo-Specchia

Componenti
dott. Di Gioia
dott.ssa Soleti
dott.ssa Gasparre
dott. De Muro

Il Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport nasce a metà del 2017 con l'obiettivo di promuovere sul territorio pugliese la figura dello Psicologo dello Sport. Questo lavoro si inseri-

sce nel più ampio quadro progettuale promosso dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi CNOP, che a livello nazionale opera con le competenti Istituzioni perché si possa giungere ad una

Realizzata nell'ambito del Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia.

A cura di: Antonio Di Gioia, Antonio Calamo-Specchia, Ferdinando De Muro, Tiziana De Giulia, Anna Gasparre, Nadia Pavlovic, Emanuela Soleti.

Progettazione e realizzazione grafica: Comma3 srl

Psicologia dello SPORT

Ma quali costumi... ci vuole lo Psicologo! Tania Cagnetto

Lavora accanto a me uno psicologo dello sport. Susanna Iken

Per riuscire a vincere l'ansia ci vuole un professionista. Federica Dellegni

Spesso troviamo scuse per i nostri fallimenti anziché affrontarli. Andrea D'Allesio

Via Fratelli Sorentino n° 6
70126 - Bari

www.psicologi.puglia.it
@OrdinePsicologiPuglia

ORDINE PSICOLOGI REGIONE PUGLIA

definizione chiara della professionalità e della formazione dello Psicologo dello Sport. Anche in Puglia, ormai da tempo il mondo della psicologia e quello dello sport hanno sperimentato una vicinanza ed un'affinità del tutto peculiari. Il tavolo propone un confronto fra rappresentanti accademici, rappresentanti politici, esponenti del mondo della professione psicologica e del mondo delle organizzazioni sportive a vari livelli; cerca di orientare il suo lavoro di promozione e diffusione tanto agli addetti ai lavori quanto alla cittadinanza tutta.

Il Tavolo Tecnico per la Psicologia dello Sport ha lavorato ad oggi, grazie anche al valido contributo di colleghi esterni esperti nel settore, alla realizzazione di una brochure informativa sulla figura dello Psicologo dello Sport. La brochure sarà diffusa in tutte le iniziative regionali a carattere sportivo, che vedranno la partecipazione in termini di gratuito pa-



Il logo del Tavolo Tecnico, presente in diversi eventi sul territorio regionale per la promozione del ruolo dello psicologo in ambito sportivo

trocinio da parte dell'Ordine degli Psicologi. L'attività informativa relativa allo psicologo risulta particolarmente utile, in una fase in cui, nel nostro territorio, non sembra ancora bene affermata una definizione chiara delle competenze e dell'iter formativo delle diverse figure che operano nel settore psicologico sportivo.

Si sperimenta spesso confusione ed una sovrapposizione fra diverse figure in merito alla quale il Tavolo Tecnico intende fare chiarezza, sulla scia dei lavori avviati dal CNOP, anche grazie alla campagna informativa predisposta.

Infine, in ragione di ciò, il Tavolo Tecnico per la psicologia dello Sport, con il supporto del CONI Puglia, ha dato avvio ad un'indagine esplorativa inerente la percezione, da parte delle realtà sportive pugliesi (siano esse agonistiche o non agonistiche), della figura dello psicologo dello sport.

I risultati dei questionari, attualmente in fase di analisi, verranno presentati nei prossimi mesi e potranno rappresentare un importante punto di partenza, per meglio orientare il lavoro in questo interessante settore, costantemente in via di sviluppo.





Migliorare la qualità di vita nella patologia grave.

DALLA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA ALL'INTERVENTO MULTIDIMENSIONALE IN UN PAZIENTE CON SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: CASE REPORT

dott.ssa Pontiggia

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

dott.ssa Matarangolo

Psicologo, Esperta in
Neuropsicologia Clinica

RIASSUNTO

Il lavoro descrive una valutazione neuropsicologica, clinica e funzionale ed un trattamento cognitivo-comportamentale e d'integrazione socio-sanitaria rivolto alla paziente, affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica e di sostegno psicologico rivolto al caregiver. Dare sollievo alla sofferenza psico-emotiva di pazienti affetti da patologia cronica e dei familiari richiede interventi sanitari, psicologici e sociali. È stato messo in atto un trattamento multidimensionale e la presa in carico della paziente in un'ottica biopsicosociale.

Si è implementata, una rete di supporto per offrire a paziente e famiglia risposte terapeutiche efficaci integrate fra loro e possibilità d'essere accompagnati nel tempo (*lifelong care*), favorendo una gestione attiva della disabilità.

PAROLE CHIAVE

Sclerosi laterale amiotrofica, Valutazione neuropsicologica, clinica e funzionale, Intervento riabilitativo globale, Multidimensionalità, Multidisciplinarietà, Servizio di Riabilitazione.

INTRODUZIONE

Definizione

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), nota anche come Malattia di Charcot o Malattia di Lou Gerigh,

è la forma più comune delle malattie degenerative neuromuscolari, caratterizzate, cioè, dalla morte di una popolazione di cellule nervose, dette motoneuroni.

La SLA è la più frequente malattia neurodegenerativa del sistema motorio e, nella forma classica, interessa il *primo neurone di moto* (motoneurone centrale), sito nella corteccia frontale prerolandica, e il *secondo neurone di moto* (neurone periferico), situato nel tronco encefalico (per i nervi cranici motori) e nelle corna anteriori del midollo spinale (per i nervi spinali).

Il quadro clinico è caratterizzato dalla progressiva paralisi dei movimenti volontari. La malattia determina una perdita dei motoneuroni, con conseguente compromissione delle funzioni motorie prima e vitali poi (uso degli arti superiori e inferiori, deglutizione, fonazione, respirazione). I muscoli volontari non ricevono più i comandi provenienti dal cervello e, nel tempo, si atrofizzano. La perdita di motoneuroni corticali porta ad una degenerazione assonale del tratto cortico-spinale che decorre nelle colonne laterali del midollo spinale, costituendo un'area cicatriziale indurita (sclerosi).

Allo stesso tempo, la perdita dei motoneuroni spinali porta ad una degenerazione assonale che impedisce alle cellule muscolari innervate di ricevere il segnale e generare il movimento. Ciò significa che più motoneuroni muoiono, più il muscolo diventa debole e sottile (amiotrofico).

Epidemiologia

La malattia ha abitualmente un decorso rapidamente progressivo, con durata media di 3-5 anni. L'incidenza annua è approssimativamente di 2 nuovi casi per 100.000 abitanti, mentre la prevalenza è di circa 6-8 casi per 100.000 abitanti. L'incidenza della SLA aumenta con l'aumentare dell'età e raggiunge un massimo tra i 55 e i 75 anni, ma può colpire più raramente anche soggetti molto giovani o molto anziani. È descritta una lieve preferenza per il sesso maschile (1,3:1). Il rischio di contrarre la malattia nel corso della vita non è trascurabile ed è di 1/350 negli uomini e di 1/420 nelle donne. Non sono descritte preferenze etniche, con l'eccezione di alcune regioni a elevata incidenza nel Pacifico occidentale, nell'isola di Guam (in tale isola è stato individuato un amminoacido neurotossico che, inserendosi nella catena alimentare, sembra incrementare l'incidenza della patologia). Ad oggi, il 20% dei pazienti vive, in media, 5 anni e il 10% vive circa 10 anni (Mulder & Howard, 1976).

Etiopatogenesi

L'esatta causa della sclerosi laterale amiotrofica non è nota. Nel 90-95% dei casi si verifica in modo apparentemente casuale. Nessuna ipotesi unitaria è stata, infatti, ancora formulata circa le cause della SLA, che pertanto viene descritta come una *patologia a eziologia multifattoriale e patogenesi complessa*, determinata dal concorso di molteplici fattori di rischio ambientali e/o predisposizione genetica (Shaw & Eggett, 2000).

Caratteristiche cliniche

La classificazione della Sclerosi laterale amiotrofica può essere fatta in base alla forma ed in base all'esordio e decorso della malattia.

Per quanto riguarda le forme esistono quattro forme di SLA. La forma *sporadica* è caratterizzata da progressiva ipotrofia e ipostenia degli arti, inizialmente asimmetrica e, più frequentemente, degli arti superiori. Il paziente lamenta difficoltà nel manipolare oggetti contro resistenza (girare

una chiave nella serratura) o frequenti inciampi. In un quarto dei pazienti la malattia può esordire con difficoltà nel parlare (disartria) o deglutire (disfagia), con ipotrofia linguale. Nel corso della malattia può manifestarsi un deficit delle funzioni cognitive di entità variabile (20-50% dei casi) e, più raramente (5-15% dei casi), è possibile osservare demenza, generalmente con caratteristiche simili alla demenza fronto-temporale. Il paziente potrà osservare la progressiva diminuzione di volume delle masse muscolari, che può essere severa, ad esempio, nelle mani (mani scheletriche); la comparsa di fascicolazioni (brevi ma ripetute contrazioni di gruppi di fibre muscolari dovute all'attività di una o più unità motorie, avvertite come guizzi muscolari, che non determinano spostamento dei segmenti corporei interessati) e di crampi, specie notturni; incapacità di tollerare sforzi prolungati. La forma *familiare* clinicamente identica alla forma sporadica, mentre l'età media di esordio è più precoce.

La SLA con *demenza fronto-temporale* presentata da una modestissima percentuale di pazienti, che può andare incontro allo sviluppo di demenza fronto-temporale, caratterizzata da profondi cambiamenti della personalità. Infine, la forma *Guam*, si presenta in associazione con la sindrome demenziale e col Parkinson. La denominazione correlata alla prima osservazione avvenuta al fatto che fu osservata per la prima volta negli anni '50 sull'Isola di Guam.

Sulla base dell'esordio, invece, sono distinte le modalità *spinale*, *bulbare*, *pseudopolonevritica*. Nella prima, in genere, i sintomi iniziali sono fascicolazioni, crampi oppure rigidità e debolezza dei muscoli, che influisce sul funzionamento di un arto e sulle capacità linguistiche. Questo tipo di esordio riguarda circa il 50% dei casi di SLA. Nel 25% dei casi si ha un esordio bulbare con una paralisi progressiva labio-glosso-faringea. L'esordio pseudopolinevritico riguarda, invece, il 30% dei casi ed è caratterizzato da un deficit motorio ai muscoli della loggia antero-esterna della gamba, talora unilaterale, ma in breve tempo bilaterale, che causa difficoltà nella deambulazione.



Trattamenti nella SLA

Per la SLA e, in generale, per le malattie del motoneurone non esiste, tuttora, una terapia farmacologica realmente efficace. L'unico farmaco che ha indicazioni per la SLA è il *riluzolo* (100mg per os, frazionato in due somministrazioni quotidiane), che ha dimostrato la capacità di rallentare la progressione di malattia, interferendo con l'eccitotossicità del glutammato. Ad esso è prassi consolidata associare alcuni integratori antiossidanti o incidenti sull'attività della catena respiratoria mitocondriale. Possono, inoltre, trovare efficace applicazione nelle diverse fasi della malattia farmaci sintomatici per la sialorrea, incontinenza emotiva, astenia, spasticità, crampi e fascicolazioni; integratori alimentari, modificazioni della consistenza dei cibi, sondino naso-gastrico, PEG; ventilazione non invasiva (NIV) e ventilazione invasiva mediante tracheostomia.

Il trattamento dei pazienti con SLA deve iniziare subito, al momento della diagnosi, ed essere condotto da un'équipe riabilitativo-assistenziale multidisciplinare, costituita da neuroriabilitatore, pneumologo, foniatra, psicologo, fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, dietista, infermiere.

La cura e il supporto psicologico sono in stretta correlazione con tutto quello che comporta la patologia neurologica di base. Il sostegno psicologico, vista la problematica complessa, non può ridursi a dei semplici colloqui con il paziente e il caregiver, volti a lenire le angosce. Molte volte sono i pazienti stessi che, dopo qualche colloquio individuale, chiedono che si aiutino i loro familiari. Oppure, poiché la problematica neurologica investe anche i distretti di tipo cognitivo-comportamentale, in alcuni casi, è necessario lavorare sulla gestione dei disturbi di tipo comportamentale e sulle funzioni cognitive. Il sostegno psicologico più efficace è quello sviluppato con la pianificazione di interventi di rete tra vari professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, assistenti familiari, assistente sociale etc.), volta a diminuire gli accessi ambulatoriali ospedalieri e migliorare, a domicilio, l'assistenza e la qualità della vita dei pazienti e dei familiari.

ASPETTI PSICOLOGICI ED EMOTIVI DELLA SLA

La SLA, come qualsiasi altra malattia, è un evento critico e traumatico che colpisce non soltanto il portatore, ma tutta la famiglia, che si trova costretta a fronteggiare il disagio personale, relazionale e organizzativo che da essa deriva. Ricevere una diagnosi di SLA comporta un cambiamento di vita notevole scatenando una serie di importanti reazioni psicologiche nella persona e in coloro che la circondano. All'interno della famiglia verrà così a costituirsi la figura del *caregiver*, una persona che finisce col coinvolgersi totalmente nella nuova situazione e con il prendere in carico, in prima persona, la cura del paziente. Sia la famiglia che il paziente sono costretti a far fronte a questo vissuto traumatico, in condizioni psicofisiche ed emozionali sempre più compromesse (Cerutti & Pasetti, 2000).

All'elaborazione del trauma relativo all'impossibilità di guarigione si aggiunge anche quello dell'avanzante disabilità del paziente che concretizza, giorno dopo giorno, il compiersi dell'inevitabile percorso che lo condurrà alla morte. Il decorso della malattia ridurrà gradualmente gli spazi di autonomia della persona impedendole, oltre che il movimento, anche la comunicazione. In molte occasioni il paziente avvertirà una sensazione di impotenza che culminerà in *pensieri suicidari* sempre più insistenti, soprattutto nel momento in cui otterrà una diagnosi certa della patologia. Accanto a questo *senso di impotenza* e probabili tendenze suicidarie, le ricerche presenti in letteratura mettono in evidenza un'alta incidenza di *depressione* e di *ansia* in questi pazienti. Attualmente la prevalenza della depressione nei pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica varia dal 9% al 22%, pur non esistendo una correlazione positiva tra durata della malattia e sintomatologia depressiva (Vignola et al., 2008).

Pur confrontandosi con reazioni di ansia, paura, tristezza, rabbia, i pazienti possono riacquistare un'immagine positiva della propria vita, spostando la loro attenzione su ciò che sentono e desiderano in un dato momento, rispetto a ciò che non potranno più fare.

Il fattore protettivo principale per queste persone risulta essere il supporto affettivo e sociale fornitogli dal caregiver: i pazienti possono meglio adattarsi alla propria situazione se non vengono lasciati soli e se sono adeguatamente supportati nel costruire e mantenere un'adeguata rete di sostegno sociale. Dal punto di vista psicologico, a causa della malattia, il *caregiver* sarà esposto a *vis-suti di colpa* e a *distress* psicologico, entrambi connessi al desiderio di voler fare di più per aiutare il paziente ed alla frustrazione generata dalla consapevolezza dei propri limiti e della propria impotenza (Rabkin, et al. 2006). Gli studi mettono quasi tutti in evidenza il forte impatto che la malattia ha in termini psicologici nella vita dei caregiver (Simpson, & Appel, 2005), il crescere dei livelli di ansia e di depressione e il peggiorare della qualità della vita parallelamente al progredire della malattia e al conseguente aumento del carico assistenziale (Vignola et al., 2008; Miyashita et al., 2009; Gauthier et al., 2007).

Per quanto riguarda gli aspetti di natura emotiva, l'ipotesi è che esista una correlazione tra la perdita della funzionalità ed una diminuita capacità di provare emozioni. A sostegno di quanto supposto si fa riferimento al complesso teorico relativo all'attività dei neuroni specchio, ed in particolare ai concetti di "consonanza intenzionale" e "simulazione incarnata" (Gallese, V., 2003). Grazie ai *meccanismi di rispecchiamento e simulazione*, l'altro è vissuto come un "altro se" (Gallese, Keysers e Rizzolatti 2004; Gallese 2006). Dal punto di vista psicologico, del resto, diversi studi, tra i quali quello di Lule D. et al. (2005), hanno rilevato un cambiamento nella risposta emotiva dei pazienti con SLA, da una maggiore verso una minore reattività a stimoli emozionali intensi con l'avanzare della malattia, fenomeno che è stato ipotizzato correlare con l'attivazione di sistemi di compensazione cognitiva intercorsi, ovvero, in un'ottica più neurobiologica, con vere e proprie modifiche neuroplastiche. Il concetto di consonanza intenzionale generata dai processi di simulazione sarebbe funzionale all'ipotesi per la quale, venendo meno la capacità del soggetto con SLA di operare adeguati

livelli di simulazione dell'espressioni emotive (a causa della mancata funzionalità muscolare per la riproduzione della mimica), possa ridursi anche l'attitudine a sperimentare le emozioni stesse (Ferullo C.M. et al., 2009).

SLA E TEORIA DELLA MENTE (TOM)

Le neuroscienze cognitive hanno dedicato un crescente interesse allo studio delle abilità coinvolte nella gestione delle interazioni sociali, ai correlati cerebrali di queste abilità e alle possibili disabilità cognitive e sociali, che conseguono a patologie che interessano tali aree cerebrali. Tra i diversi sistemi neurocognitivi, che giocano un ruolo chiave nelle interazioni sociali, quello che ha ricevuto maggiore attenzione da parte degli studiosi è noto con il termine di Teoria della Mente (*Theory of Mind*, ToM) (Premack e Woodruff 1978). La ToM permette di interpretare il comportamento delle altre persone sulla base degli stati mentali sottostanti tali comportamenti, riconoscendo in tali stati mentali il motivo dell'agire altrui (Baron-Cohen 1995). Recenti studi hanno evidenziato come tali abilità siano, non a caso, deficitarie proprio nelle patologie neurodegenerative, che presentano marcati disturbi comportamentali e sociali (Gregory et al. 2002; Gregory, Serra-Mestres e Hodges 1999; Rahman et al. 1999).

Alla luce dei risultati ottenuti da uno studio di Adenzato et al. (2008) è importante provare a chiarire come i pazienti con Malattia del Motoneurone (MND) possano essere associati a una maggiore difficoltà nel *comprendere*, e non solo nel *gestire*, situazioni di natura sociale a causa di evidenti cadute in compiti di natura sociale. L'ipotesi prevalente lega il comportamento inappropriato dei pazienti ad una disfunzione dei processi di controllo e di monitoraggio del proprio comportamento, che può portare a condotte non adeguate al proprio contesto sociale. L'ipotesi «disesecutiva» appena descritta sottolinea, dunque, la presenza di un'inefficiente *gestione* delle situazioni di natura sociale, conseguente a un deficitario monitoraggio della propria condotta. Di contro, l'ipotesi



«mentalistica» suggerisce che questo tipo di pazienti perdano, almeno in parte, la capacità di attribuire stati mentali appropriati ai comportamenti sociali osservati.

Percorso assistenziale ed importanza dell'approccio multidimensionale

Il "Piano Nazionale della Cronicità"-Accordo tra lo Stato, Regioni e Prov. Autonome di Trento e Bolzano del 15.09.2016 riconosce nelle sue premesse: - i Piani d'azione WHO 2008-2013 e 2013-2020, che sottolineano l'importanza dell'intervento di Governi e Amministrazioni per assicurare la prevenzione ed il controllo delle malattie croniche.

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, come la SLA, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

La stessa definizione OMS di malattia cronica ("problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni") fa chiaro riferimento all'impegno di risorse, umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.), necessarie per il loro controllo. La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità.

Da tali premesse scaturisce che è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che

la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita. È necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al "macrosistema-salute", formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui.

C'è bisogno di nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e nuovi scenari:

- salute "possibile", cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona;
- malattia vissuta con al centro il paziente/persona (illness), e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease);
- analisi integrata dei bisogni globali del paziente, e non solo "razionalità tecnica" e problemi squisitamente clinici;
- analisi delle risorse del contesto ambientale, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere;
- mantenimento e co-esistenza, e non solo guarigione;
- accompagnamento e non solo cura;
- risorse del paziente e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori;
- empowerment inteso come abilità a "fare fronte" alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (self care);
- approccio multidimensionale e di team e non solo relazione "medico-paziente";
- superamento dell'assistenza basata unicamente sull'erogazione di prestazioni occasionali e frammentarie, e costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici;
- presa in carico pro-attiva ed empatica e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno;
- "Patto di cura" con il paziente e caregiver e non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche.

In tale concezione, le cure primarie costituiscono



Fig.1- Piano Nazionale della Cronicità del 15.09.2016

un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali", in un'ottica biopsicosociale, e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed il caregiver.

I risultati di un percorso assistenziale in una patologia di lungo periodo devono essere ricercati secondo una *logica multidimensionale e multiprofessionale*, modello di cura raccomandato dalle principali linee guida internazionali (APA, 2006; NICE, 2004). Oltre che misurati attraverso i classici indicatori clinici, essi vanno valutati come una sommatoria di esiti intermedi che si concretizzano lungo tutto il percorso di vita del paziente, e letti attraverso indicatori che considerano anche dimensioni diverse da quella clinica (ad esempio quella sociosanitaria).

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio, in un'ottica multidisciplinare e mutidimensionale, e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza. Le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità, primi fra tutti i medici di medicina general, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali

forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento. L'assistenza domiciliare è effettivamente "integrata" quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede la valorizzazione del nursing e la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può consentire la permanenza a casa anche di persone con patologie complesse. La condizione necessaria per l'attivazione dell'ADI è la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti.

Il "Percorso Assistenziale" permette di evidenziare le fasi dell'assistenza e, all'interno di queste, i principali "prodotti assistenziali" che i diversi attori del sistema salute dovranno garantire attraverso le loro attività. La costruzione di percorsi assistenziali deve prevedere la possibilità di una presa in carico da parte del Servizio Sanitario Regionale condivisa e garantita dai centri di riferimento, dalla rete dei satelliti e dal sistema d'urgenza ed emergenza, da un'assistenza territoriale globale, che si estende dall'assistenza domiciliare alle cure intermedie (RSA, lungodegenza, Hospice).

Il termine "*rete specialistica multidisciplinare*" sottolinea, inoltre, che, in considerazione della

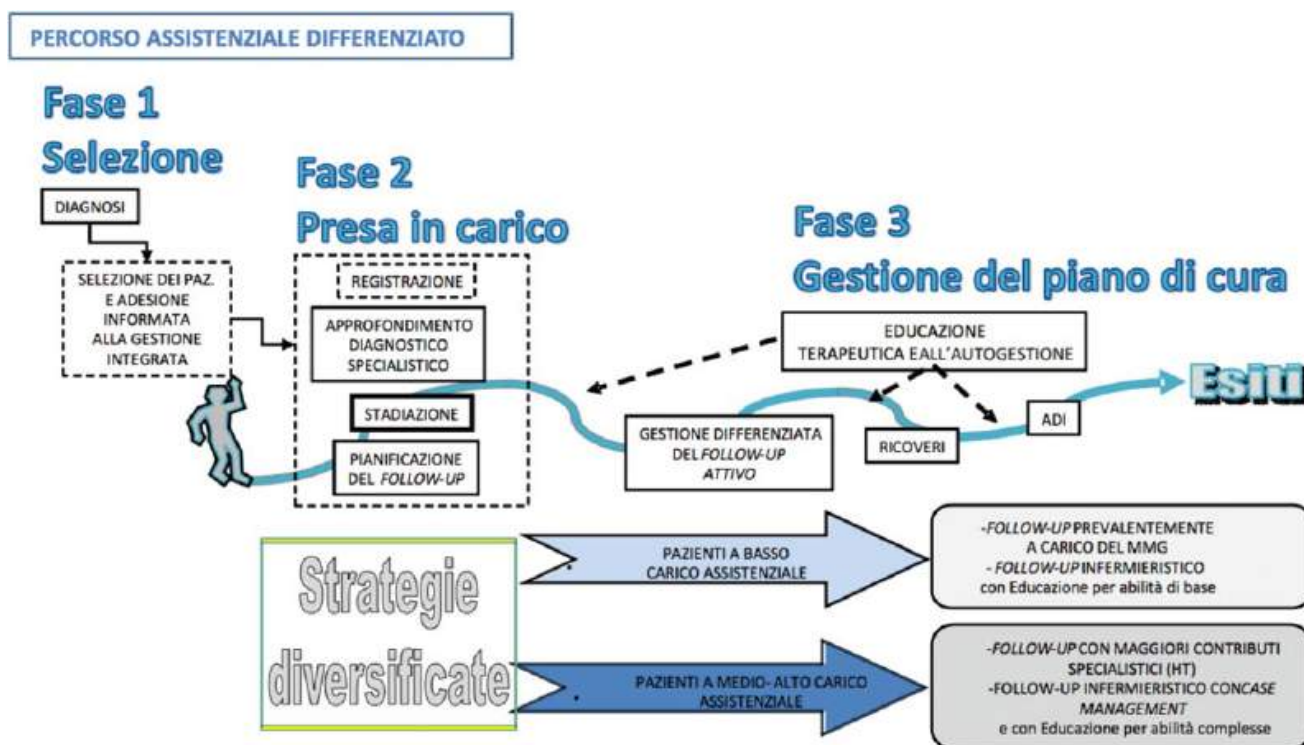


Fig.2- Piano Nazionale della Cronicità del 15.09.2016

complessità delle patologie croniche e delle comorbilità, oltre allo specialista specifico, vi è necessità di integrare nel disegno assistenziale una rete di altri specialisti. Nel contempo, il team professionale dedicato (medico curante, medico specialista territoriale, infermiere, dietista, assistente sociale, psicologo, terapisti della riabilitazione) deve operare in modo coordinato attorno ai problemi dell'assistenza alla persona con cronicità, elaborando procedure condivise, periodicamente revisionate, e assicurando la condivisione delle informazioni anche con i pazienti.

Infine, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria, il welfare di "nuova generazione" dovrebbe, quindi, essere caratterizzato da una forte connotazione "integrata" tra prestazioni di sostegno sociale, di assistenza alla persona, di cura e riabilitazione, capaci di rispondere anche a situazioni di deprivazione complessa nel quale vengano particolarmente valorizzati l'autonomia del paziente (*empowerment, ability to cope*) e la sussidiarietà orizzontale (famiglie, reti parentali, volontariato, formazioni sociali) e verticale (Comune, Regione, Stato).

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA (CAA)

Uno degli aspetti maggiormente devastanti nella condizione della vita del malato di SLA è quello rappresentato dalla progressiva perdita della capacità di comunicare con i propri familiari e col mondo esterno a causa dell'indebolimento della muscolatura, per lesione dei motoneuroni. Gli Ausili per la Comunicazione stabiliscono un canale comunicativo tra il paziente e il mondo circostante, utilizzando vie alternative, che sfruttano, per esempio, i movimenti residui della testa, di un dito o di un piede, oppure i movimenti oculari.

La Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) è "un'area della pratica clinica, che cerca di compensare (temporaneamente o permanentemente) la menomazione e la disabilità proprie dell'individuo con gravi disturbi espressivi e comunicativi, soprattutto per quel che riguarda il linguaggio orale e la scrittura" (American Speech Language Hearing Association [ASHA], 2002). Gli strumenti tecnologici utilizzati, infatti, devono adattarsi alle esigenze del paziente ed evolversi nel tempo parallelamente all'evoluzione della malattia (Lancioni et al., 2002).

Tipicamente, nella Sclerosi Laterale Amiotrofica si utilizza un sottoinsieme della CAA meglio identificabile con l'acronimo di "CAA-DM" dove DM sta ad indicare le sole "Disabilità Motorie". Si tratta, quindi, di dispositivi, che consentono una comunicazione di tipo verbale, attraverso l'utilizzo di vari sistemi di accesso quali mouse, trackball, touchscreen, la "scansione" o il "controllo oculare", per citare i più conosciuti. I dispositivi di CAA-DM possono essere classificati in base:

1) al contenuto tecnologico, suddividendoli in comunicatori a *bassa tecnologia* (semplici pannelli di comunicazione con simboli, immagini o lettere); a *media* (*Vocal Output Communication Aid -VOCA-* ovvero dispositivi elettronici in grado di tradurre dei semplici comportamenti di comunicazione non verbale in messaggi verbali); *ad alta/altissima tecnologia* (Sistemi di Comunicazione PC-based che poggiano su software VoIP -Voice over Internet Protocol-, come Skype, GoogleTalk, che consentono di telefonare tramite computer in tutto il mondo a costi contenuti).

2) ai dispositivi e alle modalità di accesso al computer: per utilizzare la maggior parte dei software di comunicazione alternativa è necessario avvalersi di un *sensore*, dispositivo in grado di trasformare una grandezza fisica (pressione, spostamento, suono, soffio,) in un impulso elettrico rilevabile dal computer. Il sensore e la sua unità elettrica costituiscono *microswitch*, ovvero sistemi tecnologici in grado di individuare e valutare piccole e minime risposte emesse dalla persona e di garantire successivi brevi periodi di stimolazione positiva (Holburn, Nguyen, & Vietze, 2004; Lancioni, Singh, O'Reilly, & Oliva, 2005).

Nei casi di disabilità motorie, come la SLA, l'obiettivo dell'ausilio di una strumentazione tecnologica è quello di implementare l'autonomia del paziente nell'esecuzione di attività occupazionali e comunicative (Gutowski, 1996; Ridley & Rawlings, 2006).

CASE REPORT

La paziente, di 60 anni, presenta segni sistemici di interessamento di I° motoneurone, e di

II° motoneurone. È stata presa in carico dalla Unità Operativa di Riabilitazione ASL su segnalazione del servizio ADI del DSS con indicazione di necessità supporto psicologico. L'intervento è stato svolto presso il domicilio. L. presenta disartria, disfagia mista sporadica, ipotrofia, ipostenia diffusa e minimi comportamenti motori localizzati nella zona di occhi, bocca, capo. I colloqui di sostegno psicologico al caregiver, si sono svolti presso la sede del Servizio di Riabilitazione.

STRUMENTI

Test neuropsicologici e clinici

Le malattie neurodegenerative, come la SLA, possono comportare una serie di conseguenze sul piano fisico, psicologico, emotivo e comportamentale. A tale fine appare evidente l'importanza di valutare il quadro clinico dei pazienti colpiti da tali malattie, in modo da individuare punti di forza e di debolezza, in vista di un intervento globale, finalizzato al potenziamento delle abilità residue e al miglioramento della qualità della vita.

A tale scopo, è necessario effettuare una valutazione neuropsicologica, il cui scopo è quello di esplorare diverse aree cognitive per descrivere un profilo di funzionamento cognitivo individualizzato, tramite la somministrazione di test standardizzati; di indagare circa la presenza/assenza di disturbi psicopatologici e la loro relazione con l'evento morboso ed, infine, comprendere il potenziale riabilitativo.

Per la paziente L., in relazione al quadro emerso a seguito di documentazione fornita, è stata pianificata una valutazione neuropsicologica al fine di indagare la presenza di eventuali deficit cognitivi, isolati o multipli, conseguenti alla malattia neurodegenerativa diagnosticata, colloqui clinici ed osservazione. È stata somministrata una batteria di test per la valutazione dell'efficienza cognitiva generale e dei diversi domini cognitivi quali:

- Test di efficienza cognitiva generale: *MMSE* (Measso et al., 1993); *Matrici Progressive di Raven (CPM)* (Basso, Capitani, Laiacina et al., 1987);
- Test di attenzione e funzioni esecutive: *Matrici Attentive* (Della Sala e Spinnler, 1992); *Test di fluen-*



za verbale semantica (Spinnler e Tognoni, 1987); *Test di fluenza verbale fonemica* (Carlesimo et al., 1996); *Frontal Assessment Battery (FAB)* (Apollonio et al., 2005);

- Test di memoria e apprendimento: *Digit Span Diretto e Inverso* (Monaco et al., 2012); *Test delle 15 parole di Rey* (Rey, 1958; Carlesimo, 1996);
- Test di abilità prassico-costruttive: *A.C. di Milano* (Spinnler e Tognoni, 1987);
- La valutazione clinica della paziente si è focalizzata sull'indagine circa la sfera emotivo-relazionale della stessa.
- In particolare, sono stati utilizzati i seguenti test:
 - *Beck Depression Inventory (BDI)*;
 - *STAI* (Petrabissi, Santiello, 1989);
 - *Apathy Evaluation Scale (AES)* (Starkstein et al., 1992).

Valutazione degli aspetti funzionali

Fondamentale la valutazione del funzionamento quotidiano e strumentale, in relazione alle abilità lavorative, sociali e familiari, con lo scopo di determinare il grado di autonomia della persona. A questo proposito sono state adoperate due scale di indipendenza funzionale:

Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) (Katz et al., 1970);

Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (Lawton&Brody, 1969).

Valutazione del caregiver

La SLA ha un'importante ricaduta sul contesto in cui l'individuo è inserito, compreso il sistema familiare. Pertanto, è doveroso, in un'ottica *respite-care*, promuovere benessere, maggiore adattamento alla condizione di disabilità cronica nel paziente e nel caregiver.

Per tal motivo, secondo l'approccio olistico per la presa in carico globale, si sono utilizzati strumenti specifici per la valutazione rispettivamente del carico assistenziale in un'ottica multidimensionale, della depressione, dell'ansia del caregiver principale:

Caregiver Burden Inventory (Novak et al., 1989); *Beck Depression Inventory (BDI)*.

METODOLOGIA

Colloquio clinico e neuropsicologico

Dall'assessment effettuato con test neuropsicologici, clinici, funzionali e colloqui con paziente e caregiver è emerso che L. risulta collaborante, vigile, cosciente, ben orientata lungo le coordinate spazio-temporali e circa i fatti della propria persona. Non si rilevano alterazioni nel contenuto e nella forma del pensiero. Al momento del primo colloquio clinico e valutazione neuropsicologica e clinica, presentava eloquio spontaneo caratterizzato da linguaggio poco fluente, a tratti caratterizzato da difficoltà di articolazione della parola, con prosodia alterata e tono leggermente ipofonico, con riduzione della produzione verbale, sebbene risulti corretto nella forma, comunicativo ed adeguato al contesto. Per quanto riguarda le abilità prassiche e motorie presentava deficit nella motricità fine a carico degli arti superiori, a causa della forza globalmente ridotta a livello degli arti superiori e atteggiamento ad artiglio della mano sx.

Attualmente, mostra un repertorio comportamentale connotato da movimenti di apertura e chiusura degli occhi, movimenti lievi e deboli di inclinazione laterale della testa, motilità della bocca e controllo sfinterico conservato; disartria progressivamente ingravescente con un eloquio compromesso; disfagia mista sporadica; ipotrofia ed ipostenia diffusa.

Valutazione neuropsicologica, clinica e funzionale formalizzata

La paziente, al momento dell'assessment neuropsicologico, nell'area comportamentale e affettivo-relazionale, è apparsa vigile. L., inoltre, risulta ben orientata lungo le coordinate spazio-temporali e circa i fatti della propria persona.

L'espressione facciale, affettiva e la gestualità sono congrue all'umore manifesto. Non si rilevano

alterazioni nel contenuto e nella forma del pensiero.

L'eloquio spontaneo è caratterizzato da linguaggio poco fluente, a tratti caratterizzato da difficoltà di articolazione della parola, con prosodia alterata e tono leggermente ipofonico, con riduzione della produzione verbale, sebbene risulti corretto nella forma, comunicativo ed adeguato al contesto. Non si segnalano parafrasi semantiche e fonetiche, né mancata comprensione verbale contestuale.

Dall'intervista al marito, in qualità di caregiver, non si rilevano cambiamenti a livello comportamentale, né sintomi patologici degni di nota.

La somministrazione delle prove neurologiche formalizzate ha evidenziato quanto segue.

A livello cognitivo, al MMSE e alle Matrici Progressive di Raven, si rileva un adeguato funzionamento cognitivo globale, tenuto conto della scolarità e del substrato culturale.

A livello attentivo, le prestazioni si attestano nella norma in compiti semplici e complessi di attenzione selettiva (Matrici Attentive parte I e II).

Allo screening per il funzionamento esecutivo-frontale (FAB) si evidenziano prestazioni ai limiti della norma con una lieve difficoltà nel controllo dell'inibizione, in presenza di sensibilità all'interferenza ambientale, mentre la ricerca lessicale su base semantica e fonemica (Fluenze verbali)

TEST SOMMINISTRATI	P.G.	P.C.	P.E.
Efficienza cognitiva generale			
MMSE	3	28,31	Nella norma
Matrici di Raven	33	33,5	4
Attenzione e Funzioni esecutive			
Matrici Attentive			
Parte I	9	cut-off 6/10	Nella norma
Parte II	36	32,4	2
Fluenza Verbale Semantica	24	20,75	4
Fluenza Verbale Fonologica	34	30,3	3
FAB	13	12,5	1
Memoria e Apprendimento			
Digit Span			
Diretto	6	5,92	4
Inverso	4	3,87	3
Test delle 15 Parole di Rey			
Immediata	41	41,4	4
Differita	9	9,0	4
Riconoscimento	15	cut-off 15	Nella norma
Abilità prassico-costruttive			
A.C. di Milano	12	11	2
Scale funzionali			
ADL	1/6 f. perse*		
IADL	1/8 f. perse*		
Tono dell'umore			
BDI-II	12	Assenza di contenuti depressivi	
STAI			
Forma Y-1	33	-	Medio-basso
Forma Y-2	21	-	Nulla o molto basso
Apathy Evaluation Scale	18*	cut-off >14	Presenza apatia
Test caregiver			
CBI	41*	-	Richiesta d'aiuto
BDI-II	19*	-	Depressione lieve

Tab. 1



risulta nella norma.

Le abilità mnestiche risultano nella norma nella componente di memoria a breve e a lungo termine (Digit Span diretto e inverso; Test delle 15 Parole di Rey).

Le funzioni pratto-gnosiche misurate compiti semplici, che non presentano elementi di programmazione (A.C. di Milano), si rilevano nella norma, nonostante la forza globalmente ridotta a livello degli arti superiori e atteggiamento ad artiglio della mano sx.

Sul piano clinico non si osservano deflessione del tono dell'umore e livelli di ansia degni di nota (BDI e STAI). Si osserva, però, uno stato di apatia confermato dalla scala di riferimento (Apathy Evaluation Scale), con riferita perdita di interessi.

Dalle scale ADL e IADL, si registra una grave compromissione delle autonomie personali e nella gestione della vita quotidiana, condizione che ha avuto un impatto notevole sul carico assistenziale. Dalla somministrazione della CBI al caregiver, si evidenzia, infatti, un punteggio elevato, che sta a sottolineare una richiesta d'aiuto e di sostegno. Inoltre, si rileva presenza di lieve depressione al BDI, con elevati livelli di rabbia relativi e fisiologico processo di alla mancata accettazione della malattia.

Intervento riabilitativo multidimensionale e multidisciplinare ed integrazione socio-sanitaria

La riabilitazione neuropsicologica si pone l'obiettivo di migliorare l'andamento funzionale della paziente, nonostante la malattia cronica rara ed inaggravante. L'azione riabilitativa, mira, infatti, al potenziamento delle abilità residue in modo da favorire l'accettazione e l'adattamento del paziente alla propria condizione. La disabilità conseguente a patologie neurodegenerative rare, come

la SLA, può portare all'insorgenza di sentimenti di inutilità ed impotenza, sentimenti di vuoto cronico e deflessione del tono dell'umore, inducendo il soggetto a ritirarsi socialmente.

In applicazione dei principi dell'OMS, nuovi LEA e Piano Nazionale della Cronicità- accordo tra Stato, Regioni e Prov. Autonome Trento e Bolzano del 15.09.2016, considerate la gravità e complessità del caso, si è operato in parallelo con paziente, caregiver, servizi sociali e terzo settore (Università



della Terza Età). È stato mutuato ed implementato un progetto riabilitativo e di integrazione socio-sanitaria, ispirato ad una buona prassi già sperimentata per un altro paziente allettato con Sclerosi Multipla, preso in precedenza in carico dallo stesso Servizio di Riabilitazione.

Gli obiettivi generali sono stati:

- migliorare l'andamento funzionale della paziente nonostante la malattia cronica rara ed inaggravante;
- potenziare le abilità residue in modo da favorire l'accettazione e l'adattamento del paziente alla propria condizione;
- migliorare la qualità di vita di L. e del suo sistema familiare, incrementando il suo grado di autonomia e gestione del tempo libero;

- diminuire i livelli di apatia accertati durante la valutazione;
- sperimentare nuove forme di comunicazione, occupando il tempo libero, impegnandosi in attività ricreative grazie all'utilizzo di tecnologie assistive e strategie di CAA ad alta tecnologia, come tablet e puntatore binoculare.

Il trattamento è stato basato sulla *multidimensionalità*, *multiprofessionalità* e presa in carico globale della paziente in un'ottica biopsicosociale, secondo cui il percorso della paziente è stato condiviso e gestito da team di assistenza composto da infermiere, dietista, medico di base, specialista territoriale, assistente sociale, psicologo, fisioterapista, logopedista.

Si è implementata una rete in grado di offrire alla paziente e alla sua famiglia non solo risposte terapeutiche efficaci integrate fra loro, ma altresì la possibilità di essere accompagnati nel tempo (*lifelong care*) e permettere loro una gestione attiva della disabilità.

Il trattamento è stato suddiviso in due fasi con specifici obiettivi.

Nella prima fase, l'obiettivo è stato quello di effettuare colloqui psicologici di sostegno rivolti alla paziente, orientati a migliorare il benessere psicologico e il tono dell'umore; favorire una conoscenza più profonda della malattia e una comunicazione efficace col marito tramite puntatore oculare e training sulla comunicazione assertiva. Inoltre, sul piano riabilitativo, si è proceduto con la stimolazione cognitiva, al fine di mantenere e potenziare le capacità residue, le funzioni cognitive, in particolare attenzione, memoria, percezione e cognizione sociale.

L'obiettivo della seconda fase, oltre a proseguire la stimolazione delle diverse aree, è stato quello di realizzare un progetto d'integrazione socio-sanitaria, avente quale scopo l'attivazione di una rete con i servizi sociali e l'Università della Terza Età, volta alla riduzione dell'isolamento e dei livelli di apatia, probabilmente correlati alla condizione della paziente e ai livelli di stress del caregiver (Kaufer, 1998). A tal fine è stato richiesto alla ASL un comunicatore a puntatore binoculare TM5, che

le ha permesso di accedere in autonomia a programmi e ad attività desiderate, rendendo L. più indipendente dal caregiver. Tale supporto le ha permesso, inoltre, d'interagire, tramite collegamento internet e webcam (CAA ad alta tecnologia), col mondo esterno; di assistere e partecipare a distanza ad attività e lezioni condivise, tenute dall'Università della Terza Età; di aumentare contatti sociali extra familiari; di accedere agli audiolibri (Libro Parlato Lions), servizio totalmente gratuito promosso dal Lions Club (Verbania), che mette a disposizione una audiobiblioteca, considerata la sua passione per la lettura, resa, però, difficoltosa dalla sua condizione.

Si è proceduto, parallelamente, con colloqui di sostegno psicologico rivolti al caregiver, finalizzati a fornirgli informazioni di carattere generale circa la malattia; ridurre livelli di stress e rabbia percepiti e favorire l'accettazione della malattia stessa; promuovere una comunicazione efficace fra coniugi, tramite un uso intelligente del puntatore oculare, riducendo contrasti per mancata comprensione reciproca. Infine, sono state favorite strategie di coping e di gestione della persona malata e momenti di *respite care*.

CONCLUSIONI

Le malattie neurodegenerative non sono né prevedibili né guaribili, ma lungo il decorso è possibile porsi obiettivi terapeutici specifici che possano rallentarne l'evoluzione, contenere alcuni dei sintomi più disturbanti o ridurne le ricadute.

Nel presente lavoro è stata descritta la valutazione neuropsicologica di una paziente affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Sulla base di tale valutazione, e attraverso colloqui clinici con paziente e caregiver, è stato possibile individuare i punti di forza e debolezza del soggetto, costruendo un profilo cognitivo e funzionale e un intervento riabilitativo e di integrazione socio-sanitaria in un'ottica multidimensionale e multiprofessionale con obiettivi di tipo sanitario, psicologico-riabilitativo e sociale al fine di rallentarne l'evoluzione, contenere sintomi disturbanti, ridurre le ricadute e l'innesto di complicità.



I risultati raggiunti dalla paziente e caregiver possono essere così sintetizzati:

- Attivazione rete di sostegno ed inserimento della paziente nel contesto sociale anche dal domicilio con riduzione dei livelli d'apatia;
- Mantenimento e potenziamento delle funzioni cognitive;
- Espressione e comunicazione efficace di bisogni ed emozioni;
- Riduzione dei livelli di stress e rabbia;
- Maggiore accettazione della malattia;
- Acquisizione strategie di coping;
- Comunicazione efficace;
- Aumento di contatti sociali extra familiari.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (<http://aisla.it>)

Bergamasco, B., & Mutani, R. (2007). *La neurologia di Bergamini*. Cortina Editore.

Blockberger, S., & Kamp, L. (1990). The use of voice output communication aids (VOCAs) by ambulatory children. *Augmentative and Alternative Communication*, 6, 127-128.

Brooks, B. R., Miller, R. G., Swash, M., Munsat, T. L., & World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases (2000). El Escorial revisited: revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis Other Motor Neuron Disorder*, 1, 293-299.

Cavallo M., Enrici I., Macpherson S.E., Abrahms S., Adenzato M. La teoria della Mente nei disturbi neurodegenerativi. La comprensione del comportamento sociale altrui in persone con malattia del motoneurone. *Sistemi intelligenti/a. XXI, n.3, 2009*.

Chiò, A., Benzi, G., Dossena, M., Mutani, R., & Mora, G. (2005). Severely increased risk of amyotrophic lateral sclerosis among Italian professional football players. *Brain*, 128, 472- 476.

Federico, A., Caltagirone, C., Provinciali, L., Tedeschi, G. (2014). *Neurologia Pratica*. Napoli: EdiSES.

Gallese, V. (2006b). La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività. In: *Autismo. L'Umanità nascosta (a cura di S.Mistura)*. Torino. Einaudi Ed.

Gallese, V., Keysers, C. and Rizzolatti, G. (2004). *A unifying view of the basis of social cognition*. *Trends in Cognitive Sciences*, 8: 396-403.

Gruis, K. L., Wren, P. A., & Huggins, J. E. (2011). Amyotrophic lateral sclerosis patients' self-reported satisfaction with assistive technology. *Muscle & Nerve*, 43, 643-647.

Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Ferlisi, G., Blotta, I., Ricci, I., et al (2012d). A technology - aided program to support leisure engagement and communication by a man with amyotrophic lateral sclerosis. *Developmental NeuroRehabilitation*, 15, 149-153.

Leigh, P.N. (2007). Amyotrophic Lateral Sclerosis. In: *Handbook of clinical neurology. Motor Neuron Disorders and Related Diseases*. Elsevier, 249-278.

Lulè D, Kurt A, Jurgens R, Kassubek J, Diekmann V, Kraft E, Neumann N, Ludolph AC, Birbaumer N, Anders S. (2005). Emotional responding in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol*, 252(12): 1517-24.

Piano Nazionale della Cronicità"-Accordo tra lo Stato, Regioni e Prov. Autonome di Trento e Bolzano del 15.09.2016.

Rizzolatti G., Sinigaglia C., (2006). *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano. Raffaello Cortina Editore.



UNA MAPPA DEI BAMBINI A RISCHIO DSA NEL COMUNE DI FASANO

dott.ssa Prete

Psicologa e Psicoterapeuta ASL BR

dott.ssa Di CostePsicologa specializzanda
in Psicoterapia Sistemico-
Relazionale**dott.ssa Orsini**Psicologa specializzanda
in Psicoterapia Cognitivo
Comportamentale

RIASSUNTO

I DSA sono disturbi nell'apprendimento che interessano alcune abilità specifiche che devono essere acquisite da bambini e ragazzi in età scolare. I disturbi specifici dell'apprendimento comportano la non autosufficienza durante il percorso scolastico in quanto interessano nella maggior parte dei casi le attività di lettura, scrittura e calcolo.

L'indagine esplorativa, condotta nelle ultime classi delle scuole materne del territorio Fasanese, ci ha permesso di "fotografare" le abilità di apprendimento dei bambini e di confrontarle con un campione normativo statistico. La presenza di bambini "a rischio DSA" ci fa comprendere quanto sia importante un intervento tempestivo di potenziamento oltre che psicologico.

Quando un bambino con disturbo dell'apprendimento non viene identificato precocemente, tende a credere di essere diverso dagli altri, meno bravo e si sente inadeguato e frustrato. Spesso verrà giudicato negativamente dalle insegnanti, come svogliato o con scarsa motivazione. Tutto questo lede profondamente l'autostima del bambino e tende a porlo in una situazione di rinuncia nei confronti del mondo scolastico.

L'individuazione di bambini potenzialmente "a rischio DSA" deve essere uno dei punti fondamentali della prevenzione scolastica.

PAROLE CHIAVE

DSA, Prevenzione, Difficoltà dell'apprendimento, Scuole, IPDA, Indagine esplorativa.

INTRODUZIONE

Il progetto "Indicatori precoci di bisogni educativi nei processi d'apprendimento" nasce da un'idea del Presidente del Rotary di Fasano Dott. Alberto Mavilio medico Oculista e il Dirigente Scolastico del Primo Circolo Didattico Collodi Dott. Gennaro Boggia con la stretta collaborazione della Dott.ssa Florenza Prete Psicologa e Psicoterapeuta ASL BR, sotto la sua attenta supervisione le indagini sono state condotte dalle psicologhe Dott.ssa Emanuela Di Coste e la Dott.ssa Antonella Orsini. L'intento dell'indagine è quello di esplorare sul territorio Fasanese la percentuale di bambini "a rischio" di difficoltà dell'apprendimento nelle ultime classi delle scuole materne, con lo scopo principale di sensibilizzare l'attenzione della comunità sulla prevenzione, fondamentale per la salute psicologica dei bambini in formazione. La prevenzione in questo senso conduce alla possibilità, qualora lo si desiderasse, di intervenire precocemente con strategie mirate al potenziamento di alcune abilità.

Lo strumento utilizzato è l'IPDA, "Identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento" (Questionario Osservativo per l'Identificazione precoce delle Difficoltà di Apprendimento).

L'indagine si propone di evidenziare, qualora ci fossero, situazioni a "rischio" legate a percorsi di apprendimento scolastico. Va fatta una specificazione importante: il Questionario Osservativo non ha il compito di diagnosticare un disturbo dell'apprendimento, ma di portare alla luce la presenza di



eventuali difficoltà scolastiche che possono essere legate sia a situazioni ambientali-emotive sia ad una problematica di interesse clinico.

Vi è una sostanziale differenza tra la difficoltà di apprendimento e il disturbo dell'apprendimento.

Il primo caso riguarda una difficoltà riscontrata dallo studente nel suo iter scolastico, sia dovuta al ragazzo, sia dovuta al contesto. Non è innata ma dettata, il più delle volte, da fattori emotivi, sociali, educativi.

Nel secondo caso invece si tratta di una patologia, legata al processo di apprendimento dello studente, soprattutto a difficoltà nell'uso dell'abilità del calcolo, della lettura, e della scrittura. Risulta quindi innata e indipendente dal contesto, anche se quest'ultimo può influire, in parte, sui risultati.

I risultati della nostra indagine con il Questionario Osservativo, quindi, daranno informazioni riguardo entrambe le difficoltà, senza operare una distinzione tra esse.

L'indagine da noi condotta è dunque a carattere esplorativo e non scientifico. In conclusione possiamo definire il nostro obiettivo come l'identificazione precoce di segnali di difficoltà nell'apprendimento e la valutazione della percentuale di diffusione.

METODOLOGIA E STRUMENTI

Strumento

Lo strumento scelto per l'indagine pilota è il Questionario osservativo IPDA. L'utilizzo del Questionario consente di effettuare un primo screening per l'individuazione dei bambini "a rischio" di difficoltà di apprendimento.

Lo strumento in questione è stato rivisitato in una nuova versione pubblicata nel 2011, costruita basandosi sui risultati emersi in letteratura dalle ultime ricerche, e fa riferimento a un ampio campione normativo italiano. Un altro aspetto rilevante del Questionario IPDA è dovuto alla compilazione dello stesso da parte degli insegnanti che, stando a contatto quotidianamente con i bambini, possono osservarli senza alterare il loro normale comportamento spontaneo.

Campione di riferimento

I dati normativi del Questionario osservativo IPDA si riferiscono ad un campione di 135 bambini di cui 68 maschi e 67 femmine, iscritti all'ultimo anno di scuola materna. I bambini provengono da 7 scuole del comune di Fasano, collocate sia in città che in zone rurali. Le classi esaminate sono 8, poiché una scuola ha due sezioni.

Strumenti e procedura

Il questionario è strutturato in modo da descrivere le capacità scolastiche del soggetto. Si compone di 43 item suddivisi in due sezioni principali:

- "abilità generali" relative alla Motricità, Comprensione linguistica, Espressione orale, Metacognizione, Altre abilità cognitive.
- "abilità specifiche", vale a dire i prerequisiti della letto-scrittura e quelli della matematica.

Per ciascuna affermazione espressa negli item l'insegnante deve dare una valutazione utilizzando una scala a quattro livelli:

1. per niente / mai
2. poco / a volte
3. abbastanza / il più delle volte
4. molto / sempre

Di seguito sono riportati alcuni item esemplificativi del Questionario riguardanti le diverse abilità:

- "Sa seguire un'attività senza distrarsi o distrarre i compagni"
- "Ha una buona capacità nella motricità fine (ad esempio nell'utilizzo delle forbici o nell'infilare le perline)"
- "Ha una buona capacità di raccontare un episodio al quale ha assistito o al quale ha preso parte"
- "Riesce ad imparare brevi filastrocche a memoria"
- "Dimostra di saper discriminare uditivamente le differenze e le somiglianze nei suoni delle lettere all'interno delle parole"
- "Sa confrontare numerosità diverse tra due insiemi di oggetti, riconosce quale ne contiene di più e quale di meno"

Somministrazione e scoring

Per ciascun bambino si richiede che il questionario

sia compilato da una sola insegnante, alla quale però è consentito consultarsi con altri docenti in caso di incertezze. Le indicazioni fornite per la compilazione sono le seguenti:

- si richiede di leggere attentamente tutti gli item del questionario,
- di osservare i bambini per almeno una settimana,
- di compilarlo considerando ciascun item indipendentemente dagli altri.

Il periodo di osservazione consente eventualmente di programmare alcune attività ad hoc per poter valutare abilità e comportamenti che non si ha avuto modo di osservare in precedenza.

Le caratteristiche psicometriche dello strumento hanno un'alta attendibilità che è stata calcolata tramite due stime: la valutazione dell'accordo tra osservatori indipendenti e il test-retest. In entrambi i casi la buona attendibilità dello strumento è stata confermata.

Analisi dei dati

I valori normativi del Questionario IPDA fanno riferimento al punteggio totale. Dato il tipo di distribuzione ricavato dalla standardizzazione, che si presenta con la maggior parte dei punteggi accumulati nella parte destra, si considera criterio più appropriato per stabilire il gruppo "a rischio" quello che si basa sulla distribuzione percentilare. In base a questo, si considerano "a rischio" di difficoltà di apprendimento, tutti quei bambini il cui punteggio totale risulti inferiore a quello corrispondente al 10° percentile.

RISULTATI

Al fine di tutelare la privacy dei partecipanti, nei risultati dell'indagine esplorativa, si è preferito numerare le scuole da 1 a 7 e indicare i bambini con le sole iniziali. La scuola numero 3 ha due sezioni che sono state identificate con A e B.

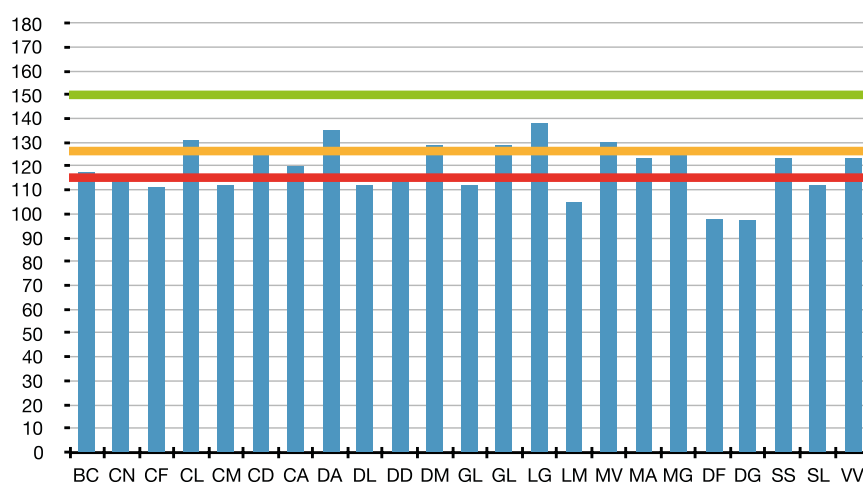
Di seguito riportiamo i grafici ottenuti dall'analisi dei dati statistici del Questionario Osservativo compilato a cura degli insegnanti.

Si considereranno a rischio i bambini che hanno ottenuto dei punteggi globali al di sotto del 10° percentile.

Scuola numero 1

Nella scuola numero 1 il punteggio totale medio è di 119 su 23 bambini di cui:

- 10 soggetti presentano punteggi al di sotto del 10° percentile, quindi ad "alto rischio" e necessiterebbero di un intervento immediato;
- 7 soggetti si collocano tra l'11° e il 19° percentile, quindi "a rischio medio-alto", sui quali sarebbe opportuno prestare attenzione;
- 6 soggetti ottengono punteggi tra il 21° e il 40° percentile, quindi "a rischio medio-basso", rientrando nelle prestazioni sufficienti rispetto ai criteri.



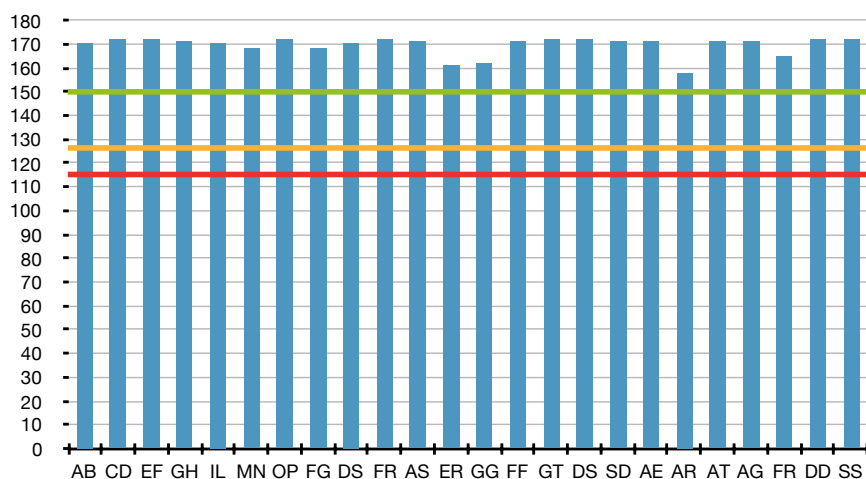
Scuola numero 1

Scuola numero 2

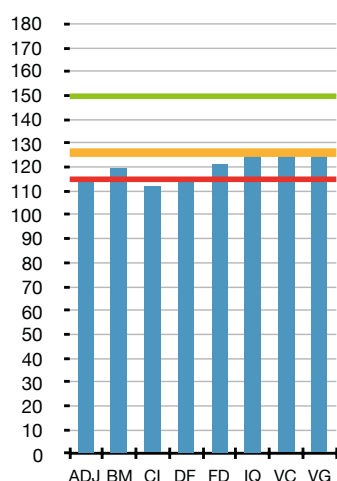
Nella scuola numero 2 il punteggio totale medio è di 169 su 24 bambini.

Come si può notare dal grafico i punteggi cadono tutti oltre il 50° percentile, i bambini sono quindi tutti a "basso rischio".

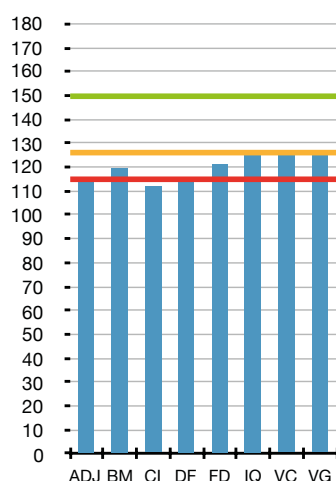
La maggioranza si concentra addirittura tra l'81° e il 99° percentile, raggiungendo pienamente i risultati richiesti.



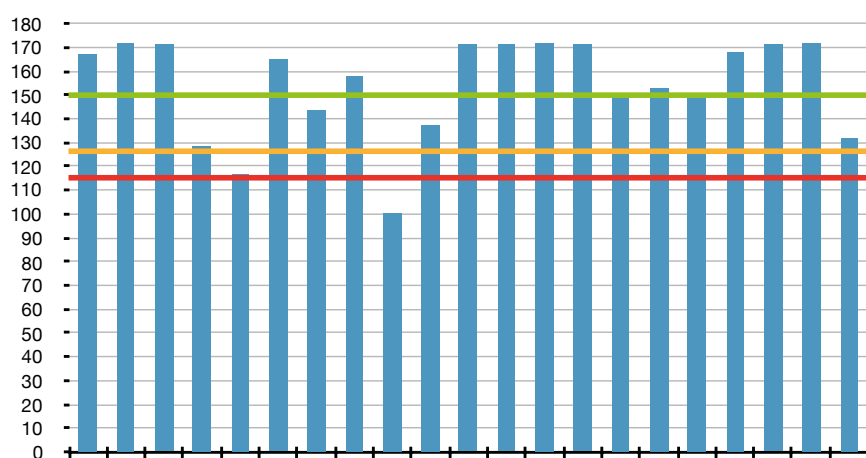
Scuola numero 2



Scuola numero 3 - sezione A



Scuola numero 3 - sezione B



Scuola numero 4

Scuola numero 3 - Sezione A

Nella scuola numero 3 Sez. A, il punteggio totale medio è di 121 su 8 bambini di cui:

- 3 soggetti al di sotto del 10° percentile, quindi ad "alto rischio" e necessiterebbero intervento immediato;
- 5 soggetti tra il 11° e il 20° percentile, quindi a rischio "medio-alto" sui quali sarebbe necessario prestare attenzione.

Scuola numero 3 - Sezione B

Nella scuola numero 3 Sez. B, il punteggio totale medio è di 120 su 8 bambini di cui:

- 3 soggetti presentano punteggi al di sotto del 10° percentile, quindi ad "alto rischio" e necessiterebbero di un intervento immediato;
- 5 soggetti si collocano tra l'11° e il 20° percentile, quindi "a rischio medio-alto", sui quali sarebbe opportuno prestare attenzione.

Scuola numero 4

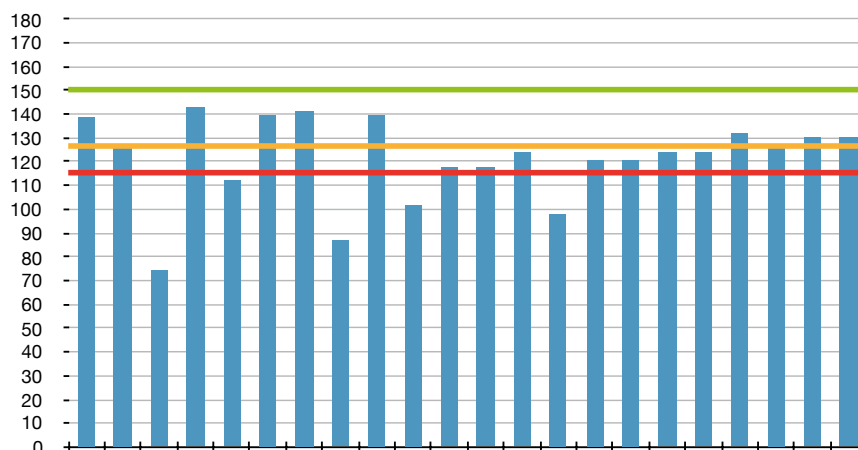
Nella scuola n. 4 il punteggio totale medio è 154 su 24 bambini cui:

- 2 soggetti presentano punteggi al di sotto del 10° percentile, quindi ad "alto rischio" e necessiterebbero di un intervento immediato;
- 2 soggetti si collocano poco al di sopra del 20° percentile, quindi "a rischio medio-alto", sui quali sarebbe opportuno prestare attenzione;
- 20 soggetti ottengono punteggi al di sopra del 30° percentile, quindi "a rischio medio-basso", rientrando nelle prestazioni sufficienti rispetto ai criteri.

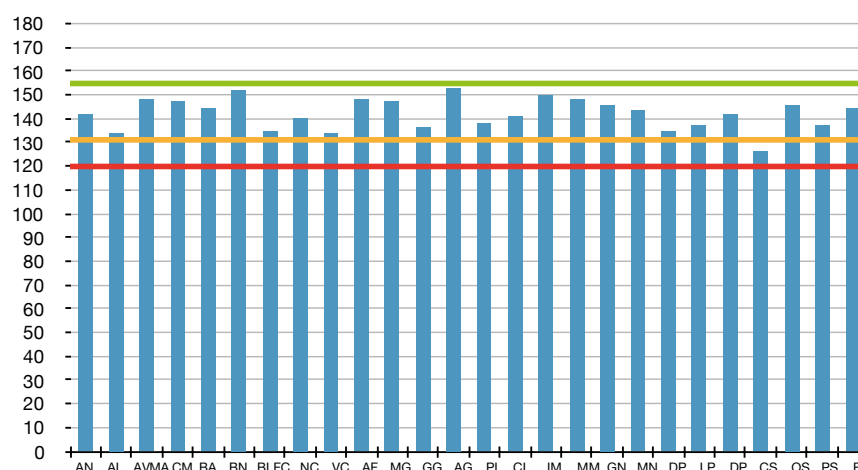
Scuola numero 5

Nella scuola numero 5 il punteggio totale medio è di 121 su 22 bambini di cui:

- 5 soggetti presentano punteggi al di sotto del 10° percentile, quindi ad "alto rischio" e necessiterebbero di un intervento immediato;
- 9 soggetti si collocano tra l'11° e il 20° percentile, quindi "a rischio medio-alto", sui quali sarebbe opportuno prestare attenzione;
- 8 soggetti ottengono punteggi tra il 21° e il 50° percentile, quindi "a rischio medio-basso", rientrando nelle prestazioni sufficienti rispetto ai criteri.



Scuola numero 5



Scuola numero 6

Scuola numero 6

Nella scuola numero 6 il punteggio totale medio è di 142 su 26 bambini di cui:

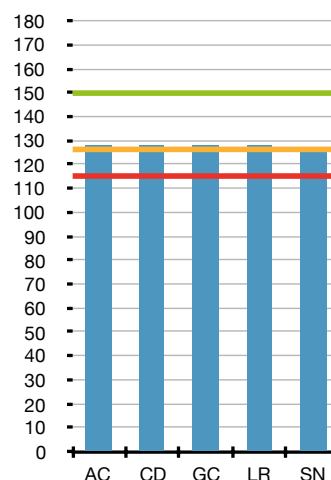
- 1 soggetto si colloca tra l'11° e il 20° percentile, quindi "a rischio medio-alto", suil quale sarebbe opportuno prestare attenzione;
- 21 soggetti ottengono punteggi tra il 21° e il 50° percentile, quindi "a rischio medio-basso", rientrando nelle prestazioni sufficienti rispetto ai criteri;

- 4 soggetti presentano punteggi al di sopra al 50° percentile, quindi con prestazione molta adeguate alla richiesta.

Scuola numero 7

Nella scuola numero 7 il punteggio totale medio è di 128 su 5 bambini di cui:

- 1 soggetto presenta punteggi al di sotto del 10° percentile, quindi ad "alto rischio" e necessiterebbe di un intervento immediato;
- 4 soggetti si collocano tra l'11° e il 22° percentile, quindi "a rischio medio-alto", sui quali sarebbe opportuno prestare attenzione.

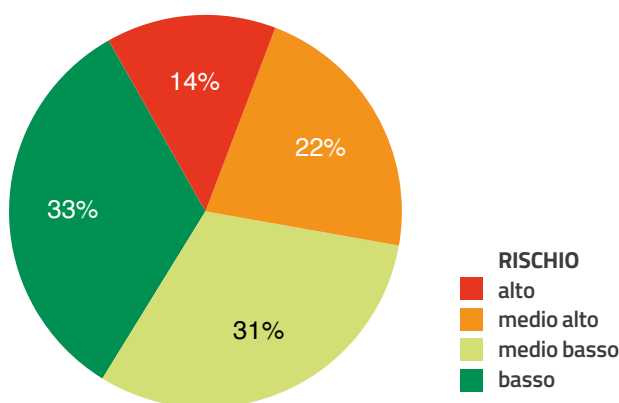


Scuola numero 7



CONCLUSIONI

Analizzando il campione nella sua totalità emerge che il 33% di soggetti risulta a basso rischio di incontrare difficoltà nell'apprendimento, soddisfacendo pienamente i criteri richiesti, seguiti da una percentuale altrettanto alta di soggetti a rischio medio - basso, 31%, i quali raggiungono il criterio in modo sufficiente. Le altre due porzioni del grafico fanno riferimento, la prima, 22%, ad un rischio medio-alto e risulta di cospicua rilevanza, la seconda (14%) a rischio alto. Sono porzioni che meritano entrambe una alta attenzione ma soprattutto quella ad alto rischio, poiché richiederebbe un intervento immediato.



Facendo un'analisi dei punteggi rispetto ai dati delle singole scuole notiamo che cinque classi risultano con un punteggio molto basso, due con punteggio medio e solo una con punteggio alto. Facendo invece un'analisi dei risultati delle sole aree della pre-alfabetizzazione e della pre-matematica si nota che: la media del punteggio ottenuto in tutte le scuole nell'area della pre-lettura è di 3 su 4, nell'area della pre-matematica è di 3,23 su 4.

Risulta quindi l'area della pre-alfabetizzazione quella più deficitaria tra le due, quella con un maggior bisogno di potenziamento. Dai dati ottenuti si potrebbe concludere e ipotizzare un intervento preventivo sulle classi che hanno manifestato un rischio alto e medio alto, pensando di concentrare l'attenzione e il potenziamento soprattutto sulle abilità di pre-lettura.

In conclusione l'indagine ha messo in evidenza un 14% del campione ad alto rischio DSA.

Ribadiamo che la nostra indagine ha uno scopo puramente esplorativo, per verificare la presenza e la percentuale di situazioni di difficoltà dell'apprendimento nelle scuole materne. È stata appurata, grazie al Questionario Osservativo IPDA, la presenza di un gruppo di bambini al alto rischio.

Crediamo che la prevenzione possa favorire, grazie ad interventi precoci, una maggiore indipendenza nei compiti, grazie a strategie compensative e di potenziamento, e possa favorire la salute psicologica di questi bambini che, sentendosi aiutati, avranno buone probabilità di non sviluppare una concezione negativa di sé e delle proprie capacità.

BIBLIOGRAFIA

- Grenci, R., Zandoni, D. (2015). *"Storie di straordinaria dislessia. 15 dislessici famosi raccontati ai ragazzi"*, Erikson.
- Caldin, R. (a cura di) (2015). *"Da genitori a genitori. Esperienze e indicazioni per famiglie di bambini con deficit visivo"*, Erikson.
- Reid, G. (2013). *"È dislessia! Domande e risposte utili"*, Erikson.
- Ghidoni, E., Guaraldi, G., Genovese, E., Stella, G., (2012). *"Dislessia in età adulta. Percorsi ed esperienze tra università e mondo del lavoro"*, Erikson.
- Lo Presti, G. (2015). *"Nostro figlio è dislessico". Manuale di autoaiuto per i genitori di bambini con DSA*, Erikson.
- Terreni, A., Tretti, M.L., Corcella, P.R., Cornoldi, C., Tressoldi P.E. (2011). *"Test IPDA - nuova edizione, Questionario Osservativo per l'Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento"* Erikson.

NOTE

Errata corrige

Il presente articolo è valido per la pubblicazione sul numero di Dicembre 2017



APPROFONDIMENTO TEMATICO: LA DISPRASSIA IN ETÀ EVOLUTIVA

dott. Primo

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

RIASSUNTO

La disprassia evolutiva costituisce nella ri-abilitazione neuropsicologica dell'età evolutiva un ambito di grande rilievo in vista delle molteplici dimensioni cliniche in cui può essere presente ovvero in comorbidità: l'incapacità di compiere gesti, siano essi simbolici o di adeguato utilizzo degli oggetti, in assenza di deficit motori di tipo piramidale, cerebellare o di disordini del movimento, confligge con un normale sviluppo delle funzioni cognitive così come di quelle adattive altrimenti dette prassie. Tuttavia, tra i disordini del neuro sviluppo la disprassia è l'entità forse ancor oggi più disattesa, sottostimata, difficilmente riconosciuta nosograficamente o più semplicemente assimilata se non sovrascritta al disturbo della coordinazione motoria.

Scopo del presente contributo è favorire la conoscenza dell'argomento nelle sue linee di definizione teorica parimenti alla necessità di porre come buona prassi l'approfondimento psicodiagnostico specifico che guardi a tale disturbo in un'ottica non solo clinico/nosografica ma funzionale/ri-abilitativa. Soltanto, infatti, un profilo chiaro rispetto alle competenze del soggetto negli schemi di movimento e funzioni cognitive-adattive (prassie) permette al clinico di impostare un programma di intervento funzionale al percorso abilitativo da effettuare.

PAROLE CHIAVE

Disprassia, disturbo della coordinazione motoria, prassie, embodied cognition.

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica è comune esperienza incontrare bambini caratterizzati da una difficoltà cronica ad apprendere atti complessi nuovi, da un'abnorme lentezza a renderli automatici una volta appresi, da alterazione della qualità della coordinazione motoria generale espressa in forma di goffaggine nel correre, saltare arrampicarsi, ecc... e da una persistente difficoltà a copiare modelli bi e tridimensionali.

Quanto esposto rimanda all'inquadramento nosografico di **"Disprassia"** intesa come *"Difficoltà a rappresentarsi, programmare ed eseguire atti motori consecutivi, deputati e finalizzati ad un preciso scopo ed obiettivo"* (Sabbadini, 1995).

In virtù delle molteplici ripercussioni che tale disturbo comporta sin dai primissimi anni di vita si ritiene necessario un'individuazione quanto più tempestiva da parte di realtà territoriali di competenza al fine di definire in primis un corretto inquadramento nosografico mediante un percorso valutativo strutturato che si avvalga di strumenti specifici e che punti ad identificare un piano di lavoro funzionale allo sviluppo e integrazione delle funzioni neuropsicologiche compromesse.



Inoltre la disabilità neuro-psicomotoria in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti non solo alla riduzione del danno, ma anche e soprattutto alla prevenzione delle problematiche cosiddette d'innesto.

Le molteplici difficoltà che possono investire la sfera motorio-prassica nell'età evolutiva vengono solitamente e talora "superficialmente ricondotte" all'etichetta diagnostica dei «Disturbi evolutivi specifici della funzione motoria» (ICD-10, DSM-V) alternativamente indicato nella clinica con l'acronimo DCD (Developmental Coordination Disorders).

L'IDENTIKIT DEL SOGGETTO DISPRASSICO

L'aspetto caratterizzante della disprassia è la scorretta esecuzione di una sequenza motoria che risulta alterata nei requisiti spaziali, temporali e spesso associata a movimenti non richiesti (paraprassie) con la conseguenza che l'attività motoria, sebbene eseguita in modo apparentemente abile, può essere del tutto inefficace e scorretta nonostante siano integre le funzioni volitive, la forza muscolare, la coordinazione e la disposizione a collaborare.

La disprassia può essere associata spesso a problemi di linguaggio, di percezione, di sensorialità, deficit nelle funzioni esecutive, difficoltà/disturbi di apprendimento: il linguaggio può risultare semplificato nella struttura sintattico-grammaticale ed alterato negli aspetti articolatori, la percezione inadeguata nell'integrare le informazioni periferiche e nel correlarle all'azione, il pensiero scarsamente organizzato nei vari contenuti.

Il bambino disprassico tende ad utilizzare le funzioni che ha acquisito in modo stereotipato, con strategie povere e ridotte alternative. Tramite la pratica continuativa può acquisire funzioni e svolgere senza grosse difficoltà le attività della vita quotidiana tuttavia la povertà di strategie e le ridotte abilità di generalizzazione rendono difficoltosa l'acquisizione di nuovi compiti e il trasferimento di soluzioni strategiche già acquisite.

Nel bambino disprassico si riscontra una ridotta capacità di rappresentazione dell'oggetto su cui agire, dell'intera azione e delle sequenze che la

compongono: difficoltà di pianificazione, ad avviare i programmi, a prevedere il risultato, a controllare le sequenze e l'intera attività, a verificare e eventualmente correggere il piano d'azione.

All'osservazione il soggetto con sospetta disprassia può presentare:

- goffaggine: caratterizzata da movimenti impacciati, alterati nelle sequenze temporali, maldestri e poco o affatto efficaci;
- posture inadeguate, dipendenti da scarsa consapevolezza del proprio corpo, le quali interferiscono sia sul mantenimento di un buon equilibrio sia sulla coordinazione del movimento;
- confusione della lateralità con difficoltà ad orientarsi nello spazio
- problemi di consapevolezza del tempo con difficoltà nel rispettare gli orari e ricordare i compiti nella giornata;
- ipersensibilità al contatto fisico e problemi a portare vestiti in modo confortevole;
- ridotto sviluppo delle capacità di organizzazione, con conseguenti evidenti difficoltà nell'eseguire attività che richiedono sequenze precise;
- facile stancabilità;
- scarsa consapevolezza dei pericoli.

Nei casi di disprassia "pura" il livello cognitivo è nella norma e spesso il carico di frustrazione, rispetto alla consapevolezza del proprio deficit, è tale da portare questi soggetti verso disturbi esternalizzanti (comportamentali o della condotta). Tali difficoltà fanno sì che il bambino sperimenti insuccessi e fallimenti che inevitabilmente hanno un impatto sulla vita scolastica, nel rapporto con i pari e sull'autostima, a livello di psicopatologie d'innesto (stati di ansia e/o depressione).

CAUSE ED EZIOLOGIA

L'eziologia della disprassia è ancora poco definita, spesso nella raccolta anamnestica viene evidenziata una familiarità per tale tipo di disturbi che farebbe ipotizzare una componente genetica.

Le ricerche finora condotte suggeriscono una immaturità dello sviluppo neuronale nel sistema nervoso centrale.

Nel 50% dei casi sono riportati problemi durante la gravidanza o il parto, quali anche lievi anossie perinatali, senza quindi segni conclamati di patologia, spesso non considerati né riportati nella cartella clinica (Dunn et al., 1986; Gubbay, 1985).

Altro dato presente in letteratura rimanda ai bambini prematuri, come anche postmaturi (41-42° settimana); in particolare la grossa incidenza riguarda gli immaturi a basso peso dove è spesso presente ipersensibilità o iposensibilità a stimoli sensoriali.

Indagini diagnostiche (TAC, RMf, PET) hanno in alcuni casi messo in evidenza un'ecodensità periventricolare della sostanza bianca e presenza di microlesioni con assottigliamento della parte posteriore del corpo calloso. Nella clinica troviamo soggetti disprattici puri, senza segni neurologici evidenti o sintomi associati, inquadrabili nella disprassia evolutiva "specifica".

L'ipotesi è che nel bambino disprattico alcune aree del SNC non siano sufficientemente mature da permettergli di pianificare, programmare ed eseguire un'azione finalizzata. Sarebbe quindi che ci sia un'interruzione nella rete sinaptica e che il processo venga falsato per lentezza di trasmissione (Portwood, 1996). Infatti è evidente nella clinica che il bambino disprattico, anche quando ha imparato ad eseguire determinate azioni, necessita di tempi più lunghi e manifesta lentezza esecutiva sia in attività della vita quotidiana che in quelle scolastiche.

PRASSIE E SCHEMI MOTORI

Alla luce della fenomenologia clinica si ritiene sempre più necessario "raffinare" l'inquadramento delle difficoltà del bambino nell'età evolutiva mediante la doverosa differenza tra disturbo della coordinazione motoria e disprassia.

Indispensabile chiarire in prima istanza cosa si intenda per prassia: dal greco *praxía*, dal tema di *prássō*, fare. In neurologia si definisce come la capacità di compiere correttamente gesti coordinati e diretti a un determinato fine. Un gesto abituale non deve essere pensato e monitorato, ma si realizza senza controllo cognitivo (attentivo).

Se il gesto è nuovo il soggetto deve invece selezionare la sequenza degli atti e controllare il loro svolgimento per eventualmente modificarne il piano. Il progetto d'azione deve cioè essere immaginato e monitorato nell'atto della realizzazione.

Nell'individuo con sviluppo tipico l'acquisizione di un nuovo schema motorio progredisce attraverso stadi in cui il movimento è controllato in modo attivo e accurato. I singoli movimenti devono essere prodotti lentamente prestando attenzione ad ogni singola azione e alle sue conseguenze.

Ciascuna azione deve essere **selezionata, la sequenza deve essere assemblata e immagazzinata** in memoria (ordine e timing). Con la pratica la suddetta sequenza si consolida e diviene pertanto automatica.

Fasi di acquisizione di una prassia

- Preparazione: l'azione viene eseguita molto lentamente, viene esercitato un forte controllo, vengono curate le singole parti dell'azione;
- Composizione: l'azione viene eseguita più velocemente ma vengono commessi errori di esecuzione;
- Proceduralizzazione: a questo livello l'azione viene svolta fluentemente, in modo routinario, automatizzato.

L'IMPORTANZA DELL'ATTIVITÀ INTENZIONALE

Agire sul mondo esterno e conoscerlo significa costruire strutture motorie (sequenze di movimenti ordinati rispetto ad uno scopo e a specifiche esigenze adattive) o strutture percettive. Il bambino possiede alla nascita un patrimonio di strutture ma deve tuttavia continuamente costruirle e ricostruirle adattandole alle specifiche condizioni ambientali. Il processo di ristrutturazione costituisce la condizione per l'acquisizione di nuove conoscenze e competenze, per lo sviluppo di una sempre maggior destrezza e capacità di rappresentarsi il mondo esterno, di riconoscerlo e di agirvi in modo adattivo. Un modo per organizzare la conoscenza è sicuramente l'azione e l'osservazione dei risultati delle proprie azioni. Immaginiamo l'importanza di



quest'ultimo concetto nella sfera degli apprendimenti scolastici. La rappresentazione dello spazio si costruisce tramite le azioni dirette esercitate sugli oggetti; il confronto tra esperienze provenienti da canali differenti offre la base per rendere coerenti le esperienze e costruire categorie e concetti per classificare e organizzare gli interventi sul mondo esterno rendendo azioni e riconoscimenti sempre più precisi.

La rappresentazione costituisce quindi una costituente fondamentale del movimento intenzionale (diretto a uno scopo). Differenti livelli di organizzazione (e di controllo) sottostanno alla realizzazione del comportamento intenzionale:

- rappresentazione mentale dell'attività e pianificazione degli atti sequenziali indispensabili per realizzarla (preparazione dell'azione) feed-forward
- controllo (feed-back) nel corso dell'azione ad opera del sistema effectore
- verifica del risultato (feed-back a posteriori).

DISPRASSIA EVOLUTIVA ED EMBODIED COGNITION

La **disprassia evolutiva** assume le caratteristiche di un disturbo multisistemico in cui si rileva la presenza di difficoltà di coordinazione motoria generale e fine, oltre a deficit percettivi, che si traducono in difficoltà nelle autonomie della vita quotidiana e nell'apprendimento, in accordo con il modello dell'*embodied cognition* (Thelen, 1995). Secondo tale teoria lo sviluppo cognitivo dipende, infatti, dall'avere un corpo competente dal punto di vista motorio e percettivo, oltre che dalle esperienze che esso può compiere. La conoscenza deriva, dunque, dalla possibilità di percepire gli stimoli e dall'agire in conseguenza degli stessi.

Nelle ricerche degli ultimi anni basate sulle teorie dell'*embodied cognition* (Thelen, 1995) si ribadisce sempre più l'ipotesi che le esperienze ricavate dal corpo giocano un ruolo essenziale nello sviluppo della mente, ovvero per lo sviluppo cognitivo. Secondo questa nuova prospettiva, quindi, rispetto all'emergere di nuovi apprendimenti,

viene enfatizzato lo stretto legame percezione-azione-cognizione: la cognizione dipende dal fatto di avere un corpo "capace" in termini di funzioni percettive e motorie e soprattutto dal tipo di esperienze che tale corpo ha avuto possibilità di compiere. Lo sviluppo va quindi inteso come capacità di tenere insieme vari sistemi percettivi e motori, in grado di attivare quello che il cervello pensa, quello che l'ambiente offre come stimolo e quello che l'interazione tra l'organismo e l'ambiente richiede. Esso è dunque frutto della capacità di usare i vari sistemi con flessibilità, per l'esecuzione di differenti azioni e la sensazione di poter utilizzare al meglio il proprio corpo, incide anche sugli aspetti emotivi ovvero sul personale livello di autostima.

LA VALUTAZIONE CLINICA

Al fine di procedere nell'analisi delle competenze nei diversi ambiti dello sviluppo di un bambino con sospetta diagnosi di disprassia è sicuramente utile procedere secondo una metodologia di valutazione che tenga conto, mediante un'accurata raccolta anamnestica, di indici sia *qualitativi* che *quantitativi*. La valutazione viene condotta da un'équipe multidisciplinare costituita da: neuropsichiatra infantile, psicologi, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità, che insieme collaborano per mettere a punto un profilo funzionale del soggetto ai fini sia della diagnosi che di un progetto di intervento mirato. Sicuramente importante, anche se spesso poco presente, l'apporto del pediatra quale prima figura che possa individuare tempestivamente casi sospetti durante visite di routine o bilanci di crescita.

Un'attenta osservazione spontanea di come si comporta il bambino in prima visita, l'atteggiamento durante lo svolgimento di alcune consegne, il grado di tolleranza alla eventuale frustrazione per fallimenti in determinati compiti, la capacità di attenzione sia rispetto alla durata (attenzione sostenuta) che alla capacità di attenzione divisa o simultanea costituisce già un importante filtro per il clinico che spesso si trova di fronte a bambini con riferita disregolazione comportamentale ed

emotiva, ipotetici disturbi dell'attività e dell'attenzione poi diversamente ridefiniti in virtù dell'incapacità di iniziare semplicemente un compito, poveri di strategie di rappresentazione del compito e relativa organizzazione, dei processi di controllo e specifiche funzioni di base (gnosie-prassie).

Le funzioni principali da indagare per consentire un inquadramento delle competenze implicate possono essere:

- Livello intellettivo;
- Competenze visuospaziali: assetto visuo percettivo, memoria visiva e visuospaziale, integrazione intersensoriale delle afferenze;
- Assetto visuocostruttivo: disegno spontaneo e su copia, costruzioni bi e tridimensionali;
- Prassie transitive e intransitive;
- Memoria procedurale;
- Processi elaborativi e inferenze (assetto componenti frontali).

Per quanto concerne la valutazione dell'input visuo percettivo e l'integrazione visuomotoria il Test of Visual Perceptual Skills-4th Edition (TVPS-4) e il Test TPV - Percezione visiva e integrazione visuo-motoria costituiscono due utili riferimenti.

Il **TVPS** (Gardner, 1982) esplora componenti dell'ambito percettivo: a prove più strettamente percettive (riconoscimento visivo, figura/sfondo, closure visivo, costanza della forma) si affiancano due item di memoria (visiva e visuospaziale) e uno centrato sull'analisi delle relazioni visuospaziali.

Il **TPV** (Hammil, Pearson e Voress, 1993) è invece centrato sia sulle componenti percettive che su quelle visuomotorie: coordinazione occhio/mano, posizione nello spazio, copiatura/riproduzione, figura/sfondo, rapporti spaziali, completamento figura, velocità visuomotoria, costanza della forma, richiedendo quindi in maggior misura un atto motorio.

Tra le prove più utilizzate per valutare le capacità visuocostruttive basate su richieste di copia grafica da modello, a livello diverso di complessità, ci sono il **VMI** - Test of Visual Motor Integration (Beery, 1997), il **Santucci Bender**, la **figura complessa di Rey**.

La Valutazione della qualità grafica in moltissimi casi compromessa nei soggetti disprassici avviene attraverso prove di dettato e prove di copia; gli strumenti attualmente in uso in Italia sono: il **BHK** - Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva (adattamento italiano dell'originale olandese di Hamstra-Bletz, De Bie e Den Brinker, a cura di Di Brina e Rossini, 2011), il **DGM-P**: test per la valutazione delle difficoltà grafo-motorie e posturali della scrittura (Borean, Paciulli, Bravar e Zoia, 2012), la **BVSCO-2** Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica-2 (Tressoldi, Cornoldi e Re, 2013).

Dal punto di vista testologico sicuramente uno degli strumenti significativi di cui il clinico può disporre in sede di approfondimento psicodiagnostico è l'**APCM-2** - Abilità Prassiche e della Coordinazione Motoria 2a Edizione (Sabbadini).

Tale strumento è utilizzabile nella clinica in casi in cui si ipotizza deficit prassico e della coordinazione motoria o in casi già diagnosticati come DCD o DCM e disprassia, per meglio evidenziare le aree e le sottofunzioni più problematiche.

La validità dello strumento è triplice:

- **Individuazione precoce di problemi relativi alla coordinazione-motoria-prassica:** attraverso l'**APCM-2** vengono distinte le abilità strettamente motorie dalle abilità prassiche, permettendo, fin dalle fasce di età più basse, di distinguere una diagnosi di ritardo della coordinazione motoria da quella più specifica di disprassia in età evolutiva. È dunque utilizzabile come protocollo di screening nelle scuole e nei presidi territoriali, in particolare nei consultori per le prime fasce d'età e nei centri di follow-up per bambini prematuri e/o immaturi a basso peso (casistica particolarmente a rischio per DCD).

- **Individuazione delle aree di forza e di debolezza:** i punteggi all'**APCM-2** permettono di visualizzare il profilo funzionale di ogni singolo caso, ottenuto calcolando la distanza dalla media normativa e facendo riferimento ai valori percentili (5°, 10°, 25°), e quindi è possibile, per ogni scala individuare, quali specifiche funzioni sono più integre o maggiormente deficitarie.



- **Interventi mirati per singolo caso, anche in senso longitudinale:** tenendo conto delle singole cadute evidenziate nei diversi settori, è possibile mettere in atto progetti di terapia specifica e quindi controllare e confrontare nel tempo i miglioramenti ottenuti.

Il test è composto da 6 protocolli, utilizzabili da 2 a 8 anni, suddivisi al loro interno in diverse fasce d'età: i protocolli **2-3 anni** (forma breve e forma completa) e **37-48 mesi** sono suddivisi in fasce di 3 mesi in 3 mesi; i protocolli **49-60 mesi** e **61-72 mesi** hanno una suddivisione in fasce di 6 mesi in 6 mesi; il protocollo **6.1-8 anni** ha un'unica fascia di 2 anni (con dati validati di 6 mesi in 6 mesi).

La **forma breve 2-3 anni** è stata pensata con finalità di screening per rendere più facile e veloce la somministrazione nei presidi territoriali (nei centri ospedalieri di follow-up per bambini nati prematuri o a basso peso, e negli asili nido), mentre la **forma completa 2-3 anni** è consigliata nella clinica per il personale medico e per i terapisti che hanno in carico il bambino.

Le aree di valutazione dei protocolli e gli item relativi a queste sono stati suddivisi in due settori, denominati **Schemi di movimento** e **Funzioni cognitivo-adattive** ovvero **Prassie**.

Le scale

		2-3 anni	3-6 anni	6.1-8 anni
Schemi di movimento	Equilibrio e coordinazione	●	●	●
	Oculomozione	●	●	●
	Sequenzialità		●	●
	Movimenti mani e dita	●		●
Funzioni cognitivo-adattive (Prassie)	Coordinazione dinamica	●	●	●
	Abilità grafo-motorie		●	●
	Abilità manuali	●	●	●
	Gesti simbolici	●	●	●
	Abilità prassico-costruttive	●	●	●

IL TRATTAMENTO RI-ABILITATIVO

Una volta condotta la valutazione neuropsicologica il terapeuta orienterà il suo progetto di intervento tenendo ben presenti i presupposti teorici alla base delle scelte metodologiche che intenderà operare sul singolo caso. Obiettivo primario sicuramente il raggiungimento di un buon adattamento dell'individuo rispetto alle richieste dell'ambiente ovvero lo sviluppo di funzioni adattive col maggior grado di flessibilità possibile da parte del terapeuta. Lo scopo della ri-abilitazione è intimamente connesso a tali funzioni così da promuovere per il bambino e la sua famiglia una migliore qualità di vita possibile. Le strategie cognitive suggerite da parte del terapeuta saranno dunque formulate in modo che il bambino possa selezionare e dare significato a qualsiasi esperienza in atto, considerandola e confrontandola con precedenti analoghe così da realizzare una modalità attiva (stimolo - ambiente - risposta consapevole) che rimanda ai principi della metacognizione. Importante che ogni trattamento preveda la definizione di misure d'esito mediante risomministrazione testologica specifica dopo mesi di intervento atta a identificare le acquisizioni avvenute, le competenze emergenti per le quali ottimizzare l'intervento e quelle ancora deficitarie che saranno oggetto di particolare riflessione.

In linea generale il progetto di terapia riprenderà lo

schema adottato nella valutazione tramite il protocollo APCM e punterà sulle seguenti aree:

funzioni di base (ricettività sensoriale, respirazione e controllo, atteggiamento posturale, movimenti fini)

Schemi di movimento (equilibrio statico e dinamico e coordinazione; oculomozione ovvero durata fissazione, movimenti di inseguimento sx/dx e viceversa, alto/basso con controllo autonomo e auto comando, movimenti schematici o saccadici per raggiungere estremità del campo visivo in tutte le direzioni,



movimenti rotatori in senso orario e antiorario con auto comando; lavoro sulla tonicità, tensione muscolare, fluidità, precisione e sequenzialità; esercizi di pianotages, dita delle mani, rotazione del polso)
Funzioni adattive (abilità grafo motorie, disegno su copia, prassie costruttive con modelli bi e tridimensionali, prassie dell'abbigliamento, abilità manuali, gesti transitivi, intransitivi, simbolici)

BIBLIOGRAFIA

- Ayres, A. J. (1972). *Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners*. American Journal of Occupational therapy, 26:13-8
- Borean, M., Paciulli, G., Bravar, L., Zoia, S. (2012). *Test DGM-P Test per la valutazione delle difficoltà grafo-motorie e posturali della scrittura*. Trento: Erickson.
- Caselli, M. C., Vicari, S. (2002). *I disturbi dello sviluppo. Neuropsicologia clinica e ipotesi riabilitative*. Bologna: il Mulino.
- Dewey, D., Kaplan, B. J. (1994). *Subtyping of developmental motor deficits*. Developmental Neuropsychology, 10, 265-284
- Di Brina C., Rossini G. (2011). *Test BHK- Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva*. Trento: Erickson.
- Donald D., Hammill, Nils A., Pearson, Judith K. Vorell (2003). *Test TPV, Percezione visiva e integrazione visuo-motoria*. Trento: Erickson.
- Dunn, G. H, Robertson, A. M., Crichton, J. W. (1986). *Sequelae of low birthweight. The Vancouver study*. Clinics in Developmental Medicine, 95 - 96, Oxford, Mc Keith Press.
- Gubbai, S., *Clumsiness*, in Vinken P., Bruyn G. e Dlawans H. (1965). *Handbook of Clinical Neurology*, New York, Elsevier.
- Portwood, M. M., (1996). *Developmental dyspraxia. A practical manual for parents and professionals*. Durham, L. E. A.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., (2006). *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni a specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sabbadini, G. (1995). *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*. Bologna: Zanichelli.
- Sabbadini, L. (2005). *La disprassia in età evolutiva: criteri di valutazione ed intervento*. Milano; Springer.
- Sabbadini, L. (2016). *APCM-2 Abilità Prassiche e della Coordinazione Motoria 2a Edizione*. Firenze: Hogrefe
- Sabbadini, L. (2013). *Disturbi specifici del linguaggio, disprassie e funzioni esecutive*. Milano: Springer.
- Thelen, E., (1995). *Motor development: a new synthesis*. American Psychologist, 50 (2), 79-95.
- Tressoldi, P.E., Cornoldi, C., Re (2013). *BVSCO-2, Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica*. Firenze: Giunti O.S.



LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DELLE DONNE OPERATE DI NEOPLASIA MAMMARIA

RIASSUNTO

Introduzione

La neoplasia mammaria influenza negativamente la salute psicologica della donna, ma si conosce ancora poco rispetto ai fattori di rischio predisponenti all'eventuale sviluppo di sintomatologia e alla sua evoluzione temporale.

Materiali e metodi

Il campione comprende 60 donne operate di neoplasia mammaria in situ. La somministrazione di SAS, SDS, SCL-90-R è avvenuta su gruppi di donne operate entro 1 mese, tra 2 e 6 mesi, tra 7 e 18 mesi, oltre 18 mesi.

Risultati

Più della metà del campione presenta vissuti di ansia e depressione. Il 58,4% manifesta valori elevati alle scale Disturbi del sonno e Psicoticismo. Lo status di single, età inferiore a 42 anni e più alta scolarità si associano a livelli significativamente più elevati di psicopatologia. La sintomatologia e la richiesta di supporto si evidenziano maggiormente dal secondo mese successivo all'intervento e a 12 mesi.

Conclusioni

I risultati orientano verso percorsi di supporto psicologico mirati.

PAROLE CHIAVE

Neoplasia mammaria, Psicopatologia, Supporto psicologico, Età, Cultura.

INTRODUZIONE

La diagnosi di cancro al seno altera il mondo psicologico della donna e della rete relazionale nella quale è inserita. Ricerche condotte sulla popolazione mondiale hanno dimostrato che la diagnosi di cancro e il relativo trattamento influenzano negativamente la qualità di vita della donna provocando disagio psicologico (Purkayastha et al., 2017; Carreira et al., 2017; Reem et al., 2017; Gritti et al., 2011). Diversi studi hanno dimostrato che, come avviene anche per altre patologie organiche importanti, il cancro al seno fa esperire stati di allarme e ansia, con manifestazioni post traumatiche, in riferimento per esempio all'interruzione della routine quotidiana o al dolore (Arnaboldi et al., 2017).

Le donne sperimentano livelli elevati di stress

dott.ssa Carone

Psicologa-Psicoterapeuta
Dir.di I livello U.O.C. Psichiatria Univ
Azienda Ospedaliera Policlinico
Bari; Resp SIPO (Società Italiana di
Psiconcologia), Reg. Puglia Basilicata

dott.ssa De Giglio

Psicologo-Psicoterapeuta, Già
Consulente Susan G. Komen Italia per il
Progetto "Se Non sono sola è meglio"

dott.ssa Sumerano

Dottore di ricerca in Statistica. Tecnico
Statistico - Agenzia Regionale per la
Tecnologia e l'Innovazione ARTI Puglia

dott.ssa Mancarella

Dottore di ricerca in Statistica. Tecnico
Statistico - Agenzia Regionale per la
Tecnologia e l'Innovazione ARTI Puglia

emotivo e psicologico: mostrano sintomi clinici di depressione successivamente alla diagnosi (Marijanovic et al, 2017) in un range compreso tra il 13% e il 50% dei casi (Burgess et al., 2005).

Sebbene esista un grande mole di dati che evidenzia la presenza di patologia psicologica nelle donne con tumore al seno in situ, si conosce ancora poco rispetto ai fattori di rischio predisponenti allo sviluppo delle suddette patologie e, in modo particolare, rispetto ai pattern temporali dello sviluppo ed evoluzione dei sintomi (Yang et al., 2017).

Dettagliare la tipologia, i fattori di rischio e l'evoluzione temporale dei disturbi psicologici è importante per diverse ragioni: in primo luogo per supportare l'esigenza, spesso celata, di presa in carico psicologica della donna con neoplasia mammaria e osservare i fattori predisponenti alla richiesta d'aiuto; in secondo luogo per creare percorsi di Psiconcologia orientati verso specifiche popolazioni e durante specifici momenti nel percorso clinico.

Al momento si riscontrano in letteratura pochi studi orientati all'analisi di questi aspetti rilevanti in Psiconcologia. La ricerca condotta intende pertanto analizzare e migliorare nel futuro il servizio di supporto psicologico rivolto ai principali "attori" della suddetta malattia, al fine di garantire benessere psicologico.

OBIETTIVI E IPOTESI DI RICERCA

La seguente ricerca intende valutare:

1. Livelli di ansia, depressione e altra sintomatologia psichiatrica nell'intero campione;
2. Livelli di ansia, depressione e altra sintomatologia psichiatrica durante il decorso della patologia;
3. I fattori di rischio allo sviluppo del distress psicologico;
4. I fattori che predispongono alla richiesta d'aiuto in ambito psicologico da parte delle donne.

Si ipotizzano

- Elevati livelli di psicopatologia nelle donne operate di neoplasia mammaria, coerentemente alla letteratura sul tema;

- Differenze significative di tali livelli in fasi diverse della storia clinica;
- Maggiore predisposizione alla richiesta d'aiuto in ambito psicologico a fronte di un più elevato livello socio-culturale, e quindi di una capacità di elaborazione maggiore dei propri vissuti;
- Differenze significative tra le variabili socio-demografiche rispetto al distress psicologico.

MATERIALI E METODI

Campione e Modalità di reclutamento

Il campione comprende 60 donne operate di neoplasia mammaria in situ con intervento di mastectomia o quadrantectomia, di età compresa tra 29 e 77 anni; in tutti i casi l'intervento era eseguito dopo 20 giorni dalla comunicazione della diagnosi.

La valutazione psicologica è avvenuta, previa sottoscrizione del consenso informato, precedentemente a qualsiasi intervento di supporto psicologico, ed è stata rivolta a donne che si trovavano in diversi momenti successivi all'intervento chirurgico di asportazione del tumore:

- Entro 1 mese
 - Tra 2 e 6 mesi
 - Tra 7 e 18 mesi
 - Oltre i 18 mesi
- Il campione è stato reclutato dal gennaio 2015 al gennaio 2017 all'interno di 2 cliniche di Bari, sedi di servizi di diagnosi e trattamento della neoplasia mammaria:
1. il Reparto di Senologia dell'Azienda Ospedaliera Consorziale Policlinico di Bari nel contesto dello sportello di supporto psicologico della Susan G. Komen Italia,
 2. il Reparto di Senologia della Clinica privata convenzionata Santa Maria.

Strumenti

Per rilevare la presenza e l'entità dei problemi psicologici e dei sintomi psicopatologici sono stati utilizzati:

La SCL-90-R

che valuta un ampio spettro di problemi psicologici



e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) quanto quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) di pazienti psichiatrici, di Medicina Generale e soggetti non clinici. Concepita sotto forma di questionario a 90 item per riflettere la configurazione di sintomi psicologici di soggetti non clinici e clinici, la *SCL-90-R* valuta nove dimensioni sintomatologiche primarie:

- **Somatizzazione (SOM):** riflette il disagio legato alla percezione di disfunzioni nel proprio corpo; i sintomi focalizzano sugli apparati cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio, ecc.
- **Ossessività-Compulsività (O-C):** focalizza sui pensieri, sugli impulsi e sulle azioni sperimentati come persistenti e irresistibili, di natura egodistonica o indesiderati.
- **Ipersensibilità interpersonale (I-S):** punta sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, in particolare in confronto ad altre persone.
- **Depressione (DEP):** sono inclusi sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione.
- **Ansia (ANX):** comprende segni generali di ansia come nervosismo, tensione, tremori, così come attacchi di panico e sensazione di terrore.
- **Ostilità (HOS):** riflette pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia.
- **Ansia fobica (PHOB):** definita come una persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione, percepita come irrazionale o sproporzionata rispetto allo stimolo.
- **Ideazione paranoide (PAR):** pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a Sé, paura di perdita dell'autonomia e deliri sono tutti espressioni primarie di questo disturbo.
- **Psicoticismo (PSY):** rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana e contiene item indicativi di ritiro e isolamento così come sintomi di primo rango della schizofrenia.

Sono presenti anche sette item addizionali (**OTHER**) che valutano disturbi dell'appetito e del sonno.

Tre indici globali completano la valutazione:

Global Severity Index (GSI)

il migliore indicatore globale dell'intensità del livello di disagio psichico lamentato dal soggetto.

Positive Symptom Total (PST)

rappresentato dal numero di sintomi riportati dal soggetto.

Positive Symptom Distress Index (PSDI)

utilizzato come indice dello stile di risposta. Gli indici globali offrono maggiore flessibilità nella valutazione complessiva dello stato psicopatologico del paziente, permettendo di disporre di indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico. Si è scelto di includere nell'analisi il Profilo generale secondo una nuova struttura fattoriale della *SCL-90-R* in Italia, che comprende le scale (Disagio relazionale (DR), Lamentele somatiche (LS), Ansia (ANS), Aggressività/Ostilità (A-O), Disforia (DI), Ideazione depressiva (ID), Ossessività-Compulsività (OS-CO), Disturbi del sonno (DS)

- Self rating Anxiety Scale (SAS) di Zung (1971), composta da 20 item, che esplorano l'affettività (2 items), gli aspetti somatici (8 items) e quelli psicologici dell'ansia (10 items) su di una scala a 4 punti, che corrispondono a: 1 = "per niente" o "solo per poco tempo"; 2 = "per un po' di tempo"; 3 = "per una buona parte del tempo"; 4 = "continuamente o per gran parte del tempo". Un punteggio inferiore a 50 indica assenza di ansia, tra 50 e 59 indica presenza di ansia lieve/media, tra 60 e 69 di ansia moderata/grave, e maggiore di 70 di ansia grave (Conti, 2002). Il periodo di riferimento è quello relativo alla settimana precedente all'intervista. La SAS esplora la sintomatologia ansiosa intesa come disturbo psicopatologico (e cioè ansia di stato), piuttosto che come tratto di personalità.
- Self rating Depression Scale (SDS) di Zung (1974), composta da 20 item che esplorano l'affettività (2 items), gli aspetti somatici (8 items) e quelli psicologici (10 items) della depressione. Gli items sono valutati su di una scala a 4 punti, che

corrispondono a: 1 = "per niente" o "solo per poco tempo"; 2 = "per un po' di tempo"; 3 = "per una buona parte del tempo"; 4 = "continuamente" o "per gran parte del tempo". Un punteggio inferiore a 50 indica assenza di depressione, tra 50 e 59 indica presenza di depressione lieve/media, tra 60 e 69 di depressione moderata/grave e maggiore di 70 di depressione grave (Conti, 2002). Il periodo di riferimento è quello relativo alla settimana precedente all'intervista.

Metodi statistici

Il disegno di ricerca utilizzato è il Cross Sectional Study.

Per una prima analisi esplorativa, sono state utilizzate tecniche proprie della statistica descrittiva, accompagnate, ai fini di una migliore comprensione dell'entità delle relazioni tra le diverse variabili di volta in volta esaminate, da opportune verifiche inferenziali.

Il test statistico utilizzato nell'analisi descrittiva inferenziale preliminare è il Q.

$$Q^2 = \sum_{i=1}^2 \sum_{h=1}^s \frac{(n_{ih}^* - n_{ih})^2}{n_{ih}^*} = n \left(\sum_{i=1}^2 \sum_{h=1}^s \frac{n_{ih}^2}{n_{i0} n_{0h}} - 1 \right)$$

Il Pearson ha proposto un test per verificare l'ipotesi di omogeneità fra più campioni basato sul confronto tra frequenze empiriche e frequenze teoriche che per grandi campioni si distribuisce come una v. c. $\chi^2(s-1)$.

Il lavoro si completa con la costruzione di diversi modelli di regressione lineare.

RISULTATI

Livelli di psicopatologia nell'intero campione

Il 57% del campione presenta livelli clinici di Depressione e il 55% livelli clinici di Ansia sulla base dei punteggi alle scale SDS e SAS; coerentemente si rilevano rispettivamente il 50% e il 58,4% di Depressione e Ansia rilevati dalle sottoscale dell'SCL-90-R. Nello specifico, la Sottoscala Ansia rileva un

picco del 21,7% di livelli elevatissimi di ansia.

Gli indici globali dell'SCL-90-R rilevano il 63,3% di presenza di sintomatologia da moderata a molto elevata (scala **Positive Symptom Total (PST)**); tutte le scale cliniche rilevano livelli elevati di psicopatologia nella metà del campione (dal 58,4% alla scala **Disturbi del sonno e Psicoticismo**, al 38,3% della scala **Ostilità**). Facendo un'analisi della gravità dei sintomi, si rilevano elevazioni in particolare alle scale generali **Global Severity Index (GSI)** (16,7% del campione) e alle sottoscale **Ipersensibilità interpersonale** (16,7%), **Disagio relazionale** (18,3%) e **Psicoticismo** (16,7% del campione).

Diversi pattern nei diversi momenti della fase post-chirurgica

Vi sono differenze significative nella distribuzione interna ai livelli di psicopatologia rispetto al tempo intercorso dall'intervento chirurgico di asportazione del tumore: i valori del **Global Severity Index (GSI)** si elevano a partire dal secondo mese dopo l'intervento, raggiungendo livelli progressivamente più elevati ai 12-18 mesi dall'intervento. Durante il primo mese, al contrario, vi è assenza o comunque presenza di livelli di patologia moderati. Lo stesso pattern si rileva nelle singole sottoscale: **Ipersensibilità interpersonale** e **Disagio relazionale, Ansia, Disforia**. In misura ancor più marcata **Depressione** e **Lamentele somatiche** sono significativamente più elevate a partire dal secondo mese dopo l'intervento chirurgico e in particolare nella fascia 12-18 mesi.

Variabili psicosociali come fattori di rischio

Tra le variabili psicosociali, lo status di single si associa a frequenza significativamente più elevata di Psicopatologia Generale (indice **PST**), e di **Ideazione Paranoide**, sebbene l'intensità dei sintomi espressi dalla scala Ideazione Paranoide sia più frequente nello status di coniuge.

Alla luce di quanto emerso dalla prima analisi descrittiva/inferenziale si è verificato se:

- Nell'interazione tra la condizione single/coniugata e la variabile "Positive Symptom Total"



possa intervenire la variabile età.

Tutti i modelli di regressione sono stati costruiti fissando il p-Value a 0,05, utilizzando la procedura *Backward Elimination* ed escludendo l'intercetta nel modello di regressione.

Il primo modello è stato costruito considerando come variabile dipendente la scala Positive Symptom e come indipendenti lo Stato Civile della paziente e l'Età.

Come mostrato in tabella 1, tutte le variabili esplicative risultano statisticamente significative, e il loro legame con la variabile dipendente risulta positivo a eccezione dell'età all'intervento.

Inoltre l'adattamento ai dati è buono ($R^2=0,929$): oltre il 90% della variabilità complessiva dei livelli di psicopatologia è spiegata dal fattore età.

Tra le ulteriori variabili psicosociali il non avere figli, o per i livelli più estremi di patologia averne solo uno, si associa a una maggiore manifestazione di distress psicologico, con livelli di significatività raggiunti per le scale **GSI** ($p=0,006$), **Ideazione Paranoide** ($p=0,02$), **Psicoticismo** ($p=0,008$) e **Disforia** ($p=0,02$). Anche la scala globale **PST** ($p=0,01$) rileva poi livelli elevati ed estremi per la categoria Nessun Numero di Figli.

Inoltre, sempre alla luce di quanto emerso dalla prima analisi descrittiva/inferenziale si è verificato se:

- nelle interazioni Numero di Figli e Livello di Psicopatologia risultate significative alle scale cliniche Global Severity Index (**GSI**), Positive Symptom Total (**PST**), Ossessività compulsività (**OC**), Ideazione paranoide (**PAR**), Psicoticismo (**PSY**), Disforia (**DI**), possa in realtà esser determinante lo stato Single/Coniugata.

I modelli sono stati costruiti considerando come variabili dipendenti le scale cliniche risultate significative, e come variabili indipendenti lo Stato Civile della paziente e il Numero di figli.

Tutti i modelli esibiscono una buona capacità esplicativa: si registrano infatti sempre valori di R^2 prossimi a 0,9. In tutti i modelli risulta statisticamente significativa la variabile Stato Civile.

I modelli riescono a isolare un legame lineare

positivo tra l'unica variabile esplicativa risultata statisticamente significativa e la variabile risposta. Possiamo spiegarci l'esclusione della variabile *numero di figli* dal modello considerando il legame molto forte tra le due variabili esplicative (multicollinearità).

Come visto precedentemente la variabile età (intesa qui come età al momento dell'evento neoplastico) risulta correlare significativamente con più elevati livelli di distress psicologico; in particolare livelli elevati di Depressione rilevati alla SDS si distribuiscono maggiormente nella fascia di età inferiore ai 42 anni, riducendosi notevolmente e progressivamente dai 43 anni ($p=0,08$). L'indagine effettuata attraverso l'SCL-90-R mostra livelli estremi di Somatizzazione, Lamentele somatiche e Ansia ($p=0,001$) oltre che per la fascia < 42, anche per la fascia 43-52 anni. Al contrario la fascia d'età tra 53-59 anni e sopra i 60 anni presenta l'assenza di livelli elevati nelle scale citate. Un trend diverso di distribuzione si rileva invece per la sottoscala Disturbi del Sonno, i cui valori sono elevati per l'intero campione clinico e in misura estrema per le fasce d'età <42 aa e 53-59 anni ($p=0,003$).

Anche la variabile scolarità correla significativamente con più elevati punteggi alle scale cliniche: la categoria di donne con diploma superiore e laurea presenta livelli della categoria più elevata alla scala GSI ($p=0,002$). A sostegno del dato, il 75% del sottocampione con licenza elementare manifesta assenza di sintomatologia psichica. Il trend si conferma nelle sottoscale cliniche Somatizzazione e Lamentele Somatiche, in cui all'assenza di sintomatologia per le donne con licenza elementare si accompagnano elevatissimi livelli patologici esclusivamente nel sottocampione con diploma. Al contrario, il sottocampione con laurea presenta una maggiore distribuzione esclusivamente nella scala Ostilità, Disagio Relazionale e Disforia.

Fattori predisponenti alla richiesta d'aiuto

Rispetto all'intero campione, il 58,3% di donne ha richiesto un supporto psicologico (età media di 50 aa). Coerentemente con le attese, valori clinici

di Depressione rilevati dalla scala Zung SDS pre-dispongono alla richiesta d'aiuto, così come, e in modo particolarmente significativo, tutte le scale cliniche dell'SCL-90, a eccezione dell'Ansia Fobica e Ossessività-Compulsività e delle Lamentele Somatiche (queste ultime comuni a tutte le donne che richiedono o meno un supporto psicologico). La scala SAS non rileva invece differenze statisticamente significative tra i 2 campioni esaminati.

Parzialmente in divergenza rispetto a quanto descritto nel paragrafo precedente, la richiesta di supporto risulta essere significativamente associata a 2 specifici momenti della fase post-operatoria: dal 2° al 6° mese successivo all'operazione e oltre i 12 mesi. Il tempo intercorso tra la diagnosi e la richiesta d'aiuto è esattamente del 50% entro 6 mesi e del 45.5% dopo più di un anno.

Le altre variabili socio-demografiche indagate non risultano significative rispetto alla richiesta d'aiuto.

DISCUSSIONE

Come confermano precedenti dati di letteratura, l'evento di una diagnosi di neoplasia mammaria è accompagnata in più della metà del campione da vissuti di allarme, con manifestazioni di Ansia e Depressione, che sovente raggiungono livelli importanti (più di 1 donna su 4 presenta livelli estremi di Ansia). Il dato è coerente con una review relativa all'incidenza della depressione in donne con neoplasia mammaria, che rileva dal 13% al 56% di presenza di psicopatologia, variabilità determinata dall'utilizzo di differenti strumenti di misurazione (Zainal et al, 2013; Reem Akel et al., 2017).

Il numero di sintomi nelle diverse manifestazioni psicopatologiche è elevato nel 63% del nostro campione. La sintomatologia più frequente nelle donne dello stesso è riferita alla sfera dei Disturbi del Sonno. Il dato relativo alla manifestazione di distress psicologico sull'intero campione supporta dati di letteratura secondo cui da 1/3 a metà della popolazione di donne operate di carcinoma mammario presentano disagio psicologico (Purkayastha et al., 2017; Xiong-Fei Pan et al., 2013).

La prevalenza dei disturbi del sonno è coerente con una reazione di allarme successivamente all'evento morboso, ed è trasversale sia alle diverse fasce d'età considerate (anche in quelle che non manifestano Ansia e Depressione) sia al tempo intercorrente dall'intervento. Questi ultimi dati sono supportati dalla letteratura, che rileva la prevalenza di Disturbi del Sonno anche a 10 anni post-trattamento e indipendentemente dalla presenza di sintomi depressivi.

L'analisi da noi condotta tuttavia arricchisce la letteratura (Yang et al, 2017), permettendo di discriminare differenti momenti, successivi all'asportazione del tumore, in cui si manifestano vari vissuti emotivi, ma anche pattern differenti in relazione all'età, allo stato civile e, conseguentemente, al numero dei figli. L'analisi condotta ci permette di individuare specifici fattori di rischio indipendenti associati allo sviluppo di manifestazioni psicopatologiche a seguito di una neoplasia mammaria, orientando i nostri interventi relativi a una specifica popolazione.

L'accesso allo sportello di supporto psicologico o la richiesta d'aiuto raccolta in ambulatorio sono risultati essere molto rari nel primo mese successivo all'intervento, e quando allora presenti esclusivamente associati a precedenti disturbi psicologici conclamati. D'altronde le scale cliniche somministrate rilevano in questo primo mese manifestazioni sintomatologiche molto poco frequenti. Tale dato può essere letto alla luce dell'attenzione posta generalmente in prevalenza sulla malattia del corpo e sulle conseguenze fisiche prodotte dall'intervento chirurgico (drenaggio, dolore). In questo primo mese non si ha probabilmente modo e tempo di focalizzarsi sui propri vissuti psicologici, che emergono invece preponderanti a partire dal secondo mese dopo l'intervento. In questa fase le donne entrano in contatto con la fase del trattamento medico, che può essere anche a lungo termine (chemioterapia, radioterapia o terapia ormonale), oltre che con lievi, ma presenti, disabilità fisiche. In questa fase si realizza un cambiamento in relazione alla percezione del proprio corpo e alla propria femminilità.



Tale dato potrebbe essere letto alla luce dell'aumento di alcuni bisogni a partire da questa fase della storia clinica, che, misconosciuti nella fase precedente, appaiono evidenziarsi durante il trattamento, o in misura ancor maggiore al termine dello stesso (Harrison et al., 2009). Precedenti ricerche rilevavano un tasso di Ansia e Depressione del 50% del campione nel primo anno successivo alla diagnosi, che diminuiva nel tempo fino a raggiungere una prevalenza del 25% negli anni successivi (Burgess C et al., 2005). I dati relativi all'evoluzione del disagio psicologico successivo al primo anno di malattia appaiono controversi: alcuni studi sostengono una risoluzione dei sintomi psicologici (Cohen et al., 2000), mentre altri rilevano un peggioramento del benessere psicologico nella fascia 2-5 anni post diagnosi (Reem Akel et al., 2017; Suppli et al., 2014). I nostri dati supportano le ultime ricerche citate, poiché nella fascia >18 mesi dall'intervento si registrano peggioramento dello stato clinico psicologico e aumento di richieste di supporto psicologico. In questa fase probabilmente si riduce il supporto garantito dai sanitari attraverso controlli e visite cadenzate previste dal protocollo; comincia in questa fase, per permanere anche dopo molti anni, la preoccupazione di avere una recidiva (Annunziata et al., 2012), che la paziente deve gestire in autonomia. La recente letteratura supporta l'ipotesi dimostrando che il bisogno non accolto più frequentemente lamentato è la necessità di un dialogo continuo con i sanitari relativamente agli aggiornamenti medici, alla gestione degli effetti collaterali e alla rassicurazione circa l'efficacia delle cure (Ellegaard et al., 2017). Tanto che, quando le richieste di rassicurazione giunte ai sanitari sono dagli stessi avvertite come eccessive si favorisce l'invio ai servizi di supporto psicologico. Parallelamente tale fenomeno si osserva anche nei riguardi delle relazioni fra paziente e contesto familiare in sincronia con il decorso di malattia: la fase acuta è segnata da una maggiore disponibilità al supporto alla paziente, a cui segue un'attenzione vigile al decorso della malattia, per poi giungere ad un distanziamento emotivo (Arnaboldi et al., 2017). Il rischio di sviluppare sintomi di ansia, depressione

o stress-relati è massimo nei mesi successivi alla diagnosi, mantenendosi tuttavia elevato anche a 5 anni dall'evento, in particolare nei casi di ulteriori recidive o invasività del tumore (Yang et al., 2017). I dati da noi rilevati non supportano precedenti risultati (Kus T et al., 2017) che non hanno rilevato significatività tra 3 diverse fasce di tempo intercorso dall'intervento (6 mesi-2 anni, 2-5 anni, >5 anni) probabilmente per una divergenza nella scelta del timing di rilevazione: il nostro parte infatti dalle prime settimane successive all'intervento per giungere ai 5 anni, mentre per la ricerca citata lo stesso parte dai 6 mesi per giungere ai 12 anni.

Coerentemente con recenti studi (Yang et al., 2017; Hamer et al., 2017; Reem Akel et al., 2017;) nella nostra ricerca la giovane età, fascia fino a 42 anni, è associata con il rischio di Ansia, Depressione e altre forme di psicopatologia. Tale fattore di rischio, come confermano i nostri risultati, incrementa l'incidenza dei sintomi, per i tumori in situ, esclusivamente durante i primi 6 mesi successivi alla diagnosi. I nostri dati confermano precedenti ricerche dalle quali emergeva un maggiore tasso di depressione nella fascia d'età tra 18 e 40 anni, con una netta riduzione dopo i 60 anni (Purkayastha et al., 2017; Fiszer et al., 2014). Diversamente da precedenti ricerche, tuttavia, il nostro dato appare statisticamente significativo. Ciò può essere forse spiegato alla luce della considerazione che fino ai 40 anni si è più attenti alla propria desiderabilità fisica e all'attenzione verso il giudizio sociale circa il proprio corpo, e quindi maggiormente vulnerabili agli effetti collaterali visibili delle terapie del cancro. Tra questi ultimi la menopausa precoce indotta dalle terapie ormonali potrebbe poi giocare un ruolo rilevante nell'aspettativa delle giovani donne di poter avere un figlio. Tale ipotesi è supportata da recenti indagini presenti in letteratura che rilevano un aumento dei livelli di Ansia e Depressione dal primo al sesto mese successivo alla chirurgia, in relazione alla percezione di scarsa possibilità di raggiungere importanti mete personali (Stefanic et al., 2016).

Altre ricerche che rilevano forte correlazione tra

Ansia/Depressione e giovane età inseriscono nella spiegazione causale la variabile Percezione di Malattia, influenzata a sua volta dalla Percezione di Supporto Sociale (Kus et al., 2017).

Il contesto sociale, e in particolare familiare, influenza la manifestazione della sintomatologia psicologica in relazione alla percezione del supporto emotivo ricevuto. Coerentemente con precedenti ricerche che rilevano manifestazioni di Ansia e Depressione più elevate e croniche in assenza di un partner (Burgess, 2005; Fafouti, 2010) e in assenza di supporto emotivo in ambito familiare (Lueboonthavatchai P, 2007), i nostri dati riscontrano tassi più elevati di psicopatologia nella condizione di single, o comunque in donne con un solo bambino. Tale dato è stato oggetto di ulteriori analisi statistiche, da cui si evince che tale variabilità è determinata dal fattore età: il dato quindi potrebbe essere letto nel contesto di una famiglia ancora da creare o comunque appena creata con un solo bambino in tenera età di cui doversi occupare.

Relativamente al livello socio-culturale, il nostro dato è coerente con diversi studi, che rilevano come donne con elevati livelli di istruzione presentano maggiore presenza di bisogni di natura psicologica, purtroppo spesso non riconosciuti dal sistema sanitario (Pérez-Fortis et al, 2016). Tale dato è, tuttavia, in contrasto con altre ricerche (Brédart et al, 2013) che rilevano una riduzione dei livelli di Ansia nelle donne maggiormente scolari (Fafouti M, 2010). Un'analisi più puntuale dei dati rilevati attraverso la presente ricerca, mette in luce che un livello di istruzione medio-alto (maturità) è più associato a distress psicologico, mentre il più alto livello di istruzione non presenta livelli estremi di patologia, probabilmente in relazione ad una maggiore consapevolezza di sé e una percezione più contenuta di stigma sociale. Quest'ultimo costrutto pare, tuttavia correlare positivamente in precedenti ricerche con livelli di Ansia e Depressione (Tripathi et al, 2017).

Nella ricerca di Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen, e van den Borne (2013) più elevati livelli di

Ansia, Depressione e altre psicopatologie si associano alla richiesta di supporto psicologico, mentre nessuna altra variabile socio-demografica, neanche la scolarità, si associa alla richiesta d'aiuto.

I nostri dati offrono una prima panoramica relativa alla traiettoria e alla modifica dinamica dei bisogni di presa in carico psicologica, sostenendo, in linea con altre ricerche (Brandão et al., 2017), la valutazione di alcune variabili tra cui i tratti d'ansia (Keyzer-Dekker, et al., 2014) già al momento della diagnosi, in modo da prevenire outcome patologici. Precedenti ricerche concordano nel considerare tra i fattori di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi specifiche condizioni precancerose piuttosto che caratteristiche mediche della patologia (Christensen et al., 2009).

I nostri dati supportano la necessità di interventi già dalle prime settimane successive alla diagnosi orientati in particolare alle giovani donne con ridotto supporto sociale. Si auspica pertanto la stesura di linee guida per il trattamento delle donne operate che contemplino anche la figura dello psicologo, così come avvenuto in Germania (Reese et al., 2016). Orientare, in particolare, gli interventi di Psiconcologia verso questa specifica popolazione ha un duplice ritorno nella pratica clinica: la possibilità di fornire una presa in carico psicologica nei primi 3 mesi post-chirurgia, o semplicemente di occuparsi dei bisogni non espressi da parte delle pazienti, è associata ad una riduzione della sintomatologia psicologica, in particolare ansiosa dopo i 3 mesi dall'intervento (Liao et al, 2014). In altri termini le pazienti con più alti livelli di Depressione hanno anche manifestato numerosi bisogni non riconosciuti dagli attuali percorsi di cura (Pérez-Fortis et al., 2017). Una recente review italiana ha sostenuto il ruolo di un approccio multidisciplinare per migliorare l'outcome di donne operate di neoplasia mammaria (D'Egidio et al., 2017).

Ulteriori ricerche sono necessarie per dettagliare il ruolo dei fattori di rischio rilevati a breve e a lungo termine, e comprendere se la considerazione



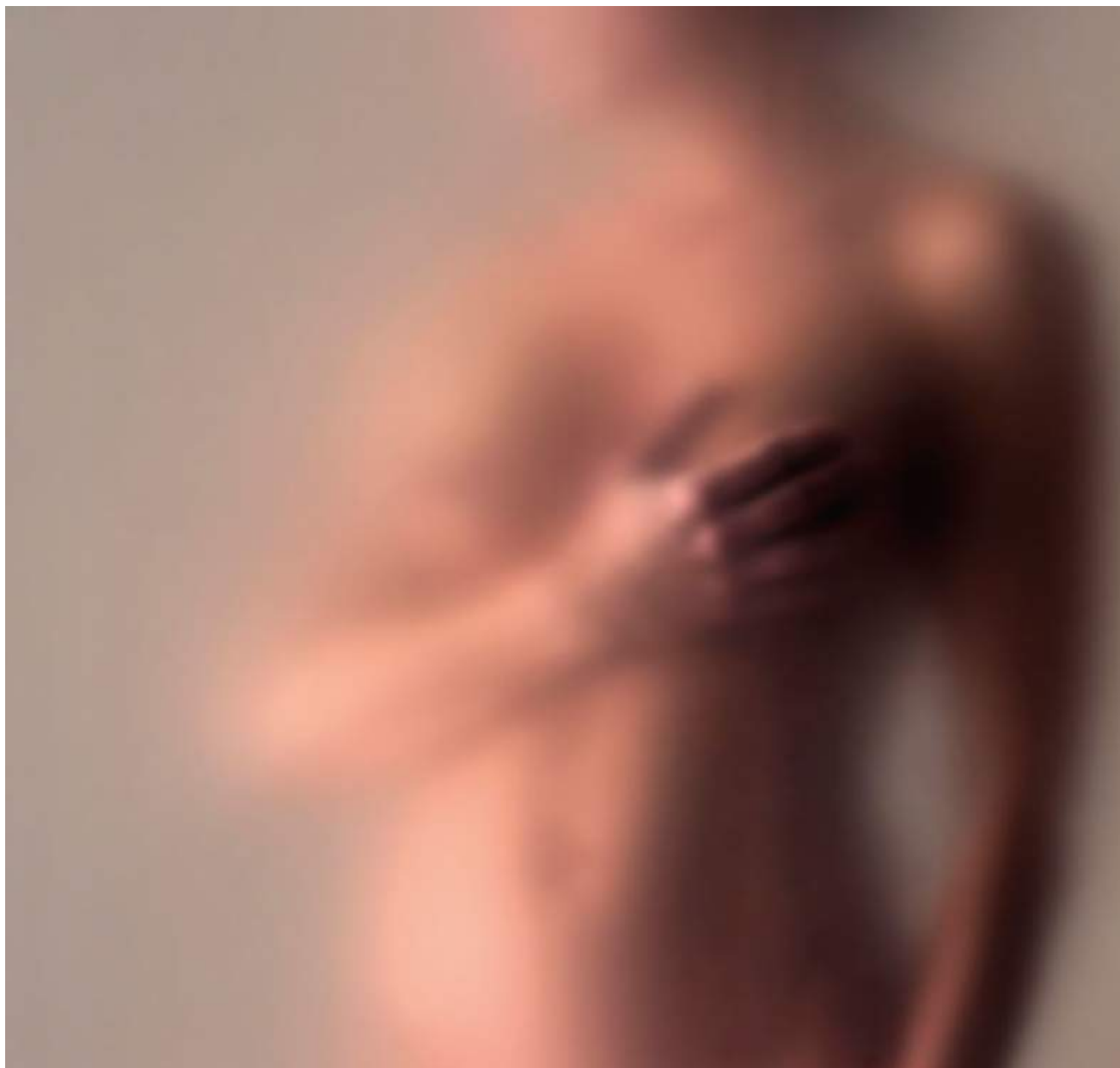
prestata ai fattori di rischio e al trattamento psicologico possano giocare un ruolo rilevante anche nella prevenzione di recidive, o, in generale, comunque nel miglioramento dei valori organici.

LIMITAZIONI

Per sviluppi futuri del presente lavoro sarebbe anche auspicabile rilevare la correlazione tra specifici dati clinici obiettivi e lo sviluppo di distress psicologico, sebbene la letteratura concordi sull'assenza di tale correlazione se non come fattori di rischio diversi da quelli psicologici e socio-demografici (Christensen S et al., 2009; Arnaboldi P et al., 2017).

BIBLIOGRAFIA

- Akel R., El Darsa H., Anouti B., Mukherji D., Temraz S., Raslan R., et al. Anxiety, Depression and Quality of Life in Breast Cancer Patients in the Levant Asian Pacific *Journal of Cancer Prevention*, Vol 18, 2809-2816.
- Annunziata M.A., & Muzzatti B. (2012). La lungosopravvivenza oncologica: definizione e implicazioni cliniche. *Recenti Progressi in Medicina*. 103, 69-71.
- Arnaboldi P., Riva S., Crico C., & Pravettoni G., (2017). A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory Breast Cancer. *Targets and Therapy* 9, 473-485.
- Brandão T., Schulz M.S., & Matos P.M. (2017) Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psychooncology* 7, 917-926.
- Brédart A., Kop J.L., Griesser A.C., Fiszer C., Zaman K., Panes-Ruedin B., et al. (2013). Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Annals of Oncology* 8, 2151-8.
- Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., & Ramirez A., (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study *BMJ* 330:702.
- Carreira H., Williams R., Müller M., Harewood R., & Bhaskaran K. (2017). Adverse mental health outcomes in breast cancer survivors compared to women who did not have cancer: systematic review protocol. *Systematic Reviews* 6:162.
- Christensen S., Zachariae R., Jensen A.B., Vaeth M., Møller S., Ravnsbaek J., et al. (2009). Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 113(2), 339-55.
- Chunlan W., Yao N., Wang Y., Fang Q., & Changrong Y. (2017). The patient-provider discordance in patients' needs assessment: a qualitative study in breast cancer patients receiving oral chemotherapy *Journal of Clinical Nursing*, 26, 125-132.
- D' Egidio V., Sestili C., Mancino M., Sciarra I., Cocchiara R., Backhaus I., et al (2017). Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review. *Quality of Life Research*. 26, Issue 10, 2573-2592.
- Delvecchio, F. (2015). *Statistica per l'analisi dei fenomeni sociali*. Cleup, Padova.
- Ellegaard M.B., Grau C., Zachariae R., & Bonde Jensen A. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study. *Acta Oncologica* 56(2),314-320.
- Fafouti M., Paparrigopoulos T., Zervas Y., Rabavilas A., Malamos N., Liappas I. et al (2010) Depression, Anxiety and General Psychopathology in Breast Cancer Patients: A Cross-sectional Control Study. *In Vivo* 24, 803-810.
- Fiszer C., Dolbeault S., Sultan S., & Brédart A. (2014). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psychooncology* 23(4),361-74.



- Gritti P., Di Caprio E.L., & Resicato G. (2011). L'approccio Alla Famiglia In Psiconcologia *Clinica Psiconcologica* 2, 115-135.
- Harrison J.D., Young J.M., Price M.A., Butow P.N., & Solomon M.J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer* 17(8), 1117-28.
- Jutagir D.R., Blomberg B.B., Carver C.S., Lechner S.C., Timpano K.R., Bouchard L.C., et al (2017) Social well-being is associated with less pro-inflammatory and pro-metastatic leukocyte gene expression in women after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 165(1), 169-180.
- Keyzer-Dekker C.M., de Vries J., Mertens M.C., Roukema J.A., van der Steeg A.F. (2014) The impact of diagnosis and trait anxiety on psychological distress in women with early stage breast cancer: a prospective study. *British Journal of Health Psychology* 19(4), 783-94.
- Kus T., Aktas G., Ekici H., Elboga G., & Djamgoz S. (2017) Illness perception is a strong parameter on anxiety and depression scores in early-stage breast cancer survivors: a single-center cross-sectional study of Turkish



patients. *Supportive Care in Cancer* 25, Issue 11, 3347-3355.

- Liao M.N., Chen S.C., Lin Y.C., Chen M.F., Wang C.H., & Jane S.W. (2014) Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: a non-randomised quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. 51(3),390-9.
- Lopamudra T., Soumitra S.D., Sanjit K.A., Sanjoy C., & Rosina A. "Stigma Perceived by Women Following Surgery for Breast Cancer" (2017). *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology journal* 38(2), 146-152.
- Lowery-Allison A.E., Passik S.D., Cribbet M.R., Reinsel R.A., O'Sullivan B., Norton L., et al. (2017) Sleep problems in breast cancer survivors 1-10 years posttreatment. *Palliative & Supportive Care* 16,1-10.
- Lueboonthavatchai P. (2007) Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand* 90(10), 2164-74.
- Marijanovi I., Pavlekovi G., Buhovac T., & Martinac M., (2017) The Relationship Between Health Locus Of Control, Depression, And Sociodemographic Factors And Amount Of Time Breast Cancer Patients *Psychiatria Danubina* 29(3), 330-344.
- Pérez-Fortis, A., Fleer, J., Sánchez-Sosa, J.J., Veloz-Martínez M.G., Alanís-López P., Schroevers M.J., & Ranchor A.V. (2017). Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 25, 3273-3280.
- Purkayastha D., Venkateswaran C., Nayar K., & Unnikrishnan U.G., (2017). Prevalence of Depression in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-sectional Observational Study *Indian Journal of Palliative Care* 23(3), 268-273.
- Reese C., Weis J., Schmucker D., & Mittag O. (2017). Development of practice guidelines for psychological interventions in the rehabilitation of patients with oncological disease (breast, prostate, or colorectal cancer): Methods and results. *Psychooncology* 26(10),1513-1518.
- Schmid-Büchi S., Halfens R.J., Müller M., Dassen T., & van den Borne B. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 17(1),22-9.
- Stefanic N., Iverson D.C., Caputi P., & Lane L. (2017). Examining the influence of personal goal interference and attainability on psychological distress in non-metastatic breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 26 (5) e12494, doi: 10.1111/ecc.12494.
- Suppli N.P., Johansen C., Christensen J., Kessing L.V., Kroman N., & Dalton S. (2014). Increased risk for depression after breast cancer: a nationwide population-based cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011. *Journal of Clinical Oncology* 32(34),3831-9.
- Marijanoviü I., Pavlekoviü G., Buhovac T. & Martinac M. (2017). The relationship between health locus of control, depression, and sociodemographic factors and amount of time breast cancer patients wait before seeking diagnosis and treatment *Psychiatria Danubina* 29 (3), 330-344.
- Xiong-Fei P., Man-Dong F., Kenneth Y.Z., Zhen-Lie F., Feng- Huan F., & Jin-Hu F. (2013). Psychopathological Profile of Women with Breast Cancer Based on the Symptom Checklist-90-R *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 14(11), 6579-6584.
- Yang H., Brand J.S., Fang F., Chiesa F., Johansson A.L., Hall P., et al. (2017). Time-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer. *International Journal of Cancer* 140(4):841-852.
- Zhi Xuan N.G., Mei Shan O., Tamilarasi J., Shuo D., & Celestial T. (2017). Yap Breast Cancer: Exploring the Facts and Holistic Needs during and beyond Treatment *Healthcare* 5, 26.



GAP L'INFELICITÀ DI “VINCERE FACILE”

dott. Riccopsicologo clinico / psicoterapeuta
in formazione**dott.ssa Tambone**psicologa / psicoterapeuta DDP
Asl Ba**dott. Taranto**

psichiatra direttore DDP Asl Ba

RIASSUNTO

Al giorno d'oggi le problematiche afferenti il gioco d'azzardo patologico rappresentano una costante crescita tra gli utenti del servizio pubblico del Dipartimento delle dipendenze patologiche dell'Asl di Bari dove questa ricerca è stata effettuata.

Le motivazioni alla base di questa continua ascendenza del fenomeno sono ovviamente numerose ma tra le più ricorrenti si è fatto riferimento spesso all'eterna crisi economica che da ormai 10 anni occupa quasi quotidianamente le pagine dei giornali e sicuramente la promessa di “vincere facile” per così risolvere i propri problemi economici.

Qualunque sia poi l'angolatura da cui si osserva il fenomeno, le certezze di vincita al contrario, sono davvero poche, 1) la ludopatia è sempre più presente nelle famiglie italiane e 2) muove introiti per miliardi di euro ogni anno. Basti pensare che ad oggi il portale delle Agenzie delle Dogane e dei Monopoli (AAMS - l'ente statale titolare delle concessioni sul gioco) annovera un numero impressionante di “servizi” * e tra le sole lotterie istantanee,

ad esempio, lo stesso portale ne riporta 69.

Inquadrato in ottica aziendale la crescita in percentuale degli introiti farebbe sorridere qualsiasi Amministratore Delegato (in questo caso lo Stato) ma la realtà ci restituisce una situazione ben diversa. In una nota del 13/02/2017 è la stessa AAMS a precisare che nel 2016 la spesa degli italiani in “giocate” ha toccato l'impressionante cifra di 19 miliardi di euro (più di un punto dell'intero P.I.L.) che però rappresentano solo la differenza tra quanto realmente “puntato” dai nostri connazionali ovvero 96 miliardi di euro e la redistribuzione delle vincite 77 miliardi di euro con numeri che nello stesso 2017 hanno subito una leggera crescita.

Il costante aumento dell'offerta, abbinato al pensiero magico di cambiare la propria vita è alla base del fenomeno soprattutto nelle fasce più deboli della popolazione (ragazzi, adulti in difficoltà economiche, anziani).

I risultati della ricerca offrono spunti di riflessione per la sensibilizzazione della popolazione

* Gioco del Lotto in un click, Lotto, 10 e Lotto, Giochi numerici a totalizzatore in un click, Superenalotto, Superstar, SiVinceTutto Superenalotto, Eurojackpot, Win for life, Giochi a base sportiva in un click, Totocalcio e il 9, Totogol, Scommesse a quota fissa, Scommesse virtuali, Big Match, Big Race, Giochi a base ippica in un click, Ippica nazionale, Ippica internazionale, Apparecchi da intrattenimento in un click, Newslot, Sistemi di gioco VLT, Apparecchi da divertimento senza vincita in denaro, Giochi di abilità, Carte, Sorte a quota fissa in un click, Lotterie in un click, Lotterie istantanee, Lotterie istantanee telematiche, Lotterie tradizionali, Bingo in un click, Bingo a distanza, Bingo di sala, Gioco a distanza,



scientifica e non, volta soprattutto a prevenire l'acuirsi delle problematiche e l'ulteriore diffusione del fenomeno.

PAROLE CHIAVE

Gioco d'azzardo patologico, gambling, diagnosi, gruppi terapeutici, servizio dipendenze.

INTRODUZIONE

La presente ricerca nasce da un'esperienza di tirocinio quale psicoterapeuta sistemico relazionale presso il Serd di Bari. La curiosità di voler meglio comprendere i meccanismi disfunzionali dietro l'azione del gioco d'azzardo è stato uno dei motivi principali che ha portato alla stesura del presente lavoro.

Il primo step è stato quello di cercare di inquadrare la mission del servizio: ovvero il trattamento e la cura della persona nel tentativo di individuare, anche attraverso la logica del sintomo, il livello di aderenza alla realtà del richiedente aiuto.

L'analisi della problematica esposta dallo stesso, raccolta attraverso il colloquio clinico ed abbinata all'analisi del risultato derivante dal test psicodiagnostico adottato - MMPI2 -, sono state poi le fondamenta su cui si è incentrata la ricerca.

Il colloquio clinico ed il test psicodiagnostico sono stati quindi letti così come sintomatologicamente classificato nel DSM V, ovvero:

- Il gioco di azzardo patologico è inquadrato quale "disturbo correlato a quello delle sostanze (chimiche, etiliche, etc. - N.D.R.) poiché riesce ad attivare sistemi di ricompensa simili a quelli attivati dalle sostanze di abuso e produce alcuni sintomi comportamentali ipoteticamente comparabili a quelli prodotti dalle stesse sostanze".
- in ambito clinico, il disturbo da gioco d'azzardo risulta articolato in precisi criteri diagnostici presenti nell'individuo (quattro o più condizioni) e persistenti per un periodo di almeno 12 mesi, egli:
 1. ha bisogno di giocare e di crescenti quantità di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata;
 2. è irrequieto ed irritabile nel tentativo di smettere

di giocare;

3. ha alle spalle ripetuti tentativi, infruttuosi, di controllare, ridurre o smettere di giocare;
4. soffre di preoccupazione legata al gioco (es. pensieri persistenti legati ad esperienze di gioco passate, analisi di ostacoli e pianificazione della future giocate o sui modi di ottenere il denaro);
5. gioca se legato a condizioni di disagio (es. sentirsi indifeso, colpevole, ansioso, depresso);
6. dopo aver perduto del denaro spesso torna un'altra volta per ritentare rincorrendo così le proprie perdite;
7. mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. può mettere in pericolo o ha perduto una relazione significativa, il lavoro, un'opportunità di studio e di carriera a causa del gioco che induce all'isolamento;
9. conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevare situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo. (DSM V -pp 681-682).

Nel nostro caso ci si è avvalsi del solo colloquio clinico e dello strumento psicodiagnostico dell'MMPI2, tralasciando specifici test per la formulazione della diagnosi di Gap, perché l'utente che si rivolge al Servizio porta in carico sempre una richiesta di cura correlata alle perdite economiche a seguito del gioco.

Il motivo della scelta dell'MMPI2 è legato al fatto che esso permette di avere immediata contezza delle aree eventualmente intaccate e/o compromesse nei pazienti con diagnosi primaria di Gap, mentre attraverso la storia clinica si verifica il dato di realtà che può aver spinto il soggetto verso il gioco. Tra le più frequentemente riportate ci sono state ad esempio: la spinta da una situazione economica difficile, l'esposizione a frequenti messaggi pubblicizzanti un "gioco responsabile". Tutto questo, in realtà, porta la persona ad un maggior isolamento familiare ed amicale ed ad una perdita economica.

Un ulteriore dato ricavato è che a differenza degli utenti con acclamate dipendenze da sostanze e/o da alcol, i "gamblers" quasi sempre presentano

infatti un'aderenza alla realtà migliore e conducono una vita senza apparente riferimento alla problematica del gioco.

Questo lavoro si basa su un centinaio di casi clinici trattati tra il 2016 ed il 2017.

Tenendo fede alla mission del servizio ed avendo conto delle storie personali dei pazienti, si è proceduto con l'analisi del campione a disposizione cercando di individuare l'eventuale punto di contatto tra le storie dei giocatori e la lettura per punte del test psicodiagnostico che potessero fornire maggiori informazioni sul fenomeno.

IL CAMPIONE SPERIMENTALE

Il campione sperimentale è stato selezionato tra gli utenti afferenti il Servizio Dipendenze Patologiche dell'Azienda Sanitaria di Bari che da circa 2 anni ha istituito un apposito spazio per cercare di controllare e contenere il dilagante fenomeno del gambling sul territorio attraverso un lavoro di prevenzioni, diagnosi e cura, svolto da una équipe multiprofessionale (uno psichiatra, uno psicologo, etc.).

L'IPOTESI

Lo scopo principale dello studio è quello di confrontare le punte significative del test e le storie comuni tra i pazienti Gap. Non è stato possibile trovare un riferimento in letteratura che soddisfacesse l'ipotesi iniziale e si è pertanto proceduto ad analizzare tutti i risultati ottenuti da un gruppo di 94 pazienti eterogeneo.

La diversificazione è stato l'elemento determinante proprio per avere la certezza che l'eventuale punto discriminante prescindesse dalle condizioni personali dei soggetti.

Si è poi proceduto a quantificare l'eventuale dato significativo cercando di determinarne l'incidenza sugli stessi individui.

LO STRUMENTO

Il *MMPI-2* è un test ad ampio spettro utilizzato per valutare le principali caratteristiche

strutturali di personalità ed i disordini di tipo emotivo. Il *MMPI-2* è la più recente formulazione del test psicodiagnostico a cui sono stati aggiunti nuovi indicatori di validità, scale supplementari, le sottoscale *Harris-Lingoes* e *Si* e le sottoscale delle componenti di contenuto, e un nuovo gruppo di scale, le *PSY-5*.

Il test è sempre stato somministrato in presenza di uno psicologo che ha fornito supporto agli utenti che ne avessero bisogno senza però mai indirizzarne e/o orientarne la risposta. Tutti i test sono stati somministrati in una sessione unica, a volte con piccole pause, ma sempre nella finestra temporale ricompresa tra le 2 e 4 ore.

SOGGETTI

Il campione è composto da nr. 94 soggetti, il più eterogenei possibile:

- 81 uomini e 13 donne;
- Paziente ricompresi tra i 21 ed i 73 anni (con una media quindi di 47 anni);
- per mera comodità statistica il campione è stato suddiviso in condizione duale per il dato relativo allo stato civile e quello relativo al titolo di studio:
- 75 single, 19 in coppia;
- 46 con scuola dell'obbligo, 48 con scuola secondaria.

	menzogna	correzione o difesa	infrequenza - simulazione	ipocondria	depressione	isteria di conversione	deviazione psicopatica/antisocialità	mascolinità/femminilità	paranoia	psicastenia	schizofrenia	ipomania	introversione sociale
L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	

Tab 1 - scala MMPI2

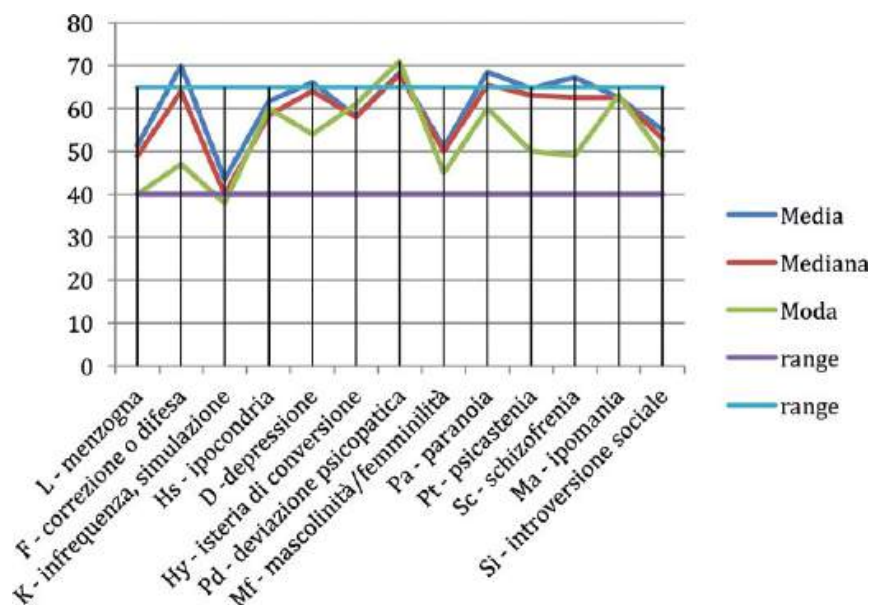


Fig. 1 - grafico medie lasche

ANALISI DEL CAMPIONE

Il dato relativo al campione è stato raccolto in una tabella (**Tab. 1**) sulle cui righe sono state riportate le scale del MMPI2 mentre sulle colonne è stato disposto il dato relativo ai pazienti. (**Fig. 1**).

Il dato è stato processato con il software SPSS® mentre i grafici sono stati realizzati con l'applicativo Microsoft® Excel.

Per determinare i valori di "normalità" e per l'individuazione dei range si è fatto riferimento al dato di validazione italiana dello stesso MMPI2.

Una prima analisi dei soli indici di posizione della media, della mediana e della moda ha restituito valori sopra scala e sotto scala del campione complessivo poco significativi. In particolare, come si può facilmente ricavare dal grafico cartesiano avente per ascissa i riferimenti delle varie scale di cui si compone il MMPI2 e per ordinate gli indici

numerici da 0 a 80 ottenuti dai pazienti, con la tripartizione atta a suddividere il campione in sotto la media ($Y \leq 39$), nella media ($40 \leq Y \leq 65$) ed infine sopra la media ($Y \geq 66$) (**Fig. 1**).

Una prima analisi ha restituito quindi una realtà fatta di valori medi nel range di validazione dello strumento psicodiagnostico ($40 \leq Y \leq 65$) fatta eccezione di quelli relativi alla "F=70" "D=66" "Pd=68" "Pa=68" "Sc=67" (**Tab. 2**).

Al fine di trovare conferma nei primi risultati ottenuti attraverso lo studio delle medie lasche si è

proceduto nel calcolo della devianza, della deviazione standard, e dei valori minimi e massimi del dato. Il risultato emerso dall'analisi ha restituito però una distribuzione disomogenea del dato non armonico di cui si riportano i soli indici statistici (**Tab. 3**).

Si è quindi ritenuto necessario procedere con l'analisi di tabelle di contingenza per individuare la reale incidenza statistica del dato tenendo conto delle reali sottoscale correlate alla particolarità del range compreso (in media) tra due valori (40,65) raccogliendo il dato complessivo in una tabella numerico/statistica in cui lo stesso dato è stato inquadrato in 3 differenti indici attestanti (in ordine crescente) valore inferiore alla media, valore di normalità, valore superiore alla media da cui è emerso quanto riportato che in realtà le sole scale non inquadrabili nella media sono solo tre: "K-Pd-Pa" che analizzate nel dettaglio hanno disconfermato la tendenza della mera analisi delle medie lasche

	L - menzogna	F - correzione o difesa	K - infrequenza, simulazione	Hs - ipocondria	D - depressione	Hy - isteria di conversione	Pd - deviazione psicopatica	Mf - mascolinità/ femminilità	Pa - paranoia	Pt - psicastenia	Sc - schizofrenia	Ma - ipomania	Si - introversione e sociale
Media	51	70	44	62	66	58	68	51	68	65	67	63	55
Mediana	49	64	40	59	64	58	68	50	66	63	63	63	53
Moda	40	47	38	60	54	61	71	45	60	50	49	63	49

Tab. 2 - tabella medie lasche

	L - menzogna	F - correzione o difesa	K - infrequenza, simulazione	Hs - ipocondria	D - depressione	Hy - isteria di conversione	Pd - deviazione psicopatica	Mf - mascolinità /femminilità	Pa - paranoia	Pt - psicastenia	Sc - schizofrenia	Ma - ipomania	Si - introversione e sociale
Deviazione std.	15	24	12	22	14	14	15	10	19	16	21	14	12
Varianza	238	574	152	466	196	190	216	98	352	250	430	194	144
Minimo	25	37	23	27	39	25	35	14	39	39	34	38	34

Tab. 3 - analisi delle varianze e deviazione standard

	L_trip	F_trip	K_trip	HS_trip	D_trip	HY_trip	PD_trip	MF_trip	PA_trip	PT_trip	SC_trip	IPOM_trip	SI_trip
Mediana	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,5	2,0	2,0	2,0	2,0

Tab. 4 tabella riepilogativa numerico statistica devianza/deviazione standard

restituendo il quadro reale della distribuzione. **(Tab. 4)** In particolare sono stati riportati i dati tripartiti della mediana che hanno lasciato emergere una lieve variazione statistica rispettivamente nei valori K (sotto la media), Pd (sopra la media) e Pa (sopra la media) **(Tab.4)**.

Individuati i valori "sotto e sopra la media" si è passati ad analizzarli nel dettaglio. Il primo elemento scomposto è stato quello relativo alla "simulazione" - "K" che vede più della metà della popolazione

K_trip				
Valido	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
1,00	48	51,1	51,1	51,1
2,00	40	42,6	42,6	93,6
3,00	6	6,4	6,4	100,0
Totale	94	100,0	100,0	

Tab 5 - analisi scala correzione

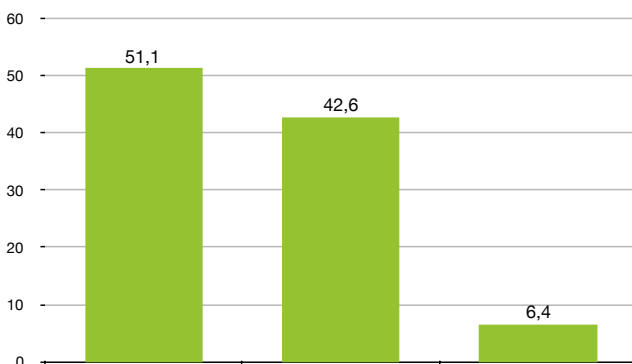


Fig. 2 - grafico scala correzione

aver restituito risposte compiacenti. **(Tab.5 - Fig.2)**. Il 2° valore esaminato è stato quello della devianza psicotica /antisocialità che restituisce una realtà statistica in cui più della metà del campione (il 58,5%) riporta un valore più alto rispetto alla me-

PD_trip				
Valido	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
1,00	2	2,1	2,1	2,1
2,00	37	39,4	39,4	41,5
3,00	55	58,5	58,5	100,0
Totale	94	100,0	100,0	

Tab.6 - analisi scala deviazione psicotica/antisocialità

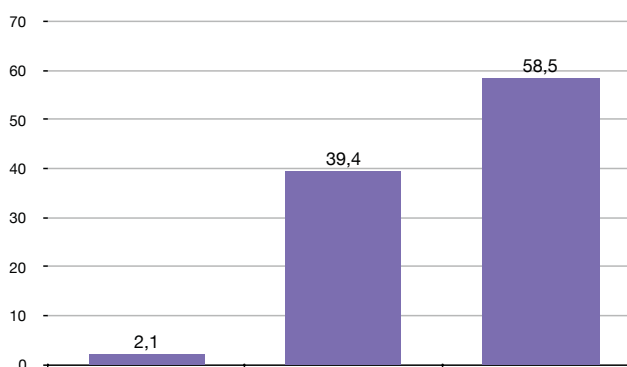


Fig. 3 - grafico scala deviazione psicotica/antisocialità

dia del gruppo di controllo. **(Tab.6 - Fig.3)**. In ultima analisi si è passato sotto la lente d'ingrandimento il valore della Pa (paranoia) la cui tendenza sembra accomunare i soggetti nella



norma a quelli fuori range. Ciò evidenzia quanto nelle risposte il livello di paranoia sia presente nei giocatori. (Tab.7 - Fig.4).

PA_trip				
Valido	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
1,00	3	3,2	3,2	3,2
2,00	44	46,8	46,8	50,0
3,00	47	50,0	50,0	100,0
Totale	94	100,0	100,0	

Tab. 7 - tabella scala paranoia

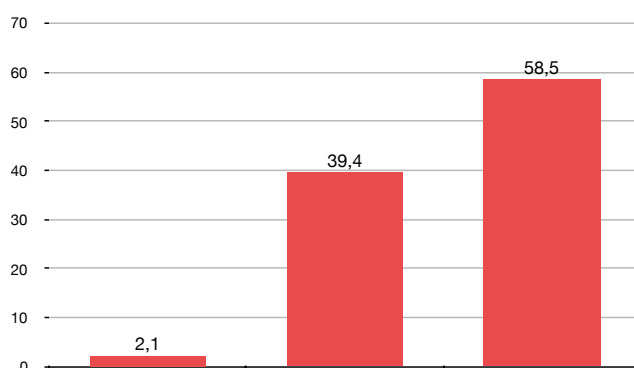


Fig. 4 - grafico scala paranoia

RISULTATI

L'ipotesi alla base del presente articolo è incentrata sulla possibilità che ci potessero essere tratti comuni ai giocatori d'azzardo presi in carico dal servizio pubblico attraverso le storie dagli stessi riportate e l'analisi dei risultati ottenuti dallo strumento psicodiagnostico.

Quanto analizzato ha fatto affiorare però solo una leggera differenza nei punteggi ottenuti dal campione sperimentale messo a confronto con il gruppo di controllo restituendo una realtà statisticamente poco significativa.

È emerso infatti che, fatta eccezione di alcuni valori relativi alle scale di controllo sopra/sotto la media, quanto il paziente tipo non si discosti dalla normalità

Nel dettaglio, la lettura del dato ha messo in luce una tendenza, del giocatore patologico:

alla menzogna (scala K), così come riportato al punto 7) del DSM V, spesso dovuta al costante uso della falsità nella realtà quotidiana;

alla devianza psicotica/antisocialità (scala Pd), di certo correlata al pensiero magico della vincita che può accompagnare il giocatore verso una realtà distorta e travisata che, così come riportato ai punti 2) e 6) del DSM V, che correntemente inducono il giocatore ad allontanarsi da amici e familiari portandolo financo al ritiro sociale;

alla paranoia (Pa) la cui alterazione lascia trapezare il conflitto tra il senso di colpa nel continuare a giocare e l'impulso nel rifugiarsi in questa realtà artefatta sfuggendo quindi la vita reale, così come riportato ai punti 2) ed 8) del DSM V. Il tratto paranoideo riscontrato denota anche un sentimento di "sfortuna" rispetto al "gioco facile" pubblicizzato.

DISCUSSIONE

Le conclusioni a cui si è giunti non vogliono rappresentare un risultato fine a sé stesso ma offrire un ulteriore spunto alla comunità scientifica sotto il profilo ermeneutico specie per l'interpretazione di un quadro clinico rinveniente dall'analisi del percorso di cura sia in chiave clinica che psicoterapeutica.

È evidente, infatti, che il colloquio clinico è parte imprescindibile ed integrante della formulazione di una corretta diagnosi e che non andrebbe mai sostituito dall'esclusivo uso di uno strumento psicodiagnostico che dovrebbe fornire elementi di supporto al clinico.

Un ulteriore spunto di riflessione potrebbe focalizzarsi sul perché il soggetto possa cadere nella trappola del gioco patologico. Molti individui, fidandosi infatti della pubblicità che spesso viene trasmessa in fascia protetta, si affidano al pensiero magico che vede nella vincita e nel rito della giocata la risoluzione di una serie di problematiche. L'analisi economico/sociologica del campione ha lasciato emergere che la maggior parte dell'utenza afferente il Servizio appartiene alla cosiddetta "fascia debole": giovani, adulti con difficoltà a

reinserirsi nel contesto lavorativo, donne, famiglie poco abbienti. Per queste persone, quindi, il pensiero magico è il solo "faro" verso una rotta che però li conduce, come dei false friends, a deragliare dal contesto sociale finendo per rovinarsi nel tentativo di fuga da una realtà troppo dolorosa, spesso fatta di insanabili debiti spesso affidati ad usurai senza scrupoli.

Una ridefinizione della situazione familiari e sociale attraverso il percorso clinico spesso riattiva le risorse personali e familiari che consentono un recupero del sé ed una ridefinizione delle relazioni familiari.

Un ulteriore dato positivo emerso corrobora e giustifica un percorso di recupero "breve" che porta gli individui ad una quasi totale remissione dal sintomo anche grazie al tentativo di intervenire sulla scala dell'antisocialità attraverso la formazione di gruppi terapeutici, attivi presso la struttura sanitaria da qualche anno.

Va precisato che il lavoro di gruppo non va però a sostituire la terapia familiare, ma ad essa si affianca. È uno strumento molto utile, in quanto attiva "una sfida" a cui il giocatore è molto legato, cioè essere "vincente" nel gruppo stesso. Il gruppo diviene quindi contenimento e sfida perché la ricaduta è vissuta come un'ulteriore "perdita".

Questa volta però invece di parlare di denaro parliamo di tutte le dinamiche sottostanti il gioco quindi ad esempio giocare dopo una lite con il partner. Mentre prima il giocatore non capiva le dinamiche che lo portavano allo scarico pulsionale del gioco, attraverso una lettura del sintomo e la

sua contestualizzazione, il paziente diviene sempre più consapevole delle dinamiche sottostanti il gioco.

Il lavoro terapeutico al di là delle differenti storie, rende quindi il giocatore più consapevole dei propri stati emotivi e questo lo rende più forte rispetto al sintomo e lo rende più capace di gestirlo.

Naturalmente il lavoro terapeutico passa attraverso le ricadute ma alla fine se la famiglia riesce a collaborare con il paziente si attiva una maggiore comunicazione che va a sostituire la rabbia, il dolore e la confusione ed apre le porte ad una consapevolezza condivisa che rende la famiglia più forte e capace di risolvere le problematiche sottostanti che fino a quel momento erano rimaste sottostanti.

BIBLIOGRAFIA

- Granieri A., (2007). Teoria e pratica del MMPI-2. Lettura clinica di un test di personalità. Editore: Frilli.
- Abbate L., Roma P. (2014). MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo
- Folena U. (2014). L'illusione di vincere. Il gioco d'azzardo emergenza sociale - Editore: Ancora
- Donadeo, C. (2014). Gioco d'azzardo e ludopatia. Dal divertimento alla dipendenza. Editore: Haze.
- Picone, F. (2010). Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive ed esperienze cliniche. Editore: Carrocci (2010).
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Editore: Raffaello Cortina Editore.





L'APPROCCIO EVOLUZIONISTICO AL BENESSERE SOGGETTIVO

dott.ssa Messa

Psicologa psicoterapeuta, specializzata
in Psicologia Clinica, Monopoli

RIASSUNTO

Il presente lavoro propone un *approccio evoluzionistico* all'indagine psicologica sul *benessere soggettivo*. Dopo una introduzione al concetto di benessere e agli assunti fondamentali della Psicologia Evoluzionistica, vengono presentati i principali "ostacoli di rilevanza evoluzionistica" al raggiungimento della felicità nella vita contemporanea, e si discute su come sia possibile superare tali ostacoli per migliorare la *qualità della vita* e il benessere percepito. Partendo dalla *teoria evoluzionistica delle emozioni*, si definiscono alcuni importanti *traguardi* di natura sociale associati a emozioni positive, e si presentano i risultati delle ricerche che hanno evidenziato l'esistenza di una *correlazione* tra il raggiungimento di questi traguardi e il benessere soggettivo.

PAROLE CHIAVE

Benessere soggettivo (SWB-Social Well-Being), qualità della vita, Psicologia Evoluzionistica, adattamento, emozioni.

IL BENESSERE SOGGETTIVO

Lo studio del benessere soggettivo (Subjective Well-Being- SWB) comprende le valutazioni che le per-

sone fanno sulla propria vita, sia nel momento presente che per periodi più lunghi. Queste valutazioni includono le reazioni emotive agli eventi, gli stati d'animo e i giudizi sulla soddisfazione per la vita, quindi ciò che si potrebbe definire "felicità" (Diener et al., 2003; Kim-Prieto et al., 2005).

Diverse linee di ricerca si fondono nello studio del benessere, dagli studi sociologici che cercano di individuare come fattori demografici (per es. reddito e stato civile) influenzano la qualità della vita, alle indagini nel campo della salute mentale, in cui il benessere coincide con l'assenza di sintomatologia, agli studi della psicologia della personalità, che hanno indagato i tratti di personalità degli individui classificati come "felici" e infelici. La confluenza di vari settori di ricerca ha comportato l'utilizzo di metodi diversificati (sondaggi, questionari, esperimenti) nello studio del benessere (Diener et al., 2003).

Molteplici sono le definizioni proposte del concetto di benessere psicologico, che hanno chiamato in causa aspetti diversificati e talvolta difficilmente integrabili (Diener, 1984).

Un filone di ricerca ha indagato il modo in cui le persone valutano *globalmente* la qualità della pro-

pria vita, arrivando alla individuazione di alcuni strumenti psicometrici specifici (per es. il *Life Satisfaction Index* di Neugarten e la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) di Diener et al.).

Altre indagini hanno enfatizzato la prevalenza di emotività positiva rispetto a quella negativa: secondo Bradburn (1969), il livello di benessere sperimentato da un individuo dipende da quanto “*l'affect*” positivo supera quello negativo.

Il modello del benessere psicologico proposto da Ryff (1989, 1995) individua nel costrutto di benessere psicologico un processo dinamico che coinvolge *sei dimensioni*: padronanza ambientale, crescita personale, scopi di vita, autonomia, accettazione di sé, relazioni positive con gli altri. Studi recenti hanno dimostrato la superiorità dei modelli multidimensionali per lo studio del benessere rispetto a quelli a un singolo fattore (Ruini et al., 2003).

In una prospettiva simile, Kim-Prieto e collaboratori (2005) hanno proposto un modello del benessere soggettivo in cui fanno confluire in maniera *sequenziale* gli eventi e le circostanze della vita, le reazioni emotive a tali eventi e circostanze, la memoria delle emozioni provate e una valutazione globale del senso di soddisfazione per la propria vita. Secondo gli autori la sequenzialità di questo modello ha il vantaggio di rappresentare un ventaglio temporale sufficientemente ampio dell'esperienza e di considerare l'influenza di fattori come la personalità e la cultura sulla valutazione soggettiva del benessere, elementi che secondo loro mancano nelle passate concettualizzazioni del SWB.

LA PSICOLOGIA EVOLUZIONISTICA

La *Psicologia Evoluzionistica* è una disciplina relativamente recente, che si fonda sul tentativo di integrazione concettuale della psicologia con la biologia, principalmente con il campo della biologia evoluzionistica, ma non può prescindere nelle sue assunzioni fondamentali anche dall'apporto di altre discipline quali l'antropologia culturale, la paleoantropologia e la psicologia cognitiva. In sintesi la Psicologia Evoluzionistica studia la *mente umana* indagando i processi che nel corso della

filogenesi ne hanno determinato l'architettura (Adenzato e Meini, 2006). L'attenzione è rivolta anche ai *comportamenti*, intesi come il prodotto dell'interazione dei tratti adattativi mentali (*meccanismi psicologici evoluti*) con l'ambiente (Tooby e Cosmides, 1992).

Nell'indagine evoluzionistica sulla mente e sul comportamento è fondamentale la distinzione tra cause prossime e cause remote. Le *cause prossime* di un fenomeno sono quelle valide *ora e per sempre*, cioè i vari fattori (morfologici, fisiologici, genetici, biochimici e ambientali) alla base di quel determinato fenomeno, che definiscono il *come* quel fenomeno si verifica. Le *cause remote* (o *cause storiche evoluzionistiche*) si riferiscono invece alla ricostruzione delle particolari trasformazioni ambientali e biologiche succedutesi *nel corso delle generazioni* che sono alla base delle caratteristiche degli individui di una determinata specie. Esse sono valide *solo allora* e uniche per ciascuna specie, e definiscono il *perché* un determinato fenomeno si manifesta (Comparini e Costa, 2000).

La psicologia evoluzionistica afferma che alla base del comportamento degli esseri umani (la scelta di un partner, la richiesta di cure, la formazione di alleanze, ma anche comportamenti più complessi) ci sono dei *meccanismi mentali a funzione specifica* (m.f.s.) che sono stati selezionati nel nostro passato evoluzionistico perché hanno consentito una maggior fitness (= successo riproduttivo) all'interno dell'*ambiente di adattamento* della nostra specie, cioè si sono evoluti per *selezione naturale* per risolvere particolari problemi adattativi. Un *problema adattativo* è una particolare condizione ricorrente e relativamente costante, condivisa, generazione dopo generazione, dai nostri progenitori ancestrali nel periodo rilevante per la nostra storia evoluzionistica. Si assume che tale periodo sia il Pleistocene, che va da circa 2 milioni a 10 mila anni fa, in cui è accertato che i nostri antenati hanno vissuto in piccole bande nomadi di cacciatori-raccoglitori prevalentemente nell'ambiente della savana africana (Comparini e Costa, 2000).



IL BENESSERE SOGGETTIVO IN OTTICA PSICO-EVOLUZIONISTICA

L'analisi sul *benessere* in ottica psico-evoluzionistica compiuta da Buss (2000) ha individuato alcuni *ostacoli* di rilevanza evoluzionistica al raggiungimento della felicità.

Primo tra questi, l'effetto della *discrepanza* spesso notevole tra ambiente attuale e ambiente di vita ancestrale. L'ipotesi del "*mismatch*" *ambientale*, un punto centrale delle spiegazioni evoluzionistiche sulla psicopatologia, sostiene infatti che lo "svincolarsi" dell'evoluzione *culturale* dall'evoluzione *biologica* dell'uomo ha fatto sì che noi esseri umani, biologicamente *adattati* alle condizioni di vita del Pleistocene, ci troviamo a vivere in un ambiente (sia fisico che sociale) profondamente modificato. Proprio il trovarsi a dover rispondere a condizioni ambientali al di fuori della "norma di reazione" nell'ambito della quale i nostri tratti adattativi funzionano adeguatamente, porterebbe a stress e disfunzioni (Crawford, 1998). Il divario tra l'ambiente di vita attuale e quello di evoluzione della nostra specie interessa diversi aspetti dell'esistenza umana.

Innanzitutto Buss (2000) mette in risalto le differenze nella caratterizzazione della *vita sociale*. Mentre i nostri progenitori ancestrali vivevano in *piccole bande* di circa 50-100 membri, di solito strettamente imparentati tra loro e uniti da legami di reciproca conoscenza e interdipendenza, attualmente la nostra vita si svolge sempre più spesso in città e metropoli, e le nostre interazioni avvengono in maniera molto più superficiale all'interno di *una folla anonima* di individui solitari. Inoltre, non solo è scomparso il modello della famiglia allargata tipico della vita nel Pleistocene, ma anche la famiglia nucleare sta attraversando una crisi profonda, mentre si affaccia sulla scena sociale il modello della famiglia "monoparentale", risultato dell'alto numero dei casi di separazione coniugale e delle nuove tecniche di fecondazione. Le moderne condizioni di vita sembrano deprivere gli individui dell'intimità e del *supporto sociale* che pare aver caratterizzato la loro evoluzione (Nesse e Williams, 2012), e in questo modo interferiscono negativamente con il raggiungimento della felicità

(si veda più avanti l'importanza dell'influenza del *supporto sociale* sul benessere). Questa ipotesi è parzialmente confermata dai dati che indicano l'aumento della prevalenza di disturbi depressivi nelle società contemporanee (Buss, 2000; Nesse e Williams, 2012).

Molte ricerche (vd. per una breve rassegna Csikszentmihalyi, 1999) hanno evidenziato che spesso l'aumentare di risorse o di ricompense materiali non ha un corrispettivo in un'aumentata felicità delle persone; al contrario, sembrerebbe innescarsi un meccanismo di "escalation delle aspettative", una tendenza a volere sempre di più. Una simile disposizione non solo ha alla base un certo effetto di *abituazione*, ma sembra fomentata dalla *disegualianza* esistente nella distribuzione di ricchezze e di risorse: è per questo che le persone valutano ciò che hanno non in termini di ciò di cui hanno bisogno, ma effettuando dei confronti con chi ha più di loro, e desiderando sempre di più non raggiungono mai la tanto anelata felicità. È chiaro che questo ostacolo al benessere è un impedimento tipico dei nostri giorni, dato che sembra ormai accertato che la vita nel Pleistocene si svolgesse all'interno di una *struttura sociale* per lo più *egualitaria*, in cui non esisteva una gerarchia di potere formalizzata o una proprietà privata: tutti avevano accesso alle stesse risorse (Sahlins, 1980; Comparini e Costa, 2000). Il perseguire risorse materiali sempre maggiori, inoltre, toglie inevitabilmente tempo alle altre cose, principalmente a quegli importanti *traguardi a breve termine* di natura sociale (per es. la vita di coppia, la relazione con i figli, l'amicizia, ecc.) chiaramente relati al benessere psicologico. Un altro ostacolo al raggiungimento della felicità è l'eccessivo peso che viene dato al *denaro* nella società evoluta (Csikszentmihalyi, 1999). Anche questo è un aspetto tipico dei nostri tempi: l'uomo del Pleistocene sembra essere stato un uomo "non economico" (Sahlins, 1980); effettivamente, in una società in cui manca la specializzazione del lavoro (se non nella forma di una spartizione dei compiti tra maschi e femmine) e a tutti è garantito il libero accesso alle risorse, non esistono differenze tra produttori e consumatori in quanto ognuno

è in grado di produrre ciò che è necessario per la propria sussistenza (Ariotti, 1980).

Inoltre, come riportato da Buss (1998, 2000), sembra che negli esseri umani si siano evoluti dei meccanismi psicologici "designati" a causare *sofferenza soggettiva* in particolari circostanze. Ciò significa che stati d'animo soggettivamente negativi possono aver svolto una funzione *adattativa* durante l'evoluzione della nostra specie, e per questo motivo i meccanismi ad essi sottostanti si sono conservati. Esempi di questi meccanismi sono quelli sottostanti alla *depressione*, alla *gelosia* nella coppia, a varie manifestazioni di *ansia*, e a specifiche forme di paura e *fobia* o di rabbia e collera (si rimanda alle specifiche spiegazioni evoluzionistiche di questi stati per una loro più profonda comprensione, per es. in McGuire e Troisi, 1998; Adenzato e Meini, 2006).

Lo stesso meccanismo alla base della selezione naturale implica che il vantaggio di un individuo significhi perdita per un altro, cosicché gli esseri umani posseggono degli *adattamenti per la competizione*, dei meccanismi psicologici designati a infliggere costi agli altri, a guadagnare vantaggi a spese altrui, a godere delle perdite degli altri e a provare invidia per coloro che hanno più successo nel raggiungere gli obiettivi a cui si aspira (Buss, 2000).

Infine, dal momento che le emozioni sono state definite dei "processi di adattamento", i meccanismi mentali alla base dei quali sono stati selezionati per organizzare il comportamento in maniera adattativa, e data la necessità di una gamma di cambiamenti comportamentali abbastanza frequenti per far fronte ai vari problemi adattativi incontrati nel corso dell'evoluzione, viene da sé che nessuno stato affettivo, nemmeno la felicità, può essere stato adattativo per più di un *breve periodo*. Infatti, la felicità "perpetua" avrebbe inevitabilmente guidato a comportamenti maladattativi: la stessa reazione ad una minaccia e alla presenza di un partner o di amici, al veleno e al cibo, ad un terreno arido e ad un ambiente con indicatori di acqua, cibo e riparo, non avrebbe infatti consentito di distinguere le situazioni favorevoli da quelle svantaggiose e di reiterare i comportamenti adattativi (Barkow, 1997).

Dopo aver descritto quali ostacoli di rilevanza evoluzionistica intralciano il raggiungimento della felicità, Buss (2000) ha evidenziato anche come sia possibile aggirare questi ostacoli e intervenire per migliorare la qualità della vita.

Innanzitutto sarebbe auspicabile cercare di ridurre quanto più possibile il divario esistente tra l'ambiente di vita attuale e l'ambiente di evoluzione della nostra specie; questo è un fondamentale obiettivo dell'approccio evoluzionistico in generale.

In secondo luogo è importante riuscire a ridurre le cause di sofferenza soggettiva che hanno alla base dei meccanismi evoluti; per esempio, selezionare un partner simile a noi riduce la gelosia e l'infedeltà, nonché il rischio di separazioni, e quindi aumenta la possibilità di avere figli e di costruire una famiglia stabile (sebbene esposto qui in modo molto semplice, questo concetto può essere ritrovato in maniera più approfondita e interessante in alcuni assunti della teoria della *selezione sessuale*, per la cui esposizione si rimanda, per es., a Buss, 1995, 2006).

Un intervento adeguato a livello sociale dovrebbe anche coinvolgere quei comportamenti che hanno alla base meccanismi competitivi evoluti, per esempio attraverso il sostegno e la promozione della *cooperazione*.

Il più importante contributo dell'approccio evoluzionistico al benessere ci proviene sicuramente dallo studio dei "traguardi a breve termine" (Comparini e Costa, 2000). La Psicologia Evoluzionistica sostiene che una serie di *meccanismi psicologici a funzione specifica* si sono evoluti per selezione naturale in quanto sottostavano a comportamenti finalizzati al raggiungimento individuale di specifici traguardi a breve termine, che nell'ambiente di evoluzione della nostra specie era *indirettamente* associato ad una maggiore fitness (successo riproduttivo), e suscitava quindi sensazioni ed *emozioni positive* (per approfondimenti si veda più nel dettaglio la teoria evoluzionistica delle emozioni, per es. in Comparini e Costa, 2000; Liotti et al., 2017). Esempi di questi traguardi sono la scelta di cibi con determinate caratteristiche nutritive, la scelta dell'habitat più



idoneo alla sopravvivenza, l'evitamento di condizioni ambientali sfavorevoli; traguardi di natura più tipicamente "sociale" possono essere la scelta del partner e l'accoppiamento, la richiesta di cure, l'integrazione in un gruppo, la formazione di alleanze reciproche, e così via. In pratica, il raggiungimento di questi obiettivi sarebbe stato (e sarebbe ancora oggi) seguito da *emozioni positive* in quanto indicativo di un aumento della fitness individuale. In questi termini, la Psicologia Evoluzionistica ci aiuta a chiarire e illustrare quali sono le potenzialità che dobbiamo soddisfare per poter provare sensazioni di felicità e benessere. Una serie di studi sul benessere mette chiaramente in evidenza come la felicità soggettiva sia spesso legata al *raggiungimento di questi traguardi*. Di seguito si descrivono alcuni di questi traguardi di natura sociale, e i risultati delle ricerche che definiscono la loro correlazione con il benessere soggettivo.

La vita di coppia

Un numero considerevole di studi evidenzia che *le persone sposate* riferiscono livelli maggiori di benessere (misurati con scale di misurazione del benessere soggettivo) rispetto alle persone non sposate o separate o vedove, anche quando il peso di altre variabili (come educazione, reddito e status occupazionale) è tenuto sotto controllo (Diener, 1984; Diener et al., 1999; Kim e McKenry, 2002). Inoltre, sembra che tra le persone sposate vi siano tassi di malattia fisica, malattia mentale e mortalità più bassi rispetto a quelle non sposate (Gove e Shin, 1989), e in generale una ricorrenza significativamente più bassa di ricoveri in strutture istituzionali (Gove et al., 1990).

Il matrimonio e la soddisfazione familiare, così come più in generale la soddisfazione in campo sentimentale, sono quindi importanti predittori di benessere. Questo ha un senso in ottica evoluzionistica, in quanto l'accoppiamento e la procreazione hanno sempre rappresentato i comportamenti più direttamente associati all'aumento della fitness, consentendo la trasmissione del proprio materiale genetico.

In questa prospettiva, dovremmo aspettarci che

l'importanza attribuita alla vita coniugale cresca con il progredire dell'*età*, dato che diminuisce la possibilità di trovare un partner sano ed attraente e di riprodursi con successo, e di conseguenza si tende ad investire maggiormente in quello che già si ha (in termini di partner e progenie). D'altra parte, la sofferenza associata alla perdita di un partner dovrebbe essere maggiore in giovane età, quando sono più forti la spinta e la potenzialità di riproduzione: l'improvvisa e non voluta condizione di solitudine comporta la perdita dell'immediata possibilità di raggiungere un obiettivo biologico fondamentale a quell'età. Queste ipotesi sembrano parzialmente confermate da uno studio di George e collaboratori (1985), che ha evidenziato, tra le altre cose, che l'essere vedovi è una condizione vissuta peggio dalle persone più giovani.

La relazione tra status coniugale e benessere soggettivo è molto simile nelle varie culture (Diener et al., 2000), conclusione chiaramente in linea con le principali ipotesi evoluzionistiche.

Lo stato occupazionale

Seguendo una prospettiva evoluzionistica, si può ipotizzare anche l'esistenza di una associazione tra benessere e *stato occupazionale*, dal momento che l'avere un lavoro comporta la possibilità di accumulare risorse e quindi una maggiore possibilità di attrarre un partner. Alcuni studi hanno per esempio messo in evidenza che le persone disoccupate mostrano indici più bassi di "life satisfaction" e al contrario più elevati livelli di stress e percentuali di suicidio (in Diener et al., 1999), e maggiori tassi di depressione e alcolismo (Argyle, 1987). L'insicurezza lavorativa minaccia l'identità sociale di una persona, e questo influenza il benessere percepito (Selenko et al., 2017).

In ottica evoluzionistica si sono indagate molto le differenze nei due sessi relativamente alle caratteristiche che l'individuo valuta più importanti nella scelta di un partner a lungo termine (vd. per esempio Buss e coll., 1989, 1992, 1998). Le donne valutano come molto importanti e desiderabili nel partner indicatori di una buona capacità di accumulare risorse (tra cui avere un'occupazione e

qualità associabili a buone prospettive finanziarie, come ambizione e industriosità). Uno studio sulle percentuali di risposta agli annunci matrimoniali (Baize e Schroeder, 1995) ha evidenziato che gli uomini che dichiaravano eccellenti risorse finanziarie tra le loro caratteristiche ricevevano un numero significativamente più alto di richieste rispetto a coloro che non menzionavano tale attributo. Sono stati condotti studi sulle strategie comportamentali per attrarre i partner (per una sintesi si veda Buss, 1995), che hanno evidenziato che una frequente "strategia di conquista" tipicamente maschile consiste nel mettere in mostra le proprie ricchezze (per es. spendendo molto per le potenziali partners) e nel denigrare i propri presunti rivali contestandone le prospettive e le ambizioni professionali. Da quanto affermato, ci si dovrebbe aspettare che l'avere un'occupazione stabile sia associata a più alti livelli di benessere *negli uomini* rispetto alle donne, e sarebbero interessanti ulteriori ricerche in questa direzione.

Il supporto sociale

Barkow (1997) consiglia di dare più peso, nei protocolli di valutazione della qualità della vita, all'importanza del *supporto sociale*, in quanto questo ha rappresentato un elemento fondamentale nella vita dei nostri progenitori ancestrali. Sulla base dei reperti antropologici che possediamo attualmente, sembra infatti ragionevole ritenere che l'ambiente sociale al quale noi esseri umani siamo "geneticamente predisposti" è quello del *piccolo gruppo*. Questo avrebbe comportato la selezione di meccanismi mentali necessari per la vita in questa struttura sociale, come quelli sottostanti ad un certo grado di interdipendenza reciproca, ad una tendenza alla cooperazione e al conformismo di gruppo e una certa predisposizione a lealtà, cooperatività e timore di esclusione sociale (Buss, 1990; Comparini e Costa, 2000; Cavalli-Sforza, 1993). Di conseguenza, il sentirsi parte di una comunità in cui esiste un adeguato supporto sociale rappresenterebbe il soddisfacimento di un bisogno primordiale e sarebbe quindi seguito da emozioni e sentimenti positivi. Effettivamente, sono molte le ricerche che testi-

moniano l'esistenza di un certo legame tra sostegno sociale e benessere, sia psicologico (felicità) che fisico (salute).

Alcuni studi hanno evidenziato che tra i correlati "esterni" del benessere (quelli non direttamente controllabili perché implicano il coinvolgimento di altre persone), il supporto sociale sembra essere quello più rilevante (Dolan, Peasgood e White, 2008; Diener, 2009)

House et al. (1988) e Berkman (1985), hanno analizzato le teorie e le ricerche che evidenziano l'impatto delle relazioni sociali sulla salute; dalle analisi è emerso che le *persone socialmente meno integrate* o isolate godono di *minore salute* (sia in termini fisici che psicologici) e manifestano *maggiori tassi di mortalità*.

Uno studio di Webster et al. (2000) sulla misura del supporto sociale *durante la gravidanza* ha evidenziato che le donne con basso supporto sociale durante la gravidanza sembrano accostarsi più tardi ai controlli prenatali, riportano più problemi di salute durante il parto e nel post-parto e mostrano più frequenti diagnosi di depressione post-parto.

Più in generale, alcuni studi longitudinali hanno evidenziato che intensificazioni o riduzioni del contatto sociale sono accompagnati da concomitanti cambiamenti nel benessere soggettivo (Diener, 1984), sebbene l'interpretazione dei risultati non appare chiaramente unidirezionale: è legittimo infatti chiedersi se è l'esistenza di un valido supporto sociale che rende le persone più felici, o se non può essere vero il contrario, e cioè che le persone più felici ricercano più attivamente il contatto con gli altri. Prima di considerare il significato evolutivistico del supporto sociale e il legame di questo con il benessere, bisognerebbe quindi riuscire a districarsi nella grande mole di studi che sono stati condotti. Innanzitutto occorrerebbe dare *una definizione* quanto più possibile *univoca* di cosa si intenda per supporto sociale. Per esempio, mentre Fernandez-Ballestreros (2000) fa riferimento *sia* alla "struttura" della vita sociale dell'individuo (la composizione del nucleo familiare, la frequenza e il tipo di contatti sociali -con amici, vicini o altri conoscenti), *sia* ad aspetti più emotivi, come il livello



di soddisfazione per i propri contatti sociali e la presenza/assenza di sentimenti di solitudine, secondo Norwood (1996) il supporto sociale è più semplicemente percepito su una *base unidimensionale* dal ricevente: egli si sente o non si sente supportato. Cohen e Syme (1985), invece, definiscono il supporto sociale in maniera molto ampia, come l'insieme di risorse fornito da altre persone (familiari, amici, conoscenti, istituzioni sociali).

Inoltre, mi sembra utile ricordare che la relazione positiva esistente tra benessere e supporto sociale è stata spiegata in due modi principali (Cohen & Syme, 1985). Secondo *l'ipotesi dell'effetto diretto*, il supporto sociale agisce *direttamente* aumentando lo stato di salute e il benessere, indipendentemente dal livello di stress dell'individuo: il sentirsi parte integrante di una rete sociale e il percepire che gli altri sono disposti a fornirci aiuto nel momento del bisogno potrebbe avere come conseguenza l'affermarsi di un umore generalmente positivo, oltre che di un maggiore senso di autostima, stabilità e controllo sull'ambiente. Questi stati psicologici possono a loro volta *influenzare la suscettibilità alla malattia fisica* attraverso i loro effetti sul funzionamento del sistema neuroendocrino e immunitario, oppure innescando comportamenti di promozione della salute (per esempio, ridurre il fumo di sigaretta e il consumo di alcool, migliorare la dieta, praticare esercizio fisico). *L'ipotesi dell'effetto di attenuazione* sostiene che il supporto sociale è un importante fattore di protezione contro gli effetti patogeni degli *eventi stressanti* che gli individui incontrano nella loro vita; questa prospettiva ha quindi studiato gli effetti del supporto sociale fondamentalmente in situazioni di *stress*. Come appare chiaro, queste due ipotesi non si escludono a vicenda, ma la loro integrazione può rappresentare un valido aiuto alla comprensione della relazione tra supporto sociale e benessere, anche da un punto di vista evoluzionistico. Molti studi hanno infatti evidenziato che l'impatto del supporto sociale sul benessere può avvenire in entrambi i modi: il supporto sociale può ridurre direttamente la comparsa di sintomi di vario genere, così come può atte-

nuare le conseguenze psicologiche di circostanze stressanti (Sarason & Sarason, 1985).

L'ambiente

Secondo Buss (2000), un altro traguardo il cui raggiungimento può promuovere il benessere è rappresentato dalla ricerca di ambienti con caratteristiche simili a quelle dell'ambiente in cui si è evoluta la nostra specie. L'ipotesi evoluzionistica sostiene l'esistenza di una tendenza pressoché universale degli esseri umani a preferire ambienti con caratteristiche che durante l'evoluzione della nostra specie erano verosimilmente associate ad una maggiore fitness, tra cui la possibilità di esplorare senza essere visti e di nascondersi dai predatori (cfr. la teoria della prospettiva-rifugio di Appleton, 1975) e la presenza di cibo e acqua o di elementi che fungono da "indicatori" di queste risorse (Orians e Heerwagen, 1992). In generale, sembra che vi sia una certa tendenza a preferire *ambienti naturali* rispetto a quelli urbani (Baroni, 1998), e che gli ambienti naturali abbiano degli effetti benefici sulla *salute* e sul *benessere* (Ulrich, 1981, 1984; Ulrich et al., 1991; Ulrich e Perkins, 2017; Hartig et al., 1991).

BIBLIOGRAFIA

- Adenzato, M. e Meini, C. (a cura di) (2006). *Psicologia Evoluzionistica*. Bollati Boringhieri.
- Appleton, J. (1975). "Landscape Evaluation: The Theoretical Vacuum". *Transactions of the Institute of British Geographers*, (66), 120-123.
- Argyle, M. (1987). *The Psychology of Happiness*. Taylor & Francis Group, London and New York.
- Ariotti, M. (1980). *Produzione e riproduzione nelle società di caccia-raccolta*. Loescher, Torino.
- Baize, H.R. E Schroeder, J.E. (1995). "Personality and mate selection in personal ads: Evolutionary preferences in a public mate selection process". *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 517-536.
- Barkow, J.H., Cosmides, L. and Tooby, J. (Eds) (1992), *The adapted mind*. Oxford University Press, New York.
- Barkow, J. H. (1997). Happiness in evolutionary

- perspective. In N. L. Segal, G. E. Weisfeld, & C. C. Weisfeld (Eds.), *Uniting psychology and biology: Integrative perspectives on human development* (pp. 397-418).
- Baroni, M.R. (1998). *Psicologia Ambientale*. Il Mulino, Bologna.
 - Berkman, L.F. (1985). "The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality". In Cohen, S. & Syme, S.L. (Eds.), pp. 241-262.
 - Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, Aldine.
 - Buss, D. M. (1989). "Sex differences in human mate preferences: Evolutionary Hypotheses tested in 37 cultures". *Behavioral and Brain Sciences*, 12, 1-49.
 - Buss, D. M. (1990). "Evolutionary Social Psychology: Prospects and Pitfalls". *Motivation and Emotion*, 14, 265-286.
 - Buss, D.M. (1992). "Mate preference mechanism: consequences for partner choice and intrasexual competition". In Barkow, J.H., Cosmides, L. and Tooby, J. (Eds) (1992), 249-267.
 - Buss, D.M. (1995). *L'evoluzione del desiderio: comportamenti sessuali e strategie di coppia*. Laterza, Bari.
 - Buss, D.M. (2000). "The Evolution of Happiness". *American Psychologist*, 55(1), 15-23.
 - Buss, D.M. (2006). Strategie sessuali negli esseri umani. In Adenzato, M. e Meini, C. (a cura di) (2006). *Psicologia Evoluzionistica*. Bollati Boringhieri (pp. 158-174).
 - Buss, D. M., Haselton, M.G., Shackelford, T.K., Belske, A.L. and Wakefield, J.C. (1998). "Adaptations Exaptations, and Spandrels". *American Psychologist*, 5, 533-548.
 - Cavalli-Sforza, L. e Cavalli-Sforza, F. (1993). *Chi siamo. La storia della diversità umana*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
 - Cohen, S. & Syme, S.L. (Eds.) (1985). *Social support and health*. San Diego, CA, US: Academic Press.
 - Comparini, A. e Costa, S. (2000), *Guida alla Psicologia Evoluzionistica. Fondamenti e principali implicazioni*. Unipress, Padova.
 - Crawford, C. (1998). "Environments and Adaptations: Then and Now". In Crawford C. e Krebs, D.L. (Eds), 1998.
 - Crawford, C. & Krebs, D.L. (Eds) (1998). *Handbook of Evolutionary Psychology: Ideas, Issues and Applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
 - Csikszentmihalyi, M. (1999). "If we are so rich, why aren't we happy?". *American Psychologist*, 54, 821-827.
 - Diener, E. (1984). "Subjective well-being". *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
 - Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J. e Griffin S. (1985). "The Satisfaction with Life Scale". *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
 - Diener, E. (2009). "Subjective well-being". In E. Diener (Ed.), *The science of well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 11-58). Dordrecht, The Netherlands: Springer Netherlands
 - Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. (1999). "Subjective well-being: Three Decades of Progress". *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
 - Diener, E., Gohm, C.L. e Suh, E. (2000). "Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures". *Journal of Cross-cultural Psychology*, 31 (4), 419-436.
 - Diener, E., Shigehiro, O. e Lucas, R.E. (2003). "Personality, Culture and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life". *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
 - Dolan, P., Peasgood, T., e White, M. (2008). "Do we really know what makes us happy: A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being". *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.
 - Fernandez-Ballestreros, R. (2002). "Social Support and Quality of Life among Older People in Spain". *Journal of Social Issues*, 58 (4), 645-659
 - George, L.K, Okun, M.A. E Landerman, R. (1985). "Age as a moderator of the determinants of life satisfaction". *Research on Aging*, 7, 209-233.
 - Gove, W.R. e Shin, H.C. (1989). "The psychological well-being of divorced and widowed men and women". *Journal of Family Issues*, 10, 122-144;



- Gove, W.R., Style, C.B. e Hughes, M. (1990). "The effects of marriage on the well-being of adults: a theoretical analysis". *Journal of Family Issues*, 11, 4-35.
- Hartig T., Mang M. & Evans G.W. (1991). "Restorative Effects of Natural Environment Experiences". *Environment & Behavior*, 23 (1), 3-26.
- House, J.S., Landis, K.R. e Umberson, D. (1988). "Social relationship and health". *Science*, 241, 540-545.
- Kim, H.K. e McKenry, P.C. (2002). "The Relationship Between Marriage and Psychological Well-being: A Longitudinal Analysis". *Journal of Family Issues*, 23 (8), 885-911.
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C. E Diener, M. (2005). "Integrating the diverse definitions of Happiness: a time-sequential framework of Subjective Well-Being". *Journal of Happiness Studies*, 6, 261-300.
- Liotti, G., Fassone, G. E Monticelli, M. (a cura di) (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore.
- McGuire, M.T. and Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press, New York
- York (trad. it., 2003. *Psichiatria Darwiniana*. Giovanni Fioriti Editore).
- Mernitz, S.E., e Kamp Dush, C. (2016). "Emotional health across the transition to first and second unions among emerging adults". *Journal of Family Psychology*, 30(2), 233-244.
- Nesse, R.M. e Williams, G.C. (2012). *Why we get sick. The new theory of Darwinian Medicine*. New York: Random House.
- Neugarten B.L., Havinghurst R. e Tobin, S. (1961) "The measurement of life satisfaction". *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Norwood, S.L. (1996). "The Social Support Apgar: Instrument development and testing". *Research in Nursing and Health*, 19(2), 143-152.
- Orians, G.H. e Heerwagen J.H., 1992. "Evolved responses to landscape". In Barkow J.M., Cosmides L. & Tooby J. (Eds).
- Ryff C.D. (1989). "Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff C.D. (1995). "Psychological well-being in adult life". *Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. e Fava, G.A. (2003). "La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB)". *Rivista di psichiatria*, 38 (3), 117-130.
- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1985). *Social Support: Theory, Research and Applications*. NATO ASI Series.
- Sahlins, M. (1980). *L'economia dell'età della pietra: scarsità e abbondanza nelle società primitive*. Bompiani, Milano.
- Selenko, E., Makikangas, A. e Stride C.B. (2017). "Does job insecurity threaten who you are? Introducing a social identity perspective to explain well-being and performance consequences of job insecurity". *Journal of Organizational Behavior*, 38 (6), 856-875.
- Tooby, J. e Cosmides, L. (1990), "On the Universality of Human Nature and the Uniqueness of the Individual: The Role of Genetics and Adaptation". *Journal of Personality*, 58, 17-67.
- Tooby, J. e Cosmides, L. (1992), "The psychological foundation of culture". In Barkow, J.H., Cosmides, L. and Tooby, J. (Eds), 1992, pagg. 19-137.
- Ulrich R.S. (1981). "Natural versus Urban Scenes. Some Psychophysiological Effects". *Environment & Behavior*, 13 (5), 523-566.
- Ulrich R.S. (1984). "View Through a Window May Influence Recovery from Surgery". *Science*, 224, 420-421.
- Ulrich R.S., Simons R.F., Losito B.D., Fiorito E., Miles M. e Zelson M. (1991). "Stress Recovery during exposure to Natural and Urban Environment". *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-203.
- Ulrich, R.S. E Perkins, R.S. (2017). "The Impact of a Hospital Garden on Pregnant Women and Their Partners". *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 31(2), 186-187.
- Webster, J., Linnane, J.W.J., Dibley, L.M., Hinson, J.K., Starrenburg, S.E. and Roberts, J. A. (2000). "Measuring Social Support in Pregnancy: Can It Be Simple and Meaningful?". *Birth*, 27, 97-101.



CONSIDERAZIONI IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DELLO PSICOLOGO

dott.ssa Lorusso

Dipartimento di Scienze della Formazione,
Psicologia e Comunicazione
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

dott. Grattagliano

Dipartimento di Scienze della Formazione,
Psicologia e Comunicazione
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

RIASSUNTO

Il settore della responsabilità professionale sanitaria è sicuramente quello che sembra risentire maggiormente delle problematiche legate all'accertamento del nesso di causalità che collega l'errore commesso dallo psicologo e il danno conseguente. L'entrata in vigore del codice deontologico degli psicologi italiani ha garantito un nuovo tipo di sistemazione a quel corpo di regole di condotta professionale che già facevano parte del patrimonio etico della categoria. Gli autori hanno inteso fornire un contributo di riflessione casistica, evidenziando errori di maggior frequenza nell'attività dello psicologo che opera nell'ambito forense. Le manchevolezze tecniche in questione possono sia inficiare la fruibilità della valutazione, in quanto forniscono alla committenza un elaborato viziato da errori di metodo e di comportamento, sia possono esporre il professionista al concreto rischio di incorrere in illeciti perseguibili in sede giudiziaria.

PAROLE CHIAVE

responsabilità professionale, responsabilità civile e penale, deontologia, errore, danno

INTRODUZIONE

Si è solito ritenere per "malpractice" tutto ciò che può essere rapportato a diagnosi e terapie inesatte per carenza di conoscenza o di cultura, per l'applicazione sconsiderata o insufficiente di metodi diagnostici o per la superficialità nell'approccio diagnostico. Sia l'errore in fase diagnostica che quello in fase terapeutica possono influire, singolarmente o congiuntamente, sul risultato sfavorevole della prestazione tecnica e può concretizzarsi in un danno. Nella sentenza n. 184/86 della Corte Costituzionale il danno alla salute viene inteso come "menomazione dell'integrità psicofisica della persona in sé e per sé considerata, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica ed aventi rilevanza non solo economica, ma anche biologica, culturale ed estetica". Secondo Bianchi (2005), per poter meglio comprendere la nozione di danno alla persona, è necessario prendere in considerazione tutte le componenti implicate nella



sua insorgenza e nel suo mantenimento nel tempo: alcune di queste componenti sono di natura esclusivamente biologica, mentre altre chiamano in causa la totalità della personalità individuale e delle sue relazioni sociali, che a loro volta rimodellano lo stesso substrato biologico dal quale emergono. La modificazione peggiorativa assume significato medico-legale quando ad essa si collega un effetto giuridico; perciò il danno alla persona consta di due componenti:

- Il danno biologico, o materiale: questo tipo di danno è rappresentato da un'alterazione di ordine fisico o psichico dell'organismo;
- Il danno giuridico, o formale: è rappresentato dal bene o interesse tutelato dalla legge, il cui pregiudizio suscita una reazione dell'ordinamento giuridico rivolta alla riparazione del danno.

Chi cagiona un danno alla persona, compromettendone lo stato di salute, lede un diritto costituzionalmente garantito ed è pertanto chiamato a rispondere di un'eventuale azione od omissione ed è proprio l'errore commesso, infatti, a costituire la fonte dalla quale scaturisce la responsabilità professionale. Per attribuire un fatto alla condotta dell'uomo e risalire alla responsabilità penale o civile del soggetto agente nell'ambito del diritto è fondamentale individuare il nesso di causa, la quale può essere definita come l'antecedente necessario e sufficiente a produrre l'effetto, cioè idonea sia in senso qualitativo, che quantitativo e modale. La responsabilità civile sussiste quando un certo evento dannoso può essere qualificato come danno ingiusto o inadempimento e se questo può essere imputato ad un soggetto responsabile. La funzione della responsabilità civile è quella di individuare un responsabile su cui cade l'obbligo del risarcimento in caso di danno provocato a terzi. Tale responsabilità svolge la funzione di pareggiare la perdita della vittima qualificata come danno. È necessario distinguere la responsabilità extra-contrattuale (2043 c.c.) e la responsabilità contrattuale (1218 c.c.): nel primo caso si sarà chiamati a rispondere per essere venuti meno all'obbligazione di carattere generale di non arrecare danno ad alcuno, nel secondo, invece, si sarà chiamati a rispondere per

non avere adempiuto all'obbligazione oggetto del contratto. La responsabilità penale, invece, mira a punire e a rieducare il reo, nonché a garantire la tutela della collettività. Questo tipo di responsabilità sorge quando la violazione dei doveri costituisce un reato previsto dal Codice penale o da altre leggi dello Stato e dipende dall'inosservanza di divieti o dall'inadempienza ad obblighi inerenti all'esercizio della professione. Questa responsabilità è dolosa, preterintenzionale o colposa a seconda dell'intenzionalità del colpevole (art. 42 c.p.). Nel primo caso si tratta di trasgressioni volontarie e coscienti, tali da presupporre il dolo e risultano collegate all'esercizio della professione e riguardano fatti di natura delittuosa, commissivi od omissivi, di diversa natura; per quanto riguarda la responsabilità preterintenzionale l'azione è voluta ma l'evento è previsto in forma meno grave di quella che poi in realtà si verifica; la responsabilità colposa si può presentare quando, senza volerlo (per negligenza, imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi o regolamenti) si cagiona la lesione personale o la morte del paziente (art. 43 c.p.).

Lo strumento che stabilisce le concrete regole di condotta nell'esercizio di una specifica attività professionale è il "Codice Deontologico". I contenuti dei codici deontologici possono comunque essere presentati con riferimento ai seguenti parametri: indicazioni riguardanti le caratteristiche generali dell'esercizio della specifica professione (il segreto professionale, la riservatezza e l'anonimato); indicazioni di comportamento in situazioni specifiche (pubblicità sanitaria); valutazione di aspetti prettamente etici (la tutela della vita e della salute, il rispetto della dignità, dell'autonomia, della libertà e dei diritti umani); infine, richiamo alle conseguenze disciplinari, infatti, la violazione delle norme è punibile con sanzioni disciplinari e il professionista sanitario deve sempre manifestare consapevolezza e maturità e considerare il codice come una guida per un comportamento responsabile. In particolare, le sanzioni disciplinari contemplate dall'art. 40 del d.P.R. 221 del 1950, sono l'avvertimento, la censura, la sospensione (da uno a sei mesi) dall'esercizio della professione, e la radiazione (secondo l'art. 41

del d.P.R. 221 “la radiazione è pronunciata contro l’iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria”).

In particolar modo nell’elaborazione del Codice Deontologico degli psicologi italiani (42 articoli) sono state individuate quattro finalità principali:

- La tutela del cliente, inteso sia come committente che come utente dei servizi professionali dello psicologo, come persona o ente che entra in relazione con il professionista per portare ad esso una sua domanda tesa a soddisfare un suo bisogno;
- La tutela del professionista nei confronti dei colleghi, direttamente collegata al principio di solidarietà;
- La tutela del gruppo professionale, considerato come il complesso di regole che riguardano il decoro e la dignità della professione, l’autonomia nei confronti di altre professioni (art.6), o l’obbligo di denunciare casi di abusivismo (art. 8);
- La responsabilità nei confronti della società, responsabilità dalla quale discende il dovere di utilizzare le conoscenze sul comportamento umano per promuovere il benessere psicologico dell’individuo, del gruppo e della comunità (artt. 3, 34).

Vi sono poi una serie di strumenti che a livello Ordinario ed a livello di Società Scientifiche, forniscono un ottimo contributo per orientare, valutare, indirizzare le attività professionali di coloro che sono iscritti all’albo degli Psicologi, ad esempio la legge del 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di 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 alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito” e la “Diligenza nell’inadempimento” del primo comma dell’art. 1176 c.c. Sono, inoltre, rilevanti le Linee guida sull’ascolto del minore testimone che hanno come oggetto la partecipazione attiva del minore e implicano, di conseguenza, diverse forme di ascolto, così come differenti sono gli

effetti che l’ascolto medesimo può avere nel processo. Il principio di base è che la salute e l’integrità psichica del bambino siano da considerarsi come un “bene superiore” che va tutelato esponendo il minore al più ridotto numero di situazioni stressanti. Vi sono poi le Linee guida sull’ascolto del minore nei casi di separazioni e divorzi che focalizzano sui suoi bisogni, per una riduzione dell’intensità e della durata del conflitto genitoriale, per uno sviluppo della resilienza e per la percezione di miglioramento della relazione con i genitori. Vi sono, inoltre, “Le linee guida per lo psicologo forense” (approvate dal Consiglio Direttivo nell’Associazione Italiana di Psicologia Giuridica a Roma il 17 gennaio 1999) che hanno lo scopo di definire il ruolo dello psicologo nelle aule di giustizia e di facilitare la capacità di assumere e mantenere un comportamento corretto e sono composte da 17 articoli cui attenersi nell’esercizio dell’attività psicologica in ambito giuridico. Un altro strumento fondamentale, infine, è rappresentato dalla “Carta di Noto” che ha il fine di garantire l’attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni, assicurando nel contempo al minore la protezione psicologica, nel rispetto dei principi costituzionali del giusto processo e degli strumenti del diritto internazionale. Le Buone Prassi per lo psicologo che viene nominato consulente tecnico d’ufficio o consulente tecnico di parte in ambito civile, elaborate da uno specifico Gruppo di Lavoro dell’Ordine degli Psicologi della Toscana, vogliono essere un riferimento per chi già opera o intende operare in tale contesto. Raccolgo una sintesi delle norme condivise e già diffuse attraverso testi, linee guida, documenti e risponde all’esigenza di fornire risposte chiarificatrici ai molti quesiti che e alle frequenti domande e problematiche, anche di natura deontologica, legate alla crescente richiesta di prestazioni psicologiche provenienti dal mondo giudiziario.

CASISTICA

Si presentano di seguito quattro situazioni in cui un’inadeguata formazione o formulazioni di giudizi tecnicamente erranei o ancora illeciti professionali da parte di psicologi, siano state tradotte in azioni



penali contro gli stessi.

Caso 1 (2017). La quinta penale della Corte di Cassazione (sentenza 40291/17) ha annullato il proscioglimento del Gip di Arezzo nei confronti di due dirigenti scolastici, una psicologa e due insegnanti, accusati dai genitori di un bambino di sette anni, con presunti problemi comportamentali. Lo psicologo avrebbe compiuto una vera e propria "analisi", durata due mesi, sul bambino, della quale i genitori dello stesso ne sarebbero stati informati solamente al termine dell'anno scolastico, durante un colloquio con l'insegnante. La Cassazione ha, quindi, dichiarando che la presenza di uno psicologo in aula scolastica senza consenso è "violenza privata" e costituisce reato. Trattandosi poi di un'attività svolta da pubblico ufficiale, la mancata registrazione nel protocollo dell'istituto rappresenta un falso per soppressione. Non è, infatti, ammissibile in alcun modo che altre figure, dirigenti e/o insegnanti, possano avvalersi dell'osservazione in via precauzionale da parte dello psicologo per la valutazione clinica di un minore.

Caso 2 (2010). Caso di affidamento di minore nel contesto di una causa particolarmente conflittuale. Due coniugi, genitori di due bambini, si separano dopo circa 10 anni di matrimonio. Viene nominato C.T.U. uno psicologo che redige una relazione nella quale sono molto evidenti l'incapacità di mantenere il dovuto ruolo di terzietà e la palese collusione acritica con una delle parti. A tale errore metodologico seguono una serie di errori di tipo deontologico e procedurale, quali la mancata conoscenza e inosservanza delle norme giuridico-procedurali che regolano l'attività peritale, l'omessa valutazione di importanti documenti contenuti nel fascicolo processuale (documentazione medica e testimonianze dei minori stessi), la manipolazione del contenuto dei colloqui, un'erronea, e perciò inutilizzabile, risposta ai quesiti posti dal giudice (valutazione centrata sulla presunta capacità coniugale e non sulla capacità genitoriale, sulla quale unicamente verteva il quesito) ed, infine, un'evidente confusione tra ruolo terapeutico e ruolo peritale (dopo aver consegnato la consulenza d'ufficio, lo psicologo si offriva di prendere in cura i due minori). Tali errori

hanno avuto come conseguenza non solo il fatto che il giudice abbia disatteso le conclusioni della consulenza d'ufficio, ma anche successive denunce all'Ordine Professionale degli Psicologi, nonché querele penali contro lo psicologo C.T.U. Colludendo con le emozioni e le aspettative di un genitore, quindi, lo psicologo in questione non ha solo derogato al proprio ruolo, ma ha nel contempo cagionato un ulteriore aumento del tasso di conflittualità, invece di favorirne l'attenuazione, senza badare alla vera finalità dell'accertamento tecnico indicato dal giudice, ovvero il bene esclusivo del minore.

Caso 3 (2010). Viene nominato come CT del pubblico ministero uno psicologo, per quanto riguarda il caso di un uomo denunciato per abuso sessuale su due fratellini con alle spalle una prolungata storia di maltrattamenti e abbandoni e che, proprio per questo, erano ospiti nella struttura nella quale costui operava. La relazione dello psicologo fu contraddistinta da una serie di gravi errori metodologici, che consisteva essenzialmente nella mancata conoscenza della criteriologia medico-legale in tema di nesso di causalità tra esperienze riferite e sintomi non allegati, specie in ordine al misconoscimento del criterio di esclusione di altre cause, oltre che nelle seguenti manchevolezze:

omissione dell'indagine anamnestica sulle presunte vittime; interpretazione aprioristica ed unidirezionale del significato dei sintomi lamentati; inadeguate modalità di colloquio con le presunte vittime (ad esempio formulazione di domande suggestive, presenza di commenti inferenziali, ecc...); credibilità dei minori valutata in assenza di un valido criterio di falsificazione (ad esempio racconti giudicati attendibili soltanto sulla base di descrizioni accurate e precise del contesto ambientale, peraltro poi risultate false); assenza di consapevolezza della diversità del proprio ruolo, rispetto a quello dell'organo giudicante, sostanziata dall'assunzione di un atteggiamento di costante verifica unidirezionale della colpevolezza dell'imputato; valutazione inappropriata degli indici di abuso, che più comunemente vengono identificati in disturbi di tipo ansioso-depressivo, disturbi della sfera alimentare, disturbi comportamentali e difficoltà cognitive.

Caso 4 (2003). La consulenza in questione è richiesta dal PM relativamente all'ipotesi di abuso sessuale subito da una minore, la quale accusa il nonno paterno. L'elaborato peritale dei C.T.U. presenta una serie di imprecisioni e inesattezze:

1. Il colloquio e la somministrazione dei test alla minore sono avvenuti in presenza dei genitori e non è, inoltre, stato precisato quanti colloqui siano stati effettuati, né se ai test sia stata dedicata una seduta a parte; è stato anche effettuato un colloquio con i genitori, sia sulla storia della bambina, sia per sentire la loro visione dei fatti; non è, però, specificato se la minore fosse o meno presente;
2. Per quanto riguarda le modalità di conduzione del colloquio, i C.T.U. hanno chiesto alla minore di "raccontare i fatti in forma cinematografica ovvero tramite scene che illustrano l'accaduto in maniera sequenziale" e non è chiaro se il resoconto sia stato ricavato esclusivamente da questo metodo o se vi sia stato anche, in un

momento diverso, il colloquio vero e proprio. Tale metodo ha valenza altamente induttiva e suggestiva, poiché è noto che, soprattutto in età evolutiva, i bambini possono confondere strutturalmente la realtà dalla fantasia e per questo tale procedura non garantisce assolutamente maggiore credibilità al racconto ma, al contrario, potrebbe esasperarne gli eventuali aspetti fantastici. Nel resoconto, inoltre, non si sofferma su alcuni elementi biografici emersi quali segni di disagio citati dalla minore in età precedente all'episodio in questione;

3. Non è poi chiaro se per i test utilizzati sia stata dedicata almeno una seduta apposita; sono stati, inoltre, citati test grafici non allegati all'elaborato. Per quanto riguarda il test di Rorschach, manca il protocollo in allegato e l'interpretazione del test sembra essere stata condotta seguendo i medesimi criteri che si utilizzano per gli adulti, senza tener conto dell'esistenza di un apposito materiale per i bambini. Il materiale





raccolto sembra essere stato utilizzato per avere conferma circa l'identità dell'autore del reato. Trattandosi, inoltre, di una perizia per valutare l'attendibilità, sarebbe stato preferibile effettuare anche un test di livello per ricavare l'età mentale della testimone e dedurre la competenza a livello critico.

4. Infine, le conclusioni dell'elaborato sono ambivalenti e contengono incongruenze riguardo gli stati emotivi della minore.

In conclusione, tale consulenza era stata richiesta per valutare l'attendibilità della testimone, ma i C.T.U. hanno focalizzato l'attenzione sulla veridicità del racconto, fino a spingersi all'individuazione del colpevole.

RISULTATI

Sulla base della casistica esemplificativamente presentata e dei documenti e protocolli operativi internazionali e nazionali, è evidente che in ambito forense ogni intervento psicologico deve necessariamente presupporre una rigorosa distinzione tra attività di ordine clinico e di ordine valutativo, un adeguato utilizzo delle metodologie e il rispetto di vincoli sia normativi appartenenti ai codici di procedura che riguardano la perizia, che di quelli appartenenti ai codici deontologici.

Discussione

L'eticità del comportamento del professionista, soprattutto in ambito sanitario, risiede essenzialmente nel corretto adempimento professionale. Il bene del malato consiste senza dubbio nella vita e nella salute, con l'aggiunta di correttezze professionali, ad esempio il segreto professionale. L'obbligo dello psicologo di adottare un comportamento diligente corrisponde all'obbligo dello stesso di ricorrere a tutti quegli accorgimenti e all'utilizzo attento dell'attrezzatura professionale in funzione di obiettivi definiti nel modo più rigoroso, fondato e razionale. Comportarsi in maniera diligente significa, quindi, adeguarsi ad una serie di regole di condotta per rendere realizzabile la migliore tutela dell'interesse del cliente. In caso contrario s'incorrerà nella colpa professionale che consisterà in quei comportamenti

che non si presentano come idonei a permettere il raggiungimento delle finalità del singolo caso cui si rivolge l'opera del professionista/psicologo, il quale è tenuto a scegliere quelle modalità di intervento che trovano un preciso riscontro nella scienza ufficiale. La non osservanza, da parte dello psicologo, della diligenza professionale nello svolgimento della sua attività, sfocia nella colpa professionale, ovvero nell'osservanza di quelle regole di condotta che non rientrano nei doveri di comportamento cui è necessario fare riferimento. In qualunque ambito di azione professionale sanitaria è necessario, in conclusione, che venga adoperata una certa correttezza delle procedure e coerenza delle metodologie.

BIBLIOGRAFIA

1. Iapichino, F.P., & Venturini, E. (2000). Un ulteriore contributo in tema di responsabilità professionale. *Zacchia. Archivio di Medicina Legale, Sociale e Criminologia*, 18, 1-14.
2. Puccini, C. (1995). *Istituzioni di medicina legale*. (4th ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
3. Bianchi, A. (2005). La chimica del danno alla persona. Il danno alla persona tra riduzionismo e complessità. Bianchi (Ed.), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale* (pp. 41-108). Padova: Cedam.
4. Frati, F. (2003). La deontologia in psicologia forense. *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia*, 9, 4-8.
5. Barbieri, C., De Zuani, S., & Luzzago, A. (2010). Riflessioni su alcuni aspetti dell'attività dello psicologo in ambito forense ed esemplificazione casistica. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1, 133-150.
6. Scorretti, C. (2011). Il clinical risk management oggi: dal sistema alla persona. Aspetti medico legali. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 4-5, 1031-1064.
7. Fiori, A. (2008). Il compleanno di un codice di deontologia medica tra ippocratismo e modernità, tra arte medica e scienza medica. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 30, 381-389.
8. Dell'Erba, G. (2002). L'affidabilità delle prestazioni psicologiche. *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia*, 6-8.



LA PSICOPATIA: UNA **REVIEW** DI LETTERATURA

dott.ssa DaddarioDipartimento di Scienze della Formazione,
Psicologia e Comunicazione
Università degli Studi di Bari Aldo Moro**dott. Grattagliano**Dipartimento di Scienze della Formazione,
Psicologia e Comunicazione
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

RIASSUNTO

Il presente lavoro nasce dal desiderio di realizzare una review di letteratura su un'anomalia patologica della personalità, la psicopatia, e dalla volontà di elaborare nello specifico un confronto tra la psicopatia e il disturbo antisociale di personalità, fornendo chiarificazioni sull'uso di tali termini in ambito clinico e forense

PAROLE CHIAVE

Psicopatia, psicopatologia forense, psicologia forense, criminologia clinica, disturbo antisociale di personalità.

ANALISI STORICA

La storia del concetto di psicopatia è lunga e tormentata e risale alla storia del pensiero filosofico; fin dall'antichità, gli uomini di scienza cercarono di comprendere le motivazioni che portavano alcuni soggetti a compiere crimini efferati, sperando di poterle connettere a qualche segno esteriore riconoscibile a prima vista, prima che i delitti fossero compiuti, o associando l'indole degli uomini al tipo di umori che predominavano all'interno del loro corpo, determinandone il temperamento (Vegetti, 1976). Anche nell'età classica, Romani e Greci tentarono di definire il *furor*, inteso come forma di follia

che induceva soggetti "furiosi" a commettere reati e ad agire senza rispettare le regole e i diritti altrui. I tentativi di associare un determinato prototipo fisico alla criminalità proseguirono fino all'ideazione di una teoria che legava l'aspetto esteriore alla pazzia e al genio, ma anche alle condotte devianti e criminali; veniva delineato il profilo del "delinquente dalla nascita", caratterizzato da specifici tratti costituzionali e morfologici: mascella inferiore larga, orecchie spiegate, fronte bassa, corporatura robusta, mancino, agilità muscolare, insensibilità tattile e precoce sviluppo sessuale (Lombroso, 1876). Il paziente delinquente di Lombroso veniva pesato, misurato ed esaminato in ogni suo aspetto fisico, morale e mentale. La difficoltà con l'utilizzo del termine "psicopatia", dunque, è molto antica, a partire dalla stessa etimologia: deriva infatti dal greco *psyché* (anima, mente) e *pathia* (passione, malattia) ed è stato per molto tempo associato ad una qualsiasi sofferenza mentale, senza connotazioni specifiche. I principali filoni del pensiero psichiatrico idearono diverse teorie per cercare una spiegazione alle condotte devianti. Nella psichiatria tedesca il concetto generico di psicopatia veniva accostato alla "personalità psicopatica", nel grande contenitore della "degenerazione" (Kraepelin, 1883); inizialmente, la malattia mentale era stret-



tamente legata alla presenza di una sottostante lesione cerebrale, idea che permise a Kraepelin di identificare la *dementia praecox* e la *mania depressiva* (Pintus e Maggini, 2001). Lo stesso autore riprese quella che venne chiamata "inferiorità psicopatica" (Koch, 1891), rielaborandola nella definizione dei suoi "stati psicopatici", espressione che utilizzò solo nelle prime edizioni del suo trattato. Nell'ambito delle personalità abnormi, Schneider isolò come psicopatiche quelle che per la loro abnormità soffrivano o facevano soffrire la società, due tipologie che si sovrapponevano tra loro (Schneider, 1950). Nella psichiatria francese il concetto di psicopatologia iniziò a definirsi nella seconda metà dell'800, come evoluzione di alcune dottrine allora alquanto accreditate: di spicco fu la nuova classificazione di certe malattie mentali come la "mania senza delirio", caratterizzata da facoltà cognitive non compromesse, alterazioni dell'affettività e atti violenti, in assenza di un'idea dominante che spinga a compiere questi atti (Pinel, 1801). Divenne diffusa la teoria della degenerazione che raggruppava i soggetti bizzarri, eccentrici, di intelligenza vivace, a comportamento asociale o antisociale (Morel, 1857). Anche in Francia, quindi, all'inizio del '900, il termine psicopatologia si riferiva ad un qualsiasi disturbo di personalità, diventando in seguito sempre più simile a quello di soggetto antisociale. Infine, nella psichiatria anglo-sassone, gli psicopatici erano considerati "individui con principi morali fortemente pervertiti o depravati, incapaci non di parlare o ragionare, ma di condursi con decenza e proprietà nelle cose della vita" (Prichard, 1835); più avanti fu evidenziato il fatto che non si conoscevano spiegazioni circa l'origine di tale disturbo e che mancavano adeguati provvedimenti di natura preventiva e curativa con metodi sociali, penali e medici (Henderson, 1939). Successivamente Cleckley, importante riferimento clinico per gran parte della ricerca scientifica sulla psicopatologia condotta negli ultimi venticinque anni, individuò come aspetto caratteristico un deficit nel processamento emozionale: l'autore ipotizzò che l'elemento chiave del disturbo fosse la povertà emotiva, evidenziando come gli psicopatici riuscissero a riprodurre una pantomima delle emozioni,

pur senza sperimentarle davvero. Egli utilizzò il concetto di "emozione paradosso" per esprimere la mancata associazione tra la componente cognitiva, soggettiva e fisiologica delle emozioni, descrisse sedici tratti specifici del disturbo, riferibili non solo al comportamento, ma anche alle modalità relazionali e alla vita affettiva e delineò questi pazienti come individui senza sentimenti, impulsivi, privi di legami di attaccamento e pronte a sfruttare a proprio vantaggio qualsiasi debolezza del prossimo senza rimorso o senso di colpa (Arieti, 1969). Negli anni successivi, lo psicopatico veniva considerato "una persona asociale, aggressiva, altamente impulsiva, con poco o nessun senso di colpa ed incapace di allacciare legami affettivi con altri esseri umani" (McCord e McCord, 1971); numerosi studi continuavano ad essere condotti sui deficit di processamento delle informazioni emozionali e alcuni si concentrarono in particolare sulla produzione linguistica di parole emotivamente connotate da parte di individui psicopatici, riscontrando una riduzione nell'espressione prosodica emozionale rispetto ai soggetti di controllo e minori abilità nella comprensione linguistica di informazioni emozionali a partire da stimoli vocali, come la percezione in particolare della paura (Blair, Mitchell, Kelly, Richell e Leonard, 2002; Hasting, Tangey e Stuewig, 2008; Louth, Williamson, Alpert, Pouget e Hare, 1998). Emerse perciò che gli psicopatici sperimentavano rabbia, vendetta, ingiustizia e irritabilità con intensità elevata secondo le misure self-report fisiologiche e comportamentali e a conferma di questa selettività, diversi studi rilevarono che gli psicopatici non mostravano nessun deficit per le emozioni positive come il piacere o la felicità, anzi, evidenziavano un'aumentata emozionalità positiva e apparivano piuttosto orientati alla ricompensa (Newman, Patterson e Kosson, 1987). Il deficit nell'esperienza emozionale potrebbe addirittura essere alla base del successo spesso ottenuto dagli psicopatici nel manipolare gli altri e mentire: la mancanza o la riduzione dell'intensità con cui vengono sperimentate alcune o tutte le emozioni, potrebbe comportare una riduzione dell'interferenza emozionale tra le emozioni esibite e quelle soggettivamente prova-



te durante la simulazione e questo causerebbe la mancanza di una reale emozione; così, l'emozione soggettivamente esperita dallo psicopatico trapelerebbe meno dall'espressione simulata rispetto a come invece si verifica in altri individui, e tutto questo renderebbe questi individui più convincenti e persuasivi agli occhi degli altri.

RASSEGNA DI TEORIE

Tra i numerosi studi condotti nel corso del tempo, rilevante è la teoria che considerava la psicopatia come uno dei profili del disturbo narcisistico, nello specifico quello a carattere psicopatico. Gli individui con tale struttura di personalità, mossi da un'instabilità emotiva di fondo, sarebbero continuamente alla ricerca di affetto ed in particolare dell'attenzione dell'oggetto d'amore dal quale si sentono dimenticati e non amati; in questo caso è la pulsione aggressiva a divenire lo strumento principale per richiamare a sé l'oggetto d'amore e per rivendicarne l'affetto non ricevuto. Inoltre, l'autore sottolinea come i comportamenti aggressivi di questi soggetti possano anche essere autodiretti e suicidari, in linea con la sottostante struttura depressiva tipica

dei tratti narcisistici (Bergeret, 1974). Sulla scia di questa teoria, molti autori hanno proseguito nell'ipotizzare un continuum tra il disturbo narcisistico di personalità e la psicopatia, su cui compaiono ad un estremo forme gravi di narcisismo caratterizzate da invidia, inosservanza delle regole sociali, sfruttamento interpersonale ed egocentrismo marcato, e all'altro estremo la psicopatia vera e propria (Dazzi e Madeddu, 2009; Gabbard, 2005; Kernberg, 1984). Sulla base di un'ampia gamma di studi e ricerche, Hare (1993) suddivise gli individui psicopatici in tre categorie: *primari*, considerati i "veri psicopatici", che si presentano come educati, socievoli, padroni di sé e capaci di suscitare emozioni positive negli interlocutori, essendo in realtà crudeli, estremamente manipolativi, egoisti e menzogneri; *secondario nevrotici*, contraddistinti da impulsività e crudeltà più manifeste, autori di reati per cui non provano rimorso o sensi di colpa e che vengono più spesso in contatto con la legge; *dissoziali* o *antisociali*, descritti come delinquenti che instaurano relazioni affettive e che provano senso di colpa, spinti alla devianza dall'ambiente sociale circostante e da modelli operativi interni disfunzionali



appresi dalle figure significative, tanto che, secondo Hare, potrebbero essere spiegati con la Teoria dell'Apprendimento Sociale di Bandura. Più tardi, fu elaborata una classificazione della psicopatia capace di spiegare dettagliatamente le evidenze cliniche dei soggetti psicopatici e distinguendone due sottogruppi: il primo che comprende gli psicopatici aggressivi, esplosivi, predatori e violenti e il secondo che include gli psicopatici meno aggressivi, dediti ad uno stile di vita parassitario, dipendente e basato sull'inganno; vennero successivamente classificati dieci tipi di psicopatici in base a caratteristiche caratteriali e comportamentali, mettendo in evidenza per ogni categoria caratteristiche psicodinamiche e meccanismi di difesa adottati dai soggetti psicopatici (Millon e Davis, 1995). Una caratteristica della maggior parte dei comportamenti antisociali degli psicopatici riguardava l'essere di natura estremamente strumentale, diretti cioè verso un obiettivo come l'ottenere denaro, opportunità sessuali o accrescimento di status (Cornell et al., 1996) e ciò avrebbe potuto interferire con il processo di socializzazione dell'individuo.

Più recentemente, invece, è stata elaborata una scala gerarchica di grande interesse che comprende ventidue categorie di psicopatici e che permette di distinguere con molta precisione i soggetti trattabili da quelli intrattabili; il parametro generale utilizzato per comporre tale classificazione è quello della *disumanità*, ovvero dell'assenza di compassione, da un estremo che si potrebbe definire lieve fino a quadri caratterizzati da un'estrema violenza e da noncuranza assoluta per l'altro (Stone, 2009). Molti riferimenti usati per comporre la scala provengono da un'attenta analisi delle biografie di persone che si sono macchiate di crimini atroci ed efferati, per questo motivo Stone ha chiamato la sua classificazione "*Gradations of Evil*"; Nella classifica, gli psicopatici sono disposti in ordine gerarchico dai meno gravi ai più gravi, e sono presenti quadri che includono parametri quali l'impulsività, i tratti del carattere, i contesti evolutivi di provenienza, la percezione dell'oggetto, la natura dei legami ed altri aspetti. Un altro argomento su cui sono stati condotti molteplici studi è l'origine della psicopatia: in ambito so-

cio-economico il soggetto psicopatico sembra commettere i propri crimini né per un bisogno economico, né per conformarsi ad un modello deviante, ma semplicemente per soddisfare un proprio bisogno interno (Hare, 1993). Un'ipotesi tra le più diffuse, considerava psicopatici criminali solo quelli che fallivano nel loro tentativo di passare inosservati, che non riuscivano cioè ad integrarsi nella società in modo sufficiente per evitare le conseguenze delle loro condotte antisociali (McWilliams, 1999). Altri studi ipotizzavano che il legame di attaccamento potesse essere un fattore rilevante nell'espressione del disturbo psicopatico e che potesse agire da mediatore nel suo sviluppo: secondo questa visione diventavano psicopatici criminali soltanto quegli individui che non avevano sperimentato legami di attaccamento sicuri in ambito familiare; d'altra parte era già stato suggerito che disturbi dell'attaccamento durante l'infanzia potevano condurre verso modalità relazionali distanzianti, fredde e anaffettive in età adulta (Bowlby, 1944) e anche più recentemente questa tendenza è stata confermata su base empirica e sperimentale (Sabatello, 2010). Sebbene un ambiente familiare che produca legami di attaccamento insicuri possa essere un fattore di rischio, alcuni studi hanno rilevato che nella storia degli psicopatici esiste spesso un pregresso traumatico (Warren e South, 2006): le azioni violente possono essere considerate come modalità disfunzionali volte a riparare questi traumi, come un tentativo di ricompensare esperienze di rabbia legate a maltrattamenti, trascuratezza, abuso o rifiuti e tentando di uscire dal ruolo della vittima sperimentato in passato. Tali comportamenti dimostrerebbero una compromissione delle capacità riflessive e dunque, un'impossibilità a sperimentare empaticamente i vissuti altrui (Fonagy, 1999). L'assenza di empatia, intesa come la capacità di riconoscere i pensieri e le emozioni altrui e di reagire ad essi con sentimenti consoni, è uno dei sintomi principali nella diagnosi di psicopatia e da ciò deriva la capacità di questi individui di compiere azioni contro delle vittime che considerano come degli oggetti, senza provare rimorso o senso di colpa. È stato evidenziato che essi tendono ad affer-

mare e simulare la sperimentazione di queste emozioni, senza però esperirle soggettivamente: potrebbero dunque affermare di essere dispiaciuti per le proprie azioni o apparire empatici con la vittima, senza però provare ciò in modo reale. Proprio per questo Cleckley parlò di *maschera di sanità*, riferendosi a parole e azioni degli psicopatici che non riflettono affatto il loro mondo interno: essi comprendono quello che gli altri provano, ma non reagiscono emozionalmente a queste esperienze (Cleckley, 1976). Tra gli studi del tempo sull'empatia, furono individuate due componenti principali: quella cognitiva, per comprendere i sentimenti altrui, mettersi nei loro panni e prevedere il comportamento o lo stato mentale altrui e quella affettiva, per reagire in maniera emotivamente adeguata allo stato psichico dell'interlocutore; si riteneva che gli psicopatici mancassero solo della componente affettiva dell'empatia, essendo invece perfettamente capaci di "leggere la mente" in modo freddo e distaccato. Ancora, cercarono di spiegare la relazione inversa tra empatia e aggressione: secondo gli studiosi, assistere a conseguenze dei comportamenti aggressivi, produce uno stato di eccitazione affettiva nell'osservatore empatico, stato che in seguito diventa una conseguenza spiacevole del comportamento aggressivo, che funziona da inibitore della violenza e furono distinte tre forme di aggressione, *emozionale*, *strumentale* e *ostile*, specificando gli effetti dell'empatia (Miller e Eisenberg, 1988). Un'ulteriore spiegazione alla mancanza di risposte empatiche negli individui aggressivi sosteneva la presenza di un'eccitazione emotiva aberrante o inappropriata e in particolare si ipotizzava che le emozioni esperite da questi individui fossero di direzione contraria a quelle manifestate dall'altro; un caso estremo di questa forma di empatia potrebbe essere il sadismo, esempio di un individuo in grado di provare piacere per il dolore di un altro. Sulla base di questa ipotesi dunque, alcuni individui userebbero la violenza per ottenere gratificazione personale, usandola come conseguenza di una risposta empatica contraria in cui gli stimoli di sofferenza di un altro fungono da stimolo e provocano un'eccitazione affettiva con valenza positiva (Stotland, 1969).

Inoltre, sembra che nell'espressione dei tratti antisociali del disturbo psicopatico siano rilevanti i sentimenti di vergogna, dell'indegnità, del non sentirsi all'altezza e la sensazione di essere svalutati o poco considerati dagli altri: gli psicopatici non riuscirebbero a sopportare l'idea di essere ritenuti dagli altri meno "speciali", si tratti di membri della famiglia, partner o sconosciuti, come possono dimostrare eventi tragici con protagonisti psicopatici spesso iniziate per motivi futili legati al rispetto o al bisogno di dimostrare il proprio valore, anche inteso come la capacità di imporre la propria volontà sugli altri anche mediante l'uso della forza. La tendenza alla manipolazione e all'inganno, d'altra parte, potrebbero essere ulteriori modi di dimostrarsi più scaltri delle proprie vittime, e quindi "migliori" (Meylo, 2002). È stata ipotizzata inoltre un'incapacità dello psicopatico di regolare in modo efficace gli affetti negativi: questa tendenza alla disregolazione affettiva, probabilmente effetto dei fallimentari legami di attaccamento, porterebbe lo psicopatico ad agire immediatamente come risposta; una volta scaricato l'impulso, lo psicopatico è capace di ritornare regolarmente alla sua quotidianità e una volta riacquisito lo stato di affettività neutra, non sente più il bisogno di continuare l'azione, né è cosciente della sensazione che ha causato la condotta stessa (Newman, 1998). Gli schemi di sé, degli altri e del mondo sembrano essere piuttosto rigidi e inflessibili: lo psicopatico percepisce sé stesso come forte e autonomo da solo, mentre gli altri vengono avvertiti come sfruttatori o da sfruttare, deboli e vulnerabili; sembrava essere piuttosto caratteristico un bias cognitivo nel percepire intenti malevoli da parte degli altri, la necessità di fare attenzione a chiunque, evitare le vittimizzazioni diventando aggressori o sfruttatori e il percepito diritto o noncuranza nel violare le regole sociali per raggiungere i propri obiettivi (Blackburn e Lee-Evans, 1985). Essendo gli psicopatici noti per il comportamento particolarmente immorale, un'altra questione rilevante riguardava la loro capacità di distinguere ciò che è giusto da ciò che è sbagliato e dunque la capacità di normale giudizio morale: tuttavia, i dati sperimentali erano piuttosto limitati e mentre molti stu-



di presentarono conclusioni contrastanti, altri mostrarono come gli individui senza psicopatia giudicassero le trasgressioni morali più gravi e meno dipendenti dall'autorità rispetto a quelle convenzionali, mentre gli psicopatici non distinguevano queste due forme di trasgressione. In anni più recenti, la presa di decisione morale è stata testata distinguendo il danno personale, che implica un contatto fisico e quello impersonale, che riguarda azioni meno dirette o violazioni delle regole, per esplorare i processi psicologici e neurobiologici sottostanti al giudizio morale (Greene, Nystrom, Engell, Darley, e Cohen, 2004): non furono trovate differenze nel giudizio morale utilitaristico tra psicopatici e non psicopatici, ma lo studio evidenziò la generale tendenza degli psicopatici a favorire danni impersonali o violazione delle regole come mezzo per ottenere dei vantaggi.

ASPETTI PECULIARI

Cercando di individuare le principali e più attuali caratteristiche di un soggetto psicopatico, si fa riferimento soprattutto a quella che è la sua vita affettiva, o più precisamente alla distorsione di quest'ultima: l'individuo è incapace di creare e gestire legami emotivi autentici e non riconosce alcuna figura affettiva di riferimento. Oltre ad un deficit affettivo/interpersonale, nella panoramica generale possono essere incluse altre particolarità tra cui il senso grandioso del sé, la menzogna patologica senza esitazioni, l'assenza di senso di colpa e rimorso, la difficoltà nel processare le informazioni emozionali e nel rispondere empaticamente agli altri, l'insensibilità e l'impulsività (Hare, 1993). Decisamente elevata è la propensione al comportamento criminale, specie quello premeditato e violento e l'assenza di vita emotiva sembra particolarmente evidente nella modalità di attuazione di questa criminalità: tali reati vengono compiuti senza alcuna partecipazione emotiva e sono spesso il risultato di esplosioni di impulsi momentanei, passati i quali solitamente si ripristina il regolare andamento della quotidianità, come se niente fosse accaduto (Meloy, 2002). Lo psicopatico non si preoccupa delle conseguenze delle proprie azioni, neppure se queste coinvolgono

il proprio nucleo familiare, e spesso non accetta la responsabilità dei crimini commessi, attribuendoli con facilità a cattiva sorte o addossando la colpa alle vittime, che in qualche modo avrebbero quindi meritato la condotta violenta. Quello che rende il soggetto psicopatico pericoloso a livello sociale però è la notevole capacità di manipolare e ammaliare le vittime: spesso riescono infatti a "distrarre" rispetto ai contenuti dei propri discorsi, parlando ad esempio a velocità molto elevate e in modo plateale, utilizzando parti dei discorsi con lo scopo di sedurre e manipolare l'interlocutore, senza far emergere le contraddizioni interne (Hare, 1993); dopo diversi minuti di conversazione con uno psicopatico, ci si può così rendere conto di non aver ottenuto alcuna informazione utile, ma solo parole prive di profondità. Inoltre, per quanto lo psicopatico possa esser privo della capacità di leggere i propri stati mentali, sembra invece capace di comprendere abbastanza bene quelli altrui, anzi, la manipolazione degli altri potrebbe derivare proprio da un'elevata capacità di intendere gli stati mentali altrui per sfruttarli a proprio vantaggio, ma senza entrare in contatto con le vittime e senza empatia (Dadds et al., 2009): questa dannosa combinazione, unita alla percezione degli altri come oggetti parziali, renderebbero lo psicopatico capace di condotte irragionevoli per cui non prova rimorso. È stata riscontrata inoltre una rilevante insensibilità alle punizioni, cosa che renderebbe allo psicopatico particolarmente difficile apprendere dall'esperienza (Caretti e Craparo, 2010).

SCALE DI VALUTAZIONE

Quando Hare (1993) iniziò il suo lavoro nelle carceri, venne a contatto con la particolare categoria dei criminali psicopatici e, una volta consultata la letteratura precedente, si rese immediatamente conto che, oltre ad essere molto diversi dai criminali comuni e spesso confusi con i soggetti antisociali, non esisteva una misura di valutazione clinica affidabile utile ad effettuare una diagnosi di psicopatia, anche perché tale categoria psicopatologica non esisteva nei manuali diagnostici. La soluzione che decise di adottare fu quella di operationalizzare i sedici tratti specifici del disturbo individuati da Cleckley (1976)

e costruire quindi uno strumento, denominato *Psychopathy Checklist*, che avrebbe permesso la valutazione clinica del grado di psicopatia nei detenuti. Il risultato iniziale fu una procedura clinica con la quale valutare i carcerati su una scala a sette punti, integrando però in un unico punteggio i dati provenienti dalle cartelle cliniche e da interviste molto lunghe: le valutazioni si erano dimostrate molto valide, ma era difficile determinare precisamente quali avvenimenti della storia personale del soggetto dovessero entrare a far parte delle valutazioni o meno. Hare inizia così a lavorare allo sviluppo di nuove procedure di assessment eseguendo una valutazione psicometrica dei criteri di Cleckley: dei più di cento item iniziali considerati, molti vennero eliminati poiché ridondanti o difficili da misurare. Degli item rimanenti, sottoposti ad analisi statistiche volte a determinare quali di questi avessero le migliori proprietà psicometriche e quindi discriminassero meglio, ne vennero infine mantenuti ventidue; questi venivano misurati utilizzando una scala Likert a tre punti in base alla presenza o assenza della caratteristica, mostravano una buona attendibilità e il punteggio totale era altamente correlato alle valutazioni globali della psicopatia. Dal momento in cui questo strumento fu costruito e validato nella popolazione statunitense, carceraria e non solo, diventò lo strumento più utilizzato e affidabile nelle ricerche sulla psicopatia (Hare e Neumann, 2006) sia perché, evitando la più semplice soluzione del self-report, permetteva una valutazione esterna e maggiormente obiettiva e sia perché consentiva di ottenere informazioni anche da altre fonti oltre al soggetto, ad esempio rapporti di polizia, atti giudiziari, fascicoli del carcere, dichiarazioni di parenti o del personale delle strutture, per confrontare le diverse versioni della storia e scoprire eventuali incongruenze o contraddizioni. Inoltre, era possibile effettuare una valutazione dal punto di vista dimensionale piuttosto che categoriale, definendo un soggetto psicopatico non solo in base al suo comportamento deviante, ma anche in base alle sue caratteristiche interpersonali (Coid, 1993). Dopo diversi anni di utilizzo, Hare decise di apportare alcune modifiche allo strumento, senza

però comprometterne gli intenti originali: vennero così eliminati due item e ad altri venne cambiato il nome, senza alterarne la natura. In questa seconda versione, la descrizione degli item e le procedure di scoring vennero descritte in modo più dettagliato, furono eliminate alcune incongruenze e gli item vennero valutati in base ai contenuti di un'intervista semi-strutturata somministrata e in base alle informazioni collaterali ottenute, valutando i soggetti lungo un continuum che spaziava dalla popolazione normale, alla popolazione criminale, ai criminali psicopatici; i singoli item venivano poi misurati in base ad alcuni criteri enunciati in un apposito manuale per la siglatura. La più attuale versione dello strumento, adesso noto come *Psychopathy Checklist-Revised*, è stata validata in diversi paesi oltre quelli compresi nei campioni di validazione originari; i venti item che comprende sono la loquacità/fascino superficiale, il senso grandioso del sé, il bisogno di stimoli/propensione alla noia, la menzogna patologica, l'essere impostore/manipolativo, l'assenza di rimorso o senso di colpa, l'affettività superficiale, l'insensibilità/assenza di empatia, lo stile di vita parassitario, il deficit del controllo comportamentale, il comportamento sessuale promiscuo, le problematiche comportamentali precoci, l'assenza di obiettivi realistici/a lungo termine, l'impulsività, l'irresponsabilità, l'incapacità di accettare la responsabilità delle proprie azioni, i numerosi rapporti di coppia di breve durata, la delinquenza in età giovanile, la revoca della libertà condizionale e la versatilità criminale. Un'altra versione è stata poi elaborata per la misurazione dei tratti psicopatici in età evolutiva in popolazioni di bambini e adolescenti, *Psychopathy Checklist-Youth Version* (Forth, Kosson e Hare, 2003), dimostratosi strumento notevolmente utile anche nella valutazione del rischio di recidiva in giovani autori di reati sessuali.

NESSI E DIVERSITÀ TRA PSICOPATIA E DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ

Viste le sostanziali differenze tra il disturbo psicopatico e gli altri disturbi di personalità che possono associarsi a condotte violente, appare necessaria una diagnosi differenziale per individuare gli aspet-



ti che permettono di distinguere accuratamente la psicopatia da altri disturbi di personalità. In particolare, la psicopatia è stata da sempre spesso confusa con il disturbo antisociale di personalità, che fa esplicitamente riferimento alle condotte criminali e che caratterizza quei soggetti che mettono volontariamente in atto comportamenti devianti e colpevolmente pericolosi per gli altri; la maggior parte dei criteri diagnostici del disturbo si riferiscono al comportamento osservabile dell'individuo. Alla luce di ciò, è piuttosto semplice affermare che la maggior parte dei criminali possa rientrare in una diagnosi di disturbo antisociale, ma questa diagnosi non consente di discriminare, ad esempio, tra un ladro ed un serial killer. Esiste un'ampia letteratura riguardo al disturbo antisociale e alla psicopatia, ma si assiste ancora oggi ad una notevole confusione relativa alla terminologia, essendo spesso i termini usati come sinonimi, e ciò non favorisce la loro differenziazione: lo stesso Hare e molti altri autori, invitavano i clinici a non utilizzare acriticamente il DSM nel valutare un soggetto responsabile di atti criminali (Hare, 1996). Quello della scarsa specificità e sensibilità delle diagnosi di personalità relativamente ai soggetti devianti è un problema ampiamente rilevato già da tempo: in particolare, il disturbo antisociale di personalità comprende principalmente le caratteristiche più comportamentali della psicopatia e individua solo nove delle venti caratteristiche che Hare utilizza per valutarla e di questi requisiti individuati, sei riguardano lo stile di vita dell'individuo e le sue condotte antisociali e solo tre si riferiscono alla vita affettiva del soggetto psicopatico (Ogloff, 2006). Questo appare particolarmente importante alla luce delle affermazioni di autori come Cleckley e altri che sostenevano che i deficit affettivi dovevano essere considerati caratteristiche centrali della psicopatia. Le differenze nelle caratteristiche che identificano i soggetti definiti come antisociali e quelli definiti come psicopatici appaiono di grande significatività, specialmente se si considerano le diverse modalità con cui i due individui mettono in atto le condotte devianti: ad esempio, in entrambi i disturbi è presente una forte propensione alla violenza, ma, mentre i soggetti antisociali tendono a mettere in atto

una violenza esclusivamente di tipo affettivo, come può essere una reazione ad una minaccia percepita, quelli psicopatici attuano indistintamente la violenza di tipo affettivo e quella di tipo predatorio/strumentale, come ad esempio l'esecuzione di una violenza per uno scopo specifico e priva di componenti emotive (Meloy, 2002). Inoltre, mentre le azioni del soggetto antisociale sono dettate dall'impulsività fine a sé stessa, nello psicopatico si ritrovano invece pensieri finalizzati all'azione, forme di progettazione dettagliate ed elaborate, sempre tese al proprio guadagno e al danneggiamento altrui, che nascono comunque da impulsi improvvisi. Entrambi i disturbi sono contraddistinti da un pattern durevole di comportamenti antisociali che iniziano durante l'infanzia, ma l'attenzione viene concentrata su aspetti differenti: nell'antisociale si fa maggiormente riferimento al comportamento del soggetto e al fatto che egli abbia la tendenza a mettere in pratica tutti i suoi impulsi, mentre nel caso dello psicopatico ci si concentra principalmente sulla presenza di una gamma di sintomi più ampia, incentrata sulla dimensione affettiva ed interpersonale e sull'instaurazione di relazioni dannose con gli altri. Si ricorda, inoltre, la specifica capacità dello psicopatico di simulazione delle emozioni, e, conseguentemente, di manipolare gli altri, essendo particolarmente capace di riconoscere ciò che gli altri provano dal punto di vista intellettuale, benché privo di empatia. Si ha dunque il quadro di un individuo molto più freddo, impulsivo e privo di legami rispetto ad un comune individuo antisociale; infatti, per uno psicopatico è impossibile far parte di una sottocultura criminale, aspetto storicamente legato anche al costrutto di sociopatia, proprio perché non ha la capacità di creare legami né di sottostare a regole diverse dalle proprie, per quanto devianti queste possano essere.

LA PSICOPATIA NEL DSM

Col passare del tempo, definendo con maggiore precisione i diversi disturbi di personalità e per far fronte alle incalzanti esigenze organizzative della sanità e dell'assistenza, appariva evidente la necessità di classificare non solo logicamente tutti i disturbi in modo accurato, inclusi quei soggetti che

venivano definiti psicopatici. La prima definizione del disturbo risale ad un precursore del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM), che definì i soggetti con queste caratteristiche come affetti da *personalità psicopatica*. Nel 1952, nella prima edizione del DSM, lo stesso disturbo venne invece denominato come *Disturbo sociopatico di personalità* ed è solo con la versione del DSM-II del 1968 che si giunse ad una diagnosi di specifico *disturbo antisociale* nella nuova sezione dedicata ai disturbi della personalità, in cui apparve l'evidente influenza dei lavori di Cleckley. Il modello di personalità antisociale che emerge conseguentemente al 1980, dall'edizione del DSM-III in poi, si basò essenzialmente sulle ricerche empiriche di Robins (1966), che tentò di definire gli antecedenti della psicopatia e del comportamento antisociale adulto nell'infanzia e nell'adolescenza; questi studi mostrarono stabilità e continuità evolutiva dei pattern comportamentali antisociali e l'emergere di psicopatia in età adulta. I dati provenienti da queste ricerche furono scelti, nel DSM-III, come basi di riflessione per la categoria diagnostica connessa all'antisocialità: le differenze tra i due disturbi erano sostanziali e tra i punti cardine della nosologia, un accento fu posto sul comportamento rispetto agli elementi strutturati della personalità, e ciò generò un'ampia serie di dibattiti riguardanti la necessità di distinguere due categorie diagnostiche nel manuale, una dell'antisocialità, che tenga conto di pattern di agiti che infrangono le norme sociali e una più legata alla psicopatia, che contenga la definizione di una serie di tratti alla base della personalità sottostante. A supportare la differenziazione tra i due disturbi contribuirono anche alcuni significativi studi effettuati su popolazioni di adulti aventi problemi con la legge: fu rilevato che, quando i criteri del DSM-III venivano applicati a criminali in carcere, nella maggior parte dei casi era possibile diagnosticare un disturbo antisociale (Hare, 1985), mentre risultati nettamente diversi si ottenevano utilizzando criteri diagnostici più strettamente in accordo con quanto esposto da Cleckley, che enfatizzavano la psicopatia. Nel DSM-IV e nel DSM-IV-R, intorno al 1994, fu inserito il criterio del senso di colpa. Infine, forti

sostegni empirici al disturbo psicopatico di personalità sono alla base della proposta di distinguere sottotipi di un unico disturbo di personalità (antisociale/psicopatico) avanzata dal gruppo di lavoro del 2013 per il DSM-V dell'APA, all'interno di un più ampio modello di revisione dei disturbi di personalità. La base teorica di questa proposta è il modello di psicopatia di Patrick e collaboratori (2009), caratterizzato dall'individuazione di tre componenti comportamentali: *disinibizione* (o disposizione ad esternalizzare) che riflette la mancanza di controllo emotivo e comportamentale, *sfrontatezza* (o dominanza senza paura) che è definita come il coraggio negli ambiti sociali, emotivi e comportamentali e *meschinità* (o superficialità e assenza di emozioni) che è definita come la ricerca aggressiva di risorse senza considerazione per gli altri. Questo "modello alternativo" è stato però rifiutato proprio nelle fasi finali dell'elaborazione del DSM-V ed è stato mantenuto l'approccio categoriale con gli stessi dieci disturbi di personalità del DSM-IV, decisione che sembra essere fondata sull'insufficiente supporto empirico del modello, ma che risulta comunque attualmente incluso nella Sezione III del manuale dedicata ai *modelli emergenti e misure* (APA, 2013).

CONCLUSIONI

Nonostante il concetto di psicopatia sia da secoli discusso nella letteratura psichiatrica, la mancanza di una specifica categorizzazione nosografica nei manuali diagnostici, nonché l'errata sovrapposizione con altri disturbi clinici e in particolare con il disturbo antisociale di personalità, hanno contribuito a creare notevole confusione riguardo l'utilizzo appropriato del termine, sebbene la differenziazione sia necessaria. In questo lavoro, le caratteristiche della personalità psicopatica sono state confrontate nello specifico con quelle del disturbo antisociale di personalità, allo scopo di chiarire quegli aspetti psicopatologici e comportamentali peculiari della psicopatia che consentono di effettuare una diagnosi differenziale. Si rileva che, in linea con teorie e ricerche empiriche sviluppate nel corso del tempo, alcuni dei tratti comportamentali caratteristici del disturbo antisociale



sono certamente inclusi nella psicopatia, ma ne costituiscono soltanto una parte, forse nemmeno la più importante. In conclusione, quindi, si può affermare che la psicopatia presenta delle sovrapposizioni con altri disturbi del cluster B dei disturbi di personalità e specialmente con il disturbo antisociale, ma non è affatto sovrapponibile ad esso: la psicopatia è un disturbo totalmente differente che dovrebbe essere trattato come costruito a sé stante, considerando che i soggetti psicopatici sollevano problematiche particolarmente complesse sul piano sociale, dell'assessment clinico e dell'eventuale trattamento, decisamente diverse da quelle poste da altre categorie diagnostiche con le quali la psicopatia viene spesso confusa.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5). Washington, D.C.: APA (trad. it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Raffaello Cortina, Milano, 2014).
- Arieti, S. (Ed.). (1969). *Manuale di Psichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod (trad. it. *La personalità normale e patologica*, Finazzi A., Milano, 2002).
- Blackburn, R., & Lee-Evans, J. (1985). Reactions of primary and secondary psychopaths to anger-evoking situations. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 93-100.
- Blair, R., Mitchell, D., Kelly, S., Richell, R., & Leonard A. (2002). Turning a deaf ear to fear: impaired recognition of vocal affect in psychopathic individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 682-686.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25.
- Caretti, V., & Craparo, S. (2010). La personalità psicopatica. *Sistemi intelligenti*, 11, 229-240.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. St. Louis: Mosby.
- Coid, J. (1993). Current concepts and classifications of psychopathic disorder. In P. Tyrer, & G. Stein (Eds.), *Personality disorder reviewed*. London: Gaskell Press.
- Cornell, D., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- Dadds, M., Hawes, D., Frost, A., Vassallo, S., Bunn, P., Hunter, K., et al. (2009). Learning to "talk the talk": the relationship of psychopathic traits to deficits in empathy across childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50.
- Dazzi, S., & Madeddu, F. (2009). *Devianza e antisocialità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P. (1999). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 7-27.
- Forth, A. Kosson, D., & Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*. North Tonawanda, NY: Multi Healt Systems.
- Gabbard, G.O. (2005). *Psichiatria psicomica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Greene, J., Nystrom, L., Engell, A., Darley, J., & Cohen, J. (2004). The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron*, 44, 389-400.
- Hare, R.D. (1985). Checklist for the assessment of psychopathy in criminal populations. In S.J. Hucker, & C.D. Webster (Eds.), *Clinical criminology*. University of Toronto: Clarke Institute of Psychiatry.
- Hare, R.D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Guilford Press (trad. it. *La psicopatia: Valutazione diagnostica e ricerca empirica*. Roma: Astrolabio, 2009).
- Hare, R.D. (1996). Psychopathy and antisocial-personality disorder: a case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13.
- Hare, R.D., & Neumann, C.N. (2006). The PCL-R Assessment of Psychopathy: Development, Structural Properties, and New Directions. In C. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilfor.

-
- Hastings, M., Tangey, J., & Stuewig, J. (2008). Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences*, 44, 1474-1483.
 - Henderson, D. (1939). *Psychopathic states*. New York: W. Norton & Co.
 - Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale Univ. Press (trad. it. *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
 - Koch, J. (1891). *Die psychopathischen minderwertigkeiten*. Ravensburg: Maier.
 - Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie: Zum Gebrauche für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Abel (trad. it. *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*, Bruglia R., Vallardi, Napoli, 1885).
 - Lombroso, C. (1876). *L'uomo delinquente*. Milano: Hoepli.
 - Louth, S.M., Williamson, S., Alpert, M., Pouget, E.R., & Hare, R.D. (1998). Acoustic distinctions in the speech of male psychopaths. *Journal of Psycholinguistic Research*, 27, 375-384.
 - Maggini, C., & Pintus, A. (2001). Disturbi di personalità: storia di un concetto. *Nóos aggiornamenti in psichiatria*, 7 n.2.
 - McCord, W., & McCord, J. (1971). *Lo psicopatico. Saggio sulla mente criminale*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
 - McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: Guilford Press (trad. it. *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002).
 - Meloy, J.R. (2002). The "polymorphously perverse" psychopath: Understanding a strong empirical relationship. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66.
 - Miller, P.A., & Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103, 324-344.
 - Millon, T., & Davis, R. (1995). *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*. New York: Wiley.
 - Morel, B. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris: Baillière.
 - Newman, J.P., Patterson, C., & Kosson, D. (1987). Response perseveration in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 145-148.
 - Newman, J.P. (1998). Psychopathic behavior: An information processing perspective. In D.J. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (pp. 81-104). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishing.
 - Ogloff, J.R.P. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40.
 - Patrick, C.J., & Bernat, E.M. (2009). Neurobiology of psychopathy: A two-process theory. In G.G. Berntson & J.T. Cacioppo (Eds.), *Handbook of neuroscience for the behavioral sciences* (pp. 1110-1131). New York: John Wiley & Sons.
 - Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: Richard, Caille et Ravier (trad. it. *La mania: Trattato Medico-Filosofico sull'alienazione Mentale*, Fonte Basso F., Marsilio Editori, Venezia, 1987).
 - Prichard, J. (1835). *A Treatise of Insanity*, London: Sherwood, Gilbert and Piper.
 - Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown-up*, Baltimore: Williams and Wilkins.
 - Sabatello, U. (2010). *Lo sviluppo antisociale: dal bambino al giovane adulto, una prospettiva evolutiva psichiatrico-forense*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Schneider, K. (1950). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme-Verlag (trad. It *Psicopatologia clinica*, Sansoni, Firenze, 1966).
 - Stone, M.H. (2009). *The Anatomy of Evil*. New York: Prometheus Books.
 - Stotland, E. (1969). Exploratory studies of empathy. *Advances in experimental social psychology*, 4, 271-214.
 - Vegetti, M. (Ed.). (1976). *Opere di Ippocrate* (2nd ed.). Torino: Utet.
 - Warren, J., & South, S. (2006). Comparing the Constructs of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy in a sample of Incarcerated Women. *Behavioral Sciences and the Law*, 24.



CHI CHIAMI **CATTIVO**?
CHI MIRA SOLTANTO AD INCUTERE VERGOGNA.
QUALE È PER TE IL **GESTO** PIÙ **UMANO**?
RISPARMIARE VERGOGNA A QUALCUNO.
QUAL È IL SIGILLO DELLA RAGGIUNTA **LIBERTÀ**?
NON PROVARE VERGOGNA DINANZI A SE STESSI.

F.W. NIETZSCHE, LA GAIA SCIENZA

SPLENDIDO - DISSE, E MI AMMALIÒ CON UNA
RISATA CARICA DI TUTT'UN ALTRO TIPO, UNA **RISATA**
CARICA DI **AMORE** PER LA VITA E PER TUTTE LE SUE
INSOSPETTIBILI ATTRATTIVE. IN QUEL MOMENTO SI
SAREBBE PENSATO CHE OLIVIA FOSSE TUTTA IN QUELLA
RISATA, MENTRE INVECE ERA TUTTA NELLA SUA
CICATRICE. PHILIP ROTH, INDIGNAZIONE

dott.ssa Cirasino
Associazione Il Gabbiano, Ostuni (Br)

RIASSUNTO

Il seguente articolo si propone di effettuare un'analisi approfondita della vergogna e delle dinamiche ad essa correlate. Partendo da una descrizione dello stato fisiologico che accompagna tale emozione, l'analisi prende spunto dalla letteratura per analizzare sul piano filosofico e fenomenologico la vergogna come componente essenziale ed ineludibile dell'essere-al-mondo.

PAROLE CHIAVE

Vergogna, Fenomenologia, Io-Tu, Emozioni.

DIMORARE NELLA VULNERABILITÀ

Chi sei tu che ti accingi a leggere queste righe? Il tuo sguardo, la tua mano che volta le pagine, i tuoi pensieri che stanno prendendo forma. Sei nell'intimità della lettura, seduto al tuo solito posto. Perché ti

ostini a non cambiarlo mai? Ed io, i cui occhi non hai mai incontrato, la cui voce non hai mai udito, io ti guardo. E ti sento. Con insistenza, con prepotenza. La tua figura è nell'orizzonte del mio campo visivo e nulla potrà distogliermi da te e dal tuo non vedermi. Sto varcando ogni soglia comunemente accettata di spazio vitale, il mio sguardo ti è prossimo da qualsiasi angolo tu pensi di poter sfuggire ad esso. Ti sto osservando da prima ancora che iniziassi a leggermi e ho visto cosa hai fatto mentre pensavi di essere solo ed inosservato. È disgustoso. Tuttavia, l'ho fatto anch'io quando, a mia volta, mi credevo lontano da sguardi estranei. Un'esperienza pervasiva e avvolgente. Il nostro corpo sperimenta dei mutamenti fisiologici talmente rapidi, che l'idea di poter esercitare una intenzionalità ed un controllo su ciò che penetra la nostra intimità e il nostro spirito, pare un'impresa

di assai difficile realizzazione. Se fossimo monadi di leibniziana memoria ed esclusi da una realtà di reciproco scambio sociale, non conosceremmo una delle emozioni caratterizzanti il nostro essere umani e animati: la vergogna. Il volto, latore di una magnifica potenza espressiva, tradisce un rossore o si nasconde dietro mani sempre troppo piccole per contenere interamente tutta la vergogna di cui si tinge. Da dove giunge questo precipitato emotivo? chi lo innesca?

Nel momento in cui l'incontro con l'altro diventa misura del nostro stare al mondo, la sua presenza ci pone nella condizione di vergognarci. In un'opera di raffinata analisi esistenziale, il filosofo Jean Paul Sartre ne *L'essere e il Nulla* descrive l'esperienza della vergogna come un modo di coscienza ed un esempio vibrante di ciò che una certa filosofia tedesca suole chiamare *Erlebnis*.

Mi trovo per caso o no a compiere un gesto maldestro o volgare, sono nell'intimità della mia persona. Quel gesto, aderisce a me e per tale motivo non lo giudico: mi limito a viverlo e a compierlo. D'un tratto, sollevo lo sguardo ed ecco: qualcuno era lì e ha visto. È questo l'istante in cui il mio agire, inizialmente non ricoperto dal giudizio, mi risulta, allo sguardo altrui, vergognoso. La mia vergogna non ha nulla di riflessivo perché non nasce nella solitudine della mia coscienza ma davanti alla presenza altrui. Lo sguardo che si è posato sulla mia persona mi fa precipitare in un abisso che è vergogna di me-di-fronte-ad-altri.

UNA STORIA DI AMORE E VERGOGNA

David Lurie, un 50 enne docente all'università di Città del Capo, dopo il secondo divorzio conduce una esistenza piuttosto ritirata. L'unica occasione che si concede per sfuggire alla monotonia quotidiana risiede nella frequentazione di diverse partner sessuali. Invaghitosi di una sua allieva, David oltrepassa la soglia del consentito lasciandosi trasportare dalla passione per la giovanissima Melanie che, pur non respingendolo, lo denuncia per molestie sessuali, costringendolo ad abbandonare la docenza. Affatto pentito del suo gesto, David è piuttosto disgustato dall'ipocrisia dell'ambiente universitario e

dei suoi colleghi. Libero dagli incarichi istituzionali, decide di approfittare del congedo per recarsi in visita della sua unica figlia Lucy che, trasferitasi in un piccolo villaggio dell'entroterra sudafricano, gestisce da sola una fattoria.

Accolto in un'atmosfera semplice e rurale, David non immagina ancora la terribile trama che il destino gli sta tessendo contro: una sera, tre giovani uomini si presentano alla fattoria, fanno razzia e violentano ripetutamente Lucy che in seguito scoprirà di essere incinta.

David, bloccato e rinchiuso dai tre malfattori in uno stanzino, intuisce perfettamente il dramma che si sta consumando sulla pelle della propria figlia. Tenta di liberarsi, ma vano risulta ogni suo tentativo.

Quando David esorta Lucy a denunciare gli aggressori e a lasciarsi alle spalle il luogo della violenza, la ragazza rifiuta di seguirlo e decide di non interrompere la gravidanza. Un tremendo senso di colpa lacerava l'animo di Lucy che si vergogna per quello che ha patito e si chiude in un silenzio impenetrabile. Ancora più grave l'inquietudine che pesa sul cuore di David che da abusatore di una ragazza, si ritrova a metabolizzare il dolore di sapere la sua stessa figlia vittima di stupro. Sembra prendere corpo una punizione che richiama la dantesca legge del contrappasso.

Scegliendo di far passare l'accaduto sotto silenzio e di non giudicare i criminali, lo sguardo di Lucy si riempie di dolore e rabbia: non può assecondare un padre che tenta di proteggerla da un crimine di cui egli stesso si è macchiato.

È proprio questa impossibilità di guardarsi e di parlare sinceramente ad edificare un muro di gravi silenzi e, ancora peggio, a sostanziare una vergogna che prende il nome dell'impronunciabile e dell'indicibile tra padre e figlia.

L'ESSERE DELLA VERGOGNA

Per una comprensione ontologica della vergogna, come essenza stessa dell'uomo contaminato da una consapevolezza che viene prima di ogni (cattiva) azione, F.W. Nietzsche spiega che la vergogna dipende non già da un'essenza, ma dalla mia posizione di io ad un tempo al mondo e di fronte ad altri. Nel movimento dell'andare incontro ad altri e



quindi nell'entrare in rapporto, la presenza di Altri si pone come se il mio evidente diritto all'essere divenisse improvvisamente problematico e il mio essere-al-mondo si distinguesse come posizione senza fondamento.

Nella vergogna, afferma la psichiatra Ronald Laing, si esperisce il "riempimento" di sé a cui le posture corporee fungono da cornice ad un sé proteso a scomparire. tale immagine richiama quella dell'accartocciarsi che a giudizio di Eugene Minkowski caratterizza quel soggetto che vede l'avvenire corrergli incontro come un inarrestabile ed incontenibile fiume in piena. l'esperienza fenomenologica di colui che vive la vergogna potrebbe essere descritta come un desiderio di nascondersi di fronte allo sguardo sartriano, di diventare in-visibile o al più morire.

Esiliando l'individuo in uno stato di con-fusione di parole e pensieri, la vergogna produce un effettivo blocco nel normale corso dell'attività distinguendosi come uno stato negativo e doloroso.

Lo psicologo Michael Lewis nel testo *Il SÉ nudo* paragona la vergogna ad una particella subatomica di cui non conosciamo che le tracce residue.

Generandosi alla presenza dello sguardo altrui, la vergogna si pone quasi come una invisibile laterale volta a proteggere o al contrario, a renderci chiaramente vulnerabili dinanzi al Altro. Per tale ragione il desiderio di nascondersi descrive una componente dominante tale esperienza emotiva accompagnata da rabbia, dolore e forte senso di disagio.

Nella paralisi della vergogna il Sé, soggetto e oggetto di questo modo di coscienza, rimane imprigionato in un legame che arresta l'azione per rivolgere a sé tutta l'attenzione.

Il risultato è un generale disorientamento che sul piano fenomenologico differenzia la vergogna dal senso di colpa il cui oggetto si pone nella sua evidenza e risulta eterno al sé.

A giudizio della letteratura fenomenologica esistono almeno tre distinzioni: una "angoscia di vergogna" descrivibile come una angoscia riguardo a qualcosa che sta per accadere e viene percepito come estremamente minaccioso. In secondo luogo vi è la vergogna *stricto sensu* la quale configura una reazione riguardo ad un evento che è già accaduto.

Infine, la vergogna come formazione reattiva che coinvolge un atteggiamento caratteriale fungente da ostacolo ai primi due.

Denunciandosi di fronte ad altri, la vergogna ci apre paradossalmente alla più profonda comunicazione, all'intimità e all'incontro autentico. Essa è *vulnus*, ferita attraverso cui il mondo fa il proprio ingresso in noi e noi dialoghiamo con il mondo.

Se esiste un principio di intenzionalità che guida la relazione Io-Tu, è probabile che nella vergogna si possa scorgere, in maniera primordiale e preriflessiva, l'autoaccrescimento della reciprocità. Nel rapporto di scambio Io e Tu non stanno reciprocamente l'uno di fronte all'altro come soggetto e oggetto, ma come doppio infinito: un doppio che significa dare e ricevere, un decisivo innalzarsi verso forme sempre nuove della *reazione* e della doppia ricettività.

BIBLIOGRAFIA

- Binswanger, L. (1960), *Melancolia e Mania. Studi fenomenologici*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 2006
- Coetzee, J. M. (2000), *Vergogna*, Torino, Einaudi Ed.
- Heidegger, M. (1927), *Essere e Tempo*. Trad. it. Milano: Longanesi, 2005
- Husserl, E. (1913), *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Trad. it. Torino: Einaudi, 2002
- Husserl, E. (1940), *Umsturz der kopernikanischen Lehre in der gewöhnlichen weltanschaulichen Interpretation*. Manoscritto D III 17; col titolo *Grundlegende Untersuchungen zum phänomenologischen Ursprung der Räumlichkeit der Natur*, in *Philosophical Essays in Memory of Edmund Husserl*, a cura di M. Farber, Harvard University Press, Cambridge; trad. It di G. D. Neri, *Rovesciamento della dottrina copernicana nella corrente visione del mondo*, in «aut aut», 1991, n. 245
- Laing, R. D. (1959), *L'io diviso*, Torino: Einaudi, 2010
- Lewis, M. (1995), *Il Sé nudo. Alle origini della vergogna*, Milano: Giunti
- Minkowski, E. (1968), *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Trad. it. Torino: Giulio Einaudi, 1971
- Sartre, J. P. (1943), *L'Essere e il Nulla*, Milano: Il Saggiatore 2014



COME AIUTARE I BAMBINI A SUPERARE UN LUTTO

dott.ssa Lucarano
Psicologa, Psicoterapeuta
cognitivo-comportamentale

RIASSUNTO

La morte resta ancora oggi uno dei più grandi tabù, qualcosa di "innominabile". La nostra società è proiettata al culto del bello e del successo, pertanto nasconde sofferenza e morte, considerate come un fallimento della medicina e della tecnologia.

In questo clima culturale sembra impensabile parlare della morte ai bambini; un argomento su cui l'educazione tende a tacere.

Il lutto si impone tuttavia sia all'adulto che al bambino, impegnati ad affrontare lo smarrimento ed il vuoto, che ne derivano.

L'adulto è portato a sottovalutare la comprensione che il bambino può avere della morte, probabilmente poiché in modo difensivo, tende a "rimuovere" un problema a cui lui stesso non ha trovato pienamente una soluzione. In realtà, i bambini hanno bisogno di sapere le cose importanti, che accadono alle persone che amano. Il silenzio, il mascheramento, il non dire li fa sentire più soli e smarriti, poiché non c'è nessuno a cui chiedere e da cui ricevere aiuto.

La sincerità e la vicinanza, invece, attenuano l'angoscia del bambino, che si sentirà più libero di

esprimere la sua sofferenza, in un clima di condivisione e non di reticenza.

La morte rappresenta quella parte di vita a cui ci sforziamo di non pensare, ma che è comune a tutti. Pertanto è importante supportare i bambini nel processo di elaborazione del lutto, conoscere gli strumenti educativi e terapeutici per occuparsi della loro reazione emotiva e favorire l'adattamento ad una nuova vita.

PAROLE CHIAVE

Lutto, Elaborazione del lutto, Psicoterapia Cognitiva, EMDR.

INTRODUZIONE

La perdita di una persona cara, come può essere anche la morte di un animale domestico, le malattie o la perdita del lavoro, fa parte di quegli eventi dolorosi con cui gli esseri umani si confrontano nel corso della loro vita e che possono mandare in crisi il normale funzionamento psicologico di una persona.

John Bowlby (1980), con la sua teoria etologica dell'attaccamento, ha descritto le varie reazioni



che compaiono dopo la perdita di una figura significativa; l'assenza di tale figura attiva il sistema motivazionale dell'attaccamento, un sistema motivazionale innato (Liotti, 2001), che spinge l'individuo alla ricerca della persona assente e a fare qualunque cosa sia possibile per riottenere la sua vicinanza e le sue cure. Quando gli sforzi falliscono compare una profonda tristezza ed un sentimento di disperazione. Nell'opera *"La perdita"*, Bowlby distingue nel cordoglio quattro fasi, dai contorni sfumati:

1. **Stordimento ed incredulità:** questa prima fase può durare da qualche ora ad una settimana ed è caratterizzata da uno stato di shock, in cui la persona sembra non comprendere la realtà della perdita, evento molto doloroso e per questo incomprensibile. Compaiono emozioni di ira e dolore intenso.
2. **Struggimento per la persona perduta:** questa fase può durare mesi, spesso anche anni; da un lato la persona inizia a prendere atto della realtà, reagendo con dolore, disperazione e disorientamento, dall'altro continua la ricerca della persona persa, per un bisogno estremo di riaverla con sé. Predominano altresì reazioni di ira e collera, che secondo Bowlby hanno la funzione di conferire energia ai tentativi di recuperare la figura d'attaccamento perduta e convincerla a non rinnovare l'abbandono (1980).
3. **Disorganizzazione e disperazione:** è la fase più lunga e delicata del processo di elaborazione; la ricerca della persona cara pone in luce la sua definitiva assenza, vissuta con una generalizzata tristezza ed un persistente umore depresso. Lo stato di vigilanza della precedente fase lascia il posto ad un minore arousal e un apparente disinteresse verso tutto ciò che accade.
4. **Riorganizzazione:** rappresenta la fase della "ristrutturazione"; si realizza il distacco dalla persona scomparsa ed un progressivo riadattamento alla realtà, con il graduale recupero di interessi e relazioni sociali. Questa "ridefinizione" comporta un atto cognitivo, non solo emo-

tivo, di costruzione di nuovi schemi rappresentativi interni di sé e della persona persa, con la definitiva consapevolezza dell'irreversibilità della morte.

COSA CAPISCONO I BAMBINI DELLA MORTE

La costruzione del concetto di morte nel bambino è un processo che implica diverse tappe del pensiero, che progressivamente si succedono e che conducono alla possibilità di dare un pieno significato all'evento della perdita intorno ai cinque anni (Verardo e Russo, 2008).

Prima dei cinque/sei anni difficilmente il bambino ha una comprensione cognitiva del concetto di morte, che viene paragonata al semplice dormire e quindi percepita come uno stato temporaneo e reversibile. I bambini piccoli, tuttavia, percepiscono intensamente le emozioni dei propri genitori e il clima emotivo del contesto familiare, che vive il lutto.

I cambiamenti dell'ambiente domestico turbano il mondo delle loro sicurezze e possono manifestarsi una maggiore irritabilità, disturbi del sonno, dell'alimentazione, variazioni del modo di piangere e giochi ripetitivi.

In seguito, in età scolare, al concetto di morte si aggiunge la caratteristica di inevitabilità. Nonostante le speranze di un ritorno, i bambini vivono intensamente la perdita e il dolore, perché sono in grado di capire cosa sia la sofferenza.

Negli anni della preadolescenza emerge un'idea più realistica della morte, vista come parte integrante della vita.

A questa età di solito emerge un interessamento per i dettagli legati all'evento, come il funerale ed il rito di sepoltura ed una curiosità, sollecitata talvolta dall'educazione religiosa, sul perché si muore e su cosa ci sia dopo la morte.

Nell'adolescenza i ragazzi sono in grado di comprendere la morte in termini "adulti", in maniera più matura e profonda. Il lutto di un genitore, di una persona significativa, di un compagno di scuola, però, può configurarsi come un'esperienza di difficile gestione, poiché va a collocarsi in una fase di passaggio, che implica già comples-

si mutamenti a livello fisiologico, psicologico ed emotivo.

LE REAZIONI EMOTIVE DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI

Nell'infanzia non si può parlare di "fasi", poiché il bambino entra ed esce dal lutto privo di una struttura cognitiva ed emotiva, tale da renderlo in grado di sostenere per lungo tempo il dolore. I tempi del lutto sono più brevi inoltre per il minore, a causa delle sue difese che lo portano a distogliere subito



il pensiero dalla perdita e a staccarsi da tale realtà, per non soffrire troppo.

Qualora il processo di elaborazione del lutto avvenga in modo adeguato, il bambino comincerà a disinvestire le energie sulla persona cara defunta e a focalizzarle su nuove relazioni con gli altri (Bowlby, 1980).

Solitamente i bambini più piccoli esprimono la tristezza a tratti, a intervalli, poiché non riescono a tollerare a lungo una forte emozione negativa; questo fenomeno viene chiamato "short sadness span", ovvero breve periodo di tristezza.

Possono essere molto confusi e non capire quello che sta accadendo.

Non avendo raggiunto una padronanza completa del linguaggio, non riescono ad esprimere verbalmente le proprie emozioni e manifestano la sofferenza attraverso il comportamento (Ronchetti, 2012).

Nei più grandi differentemente vi è una tendenza ad isolarsi, una scarsa capacità di concentrazione, inappetenza o eccessivo appetito, difficoltà nel dormire, diminuito interesse per ciò che accade intorno. Talvolta il bisogno impellente di piangere potrà suscitare allo stesso tempo un senso di vergogna, attribuendo tale comportamento tipicamente ai bambini più piccoli.

È importante quindi normalizzare e validare tale reazione emotiva, rassicurando il minore sulla comprensibilità di questi sentimenti in una situazione così dolorosa.

Le reazioni emotive più comuni sono: la **negazione**, un importante meccanismo di difesa che riflette il desiderio di voler allontanare l'accaduto doloroso dai propri occhi e dal proprio cuore; la **rabbia** come reazione alla perdita, che serve per portare energia ai tentativi che il bambino compie per recuperare la persona persa; il **senso di colpa** ed il **rimpianto**; la **paura** che viene generalizzata alle altre figure di riferimento ed anche a se stesso; uno stato di confusione, a causa delle diverse emozioni che si alternano repentinamente ed anche si mescolano insieme.

Sono molteplici i fattori, interni ed esterni, che possono determinare reazioni differenti al lutto nei



bambini, implicando maggiore o minore rischio di esiti psicopatologici:

- caratteristiche personali e psicologiche del bambino (età, maturità affettiva e sociale, temperamento);
- risorse della famiglia (clima affettivo, capacità comunicative, status socio-economico);
- persona che si occupa del bambino durante questo processo;
- il grado di parentela e la tipologia del legame di attaccamento con la persona defunta;
- informazioni ricevute sulla morte;
- modalità di manifestazione del dolore e partecipazione al lutto familiare;
- modalità in cui è avvenuta la perdita;
- religiosità o spiritualità manifestate dalla famiglia di appartenenza.

Il lutto di un genitore rappresenta ciò che Bowlby (1980) ha definito "trauma della perdita": il bambino che attraverso la relazione con la sua figura d'attaccamento stava modellando il suo Sé, perde alcune modalità di relazione affettiva, che costituiscono la struttura per il senso del Sé stesso.

Il dolore è intenso e duraturo e rappresenta un fattore di rischio per uno sviluppo sano, se il bambino non viene sostenuto nel processo di elaborazione del lutto. Oltre a perdere un "oggetto d'amore", si rimane privi di un supporto identificatorio.

Il suicidio, altresì, rappresenta una morte inaspettata, violenta e traumatica; il dolore e il senso di perdita che fanno seguito, durano più a lungo. I sopravvissuti si sentono spesso abbandonati e rifiutati dalla persona cara e provano un sentimento di rabbia.

In particolare il bambino deve essere informato

di questa morte al più presto possibile; non contano i particolari, quanto le risposte semplici ed essenziali.

È importante riferire da subito che è stata la persona cara a decidere di togliersi la vita, che non è riuscita ad evitare di farlo e che, se avesse saputo come fare, avrebbe preferito rimanere con i suoi parenti.

Bisogna puntare su una duplice spiegazione, da un lato che il suicida aveva una malattia della mente che non gli permetteva di vivere bene, dall'altro che abbia commesso un errore, facendosi così male da uccidersi. È opportuno chiarire che è una cosa difficile da capire, che non ha niente a che fare con il bambino e che non è assolutamente colpa sua se la persona si è tolta la vita.

COME INTERVENIRE

Durante il processo di elaborazione del lutto, possono avere un ruolo importante gli interventi di supporto forniti sia ai bambini sia ai genitori.

Lo scopo di tali interventi sarà quello di ridurre l'impatto potenzialmente negativo della perdita e di evitare lo sviluppo di un trauma psicologico.

È necessario sostenere i genitori mentre accompagnano il bambino lungo le fasi del lutto, ricordando loro che le tre cose di cui il piccolo ha bisogno sono il supporto, l'ascolto, la continuità (Verardo A.R., 2015).

Qualunque sia il lutto cui va incontro il bambino, egli non deve mai essere lasciato solo con il proprio dolore o con la presupposta assenza di dolore.

L'istinto genitoriale è tentato a proteggerlo dalla morte di una persona cara, ma in realtà il tenere nascosta la verità serve solo ad alimentare l'insicurezza ed il clima di sospettosità, impedendo un lineare processo di elaborazione del lutto.

Non bisogna ingannare i bambini, isolandoli dalla realtà e dicendo loro cose non vere, ma parlare con semplicità e sincerità di ciò che è accaduto. I bambini hanno bisogno di sapere che non verranno tenuti all'oscuro di cose importanti.

Questa consapevolezza risparmierà loro un'ansia senza fine e sapranno che potranno contare su

persone degne di fiducia e disponibili. Questo senso di sicurezza è vitale in un momento in cui si sta affrontando una perdita.

Bisogna ricordare ai piccoli che le persone che sono venute a mancare ci vogliono ancora bene ed anche se non si possono vedere, continuano ad essere vive nei cuori, attraverso il ricordo.

Un interrogativo molto comune riguarda l'opportunità o meno di portare i bambini ai funerali, preoccupandosi dell'effetto di un evento così triste sul loro benessere.

I funerali, tuttavia, sono importanti e sono per chi resta; simbolicamente rappresentano l'ultimo saluto alla persona amata, l'ultima occasione per dirle addio.

In linea di massima, il bambino dovrebbe partecipare al rito funebre, per non privarlo della possibilità di piangere quel caro scomparso e di condividere insieme agli altri familiari il proprio dolore.

È fondamentale, innanzitutto, condividere con il bambino la decisione di partecipare al funerale e non forzarlo se si rifiuta di andarci. Il minore va reso partecipe del rituale, per questo deve essere preparato e informato in modo preciso di quello che accadrà, di come si svolgerà la cerimonia, passo dopo passo, in modo che possa familiarizzare con il nuovo ambiente. Si possono affidare ai bambini anche dei semplici compiti, che diano valore alla loro presenza, come offrire un piccolo dono al defunto, per esempio dei fiori, un disegno o scrivere un bigliettino per esprimere un particolare addio.

Dopo la sepoltura, è consigliabile ritornare a visitare la tomba della persona defunta, almeno una volta, soprattutto per quei bambini che non hanno partecipato al rito funebre. Il cimitero e quindi la tomba favoriscono l'idea di cosa significhi essere "morto" e soprattutto di dove vanno a finire i corpi di coloro che non ci sono più.

La visita al cimitero si può condividere con il bambino e può essere pianificata con anticipo; la permanenza vicino alla tomba può essere breve, anche di dieci minuti. Si possono portare dei fiori ed anche lasciare dei bigliettini.

PROPOSTE DI INTERVENTI

Il tema della morte può essere introdotto anche attraverso la lettura di fiabe e/o la visione di cartoni animati, che hanno lo scopo pedagogico di familiarizzare con questa tematica e lenire il dolore: la storia di "Stellina" (Elschner e Schwarz, 2002) racconta la vita e la morte nella natura umana; "Una mamma come il vento" (Bertron, 2001), una fiaba breve, adatta anche per i più piccoli; la storia "Nic e la Nonna. Quando si perde una persona cara" (Luciani, 2011) in cui si affronta il delicato tema della perdita, attraverso il protagonista Nic, un topolino che perde la sua amata nonna; il cartone animato "Bambi" di Walt Disney (1943), in cui un cerbiatto di nome Bambi, perde la sua mamma, uccisa dai cacciatori; il film d'animazione "Koda Fratello Orso" di Walt Disney (2003), in cui si racconta la storia di Sitka, Denahi e Kenai, tre fratelli che vengono divisi per sempre da una tragedia.

È utile impostare un lavoro di psicoeducazione, ricorrendo anche al disegno. Una proposta può essere quella di far costruire il cosiddetto "*orologio dei sentimenti*" per facilitare il dialogo con l'adulto. Il bambino guarderà l'orologio di giorno in giorno e manifesterà attraverso di esso i suoi sentimenti, imparando così a nominarli, a prenderne consapevolezza e a dividerli con una persona di riferimento.

Per la reazione emotiva di tristezza e depressione potrebbe essere utile costruire una "scatola dei ricordi"; bisognerà raccogliere insieme al bambino delle foto che preferisce della persona defunta, magari qualche cartolina che gli aveva inviato, gli oggetti che ricordano di lui/lei. La scatola sarà diversa per ciascun componente della famiglia, ci saranno scatole molto piene, altre meno, ma non per questo di minor valore.

L'espressione emotiva, inoltre, può essere favorita da *attività di scrittura*, che incoraggino il bambino ad esporre pensieri, domande e sentimenti sulla persona scomparsa, come ad esempio la scrittura di un diario.

Un'altra attività utile è modellare l'*argilla* o la *creta*, che ai bambini generalmente piace. At-



traverso questi materiali si può dar forma ad un loro desiderio: creare la persona che non c'è più o fare un oggetto da portare come dono al cimitero.

Il bambino potrebbe realizzare anche qualcosa che lo faccia arrabbiare, condividendo il motivo della sua scelta ed essere poi libero di decidere cosa fare dell'oggetto. Potrebbe volerlo distruggere o semplicemente non fare niente, costruire e parlare; qualsiasi azione rappresenta un suo modo di scaricare la rabbia e questo può essergli utile.

Per lavorare sul senso di colpa, un'attività carina è rappresentata dal *"palloncino porta messaggi"*: si fa scrivere al bambino un messaggio che vuole mandare al suo caro, si arrotola il bigliettino e lo si lega, con un filo, alla parte finale del palloncino, gonfiato con l'elio. Il bambino alla fine lascia andare il palloncino e con esso il suo messaggio. Il pallone ovviamente sarà solo un mediatore simbolico, ma procurerà una certa serenità, permettendo di portare a conclusione un'azione lasciata in sospeso.

Non si vuole far credere che dal cielo una mano prenda il biglietto, quanto lasciar passare il messaggio che la morte non interrompa tutto e che, in qualche modo, si può raggiungere il cuore di chi vogliamo bene, che non c'è più.

Per aiutare i bambini a gestire le proprie emozioni, possono essere utili inoltre diverse discipline e tecniche, che vanno dalla respirazione, al massaggio, allo yoga, al rilassamento, alla mindfulness.

Si tratta di interventi che sono finalizzati ad incrementare la consapevolezza delle proprie percezioni corporee ed emozionali e a controllarle.

La mindfulness, ad esempio, abitua i più piccoli a coltivare la propria presenza mentale, fisica ed emotiva.

Si potrebbe anche chiamare *"heartfulness"*, cioè presenza del cuore e quindi delle emozioni, poiché il concetto riguarda il nostro intero essere (Kabat-Zinn J., 2013).

Gli studi in ambito medico e scientifico dimostrano che la mindfulness è una capacità essenziale nella vita e può avere conseguenze determinanti

per la nostra salute fisica e mentale. Tale tecnica sostiene e potenzia l'apprendimento, l'intelligenza emotiva ed il benessere generale. Programmi educativi che mirano alla consapevolezza sono sempre più diffusi nelle scuole ed inseriti nei percorsi didattici.

Gli esercizi di respirazione, in cui i bambini imparano a prendere contatto con il proprio respiro, a sentire cosa succede dentro di loro, ad osservare i pensieri andare e venire, senza reagire in maniera automatica, si possono rilevare molto utili. In un momento difficile, quale quello del lutto, tali esercizi offrono un'ancora di salvezza per superare la tempesta interiore ed imparare a gestire le emozioni difficili.

L'EMDR NEL TRATTAMENTO CON BAMBINI E ADOLESCENTI

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, è una tecnica psicoterapeutica, inizialmente nata per il trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress, ma oggi usata per affrontare diversi disturbi clinici, conseguenti ad esperienze traumatiche.

Le basi teoriche dell'EMDR risiedono nel Modello dell'Adaptive Information Processing (AIP), ovvero il Modello di Elaborazione Adattiva delle Informazioni, adottato da Shapiro (1995), che presuppone che in tutti gli esseri umani esista una funzione neurobiologica innata che tende all'elaborazione dell'informazione. Questo implica che, in condizioni normali, le informazioni in entrata, vengono elaborate e si trasformano in materiale adattivo, che si integra in maniera funzionale con le esperienze e le informazioni del passato (Dworkin, 2010).

I problemi di questo processo possono sorgere quando l'esperienza non è adeguatamente elaborata, come nelle esperienze traumatiche. In questi casi l'elaborazione dell'informazione non avviene in maniera adattiva e le informazioni rimangono isolate nelle proprie reti neurali, non essendo in grado di connettersi con altre reti di

memoria, che contengono informazioni più adattive. Viene quindi compromessa la possibilità di integrazione, con la conseguenza che le informazioni rimangono racchiuse nel cervello nella loro forma specifica, ovvero immagazzinate come sono state provate al momento dell'esperienza, con le stesse componenti emotive, sensoriali, cognitive e fisiche.

Impiegando l'EMDR in psicoterapia è possibile accedere alle informazioni memorizzate in maniera disfunzionale, andando ad attivare l'innato sistema che permette di elaborare le informazioni.

Questa attivazione può avvenire grazie alla procedura del protocollo standard dell'EMDR, caratterizzato, in particolare modo, dalla stimolazione bilaterale degli occhi; l'obiettivo è quello di creare collegamenti tra le reti mnestiche e una memorizzazione più adattiva delle informazioni (Solomon e Shapiro, 2008).

Il protocollo standard dell'EMDR subisce delle modifiche quando viene applicato ai bambini e agli adolescenti, poiché il lavoro con i soggetti nell'età evolutiva richiede maggiori attenzioni. In particolare, è necessario collaborare con i genitori durante tutto il trattamento terapeutico, sviluppare e mantenere viva la motivazione, in quanto non è il bambino che ha chiesto di andare in terapia.

I tempi di attenzione dei bambini, inoltre, sono più brevi ed è presente anche una difficoltà nella verbalizzazione, per cui è importante essere più concreti e privilegiare il lavoro sulle immagini, anziché sulle cognizioni e le emozioni. Bisogna altresì utilizzare tecniche alternative per indurre i movimenti oculari, inserire elementi di gioco, essere flessibili, pieni di risorse e attenti alle esigenze del bambino (Greenwald, 2000).

Nel caso di lutti, l'intervento EMDR sarà volto a sviluppare la narrativa del bambino rispetto alla sua esperienza di perdita, laddove presenti dei punti non integrati o delle lacune; l'esplicitazione in forma dichiarativa di quello che prova, sarà di per sé molto terapeutica. Tale approccio facilita le fasi del processo di elaborazione del lutto, non eliminando il dolore, ma aiutando il bambino a non sviluppa-

re credenze disfunzionali ed a non generalizzare il senso di insicurezza e pericolo alle altre figure di riferimento (Verardo e Russo, 2008). In questo modo potrà altresì recuperare i ricordi positivi della persona che non c'è più.

CONCLUSIONI

I bambini hanno bisogno di sapere cos'è la morte, da cosa è causata, cosa succede dopo e gli adulti di riferimento devono con delicatezza supportarli in questo lungo cammino.

Ogni bambino è diverso e quindi anche la sua reazione ad un lutto non sarà la stessa di un altro minore, di fronte ad una situazione di perdita.

È importante, pertanto, preservarne la soggettività e pianificare progetti educativi e terapeutici che tengano conto delle diversità e siano calibrati sulle particolari esigenze del bambino.

L'infanzia viene spesso considerata come un momento felice, da proteggere dal dolore; ma la sofferenza e la tristezza fanno parte di ogni età e spetta a noi adulti aiutare i più piccoli a familiarizzare con queste reazioni emotive.

È importante dare speranza al bambino, dargli fiducia che la morte di una persona cara non annulla l'affetto, i ricordi, che continuano anche dopo.

È un percorso certamente complicato, a volte lontano dalla risoluzione, ma che con pazienza e cura arriverà a vedere la luce.

Il lutto è un tema triste, ma d'altro canto evidenzia come i legami importanti e significativi non trovano fine neanche con la morte, ma si trasformano e rimangono impressi nei cuori.

«Dove vive la nonna ora che se ne è andata? "Non sotto terra", dice il nonno, "perché non amava né i vermi né le talpe. Né vola in cielo tra le nuvole, perché non ce la farebbe con i suoi 85 chili". E se fosse sempre nel suo giardino, leggera come la carezza di una farfalla?...» (Voltz, 2005, pp.16-22).

BIBLIOGRAFIA

- Bertron A. (2001). *Una mamma come il vento*. Motta junior, Milano.



- Bonanno G.A., Lilienfeld S.O. (2008). Let's be realistic: when grief counseling is effective and when it's not. *Professional Psychology* 39, 3, 377-380.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita. Vol.1.* Tr. it. Boringhieri, Torino, 1976.
- Bowlby J. (1972). *Attaccamento e perdita. Vol.2.* Tr. it. Boringhieri, Torino, 1978.
- Bowlby J. (1980). *Attaccamento e perdita. Vol.3.* Tr. it. Boringhieri, Torino, 1983.
- Bowlby J. (1988). *Una base sicura.* Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.
- Center for the Advancement of Health (2004). *Report on bereavement and grief research. Death Studies* 28, 491-575.
- Dworkin M. (2005). *EMDR and the Relational Imperative: The Therapeutic Relationship in EMDR.* Routledge New York. Tr. it. *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR.* Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
- Elschner E., Schwarz L. (2002). *Stellina.* Nord-Sud Edizioni, S. Martino Buon Albergo (VR).
- Fernandez I., Maxfield L., Shapiro F. (2009), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), in Giannantonio M. (2009), *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi.* Centro Scientifico Editore, Milano.
- Fitzgerald H. (2002). *Mi manchi tanto! Come aiutare i bambini ad affrontare il lutto.* Tr.it. di Rosalba de Pinto, Edizioni la Meridiana, Molfetta (BA).
- Greenwald R. (2000). *L'EMDR con bambini e adolescenti.* Tr.it. di Angelina Cunsolo, Astrolabio, Roma.
- Grollman E. (2002). *Perché si muore? Come trovare le parole giuste: un dialogo tra figli e genitori.* Red Edizioni, Milano.
- Lieberman A.F., Compton N.C., Van Horn P., Ghosh Ippen C. (2003). *Losing a parent to Death in Early Years.* Zero to Three, Washington, D.C. Tr.it. *Il lutto infantile. La perdita di un genitore nei primi anni di vita.* Mulino, Bologna 2007.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G. (1994/2005). *La dimensione interpersonale della coscienza.* NIS, Roma (nuova edizione Carocci Editore, Roma)
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Luciani R. (2011). *Nic e la Nonna. Quando si perde una persona cara.* Giunti Progetti Educativi, Firenze.
- Onofri A., La Rosa C. (2015). *IL LUTTO Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR.* Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Oppenheim D. (2004). *Dialoghi con i bambini sulla morte.* Erikson, Trento.
- Perry B.D. (2005). The neurosequential model of therapeutics: using principles of neurodevelopment to help traumatized and maltreated children. In Boyd Webb N. (Ed.) *Working with traumatized Youth in child welfare.* Guilford Press, New York.
- Ronchetti F. (2012). *Per mano di fronte all'oltre. Come parlare ai bambini della morte.* Edizioni La Meridiana, Molfetta (BA).
- Shapiro F. (1995/2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures.* Guilford Press, New York. Tr. it. Fernandez I. (a cura di) *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari.* Mc Graw-Hill, Milano 2000.
- Sheeringa M. S. (2004). *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment.* Oxford University Press. Oxford, 377-397.
- Snel E. (2015). *Calmo e attento come una ranocchia. Esercizi di mindfulness per bambini (e genitori).* Red Edizioni, Milano
- Solomon R. M., Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Model. *Journal of EMDR Practice and Research* 2, 4, 315-322.
- Tatarelli R., Pompili M. (2008). *Il suicidio e la sua prevenzione.* Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Van der Kolk B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals* 35, 5, 401.
- Verardo A.R., Russo R. (2008). *Tu non ci sei più e io mi sento giù.* Edizioni EMDR Italia.
- Voltz C. (2005). *La carezza della farfalla.* Edizioni Arka, Milano.
- Wolf E. (2007).



EMOTIONAL SUITE:[®] ARTE E PSICOLOGIA PER LA RIDUZIONE DELLO STRESS.

UN'OPERA D'ARTE È SOPRATTUTTO
UN'AVVENTURA DELLA MENTE.

EUGÈNE IONESCO

dott. Turco

Psicologo, Ipnologo, Project Manager and
Trainer of Antistress Academy, Lecce.

Member of the Scientific Technical
Committee of Mediterranean
Observatory in Digital Culture and
Tourism of UniSalento, Lecce.

RIASSUNTO

Emotional Suite è un progetto ideato in ottica *wel-being*, con lo scopo principale di ridurre in modo significativo il livello di stress percepito/vissuto dalla persona. Nasce dall'esperienza professionale in ambito antistress in contesti lavorativi e nel settore turistico-ricettivo e dalla necessità di combinare tecniche psicologiche all'arte e alla musica.

Emotional Suite è uno spazio in cui colori, forme, arte, suoni, musiche si incontrano e si mescolano magicamente, come un connubio pragmatico tra cromoterapia e musicoterapia, portando il fruitore, progressivamente, a vivere uno stato emotivo esplorativo, rivalutativo e direi simil riabilitativo (Turco, 2017).

PAROLE CHIAVE

arte, psicologia, antistress, benessere, psicofisiologia, colore, emotional suite.

TRA ARTE E PSICOLOGIA

L'Arte è un'esperienza universale, accessibile e fruibile da tutti, in ogni tempo, in ogni spazio. È il miglior mezzo di comunicazione. L'Arte veicola, inventa, crea, ricostruisce significati e nuove realtà. Al contempo, rappresenta un bisogno, una normale necessità dell'animo umano, una vera motivazione intrinseca (Arieti S., 1990; Arnheim R., 1969; Bateson G., Bateson, M.C., 1989; Carotenuto A., 1991; Cavallo M., Salis I., 2000; Dewey J., 1966; Fornaril F., 1982; Kris E., 1962; Jung G., 1988; Lorenzetti L.M., 1995; Vygotskij L.S., 1976, 1993; Storr A., 1973). Usando le parole dello scrittore e poeta R.M. Rilke in *Letters to a Young Poet: Lasciar compiersi ogni impressione e ogni germe di un sentimento dentro di sé, nel buio, nell'indicibile, nell'inconscio irraggiungibile alla propria ragione, e attendere con profonda umiltà e pazienza l'ora del parto d'una nuova chiarezza; questo solo si chiama vivere da artista: nel comprendere come nel creare.*



Attraverso l'Arte può mutare il presente e contemporaneamente ci si può volgere al futuro, al tempo che sarà, raggiungendo nuovi livelli di conoscenza, proprio attraverso l'immaginazione, la fantasia, l'atto creativo. L'immaginazione diventa fondamentale nell'arte così come nella conoscenza.

L'Arte è un processo psicologico e terapeutico complesso, poiché mescola, unisce, sovrappone, consolida, affianca, sentimenti e aspetti consci e inconsci, razionali e simbolici, in un serio gioco tra infantilità, adultità e genitorialità (Bateson G., Bateson, M.C., 1989; Carotenuto A., 1991; Freud S., 1908, 1914, 1919, 1976; Jung G., 1982; Lacan J., 1974).

Il significato dell'Arte non si palesa solo attraverso la forma, il compiuto logico, ma investe artista e fruitore con i movimenti, le direzioni dell'animo, i colori delle passioni che sono anche ansie, paure, prospettive ... L'Arte come lavoro dell'animo umano e trasformazione (Bion W.R., 1970, 1972, 1973, 1990; Callieri B., 1992; Chasseguet-Smirgel J., 1973; Di Benedetto A., 1993a,b; Frances R., 1969; Freud S., 1908, 1914, 1919, 1976; Jung G., 1982; Lacan J., 1974; Laplanche & Pontalis, 1993; Loewald H.W., 1992; Rank O., 1986; Marino L., 1982; Segal H., 1980).

Durante l'atto creativo spirito e corpo si uniscono in un unico processo di conoscenza e approfondimento, attraverso un vero contatto interattivo profondo. L'artista si muove per scuotere lo stesso animo (suo e del fruitore), accelerando un vissuto che è anche esperienza corporea, oltre il semplice automatismo razionale e abitudinale, attingendo soprattutto al non noto. Si va oltre la percezione ovvia. L'Arte come contatto corporeo, viscerale, anche primordiale (Dewey J., 1966; Fornari F., 1982; Kris E., 1962; Jung G., 1988; Lorenzetti L.M., 1995; Vygotskij L.S., 1976; Laplanche & Pontalis, 1993; Loewald H.W., 1992; Rank O., 1986; Marino L., 1982; Segal H., 1980).

Se già Freud si chiedeva da dove avesse origine la materia dell'opera, si può proprio riflettere sul concetto di gioco e fantasia infantile. La fantasia come sfogo di tensione, di desideri insoddisfatti. L'artista si serve anche di ciò, di ricordi, di unioni e commi-

stioni originarie, biologiche, simboliche. La psiche, forse, è naturalmente propensa ad essere impressionata e scioccata dall'esperienza artistica, proprio davanti a rappresentazioni cromatiche. L'Arte anche come sublimazione, come retorica dell'inconscio. Nell'Arte lo stesso inconscio si manifesta, diventa ammissibile, scappa dalle briglie superegoiche (Freud S., 1908, 1914, 1919, 1976).

L'Arte anche come catarsi, vera purificazione, liberazione dalle passioni e dai capricci dell'animo umano, in un progressivo aumentare di consapevolezza. Gli affetti nell'Arte possono trovare una scarica e preservano dalle azioni patologiche e patogene. L'Arte come partecipazione emozionale attraverso manifestazioni passate e fantasmatiche, attraverso la riattualizzazione di scenari, attori, spettatori e fantasmi.

Un processo che si verifica anche in trance, in stato di parziale disattivazione del razionale e del logico. L'Arte come catarsi ma anche come trasposizione, ovvero trasformazione dalla natura all'arte.

L'Arte appare anche come liberazione da un conflitto, un peso, un agente patogeno ma anche come accrescimento dell'ideale dell'io, creando valore, amplificando l'individualità e il senso dell'essere.

Le angosce della posizione depressiva e il conseguente pressante bisogno di riparare, appaiono radici della creatività. L'artista crea, forse, una realtà parallela, una ricreazione di un tempo integro e amato ma poi smarrito, perduto, rovinato. L'Arte come ricostruzione interiore dunque, come mezzo per superare l'ansia e l'angoscia. L'Arte come espressione nevrotica (Freud S., 1908, 1914, 1919, 1976).

L'Arte come trasformazione, come graduale processo conoscitivo, dall'idea all'emozione che sinergicamente formano l'ispirazione. La creazione artistica continua però oltre l'evidente. Creazione, fruizione e ricreazione, in continui sconvolgimenti dell'animo. L'Arte come punto di arrivo e di ripartenza.

L'opera artistica contiene anche il passato e la storia dell'autore ma la conoscenza dello stesso non trapela solo dall'evidenza storica. L'Arte anche come grammatica dell'animo umano, poiché forse,

appare più rilevante non tanto quello che l'autore dice ma come lo dice.

L'Arte è anche opera nuova di realtà, realtà nuova come opera. Lo scopo è anche quello di dominare le cose, costruendole e annientandole contemporaneamente. L'Arte come non copia della realtà ma come realtà creata, come manifestazione simil psicotica.

L'essenza dell'arte forse rimarrà sempre fumosa, ingannevole, poco definita e definibile. L'artista viene risucchiato dall'ispirazione profonda, come un complesso autonomo, simile alla malattia. L'opera portata a termine diventa un simbolo legato ad un archetipo, ad una mitologia inconscia le cui "immagini primordiali sono proprietà comune dell'umanità". L'opera d'arte prodotta non è simbolica ma sintomatica. Si tratta di immagini mnemoniche non innate ma ereditate. Tali rappresentazioni pongono dunque dei limiti alla presunta fantasia (Arieti S., 1990; Arnheim R., 1969; Bateson G., Bateson, M.C., 1989; Carotenuto A., 1991; Cavallo M., Salis I., 2000; Dewey J., 1966; Fornaril F., 1982; Kris E., 1962; Jung G., 1988; Laplanche & Pontalis, 1993; Loewald H.W., 1992; Lorenzetti L.M., 1995; Marino L., 1982; Rank O., 1986; Segal H., 1980; Storr A., 1973; Vygotskij L.S., 1976, 1993).

L'Arte come relazione archetipica che commuove, che trascende le esperienze di vita e il periodo storico di riferimento, risvegliando un significato che è patrimonio comune, collettivo, universale.

TIME ACTION PAINING. L'APPROCCIO PSICO-ARTISTICO DEL PROGETTO EMOTIONAL SUITE

"L'Arte di Mirco Turco viene fuori con l'irruenza dell'attimo, dell'istante, quasi vomito dell'Inconscio, coinvolgendo l'essere nella sua totalità e diventando tutt'uno con la materia circostante che viene chiamata a partecipare, a prendere forma, a dare sostanza all'opera. Il colore si addensa sulla tela, corposo, dando alla superficie piana un aspetto tridimensionale che quasi spinge l'occhio a voler penetrare per scrutare i meandri del significato, del messaggio. Contemporaneamente, la mano vorrebbe saggiare l'emozione dello spessore, il contrasto della superficie, afferrare le linee, seguire le direttrici, infilarsi nelle fratture e rimarginare le lesioni, assaporando e

annusando virtualmente, con il conforto di tutti i sensi, l'energia che le ha messe in vita ... in un'esperienza che non è più solo visiva, ma multisensoriale. La mente ne viene fuori sconfitta, stremata dai tentativi di riuscire a dare forma a ciò che forma non ha, di incasellare razionalmente ciò che razionale non è, e quasi si arrende, lasciandosi trasportare laddove non esistono argini e confini, ma solo scorrere incessante di emozioni e sensazioni ... al di là del tempo e del senno ... (Dr.ssa Paola Greco, Ministero Pubblica Istruzione, Beni Culturali).

MOTIVAZIONI PSICOFISIOLOGICHE SULL'USO DEL COLORE

L'uso del colore per comunicare informazioni emotive e simboli per scuotere la memoria dello spettatore. In tal modo si sollecita la risposta emozionale inconscia (Kandel E.R., 2012; Muret M., 1991; Segal H., 1971; Winnicott, D.W., 1932).

Da tali considerazioni psicofisiologiche prende spunto la mia motivazione pittorica e psico-artistica. Lo scopo è quello di suscitare un senso ricercato di incertezza e ansia, proprio considerando che le immagini emotivamente cariche (di colore) inducono uno stato di eccitazione nell'osservatore e migliorano l'acquisizione di informazioni sensoriali.

La prima fase, detta *scansione percettiva*, comporta una visione globale dell'opera. La seconda fase, di *riflessione e immaginazione*, comporta la costruzione forzata di persone, luoghi, oggetti reali o simil reali. In tale fase l'osservatore afferra, capisce ed empatizza con la natura espressiva dell'opera. La terza fase è la *risposta estetica* che riflette i sentimenti dello spettatore.

Figure apparentemente semplici, come quelle astratte, hanno un minore numero di caratteristiche in competizione per l'attenzione, e quindi, ad esse viene dedicato più tempo (Kandel E.R., 2012). Inoltre, nella percezione di tali opere lo spettatore cerca di trovare, quasi a forza, un significato profondo, dedicandovi quindi più tempo. D'altra parte, non si tratta solo di percepire ma di vivere un'esperienza emotiva.

Il colore assume strategica importanza nel cervello dei primati, al pari delle rappresentazioni dei visi e delle mani. I segnali di colore vengono trattati nel



cervello in modo differente rispetto a luce e forme. Noi percepiamo i colori come dotati di specifiche caratteristiche emotive e la nostra reazione a tali caratteristiche varia a seconda dell'umore del momento. Il colore può quindi significare cose diverse per persone diverse. Ecco l'esperienza soggettiva. I colori mescolati e trattati in modo istintivo hanno lo scopo di creare nuove sensazioni di colore secondo regole quasi matematiche. *"È il colore a fare di tutto ... per suggerire il riposo o il sonno in generale ..."* (van Gogh).

La libertà cromatica diventa libertà dell'animo umano. Spazio anche al contrasto e alle svariate luminosità poiché le basi neurali della percezione dei colori, dimostrano che il nostro cervello percepisce le forme in gran parte grazie ai valori di luminosità. Inoltre, noi percepiamo il colore di un oggetto circa 100 millesecundi prima della sua forma o del suo movimento (Kandel E.R., 2012).

Il nostro cervello elabora gli aspetti dell'immagine relativi alla percezione emotiva più rapidamente degli aspetti relativi alla forma.

Scopo diventa, allora, quello di realizzare un'esplosiva gamma cromatica ed una consequenziale spinta emozionale, senza precedenti ...

IL COLORE: RIFLESSIONI TRA SIMBOLI E ARCHETIPI

I colori comunicano valori emotivi, rapporti e contrasti, forti sensazioni e tensioni, nonché le proprietà della materia, i suoi processi e trasmutazioni. Sono in grado di evocare un temperamento, uno stile, una vocazione o un ordine gerarchico. Riescono a definire, differenziare, mescolare.

I colori hanno un ruolo centrale nell'opus alchemica. Paradossalmente, era proprio l'amarezza dell'esistenza a generarli, un "veleno" in grado di tingere. Il significato attribuito a questo fatto dagli alchimisti è che nella personalità la massa caotica di affetti, desideri insoddisfatti, imperfezioni morali e disillusioni veniva attivata dal calore e bruciata nel processo di conoscenza di sé stessi. Il residuo, immaginato come sale bianco o cenere, rappresentava sia le scorie corrosive di questi elementi contrastanti sia il rilascio dello spirito ermetico di trasformazio-

ne che li differenziava e sintetizzava in uno spettro unificato di colori o qualità dell'anima (The Archive for Research in Archetypal Symbolism, pag. 636).

Il colore è una risposta neurale, una reazione biochimica e un fenomeno psicologico e ha a che fare con la complessità della cultura e del linguaggio. Esso esercita un influsso su di noi, riecheggiando nella memoria, negli istinti, nel corpo e in tutti i cinque sensi.

A proposito del colore blu, sovente, definito il colore antistress, Goethe ha scritto *"... una superficie blu sembra allontanarsi da noi ... ci trascina al suo seguito"*. Ma anche al suo interno: nel lontano cielo azzurro, nel profondo blu del mare. Il blu non è un colore terrestre e, ad eccezione proprio del cielo e il mare, è il più raro in natura. Il blu è legato anche all'eternità, all'oscuro oltretomba, alla bellezza sovrannaturale, alla trascendenza religiosa, alla dimensione spirituale e mentale. Allo stesso tempo, il blu dona un'impressione di freddezza. Raffredda e calma. La luce blu rallenta il battito cardiaco e la pressione sanguigna. La nota blu, una nota bemollizzata inserita in una melodia in chiave maggiore è un segno distintivo del jazz. Il blu può essere, al contempo, una via di mezzo tra la dera disperazione e il bianco della speranza e della chiarezza, evocando uno stato di riflessione e distacco. Il blu conferisce sempre profondità ... (The Archive for Research in Archetypal Symbolism, pag. 650).

IL PERCORSO EMOTIONAL SUITE

I 5 quadri, tele in acrilico e malta, sono state realizzate secondo un personale approccio definito *Time Action Painting* e sono disposte in sequenza, creando un naturale "percorso emotivo" sino ad uno stato progressivo di rilassamento (Turco, 2017). Per le tre tele con i colori prevalenti (rosso, viola e azzurro) sono state abbinare delle musiche volte a smuovere prima l'animo umano, le emozioni, i ricordi, per poi condurlo lentamente in uno stato di maggior quiete, rilassamento psicofisico, armonia, tranquillità.

Il percorso esperienziale viene suggellato dalla misurazione di alcuni parametri fisiologici che possono essere indicativi del livello di stress (pressione

arteriosa e frequenza cardiaca) e le misurazioni vengono effettuate prima e dopo tale esperienza, al fine di avere una prima evidenza oggettiva sulla praticità e utilità del percorso.

In *Emotional Suite* è quindi importante fermarsi, respirare consapevolmente, vivendo pienamente le emozioni, tra ricordi, suoni e colori che hanno, ovviamente un alto impatto psichico. Di seguito, il vissuto psicologico dei colori prevalenti utilizzati:

- rosso: eccitazione, attività, entusiasmo, affettività, forza;
- viola: trasformazione, mistero, ricerca, fascino, suggestione;
- blu: rilassamento, calma, serenità, armonia, ap-
pagamenti;

Le musiche scelte abbinate alle tre tele principali sono: *"La frequenza dei ricordi; Time e Weight Less"*. I due quadri aggiuntivi, senza musica abbinata, rinforzano l'esperienza estetica del fruitore ed hanno lo scopo di attivare ulteriormente l'inconscio della persona: una tela grigia ed una marrone. // grigio che può trasferire vissuti di maturità, dignità, intelligenza ma anche blocco o spinta all'azione; il marrone, invece, come materia, simbolismo materno, rigenerazione, interiorità, accoglienza.

Sequenza del percorso *Emotional Suite*:

Tele principali:

1. *Me te ora senza fine* (tela con il colore rosso prevalente).
 2. *Lavaggio dei pensieri* (tela con il colore viola prevalente).
 3. *La pazienza del tempo* (tela con il colore blu prevalente).
 4. Tele "neutre":
 5. *Il tempo di nessuno* (tela con il colore grigio prevalente).
 6. *Reset* (tela con il colore marrone prevalente).
- L'esperienza antistress ha una durata di circa 20 minuti,



Me-Te-Ora senza Fine

Acrilico su tela, 2013, 80x90

Progetto grafico utilizzato per il testo «Mente Criminale», 2014



Il Lavaggio dei Pensieri

Acrilico su tela, 2012, 90x90



La Pazienza del Tempo

Acrilico su tela, 2014. 90x90

oltre al tempo dedicato alla misurazione dei parametri fisiologici e ad uno scambio di feedback post esperienza. I partecipanti parlano di *“esperienza interessantissima, inconsueta, rilassante e profondamente toccante”*.

L'attività di *Emotional Suite* è stata condotta per un primo periodo di due mesi, su un campione di circa 100 persone. Lo spazio dell'attività è stato strutturato all'interno di un'area relax, Energy Center, adibito presso un Resort Antistress sito in Ugento, Lecce. Ovvì approfondimenti e specifiche seguiranno a tale prima innovativa esperienza.

CONSIDERAZIONI NON CONCLUSIVE

Non possiamo trarre, a momento, delle conclusioni certe, anche perché quando concludiamo significherà che ci siamo stancati di pensare! È indubbio, però, che musica e arte insieme costituiscano un ottimo e sano rimedio antistress, considerando non solo il vissuto e le testimonianze dirette dei fruitori ma anche l'evidenza di alcuni dati fisiologici. In circa il 98% delle persone che hanno provato *Emotional Suite*, infatti, si è constatato una riduzione della percezione/vissuto di stress con un mutamento significativo dei parametri fisiologici (pressione e frequenza cardiaca). Inoltre, ulteriori considerazioni interessanti, degne di ulteriori appro-

fondimenti, possiamo fare in base alla preferenza delle tele utilizzate. Ad esempio, coloro che mostravano segnali di maggior stress (pressione più alta e frequenza cardiaca sopra la norma) hanno preferito la tela blu, definita *“tela antistress”*. Coloro che già avevano parametri fisiologici medio-bassi, invece, preferivano la tela rossa o viola, definite *“più cariche e motivazionali”*. Interessante anche l'interpretazione delle tele astratte. Coloro che si sentivano più stressati, tendevano a manifestare una necessità di scovare forzatamente un significato, dando una interpretazione più razionale. Coloro che, invece, si sentivano rilassati, sembravano non avere tale necessità di interpretare le tele, mostrando una vera e propria tolleranza all'ambiguità. Tali riflessioni sono in armonia con alcuni studi in materia di difesa e facilitazione percettiva in condizioni di stress e comfort. Nell'immediato futuro l'esperienza verrà ripresentata e approfondita, con lo scopo di amplificarne non solo i benefici ma anche la risonanza in termini scientifici e culturali.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1982). *Filosofia e società: le espressioni filosofiche nella cultura dell'ottocento e del novecento*, Zanichelli Editore, Torino.
- AA.VV. (1982). *Estetica e psicologia*, Il mulino, Bologna.
- AA.VV. (1995). *Sublimazione, suggestione, seduzione*, (a cura di) P. Bria, S. De Risio, E. Orlandelli, Edizioni Universitarie Romane.
- Arieti S. (1990). *Creatività. La sintesi magica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Arnheim R. (1969). *Verso una psicologia dell'arte*, Einaudi, Torino.
- Bateson G., Bateson, M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano.
- Bion W.R. (1970). *“Una teoria del pensiero.”* In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, 1962, Roma.
- Bion W.R. (1973). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, Armando editore, Roma.
- Bion, W.R. (1972, 1990). *Apprendere dall'esperienza*, Armando editore, Roma.
- Callieri B. (1992). *Dimensioni antropologiche della psicopatologia della corporeità*. In: *IN Informazione, psicologia, psicoterapia, psichiatria*, n° 17, ott.- dic. 1992.
- Carotenuto A. (1991). *Trattato di psicologia della*

- personalità e delle differenze individuali*; Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cavallo M., Salis I. (2000). *L'Arte come esperienza*. In *Artiterapie*, n.3-4 2000.
 - Chasseguet-Smirgel J. (1973). *Per una psicoanalisi della creatività e dell'arte*; Guaraldi Editore, Rimini.
 - Dewey J. (1966). *L'arte come esperienza*, La Nuova Italia Editrice, Firenze.
 - Di Benedetto A. (1993a). *La sublimazione nella prospettiva di Bion e Matt Blanco*. In : *Rivista di psicoanalisi*, XXXIX; 1.
 - Di Benedetto A. (1993b). *Sublimazione ed estetica*, in "PSICHE. Rivista di cultura psicanalitica", Anno I, n° 3.
 - Fornari F. (1982). *Dall'esperienza naturale di bellezza ad un fondazione psicoanalitica dell'estetica*, in: AAVV: *Estetica e psicologia*, Mulino, Bologna.
 - Francès R. (1969). *Psicologia dell'estetica*, Edizioni Paoline, Roma.
 - Freud S. – *Il poeta e la fantasia (1908)* – *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci (1910)* – *Il Mosé di Michelangelo (1914)* – *Il perturbante (1919)* in: *Psicoanalisi dell'arte e della letteratura*, GTE Newton, Roma 1993.
 - Freud S., *Psicoanalisi – Esposizione divulgativa in 5 conferenze*, Newton Compton Editore, Roma, 1976.
 - Jung G. (1988). *Psicologia e poesia*, Boringhieri, Torino.
 - Jung G. (1982). *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*, Boringhieri, Torino.
 - Kandel E.R. (2012). *L'età dell'Inconscio*. Cortina Editore.
 - Kris E. (1962). *Ricerche psicoanalitiche sull'arte*, Einaudi Editore, Torino.
 - Lacan J. (1974). *Scritti I-II*, Einaudi Editore, Torino.
 - Laplanche & Pontalis (1993). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Laterza, Roma-Bari.
 - Loewald H.W. (1992). *La sublimazione*, Bollati Boringhieri, Torino.
 - Lorenzetti L.M. (1995). *La dimensione estetica dell'esperienza*, Franco Angeli, Milano.
 - Marino L. (1982). *Arte e conoscenza*, Loescher Editore, Torino.
 - Muret M. (1991). *Arteterapia*, Red Edizioni, Como.
 - Rank O. (1986). *L'artista. Approccio a una psicologia sessuale*, SugarCo, Milano.
 - Segal H. (1971). *Un approccio psicoanalitico all'estetica*, in: AAVV *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano.
 - Segal H. (1980). *Melanie Klein*, Bollati Boringhieri, Torino.
 - Storr A. (1973). *La dinamica della creatività*, Astro-labio, Roma.
 - The Archive For Research In Archetypal Symbolism (2010). *Il libro dei Simboli. Riflessioni sulle immagini archetipiche*. Taschen, Koln.
 - Turco M. (2017). *Unique Antistress Experience, il Metodo Internazionale per Liberarsi dallo Stress e Vivere Sereni*, Primiceri Editore, Padova.
 - Vygotskij L.S. (1976). *Psicologia dell'arte*, Editori riuniti, Roma.
 - Vygotskij L.S. (1993). *Immaginazione e creatività nell'età infantile*, Editori Riuniti, Roma.
 - Winnicott, D.W. (1932). *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma.





PERCEZIONE, PROIEZIONE E RAPPRESENTAZIONE.

dott. Frateschi

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

RIASSUNTO

L'autore descrive tre concetti significativi per la psicologia e per la psicoanalisi, articolandoli sul piano clinico e approfondendo la loro interazione secondo un orientamento psicodiagnostico e psicoterapeutico psicodinamico. La percezione, la proiezione e la rappresentazione vengono delineati ed elaborati con un breve excursus storico psicologico e psicoanalitico, da Freud alla psicoanalisi contemporanea, fino ad una configurazione in cui sono in correlazione nella declinazione clinica psicodinamica psicoevolutionista, attraverso un contributo di metodi innovativi di analisi e interpretazione in un quadro composito teorico – metodologico moderno.

PAROLE CHIAVE

Psicodiagnosi e Psicoterapia Psicodinamica.

L'orientamento psicodinamico nell'ambito clinico psicodiagnostico e psicoterapeutico può essere sviluppato nella direzione di una graduale estensione teorica e applicativa di alcuni concetti traducibili nella prassi. Una direzione che propongo si articola su tre concetti: percezione, proiezione e rappresentazione. L'approfondimento che gradualmente si svilupperà, potrà rendere evidenti le correlazioni tra i tre concetti dapprima presentati, quindi confrontati su piani differenti e, infine, rielaborati rispetto ad interventi clinici psicodinamici.

Una prima descrizione della percezione proviene da

Dalla Volta (1974) che sostiene che la percezione è un "processo con cui l'organismo, a seguito dell'eccitamento dei recettori sensoriali e con l'intervento di altre variabili, acquista consapevolezza dell'ambiente, così da poter reagire adeguatamente rispetto a oggetti, qualità o eventi che lo contraddistinguono. Non appartengono alla percezione le immagini mentali, le quali non sono provocate direttamente da impressioni sensoriali.

La percezione è da sempre selettiva nel senso che degli oggetti, qualità o eventi, che possono in un dato momento agire come stimoli, ne è avvertita soltanto una parte. E la selezione è legata non soltanto a caratteristiche degli stimoli, ma anche a fattori personali. Operano come fattori personali tendenze e motivi, fisiologici e sociali", in particolare, a proposito della percezione ambigua afferma: "L'organizzazione percettiva, quanto più gli stimoli sono debolmente strutturati, tanto più è instabile e influenzabile dai determinanti personali del processo. E appunto questa condizione dà luogo al processo di proiezione ... Percezioni visive di carattere ambiguo sono soprattutto frequenti quando l'illuminazione degli oggetti è insufficiente o la distanza eccessiva, od anche quando la presentazione è troppo rapida.

Alcune volte, a parte queste condizioni, aspetti particolare della configurazione degli oggetti possono dar luogo a fenomeni di ambiguità percettiva. In questi casi, forme di significato indefinito possono

successivamente assumere gli aspetti più disparati ... Il processo percettivo ambiguo si verifica tipicamente nella prova Rorschach e in altre tecniche proiettive simili, eseguite con macchie. Meno studiate sono le percezioni ambigue in situazioni naturali. Esse si verificano più facilmente negli stati emotivi, specialmente in quelli ansiosi, come l'attesa e la paura, che ne influenzano in modo caratteristico il significato".

La psicologia della Gestalt approfondisce molteplici aspetti della percezione. Gerbino (1983) rileva che: "Le percezioni di totalità organizzate su più livelli di articolazioni parti/tutto sono altrettanto dirette delle cosiddette sensazioni; cioè di quelle impressioni che si danno con stimoli molto impoveriti, ma che comunque costituiscono un elaborato rendimento visivo. D'altra parte, proprio perché la struttura dell'esperienza viene attribuita esclusivamente al funzionamento del sistema sensoriale, si ammette che la percezione è mediata da processi capaci di aggiungere significato ad un materiale che originariamente ne è privo ... Riconoscendo la realtà fenomenica delle relazioni strutturali tra parti e tutto, Wertheimer (1923) individuò alcuni fattori di organizzazione formale, i quali costituiscono una prova diretta del fatto che l'analisi elementare dell'informazione ottica è insufficiente. Varie dimostrazioni di Wertheimer sono costituite proprio in modo da mettere in evidenza che nell'ambito dell'esperienza fenomenica non esistono soltanto degli elementi isolati, nemmeno quando si vede bene che essi sono isolati ... Da parte degli psicologi della Gestalt (Köhler 1947) si sottolinea con forza che l'informazione ottica è una collezione di elementi indipendenti, raggi che viaggiano verso il punto di vista rimanendo ignari l'uno del percorso dell'altro: la formazione di unità, di ordine più elevato di quello degli elementi puntiformi, e le proprietà strutturali, che così emergono, sono una prerogativa del sistema sensoriale".

Lo psicoanalista Musatti (1931) dice: "I raggruppamenti formali che si costituiscono nel complessivo campo percettivo si realizzano in modo che gli elementi parziali, i quali vengono a costituire una forma determinata, presentano fra loro una deter-

minata specie di omogeneità e risultano eterogenei con gli elementi che rimangono esclusi e distinti da quella forma".

Freud delinea la percezione interna e la percezione esterna: "... La percezione interna fornisce sensazioni relative a processi appartenenti ai più svariati, e certamente anche più profondi strati dell'apparato psichico. Di tali sensazioni si sa poco; la cosa migliore è ancora rifarsi al modello costituito dalla serie piacere-dispiacere. Queste sensazioni sono più primordiali, più elementari delle sensazioni provenienti dall'esterno, e possono prodursi anche in stati di coscienza crepuscolare. Mi sono occupato altrove della loro grandissima importanza economica e del loro fondamento metapsicologico. Sono sensazioni plurilocalizzate al modo stesso delle percezioni esterne, e possono provenire contemporaneamente da luoghi diversi, per cui le loro qualità possono essere diverse e perfino tra loro opposte ... al problema dello scopo e delle finalità della vita avremmo dato una risposta "dualistica" (Freud S., 1923).

Proseguiamo su una precisazione di Dalla Volta (1974) riguardante la proiezione rispetto alla percezione: "Il termine proiezione spesso si estende, oltre alle reazioni percettive e ai sentimenti e alle emozioni che l'accompagnano, a valutazioni di comportamenti e di giudizi in genere, nonché alle condotte che ne derivano. Secondo la psicoanalisi, si tratta di un meccanismo inconscio attraverso il quale contenuti mentali repressi vengono attribuiti ad altre persone od oggetti. Generalmente questo meccanismo è utilizzato a scopo di difesa contro impulsi inaccettabili da parte dell'ego. Si presenta prevalentemente nella paranoia e l'esempio tipico è costituito dal delirio di persecuzione".

Il confronto sulla dinamica del soggetto che percepisce e della proiezione può articolarsi ampiamente negli ambiti della psicologia e della psicoanalisi. A questo riguardo Laplanche e Pontalis (1967) affermano: "In psicologia si parla di proiezione per designare i processi seguenti: a) il soggetto percepisce l'ambiente e risponde a esso in funzione dei propri interessi, attitudini, abitudini stati affettivi duraturi o momentanei, attese, desideri, ecc. Tale correla-



zione tra Innenwelt e Umewelt è una delle acquisizioni della biologia e della psicologia moderne, specie sotto l'impulso della psicologia della forma. Essa si verifica a tutti i livelli del comportamento: un animale ritaglia nel campo percettivo alcuni stimoli privilegiati che orientano tutto il suo comportamento; un uomo d'affari considererà tutti i suoi oggetti dal punto di vista di ciò che si può acquistare o vendere ("deformazione professionale"); la persona di buon umore è incline a vedere tutto roseo, ecc. Più profondamente, strutture o tratti essenziali della personalità possono comparire nel comportamento manifesto. Questo fatto è alla base delle tecniche proiettive: il disegno del bambino rivela la sua personalità; nelle prove standardizzate costituite dai test proiettivi propriamente detti (Rorschach, TAT, per esempio) il soggetto è messo di fronte a situazioni poco strutturate e a stimoli ambigui, il che consente «di leggere, secondo regole di decodificazione proprie del tipo di materiale e di attività creativa proposto, alcuni tratti del suo carattere e alcuni sistemi di organizzazione della sua condotta e delle sue emozioni». b) il soggetto mostra col suo atteggiamento che egli assimila una persona a un'altra: si dice allora, per esempio, che egli «proietta» l'immagine di suo padre sul suo principale. Viene denominato così, in modo poco appropriato, un fenomeno che la psicoanalisi ha scoperto sotto il nome di transfert. c) il soggetto si assimila a persone estranee o, inversamente, assimila a sé stesso persone, esseri animati o inanimati. Per esempio, si dice correntemente che il letto di romanzi si proietta in questo o in quell'eroe e, nell'altro senso, che La Fontaine, ha proiettato negli animali che compaiono nelle sue favole sentimenti e ragionamenti antropomorfici. Tale processo dovrebbe essere incluso piuttosto nel campo di ciò che gli psicoanalisti chiamano identificazione. d) il soggetto attribuisce ad altri le tendenze, i desideri, ecc. che egli non riconosce in se stesso: il razzista, per esempio, proietta sul gruppo disprezzato le proprie colpe e le proprie inclinazioni inconfessate. Questo senso, che English e English denominano *disowning projection*, sembra il più vicino a quello che Freud ha descritto col nome di *proiezione*.

Su un piano psicodinamico il soggetto "porta fuori da sé" e dispone nell'altro, persona o cosa delle immagini, delle fantasie, dei simboli, dei sentimenti, dei desideri e ogni forma di «oggetto». Possono essere attribuiti, quindi, ad una persona, ad un oggetto o ad un ambiente, in varia forma, dimensione e misura, elementi rappresentativi, fantastici, simbolici, affettivi, sentimentali, emotivi, cognitivi, che riguardano solo la personalità del soggetto.

"La proiezione trova il suo principio più generale nella concezione freudiana della pulsione. È noto che, per Freud, l'organismo è sottoposto a due tipi di eccitamenti generatori di tensioni: quelli che esso può fuggire e da cui può proteggersi, e quelli che non può fuggire e contro i quali non esiste all'inizio uno scudo antistimolo; è questo il primo criterio della distinzione tra interno ed esterno. La proiezione appare quindi come il mezzo di difesa originaria contro gli eccitamenti interni che sono troppo spiacevoli a causa della loro intensità: il soggetto li proietta all'esterno, il che gli permette di fuggirli e di proteggersi da essi: «...si instaura la propensione a considerarli come se non agissero dall'interno, ma dall'esterno, al fine di poter usare contro di essi gli stessi mezzi di difesa con sui il sistema si protegge dagli stimoli esterni. È questa l'origine della proiezione». La contropartita di tale beneficio è, come nota Freud, che il soggetto si trova costretto ad accordare piena fiducia a ciò che ormai sottoposto alle categorie del reale.

Freud fa svolgere un ruolo essenziale alla proiezione, accoppiata con l'introiezione, nella genesi dell'opposizione soggetto (Io)- oggetto (mondo esterno). Il soggetto «... assume in sé gli oggetti offertigli, in quanto costituiscono fonti di piacere, li introietta, e caccia d'altra parte fuori di sé ciò che nel suo stesso interno diventa occasione di dispiacere (meccanismo della proiezione)». Questo processo di introiezione e proiezione si esprime «nel linguaggio dei più antichi moti pulsionali orali» con l'opposizione di ingerire-rigettare. È questa la fase di ciò che Freud ha chiamato «l'Io-piacere allo stato puro».

Gli autori che considerano questa concezione freudiana in una prospettiva cronologica si chiedono se

il movimento proiezione- introiezione presupponga e produca la differenziazione tra interno ed esterno. Anna Freud per esempio scrive che « ... la proiezione e l'introeiezione sono metodi che si basano sulla differenziazione dell'io dal mondo esterno». Essa si oppone quindi alla scuola di Melanie Klein che ha messo in primo piano la dialettica dell'introeiezione- proiezione dell'oggetto «buono» e «cattivo» e ci ha visto la stessa base della differenziazione interno-esterno.

In un senso paragonabile a quello cinematografico, il soggetto invia al di fuori l'immagine di ciò che esiste in lui in modo inconscio. La proiezione consiste qui in una forma di misconoscimento, cui corrisponde, come contropartita, la conoscenza nell'altro proprio di ciò che viene misconosciuto nel soggetto. Come un processo di espulsione quasi reale, il soggetto getta fuori di sé ciò che non vuole e lo ritrova poi nel mondo esterno. Schematicamente, si potrebbe dire che qui la proiezione è definita non come un 'non voler conoscere', ma un 'non voler essere'. La prima prospettiva riduce la proiezione ad un'illusione, la seconda la innesta in una bipartizione originaria tra soggetto e mondo esterno.

A proposito dei test proiettivi, si potrebbe mostrare facilmente che non si tratta soltanto di strutturazione di stimoli in corrisponde con la struttura di personalità: il soggetto, nelle tavole del TAT in particolare, proietta certamente ciò che è, anche ciò che rifiuta di essere" (Laplanche e Pontalis, 1967). Riprenderei, ora, alcuni riferimenti tratti dalla psicodiagnostica, che ho elaborato, per svilupparli nell'analisi e nella valutazione clinica psicodinamica psicoevoluzionista.

Brelet (1986) afferma che: "Nel T.A.T., come nel Rorschach, l'"espressione" che viene data al moto inconscio deve passare attraverso il contenuto della tavola. Nei termini propri al T.A.T., la storia costruita deve essere "a una buona distanza" dal contenuto latente della tavola e deve trovare in esso la propria fonte, dunque lasciandone trasparire, in modo sufficientemente velato ma comunque presente, la risonanza fantasmatica ... Il movimento di proiezione, che normalmente ci si attende durante il test, costituisce uno spazio – di sogno, di

gioco, di proiezione – in relazione con il materiale della tavola proposto dallo psicologo. Le due forze si deformano l'una in funzione dell'altra, sulla base di un modello simile a quello indicato da Winnicott a proposito dell'area transazionale, e creano uno spazio fantasmatico, che è contemporaneamente "lo e non-lo". In un certo numero dei nostri protocolli, questo movimento di proiezione di quanto è fantasmaticizzato all'esterno ("Non sono io, è l'eroe di questa tavola) sembra mal "distaccarsi" dal soggetto, o ritornargli nel corso dell'elaborazione della storia (secondo un meccanismo d'identificazione proiettiva in senso kleiniano questa volta)".

Per Murray (1938, 1943) è la proiezione immaginativa, rispetto alla proiezione cognitiva, più direttamente interessata nelle tecniche proiettive, ed in particolare nel T.A.T.; Murray, inoltre caratterizza la proiezione supplementare rispetto a quella complementare. La prima si riferisce a: storia, personaggio, pulsioni, bisogni, desideri, timori; la seconda ai 'costituenti della figura', cioè tendenze e qualità delle figure che compongono il pensiero del soggetto con il quale dispone la relazione nella sua fantasia.

Sceglierei quanto viene affermato da Bohm sulla tecnica del test di Rorschach a proposito dei fenomeni particolari: "Lo *choc-colore* è il più frequente ed anche il più importante per la pratica tra i fenomeni del Rorschach. Si tratta di un comportamento provocato dallo stupore suscitato dall'azione dei colori sull'affettività; questo comportamento assume una forma meno pronunciata che nel rifiuto, Ma in molti casi, lo stupore può diventare così forte che esso giunge allora al rifiuto... *Il fenomeno di interferenza*. Osserviamo in alcuni soggetti (non in tutti), che presentano , a volte lo choc allo scuro e lo choc-colore, prodursi un fenomeno caratteristico: gli effetti dei due choc interferiscono l'uno con l'altro. Un effetto ritardato molto naturale dello choc allo scuro è di far sentire l'apparizione dei colori comuni come un sollievo. L'incubo del colore scuro si allontana; il soggetto posa in qualche modo il piede «sulla terra ferma» e il corso delle associazioni è di nuovo più facile" (Bohm, 1969). Altri fenomeni particolari descritti da Bohm sono le *combinazioni*



simultanee e successive, la fusione figura-sfondo, e altri ancora (Frateschi M., 2012).

In psicodiagnostica, in riferimento al T.A.T., la sistematica di Bellak (1944, 1952, 1954) fornisce uno schema interpretativo dei meccanismi elementari che stanno alla base della proiezione e che può servire a spiegare qualunque comportamento proiettivo, da quello di fronte ad un test, fino a quello del paranoico.

La sequenza è la seguente:

1. Presenza di un certo atteggiamento, sentimento, pensiero, pulsione, ecc.,
2. Sua inibizione da parte dell'Ego e del Superego; esclusione dalla coscienza e dalla motilità;
3. Persistere di uno stato di prontezza recettiva (disposizione, set) ad agire in accordo a questo atteggiamento, sentimento, pensiero ecc.,
4. Percezione di uno stimolo, di solito incapace, o anche capace di suscitare ed attivare quelle specifiche attitudini, sentimenti, pensieri, ecc.,
5. Inibizione di questa azione da parte dell'Ego e del Superego, a causa delle possibili conseguenze morali e pratiche; e inibizione del riconoscimento di questo atteggiamento come proprio;
6. Aumentata recettività a percepire qualunque stimolo come fosse collegato a quella pulsione e generalizzazione; fino al punto che quasi ogni stimolo è più o meno associato con quell'atteggiamento inibito.

Bellak riprende il termine di 'appercezione' secondo Hebart: "processo per cui una nuova esperienza è assimilata e trasformata ad opera di tutto il resto della passata esperienza di un individuo, per formare una nuova globalità. Il residuo della passata esperienza è detta massa appercettiva". Si può presumere, quindi, una percezione oggettiva di uno stimolo con un'interpretazione successiva in termini di distorsione appercettiva.

Sul piano psicoterapeutico psicodinamico si può rilevare reciprocità e interazione della percezione e della proiezione. Un fenomeno che prendiamo in considerazione è quello della "identità di percezione" (*Wahrnehmungsidentität*), tratto da Freud, come riportato da Nunberg (1951) che si riferisce al fatto che: "una percezione attuale di un'idea ravviva

idee o emozioni antiche, inconsce, rimosse, a un grado che esse sono percepite come immagini attuali, sebbene il loro significato non sia riconosciuto dall'apparato psichico cosciente così le idee e le emozioni presenti e quelle antiche diventano per un momento identiche". Nunberg, in riferimento alla proiezione del Super-Io sull'analista, dice che: "mediante questa proiezione, 'l'immagine del padre' è esteriorizzata e così percepita come quasi-realtà". Egli insiste sulla proiezione, dunque, considerando il transfert in termini di distorsione della percezione.

"Il soggetto di fronte alla sovrastimolazione della fantasmatica inconscia provocata dalle tavole del T.A.T. reagisce con le stesse difese che utilizza in altre circostanze della vita e delle quali si avvale nel raccontare la storia, modalità espressive che sono l'analogo delle modalità di funzionamento della difesa e della pulsione. Alcuni soggetti, certamente, "proiettano" ciò che rifiutano d'essere nella storia T.A.T. ma ciò deve essere allora attribuibile alla loro modalità personale di funzionamento, alla loro specifica reazione, al loro modo di 'tirarsi fuori' dinanzi al sovraccarico di eccitazioni" (Brelet, 1986). Per Laplanche e Pontalis (1967) : "Ci si potrebbe perfino chiedere se la tecnica proiettiva non susciti prevalentemente il meccanismo di proiezione del 'cattivo' al di fuori", dovrebbe allora ottenere una risposta più sfumata: le tecniche proiettive favoriscono in effetti il funzionamento di tipo primitivo, per riprendere il termine di Freud. Ma nel soggetto cosiddetto nevrotico, questi procedimenti vengono coperti da altri, nettamente più economici, mentre essi appaiono chiaramente solo nei protocolli dei soggetti con una modalità di funzionamento psicotica, narcisistica, depressiva o al limite.

Brelet, inoltre, sostiene che: "La proiezione diviene conoscenza potenziale 'del sentimento inconscio'. Laplanche e Pontalis, nell'articolo dell'Enciclopedia della psicanalisi (1967), sottolineano il 'carattere normale' che ha per Freud il meccanismo della proiezione, ad esempio nella superstizione, nella mitologia, nell'animismo: L'oscura conoscenza di fattori e rapporti psichici inerenti all'inconscio si rispecchia nella costruzione di una realtà sovrasensibile, che

la scienza deve ritrasformare in psicologia dell'inconscio (Freud, 1901).

La proiezione, in questo senso più ampio cosiddetto 'normale', permetterebbe di esprimere in immagini o di mettere in scena, di esprimere in parole o di dare un significato a un'oscura conoscenza, a una percezione endopsichica. Essa avrà a che vedere con la costituzione di uno spazio di elaborazione psichica, di uno schermo di proiezione. In *'Totem e Tabù'* (Freud, 1912), la nozione di proiezione appare dapprima in occasione di un lavoro di comprensione del timore della morte nell'uomo primitivo e di evidenziazione dell'ambivalenza. Ovviamente, essa è considerata un processo difensivo".

Per ampliare la comprensione dei rapporti tra proiezione, percezione e rappresentazione riprendiamo una riflessione di Freud (1912) sull'evoluzione umana: "La proiezione tuttavia non è stata creata per la difesa, essa si verifica 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.

Ciò è forse connesso geneticamente col fatto che la funzione dell'attenzione era diretta in origine non al mondo interno, bensì agli stimoli che affluiscono dal mondo esterno, e che ad essa i processi 'endopsichici' venivano resi noti solo attraverso sensazioni di piacere e di dispiacere. Fu necessaria la formazione di un linguaggio intellettuale astratto, fu cioè necessario stabilire un nesso fra i residui sensoriali delle rappresentazioni verbali e i processi interni, affinché questi si rendessero gradualmente percepibili. Prima di allora gli uomini primitivi avevano sviluppato, mediante la proiezione di percezioni interne verso l'esterno. Un'immagine del mondo esterno che noi ora, essendoci affinata la nostra percezione cosciente, dobbiamo ritradurre

in psicologia ... Ciò che noi, in stretta analogia con l'uomo primitivo, proiettiamo sulla realtà esterna può essere altro che il riconoscimento della situazione in virtù della quale da un lato, una cosa che risulti ai sensi e alla coscienza è presente, e d'altro lato la stessa cosa, in condizioni diverse è latente ma può riemergere".

Sulla proiezione come modalità di conoscenza, sullo schermo proiettivo e lo schermo del sogno Brelet (1986) aggiunge: "In luogo dell'esigenza interna che mirava a tenerlo occupato è intervenuta un'esperienza esterna le cui pretese sono state soddisfatte. Un sogno è dunque anche una proiezione, una esteriorizzazione di un processo interno (Freud, 1915). Questo modello consente di far avanzare la comprensione del processo T.A.T.. Si può fare l'ipotesi che nel T.A.T. la tavola agisca come un residuo diurno, venendo annessa al moto pulsionale, edipico, con il quale è entrata in risonanza, e venendo da esso fagocitata.

Freud scrive: "Si verifica il medesimo decisivo progresso in direzione della formazione del sogno: si forma il desiderio onirico preconscious il quale dà espressione all'impulso inconscio tramite il materiale dei residui diurni preconscious" (Freud, 1915).

Nel T.A.T., come nel Rorschach, l' "espressione" che viene data al moto inconscio deve passare attraverso il contenuto della tavola. Nei termini propri al T.A.T. la storia costruita deve essere "a una buona distanza" dal contenuto latente della tavola e trovare in esso la propria fonte, dunque lasciando trasparire, in modo sufficientemente velato ma comunque presente, la risonanza fantasmatica".

Nella concezione del tempo, dello spazio e della qualità assume centralità la percezione della tavola "proiettiva" (Frateschi M., 2017).

"L'io invia piccole quantità di investimento nel sistema percettivo, mediante le quali assaggia gli stimoli esterni per poi ritirarsi dopo ogni puntata di questo genere (Freud, 1920)".

"Ma ciò dopo aver osservato che questo stesso lo ha sviluppato il suo funzionamento secondo un certo processo: per lui inizialmente avrebbe importanza solo sapere se una cosa possieda "la qualità buona", vale a dire meriti di essere accolta nell'io.



Successivamente è anche importante per lui sapere "se esista nel mondo esterno" ed è importante "non trovare nella percezione reale un oggetto corrispondente al rappresentato, bensì ritrovarlo, convincersi che è ancora presente" (Freud, 1925). Brelet (1986) completa con i quadri psicodinamici psicoanalitici clinici di tipo nevrotico e di tipo psicotico: " ... ciascun soggetto percepisce la tavola investendone preferenzialmente alcuni elementi. Le fantasmatiche di tipo nevrotico conducono il soggetto a privilegiare certi elementi del contenuto manifesto. Essi si insinuano facilmente, non senza angoscia, nella messa in scena conflittualizzata dei personaggi presenti. I funzionamenti psicotici si differiscono clinicamente non soltanto negli indici formali del discorso, ma anche nell'alterazione della percezione, dal momento che la gravidanza dei fantasmi inconsci rende difficoltoso il loro esame di realtà".

Segal scrive che, nell'analisi dei bambini, Melanie Klein ha messo in luce il meccanismo difensivo di "*identificazione proiettiva*", in cui "parti del Sé e degli oggetti interni sono scissi e proiettati sull'oggetto esterno, che diventa allora posseduto e controllato dalle parti proiettate, con le quali viene inoltre identificato", poi la Segal, in riferimento all'identificazione proiettiva patologica, esprime che «l'esperienza della realtà è sentita ... come una persecuzione ... La frantumazione dell'lo è un tentativo di liberarsi di ogni percezione ... Nello stesso tempo l'oggetto che è responsabile della percezione è odiato, e la proiezione mira a distruggere quel pezzetto di realtà – l'oggetto odiato – nonché a liberarsi dell'apparato percettivo che lo percepiva» (Segal H., 1968). Nella mia esperienza clinica uno strumento di valutazione psicodiagnostica e di trattamento psicoterapeutico è lo Scenotest di Von Staabs (1947, 1952), una tecnica proiettiva riguardante gli oggetti nello studio della personalità, che risulta pregevole per le possibilità di approfondimenti interpretativi sugli atteggiamenti interiori dei soggetti verso il mondo esterno, verso gli uomini e le cose, sulla percezione, sulla proiezione e sulla rappresentazione, sulle dipendenze e sui conflitti. Il soggetto nella costruzione delle scene rivela dinamiche con-

sapevoli e inconsapevoli, riguardanti le relazioni tra il mondo interno e il mondo esterno; un aspetto dinamico specifico è la dipendenza in rapporto al conflitto, che ho avuto modo di constatare e verificare sul piano clinico.

Un contributo fondamentale psicoanalitico sull'identificazione proiettiva è portato da Melanie Klein (1955): "L'identificazione proiettiva è connessa con processi di sviluppo che si instaurano durante i primi tre o quattro mesi di vita quando la scissione è al culmine e predomina l'ansia persecutoria. L'lo è ancora in gran parte non integrato, ed è perciò soggetto a scindere se stesso, le sue emozioni e i suoi oggetti interni ed esterni, ma la scissione è anche una delle difese fondamentali contro l'ansia persecutoria. Altri mezzi di difesa che insorgono in questa fase sono l'idealizzazione, il diniego, e il controllo onnipotente degli oggetti interni ed esterni. L'identificazione mediante proiezione implica che alcune parti del Sé siano non soltanto scisse, ma anche proiettate su di (o meglio in) un'altra persona".

"In particolare, la Klein descrive la proiezione come una difesa arcaica contro l'angoscia di annientamento e l'identificazione proiettiva come una caratteristica della posizione schizoparanoide. L'identificazione proiettiva viene definita (Klein, 1946) come il prototipo della relazione oggettuale aggressiva, che rappresenta un attacco anale contro un oggetto attraverso l'introduzione forzata in esso di parti dell'lo, allo scopo di assumere il controllo dei suoi contenuti o di dominarlo; un attacco che si verifica nella posizione schizoparanoide fin dalla nascita.

Con il termine identificazione proiettiva, Melanie Klein si riferisce a un processo fantastico mediante il quale il bambino di pochi mesi mette nel seno della madre le sue feci, la sua urina e parti di sé cattive, che ha scisso dalle altre e per mezzo delle quali aggredisce e controlla il suo oggetto. In conseguenza di questo processo, il bambino sente che la madre è gli elementi da lui proiettati. In tal modo, la Klein propone che esista fin dai primi stadi di vita un processo psichico attraverso il quale aspetti del Sé non sono semplicemente proiettati sulla rappresentazione psichica dell'oggetto ma dentro l'oggetto, in modo tale da controllare l'oggetto dall'interno e

giungere all'esperienza dell'oggetto come parte di sé" (Lingiardi V., Madeddu F., 2002).

In psicoterapia psicodinamica, le fasi dell'identificazione proiettiva secondo Gabbard (1994) sono così distinte: fase 1, il paziente disconosce e proietta nel terapeuta il proprio oggetto interno cattivo; fase 2, il terapeuta inconsciamente inizia a sentirsi e/o comportarsi come l'oggetto cattivo proiettato, in risposta alla pressione interpersonale esercitata dal paziente ("controidentificazione proiettiva"); fase 3, il terapeuta contiene e modifica l'oggetto cattivo proiettato, che viene successivamente reintroiettato e assimilato dal paziente ("identificazione introiettiva").

Si rivela l'importanza per lo psicoterapeuta psicodinamico dell'attenzione puntuale sul controtransfert. Come sostengono Lingiardi V., Madeddu F. (2002): "Per questa ragione, un terapeuta può dedurre dai propri sentimenti di controtransfert quali sono le caratteristiche delle parti di sé (controtransfert concordante), o degli oggetti interni (controtransfert complementare), che il paziente ha collocato in lui mediante l'identificazione proiettiva. La capacità del terapeuta di contenere e riflettere su tali rappresentazioni identificate proiettivamente in lui, senza agire i sentimenti a esse connesse, è fondamentale per il lavoro terapeutico".

Tornando sul mondo interno del bambino e sulla proiezione, possiamo riprendere quanto delineato da Klein: "Il mondo interno del bambino è rappresentato sin dall'inizio come un contenitore, a partire dal corpo, che egli parifica nella struttura e funzioni a quello della madre e possiamo immaginare un flusso continuo, un passaggio dall'uno all'altro di elementi psichici: prodotti o parti del corpo, oggetti, impulsi, parti del Sé, i quali vengono dal bambino proiettati nell'oggetto o introiettati, dentro di Sé. Ricordiamo anche la duplice spinta verso l'identificazione proiettiva, proveniente dalla pulsione epistemofila (Klein, 1921, 1931) e dall'angoscia dominante in quel momento, inteso quest'ultimo sia come istante sia come posizione in cui si trova il bambino.

La proiezione perde il suo limite di scarica e assume il significato e la funzione di difesa dall'angoscia di

morte, intollerabile per la fragilità strutturale dell'lo infantile, che si libera della parte distruttiva del Sé, depositandola nell'oggetto, trasformandolo e poi, re-introiettato, trasformando se stesso, il suo lo, tutti gli elementi prima proiettati e le relazioni tra loro.

L'eccessiva scissione ed espulsione di componenti del Sé nel mondo esterno indebolisce considerevolmente l'lo, inoltre l'identificazione di un oggetto con le parti odiate del Sé contribuisce a intensificare l'odio contro altre persone. L'espulsione e la proiezione di parti del Sé non concernono solo componenti cattive ma anche buone. In quest'ultimo caso, le parti dell'lo che sono espulse e proiettate nell'oggetto rappresentano le parti buone del Sé" (Lagache, 1952).

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".

"Quando il bambino volge lo sguardo al seno, costruisce l' "identità percettiva" dell'oggetto esterno, ed inizia a produrre un investimento affettivo sull'oggetto, in realtà a lui esterno. Con il passare dei mesi ciò procura angoscia, proprio mentre, direzionato dalla Motivazione Intrinseca Strutturale, esplora nuove mete, nuovi oggetti investiti di energia. Per acquietare l'angoscia, relativa alla consapevolezza della separazione dall'oggetto libidico affettivo, madre – seno, alimentata da riflessi in-



volutivi del Condizionamento Arcaico, il bambino è costretto ad impegnarsi verso uno sforzo evolutivo, in un nuovo slancio vitale, per un investimento di forze vettoriali e di energie, amoroso nel mondo esterno, che deve essere ricambiato da colei, che così diventa figura affettiva primaria femminile. Quindi, lo scambio affettivo amoroso gratifica in modo adeguato il bambino, che può procedere, nei successivi investimenti libidici, verso la madre, vivendo una separazione graduale, fiduciosa e dinamica" (Frateschi, 2007).

Il rapporto dinamico tra rappresentazione e difesa per Laplanche J. e Pontalis J. B. (1967) è un: "Complesso di operazioni la cui finalità è di ridurre e sopprimere ogni modificazione che possa mettere in pericolo l'integrità e la costanza dell'individuo biopsicologico. In quanto istanza che incarna questa costanza e cerca di mantenerla, l'io può essere descritto come la posta in gioco e l'agente di tali operazioni. La difesa è rivolta, in generale, contro l'eccitamento interno (pulsione) e, elettivamente, contro una rappresentazione (ricordo, fantasma) legata all'eccitamento è incompatibile con l'equilibrio interno e quindi spiacevole per l'io. La difesa può essere diretta anche contro gli affetti spiacevoli che sono motivi o segnali della difesa. Il processo difensivo utilizza determinati meccanismi di difesa più o meno integrati nell'io. Segnalata e permeata dalla pulsione, contro cui è diretta in ultima analisi, la difesa assume spesso un andamento coatto e opera almeno parzialmente in modo inconscio".

Quindi, attraverso un approfondimento del *sistema strategico psicoevolutivo difensivo*, riferito alla *psicoevoluzione* (Frateschi M., 1989), possiamo configurare una circolarità dei processi tra percezione-rappresentazione-autopercezione: "... presentandosi un'interferenza visiva nel mondo esterno, o presentandosi una perturbazione percettiva nel mondo interno, l'osservazione non potrebbe essere svolta senza un *tempo – durata*, del fenomeno o dei fenomeni; l'osservazione, tra l'altro non riguarderebbe solo l'oggetto, eventualmente presente e visto nel mondo esterno, ma anche le dimensioni interne spazio-tempo, che creano continuamente rappresentazioni mentali di figure e sfondi nel mondo in-

terno, riguardanti parti di una autopercezione, oltre che di una percezione verso il mondo esterno. Il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo elabora sicuramente l'interferenza visiva, anche se presente per una durata di una frazione infinitesimale di tempo, perché non crei squilibri psichici, pur minimi o lievi, dando correzione immediata segnaletica agli altri sistemi complessi del campo organismo, e tendendo all'equilibrio dinamico percettivo ed emotivo" (Frateschi M., 2012).

Prendiamo, ora, in considerazione alcuni aspetti della "rappresentazione". Amadei G., Cavanna D., Zavattini G.C. (2015) sostengono che: "Lo strutturarsi delle rappresentazioni implica un legame tra soggetto e oggetto che si delinea in modo stabile, continuativo e affettivamente denso, proprio grazie alla specificità e all'unicità dell'oggetto. In questo senso l'investimento nella relazione con l'oggetto diventa automaticamente l'investimento oggettuale tout court, dove i cambiamenti individuali che si verificano a livello emotivo ne costituiscono la forza motrice.

La rappresentazione presenta due facce della stessa medaglia: da un lato è un complesso insieme di regole che dà ordine agli stimoli esterni e interni e dunque, nel fare ciò, mette in atto un meccanismo regolatore inconsapevole. Questo significato di "struttura" è ciò che Sandler definisce non esperienziale: la rappresentazione di sé sarebbe alla stregua di quella che generalmente chiamiamo "immagine corporea", ossia uno schema organizzato che esiste al di fuori dell'esperienza soggettiva. L'altro aspetto ha a che vedere con una dimensione contenutistica, o esperienziale: cioè lo schema che organizza l'esperienza esiste in funzione di qualcosa di sostanziale, ossia dell'immagine interna dell'oggetto, il contenuto percettivo o ideativo della rappresentazione stessa ... Dunque rappresentazione come schema organizzativo del Sé, non esperienziale, e al tempo stesso come contenuto o campo di esperienza. Questi due ambiti sono sempre in stretta interconnessione tra loro, per cui il contenuto delle vicende soggettive influenza l'organizzazione e i processi non esperienziali, analogamente a come questi

ultimi si organizzano e plasmano ciò che è oggetto dell'esperienza soggettiva.

Questa posizione rappresenta uno spartiacque tra le posizioni più classiche derivanti dal pensiero freudiano e dalla teoria delle relazioni oggettuali e allo stesso tempo indica il tentativo di sottolineare il valore della fantasia dei desideri come nel modello classico della psicoanalisi, tuttavia pone al centro dell'indagine la ricerca della sicurezza dell'altro "reale" come messo in evidenza dagli autori che dagli anni '50 hanno sottolineato la specificità e l'influenza dell'oggetto e il ruolo delle failures genitoriali (Zavattini, 1999).

Il concetto di "mondo rappresentazionale" assume la funzione di coniugare diversi aspetti, definendo uno spazio intrapsichico nella relazione oggettuale, al cui interno il Sé trova spazio per dialogare con i suoi oggetti, sia interni che esterni, riconoscendone il valore e il significato. Pertanto gli oggetti, interni e esterni, in grado di corrispondere alle richieste del Sé diventano gli oggetti del desiderio, o in altri termini, di attaccamento del bambino, fondamentalmente concepiti in interazione tra loro. Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto altro non sono che rappresentazioni della loro reciproca interazione e la funzione adattiva centrale che l'Io deve compiere per mantenere il proprio senso di sicurezza è relativo alla regolazione dei propri stati affettivi ...".

Freud distingue due tipi di rappresentazioni: la rappresentazione della cosa, e la rappresentazione della parola. Laplanche J. e Pontalis J. B. (1967) dicono che sono: "Termini utilizzati da Freud nei suoi testi metapsicologici per distinguere due tipi di "rappresentazioni", quella – essenzialmente visiva – che deriva dalla cosa e quella – essenzialmente uditiva – che deriva dalla parola. Questa distinzione ha per lui una portata meta psicologica, in quanto il legame tra la rappresentazione della cosa e la rappresentazione della parola corrispondente caratterizza il sistema preconsciouso-conscio a differenza del sistema inconscio che comprende soltanto rappresentazioni della cosa.

La distinzione tra rappresentazione della cosa e rappresentazione della parola ha origine nelle ri-

cerche del giovane Freud sull'afasia. L'idea di rappresentazione della cosa è presente molto presto nella dottrina col termine "tracce mnestiche": queste si depositano nei diversi sistemi mnestici. In *L'interpretazione delle afasie* (1891) si incontra il termine Objektvorstellung; in *L'interpretazione dei sogni* (1899) quello di Dingvorstellung. Una delle definizioni più precise che Freud ha dato di questo concetto è la seguente: la rappresentazione della cosa "...consiste nell'investimento, se non delle dirette immagini mnestiche della cosa, almeno delle tracce mnestiche più lontane che derivano da quelle immagini". Questa definizione richiede due osservazioni:

1. La rappresentazione è qui nettamente distinta dalla traccia mnestica: essa reinveste, ravviva la traccia mnestica, che in se stessa non è altro che la descrizione dell'evento.

2. La rappresentazione della cosa non va intesa come un analogo mentale dell'insieme della cosa. La cosa è presente in diversi sistemi o complessi associativi a seconda dei suoi aspetti.

Le rappresentazioni della parola sono introdotte in una concezione che lega la verbalizzazione e la presa di coscienza. Già nel *Progetto di una psicologia* (1895) si incontra l'idea che l'immagine mnestica acquista "il segno di qualità" specifico della coscienza associandosi a una immagine verbale. Tale idea rimarrà costante in Freud. Essa è fondamentale per comprendere il passaggio dal processo primario al processo secondario, dall'identità di percezione all'identità di pensiero.

La si trova in *L'inconscio* (1915) nella forma seguente, che ne accentua il valore topico: "... la rappresentazione conscia comprende la rappresentazione della cosa più la rappresentazione della parola corrispondente, mentre quella inconscia è la rappresentazione della cosa e basta". Il privilegio della rappresentazione della parola non è riducibile a una supremazia dell'udito sulla vista. Non si tratta soltanto di una differenza tra gli apparati sensoriali. Freud ha mostrato che nella schizofrenia le rappresentazioni della parola sono anch'esse trattate come rappresentazioni della cosa, cioè secondo le leggi del processo primario; ciò avviene



anche nel sogno, in cui certe frasi pronunciate allo stato di veglia sono sottoposte alla condensazione e allo spostamento al pari delle rappresentazioni della cosa”.

Un altro aspetto che collega la percezione, la proiezione e la rappresentazione, secondo la psicoterapia psicodinamica psicoevoluzionista, è ricavato dal metodo de

ll'analisi e dell'interpretazione della *percezione psicoevoluzionista delle scene* (Frateschi M., 1988, 1989) che include, tra l'altro, l'analisi, l'elaborazione e l'interpretazione di due tipi specifici di Rappresentazione: Mentale e Scenica.

La Rappresentazione Mentale riguardante l'immagine di Sé, costruisce schema, conoscenza, immagine di Sé e ogni Ruolo agito nel mondo ad un livello di realtà tendenzialmente stabile, tale da non provocare nel mondo interno inquietudini, per oscillazioni verso estremi opposti, tutto o nulla, che provocherebbero angosce profonde nel nucleo d'identità.

La Rappresentazione Scenica proveniente dalla dinamica e dalle interazioni dei campi “setting interno” e “setting esterno”, configura l'analisi e l'interpretazione dei fenomeni e degli eventi percepiti, proiettati e rappresentati, della rappresentazione di Sé e delle relazioni soggetto-oggetto.

La rappresentazione di sé e la rappresentazione dell'oggetto vengono trattate da Kernberg, anche in riferimento alle funzioni degli affetti. “Secondo Kernberg, gli affetti, oltre ad avere una fondamentale funzione comunicativa, evidente fin dai primi scambi della diade bambino-caregiver, hanno anche una funzione chiave quali organizzatori delle relazioni oggettuali interiorizzate delle pulsioni e delle rappresentazioni. Egli ritiene, infatti, che la struttura psichica degli affetti sia composta da una combinazione di:

1. Rappresentazione di sé;
2. Rappresentazione dell'oggetto;
3. Stato affettivo che li lega (che definisce anche una relazione).

Le emozioni primitive sono sempre accompagnate da una cognizione, che consente di sapere se il mondo sia un luogo buono o cattivo, o se ci sen-

tiamo bene o male, o se vogliamo essere più vicini o più lontani a un dato stimolo. In quest'ottica, gli affetti fungono da sistemi motivazionali primari (Kernberg 1982; 2001), nel senso che la loro integrazione (affetti positivi e negativi) fissa la libido e l'aggressività come sistemi motivazionali sovraordinati. Allo stesso tempo, essi contribuiscono all'organizzazione di un mondo interiorizzato di relazioni oggettuali – nella misura in cui gli stati affettivi organizzano l'interiorizzazione della relazione tra il Sé e gli oggetti, sotto forma di rappresentazioni affettivamente investite” (Amadei G., Cavanna D., Zavattini G.C., 2015).

Altri contributi clinici dell'orientamento psicodinamico riguardanti la rappresentazione dell'oggetto e il disturbo narcisistico di personalità provengono da Gabbard (2015) che afferma: “Le principali controversie rispetto alla comprensione psicodinamica del disturbo narcisistico di personalità si sono incentrate attorno ai modelli di Kohut e Kernberg. Elsa Ronningstam (2011) ha osservato che tra gli autori psicoanalitici il disaccordo teorico verte principalmente sulla rappresentazione dell'oggetto. Mentre Kernberg ha differenziato l'oggetto del Sé e ha suggerito un maggior grado di separatezza interna, gli psicologi del Sé vedono l'oggetto come un'estensione del Sé che fornisce al paziente funzioni mancanti.

Secondo Kohut (1971, 1977, 1984) gli individui narcisisticamente disturbati si sono arrestati da un punto di vista evolutivo a uno stadio in cui hanno bisogno di specifiche risposte dalle persone del loro ambiente per mantenere un Sé coeso. In mancanza di tali risposte, questi individui tendono alla frammentazione del Sé. Kohut spiegava questo stato di cose come il risultato di fallimenti empatici genitoriali. In particolare i genitori non avevano risposto alle manifestazioni di esibizionismo del bambino, adeguate rispetto alla sua fase di sviluppo, con validazione e ammirazione, non avevano offerto esperienze gemellari, e non avevano fornito al bambino modelli di idealizzazione. Queste carenze si manifestano nella tendenza del paziente narcisista a generare un transfert speculare, gemellare, o idealizzante”.

Sul campo della rappresentazione e dell'emergenza proiettiva Green (2016) espone che: "Bisogna allargare lo spettro della rappresentazione come ha fatto Freud, in maniera tale da estendere l'ampiezza del suo ventaglio dal corpo al pensiero. In questo modo la rappresentazione è collocata in un campo al centro del quale si situerà l'emergenza proiettiva che ne deriva. Questa non si limita a modificare ciò che è già psichico, ma mira a circoscrivere gli sviluppi, le concatenazioni, le rimozioni, i destini (delle pulsioni), le modificazioni del registro, che cercano un esito accettabile per la psiche.

Queste diversificazioni sopravvivono a causa della natura composita e scomponibile del materiale, che si trasforma e trova una realizzazione provvisoria nell'emergenza proiettiva. Parlo di emergenza perché non è la totalità della proiezione che si può cogliere nella forma sotto la quale appare, in quanto una parte importante resta largamente inconscia, dipendente da sorgenti che restano sconosciute; tanto che la sua singolarità e i suoi contorni, quando si cerchi di circoscriverli per darne una rappresentazione figurata e isolarne il nodo attivo, suggeriscono che devono essere piuttosto diversi della loro espressione conclusiva".

"Allargare l'insieme delle componenti delle rappresentazioni potrebbe corrispondere in ambito clinico psicodinamico psicoevolutionista ad estendere in uno sfondo campo organismo le figure interne del corpo e del pensiero, delle fantasie e degli oggetti, in cui la dinamica di proiezione delle figure interne e parziali compone una percezione di riflessi inconsci sugli schermi – specchi multipli di eventi e fenomeni significativi del vissuto (Frateschi M., 2018). Un contributo alla ricerca di queste sorgenti sconosciute della proiezione proviene dagli studi della psicoevoluzione, riguardanti la percezione del mondo interno del neonato nella progressione evolutiva del tempo e dello spazio soggettivo. "Dal momento della nascita in poi, fino al termine della vita, le sintonie, le oscillazioni e i conflitti tra coscienza e inconscio non cesseranno mai, di giorno e di notte, nel sonno e nella veglia, e in qualsiasi spazio. Il tempo e lo spazio soggettivi, interni nel proprio mondo, nel proprio ambien-

te psicologico, potranno essere dapprima intuiti, quindi percepiti con progressiva consapevolezza. Percepire il proprio organismo negli andamenti ciclici o frammentari e di parte, negli eventi critici o normali delle parti di sé, è un impegno considerevole, ma di grande rilievo per la salute Lentamente il vissuto psichico e fisico si produce in tutta l'estensione e profondità dell'organismo. Il vissuto si incrementa inarrestabile, anche quando subentrano le patologie psichiche e fisiche. Eventi del mondo esterno possono essere determinanti nello scatenamento di psicotraumi e psicomicrotraumi, infatti dal primo verificarsi delle conseguenze, anche solo di lievi riflessi o evocazioni nel mondo interno dell'organismo, tutto potrebbe essere percepito attraverso scene interne dense di umori, impressioni, sensazioni e ancora impulsi, istinti, pulsioni ... La scena interna va posta in osservazione naturale, va lasciata inalterata, senza invasioni interpretative; solo ipotesi ben costruite con la trama del vissuto, e dei significati essenziali delle scene integre, andrebbero prese in considerazione" (Frateschi M., 2012).

Sulla proiezione, sulla forma figurabile e sulla modalità di esternalizzazione Green dice: "Come se il percorso della proiezione, della sua sorgente nelle regioni psichiche più o meno distanti dalla coscienza fino al suo manifestarsi, rendesse i suoi aspetti originali irriconoscibili a causa degli spostamenti e delle agglomerazioni di tratti appartenenti a diversi periodi della storia che entrano in comunicazione con altri contenuti simili o antagonisti, e che testimoniano della pressione esercitata da ciò che li anima alla ricerca di una forma di espressione che maschera le loro origini. Perché, se la forma figurabile è ciò che rende la proiezione *più adatta* alla comunicazione, si può supporre anche che la maniera dinamica attraverso la quale si manifesta potrebbe essere riconducibile ad un movimento corporeo. Quest'ultimo non sposerebbe le forme concepibili della nostra immaginazione se non attraverso le vicissitudini che le rendono presentabili per gli altri restando del tutto sufficientemente mascherate. E infatti, la loro traduzione in parole non chiarisce che in maniera assai



insufficiente la loro ragione di essere, mentre ciò che mette in evidenza il sollievo affettivo-corporale che accompagna la loro trasmissione conferisce loro un senso che non era apparente. Preciso che, per me, la proiezione non si limita a qualcosa di cui la psiche vorrebbe sbarazzarsi – che è quello che può desiderare spesso in maniera prevalente. Io la vedo come una modalità d'esternalizzazione dei processi psichici interni marcati dal sigillo della loro origine pulsionale e inconscia. Ora la proiezione mira sempre a un oggetto, anche se tende a dissimularlo. Sarebbe troppo lungo descrivere i rapporti della proiezione e del suo oggetto. L'ho già fatto altrove. Mi basta ricordare che a questo polo soggettivo si oppone un polo reale, proveniente dall'oggetto, che ci limiteremo a designare come ciò che non può essere totalmente inglobato nella proiezione, anche se essa ne dà un'idea parzialmente più o meno ricca ...

L'essenziale è la relazione della proiezione e del suo punto di vista doppiamente situato, al suo arrivo (presso il destinatario) e alla sua sorgente (presso il suo emissario-enunciatore), tra il suo dispiegamento e la sua estinzione. Tra il fuori-di-sé verso il quale è orientata e gli strati dello psichismo che attraversa senza saperlo, essa appare dilaniata dall'ambivalenza. Si immagina che saranno sollevate necessariamente le questioni sull'accessibilità o non accessibilità della sua analisi per la via del transfert, ma bisognerà anche interrogarsi per sapere se non sarebbe meglio considerarla dal punto di vista della sua generatività diretta e riflessa, considerando gli effetti di fecondazione che essa induce nell'analista" (Green, 2016).

Ai fini del trattamento psicoterapeutico psicodinamico, si può considerare l'importanza del metodo di interpretazione del sogno riguardante, per esempio, le rappresentazioni di tipo patologico. Freud sostiene che interpretare un sogno significa indicare il senso, e che un procedimento scientifico nell'interpretazione del sogno è possibile. Facendo riferimento a rappresentazioni patologiche come quelle ossessive, Freud dice: "Se si riesce a ricondurre una di queste rappresentazioni patologiche agli elementi dai quali è sorta nella vita psichica

dell'ammalato, essa si scompone e l'ammalato ne risulta liberato" (Freud S., 1899).

Proviamo a riprendere il collegamento presente sul piano clinico sull'andamento in parallelo tra psico-diagnosi e psicoterapia psicodinamica riferendoci a quanto asserito da Brelet sulla patologia della proiezione, per ciò che concerne il T.A.T. e a Kernberg.

"... Negli esami clinici dello status psichico, i pazienti con un'organizzazione di personalità caso al limite raramente danno prova di disturbo formale nei loro processi di pensiero. Tuttavia, durante i reattivi proiettivi e particolarmente in reazione a stimoli non strutturati, il tipo di pensiero del processo primario tende a manifestarsi sotto forma di fantasie primitive, con una diminuita capacità di adattarsi ai dati formali del materiale reattivo, e particolarmente con l'uso di verbalizzazioni peculiari (Kernberg, 1975).

Questo brano tratto da "L'organizzazione della personalità marginale" di Otto Kernberg, mette in luce una particolare prossimità tra la pratica di un clinico, quella di esperti in tecniche proiettive ed alcune delle nostre conclusioni ... Nel T.A.T. la patologia della proiezione sembra importante quanto la scissione. Se la costituzione di immagini del Sé e dell'oggetto è presente, queste sono tuttavia poco salde: la loro scissione in "buono" e "cattivo" sancisce il loro destino, che è quello di essere oggetto di attacchi da parte dell'odio e dell'invidia che lo costituisce e dunque d'essere perpetuamente passibili di eclissi. Lo sforzo difensivo mantiene separato il "buono" e il "cattivo", senza alcuna dialettica né compromesso, capovolge bruscamente il "buono" nell'altro estremo e viceversa, proietta in modo diretto l'immagine cattiva che diviene così minacciante, vi si identifica per poterla controllare meglio: tutte queste sono risposte all'angoscia e movimenti individuabili nell'organizzazione della storia del T.A.T.

Ma l'impatto all'attacco d'odio non si limita alle rappresentazioni di sé e dell'oggetto. La traduzione del vissuto in termini di vita o di vuoto, di freddo o di caldo, di nero o di luminoso richiama un mondo in cui regna la dicotomia presenza-assenza; cosicché le classificazioni più complesse sembrano poco in-

vestite. Le categorie dello spazio e del tempo sono intaccate insieme a tutto ciò che potrebbe sostenere la nozione di costanza dell'oggetto e rinviare il soggetto al riconoscimento di un oggetto totale, che rischia di essere perduto, e alla posizione depressiva.

Ma più ancora, è il mondo psichico, l'investimento del pensare e del fantasmaticizzare che sono minacciati, minaccia che le angosce di crollo, di caduta, di venir inghiottito, o abbagliato in modo mortifero, di svuotamento, tentano di rappresentare. Mondo fantasmatico che assume in modo insufficiente la funzione di para-eccitazione, che vive nel pericolo di essere spazzato via da un impatto traumatico".

Lagache rende molto chiari i riferimenti a Bion sulla funzione alfa, sugli elementi beta, e in particolare, per il profilo clinico, sull'identificazione proiettiva, sulla rappresentazione e sulla percezione, e ancora, sull'allucinazione e sul sogno nello psicotico. Egli sostiene che: "La difettualità della funzione alfa produce elementi beta. Se la funzione alfa non genera trasformazioni della percezione emotiva utili a dotare la mente degli elementi che costruiscono il pensiero, in essa le emozioni derivanti dalle impressioni sensoriali permangono come "fatti", e sono sentite come cose-in-sé, che non possono essere pensate, sognate, o digerite (gli elementi alfa corrispondono a quello che in Kant è il "fenomeno"; gli elementi beta a quello che è il "noumeno"). Gli elementi beta, dati emozionali grezzi che abitano nel (corpo del) bambino, di cui egli tende a sbarazzarsi mediante l'identificazione proiettiva, sono caratterizzati dall'indistinzione del peso delle impressioni sensoriali e del peso delle emozioni: rappresentano una condizione in cui non c'è la trasformazione delle sensazioni in emozioni e in pensiero. La loro caratteristica è quella di non possedere una capacità di coesione: rimangono in uno stato di agglomerazione, e questo determina il loro destino. In quanto oggetti interni carichi di emozione d'angoscia indistinte da impressioni sensoriali, possono essere solo evacuati, espulsi dallo spazio interno e proiettati nell'esterno.

La distanza a cui giunge questa proiezione nella dimensione spazio-temporale è indicativa della violenza espulsiva-evacuativa e dunque della necessità, della impellenza patologica di liberarsi dall'angoscia che li connota. Nel fare questo la parte psicotica della personalità espelle e proietta le funzioni della personalità, primariamente quelle della coscienza attivata dalla presenza delle esigenze della realtà, e soprattutto il pensiero verbale in quanto funzione deputata a gestire, anticipandola nella rappresentazione, l'azione utile a scaricare la tensione impulsiva. Anche i moti corporei del paziente sono interpretabili come fenomeni psichici risalenti a potenti dinamiche di scissione e frantumazioni di parti della personalità, evacuate poi nel mondo esterno attraverso gli organi della percezione: infatti tali dinamiche possono produrre un'allucinazione in ragione dell'uso reversibile delle innervazioni degli organi di senso.

Nello psicotico l'allucinazione è al posto del sogno: la sua incapacità di sognare, per carenza o inversione della funzione alfa, è sostituita dall'espulsione di elementi beta, la cui proiezione nel mondo esterno costruisce non un mondo di sogni ma un mondo di oggetti bizzarri, ossia di oggetti che per la personalità non psicotica sono la mobilia del sogno" (Lagache D., 1952).

In conclusione, Musatti nel suo *Trattato di Psicoanalisi* (1949) sostiene che: "Freud ha dotato, con i suoi metodi esplorativi, l'indagine psicologica di strumenti nuovi: che permettono a quell'indagine di giungere là dove prima non era possibile arrivare. All'esame condotto con quegli strumenti di analisi, una molteplicità di fatti della vita psichica che apparivano incidentali e privi di significato, rivelano il meccanismo causale che li determina, e mostrano di avere un loro significato, e una loro funzione per la vita psichica". Green (2016) dice che: "... Si aveva dunque consapevolezza, già all'epoca di Freud, che in alcune configurazioni cliniche i disturbi dell'Io dovevano essere oggetto di un esame attento, congiuntamente alle fissazioni sessuali e in relazione con esse ... Sul piano clinico dobbiamo considerare il problema da diversi punti di vista. È impossibile farne una sola descrizione categorica. Sappiamo



bene che bisognerà comprendere le caratteristiche cliniche come una combinazione di numerosi fattori che appartengono a entità meta psicologiche differenti”, e Wallerstein (2006), nel testo *La rilevanza della psicoanalisi nel ventunesimo secolo*, afferma che la psicoanalisi come scienza “può essere incrementata dal sostegno della ricerca concettuale ed empirica”.

Le configurazioni cliniche psicodiagnostiche e psicoterapeutiche nell’orientamento psicodinamico possono comprendere concetti descrittivi ed esplicativi analizzati e rielaborati utilmente, per favorire un profilo di evoluzione psicologica del soggetto e per promuovere la sua condizione di salute e benessere umano.

BIBLIOGRAFIA

- Amadei G. , Cavanna D., Zavattini G.C., (2015). *Psicologia dinamica*, Società editrice il Mulino, Bologna.
- Bellak L. (1944). *The concept of projection: an experimental investigation and study of the concept*, *Psychiatry*, IV, 353-370, 1944
- Bellak L. (1952). *Revised manual for TAT*. Psychological Corp., New York.
- Bellak L. (1954). *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in clinical use*. Grune & Stratton, New York.
- Bohm E. (1969). *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Giunti Barbèra, Firenze.
- Brelet F. (1986). *Le T.A.T. Fantasme et situation projective*. Bordas, Paris. Tr. It. Il T.A.T. Fantasma e situazione proiettiva. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1994.
- Dalla Volta A. (1974). *Dizionario di psicologia*. Ed. Giunti Barbèra. Firenze. III edizione.
- Frateschi M. (1988). *Communication . Advanced Studies in Group Psychology*. La Jolla University, San Diego, California, U.S.A..
- Frateschi M. (1988-1989). *Laboratori di Ricerca di Attività Creativa*. Comunicazioni. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- Frateschi M. (1989). *La Psicologia Scolastica con un orientamento Psicodinamico Psicoevoluzionista per una Ricerca Azione nella scuola*. Comunicazione interna alla Ricerca Formativa “Il bambino multidimensionale”, Università degli Studi di Bari - I.R.S.S.A.E., Regione Basilicata.
- Frateschi M. (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 psicoevoluzionista*. Armando Editore, Roma.
- Frateschi M. (2017). *Psicoevoluzione e Psicoterapia Psicodinamica*. Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: “Psicologia Psicoterapia Psicodinamica. Salute, Scuola, Psicoevoluzione”, tenutosi a Bari, presso l’Hotel Excelsior Congressi, il giorno 24 ottobre 2017.
- Frateschi M. (2018) *Psicoevoluzione. Psicologia e psicoterapia psicodinamica psicoevoluzionista. 30 anni di storia della psicoevoluzione*. Comunicazione presentata al Seminario A.I.E.Psi.: “Psicoevoluzione. Psicologia psicodinamica psicoevoluzionista”, tenutosi a Bari, presso la Sede A.I.E.Psi., il giorno 10 marzo 2018.
- Freud S. (1891). *L'interpretazione delle afasie. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-
- 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. (1901). *Psicopatologia della vita quotidiana. 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. (1915). *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Freud S. (1915). *L'inconscio. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980
- Freud S. (1920). *Al di là del principio del piacere. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino.

- 1976-1980.
- Freud S. (1923). *L'io e l'Es. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
 - Freud S. (1925). *La negazione. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
 - Gabbard G.O.(1994). *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM IV*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 1995.
 - Gabbard G.O.(2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2015.
 - GERBINO W. (1983). *La percezione*. Società editrice Il Mulino, Bologna.
 - Green A. (2016). *La clinica psicoanalitica contemporanea*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
 - Kernberg O.F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr. It. Boringhieri, Torino 1978.
 - Kernberg O.F. (1982). *An ego psychology and object relations approach to the narcissistic personality*, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
 - Kernberg O.F. (2001). *Object relations, affects and drives: Towards a new synthesis*, in *Psychoanalytic Inquiry*, 21, pp.604-619.
 - Klein M. (1921). *Lo sviluppo di un bambino*, In *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
 - Klein M. (1931). *Contributo alla teoria dell'inibizione intellettuale*, In *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
 - Klein M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
 - Klein M. (1955). *Sull'identificazione*, in Klein, Heimman, Money-Kyrle, *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano 1966, pp. 401-45.
 - Köhler W. (1947). *Gestalt Psychology*. Liveright. New York. Tr. it. *La psicologia della Gestalt*. Ed. Feltrinelli, Milano, 1961.
 - Kohut H.(1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1977.
 - Kohut H.(1977) *La guarigione del Sé*. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1980.
 - Kohut H. (1984) *La cura psicoanalitica*. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1986.
 - Lagache D. (1952). *Le problème du transfert*, *Revue Française de Psychanalyse*, P.U.F., Paris.
 - Laplanche J., Pontalis J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Puf, Paris.
 - Lingiardi V., Madeddu F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Nuova edizione., Raffaello Cortina Editore, Milano.
 - Murray H. A. (1938). *Explorations in Personality*, Oxford University Press, New York. Tr. It. *Teorie della personalità*. Boringhieri, Torino, 1968.
 - Murray H. A. (1943). *Manuel du Thematic Apperception Test*, Harvard University Press, Cambridge.
 - Musatti C.L.(1931). *Forma e assimilazione*, in "Archivio Italiano di Psicologia",vol. IX, fasc.1 e 2
 - Musatti C.L. (1949). *Trattato di psicoanalisi*. Ed. Boringhieri, Torino.
 - Nunberg H. (1951). *Transference and reality*, in *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol.XXXII.
 - Ronningstam E. (2011). *Psychoanalytic theories on narcissism and narcissistic personality*. In Campbell, Miller, *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical approaches, Empirical findings, and treatments*. Wiley, Hoboken.
 - Sandler J. (1960) *The background of safety*, in *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, pp. 352-356.
 - Segal H. (1968). *Introduzione all'opera di Melanie Klein*. Martinelli. Firenze.
 - Wallerstein R.S. (2006), *The Relevance of Freud's Psychoanalysis in the 21 Century. Its Science and Its Research*, in «Psychoanalytic Psychology», 23, pp. 302-26.
 - Von Staabs G. (1947). *Der Scenotest*. Bericht über den Kongress für Neurologie und Psychiatrie. Tübingen. Alma Verlag, Tübingen.
 - Von Staabs G. (1952). *Der Scenotest in Diagnostik und Therapie*. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 101, Heft 3, Springer-Verlag Berlin-Göttingen, Heidelberg.
 - Wertheimer M. (1923). *Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt*. In *Psychologische Forschung*, 4.
 - Winnicott D. W. (1971). *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London.
 - Zavattini G.C. (1999) *I modelli della psicopatologia*, in Lis, Stella e Zavattini (1999, 251-269).



LE FAMIGLIE DEI MILITARI E LA CRISI DEL MASCHILE: PROBLEMI PSICO-SOCIALI E IPOTESI DI INTERVENTO PSICOLOGICO

dott. Calamo-Specchia

Psicologo psicoterapeuta, Consigliere
Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

dott.ssa Vitone

Psicologa psicoterapeuta, Vice Presidente
Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

RIASSUNTO

L'articolo prende in esame l'esperienza di vita del cittadino militare, che deve rispondere contemporaneamente alle istanze di due importanti istituzioni: quella militare e quella familiare. Vengono prese in esame le caratteristiche principali della vita della famiglia del militare, approfondendone le criticità, legate in particolar modo ai periodi di lontananza, ai frequenti trasferimenti, al pendolarismo, che mettono in crisi le relazioni familiari. Una disamina sulla nascita e sullo sviluppo degli interventi di sostegno predisposti da parte dell'istituzione militare in favore della famiglia, anticipa una descrizione del contesto italiano attuale. Alla crisi dell'uomo militare viene associato il mutamento culturale e sociale intervenuto attorno alla figura del padre, per lungo tempo portatore delle istanze "maschili" di autorità, regola, controllo. L'articolo descrive infine la difficoltà del militare nel gestire tali spinte contrapposte, quelle del mutamento sociologico e quelle del contesto lavorativo, che spesso seguono tempi e modalità differenti, ed auspica un incremento degli interventi di assistenza psicologica, anche in considerazione della recente introduzione del supporto psicologico nei LEA.

PAROLE CHIAVE

Famiglia del militare, Supporto psicologico in ambito militare, Maschile.

INTRODUZIONE

Il mondo militare ha subito negli ultimi decenni numerosi sconvolgimenti, che rispecchiano in larga parte i repentini cambiamenti che hanno investito la nostra società. Le istituzioni militari hanno progressivamente accolto i principali mutamenti sociali e civili, evolvendosi nel tempo.

L'immissione delle donne in ruoli operativi, la nascita delle rappresentanze sindacali di categoria, il termine della leva obbligatoria sono chiari esempi di tale cambiamento.

Ben consci che tale mutamento ha reso attuale la compresenza di uomini e donne nei corpi militari (e che molte delle problematiche che verranno esposte possono essere osservate dal punto di vista delle dinamiche intervenienti nelle dimensioni del maschile e del femminile), la presente trattazione approfondirà esclusivamente l'area del "maschile"; ovvero, l'impatto che le trasformazioni sociali hanno prodotto sull'uomo militare, sulle problematiche psicologiche che lo riguardano in quanto persona e militare, sul suo ruolo relazionale all'interno della famiglia, sulla sua personale percezione di uomo e di quale ruolo "maschile" egli debba ritagliarsi nei suoi contesti di vita.

I PROBLEMI CONTINGENTI DELLE FAMIGLIE MILITARI

Il militare è un cittadino con uno status "speciale": il suo ruolo gli impone alcune limitazioni nell'ambito delle scelte e dei progetti personali, e la sua fami-

glia – oltre a dover affrontare quotidianamente la preoccupazione per le sorti del proprio caro, spesso lontano o comunque impegnato in un compito rischioso – sperimenta difficoltà legate a esigenze organizzative istituzionali (che sono peraltro in qualche misura di natura analoga a quelle sperimentate dalle famiglie di altri lavoratori, in particolare quelli impegnati nei corpi intermedi della società – insegnanti, giudici, sanitari, ecc. –, ma di entità ben più profonda).



L'apparato familiare è in primo luogo messo a dura prova dalla diminuzione – in termini di tempo ma anche di pura disponibilità psicologica – del pieno esercizio del proprio ruolo all'interno della famiglia da parte del suo membro militare, stretto tra due istituzioni – famiglia e corpo militare – che richiedono entrambe dedizione ed attenzione massima; ma l'una con la forza di dinamiche affettive e pulsionali, l'altra ormai quasi con la sola cogenza delle leggi. La sostanziale lontananza del militare dalla sua famiglia che può dunque derivarne – fisica e/o psicologica – può tradursi in una riduzione

della disponibilità al dialogo da parte del congiunto militare, che può ripercuotersi emotivamente su mogli e coniugi, innescando una spirale di incomunicabilità che alla lunga sortisce effetti relazionali disgreganti.

Oltre a ciò, anche i frequenti trasferimenti per motivi legati al servizio influiscono enormemente sull'equilibrio della famiglia del militare, determinando la necessità di un cambio improvviso di abitudini, di stili di vita, di scenario e ambiente (casa,

scuola, amici, vita quotidiana), ed imponendo dunque una riorganizzazione emotiva (e non solo) a tutti i suoi componenti, che devono adattarsi alla nuova soluzione trovata e ricrearsi un proprio ambiente, per poi doversi magari nuovamente rinunciare dopo poco tempo; non potendo in tal modo contare sulla forza rasserenatrice dell'abitudine, e dovendo fronteggiare sia le frustrazioni continue per le continue cesure nelle relazioni costruite, sia la solitudine e la mancanza di punti di riferimento che ne derivano.

Peraltro, l'aiuto da parte delle istituzioni, se non in casi gravi, sembra in Italia generalmente non risolutivo: se è vero infatti che nei casi in cui lo spostamento della famiglia possa rivelarsi eccessivamente gravoso (ad esempio quando i figli superano l'età della scuola dell'obbligo) è previsto che il

militare possa essere autorizzato ad alloggiare fuori dalla sede di servizio, è vero anche che l'ingresso in tal modo del pendolarismo nella vita familiare comporta a sua volta l'introduzione di nuove difficoltà specifiche, notoriamente ad esso correlate (stanchezza, irritabilità, difficoltà di comunicazione, ecc.), che possono sfociare in problematiche correlate allo stress (depressione, traumi e disturbi psicofisici di vario genere) sia in tutti i membri della famiglia sia direttamente nel militare, minando comunque in entrambi i casi la sua serenità mentale, e intaccando conseguentemente la concentrazione



che gli è necessaria per affrontare il proprio lavoro in modo efficiente e sicuro.

**MILITARI E FAMIGLIA:
LA SCOMPARSA DEL PADRE
E LE DINAMICHE
PSICO-SOCIOLOGICHE
DI FONDO**

Oltre a tali difficoltà organizzative e contingenti – cui dunque potrebbe essere messo qualche riparo con idonei provvedimenti istituzionali e riorganizzativi – il militare con famiglia sperimenta anche altre difficoltà, forse meno passibili di soluzione semplice, legate agli assetti complessivi socio-culturali ed ai mutamenti delle società contemporanee.

Pur senza volersi addentrare in una analisi sociologica dettagliata, si può però facilmente rilevare come la “filosofia” e i valori sottesi alla famiglia tradizionale, già in discussione a partire dall’inizio del XX secolo, abbiano subito gli assalti di una aperta crisi a partire dal secondo dopoguerra. In tale crisi, fenomeni culturali e sociali di ampia portata e profondità (quali, tra gli altri, il femminismo, l’antiautoritarismo, la crisi del sacro e delle religioni, il relativismo culturale) hanno condotto ad una ridebilitazione di convinzioni che sembravano radicate in maniera ineliminabile nel vivere civile delle nostre società occidentali.

Pur avendo in qualche modo tali dinamiche investito anche le istituzioni militari (basti pensare ad esempio all’immissione delle donne in ruoli operativi, alla nascita di rappresentanze sindacali riconosciute, alla fine della leva obbligatoria, alla demilitarizzazione di corpi di antica tradizione), al soldato continuano però in larga misura ad essere richiesti atteggiamenti, convinzioni e comportamenti per così dire “tradizionali”, che possono dunque confliggere – talora in maniera stridente – con quelli modernamente richiesti dagli altri ruoli sociali che egli si trova a ricoprire nel mondo “civile”.

Il ruolo del militare, per come è venuto strutturandosi culturalmente ed operativamente nel corso dei secoli, è per definizione e necessariamente

caratterizzato dalla esecuzione rapida e fedele di compiti assegnati (“obbedire agli ordini”); e, anche se tale esecuzione oggi non è più obbligatoriamente richiesta come “cieca, pronta e assoluta”, purtuttavia l’istanza e la capacità critica ad essa connessa (che mette al riparo, oggi ancor più che nel passato, dall’esecuzione di ordini eventualmente in contrasto con le fondamentali norme etiche o con leggi militari e generali, nazionali e internazionali) è però forse ancora in qualche misura meno enfatizzata di quanto lo sia nella società civile.

Il nodo che sembra cruciale, dunque, nel segnare una più o meno grande distanza culturale e psicologica tra mondo militare e non militare è proprio quello delle norme, delle regole, delle indicazioni operative, che per un militare devono ancora essere – necessariamente, va ripetuto – oggetto di rispetto prima che di discussione e, in caso di trasgressione, occasione di sanzioni certe e non discutibili, a fronte di una società meno esigente sul piano delle norme.

Il ruolo del militare, per definizione “paterno” (regolatore-sanzionatore) può trovarsi cioè oggi a soffrire l’incontro con una società civile sempre più “maternizzata” (accoglitrice-perdonatrice). Il militare, dunque, può sperimentare una difficoltà nel dover interpretare entrambi i ruoli, parzialmente confliggenti, che gli vengono modernamente richiesti: l’uno sul lavoro, l’altro nella famiglia.

Ulteriore difficoltà giunge peraltro oggi al militare dal doversi confrontare con tale contraddizione non solo in una dinamica dentro/fuori rispetto al suo mondo lavorativo, ma anche all’interno stesso di esso. Il mondo delle forze armate, infatti, vede nei Paesi occidentali l’aumento dell’impegno militare in operazioni di supporto alla protezione civile in caso di calamità naturali sul suolo nazionale, o di supporto alla pace e stabilizzazione d’area – *peace keeping* – in teatri esteri, che richiedono entrambe militari addestrati non più solo a guerre tradizionali, ma anche alla gestione di crisi primariamente umanitarie.

In questo tipo di interventi, la capacità di “accudimento” e di flessibilità contrattuale “materna” della



risorsa umana assume dunque una rilevanza fondamentale, permettendo di agire in modo empatico e di attivare una comunicazione con la popolazione che ci si trova davanti ben più complessa e profonda rispetto alla comunicazione tecnica e minimale, e fondamentalmente unidirezionale, necessaria in caso di guerra.

Una lunga serie di studi – almeno dalle riflessioni classiche di Alexander Mitscherlich (1970) fino ai lavori recenti di Massimo Recalcati (2011) e in particolare di Luigi Zoja (2016) – hanno descritto la de-paternizzazione delle società occidentali contemporanee (che si potrebbe a questo punto definire in qualche modo anche “de-militarizzazione”, dal punto di vista culturale); che ha fra i suoi epifenomeni de-militarizzanti – per citarne

solo alcuni – in una certa de-virilizzazione, che assegna anche all’uomo caratteristiche un tempo esclusivamente femminili, quali ad esempio la cura dei figli, l’attenzione al corpo (cosmesi, medicina estetica, ecc.), la libera espressione delle emozioni, ben lontane, se non decisamente opposte, all’immaginario collettivo e al repertorio comportamentale “marziale” come classicamente inteso.

Con il termine de-paternizzazione, peraltro, non ci si vuol riferire ad un fenomeno di lotta alla figura del padre per sostituirla con un’altra figura preminente, ad esempio femminile, ma proprio ad una dissoluzione dell’idea stessa che possa esistere nella società e nella famiglia una figura o un ruolo dominante, regolatore, normativo, specie se legato



al genere, che interferisca – frapponendovi ostacoli etici e restrizioni diverse – con quella che è divenuta nel corso del tempo l’aspirazione suprema dell’uomo contemporaneo nelle società post-capitalistiche: seguire il proprio desiderio (Cfr. Bucci e Calamo-Specchia, 2015).

In tal senso, le cause della de-paternizzazione (che si conferma quindi anche e soprattutto una de-normazione) possono essere in particolare cercate nella fine del mandato religioso, e dunque del ruolo preminente dell’uomo in essa come mandato ancestrale alla divisione dei ruoli tra l’uomo cacciatore/guerriero e la donna agricoltrice/allevatrice, un tempo alla base esclusiva della costituzione della famiglia e della società.

La morte del padre, provocata e accompagnata dalla “morte di Dio” (non a caso definito “Padre nostro”) preconizzata da Nietzsche, ha posto l’uomo moderno di fronte alla gestione autonoma – per così dire – delle proprie responsabilità, della propria coscienza, e di una enorme libertà individuale.

La de-paternizzazione si rivela dunque anche una de-oggettivizzazione della società, che si spinge verso frontiere sempre più avanzate di soggettività e concorre a disegnare un quadro di sostanziale rifiuto di qualsiasi riferimento comune e condiviso – etico e culturale o anche solo organizzativo – e di ogni apparato di mediazione e integrazione sociale, dallo Stato alla famiglia, dalla scienza alla cultura, dalla giustizia alla sanità, dalla politica alla formazione.

Ciò lascia oggi ogni individuo senza appoggi di alcun genere (religiosi, ma anche tradizionali o istituzionali, o perfino semplicemente collettivi) su cui fondare il proprio auto-riconoscimento, che non siano sé stesso; in una auto-divinizzazione dell’io che appare uno dei tratti più caratteristici della nostra epoca.

In assenza di riferimenti altri/superiori, al modello patriarcale/etico (rinuncia, sacrificio, giustizia), fondato sul padre come incarnazione della verità rivelata/trasmessa, si è sostituito, secondo Mitscherlich (1970), un modello “fratriarcale” (desiderio, felicità, utilità) regolato non dalla gerarchia

rispetto al padre normatore, ma da una competitività orizzontale esasperata, tipica dei fratelli; modello nel quale *“il conflitto principale non è caratterizzato dalla rivalità edipica, che contende al padre i privilegi del potere e della libertà, ma dall’invidia fraterna verso il vicino, il concorrente che ha avuto di più”*.

Alla “pàtria” – col “patrimonio”, appunto, di valori condivisi e di acquisizioni che il sistema militare ha il compito di “sorvegliare e difendere”, per parafrasare Foucault (1976) – si sostituisce dunque la “fratìa”, con le sue dinamiche di lotta per bande senza capi certi né regole date; ai militari, ai professori, ai medici, ai giudici, ai politici e alle loro competenze certificate si sostituisce l’autocertificazione (di natura narcisistica) dei componenti della società contemporanea.

Diritti più che doveri, individuo più che Stato o società, autoreferenzialità più che trasmissione di un patrimonio collettivo di competenze e conoscenze, relativismo più che norme: quale spazio per il padre in tale contesto? E quale spazio per il militare in questo scenario e soprattutto quali conseguenze, quali “costi”, tra i militari, per l’irruzione di tale contesto nella propria esistenza, in particolare attraverso la costituzione di una famiglia che da esso è ormai grandemente orientata?

DALLA PARTE DELLE FAMIGLIE

Supporto alle famiglie in ambito militare: origini e storia degli interventi

Secondo una lunga consuetudine, le forze armate di ogni Paese hanno scoraggiato sostanzialmente i militari – in modo più o meno esplicito – dal costituirsi un nucleo familiare proprio e stabile, considerato un impedimento al lavoro e alla piena produttività del soldato, perché passibile di frapporre le preoccupazioni “maternali” della famiglia o per la famiglia al completo dispiegamento dell’impeto guerresco “paterno”. Ciò è confermato dal rilievo che tale divieto sia stato storicamente sempre particolarmente stringente per i più giovani di età e i più bassi in grado,

che costituiscono il nucleo di ogni forza d'assalto; mentre esistono numerose testimonianze storiche di ufficiali più alti in grado con nuclei familiari regolarmente formati, e talora al loro seguito nelle imprese belliche.

Le prime reali attenzioni ai problemi delle famiglie militari si sono registrate dopo la seconda guerra mondiale negli Stati Uniti, quando si iniziò a comprendere il potenziale ruolo che la famiglia poteva assumere come sistema di supporto per i soldati al fronte. Attenzioni peraltro in qualche modo semplicemente "strumentali", perché mirate sul benessere psicologico delle famiglie non "in sé", ma in quanto considerate parte fondamentale del benessere del militare e, dunque, responsabili in modo diretto del suo atteggiamento positivo e della sua concentrazione nel lavoro.

Le basi militari americane iniziarono dunque ad ospitare nel secondo dopoguerra non solo i soldati, ma anche le loro famiglie; e già negli anni '50 entrò in vigore la norma per cui alle famiglie dei militari trasferiti di base in base fu permesso di seguire i loro congiunti, e furono forniti una casa e sussidi speciali governativi di vario genere presso la base di residenza.

Nel 1965, sempre negli USA, con l'inizio di un piano organico di aiuti per i nuclei familiari dei soldati, si notò un significativo miglioramento delle prestazioni di questi ultimi, e una maggior dedizione alle attività da svolgere; mentre i congiunti riscontravano d'altra parte una maggior attenzione del coniuge/padre alla vita familiare.

In quella che per molti studiosi costituisce una delle acquisizioni più importanti della sociologia militare, si arrivò dunque a comprendere che la famiglia doveva essere preparata a sostenere il peso di una missione tanto quanto il soldato, e che dove-

va essere messa in grado di adattarsi ai cambiamenti e alle problematiche delle strutture e degli ambienti militari.

Riconoscendo dunque alle famiglie un fondamentale ruolo di supporto all'intero sistema militare, il governo USA istituì diversi servizi destinati ad aiutarle (aiuti finanziari, supporto psicologico, servizi logistici, servizi per l'istruzione dei figli, agevolazioni di vario genere, ecc.).

Dagli anni '90, con un clima internazionale mutato dopo la Guerra Fredda degli anni '50, iniziò poi l'era degli interventi di *Peace Keeping* e *Peace-enforcing*; e proprio come il soldato dovette riadattare il suo ruolo alle mutate richieste operative, così anche le famiglie furono chiamate a supportarlo, accogliendo lo stress generato da tale riadattamento.

Ai giorni nostri, è acquisizione ormai comune che la famiglia militare costituisca un aspetto di vitale importanza per le forze armate; di conseguenza, è





ritenuto di fondamentale importanza supportarle, in particolare con l'obiettivo – sempre sostanzialmente strumentale – di sviluppare e sostenere l'azione di supporto che esse a loro volta svolgono con il militare, che ne trae un aumento dimostrato di efficacia ed efficienza operativa.

Diversi modelli di supporto per le famiglie militari

Il supporto per le famiglie militari si basa "strategicamente" sulla necessità di creare un equilibrio duraturo tra le esigenze familiari e quelle dell'organizzazione militare, mitigando le difficoltà principali per i congiunti dei soldati, derivanti da alcune tra le caratteristiche dell'impegno militare cui si è già fatto riferimento in precedenza, e cioè il pericolo di essere feriti o uccisi, la necessità di spostamenti – anche frequenti – in città diverse o in alcuni casi Paesi diversi, e la separazione prolungata dai nuclei familiari per missioni lontano dalla residenza familiare.

Per far ciò, oltre a mettere in campo tutti i provvedimenti necessari a garantire nel massimo grado compatibile con le esigenze di servizio il benessere fisico e la sicurezza dei militari, sono stati sperimentati vari interventi di sostegno per le loro famiglie: dagli incontri e dalle riunioni, alla diffusione di materiale documentario e informativo per spiegare a mogli e figli lo scopo della missione in cui era impegnato il consorte o il genitore, ai primi centralini telefonici di smistamento per le chiamate dalla patria verso i soldati in missione all'estero, con lo scopo di rendere più sopportabile la lontananza dai propri cari.

Quest'ultimo provvedimento ha costituito un passo di straordinaria efficacia, se comparato alla lunga era delle lettere scritte a mano, magari con qualche foto allegata. Una semplice telefonata o l'uso di tutte le nuove tecnologie disponibili – e-mail, telefonate satellitari, *skype*, *whats app*, *internet*, ecc. – sono ormai fondamentali per consentire a militari e familiari di rimanere in contatto emotivo reciproco.

Uno studio di De Soir (2000) ha proposto un modello in sette stadi che ripercorre l'evoluzione

nell'esperienza di stress della famiglia militare dall'inizio alla fine di una missione operativa di un congiunto: la protesta derivante dallo shock iniziale; il disimpegno alienato; la disorganizzazione emotiva; la ripresa; la stabilizzazione; l'anticipazione del ritorno; la riunione e nuova stabilizzazione.

Per rispondere a tale situazione di privazione vissuta dalle famiglie militari, Moelker (2003) ha proposto un modello a quattro strategie, che individua due dimensioni nelle possibilità di reazione da parte delle famiglie alle proprie situazioni problematiche: la dipendenza o indipendenza nel procurarsi un aiuto, e l'orientamento individualistico o al contrario comunitario nella natura dell'aiuto scelto.

Queste dimensioni si possono vicendevolmente incrociare, dando vita a quattro modelli di strategie di soluzioni dei problemi per le famiglie militari:

- *modello individualistico/indipendente*: soluzioni basate su conoscenze private della famiglia e a cui questa fa riferimento contando solo sulle proprie forze (ad esempio avvalersi di baby-sitter);
- *modello individualistico/dipendente*: le famiglie fanno ricorso autonomamente a personale specializzato nel tipo di problema che intendono risolvere (ad esempio a legali, medici, psicologi, ecc.);
- *modello comunitario/dipendente*: l'istituzione militare fornisce supporti interni e forme istituzionali di aiuto alle famiglie del proprio personale militare;
- *modello comunitario/indipendente*: vengono attivate reti sociali di sostegno, basate sul principio della reciprocità (trovarsi nella stessa situazione), che permettono alle famiglie di darsi supporto in modo vicendevole.

Queste tipologie di supporto presentano evidente-

mente livelli di efficacia diversi e variabili a seconda dei problemi che è necessario affrontare, delle caratteristiche dei nuclei familiari coinvolti, del contesto sociale in cui questi vivono, ecc.

In una esperienza riportata da Sertorio e Nuciari (2009) sono presentate alcune soluzioni che si richiamano alla tipologia delle quattro strategie sopra accennate, e precisamente:

- un'organizzazione istituzionale, interna e costruita secondo un formato unitario, ma diffusa e gestita localmente presso ogni reparto militare, in grado di fornire assistenza e aiuto in diversi campi professionali (medico, socio-psicologico, assistenziale, legale...);
- un'associazione volontaria, esterna all'Istituzione, autonoma e senza legami o vincoli di alcun tipo con l'organizzazione militare;
- un'associazione volontaria che però riceve riconoscimento e sostegno istituzionale a livello locale, ovvero dal reparto presso il quale sorge e opera, utilizzando spazi, mezzi di comunicazione e supporto logistico interni;
- una sorta di «sportello» dove chiedere e ricevere informazioni, appositamente istituito e dedicato alle famiglie dei militari, con personale militare specializzato nel fornire informazioni e indicazioni (ad esempio, nell'indirizzare verso prestazioni di esperti o nell'eseguire qualche procedura burocratica complicata).

Tuttavia, va sottolineato che nonostante l'ampio ventaglio di opzioni presentate, alcuni nuclei familiari possono non sentire la necessità di condividere le difficoltà scaturite dalla momentanea assenza di uno dei componenti con nessuna altra persona, né di avvalersi di supporti esterni.

Ciò può accadere soprattutto quando il ruolo all'interno della gerarchia militare è piuttosto elevato o viceversa molto basso. In queste due situazioni si può temere che la diffusione di notizie o difficoltà (o lamentele) del militare possa nuocere alla carriera

del soggetto interessato.

Altri motivi di rifiuto di aggregazione possono essere anche la totale autonomia gestionale dei supporti domestici e famigliari, magari sostenuti da una famiglia allargata (nonni, zii, cugini, ecc.), o anche semplicemente il desiderio di marcare un netto distacco tra il lavoro e la famiglia, pur trovandosi in condizioni di difficoltà.

Il contesto italiano

Nel nostro paese la politica di supporto alle famiglie militari risente di qualche ritardo e non si segnalano significative forme istituzionali di supporto e di aggregazione.

Tale ritardo si fonda anche su un comune sentire che ritiene che le famiglie che al loro interno hanno un militare *"sapevano a cosa andavano incontro"*, o che giustifica in qualche modo le difficoltà o i disagi del militare in missione con l'aumento della sua paga; e riduce così il supporto per queste famiglie ad una esigenza estemporanea e del tutto escludibile dal processo complessivo di *welfare state*, ed ha tra le sue conseguenze più gravi l'insorgenza di disagi familiari tali da condurre spesso alla fine della relazione coniugale (forse non a caso, il tasso di divorzi tra i membri delle Forze Armate ha indici altissimi in Italia).

Per ovviare alla carenza istituzionale di un supporto materiale e psicologico, molte famiglie militari hanno quindi attivato iniziative di supporto in qualche modo *"fai da te"*, dando vita a numerose forme di associazionismo.

Nel 1993, alcune giovani mogli e fidanzate si sono unite in gruppi di supporto denominati *"3M"* – *Moglie, Marina, Militare* – ad oggi ancora pienamente operativi nel supporto alle famiglie con un membro afferente alla Marina; più di recente – nel 2013 – dalla condivisione di diverse decine di mogli e fidanzate di militari è nata l'associazione *"L'altra metà della divisa"* che accoglie famiglie di ogni forza armata.

AMD – questo l'acronimo con cui viene normalmente riconosciuta l'associazione – si pone l'obiettivo di creare una rete di supporto per le famiglie dei militari ufficialmente riconosciuta a livello



nazionale e che sia un punto di riferimento per sostenere a vari livelli ciascun componente della famiglia del militare attraverso attività di vario genere, ricreative e non, e servendosi dell'aiuto di consulenti ed esperti di diversi settori (psicologi e psicoterapeuti, un servizio legale accessibile per qualsiasi questione, consulenze di vario tipo utili per le famiglie, ecc.). Inoltre, la rete dell'AMD in tutta Italia permette alle giovani famiglie in procinto di trasferirsi o appena trasferite di conoscere altre famiglie che vivono la loro stessa situazione.

In questo modo, il militare può svolgere il proprio impiego con maggiore concentrazione, grazie alla tranquillità e serenità generata dalla consapevolezza che le persone a lui care non verranno mai lasciate sole, e che verrà loro garantito l'aiuto adeguato, in ogni momento della loro vita.

CONCLUSIONI: LA NECESSITÀ DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO

Nel quadro complessivo di "maternizzazione" della società occidentale contemporanea, il mondo militare resta un baluardo residuo di "paternizzazione", un fortino assediato di doveri più che di diritti.

Va detto che nel nostro Paese questo "assedio" ha una lunga storia: come già suaccennato in nota, una secolare tradizione "maternale" ha sempre reso possibile ai militari italiani una ottima gestione del conflitto tra incombenze operative e istanze umanitarie; sono rari, ad esempio, i casi di atrocità legate al rispetto cieco degli ordini, o di vessazioni delle popolazioni civili, e la complessiva "umanità" del militare italiano è universalmente riconosciuta.

Lo scioglimento dei conflitti psicologici odierni potrebbe dunque forse essere ricercato proprio in tale retaggio; "sdoganando" e rivalutando questa antica attitudine italiana, appoggiandosi ad essa; riconoscendo però un elemento unificante tra modello paterno e materno nell'essere entrambi fondamentali principi ordinatori, di contenuto diverso ma di senso e natura simile.

Perché se per un militare lo sforzo di ridefinire l'i-

dea di giusto può essere difficile ma accettabile, ciò che non gli potrebbe mai essere tollerabile sarebbe ammettere che non esista più l'idea stessa di giustizia. Si tratta dunque di costruire insieme un nuovo "giusto", accettando il "preferibile" contingente, ma principalmente come tappa nell'avvicinamento ad esso.

Tale costruzione può essere possibile anche e soprattutto incrementando il servizio e lo spazio di assistenza psicologica, ad oggi non del tutto sufficiente per fornire riparo dai mutamenti di cui è investito il militare e la sua famiglia. L'esigenza di supporto psicologico si avvalora alla luce dell'approvazione dei nuovi L.E.A. (D.P.C.M. del 12/01/2017), i Livelli Essenziali di Assistenza, che sanciscono il diritto delle persone (minori o adulti), delle coppie, delle famiglie in situazioni di disagio psicologico, di ottenere un intervento psicologico.

Se col padre è scomparso il guerriero e il giudice, con la madre sopravvive l'accudimento e il perdono; ma ciò che conta è che entrambi si muovono alla luce di una idea del mondo e di ciò che è giusto o ingiusto che in esso accada, ossia se sia giusto esservi più severi (anche le madri puniscono) o più compassionevoli (anche i padri perdonano).

Si tratta cioè, da un lato di ridefinire l'idea di padre e di militare, inserendovi forti istanze materne, e di ridefinire la maternalità non come remissività arrendevole e acritica ma come accompagnamento comprensivo verso il giusto. Si tratta di accoppiare all'autorità paterna, fondata sul crisma esterno, l'autorevolezza legata alla relazione emotiva materna, anche per evitare che allo sradicamento dell'autorità, padri e militari reagiscano con incongrui tentativi di restaurazione basati sulla pura violenza (si pensi, ad esempio, al femminicidio, agli abusi su arrestati detenuti, al fenomeno del nonnismo).

Si tratta di proporre schemi altri di fondazione dell'autorità che non siano le percosse o la sopraffazione; che non siano necessariamente maschili o femminili, ma che siano equi, perché condivisi.

Si tratta dunque di un appello e di una educazione alla relazionalità profonda ed alla reciprocità,

che sconiugarsi presso i padri l'altro pericolo (oltre a quello della violenza) legato alla sconfitta della loro figura, e cioè il quello di rifugiarsi nel relativismo della fraternità.

Si tratta di rifondare la figura del padre, e gli schemi per tale rifondazione sono di fatto già presenti nella ricca tradizione italiana di relazione, in cui la mediazione materna tempera l'assertività del padre, ed in cui tale visione condivisa costituisce il linguaggio e l'orizzonte comune indispensabili per potersi comprendere in profondità.

In definitiva, occorre ricostruire una immagine forte di militare come garante del rispetto della umanità di tutti e sollecito del loro benessere (come *peace keeper* più che come *warrior*), e di neo-padre flessibile, per meglio resistere al vento del relativismo, che nel rispetto della umanità dei figli gestisce l'eventuale conflitto dialogando, alla ricerca di una soluzione condivisa, che gradualmente avvicini alla soluzione ideale, che rappresenti una tappa lungo un cammino comune di ricerca, più che un armistizio in un conflitto.

Di fronte ai cosiddetti "nuovi padri" – padri che abbracciano i figli come un tempo facevano solo le madri, padri molto giovani, che aiutano le madri nella primissima fase dell'accudimento e dell'educazione, padri in congedo parentale, padri che vogliono "smettere di essere e cominciare ad esserci" (Bussola, 2016) – Luigi Zoja (2016) si chiede cosa succederà nella seconda fase dell'educazione, nella quale un certo tipo di paternità (di autorevolezza) diventa importante per accompagnare il figlio nel suo ingresso nel mondo, nella società.

Come l'Ettore omerico alle Porte Scee depone l'elmo che terrorizzava suo figlio Astianatte, "*il nuovo padre depone le vesti, che sono quanto la società, la metafisica e la storia hanno deposto su di lui. Va verso una nudità oceanica, intima e libera come la simbiosi. La società ha deciso di spogliare Ettore perché non spaventi il bambino. Quest'ultimo non avrà più paura: ma avrà ancora un padre?*" (Zoja, 2016).

Ebbene, forse si può provare a rispondere che il bambino avrà una madre che gli testimonierà le gesta del padre; ma che ciò che è importante è che non abbia fratelli che se ne contendano le spoglie.

BIBLIOGRAFIA

- Bucci R., Calamo-Specchia, F. (2015). *Individualismo e consumismo*, in (a cura di F. Calamo-Specchia) Manuale critico di sanità pubblica. Rimini: Maggioli.
- Bussola, M. (1974). *Notti in bianco e baci a colazione*. Torino: Einaudi Stile Libero, 2016.
- Coser, L. *Greedy Institutions: Patterns of Undivided Commitments*, «The Free Press», New York.
- De Soir, E., Hoe beleeft het thuisfront een uitzending? Die emotionele standia bij langdurige inzet, in R. Moelker and F. Jansen (eds.), «Kernvraag: Thuisfront en de militair», 123 (1), 2000, pp. 19-26 in: Sertorio, G., Nuciari, M. La famiglia militare è una famiglia come le altre. *Anthropos Rivista Militare*, n. 5/2009.
- Foucault, M. (1976). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi.
- Lo Torto, A. (2007). La famiglia del Militare. *Informazioni della Difesa*, 3, pag 24-29.
- Mitscherlich, A. (1970). *Verso una società senza padre*. Milano: Feltrinelli.
- Moelker, R., Van der Kloet, I. *Military Families and the Armed Forces: A Two-sided Affair?*, in Caforio, G. «Handbook of the Sociology of the Military», Kluwer Academic/Plenum Publishers, N.Y., 2003, pp. 201-223, in: Sertorio, G., Nuciari, M. La famiglia militare è una famiglia come le altre. *Anthropos Rivista Militare*, n. 5/2009.
- Moskos, Charles C. Jr., (1977). *From Institution to Occupation: Trends in Military Organization*, in «Armed Forces & Society», 4, 1.
- Segal, Mady W., (1986). *The Military and the Family As Greedy Institutions*, «Armed Forces & Society», 13, 1.
- Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sertorio, G., Nuciari, M. (2009). La famiglia militare è una famiglia come le altre. *Anthropos Rivista Militare*, n. 5/2009, pag 96-105.
- Zoja, L. (2016). *Il gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*. Torino: Bollati Boringhieri.



ATTRAVERSARE IL MARE ALL'INSAPUTA DEL CIELO

CONCLUSIONE DI UN CASO DI TERAPIA INDIVIDUALE SISTEMICA CON UN PAZIENTE ANSIOSO.

dott. Calamo-Specchia
Psicologo, psicoterapeuta

RIASSUNTO

L'articolo prende in esame lo sviluppo e la conclusione di un caso di psicoterapia individuale con una paziente giovane adulta, affrontato secondo l'ottica sistemico relazionale. Analizza il percorso svolto nel contesto terapeutico ed il progressivo ripristinarsi di una condizione asintomatica e di benessere per la paziente. Descrive la sua riscoperta dei legami affettivi primari, che – grazie ad un momento di chiarificazione e confronto – le permette di compiere un movimento di svincolo ed al tempo stesso la sostiene nel prosieguo del processo di costruzione della vita adulta, basata sull'autonomia e sulla scelta degli affetti.

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 (extratraining), svolta con il dott. Giuseppe Vinci, presso la Scuola Change, sede di Bari del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma. Fa seguito al lavoro descritto nel contributo "La signora non lo so. Avvio e sviluppo di un caso di terapia individuale sistemica con un paziente ansioso" edito su Psicopu-

glia n.20 di Dicembre 2017, e conclude la narrazione clinica del caso. 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.

PREMESSA

Quando Lorena fa richiesta di aiuto presso la Scuola Change, dove la seguirò nella fase del training, ha ventisei anni. Ultima di tre figlie, porta in prima istanza – in misura enormemente maggiore rispetto alle sorelle – la tematica del ruolo da ricoprire e delle aspettative sulla sua esistenza. Per lungo tempo ha infatti sofferto il peso delle aspettative su quello che avrebbe dovuto fare della sua vita, costruendo pian piano un castello di menzogne che l'hanno portata ad un blocco negli studi universitari. Il lavoro nella fase di supervisione diretta del training, durato dieci sedute, ha permesso a Lorena di incrementare la sua consapevolezza circa il condizionamento subito dalle aspettative provenienti dalla famiglia di origine e circa la sua reazione a tale influenza, caratterizzata da una presa di distanza da se stessa e da una modalità relazionale evitante. Il lavoro condotto nelle prime sedute ha permesso a Lorena di entrare in contatto con il significato relazionale dei suoi comportamenti attuali, tramite

una progressiva analisi dei legami familiari che – partendo dal tempo passato – le ha permesso, anche nel tempo attuale, di sperimentare modalità di pensiero e comportamentali diverse. Particolare rilevanza ha assunto il tema del padre: figura distante e autoritaria, il suo rapporto con la figlia è stato sempre caratterizzato dall’assenza di parole. Un evento specifico ha segnato il rapporto fra Lorena ed il suo papà: quando ha quindici anni, questi scopre la sua relazione con il suo primo fidanzatino, Mauro, e va su tutte le furie. Alla ragazza 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.

La Lorena di allora subisce in questa occasione un rapido e, per molti versi, traumatico, cambio di posizione all’interno della famiglia e nella relazione con il papà: passa dal ricoprire il ruolo della bambina accomodante, disponibile, responsabile e fra le grazie del papà a quello della ragazza che l’ha deluso, ribelle, che ha una relazione sentimentale e per questo è distratta e prende voti bassi a scuola; voti che divengono d’ora in avanti il segnale che in lei qualcosa non va. “L’universo affettivo Lorena 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” (Calamo-Specchia, 2017).

Avvicinarsi a tali contenuti è un compito difficile per

Lorena, che però affronta con piglio volenteroso e con lo sguardo rivolto verso il futuro: alla ricerca di un equilibrio fra la stanchezza per le sofferenze attuali (che riconduce via via sempre meglio alla trama relazionale che va costruendosi in terapia), la forza di antiche resistenze e la spinta coraggiosa delle istanze evolutive.

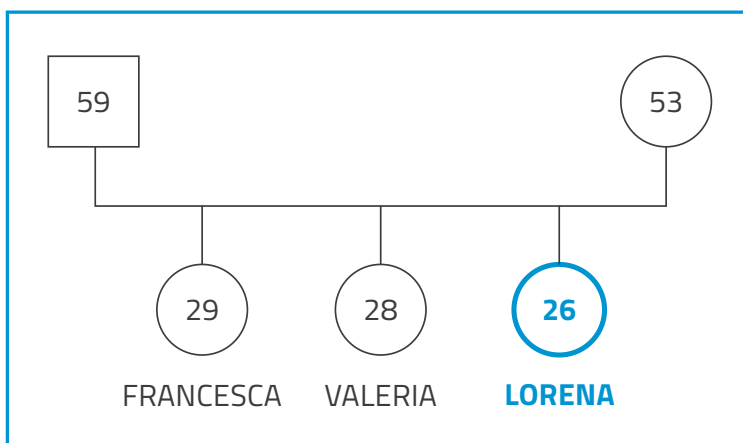


Figura 1. Genogramma di Lorena

DOPO IL TRAINING. LA DIFFICILE ALTALENA DEI TENTATIVI E DEGLI ERRORI

Il lavoro fuori dal training prende avvio nel contesto dello studio privato, fra piccoli iniziali sussulti miei e della paziente. Entrambi, infatti, affrontiamo un passaggio nuovo, quello della relazione pienamente e puramente diadica. In questa fase del lavoro, una volta individuati i nodi centrali della storia personale e familiare, è Lorena a proporre dei contenuti per il lavoro terapeutico.

I sei mesi che seguono sono caratterizzati da quelli che in terapia sono stati definiti in modo chiaro “tentativi ed errori”. Lorena cioè trae con costanza slancio dalle discussioni affrontate in stanza di terapia e propone le sue nuove consapevolezze fuori. Compie dei tentativi, che vengono poi discussi nel lavoro di terapia. I suoi tentativi le porteranno dei successi e dei fallimenti, con i quali lentamente Lorena si confronterà, nel tentativo di imparare a gestirli. L’altalena composta dalle salite e dai ritorni genererà non poche difficoltà a Lorena, che troverà conforto nel celare a se stessa le salite, per soffrire



meno i ritorni. Una volta esplicitata questa dinamica, infatti, per un lungo periodo farà di tutto per non riconoscere davvero i progressi fatti, per paura che essi possano essere vani o possano generare un successivo passo indietro, che le risulterebbe insopportabile.

L'antico stratagemma dell'attraversare il mare all'insaputa del cielo illustra bene il modo di funzionare di Lorena in questa fase. Lo stratagemma è legato ad un episodio risalente al VII secolo, che riguarda l'imperatore del Giappone Tai Zong di Tang, il quale – per paura del mare – rinunciò a condurre un importante attacco bellico. Il suo generale, per alleviare la paura della nausea dell'imperatore, escogitò lo stratagemma: in una giornata di sole lo invitò ad incontrare un saggio. Per raggiungerlo, dovette attraversare una scura galleria che conduceva in una sala, dove avvenne l'incontro e si svolse poi un lungo banchetto. Dopo qualche giorno, l'imperatore ascoltò il suono delle onde e capì di trovarsi su una nave. Il generale aprì le tende che coprivano la vista del mare e confessò che ormai lo avevano attraversato. Tai Zong decise allora di proseguire, concludendo poi una campagna militare vittoriosa. Questo aneddoto ben descrive la capacità (strategica, in ambito bellico; molto spesso inconscia, in ambito intrapsichico) di fare qualcosa che sortisca evidenti effetti positivi senza che la nostra azione venga dichiarata, permettendoci così di evitare le resistenze al cambiamento di cui siamo portatori.

Come l'imperatore Tai Zong, senza accorgersene e di nascosto al cielo, anche Lorena attraversa il mare, confrontandosi con diverse correnti, imparando a guardarle più da vicino ma celando con il velo dell'evitamento (sul registro razionale) e delle manifestazioni ansiose (sul piano emotivo) le sue capacità, l'esercizio costante che pure porta avanti con buoni risultati.

Come detto, fra gli obiettivi della terapia vi è quello di aiutare Lorena a guardare più da vicino le sue difficoltà per poterne cogliere il significato.

Un interessante spunto mi è dato dal lavoro di Nanni Di Cesare, che in quel periodo tiene un seminario per la Scuola Change intitolato "Il sogno di disegnare il mondo", in cui presenta il suo lavoro. Il

lavoro di Di Cesare sottolinea la profonda valenza terapeutica del rappresentare e del rappresentarsi, in particolare nella forma delle mappe. Se è possibile disegnare una mappa, raccontare, scrivere, allora è possibile prendere le distanze da se stessi e diventare "più grandi" del proprio stesso racconto. A questo obiettivo, che intercetta ottimamente una prima importante funzione della psicoterapia, nel pensiero di Di Cesare se ne associa uno ulteriore: quello di cercare mappe e rappresentazioni che aiutino il paziente a pensarsi non tanto come era o come è, ma come può diventare. In questo contesto, l'invito che Di Cesare rivolge è quello di stimolare questa produzione nel lavoro con i pazienti, partendo dalla lettura, in stanza di terapia, di uno dei racconti di Italo Calvino tratto dall'opera *Le città invisibili*, in cui l'Autore immagina e costruisce delle città, ciascuna con il proprio funzionamento, le proprie leggi fisiche e di natura, le proprie abitudini e caratteristiche.

Così, incuriosito da questi spunti di lavoro, decido di proporre a Lorena la lettura de *La città e gli occhi*, una delle città calviniane che più mi hanno colpito. Lorena svolge il suo personale elaborato sulla città ideale, descrivendo ancora una volta la sensazione di blocco. Il lavoro ideativo infatti si arresta appena subentra in lei l'idea di dover svolgere il compito richiesto in modo corretto.

Grazie a questo strumento emerge il "mostro" del blocco, generato dalla sensazione di dover fare le cose in una maniera giudicata da qualcuno come giusta, che una volta emerso, però, la spaventa meno. È possibile osservare il comportamento del "mostro" in terapia: agisce come un'entità oscura che avvolge tutto. Eppure, guardandolo da più vicino, il suo potere appare più un effetto scenico e meno reale. Lorena è consapevole di poter imparare a convivere, dunque a trattarlo. Si sente ancora fragile, ma vuole iniziare a costruire la sua città ideale. Il solo tentativo di costruzione della mappa ha finalmente reso nominabile, dunque concreto, un aspetto centrale nell'esperienza di Lorena.

In questo particolare equilibrio fra desiderio e terrore del cambiamento si muove Lorena, che nei mesi a seguire imparerà a guardare la sua paura del

cambiamento come un paradosso: una mutilazione che viene fatta prima, per paura di ricevere un dolore maggiore dopo.

Da questo momento in avanti, Lorena introduce in stanza di terapia, progressivamente in maniera più stabile, l'elemento dell'ironia. Non è più l'ironia delle prime fasi della terapia, difensiva e stridente, ma è un'ironia più autentica che essa stessa con sorpresa scopre di avere. Riuscire a connettersi con questa ironia e ridere insieme alla paziente è una scoperta anche per me, che per la prima volta conosco ed introduco nel mio registro questo importante elemento.

Progressivamente Lorena si sperimenta nell'abbandono della distanza di sicurezza in cui ha sempre vissuto. Dopo tanti anni infatti, ha un incontro sentimentale. Descrivendolo, è ben attenta a definire che non sia nulla di serio o che possa generare qualcosa di importante. La paura del cambiamento la spinge a tenere il cielo all'oscuro di tutto, eppure continua, davanti ai miei occhi e appoggiandosi al lavoro terapeutico, ad attraversare il mare.

Si avvicina all'estate, ormai alle porte, con buoni propositi. Sull'onda della fiducia arriva un nuovo slancio e, pur non sentendosi molto preparata, sostiene un altro esame, superandolo; si sente soddisfatta di se stessa, finalmente felice. Esce con il suo amico, vede diverse persone, si diverte. Può accettare il sentirsi impreparata ma sostenere ugualmente l'esame; può accettare la mia ironia in stanza di terapia sul suo amico che non può essere chiamato fidanzato, ma continuare a frequentarlo. Inizia ad agire secondo verità, nello studio come nelle relazioni: guarda cioè con timore alle sue difficoltà, ma la novità è rappresentata dal fatto che le guarda. L'estate alle porte la rende fiduciosa.

Dopo la pausa estiva, il lavoro riprende e mi fa ritrovare una Lorena felice e più consapevole. Ha potuto godere dei frutti della sua fatica personale e universitaria, trascorrendo del tempo in famiglia e con gli amici. A casa in particolare si è sentita meglio, meno in colpa e più orgogliosa di sé.

L'estate le ha portato anche un elemento di novità grande, che Lorena vive con straordinaria naturalezza. Dopo tanta vicinanza con il suo amico, riesce

a concedersi un rapporto sessuale con lui. Dopo questo evento però, lui si è fatto via via più freddo fino ad allontanarsi. Lorena reagisce con grande piglio, intuendo che quello che lui cercava era appunto solo un approccio sessuale, ma non se ne cruccia. Si sente soddisfatta, perché ha consapevolezza di aver fatto un altro passo avanti.

Come di consueto, quando l'altalena è spinta in avanti, arriva un movimento di ritorno.

Il ritorno ai vecchi modelli di funzionamento porta Lorena a mentire nuovamente in occasione di un esame non sostenuto. In questa fase imposto il lavoro per cercare di interrompere la sequenza del suo funzionamento ansioso tramite un contenimento cognitivo, fatto di normalizzazione dei problemi semplici, incoraggiamento e confronto con le esperienze di successo che lei stessa ha condotto.

Il lavoro riconnette poi i nuclei problematici alla storia personale e familiare di Lorena, così ritorna il tema delle aspettative. Diventa più evidente, agli occhi di Lorena stessa, che il suo timore di fallire è rivolto alla sua famiglia; a suo padre, in particolare. Associare gli esami al fatto che questi sono in qualche modo rivolti al suo papà (che non se lo merita, che l'ha ingannata), determina dunque il ritorno dell'altalena. La Lorena bambina grida e scalpita volendo continuare a vivere come la preferita del papà (dunque facendo esami) ma al tempo stesso è ferita e rabbiosa (dunque compie un autosabotaggio, perché se davvero fosse la preferita del papà, allora questi avrebbe accettato il suo fidanzatino, senza cacciarla via). La Lorena adulta la guarda un po' perplessa, avverte su di sé la fatica del cambiamento.

Grazie al confronto con il terapeuta rintraccia nella sua esperienza prove e testimonianze dell'inconsistenza della sua paura del confronto con la sua famiglia di origine: tutte le volte in cui recentemente è successo, ne ha ricavato infatti leggerezza e benefici. Se avesse una bacchetta magica, le sue sorelle Francesca e Valeria saprebbero tutto della sua fatica negli studi, ma lei potrebbe vivere tranquilla perché saprebbero anche che questo progetto è il suo e lei spera tanto di farcela. Avrebbero fiducia e sostegno per lei, ma senza crearle oppressione.



Starebbero dalla sua parte.

Le tecniche usate in terapia in questa fase attoniscono a quella che Boscolo e Bertrando (1996) chiamano "presentificazione del terzo" ed è in particolare grazie all'uso di domande circolari – in grado di evocare le persone significative – o attraverso la richiesta di parlare direttamente con il terzo presentificato, che Lorena inizia a sperimentarsi in terapia, mettendo ben presto alla prova al di fuori della stanza di terapia le ipotesi vagliate.

Così, con il consueto coraggio, decide di affrontare la sorella maggiore Francesca, ricevendo in cambio proprio quel messaggio tranquillizzante che desiderava. La sorella è dalla sua parte, la invita a pensare un poco per volta e non la forza: se ce la farà ne sarà felice, altrimenti non sarà un dramma. Ha tutto il tempo del mondo e deve essere serena.

Qualche settimana dopo, l'effetto che questo contatto produce è un nuovo esame superato. Proprio la sorella Francesca è stata la prima che Lorena ha contattato dopo il successo. Cresce felicemente in lei la consapevolezza che può contare sulla sorella. Quello che Francesca le fornisce è un approdo finalmente sicuro, familiare e tranquillizzante, fatto di comprensione delle sue difficoltà ma al tempo stesso di rispetto e riconoscimento dei suoi tentativi.

Alfredo Canevaro illustra gli effetti del lavoro individuale sistemico affermando che "anche se lo stimolo per il cambiamento proviene dalla seduta individuale, la sua elaborazione coinvolge comunque l'intero sistema delle relazioni significative del paziente" (Canevaro, 2010).

Lorena ce la sta mettendo tutta e immettendo elementi di novità nel suo sistema familiare ha prodotto un altro risultato importante: un familiare, attento e sensibile, le fornisce per la prima volta un valido aiuto.

Mentre Lorena porta fuori dalla stanza i suoi "tentativi", il ruolo del terapeuta assume la funzione di allenatore, in grado cioè di confrontarla con i punti di forza e di debolezza dei suoi movimenti e di guidarla perché gli apprendimenti dagli "errori" siano funzionali e corretti. In aggiunta, "nella sua funzione di allenatore [...] il terapeuta prepara il paziente

a superare le difficoltà relazionali della vita reale. Inoltre, il terapeuta-allenatore interpreta e mette in luce le caratteristiche degli individui fonte di disagio per il paziente, affinché possa imparare a utilizzare a proprio vantaggio i punti critici dei partner relazionali che incontra" (Bruni e De Filippi, 2007).

LA RINASCITA SENTIMENTALE, IL NUOVO STOP UNIVERSITARIO E L'AUTORIZZAZIONE A RILASSARSI

Dopo due mesi di pausa per le vacanze natalizie, Lorena ritorna in consultazione in un assetto negativo. Si mostra visibilmente giù di tono, i suoi sorrisi evitanti e la voce squillante lasciano il posto a espressioni più serie. L'origine del suo disagio sta nell'aver mentito nuovamente rispetto a un esame in programma. Questa volta soffre molto per averlo fatto. In particolare, l'aver mentito alla sorella le provoca un grande dolore: sente di averla tradita. È come se l'abitudine difensiva a tentare sempre di cavarsela per il rotto della cuffia di tanto in tanto ritornasse. Questo ritorno sarà particolarmente lungo e costituirà motivo di grande angoscia per Lorena.

Paradossalmente, l'essere riuscita ad aprirsi con la sorella ha contribuito ad accrescere la sua ansia, come se la sorella per questo avesse aumentato il livello delle aspettative sulle sue prestazioni. Alcuni episodi di litigio fra le due, in cui Valeria interviene duramente, non aiutano la ragazza che sente sempre di più il peso del compito che la attende. Le mancano soltanto due esami alla Laurea ma le sembrano impossibili ed il solo pensiero della Tesi la terrorizza. Ritorna l'angoscia del poter precipitare alle difficoltà iniziali. Mente, perché se adesso dovesse dire la verità avrebbe timore di sentirsi dire che non ha mai risolto niente, che è di nuovo al punto di partenza; che è caduta un'altra volta.

Diversamente da prima, stavolta l'abbattimento di Lorena non ha l'effetto di bloccarla. Stavolta, pur cosciente delle sue difficoltà universitarie, sembra potersi prefigurare uno scenario in cui – con i suoi tempi e le sue modalità – vi fa fronte. Quello che le dà sofferenza è l'opinione che i suoi familiari possono avere di sé; certo è dispiaciuta di non riuscire

a trovare le risorse per affrontare un ultimo sprint, ma ha anche voglia di concentrarsi su altro.

L'altro ha le fattezze di un bel giovane di nome Antonio, con il quale Lorena esce da poco e col quale gradirebbe tentare un nuovo esperimento di "relazione leggera e senza impegno". Nonostante sul versante razionale si esprima come in precedenza, stavolta – osservandolo più da vicino – il suo desiderio tende verso una relazione che le faccia compagnia ma che non pretenda troppo, che non opprima ma pacifichi. Il giovane Antonio attrae la sua attenzione e i due si frequentano, senza che nessuno faccia la prima mossa.

L'arrivo inaspettato di un'attrazione sentimentale conduce Lorena a proiettarsi più su di sé: si interroga, tenta, immagina, sperimenta. Vive con felicità i suoi momenti di svago, tentando di tenere sullo sfondo l'aria cupa che sente, non appena ritorna il pensiero degli studi da completare.

In seduta adesso sembra una bambina allegra e scanzonata, che porta quasi il suo comportamento sfacciatamente birichino per ottenere un rimprovero, una scossa.

Una bambina è proprio la protagonista di una metafora che ben descrive questo momento.

Lorena si sente come una bambina in cammino. Vede la strada, ma non riesce a vedersi su quella strada. Si vede invece al lato, dove c'è un bellissimo campo pieno di fiori dove si sente bene, fintanto che non arriva il buio. Il buio le fa paura e vuol rientrare a casa per la notte, però il pomeriggio è così bello che aspetta fino all'ultimo momento, finché il sole va via per rincasare.

Ogni volta rischia di non fare più in tempo, sente che è tardi; eppure è lì in attesa dell'ultima ora del tramonto per iniziare a correre e tornare. Il cammino le pare troppo faticoso.

Per sentire meno la fatica potrebbe raccogliere dei fiorellini dal campo e portarli a casa. Si guarda sotto questa luce e vede la bambina che è in lei, molto spesso impaurita e persa nella ricerca dei fiorellini per paura di affrontare la strada. Guarda quella bambina e vorrebbe salvarla, farla crescere; vorrebbe che imparasse a tornare a casa, perché sente che tornando a casa con i fiorellini (che sono oggi

le partite di tennis, che ha ripreso a frequentare, le uscite con gli amici, gli appuntamenti con Antonio) poi starebbe meglio, sarebbe tutto perfetto.

Teneramente, invito Lorena a prendere per mano quella bambina, conducendola sulla strada, se è questa la sua scelta. Grazie ed un nuovo confronto con il supervisore avvenuto in questa fase, sono infatti sempre attento a non associarmi con chi la vorrebbe per forza laureata, per non unirmi al coro delle aspettative, ma ogni volta che è possibile sottolineo come sia pienamente padrona delle sue scelte e come possa (debba) condurre quella bambina dove sente che può stare meglio.

Nei mesi successivi la frequentazione con il giovane Antonio evolve in quello che ha tutta l'aria di un innamoramento.

I due si sono finalmente avvicinati e ne è nata una relazione. La ragazza, con il consueto timore, dice di sentirsi bene. Questo ragazzo la fa sentire protetta, la porta in un mondo dove nessuno può prenderla ed in più si mostra rispettoso, attento a lei. Lorena è visibilmente soddisfatta per questo, riesce con lui a lasciarsi andare e quando nella sua mente ricompaiono timori, paure o voglia di nascondersi, lei stessa si sente maggiormente in grado di riconoscerli e all'occorrenza di scacciarli, di togliere loro peso e spessore. Non si preoccupa di capire cosa le sta succedendo, se questa storia sia un fidanzamento o una storia leggera, ci tiene soltanto a stare bene. Riflette sulle sue stesse convinzioni e riconosce il segno evidente del suo star meglio.

Coerentemente con la metafora costruita insieme però, mentre trae giovamento dal suo starsene serena nel prato, tutto intorno si fa sera e Lorena non riprende il cammino, vivendo un sentimento di colpa e di angoscia sempre più profondo.

Ormai non riesce più a studiare e si sente stanca. Se immagina il momento della Laurea, la felicità per la liberazione si mescola alla pena per tutto il percorso condotto. In preda allo sconforto, non c'è più traccia della Lorena allegra e scanzonata.

Con estrema fatica e per la prima volta dopo un anno e mezzo di terapia, piange.

Cerca una strategia ma nemmeno quelle adottate in passato le sembrano più valide. Inizia a trascu-

rarsi, si mostra trasandata e con il volto stanco. Si sente in ansia per il tempo che trascorre e lo studio che non procede. Anche il solo prendere informazioni sulle date dei prossimi appelli le provoca il senso del vomito.

Le persone intorno a sé in questo momento si raccolgono, cercano di sostenerla, ma lei le respinge. Respinge anche le sorelle che si preoccupano per lei. Nel loro approccio, infatti, non riesce a leggere il desiderio di sostegno, ma trova soltanto il fastidio per i continui tentativi di contattarla, perché questo crea un ulteriore impedimento al suo studio. Si sente più che mai sotto giudizio e reagisce con una chiusura marcata.

Il lavoro in terapia si fa difficile. Sperimento per la prima volta un senso di impotenza. Le tecniche e le strategie terapeutiche fin qui utilizzate sembrano non bastare più ed io mi sento affranto; arriva anche per me la difficile esperienza dell' "abitare la sofferenza" (Salvatore, 2006). Vorrei aiutarla, ma non riesco più a ritrovare la direzione del lavoro.

Il confronto con il supervisore mi viene in aiuto.

In supervisione in particolare riesco ad analizzare meglio il mio controtransfert ed il mio assetto, che si è fatto col tempo persino troppo vicino alla ragazza, lasciando spazio così per il rischio di non riuscire più a guardare le cose con la giusta distanza. Il pianto di Lorena, che mi ha colpito ed affranto, mi appare adesso come una possibilità per lei di entrare finalmente in contatto con le sue emozioni.

L'atteggiamento delle sorelle, che le sono così vicine, mi sembra invece più congruo. Le persone che vogliono bene a Lorena non possono che stringersi attorno a lei, ma lei pare funzionare come nella storia della vecchina seduta in riva

al fiume, scandalizzata perché vedeva due amanti scambiarsi effusioni davanti a sé. I due amanti allora si allontanavano, ma la vecchina continuava a vederli e se ne lamentava. Anche quando si allontanavano di chilometri, la vecchina impugnava un binocolo e continuava a vederli, gridando allo scandalo!

Lorena si muove con le sorelle come la vecchina che continua a guardare, come se volesse accusare loro e la loro incomprendione che l'ha costretta a una vita di difficoltà e clandestinità. Così, con il suo comportamento si punisce e al contempo si vendica e in qualche modo però finisce per dare loro ragione. Non trovando una via di uscita in questa dinamica, punisce se stessa, colpevolizzandosi e svalutandosi.

Luigi Cancrini (2012) definisce il rapporto fra il terapeuta (o chiunque si proponga di prendersi cura) e le persone con un funzionamento passivo-aggressivo come caratterizzato da un "doppio movimento basato, da una parte, sul bisogno di dare fiducia (su



esperienze che “copiano” quelle del bambino) ma, dall'altra parte, subito o comunque presto, anche sul risvegliarsi del vissuto legato al tradimento e alla paura di doversi sottomettere a chi dice di volersi curare di te ma in realtà ha su di te aspettative molto (troppo) vincolanti”.

La riflessione in terapia sugli aspetti passivo-aggressivi del suo funzionamento porta Lorena a considerare l'ipotesi di cambiare la direzione in cui puntare il binocolo. Ritorna il tema del fare le cose per sé: la strada verso la Laurea (la strada verso l'autonomia) da questo punto di vista si farà più lineare se sarà costruita pensando esclusivamente a sé. È una Lorena ancora rabbiosa, che porta con sé qualcosa dell'antica rabbia adolescenziale, quella che punta il binocolo verso la famiglia di origine. Per diverse sedute rifletteremo sul funzionamento passivo-aggressivo e per diverse sedute Lorena farà fatica a staccarsi dal senso di vergogna e punizione con cui si affligge. Se ne libererà quando, ormai al minimo delle sue energie fisiche e mentali, deciderà di rientrare a casa per qualche tempo. In quella occasione, fra le lacrime, confesserà alla mamma ed alla sorella Valeria la sua difficoltà. Parlerà loro della sua tendenza a punirsi, a perdere tempo, della sua paura del loro giudizio e del futuro. In questa cruciale occasione riceverà dalla mamma una tenera comprensione e quella che definiremo in terapia come *autorizzazione a rilassarsi*.

Quello che accade, in altri termini, è che la mamma, intuendo la difficoltà grave della figlia, ritorna saggiamente e con autorevolezza a ricordare alla figlia le cose davvero importanti. Come di consueto, parla anche per conto del padre e la invita a godere dei suoi affetti e delle cose che la fanno sentire bene. Le dice di non preoccuparsi per gli aspetti economici, di stare serena perché potrà anche laurearsi fra due anni o non laurearsi, per lei e per il papà non è importante. Anche le due sorelle si uniscono al coro dei messaggi incoraggianti: messaggi d'amore con i quali Lorena inizia a confrontarsi.

Nel lavoro di terapia mi associo ai messaggi di fiducia, invitandola a essere pronta ad accettare che dalla sua serenità potrà scaturire qualcosa di nuovo, non necessariamente una Laurea! Potrà fare

quello che vorrà della sua vita, a patto che riesca a entrare in contatto con se stessa, a essere serena, ad arginare l'effetto confondente che genera la sua voglia di aderire alle richieste che le arrivano dall'esterno. Questo momento arriverà, deve solo adesso concedersi il giusto tempo, che è quello che serve a lei.

Un'altra estate è alle porte e Lorena torna a sentirsi fiduciosa, vuole interrompere il meccanismo che la porta ad avere timore di mostrarsi debole e provare a ridefinire quella debolezza in termini di autenticità. Proprio prima della pausa estiva, giunge improvvisa una visita di Valeria alla sorella più piccola. Dopo i bei movimenti della sorella maggiore Francesca, stavolta anche Valeria compie un passo verso Lorena. Le fa visita, conosce le sue coinquiline, trascorre del tempo con lei permettendole di raccontarsi. Lorena così si avvicina all'estate convinta che qualcosa potrà andare meglio, felice di aver vissuto questi giorni a contatto con la sorella che hanno avuto l'effetto di avvicinarla a sé.

Finalmente, sente entrambe le sue sorelle completamente dalla sua parte. Sente di potersi mostrare.

IL RITORNO DEL CORMORANO

Il lavoro con Lorena riprende dopo cinque mesi di pausa.

Ritrovo una Lorena completamente rinnovata. L'incontrerò per altre cinque sedute, in cui ho come l'impressione di osservare Lorena finalmente gioire e godere del frutto del suo lungo sacrificio. Il mio compito in questa fase è quello del sostegno e dell'incoraggiamento, dissipando i dubbi e sciogliendo le perplessità che via via emergono, riconducendole a una misura più naturale e sostenibile. Nei mesi di pausa, Lorena è rientrata a casa ed ha trovato un ambiente pronto ad accoglierlo. Entrambe le sorelle si sono strette intorno a lei, e per tutta l'estate hanno organizzato delle sessioni condivise di studio. Allo studio si è unito spesso il gioco, qualche pomeriggio di mare e qualche pranzo dell'ultimo momento consumato in famiglia. Anche i genitori sono stati in grado di tranquillizzarla, godendo con lei delle piccole cose e di una ritrovata vita familiare. Nella naturalezza e nel calore della



loro vicinanza, Lorena ha preparato gli esami che le restavano e li ha superati entrambi.

Canevaro (2010) nel suo lavoro con giovani adulti in fase di svincolo evidenzia come, per effettuare uno svincolo sano e dunque differenziarsi, sia necessario "il nutrimento affettivo e la conferma del Sé che proviene dai familiari significativi, fundamentalmente i genitori, ed anche la fiducia e la sicurezza con cui questi genitori permettono e spingono i figli a realizzare il proprio progetto esistenziale". L'esperienza estiva sembra aver lasciato in dono a Lorena un grande apprendimento: è consapevole che quando riesce a rilassarsi e mostrarsi per quella che è, la sua famiglia si mostra vicina e lei può sentirsi meglio.

«Qualsiasi cosa vedano di me, comunque sono dalla mia parte», riassume lei stessa in una delle ultime sedute riferendosi ai suoi familiari.

Nel frattempo, la relazione con Antonio prosegue. Lorena, un po' imbarazzata, ha quasi paura quasi ad ammettere che è così tanto tempo che sta frequentando un ragazzo. La presenza di Antonio la fa star bene. Quando si sente fragile, lui sa sostenerla emotivamente, le è vicino in questo momento importante, sa farla distrarre quando necessario.

Quasi "per sbaglio" e "senza accorgersene", si appoggia autenticamente ai legami importanti per lei. Oggi il suo nuovo modo di funzionare le permette di non mentire, di dichiarare (pur sempre timidamente e con molti giri di parole) la propria difficoltà, ottenendo così il conforto delle persone care. Lorena inizia a lasciarsi aiutare da chi le vuol bene.

Mentre scrive la Tesi (con il sostegno prezioso delle sorelle e di Antonio) ripercorriamo le tappe del lavoro condotto insieme. È evidente che il recupero della relazione con le sorelle, unitamente all'essersi aperta con la mamma e all'averla percepita come figura amarevole, le ha dato grande giovamento, consentendole di superare il blocco iniziale.

La riflessione torna sul rapporto con il papà e sul timore che Lorena ancora sente rispetto al dialogo con lui. In estate però, incoraggiata dalla mamma, è riuscita a parlarci, mettendo in luce la difficoltà nel loro rapporto. Certo non è andata a fondo nelle questioni e si sentiva un po' in imbarazzo, ma il papà l'ha ascoltata e sostenuta, dichiarando di

averla seguita un po' da lontano e che aveva sempre sperato che le cose andassero meglio per lei.

Lorena, pensando al papà, sente che adesso non c'è più niente di nascosto. C'è ancora qualche difficoltà, ma sente il coraggio di poterla affrontare.

Delineare questo aspetto come premessa di un altro percorso di riscoperta ed avvicinamento, stavolta con il papà, è uno degli ultimi scenari dipinti in stanza di terapia. Lorena ci riflette e immagina di poterlo avviare magari dopo la Laurea, quando si sentirà finalmente libera dai sensi di colpa nei suoi confronti.

Immagina l'abbraccio infinito che vorrebbe rivolgere al papà dopo la Laurea. Immagina di piangere stringendolo forte e così liberare entrambi, loro che sono rimasti intrappolati in questa vicenda.

Quando pensa al padre, Lorena ricorda le riflessioni sulla bambina che ha sofferto quando per la prima volta non ha risposto alle sue aspettative, quando cioè per la prima volta non è riuscita a mostrarsi per quella che era. Si sente in colpa, esattamente come si sentiva in colpa allora. Eppure oggi il suo papà è lì, che gioisce e soffre insieme a lei, informandosi da lontano del suo destino; è lì che vuole il suo bene, come tutti gli altri. Quando si sentirà pronta, potrà intraprendere questo percorso anche con lui. Non esclude la possibilità di farlo nemmeno nel "calore della psicoterapia" (Canevaro, 2010), magari insieme al papà, se sarà necessario.

Questo scenario è finalmente dicibile, immaginabile. Lorena vede il suo legame con il papà, ne intuisce la composizione e la materia, sente per la prima volta, dopo tanti anni, che è nelle sue possibilità recuperarlo.

Nell'ultima seduta è eccitata e felice per l'approssimarsi della seduta di Laurea. I preparativi fervono ed il confronto con me la porta a considerare che nel suo lungo percorso, il vero traguardo raggiunto – più della Laurea – è che lei possa finalmente concedersi questa gioia. Ha iniziato a pensare al suo benessere, indipendentemente dal benessere degli altri. Così facendo si è liberata del peso delle aspettative ed ha prosciugato l'ansia dagli elementi che compongono la sua vita. Non ha paura di mostrarsi per quella che è, semplicemente.

Lorena si proietta dunque nel suo futuro. Vorrebbe imparare l'inglese; potrebbe andare in un'altra città per scegliere l'Università, se dovesse scegliere di proseguire con gli studi. Quello che è certo è che quello che verrà sarà suo: è la sua esistenza e il suo unico obiettivo sarà quello di viverla pienamente.

Al momento del congedo, Lorena è davvero sorridente e non trattiene l'emozione. Ci salutiamo con affetto e, dopo essermi complimentato con lei per il cammino compiuto, le confermo la mia disponibilità, in ogni momento dovesse ritenerlo utile.

Due settimane dopo le manderò un SMS per congratularmi per la Laurea raggiunta, cui mi risponderà ringraziandomi e dicendomi quanto sia stata «un'emozione indescrivibile gioire con le persone importanti». Lorena ha superato gli esami universitari ed ha superato gli esami più difficili, quelli davanti a se stessa. Ha attraversato il mare e finalmente ha potuto dirlo anche al cielo.

FOLLOW UP

Ad un anno di distanza, il contatto di follow up mi fa ritrovare una Lorena ancora ironica ma più consapevole. Seguendo il desiderio di costruire qualcosa di suo, ha proseguito la sua formazione iscrivendosi ad un Master che sta portando avanti con buoni risultati; anche se non è proprio il suo sogno, si augura possa darle presto delle buone possibilità nel modo del lavoro.

Pensa ancora al percorso intrapreso e talvolta pensa che vorrebbe ritornare a cercare qualche risposta, ma per adesso si sente in grado di affrontare da sola i suoi dubbi.

CONCLUSIONI

Il percorso di Lorena si è articolato in due anni intensi e significativi. Ha rappresentato per lei un cammino di liberazione, di progressivo ripristino di quello che Lorna Smith Benjamin (2004) chiama "Sé di diritto", ovvero "un aiuto ad essere più simili a quel che saremmo stati, senza le storture e i condizionamenti impropri subiti nel processo di formazione della personalità" (Cancrini e Vinci, 2013). Parallelamente ed indissolubilmente legata alla nuova nascita di Lorena come persona più serena e consapevole, vi è la mia nascita come giovane

terapeuta che oggi muove i suoi passi in autonomia. È stato un percorso affascinante e ricco, che mi ha visto crescere insieme alla paziente. Ho potuto dare un significato alle risonanze che mi giungevano dal lavoro di terapia grazie al contributo sempre intenso del mio supervisore e del mio gruppo di training.

Ho potuto crescere in un luogo, la Scuola Change, che mi ha fatto sentire protetto, apprezzato, incoraggiato, stimolato, ma che mi ha anche ripreso, messo alle strette, corretto, pungolato. Il tutto dentro la meravigliosa cornice dell'appartenenza, del rispetto, dell'interesse reciproco a migliorarsi, come persone e come terapeuti.

Quello che, secondo Canevaro (2010), deve ricevere il giovane adulto in fase di svincolo dalla propria famiglia di origine, io l'ho trovato nella relazione con il mio supervisore e con il gruppo di training: quegli elementi di riparo, nutrimento affettivo e conferma del mio Sé di terapeuta che mi consentono oggi di guardare con entusiasmo e fiducia al cammino professionale futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Boscolo, L., Bertrando P. (1996). Terapia sistemica individuale. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bruni, F., De Filippi, P. G. (2007). La tela di penelope. Torino: Bollati Boringhieri.
- Calamo-Specchia, A. (2017). La signora non lo so. Avvio e sviluppo di un caso di terapia individuale sistemica con un paziente ansioso. *Psicopuglia – Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia* n. 20: 283-288.
- Cancrini, L. (2012). La cura delle infanzie infelici. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cancrini, L., Vinci, G. (2013). Conversazioni sulla psicoterapia. Roma: Alpes Italia.
- Canevaro, A. (2010). Quando volano i cormorani. Roma: Edizioni Borla.
- Harrison, L. (1991). Dalla base sicura all'individuo: riflessioni sulla formazione e sull'allevamento dei terapeuti. *Ecologia della mente*. 11: 87-92.
- Salvatore, G. (2006). Il tao della psicoterapia. Roma: Editrice Las.
- Smith Benjamin, L. (2004). Terapia Ricostruttiva Interpersonale. Roma: Editrice Las.



VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA DELLA COMPETENZA EMOTIVA IN ETÀ EVOLUTIVA

dott.ssa Palmisano
Psicologa Psicodiagnosta

LE EMOZIONI E L'ESPERIENZA EMOTIVA: DAL SUO SVILUPPO ALLA COMPETENZA EMOTIVA

Il presente lavoro si configura come trattazione intorno al costrutto psicologico della Competenza Emotiva, oggetto di indagine dato il ruolo fondamentale che i vissuti emotivi ricoprono per il benessere bio-psico-sociale dell'individuo, in particolare durante l'Età Evolutiva.

L'inquadramento teorico del costrutto in questione ha le sue radici nella definizione di "Emozione", che si configura come processo che coinvolge tutto l'organismo, esperienza eterogenea, multidimensionale e processuale, con una forte funzione d'organizzazione cognitivo-affettiva, che media il rapporto tra l'organismo e l'ambiente (Camaioni & Di Blasio, 2002).

Risulta evidente il coinvolgimento di diverse componenti:

- cognitiva, che implica la valutazione dello stimolo;
- fisiologica, che fa riferimento alla predisposizione dell'organismo a far fronte all'evento scatenante attraverso lo stato di attivazione generalizzata;
- psico-affettiva, che è congruente allo stato di *arousal* ed espressione di vissuti emotivi interni;
- comportamentale, che indica la reazione sul piano della condotta.

L'emozione, dunque, acquista un significato fondamentale per l'individuo in termini di sopravvivenza biologica e psicologica in altre parole ricopre una

funzione adattiva in risposta alle sollecitazioni ambientali da cui viene pressato costantemente.

In base alla loro natura le emozioni si distinguono in due macrocategorie: Primarie (o di base) e Secondarie (o complesse)

Le prime sono innate, aspecifiche e universali, essendo riscontrabili in ogni individuo, indipendentemente dalla popolazione di appartenenza, ed automatiche, data l'impossibilità di esercitare controllo su di esse (si tratta di felicità, paura, rabbia, disgusto, tristezza, sorpresa).

Le Emozioni Secondarie, invece, sono apprese in quanto non sono presenti sin dalla nascita, si sviluppano grazie alla particolare esperienza di socializzazione realizzata dal soggetto nel proprio contesto di vita (infatti sono definite anche "emozioni sociali", ovvero vergogna, invidia, colpa, orgoglio, rimpianto e altre), ma grazie anche al grado di introspezione, legato al concetto di Sé.

Data questa loro natura complessa e propria dell'essere umano, in qualità di agente calato in un'articolata rete sociale e interattiva, possono essere definite anche come emozioni "specie-specifiche".

LA TRAIETTORIA DELLO SVILUPPO EMOTIVO SECONDO L'INFANT RESEARCH

Partendo dall'assunto di base per cui le emozioni sono determinanti nella definizione della parabola

di sviluppo dell'identità del bambino, fin dai primi momenti di vita (Winnicott, 1965; Stern, 1985; Trevarthen, 1993), l'approccio di ricerca di matrice psicoanalitica ed evolutiva dell'*Infant Research*, il cui maggior esponente è Stern (1985), ha delineato una Teoria esplicativa dello Sviluppo Emotivo, inteso come processo di acquisizione di modalità di espressione e regolazione emotiva e di ampliamento del repertorio delle emozioni esperite.

Secondo tale teoria le emozioni risultano centrali nella strutturazione del Sé del bambino in termini identitari, attraverso l'interiorizzazione delle sensazioni sperimentate sin dal primo anno di vita nel contesto degli scambi interattivi con il *caregiver* che se ne prende cura. Quest'ultimo assolve alla funzione di validare tali vissuti emotivi attraverso la dinamica di rispecchiamento e condivisione emotiva, in modo tale da favorire nel corso delle prime battute di vita la costituzione del Nucleo Affettivo del Sé (Emde, 1993).

In tale nucleo convergono tutta una serie di capacità e abilità socio-affettive, mutate dalle rappresentazioni interne degli scambi interattivi diadici tra *caregiver* e bambino, che assumono i tratti di forme comunicative *in nuce* da mettere in atto nelle esperienze relazionali successive (Riva Crugnola, 1999).

LA COMPETENZA EMOTIVA

Al fine di inquadrare in termini descrittivo-esplicativi il costrutto della Competenza Emotiva, si può indicare come precursore a livello macro la "Competenza Metacognitiva", intesa come autoriflessione sul proprio funzionamento mentale che implica, di conseguenza, la conoscenza dei processi di controllo, di matrice cognitiva, coinvolti nell'esecuzione ed risoluzione rispettivamente di compiti e problemi della vita quotidiana. In sostanza incarna la consapevolezza dei propri ed altrui stati mentali, funzionale nelle dinamiche relazionali in quanto permette di prevedere, almeno in parte, i comportamenti dell'altro, così da modulare in base a quest'ultimi la propria reazione. Derivato della metacognizione è costituito dalla "Competenza Metaemotiva", che si configura come capacità di cogliere la natura e le cause scatenanti dei vissuti emotivi e di regolarne e controllarne l'espressione (Pons & Harris, 2000); si tratta, quindi, di

una prima forma di integrazione tra dominio cognitivo e dominio affettivo, che trova la sua piena realizzazione proprio nel costrutto della "Competenza Emotiva", definita anche "competenza socio-emotiva" o "emotivo-affettiva" (Bonichini, 2002).

Secondo il Modello Triadico di Denham (1998), la Competenza Emotiva è intesa come insieme di capacità, afferenti a tre macro-componenti: Espressione, Comprensione e Regolazione Emotiva.

Espressione Emotiva

L'Espressione Emotiva si riferisce alla manifestazione estrinseca dei vissuti emotivi attraverso canali comunicativi di matrice non verbale, ovvero contatto visivo, intonazione della voce, mimica facciale, prossemica.

A scopo chiarificatore, il vissuto di gioia esperito da un bambino, in seguito alla riconciliazione con la madre da cui viene temporaneamente separato, è evidente dalla *facies* e gestualità; in egual modo il vissuto di paura esperito dallo stesso bambino, di fronte ad un adulto sconosciuto e in assenza del *caregiver*, traspare dallo sguardo sbarrato e dalla postura corporea rigida.

Il potente strumento della comunicazione non verbale, appannaggio esclusivo dell'essere umano, quindi, ricopre un ruolo determinante sul versante affettivo, anche se la sua struttura non pienamente codificata ed esposta a fraintendimenti e incomprensioni potrebbe compromettere l'efficace trasmissione e ricezione da parte degli interlocutori.

In ultima istanza l'Espressione Emotiva permette di veicolare i propri vissuti emotivi agli altri e di riconoscerli in quest'ultimi, così da ricavare informazioni preziose riguardo lo scambio relazionale in corso, per poi prevedere le mosse seguenti da attuare.

In termini evolutivi, in una prima fase di vita (da 0 a 12 mesi) si verifica l'insorgenza di sorriso endogeno e sociale, attenzione precoce coatta e di sentimenti, quali gioia, tristezza, rabbia, paura, trasalimento, sconforto, disgusto; nella seguente fase di vita (da 13 a 36 mesi) si verifica, invece, l'insorgenza di vissuti emotivi più sofisticati essendo di matrice sociale, quali timidezza, disprezzo, imbarazzo, orgoglio, vergogna ed emozioni miste (Grazzani Gavazzi, 2009).



Comprensione Emotiva

La Comprensione Emotiva fa riferimento alla consapevolezza e riconoscimento della natura e delle cause scatenanti le emozioni proprie ed altrui e delle strategie adottate per controllarle o regolarle in maniera adeguata.

A scopo esemplificativo, il bambino può assumere un'espressione facciale rattristata e colpevole e un atteggiamento mansueto e accondiscendente, dimostrando di avere cognizione dell'imminente rimprovero o punizione da parte dell'adulto di riferimento. L'acquisizione dell'abilità di individuazione di origine e determinanti gli stati emotivi è favorita da sviluppo cognitivo, esperienze di vita individuo-specifiche e socializzazione emotiva.

La parabola normativa di sviluppo prevede (Grazzani Gavazzi, 2009):

- a partire da due anni circa l'adozione del lessico emotivo;
- a partire da tre anni circa il riconoscimento e la categorizzazione di sentimenti, quali gioia, paura, tristezza, collera da un lato; mentre la comprensione delle cause esterne come determinanti delle emozioni (a tre anni), del ruolo dei desideri (a quattro anni), dell'influenza dei ricordi (a cinque-sei anni) dall'altro.

Regolazione Emotiva

La Regolazione Emotiva si riferisce all'utilizzo di strategie di monitoraggio, controllo, valutazione e modifica delle reazioni emotive di qualità sia positiva sia negativa, in termini di modulazione di intensità e durata (Thompson, 1994).

Le strategie sopracitate costituiscono le risorse intrinseche a cui l'individuo ricorre per risolvere una varietà di situazioni problematiche in maniera efficace, ad esempio impegnarsi in un gioco, inteso come esperienza piacevole, così da distogliere la mente da un'emozione negativa, quale la tristezza. La capacità di regolazione emotiva viene agita inizialmente nel contesto diadico madre-figlio, in termini di mutua regolazione diretta principalmente dal caregiver, ma nel tempo alla matrice di reciprocità si affianca anche di quella di autogestione.

In termini evolutivi, si distinguono tre fasi di sviluppo (Grazzani Gavazzi, 2009):

- Nel 1 anno di vita si acquisiscono come strategie di regolazione: ri-orientamento dell'attenzione verso un altro focus, autoconsolazione, ricerca dell'adulto e uso di oggetti transizionali, attraverso comportamenti, quali allontanamento dello sguardo dalla fonte di disagio e/o sovraeccitazione, suzione del dito, manipolazione dei capelli, dondolio, condotte di attaccamento funzionali a mantenere contatto e vicinanza fisica con il *caregiver*;
- Da 1 a 3 anni si acquisiscono come strategie di regolazione: evitamento fisico e gioco simbolico, attraverso comportamenti, quali allontanamento dalla situazione negativa ed espressione delle emozioni nelle dinamiche ludiche di finzione;
- Da 3 a 5 anni si acquisiscono come strategie di regolazione: controllo verbale ed inibizione delle emozioni, attraverso comportamenti, quali parlare delle emozioni e distogliere il pensiero dalla fonte di sofferenza.

L'ASSESSMENT DELLA COMPETENZA EMOTIVA IN ETÀ EVOLUTIVA

La Valutazione Psicodiagnostica della Competenza Emotiva si inserisce all'interno del processo più articolato di Assessment in Età Evolutiva, costituito da più fasi.

Prende avvio con la *Valutazione del Bisogno*, presentato per sommi capi al momento della segnalazione che può avvenire per telefono ed esposto/sviscerato in occasione del primo colloquio.

Quest'ultimo contempla preliminarmente la richiesta da parte di entrambi i genitori del "Consenso Informato" al trattamento dei dati acquisiti riguardo al figlio, essendo minore e sottoposto alla patria potestà genitoriale e, in seconda battuta, l'Anamnesi (dal greco "ricordare"), o storia clinica del bambino.

Questa consiste nella raccolta di dati di diversa tipologia, forniti dai genitori (e/o figure strettamente vicine) in merito al bambino in questione, con riferimento a generalità demografiche, informazioni legate a stato di salute presente e pregresso, tappe di sviluppo a partire dall'andamento della gravidanza e parto (in termini di qualità dell'esperienza e vissuti esperiti), passando per il dispiegamento del primo anno di vita (cruciale per la definizione della

traiettoria evolutiva), regolazione dei ritmi fisiologici (alimentazione, ciclo sonno-veglia, controllo sfinteri), fino all'esplorazione delle aree psicomotoria, emotiva, affettiva, linguistico-comunicativa, sociale.

In aggiunta, si traggono informazioni riguardo lo stile di *parenting*, la qualità dell'inserimento ai diversi gradi d'istruzione, le attività extrascolastiche svolte nel tempo libero, la presenza di una cerchia amicale significativa (intesa come fattore protettivo), l'acquisizione o meno di autonomie e strategie di risoluzione di problemi (*problem-solving*), appropriate secondo l'età, eventuali problematiche attuali lamentate.

Insieme alla raccolta anamnestica sempre in questa fase si dispiega l'Analisi Funzionale del Sintomo che prevede la comprensione di quest'ultimo in funzione degli stimoli antecedenti che lo elicitano e dei rinforzi ambientali che lo seguono.

In altre parole, consiste nella valutazione dei tre aspetti di un determinato comportamento problematico: cause d'insorgenza (*Antecedent*), caratteristiche della condotta in questione (*Behaviour*) e conseguenze che innesca (*Consequence*).

Fine ultimo di tale analisi non è solo quello di descrivere un comportamento da modificare/eliminare, ma è anche quello di comprendere la sua struttura e funzione così da fornire alla persona delle strategie alternative (intervendo su antecedenti e/o conseguenze), funzionali al raggiungimento dello scopo prefissato.

Dopo la Valutazione del Bisogno, comprensiva di Anamnesi e Analisi Funzionale del Sintomo, si procede con l'*Esame Clinico* vero e proprio che prevede tre momenti cruciali: *Osservazione Diretta*, *Colloquio Psicologico* e *Somministrazione dei Reattivi*.

L'*Osservazione Diretta* si configura come procedimento selettivo che si differenzia dal semplice guardare o vedere in quanto lo sguardo dell'osservatore è guidato da ipotesi, formulate a monte, ed è funzionale ad ottenere informazioni significative, atte a dimostrarle.

Al fine di perseguire l'obiettività, ostacolata dall'esposizione a parzialità, errore e distorsione conse-

guente, tale osservazione viene condotta secondo procedure controllate, ovvero sistematiche, ripetibili e comunicabili.

Nello specifico dell'Osservazione Clinica del bambino e della coppia genitoriale in relazione a lui, il professionista può avvalersi di procedure osservative naturalistiche e/o strutturate che possono avere come focus attentivo aspetti e/o comportamenti afferenti diverse aree del funzionamento del piccolo, calato nella dinamica relazionale con le figure genitoriali.

Fino alla prima fase dell'età scolare l'osservazione del gioco costituisce la via elettiva per stabilire un contatto con il bambino, così da potersi conquistare la sua fiducia e dargli la possibilità di esprimersi a 360°.

Uno dei punti di forza di tale procedura è costituito dalla possibilità di cogliere gli indici della comunicazione non verbale, ovvero dalle espressioni facciali agli atteggiamenti posturali fino ai gesti corporei, i quali consentono di trarre informazioni preziose ai fini diagnostici, essendo veicolate in maniera inconsapevole, riguardo lo stato del bambino e il suo rapporto con le figure genitoriali.

La seconda componente dell'Esame Clinico è costituita dal *Colloquio Psicologico* con il bambino, inteso come processo di conoscenza messo in atto attraverso la creazione di un rapporto emotivo tra i due interlocutori, in cui viene sospeso qualsiasi atteggiamento valutativo da parte dello psicologo nei confronti del bambino, in un clima di disponibilità e apertura affettiva (Carli et al., 1972).

In altre parole, il professionista deve predisporre una relazione in grado di mettere a proprio agio il piccolo, così da agevolarne la sua espressione in termini emotivo-affettivi.

Ciò risulta non così immediato e particolarmente impegnativo in quanto la richiesta di aiuto non viene posta direttamente dal bambino, per cui si deve lavorare al fine di definire dalle prime battute un'alleanza terapeutica funzionale a conquistare la sua fiducia e a dipingersi ai suoi occhi come una figura affidabile.

Si deve tenere conto, inoltre, dei limiti della capacità di comunicazione dovuti all'età e alla tappa di



sviluppo cognitivo e linguistico raggiunta, infatti il bambino non è in grado di esprimere il proprio stato d'animo presente o in riferimento ad eventi passati in maniera puntuale ed efficace. In questo caso risulta d'aiuto il ricorso al gioco o al disegno, che permettono un'espressione più libera e meno difesa. Segue al Colloquio Psicologico la *Somministrazione dei Reattivi* che saranno scelti in base ai dati anamnestici e a quanto emerso dall'analisi funzionale del sintomo.

Potrebbero essere proposti al minore tre tipi di test:

- Cognitivi, volti a valutare il funzionamento intellettivo (come WISC-IV, WPPSI);
- Proiettivi, improntati ad indagare la struttura di personalità (quali, il Disegno della Figura Umana, della Famiglia, Persona sotto la pioggia, Rorschach, etc.)
- Strutturati, (come TMA, TAD, A-DES, CDC, etc.)

In un Assessment in Età Evolutiva è opportuno somministrare anche ai genitori dei reattivi, sempre nell'ottica di ottenere ulteriori informazioni riguardo il minore, tra cui si può utilizzare: CBCL, QUIT, PSI, Conner's, SDQ, per la valutazione del disagio del figlio secondo i genitori, temperamento ed indice di stress legato al ruolo genitoriale.

Nel contesto della Somministrazione testistica si inserisce proprio la Rilevazione Psicodiagnostica delle tre componenti del costrutto di Competenza Emotiva:

L'Espressione Emotiva si valuta attraverso i *Disegni delle Emozioni*. Il disegno costituisce un ulteriore strumento di cui si avvale la valutazione psicodiagnostica in quanto innesca il processo di "proiezione" in immagine dei contenuti interni al soggetto, partendo dall'assunto di base per cui quest'ultimo ritrae attraverso la rappresentazione grafica l'espressione di Sé e del proprio corpo nell'ambiente. Il disegno, quindi, si configura come tela su cui si delineano emozioni, vissuti, storie di vita, atteggiamenti, pensieri.

Un vantaggio di questa modalità di test proiettivo sta nella sua capacità di aggirare le difese del soggetto, abbattendo timori e resistenze che si riscontrano davanti alla richiesta più o meno esplicita di

apertura emotiva al clinico.

Sul piano della validità psicometrica il disegno è oggetto di una duplice analisi: formale, funzionale a cogliere informazioni sul grado di maturazione intellettiva, e di contenuto, in grado di evidenziare i tratti salienti di personalità.

Tale strumento risulta prezioso con i bambini nel contesto dell'Assessment in generale in quanto li pone nella posizione di sperimentarsi in un'attività per loro familiare, essendo impegnati in produzioni grafiche sin dalla tenera età sia in ambiente scolastico, sia a scopo puramente ludico.

In tal modo non si espone il piccolo ad esperire ansia da prestazione, così da favorire l'instaurarsi di buona alleanza terapeutica con il clinico, attraverso positivi scambi interattivi mediati dall'attività grafica.

I *Disegni delle Emozioni* (felicità, paura, rabbia, disgusto, tristezza, sorpresa) possono avere varia strutturazione, da definire in base a fattori, quali caratteristiche dello specifico bambino, contesto d'implementazione, aspetto particolare oggetto di indagine.

Una possibile articolazione può prevedere la proposta da parte dell'esperto di un protocollo avente una serie di volti sprovvisti di tratti facciali, accompagnata dalla consegna "Disegnami un viso di gioia/dolore/paura/rabbia".

Da questo momento si lascerà al bambino il tempo necessario per elaborare la sua risposta in forma grafica, osservandolo nel corso della realizzazione, così da poter cogliere eventuali indicatori di tensione, indecisione, rigidità o dubbio.

Un'ulteriore forma di tale test, invece, potrebbe richiedere la rappresentazione di una situazione che per il piccolo significhi gioia/dolore/paura/rabbia, così da porlo nella condizione di esprimersi in merito alle specifiche sensazioni esperite.

Al termine di ogni disegno è bene chiedere delucidazioni riguardo quanto prodotto nei seguenti termini "Mi sapresti dire quando si può avere questo viso di gioia/dolore/paura/rabbia?" e "Perché questa è una situazione di gioia/dolore/paura/rabbia?".

La Comprensione Emotiva si valuta attraverso il TEC (*Test of Emotion Comprehension*) (Pons & Har-

ris, 2000) che costituisce uno strumento in grado di valutare l'acquisizione delle nove componenti della comprensione delle emozioni (*Emotion Understanding*) in bambini fra i 3 e gli 11 anni. Tali componenti sono rappresentate da: riconoscimento (etichettamento); causa esterna (situazionale); desiderio; credenza; ricordo; controllo; occultamento (nascondere); emozioni miste (ambivalenti); morale e sono indagate da altrettanti *clusters* di items.

La standardizzazione italiana è stata realizzata da un gruppo di ricercatori provenienti da diverse università, coordinato da Albanese e Molina (2008), nel contesto di uno studio empirico avente un campione sperimentale di 967 soggetti di età compresa tra 3 e 11 anni (51% M & 49% F) con Età Media (in mesi) = 84 e DS = 31.

Questo reattivo consiste in un manuale illustrato - per un totale di 46 tavole (23 per maschi + 23 per femmine) - contenente nella parte superiore delle vignette, sotto alle quali sono ritratte quattro espressioni facciali, indicative di corrispettive reazioni emotive.

La modalità di somministrazione è in rapporto 1 : 1: lo sperimentatore mostra l'immagine al bambino e contemporaneamente racconta la storia attinente; in seguito gli chiede di rispondere indicando la reazione emotiva pertinente al racconto narrato tra la quaterna di espressioni facciali rappresentate. Le storie vengono proposte in ordine crescente in termini di complessità, in base a quanto espresso in letteratura.

La sessione ha una durata di circa 15-20 minuti, lasso di tempo tollerabile anche dai più piccoli.

Tra gli items contemplati in tale test vi sono:

- "Guarda queste 4 immagini. Puoi indicarmi l'immagine di una persona che si sente felice?" (Componente I: Riconoscimento delle espressioni emotive);
- "Daniele e Jacopo hanno tanta fame. Daniele detesta l'insalata, mentre Jacopo l'adora. Puoi aprire la scatola per vedere cosa c'è dentro ... Come si sente Daniele quando scopre che la scatola contiene l'insalata? ...Come si sente Jacopo...?" (Componente III: Comprensione del ruolo dei desideri nelle emozioni);

- "Alberto sta guardando la bella bicicletta che ha appena ricevuto per il suo compleanno. Allo stesso tempo si chiede se cadrà e si farà male, perché non sa ancora andare in bicicletta. Come si sente Alberto in questa situazione?" (Componente VIII: Comprensione delle emozioni miste).

Relativamente alla modalità di scoring, prevede la somma del numero di componenti a cui il bambino ha fornito una risposta corretta, così da ottenere un punteggio compreso tra 0 e 9.

Da un punto di vista psicometrico, l'affidabilità della scala risulta buona, infatti il coefficiente Alpha di Cronbach () è pari a 0.79.

Da studi empirici sono emerse correlazioni significative tra Comprensione Emotiva (misurata con il TEC) e costrutti psicologici, quali:

- Regolazione Emotiva, intesa come percezione delle proprie capacità di gestire le emozioni negative, in particolare Stile Materno in grado di assolvere a ciò;
- Capacità di Mentalizzazione (Teoria della Mente);
- Competenze cognitive e linguistiche, in termini di aspetti sintattici e pragmatici del linguaggio e cognitivi non verbali.

In ultima analisi, il TEC si configura come uno strumento funzionale alla rilevazione della Comprensione Emotiva ed è supportato da un solido impianto teorico ed empirico. Risulta di semplice e rapida somministrazione per i bambini a cui viene proposto e sta ottenendo evidenze empiriche positive che gettano le basi per l'adozione efficace e sistematica di tale reattivo in ambito clinico ed educativo, oltre che di ricerca, in cui è consolidato.

La Regolazione Emotiva si valuta attraverso il Test HIF (*How I Feel*) (Walden, Harris & Catron, 2003), strumento self-report che si propone di misurare sia l'emozionalità sia la regolazione emotiva in bambini da 8 a 12 anni e di cui è disponibile la versione validata italiana (Ciucci, Corso, Antonioti & Grazzani, 2011).

Ha come assunto di base quello per cui la capacità di regolazione e controllo delle emozioni, che caratterizza le interazioni sociali, incrementa la capacità di adattamento individuale, attraverso la messa in



atto di funzionali strategie di coping.

Tale questionario è costituito da 30 items di cui alcuni esplorano il grado di intensità e frequenza nell'esperire emozioni di qualità positiva e negativa (Eisenberg & Fabes, 2006) [Esempio di item: "Quando ho avuto paura, era molto intensa"]; mentre altri indagano la capacità di regolazione delle stesse [Esempio di item: "Quando ho avuto paura, ero in grado di modificarne l'intensità"].

Nello specifico, tali items confluiscono in tre sottoscale:

- Emozioni Positive (*Positive Emotion*) (items 1, 4, 11, 14, 16, 19, 26, 29);
- Emozioni Negative (*Negative Emotion*) (items 2, 5, 7, 8, 10, 13, 17, 20, 22, 23, 25, 28);
- Regolazione o Controllo Emotivo (*Emotional Control*) (items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30).

La consegna data al bambino prevede di indicare il grado d'accordo con ogni affermazione proposta, facendo riferimento agli ultimi tre mesi, su una scala Likert a 5 punti, dove "1" sta per "per nulla" e "5" sta per "moltissimo".

La modalità di scoring prevede la semplice somma degli items del test e si può ottenere sia il punteggio complessivo sia i punteggi afferenti le singole subscale.

In termini psicometrici, l'HIF presenta un'attendibilità molto buona con valori di Alpha di Cronbach compresi tra .84 e .90; nello specifico delle tre scale costitutive, si hanno rispettivamente: Emozioni Positive (= .83), Emozioni Negative (= .86) e Regolazione o Controllo Emotivo (= .77).

Il test dimostra, inoltre, un'eccellente validità di costrutto misurata attraverso metodi di validità convergente e discriminativa, aventi le tre sottoscale che correlano in modo significativo con diverse misure (es. PANAS-C).

In ultima istanza, l'HIF costituisce una misura di autovalutazione dell'emozionalità e della regolazione emotiva nei bambini in età scolare, in particolare valuta tre fattori, Emozioni Positive, Emozioni Negative e Controllo Emotivo, e rappresenta uno degli strumenti maggiormente accreditati per la rilevazione di tale costrutto in età evolutiva.

Al termine della somministrazione della batteria

di test, l'Assessment psicodiagnostico prevede tre momenti conclusivi: *Analisi dei Dati* emersi dalla testistica, *Restituzione del Referto Psicodiagnostico* e *Monitoraggio dei Risultati* nel tempo.

La prima fase sopracitata (*Analisi dei Dati*) ha come oggetto di codifica l'insieme delle informazioni cliniche raccolte attraverso l'osservazione diretta del bambino e della relazione con le figure parentali, i colloqui con e senza genitori e i risultati dei reattivi sottoposti.

Tale analisi multifattoriale ha come scopo ultimo la definizione di una Diagnosi Dimensionale e Funzionale del disagio/disturbo esperito dal bambino, con focus non solo sulle fragilità e vulnerabilità, ma anche sui Punti di Forza da incrementare (rifacendosi ai Sistemi Diagnostici più recenti e accreditati a livello internazionale: Classificazione Diagnostica: 0-3 anni, *National Center for Infant Clinical Programs* (1994); Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-V, APA (2013); Classificazione Internazionale dei Disturbi Psichiatrici del Bambino e dell'Adolescente, WHO (1996)).

In altre parole, «una formulazione diagnostica efficace dovrebbe raccogliere tutte le scoperte del processo diagnostico in una sorta di mosaico ideale che ricostruisce il più fedelmente possibile i vari aspetti del caso che si sta trattando, e finisce per dare una base per stabilire le modalità del trattamento più efficace di quella fornita dalla diagnosi categoriale» (Caretto, Dazzi & Rossi, 2000).

Segue il momento della *Consegna dei Risultati* ai genitori e/o a chi si prende cura del bambino, sotto forma di relazione scritta, in occasione di un incontro di restituzione che si configura come spazio avente duplice funzione: riferire, spiegare e discutere con bambino e figure genitoriali quanto emerso dalla valutazione clinica, ma anche accogliere eventuali dubbi, quesiti e reazioni emotive da parte degli stessi *caregivers*.

Nel report psicodiagnostico proposto ai genitori sono indicate, inoltre, le proposte di intervento, elaborate in base all'esito della fase di Analisi.

A chiusura del processo di valutazione psicodiagnostica vi è la fase di *Monitoraggio dei Risultati* a distanza di un lasso di tempo variabile, dipendentemente

alla problematica evidenziata (da uno a sei mesi). Questo momento ricopre una valenza clinicamente significativa in quanto permette all'esperto di appurare come i risultati dell'Assessment e l'eventuale programma di intervento indicato sono stati recepiti e vissuti da bambino e genitori.

A conclusione, la Valutazione Psicodiagnostica si configura come complesso processo multicomponentiale che coinvolge più attori: il clinico, il bambino, i genitori, le figure significative della vita del piccolo (insegnanti, educatrici, babysitter, parenti stretti), per cui si carica di un carattere "relazionale".

UN PROGETTO DI RICERCA-INTERVENTO SULLA COMPETENZA EMOTIVA NEL CONTESTO SCOLASTICO

Di seguito è proposto un ambizioso Progetto di Ricerca-Intervento realizzato dal gruppo di ricerca del Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "R. Massa" dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, nonché fondatrici del Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, diretto dalla Professoressa e Responsabile Scientifico, Ilaria Grazzani.

Il focus di indagine di tale team di ricerca è costituito dallo sviluppo delle capacità socio-emotive a partire dai primi anni di vita, in accordo con quello di abilità squisitamente cognitive, relazionali e prosociali.

Il presente lavoro da loro realizzato, in particolare, è mosso dall'imperativo secondo cui i bambini che fanno il loro ingresso nella scuola dell'obbligo, oltre a impegnarsi nell'acquisizione di abilità di base legate a lettura e scrittura, devono affinare le loro competenze socio-emotive, al fine di riuscire a instaurare efficaci relazioni con i pari e le figure adulte di riferimento.

La teoria di riferimento è rappresentata dal costrutto di Competenza Emotiva (Denham, 1998), che, come esposto nei capitoli precedenti, racchiude in sé abilità relative ad espressione, comprensione e regolazione delle proprie e altrui emozioni.

Metodologia: Scopo, Partecipanti, Strumenti e Procedura

Il Progetto di Ricerca-Intervento descritto ha come

scopo quello di indagare lo sviluppo delle abilità socio-emotive e ha coinvolto 50 bambini di età compresa tra 7 e 8 anni, appartenenti a due classi distinte del secondo anno di scuola primaria di un Istituto scolastico della provincia di Novara.

L'una ha rappresentato il gruppo sperimentale, destinatario dell'intervento sperimentale vero e proprio, mentre l'altra il gruppo di controllo, modello di confronto rispetto alla prima in termini di rilevazione dell'effetto dell'intervento proposto.

Tale lavoro di ricerca-intervento si articola in tre fasi:

- La prima, che verte proprio sulla Comprensione dell'Espressione delle Emozioni, ha previsto la somministrazione ai bambini di entrambe le classi di tre diversi test:
- *Test of Emotion Comprehension* (TEC), a cura di Pons e Harris (2000);
- Test di Lessico Emotivo (TLE), a cura di Grazzani, Ornaghi e Piralli, (2009);
- *How I feel in different situations* (HIF-ds), a cura di Feshbach et al. (1991)

Nel contesto di tale incontro sono state proposte come attività interattive: la rappresentazione di un'espressione emotiva su un volto, la scelta di un colore congruente al vissuto emotivo espresso, la lettura di una frase neutra utilizzando il ritmo e il tono vocale appropriato all'emozione target e l'individuazione di altri vocaboli con cui esprimere la stessa emozione, seppur di intensità diversa.

La finalità di tale fase è quella di indurre nei bambini la riflessione e discussione fra loro riguardo i diversi canali (visivo, uditivo, comportamentale), funzionali ad esprimere un'emozione e le caratteristiche che consentono di riconoscerla e discriminarla, nonché sui diversi modi di denominarla.

- Nella seconda fase, avente come focus la Comprensione delle Cause delle Emozioni, si dispiega il fulcro del disegno sperimentale attraverso la partecipazione della classe, indicata come gruppo sperimentale, ad attività laboratoriali, prevalentemente di tipo conversazionale, e l'esclusione da tale esperienza dell'altra classe, in qualità di gruppo di controllo.



I bambini del gruppo sperimentale, a loro volta, sono stati suddivisi in due sottogruppi che hanno lavorato parallelamente, con adulti adeguatamente addestrati, nel corso di quindici incontri di circa 40 minuti, a frequenza bisettimanale.

Le attività laboratoriali di cui hanno usufruito i soggetti sperimentali vedono la narrazione di una breve storia illustrata in cui viene messa in evidenza la causa dell'emozione target, esperita dal protagonista. Nello specifico, vengono considerate separatamente le cause esterne e interne.

L'intento di tali attività è quella di sollecitare nei bambini la presa di coscienza della duplice natura delle emozioni: ambientale, determinata da eventi di vita, occorsi nella realtà circostante, e interiore, data da stati mentali, quali pensieri, credenze, ricordi.

sione di somministrazione testistica ai soggetti dei due gruppi, sperimentale e di controllo, si è rilevata a livello quantitativo e qualitativo l'efficacia dell'intervento proposto.

In particolare, i bambini appartenenti al gruppo sperimentale, che, quindi, hanno usufruito delle attività laboratoriali, hanno evidenziato migliori prestazioni nelle prove di Comprensione della Regolazione delle Emozioni.

In termini statistici, la significatività dell'intervento è presentata nella Tab. 1, strutturata in modo tale da avere nella colonna di sinistra i test somministrati e nelle altre colonne i valori medi e le deviazioni standard per il gruppo sperimentale e di controllo nelle fasi precedente e successiva all'intervento.

Tab. 1: *Punteggi medi e deviazioni standard dei due gruppi pre e post-intervento*

TEST	Pre-Intervento				Post-Intervento			
	Sperimentale		Controllo		Sperimentale		Controllo	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Test of Emotion Comprehension (TEC)	4,02	1,22	4,03	1,24	5,37	0,81	4,52	1,22
Test di Lessico Emotivo (TLE)	5,82	1,08	5,79	1,17	6,67	0,54	6,25	0,68
How I feel in different situations (HIF-ds)	31,21	6,20	31,21	4,87	32,25	5,96	31,46	4,87

- Durante la terza e ultima fase, che punta l'attenzione sulla Comprensione della Regolazione delle Emozioni, sono stati nuovamente presentati a tutti i bambini partecipanti i test, somministrati in occasione della prima fase, al fine di rilevare l'eventuale effetto dell'intervento proposto.

Il fine ultimo di tale incontro è quello di indurre nei bambini la riflessione riguardo le diverse strategie che si possono adottare per fronteggiare una particolare emozione e sono non solo di tipo esterno, ovvero comportamentali, a cui ricorrono più frequentemente, ma anche di tipo interno.

Risultati

Dall'analisi dei dati, effettuata attraverso il confronto di quanto emerso dalla prima e seconda ses-

Si può notare, ad esempio, che per quanto riguarda la prova di Comprensione delle Emozioni (TEC), i bambini appartenenti al gruppo sperimentale hanno un incremento del valore medio della loro prestazione pari a 1,35 (passando da 4,02 nel pre-intervento a 5,37 nel post-intervento).

Per i bambini appartenenti al gruppo di controllo, invece, rispetto alla stessa prova, si verifica un aumento del valore medio di solo 0,49 (passando da 4,03 nel pre-intervento a 4,52 nel post-intervento).

L'efficacia del lavoro svolto con i bambini, tuttavia, non può essere ridotta esclusivamente al dato numerico, fornito dall'analisi statistica.

Gli insegnanti stessi, infatti, hanno riconosciuto l'importanza della definizione all'interno del conte-

sto-classe di spazi di riflessione e confronto sulle emozioni esperite nella vita quotidiana in termini di miglioramento del clima emotivo generale del gruppo-classe.

Ciò diviene possibile in quanto i bambini acquisiscono la capacità di mettere discussione il proprio punto di vista e a prendere in esame quello dell'altro attraverso strategie interattive improntate all'ascolto empatico.

Questa nuova modalità relazionale favorisce l'espressione e la messa in gioco anche da parte di quei bambini risultati meno partecipi o più riservati e inibiti nelle attività scolastiche.

Emerge, infine, che la scuola, insieme agli altri contesti educativi, ricopre un ruolo determinante nello sviluppo delle competenze socio-emotive dei bambini, funzionali sia per il buon rendimento scolastico, sia per la promozione di relazioni sociali positive.

BIBLIOGRAFIA

- 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*. Milano: Unicopli.
- Bonichini S. (2002). *Prima infanzia: emozioni e vita sociale*. Roma: Carocci Editore.
- Camaioni L. & Di Blasio P. (2002). *Psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Caretti V., Dazzi N. & Rossi R. (2000). *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*. Trad. it di Rapoport J.L. & Ismond D.R. (1996). Training guide for diagnosis of childhood disorders. Milano: Masson.
- Carli R., Padovani F. & Trentini G. (1972). *La diagnosi psicologica*. Milano: Etas-Kompass.
- Ciucci E., Corso A.M., Antoniotto C. & Grazzani I. (2011). *Dati preliminari per la validazione italiana dell'HIF: una misura dell'autovalutazione dell'emozionalità e della regolazione emotiva nei bambini*. In I. Grazzani & C. Riva Crugnola (a cura di), op. cit., (pp. 253-262).
- Denham S. (1998). *Lo sviluppo emotivo nei bambini*. Roma: Astrolabio.
- Eisenberg N. & Fabes R. (2006). *Emotion regulation and children's socioemotional competence*. In L. Balter & C. Tarnis LeMonda, Child Psychology. New York: Psychology Press.
- Emde R. N. (1993). *Verso una teoria degli affetti. Sviluppo emotivo e comunicazione nell'infanzia*. In: Lo sviluppo affettivo del bambino. A cura di Riva Crugnola C. Milano: Raffaello Cortina.
- Feshbach N., Caprara G. V., Lo Coco A., Pastorelli C. & Manna G. (1991). *Empathy and its correlates: Cross cultural data from Italy*. Relazione presentata al 11th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioural Development, Minneapolis.
- Grazzani I. & Gavazzi I. (2009). *Psicologia dello sviluppo emotivo*. Bologna: Il Mulino.
- Grazzani I., Ornaghi V. & Piralli F. (2009). *Test di Lessico Emotivo (TLE)*. Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "R. Massa". Università degli Studi di Milano Bicocca.
- Pons F. & Harris P.L. (2000). *Test of Emotion Comprehension*. Oxford: Oxford University Press.
- Riva Crugnola C. (a cura di) (1999). *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Book [Trad. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1987].
- Thompson R. (1994). *Emotion regulation: A theme in search of definition, in The development of emotion regulation: Behavioral and biological considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, Serial n. 240. (pp. 25-52).
- Trevarthen C. (1993). *The function of emotions in early infant communication and development*. In: New Perspectives in Early Communicative Development. A cura di Nadel J. & Camioni L., pp. 48-81. London: Routledge.
- Walden T.A., Harris V.S. & Catron T.F. (2003). *How I feel: A self-report measure of emotional arousal and regulation for children*. Psychological Assessment, 15. (pp. 399-412).
- Winnicott D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: Armando Editore, 2002.



UN INTERVENTO PSICOTERAPICO AL FINE DI RIATTIVARE LA “COSTELLAZIONE MATERNA”

dott.ssa Satta

Dirigente Psicologa Psicoterapeuta
dell'età adulta e dell'età evolutiva
presso D.S.M. di Taranto

dott.ssa Nacci

Dirigente Psichiatra
Direttore del D.S.M. di Taranto

dott.ssa Ruggieri

Psicologa Psicoterapeuta

RIASSUNTO

Il presente articolo è la sintesi di un lavoro psicoterapico con la diade madre - bambino, in cui si è preso spunto dall'assunto di Stern secondo cui le rappresentazioni, la storia ricordata d'interazioni precedenti, le fantasie, le paure possono incidere nella relazione madre- bambino, per affrontare le difficoltà presentate dal bambino.

PAROLE CHIAVI

Madre, bambino, costellazione materna.

PREMESSA

L'assunto Winnicottiano secondo cui non si può prendere in considerazione la situazione psicologica del bambino nella sua interezza senza conoscere la realtà materna, ha assunto sempre più credito e valore nel corso degli anni.

La particolare condizione psichica che si osserva nella madre di un bambino è particolarmente “appropriata e adattata alla situazione reale di aver un bambino di cui prendersi cura” (Stern, 1995).

Stern ha definito questa condizione psichica “costellazione materna” e ha descritto come le

rappresentazioni, la storia ricordata d'interazioni precedenti, le fantasie, le paure possono intervenire nella relazione madre-bambino.

PRESENTAZIONE

Matteo ha quattro anni e mezzo quando la mamma, una giovane donna di 31 anni (operaia) si rivolge al Servizio: con lei il bambino è “vivace, violento, capriccioso” al punto di non permetterle di andare in alcun luogo “per timore che faccia danni”.

Il nucleo familiare è composto dalla madre e da due figli, Matteo e Francesca, maggiore del fratello di dieci anni. Il padre (disoccupato) non vive con i figli e con la moglie. La rottura coniugale definitiva è arrivata dopo due anni di separazione, in cui Matteo e la madre hanno abitato dai nonni materni, mentre Francesca è rimasta con il padre. La storia neonatale, essenziale e frammentaria, ci dice che Matteo, secondogenito, è nato dopo una “gravidanza senza problemi”, con taglio cesareo. La madre riferisce che: da piccolo era tranquillo mangiava e dormiva. A un anno e mezzo ha iniziato a frequentare il nido e non ha mai avuto difficoltà ad adattarsi a situazioni e ambienti nuovi.

I problemi di Matteo sembrano essere successivi alla separazione dei genitori, avvenuta, secondo quanto riferito dalla madre, perché “non andavano d'accordo”. A questo è seguito l'allontanamento improvviso di Matteo dal padre e dalla sorella. Infatti, per un anno e mezzo, riferisce la signora senza spiegarne il motivo, è vissuta fuori dalla città di residenza, mantenendo sempre i contatti con la figlia, telefonandole spesso e andandola a trovare. Ed è a questo periodo che la signora fa risalire i primi atteggiamenti di irrequietezza di Matteo e la conseguente ingestibilità da parte sua.

La signora, consapevole del disagio, si rivolge ad un Servizio Specialistico territoriale della città di provenienza.

PERCORSO TERAPEUTICO

Il primo colloquio, come di prassi, viene fatto con

entrambi i genitori che riferiscono quanto accade. Il padre di Matteo illustra positivamente il suo rapporto con i figli e sembra essere presente nello svolgere una funzione genitoriale nei loro confronti. La signora non nega la discussione fatta dal marito in questa occasione. Al contrario per un lungo periodo sostiene e difende questa immagine, non entra nel merito dei problemi di coppia definendoli genericamente “non andare d'accordo”. L'ambivalenza e l'aggressività nei confronti del marito negate in un primo momento emergeranno in seguito.

Dopo il primo colloquio diventa sempre più difficile sapere di questo padre e far sì che partecipi al percorso terapeutico riguardante il problema di Matteo. Nonostante ciò la signora continua ad affermare la presenza costante di questo uomo in famiglia, ma al nostro invito, più volte espresso, di poter comunicare con lui, la signora sostiene di





non sapere più dove abita e di non avere neppure un recapito telefonico.

È solo in seguito alla nascita di un figlio del marito, avuto da una nuova compagna, che la signora si permette di esternare durante un colloquio, rabbia nei suoi confronti per il fatto di essere stata lasciata da sola nel sostentamento economico, nell'accudimento e nell'educazione dei figli (cosa che forse, già avveniva ma che noi possiamo solo supporre, vista la confusione nella storia iniziale raccontata dalla signora).

Solo dopo molto tempo il divorzio, quando la signora potrà sentire che il legame con questo uomo si è definitivamente spezzato, si sentirà libera di parlare della storia familiare reale. Degli obblighi che questo matrimonio aveva comportato rispetto alla famiglia allargata (lavorare senza vedere riconosciuta la fatica e l'impegno), la conflittualità e le violenze (verbali e fisiche) che doveva subire sotto gli occhi dei suoi figli. Del rancore per questo uomo che le ha sempre messo contro la figlia Francesca "riempiendole la testa" di accuse ma senza svolgere funzioni paterne educative.

Il percorso terapeutico, proposto alla mamma di Matteo, prevedeva un ciclo di incontri di osservazione madre – bambino, basati sull'osservazione della relazione. Da subito è emersa una certa confusione relazionale e di ruolo. Non c'è un contatto reciproco con lo sguardo fra Matteo e la mamma e non c'è un contatto fisico affettivo. La signora è molto attenta nella cura fisica di Matteo ma il contatto corporeo è sempre distaccato e finalizzato all'accudimento.

La madre appare chiusa emotivamente, il viso irrigidito in un'espressione stanca. All'arrivo, nella sala di attesa e inizialmente anche in seduta, Matteo è continuamente ripreso dalla madre con frasi come "Smettila", "Vieni qui", "Stai fermo", "Non urlare", "Lascia stare", "Metti via", "Non toccare" accompagnate da una intonazione emotivamente neutra. Come a tentare di controllare il comportamento del bambino senza entrare mai in contatto con lui, né incontrarlo, né contenerlo. Quando, all'interno del setting, non sente più

la necessità di richiamarlo continuamente le è comunque impossibile "essere" lì con noi, arrivando anche ad appisolarsi.

Per parte sua, Matteo, non cerca con lo sguardo, non "parla" con la madre e non "sente" i suoi continui richiami. È un bambino che non usa le parole per comunicare. Il suo linguaggio è presente ma è molto infantile, dal punto di vista dei contenuti espressi, dal punto di vista fonetico: ci sono suoni che non è in grado di pronunciare e dell'intonazione che ricorda il lamento di un bambino piccolo. Utilizza la voce, urlando in modo stridulo, come un arma nei confronti della madre per ottenere qualcosa: semplicemente la sua attenzione, oppure, nei momenti in cui si sente profondamente frustrato ha paura. Agisce, si muove e ha il linguaggio di un bambino più piccolo. Il suo gioco discontinuo, spesso interrotto, è infantile e povero. Prima di scegliere e usare un giocattolo, in una sorta di rituale, deve toccare tutti i giochi. Utilizza il lego e costruisce la "casa". Una casa fatta con tutti i pezzi disponibili, con eliche e ruote, per contenere (macchine, animali, omini). Raramente gioca, costruendo una scena, inventando storia, utilizzando gli omini.

Nonostante lo sguardo sfuggente e l'iperattività, ha sempre sotto controllo quanto avviene ed in particolare è molto sensibile agli stati d'animo della madre che sottolinea con dei "richiami" verbali o con espressioni mimiche di disagio. Per esempio quando la mamma è "stanca e tende ad appisolarsi: "Mamma, dormi?!"; quando è triste: "Mamma stai piangendo!".

L'assenza delle parole, come mezzo per comunicare e per essere in contatto, nel rapporto di Matteo e la madre è reale. Le parole della mamma sono vuote di significato, sono parole-azioni e sostituiscono sempre qualcosa che non le è possibile dare o fare. Sono parole che non contengono, che non permettono la conoscenza e la prevedibilità dell'ambiente e delle risposte materne: perché come dice Matteo alla mamma: "Non è vero, dici sempre così. ... (ma non lo fai)".

Quando, durante la prima seduta, la madre

descrive i giochi che Matteo fa a casa, la sua predilezione per i "lego", il bambino si ferma, la ascolta in silenzio e si mette a giocare proprio con i "lego". Sembra molto attento a quanto dice la madre e al fatto che lo descriva come un bambino. Sembra scoprire, durante le sedute, che lui è presente nella vita della madre: che può "vederlo", che può parlare di lui, raccontare quello che fa e come è. Può riconoscersi e può sentire di esistere per sua madre come un bambino reale. La possibilità di "essere visto" gli permette di riconoscersi e "giocare".

Matteo prende le cose senza chiedere perché, come dice durante una delle sedute successive, si aspetta che gli venga detto di no. È una sorpresa per lui scoprire che può usare le parole per avere le cose e l'attenzione del terapeuta e dei coetanei, che può usare le parole anziché l'azione e, soprattutto, che può chiedere e sentire di essere ascoltato. E quindi che le parole possono avere un senso, essere piene di significato e strumento per creare quel legame che manca, quei vuoti nella relazione per colmare i quali Matteo ha bisogno di "prendere le cose".

Anche la confusione dei ruoli genitore-figlio / adulto-bambino appare chiara, durante una seduta, quando Matteo, inizialmente propone un "ometto" per la mamma, per poi passare a prendere lui, il posto del papà. In proposito, la mamma racconta la realtà della condivisione del lettone, ritualizzata dall'obbligo per la mamma e Francesca di mettersi a letto nel momento in cui il bambino va a dormire, e gli innumerevoli comportamenti da "piccolo dittatore", a cui si sentono sottoposte, che non trovano un limite "paterno".

Tali situazioni non fanno che confermare l'illusione di Matteo di controllo, di "comando". D'altro canto il suo "trono" non è mai realmente "sicuro", dietro questa illusione c'è sempre il vuoto, l'assenza nella relazione che tenta di sconfiggere cercando di "manovrare" la madre per pensare di "averla attraverso le cose" che può estorcerle. Per esempio Matteo chiede alla mamma che gli compri l'ovetto di cioccolato, in seguito chiede due ovetti,

poi tre: il numero quotidiano di ovetti di cioccolato continua ad aumentare. La richiesta di "cose" alla mamma, maschera la richiesta d'affetto che non gli è possibile avere, che la madre non può dare. Ma in realtà ottenere le "cose" dalla mamma, non fa che accrescere il bisogno di affetto e, in un circolo vizioso, la richiesta di "cose".

RISULTATI

Mentre inizialmente la mamma "non c'è" e viene sola a portare il bambino "problema", si ottiene invece subito l'alleanza di Matteo che "capisce" il lavoro che si può fare insieme, coinvolge la mamma la porta e si fa portare. Matteo sembra anche molto preoccupato per la mamma, e il setting di osservazione congiunta sembra garantirgli che il lavoro si fa con entrambi e per entrambi. Infatti, quando il bambino è stato visto da solo per una valutazione dello sviluppo, chiedeva se "la prossima volta ci sarà anche la mamma".

Gradualmente, abbiamo lavorato per dare le parole (i significati) che mancavano, con l'obiettivo di riattivare un atteggiamento di accudimento psicologico nella mamma e affiliativo nel bambino, e per creare lo spazio per la costruzione di un'alleanza anche con la madre.

Il bambino sembrava "sentire" gli stati d'animo della mamma e "viverli" in termini di possibilità di essere in relazione, di attingere a lei come dispensatrice d'affetto oltre che di cure, oppure di "vuoti" nella relazione e di possibilità di attingere a lei solo in quanto dispensatrice di cure materiali. Sono questi i "vuoti" che lo confondono, che lo portano a perdersi in realtà "senza limiti", a cercare (fra i giochi) senza mai "trovare" e che lo portano a momenti di paura e angoscia profonde. Il bisogno molto intenso per Matteo di appropriarsi delle cose (prende giochi dei compagni, i giochi dalla stanza della terapia e dalle altre stanze del Servizio) e delle persone (alla scuola materna "prende" i genitori dei compagni, inizialmente le mamme, inseguito i papà) per riempire i vuoti che sente nell'interagire con una mamma che "non c'è". Il lavoro con cui lui e con la mamma è stato "ascoltare", leggere i significati delle azioni, dare



spazio all'espressione dei sentimenti ascoltandoli e riconoscendoli come legittimi, comprendendo e accogliendo le difficoltà, e restituendo un'immagine più reale e meno condizionata dalle rappresentazioni interne.

Dare spazio significativo alla parola ha permesso a Matteo di usare le parole che già possedeva: adesso vi è possibile per chiedere le cose ma anche per chiedere aiuto, per stare insieme.

Anche la madre, nello spazio clinico, impara che può usare le parole e che può chiedere; è una conquista più lenta legata al sentirsi più forte, meno depressa, più sicura e tranquilla per il fatto che le parole non sono utilizzate per ferire. Anche per lei le parole sono per chiedere e lamentarsi, un chiedere narcisistico come per Matteo. Non sono ancora parole che legano, uniscono, avvicinano, sono una dichiarazione d'impossibilità di essere insieme, di capire, conoscere, mediante le esigenze/ricieste di Matteo, sono una dichiarazione di difficoltà per la mamma a reggere la relazione con il figlio, di essere in una relazione di vicinanza, di bisogno, di asimmetria. Sono parole che rischiano di creare malintesi e confusione. Ma sono anche parole per esprimere la propria difficoltà, la stanchezza, la fatica. Il bisogno di aiuto. È su questo spazio conquistato dalla parola "piena" di significati è stato possibile costruire un'alleanza più forte.

La difficoltà materna a dire, a parlare al figlio sembra ancora legata alla depressione successiva alla difficile separazione dal marito, al vissuto di fallimento, di abbandono, di rifiuto. La sua difficoltà a "vedere" il bambino e a riconoscerlo in quanto tale sembrano quindi legate alla difficoltà di "guardare" tutto ciò che in qualche modo è legato a Matteo: l'immagine del marito persecutore, la paternità negata, la colpa. Dall'altro canto il suo distacco emotivo, l'utilizzo delle parole come limite e il non coinvolgimento rispetto al bambino poteva anche significare l'impossibilità di coinvolgersi maggiormente.

CONCLUSIONE

Attraverso una psicoterapia congiunta madre

bambino è stato avviato un intervento che aveva l'obiettivo di riattivare la "costellazione materna". Nella situazione presentata possiamo formulare un'ipotesi di depressione materna che ha dato origine ad un vuoto nelle capacità della madre a leggere e a rispondere ai bisogni affettivi del bambino.

Le vicende familiari, le fantasie, le aspettative e le paure hanno giocato un ruolo decisivo nella interazione madre-bambino creando confusione e malintesi.

L'esperienza di interazione con una madre depressa sembra aver nel bambino comportamenti da "rianimatori" della madre e comportamenti imitativi come strategie per "essere con" la madre "assente", oltre allo sviluppo di uno stile di attaccamento evitante.

Lavorare congiuntamente con la madre e con il bambino ci ha permesso di sciogliere quei malintesi generati dalla storia familiare più che dalla interazione tra mamma e figlio, oltre a restituire, riconoscendolo alla madre il suo ruolo e di sostenerla nella cura emotiva del bambino.

BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim B., (1988). **"Un genitore quasi perfetto"**, Feltrinelli.
- 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, D. (1995). **"La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre bambino."**, Bollati Boringhieri.
- Recamier, P., C., (1979). **"De Psychanalyse en Psychiatrie"**, Payot, Parigi. Von Franz.
- Winnicott, D. (1981). **"Dalla pediatria alla psicoanalisi: scritti scelti"**, trad. Corinna Ranchetti, Firenze, Martinelli.
- Winnicott, D. (1981). **"Bambini"**, trad. Corinna Ranchetti, Firenze, Martinelli.



LA PET-THERAPY E LA DIDATTICA INCLUSIVA

De Vita
Unibas

Paradiso
Operatore di zoo antropologia didattica

RIASSUNTO

Il contributo ha lo scopo di mettere in luce il valore positivo dell'animale quale possibile strategia metodologico-didattica-innovativa facilitante il processo di insegnamento-apprendimento. L'obiettivo è quello di sviluppare un clima relazionale positivo ponendo in essere alcune attività di pet-relationship sia di tipo "referenziale" che di "presenza" prescindendo dalla presenza di una disabilità o diversità.

PAROLE CHIAVI

Didattica Inclusiva, Intelligenza Affettiva, Apprendimento, Pet-Therapy, Zooantropologia.

INTRODUZIONE

"Agisci come se ciò che fai facesse la differenza"

"Perché la fa"

W. James

Ogni insegnante ha un compito fondamentale: entrando nelle proprie classi ogni mattina devono credere o meglio hanno il diritto/dovere di credere, credere di poter fare la differenza, di poter attivare interesse e motivazione, di stimolare curiosità e promuovere l'amore per la conoscenza. Se in genere, da Rousseau in poi, questo concetto può sembrare apodittico e assolutamente 'teorico', nella

realtà, particolarmente nel nostro tempo, sembra di fondamentale importanza tanto da apparire 'autoevidente'.

Nell'Emilio, Rousseau scriveva che vivere è un mestiere da insegnare, Morin riteneva questa affermazione un po' eccessiva poiché è possibile solo essere di supporto, ovvero aiutare a imparare a vivere cioè porre in essere un orientamento pedagogico che abbia come scopo la scoperta dell'io.

Per attivare tale percorso è importante tener presente il cambiamento dei ruoli e delle posizioni all'interno del processo di insegnamento-apprendimento. Al centro di tale processo troviamo l'allunno che ha oggi, finalmente, cessato di essere il ricevente ultimo di un processo trasmissivo posto in essere dal docente, inteso come detentore unico del sapere. Parliamo, quindi, di un processo centrato sul discente, concepito come essere unico ed irripetibile con specifiche necessità educativo-apprenditive, secondo bisogni specifici propri che richiedono interventi sempre più personalizzati.

Il ruolo dell'insegnante viene quindi a modificarsi. Il docente oggi svolge il ruolo di mediatore consapevole del fatto che il processo di insegnamento e di apprendimento è un processo a carattere intersoggettivo che coinvolge, quindi, diversi sog-



getti all'interno di certo tipo di contesto e che ogni soggetto coinvolto è portatore di motivazioni, stati d'animo e interessi differenti. Il cambiamento che ha coinvolto la figura del docente riguarda, ovviamente, anche la scuola che si presenta come aperta e flessibile, la scuola diventa una comunità educante e al tempo stesso una comunità di pratica, in cui ognuno è libero di dare il proprio contributo al fine di conseguire un apprendimento. Viene quindi valorizzata l'esperienza diretta e attiva, la laboratorialità, il tutoring e il cooperative learning. Tutto ciò, con l'obiettivo finale di raggiungere la metacognizione. Obiettivo della scuola e dei docenti è, infatti, quello di porre ogni alunno nella condizione di imparare ad imparare, andando ad agire su tre livelli, sapere, saper fare e saper essere per poter promuovere e sostenere la formazione dell'identità di ogni alunno. Il lavoro su questi tre livelli che corrispondono rispettivamente all'acquisizione di conoscenze, abilità e competenze, queste ultime spendibili nella vita quotidiana all'interno della società odierna, è strettamente collegato alla relazione, che deve essere considerata come lo strumento fondamentale della didattica.

La relazione alla quale solitamente si fa riferimento è quella tra docente e discente ma, il docente che, come già detto in precedenza svolge il ruolo di mediatore, potrebbe avvalersi in alcuni casi di un co-mediatore, una figura di supporto che lo sostenga nella creazione della relazione e nella successiva acquisizione di competenze. La figura alla quale si fa riferimento è quella del cane. Per poter spiegare in che modo la presenza del cane possa migliorare la funzione del docente e facilitare il processo di crescita dei discenti è necessario fare riferimento alla zoo-antropologia.

LA PET-THERAPY

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito che il concetto di salute di un individuo non è limitato all'assenza della malattia, ma si estende al benessere psico-fisico, quindi anche al diritto di godere di una qualità di vita adeguata alle

risorse disponibili sul territorio. Per pervenire ad uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere in grado di individuare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute quindi vista come un concetto che valorizza le risorse personali e sociali. Tra queste risorse è possibile sicuramente annoverare gli animali.

Il termine Pet-Therapy nasce in America grazie al neuropsichiatra infantile Boris Levinson, il quale, nel 1962, lo introdusse nella sua pubblicazione *The Dog as "Co-Therapist"* (*Il cane come co-terapeuta*). Levinson rilevò che la sola presenza del suo cane, Jingles, sortiva effetti positivi nel corso degli incontri con i suoi piccoli pazienti. Jingles fungeva da facilitatore nella relazione tra lo specialista e il paziente. Nello specifico la funzione del cane era quella di "sciogliere il ghiaccio" favorendo nel paziente l'abbassamento delle barriere affettive.

In epoca più recente, il termine "Pet Therapy", considerato ambiguo, è stato meglio specificato con i termini Attività Assistite dagli animali (A.A.A.), Terapie Assistite dagli animali (T.A.A.) e Educazione Assistita con l'ausilio degli Animali (EAA).

Nelle Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali si definiscono gli ambiti di intervento come segue:

- **Terapia Assistita con Animali:** intervento a valenza terapeutica finalizzato alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale, rivolto a soggetti con patologie fisiche, psichiche, sensoriali o plurime, di qualunque origine. L'intervento è personalizzato sul paziente e richiede apposita prescrizione medica.
- **Educazione Assistita con gli animali (EAA):** intervento di tipo educativo che ha il fine di promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e progettualità individuale, di relazione e inserimento sociale delle persone in difficoltà. L'intervento può essere anche di gruppo e promuove il benessere delle persone nei

propri ambienti di vita, particolarmente all'interno delle istituzioni in cui l'individuo deve mettere in campo capacità di adattamento. Tra gli obiettivi dell'EAA vi è quello di contribuire a migliorare la qualità di vita della persona e rinforzare l'auto-stima del soggetto coinvolto;

- Attività Assistita con gli animali (AAA): intervento con finalità ludico-ricreative e di socializzazione attraverso il quale si promuove il miglioramento della qualità della vita e la corretta interazione uomo-animale. (Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali, 2015)

PROCESSO DI INSEGNAMENTO-APPRENDIMENTO, MEDIATORE ANIMALE E DIDATTICA INCLUSIVA

Roberto Marchesini spiega che la zooantropologia è la disciplina che si occupa dello studio della relazione uomo – animale, ovvero del dialogo tra uomo e animale e del ruolo referenziale che l'animale assume all'interno della relazione. Per "referenza animale" intendiamo il valore di ruolo assunto dall'animale nel processo relazionale, il suo essere in grado di indurre nell'uomo disposizioni espressive, educative, assistenziali e la sua capacità di apportare all'interlocutore umano "effetti benefici".

Secondo la zooantropologia è necessario considerare l'ambito del rapporto uomo-animale operando una distinzione tra interazione e relazione. Per interazione si intende il rapporto dove non è possibile parlare di una struttura dialogica perché la controparte animale non ha facoltà di parola a causa della sua diversità. Invece per relazione bisogna intendere il rapporto in cui è presente una struttura dialogica, un interscambio e un piano di incontro-confronto perché l'animale è riconosciuto in quelli definiti dall'etologo di Bologna 'predicati di alterità', cioè quello stato dell'interlocutore che prevede l'attribuzione di una soggettività, la definizione di una propria diversità, l'accreditamento di una propria peculiarità e di un valore referenziale per l'uomo e l'attribuzione di un ruolo.

La zooantropologia si basa sui seguenti principi:

1. **Principio di relazione:** la relazione è un evento intersoggettivo e dialogico; ciò presuppone che vi siano elementi di reciprocità ed una partecipazione attiva dei due soggetti coinvolti, ovviamente nel rispetto del carattere di alterità del soggetto non umano, che deve essere sempre valutato nelle sue imprescindibili qualità di individuo.
2. **Principio di referenza:** nelle situazioni relazionali l'animale svolge un ruolo di polo di interlocuzione che produce una particolare struttura di scambio che modifica l'interlocutore umano (effetti benefici o compromissori). Non parliamo, quindi, di utilizzo del cane ma di coinvolgimento perché entrambi sono parte attiva della relazione.
3. **Principio di dimensione:** le situazioni relazionali prevedono una dimensione di relazione che varia a seconda delle situazioni di incontro, ovvero a seconda di come i soggetti si propongono nell'incontro e nella reciprocazione ed è data dalla motivazione che sostiene i partecipanti all'incontro, dal tipo di contenuti interscambiati (interessi) e dai giochi di ruolo che si sviluppano nel tempo dell'incontro.
4. **Principio di specificità:** il rapporto uomo-animale non sostituisce quello uomo-uomo, occorre appunto valutarlo per la sua specificità, ossia proprio nella differenza rispetto al rapporto interumano. Il principio di specificità è fondato sul concetto di "emergenza", inteso come evento capace di mettere in campo qualità e contenuti non presenti prima della relazione, ma riferibili alla relazione stessa. Ciò significa che viene messo in atto il processo di "decentramento", cioè la capacità del singolo di porre fine all'autoreferenzialità e accettare il rischio della dialettica.

Rispetto al principio di dimensione è importante specificare l'esistenza di diverse dimensioni di re-



lazione, nello specifico sei, che definiscono il tipo di incontro-confronto tra i due poli della relazione, il tipo di interscambio e le motivazioni che sostengono l'incontro stesso. Le dimensioni di relazione sono le seguenti:

- Dimensione ludica, si basa sul gioco, come elemento capace di unire i due soggetti e di stimolare in loro un interesse che favorisce la crescita della relazione. È una dimensione in cui il fruitore, ovvero il soggetto umano, ha la possibilità di allontanarsi dalla realtà quotidiana, dai pensieri assillanti ed ha quindi una valenza distraente. Genera inoltre simpatia, contagio emozionale e divertimento.
- Dimensione epistemica, riguarda l'acquisizione di conoscenze sul soggetto animale che portano a sviluppare interesse e rispetto per la sua diversità. Inoltre la relazione animale stimola anche il ricordo del bambino che sarà portato a lavorare sulla narrazione e a riesaminare esperienze passate attribuendogli, in seguito alle nuove conoscenze acquisite, un nuovo significato.
- Dimensione affettiva, come spiega Marchesini nell'opera su citata «prende in considerazione un particolare tipo di interscambio basato sull'affiliazione, sull'intimità, sulla condivisione emozionale, sugli archetipi parentali, sulla protezione, sulla rassicurazione vicendevole e reciprocante, sull'offerta richiesta di aiuto». Si tratta quindi di una dimensione in cui la distanza tra i poli di interazione si accorcia significativamente, il livello di intimità è molto alto e consente l'attivazione del decentramento del bambino, lavorando su autoefficacia ed autostima. Prendersi cura dell'eterospecifico, non accresce solo l'autostima del soggetto, ma sulla strutturazione del modo di essere, il bambino si sente importante, utile, riconosciuto ed accreditato. La presenza di un animale inoltre è in grado di colmare eventuali deficienze nell'area dell'attaccamento, magari riconducibili all'ambiente familiare o ad esperienze vissute.
- Dimensione edonica, è fondata sul piacere intrinseco alla relazione stessa, il piacere che il bambino prova nel venire a contatto con un'altrità ed essere riconosciuti da essa, per l'estetica stessa dell'animale e per il suo forte potere distraente.
- Dimensione sociale, fondata sulla collaborazione, sul decentramento e sulla capacità di pensarsi insieme all'altro, è la dimensione più importante per la costruzione della relazione. L'animale assume il ruolo di referente capace di ampliare il dominio relazionale e cognitivo del soggetto umano, una sorta di ridefinizione dell'identità della persona, la quale diviene capace di trasferire all'interno del rapporto quelle relazioni apparentemente irrisolvibili o frustranti, richiedendo l'aiuto ed il supporto dell'altro.
- Dimensione affiliativa, riguarda più che altro il rapporto tra il cane ed il suo "padrone" e l'appartenenza dell'animale al gruppo famiglia. Ognuna delle dimensioni di relazioni lavora, a suo modo, sullo sviluppo della persona, si deduce che la referenza animale è quindi in grado di promuovere diverse attività educative:
- Educazione all'affettività: nell'area socio-affettiva, la referenza animale promuove:
- Il decentramento: il bambino passa dall'auto-referenzialità alla disposizione al dialogo con l'altro e a considerare quest'ultimo come portatore di una visione prospettica del mondo differente dalla propria ma ugualmente valida. Il decentramento è alla base delle capacità relazionali successive e favorisce lo sviluppo della capacità di condividere, dell'empatia e dell'accoglienza.
- La sicurezza affettiva: è legata ai processi di attaccamento di cura quindi è da considerarsi centrale nell'evoluzione del bambino. La referenza animale tende a rinforzare le aree della cura for-

nendo alla persona sicurezza ed autostima.

- L'espressione affettiva: il rapporto con l'animale favorisce la strutturazione di comportamenti pro-sociali, superando la barriera della timidezza e dell'aggressività.
- La costruzione dei legami: grazie al rapporto con gli animali il bambino è portato a comprendere che la costruzione dei legami affettivi richiede impegno e dedizione, ma è anche necessario il superamento delle tendenze egoistiche a favore della costruzione di compromessi e soprattutto è necessario strutturare la capacità di rispecchiamento, vale a dire capacità di essere empatici nei confronti dell'altro polo di relazione.
- Educazione emozionale: il rapporto con gli animali viene vissuto soprattutto nella condivisione a livello emozionale, il bambino a partecipare emotivamente, a lasciarsi coinvolgere dalle emozioni degli altri e a condividere ciò che prova. Inoltre si definisce l'assetto emozionale, ovvero il modo in cui il bambino si posiziona normalmente a livello emozionale, cioè il modo in cui reagisce verso il mondo se in modo aperto e fiducioso o chiuso e diffidente. Inoltre il bambino impara a gestire e a controllare le proprie emozioni attraverso le diverse attività zoo antropologiche.
- Educazione cognitiva: il rapporto con l'animale stimola una serie di attività cognitive molto importanti per il bambino:
- La costruzione di rappresentazioni mentali, grazie al cane il bambino può fruire di un maggior numero di modelli che arricchiscono il suo immaginario e gli consentono di vivere in maniera più profonda le esperienze della vita.
- Le funzioni cognitive, le attività di zoo antropologia, siano esse di referenza o di presenza, facilitano lo sviluppo delle funzioni cognitive ovvero dei processi di elaborazione delle informazioni

provenienti dall'esterno.

- L'esploratività, ovvero la tendenza a percepire ciò che è diverso, nuovo, incognito con interesse e stupore e non con diffidenza. In tal modo nel bambino cresce la voglia di conoscere, di esplorare e di relazionarsi con ciò che non fa ancora parte del suo mondo.
- Educazione sensoriale: in ambito sensoriale, l'animale è un supporto per l'arricchimento delle esperienze. Infatti:
 - sollecita le aree sensoriali neglette, ovvero quelle aree poco sviluppate a causa del tipo di vita che il bambino conduce, ciò consente una conoscenza più profonda del mondo poiché il bambino si immerge in esso con un maggiore coinvolgimento sensoriale;
 - promuove l'uso concertato di più sensi,
 - favorisce la formazione di mappe sensoriali e quindi di rappresentazioni più ricche e articolate del mondo esterno che gli consentiranno di muoversi con maggiore sicurezza nel mondo;
 - garantisce la profondità esperienziale, vale a dire che lo sviluppo delle competenze sensoriali fa sì che il bambino possa avere un rapporto positivo con il mondo esterno e con la propria organicità.
- Educazione somato-motoria: la referenza animale in questo ambito svolge un ruolo molto importante, in quanto favorisce:
 - l'acquisizione di feedback orientativi: grazie all'incontro con l'animale il bambino impara a calibrare il proprio movimento anche in base agli effetti che provoca e di mettere in correlazione la propria cinestesi ai feedback provenienti dall'esterno;
 - lo sviluppo di repertori performativi, il bambino impara a muovere il proprio corpo con maggiore consapevolezza esercitando, poco per volta i diversi complessi muscolari, in tal modo impara a collocare il proprio corpo nello spazio-tempo in maniera adeguata. Tale consapevolezza oltre che ad essere spendibile in attività



di tipo ginnico o sportivo favorisce lo sviluppo di un certo grado di sicurezza in ambito comunicativo e relazionale;

- l'acquisizione di expertise e script comportamentali, nelle attività di zoo antropologia applicata l'animale funge da polo di motivazione e spinge l'utente ad apprendere nuovi script e nuovi expertise.
- Educazione all'autostima: la relazione con l'animale promuove una maggiore consapevolezza di sé anche perché distoglie il bambino dal rapporto con l'adulto che, in ogni caso, non è mai libero dal giudizio e gli consente di esercitarsi nel ruolo di guida. In questo ambito le attività di zoo antropologia facilitano:
 - Le attività di confronto, il bambino infatti ha la possibilità di interessarsi all'altro senza il timore di essere giudicato, deriso, emarginato o di entrare in competizione. In questo contesto protetto il bambino può esercitarsi ad affrontare i timori prima citati lavorando in autoefficacia.
 - L'accreditamento sociale, nelle attività di relazione con il cane il bambino potrebbe compiere con quest'ultimo le attività che gli adulti mettono in pratica nei suoi confronti. In tal modo le attività degli adulti vengono maggiormente interiorizzate e quindi comprese dal bambino che si sente accreditato del ruolo di "insegnante". Esprimendo visibilmente le competenze acquisite il bambino riceve, inoltre, accreditamento anche dal gruppo dei pari, rafforzando ulteriormente la propria autostima.
 - La diminuzione delle paure, un aspetto molto importante, sicuramente da non sottovalutare, è il potere distraente e rilassante delle attività di zoo antropologia, queste infatti allontanano i brutti pensieri, lo stress, l'ansia, le ossessioni. Tale effetto fa sì che il bambino possa misurarsi in attività che gli consentono di aprirsi verso il diverso, verso il mondo e di rafforzare, di conseguenza, la propria autostima.
- Educazione alla cura: anche in questo ambito la referenza animale apporta grandissimi contributi. L'attenzione e l'interesse verso il cane portano il bambino ad attivarsi per comprendere quali siano i bisogni dell'interlocutore eterospecifico e rispondere agli stessi in modo adeguato. Attraverso l'attivazione di questi meccanismi il bambino impara a prendersi cura di sé, degli altri e degli spazi di vita. Inoltre, la relazione con il cane promuove lo sviluppo delle capacità organizzative e gestionali.
- Educazione espressiva: il cane, proprio per la sua funzione motivazionale, pone il bambino nella condizione di voler esprimere, di voler portare fuori ciò che ha dentro, di partecipare e mettersi alla prova.
- Educazione alla comunicazione: il bambino è fortemente motivato a comunicare con l'animale per poter entrare in relazione con lui, comincia quindi a porre maggiore attenzione agli aspetti della comunicazione non verbale, alla prossemica, alla postura ed ai movimenti del suo corpo in generale sviluppando maggiori capacità attentive, osservative e comunicative.
- Educazione alla socialità: è molto importante per tutti gli individui vivere in modo equilibrato la complessa rete di relazioni sociali che li circonda, a questo proposito, è necessario ricordare che la relazione con l'animale educa il ragazzo al continuo interscambio e promuove il rispetto per l'altro, la collaborazione, la negoziazione del compromesso e l'accettazione della diversità.

ESEMPI DI ATTIVITÀ DI PET-RELATIONSHIP

Le attività di pet-relationship, comunemente chiamate APR, si distinguono in APR relazionali, che prevedono la partecipazione attiva dell'animale e APR referenziali, che invece fanno esclusivamente riferimento all'animale. Per entrambe le tipologie di attività esistono esercizi differenti che variano a

seconda dell'età e del tipo di competenza sulla quale si vuole lavorare.

■ Le APR referenziali sono attività didattiche partecipative in cui il ragazzo ha un ruolo da protagonista, tali attività fanno riferimento all'animale, nel nostro caso il cane, che svolge invece il ruolo di partner motivazionale, in quanto si realizzano senza il coinvolgimento diretto dell'animale ma semplicemente facendo riferimento alle sue caratteristiche specifiche di animalità. Esistono APR mirate ad elicitare determinate aree di sviluppo:

- Attività basate sulla psicomotricità
- Attività interpretative ed imitative
- Attività percettive e attività di autocontrollo
- Attività socio-relazionali
- Attività simulate

- Attività di ricerca

Nell'area delle attività psicomotorie, ovvero quelle attività che favoriscono la strutturazione di una rappresentazione mentale dettagliata del nostro corpo e del suo movimento nello spazio ricordiamo lo yoga animale, un'attività che può essere proposta ai bambini che hanno un'età massima di dieci anni e che prevede l'imitazione delle posture assunte dall'animale che svolge il ruolo di polo motivazionale. La ginnastica zoomicimica prevede, invece, la simulazione di un repertorio di movimenti attribuibili alla cinetica di un dato animale. Queste attività migliorano l'equilibrio e rinforzano diverse fasce muscolari e contribuiscono a strutturare maggiore sicurezza nei movimenti e nella gestione del corpo. Le APR





da proporre sono molte e possono essere modulate sulle necessità dei fruitori, un esempio, volendo lavorare sullo sviluppo dell'intelligenza emotiva si potrebbero proporre attività imitative ed interpretative. Si tratta di attività che possono essere proposte, variando qualche dettaglio, sia a bambini molto piccoli che agli adolescenti. Queste attività prevedono un primo momento di osservazione, in cui l'attenzione viene focalizzata su un determinato comportamento o una determinata caratteristica del cane, successivamente è possibile imitare e quindi riprodurre quel tipo di comportamento, lavorando così sulla gestione del corpo, sull'osservazione e l'attenzione per l'altro e spostare il proprio punto di vista, il bambino ha la possibilità di vestire i panni del cane empaticamente e ragionare autonomamente sulle diversità reciproche. Con i ragazzi più grandi è, invece possibile, spostare il discorso su temi più impegnativi e un po' più articolati, infatti è possibile sviluppare un percorso di confronto referenziale tra le modalità comunicative utilizzate dall'uomo e quelle utilizzate dal cane, ponendo l'attenzione sulle differenze prossemiche e posturali, sull'interpretazione attribuita dall'uno e dall'altro soggetto ad uno stesso gesto o movimento, sulle somiglianze nella mimica facciale.

- Le APR relazionali (APR-r) sono attività che prevedono la partecipazione attiva dell'animale e che richiedono quindi un maggior grado di preparazione da parte dei fruitori e dell'operatore che propone l'attività, inoltre nel rispetto del cane, l'attività può avere una durata massima di venti minuti. In base al tipo di interazione che vuole aver con l'animale, le APR-r si dividono in:
 - Attività osservative
 - Attività interattivo-guidate
 - Attività gestionali
 - Attività performative

Nel primo caso il cane è presente all'interno dell'aula ma i fruitori possono solo osservarlo mentre

svolge un'attività insieme all'operatore. Nelle attività interattivo-guidate il bambino interagisce direttamente con l'animale seguendo le indicazioni fornite dall'operatore, mentre nelle attività gestionali o in quelle performative il ragazzo impara a gestire il cane e a condurlo, ad esempio, in percorso ad ostacoli. Il livello di gratificazione proveniente dall'interazione con il cane genera benessere, migliora l'autoefficacia e l'autostima e spinge il ragazzo a volerne sapere di più, amplia la sua visione del mondo e delle cose promuovendo interesse e motivazione.

CONCLUSIONE

In conclusione, l'idea del cane a scuola non è da prendere in considerazione solo ed esclusivamente per situazioni che riguardano la disabilità ma, è una proposta innovativa che dovrebbe coinvolgere l'intero gruppo classe, poiché è possibile affermare che osservare la multiformità del mondo animale arricchisce l'immaginario del ragazzo, gli offre un maggior numero di modelli e ciò influisce sulla fantasia e sulla creatività, sulle capacità progettuali e sulla curiosità per la conoscenza e per il "diverso". Inoltre, la relazione con l'animale ha un forte impatto sull'affettività; il cane può essere un importante referente affettivo e può svolgere il ruolo di base sicura in alcune fasi della vita dell'individuo, ciò consente allo stesso di sentirsi importante e riconosciuto, protetto e rassicurato e di acquisire autonomia. L'acquisizione dell'autonomia, è favorita dall'animale, che promuove il processo di "decentramento", favorendo l'empatia, le relazioni con l'esterno, la capacità di collaborare e cooperare. La relazione con l'animale favorisce, poi, l'acquisizione di capacità e consapevolezza in ambito comunicativo come la maggiore attenzione verso l'altro, l'acquisizione di nuovi registri e la tendenza all'osservazione e all'ascolto attivo.

Il cane è in grado di favorire le tendenze 'epimeletiche' ovvero la capacità di prendersi cura di qualcuno, di essere altruisti e non chiusi e di avere cura del proprio corpo, di sé e del mondo. In conclusione, la relazione con l'animale è in grado di promuovere

nell'uomo, sicurezza, relazionalità, socialità, motivazione, affettività, psicomotricità e di favorire lo sviluppo delle abilità cognitive.

È quindi possibile avvalersi del contributo animale nel processo di sviluppo ponendo in essere alcune attività di pet-relationship sia di tipo "referenziale" che di "presenza".

BIBLIOGRAFIA

- Accordo tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "*Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)*" sancito il 25 marzo 2015
- Allegrucci F., Silvioli B. (2007). Approccio psicopedagogico ed esperienze cliniche: il mondo sconosciuto della Pet Therapy. *Babele*, 35.
- Ballerini, G. (1993). *Animali amici della salute. Curarsi con la pet therapy*, Milano: Xenia
- Ballerini, G. (2000). *Animali terapia dell'anima*. Brescia: Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche.
- Baun M., Bergstrom N., Thomas L., (1984). Physiological effect of human companion animal bonding, *Nursing Research*, 33.
- Del Negro, E. (1998). *Pet Therapy. Il metodo Zara: un programma di riabilitazione psicoaffettiva*. Milano: Franco Angeli.
- De Vita T., Rosa R. (2018). Attività Motorie, Corporeità, Educazione, Inclusione nella Prospettiva di una Didattica Speciale / Motory Activity, Corporeity, Education, Inclusion in the Perspective of a Special Didactics *Giornale Italiano di Educazione Alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva Anno 1 n. 3*
- Friedmann E., Katcher A., Lynch J., Thomas S. (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit, *Public Health Reports*, 95.
- Friedmann E., Katcher A., Lynch J., Thomas S., Messent P. (1983). Social interaction and blood pressure: influence of animal companions, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171.
- Giacon, M. (1992). *Pet Therapy: psicoterapia con l'aiuto di amici del mondo animale*, Roma, Edizioni Mediterranee.
- Giuseppini, M. (1997). Terapie assistite da animali e delfinoterapia: metodologie e esperienze, Convegno SITACA,.
- Goleman, D. (2014). *Intelligenza emotiva*. Fabbri Editore
- Levinson, B. M. (1962). The Dog as "Co-Therapist". *Mental Hygiene*, 46
- Lorenz, K. (2014). *L'anello di Re Salomone*. Adelphi Editore
- Marchesini, R. (2005). *Fondamenti di zooantropologia, zoo antropologia applicata*. Alberto Perdisa Editore 2005
- Marchesini, R. (2014). *Vivere con il cane, come migliorare il rapporto fra cani, bambini e adulti*. Milano: De Vecchi Editore
- Messent, P.R. (1985). Pets as social facilitators, *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 15,.
- Milito, D. (2018). *Le nuove frontiere dei BES nell'era digitale*. Roma: Anicia.
- Morin, E. (2015) *Insegnare a vivere, manifesto per cambiare l'educazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Organizzazione Mondiale Della Sanità (OMS) (2002). *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson.
- Organizzazione Mondiale Della Sanità (OMS) (2007). *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione per bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.
- Rosa R., De Vita T. (2018). Corporeità, Affettività, Emozione e Cognizione nei Processi di Apprendimento / Corporeity, Affectivity, Emotion and Cognition in the Learning Processes *Giornale Italiano di Educazione Alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva Anno 1 n. 3*
- Schatcter D., Gilbert D.T., Wegner D.M. (2010). *Psicologia generale*. Bologna: Zanichelli.
- Wilson C.C., Netting F. E., (1983). Companion animals and the elderly: A state-of the-art summary, *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 183.



LE BASI BIOLOGICHE DELLA SINDROME DI TOURETTE

dott. Gualtieri
Psicologo libero professionista

RIASSUNTO

La "Sindrome di Gilles de la Tourette" (TS) è un disordine neurologico che esordisce nell'infanzia e spesso sparisce durante la tarda adolescenza. È caratterizzato dalla presenza di tic motori e fonatori incostanti, talvolta fugaci, altre volte cronici, la cui gravità può variare da estremamente lievi a invalidanti (Black, 2006). In molti pazienti emergono alcune comorbidità come la Sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

La definizione di *Sindrome di Tourette non identifica una specifica malattia o un preciso vulnus neurologico, ma piuttosto un quadro comportamentale* caratterizzato da diverse manifestazioni (anche cognitive) che sono presenti anche in altre sindromi. Il disturbo neurocomportamentale cronico, sembra sia determinato principalmente da alcuni neurotrasmettitori, in particolare dalla dopamina che in un individuo con Tourette mette in atto più tic motori e almeno un tic vocale a partire da prima dei 18 anni d'età, se questi non sono dovuti ad abuso di sostanze o a particolari condizioni mediche e se il disturbo dura per oltre tre mesi (*World Health Organisation criteria for TS*).

I soggetti colpiti da questa sindrome mostrano anche disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, sensibilità emotiva eccessiva, disturbi dell'apprendimento, comportamento distruttivo, balbuzie, abuso di sostanze, aggressività e depressione.

La Sindrome, diversamente dal passato, è considerata un disturbo eterogeneo oltre che geneticamente ereditabile. Essendo una sindrome neuro-comportamentale la farmacoterapia è considerata il trattamento di scelta per questo disturbo ma che non risulta sufficiente se non affiancato da interventi psicologici non soltanto del paziente ma anche dell'intero nucleo familiare. Risulta pertanto importante l'approccio multidisciplinare nel trattamento della sindrome.

PAROLE CHIAVE

Sindrome di Tourette. Psicopatologia. Eziopatogenesi. Fattori biopsicosociali. Trattamento.

CARATTERISTICHE DELLA SINDROME DI TOURETTE

La Sindrome di Tourette presenta tic che sono movimenti o suoni che si verificano ad intermitenza e imprevedibilmente fuori di un contesto di attività normale (Dure et al., 2006), con la comparsa di comportamenti normali non andati a buon fine. I tic associati alla Sindrome di Tourette sono caratterizzati per il numero, per la frequenza, per la gravità e per la posizione anatomica: la crescita e il calo, il continuo aumento e la diminuzione della gravità e della frequenza dei tic avviene in modo diverso per ogni individuo (Leckman, et al., 2006).

La *coprolalia* (l'espressione involontaria di parole

o frasi socialmente censurabili o tabù) è il sintomo più pubblicizzato della Sindrome di Tourette, ma non è sufficiente e necessario per formulare la diagnosi, tanto che solo circa il 10% dei pazienti lo sperimentano (Singer, 2005). Anche l'*ecolalia* (ripetere le parole di altri) e la *palilalia* (ripetere le proprie parole) si verificano in una ristretta minoranza di casi, mentre il segno motorio e il tic iniziale più comuni sono, rispettivamente, chiudere gli occhi e schiarirsi la gola (Bagheri, et al., 1999). Differentemente dai movimenti anormali degli altri disturbi del movimento (per esempio, coree, distonie, mioclono e discinesie), i tic di Tourette sono temporaneamente sopprimibili, non ritmici e spesso preceduti da un impulso premonitore non desiderato (Robertson, 2011). Subito prima dell'insorgenza del tic, la maggior parte delle persone con la Sindrome sperimentano la necessità, di starnutire o grattarsi per un prurito. Gli individui descrivono il tic come un accumulo di tensione, pressione o di energia (Prado et al., 2008), che scelgono di rilasciare consapevolmente, come se "fosse necessario farlo", per alleviare la sensazione o fino a quando ci si sente a posto (Kwak, et al., 2003). Alcuni esempi di impulso premonitore possono essere: la sensazione di avere qualcosa in gola o un disagio localizzato nelle spalle, che portano alla necessità di schiarirsi la gola o di alzare le spalle.

Per via delle sollecitazioni premonitrici che li precedono, i tic sono descritti come semi-volontari, piuttosto che specificamente involontari. Possono essere vissuti come una risposta volontariamente sopprimibile all'impulso premonitore indesiderato.

Benché gli individui con tic siano a volte in grado di sopprimere i loro tic per periodi limitati di tempo, ciò comporta in loro tensione o stanchezza mentale (Singer, 2005). Le persone con la Sindrome di Tourette possono cercare un luogo appartato per rilasciare i loro sintomi o vi può essere un marcato aumento del tic dopo un periodo di soppressione (Dure, 2006). Anche se non esiste un caso "tipico", la condizione segue un percorso abbastanza standard in termini di età di esordio e di gravità

dei sintomi. I tic possono apparire fino all'età di 18 anni, ma l'età più comune di insorgenza, alcuni autori ritengono sia tra i 5 e i 7 (Leckman, et al., 2006). Uno studio del 1998, pubblicato da Leckman et al. per lo *Yale Child Study Center* (1998), ha dimostrato che le età di massima severità dei tic sono tra gli 8 e i 12 anni (con una media di 10), con i tic in costante calo per la maggior parte dei pazienti che poi regrediscono attraverso l'adolescenza (Swain, et al., 2007). I tic iniziali si presentano più frequentemente nelle regioni del corpo della linea mediana in cui vi sono molti muscoli, di solito nella testa, nel collo e sulla regione facciale. Questo può essere in contrasto con i movimenti stereotipati delle altre patologie (come le stereotipie dei disturbi dello spettro autistico), che in genere hanno una precedente età di insorgenza, sono più simmetrici, ritmici, bilaterali e coinvolgono le estremità (ad esempio, agitando le mani) (Rapin, 2001).

EPIDEMIOLOGIA

I tic della Sindrome di Tourette iniziano durante l'infanzia per poi diminuire con gli anni; in tal modo, negli adulti la diagnosi risulta difficoltosa e quindi la prevalenza risulta superiore nella popolazione pediatrica (Leckman, et al., 1998). Con l'arrivo dell'adolescenza, circa un quarto dei bambini che prima presentavano i segni della condizione, vedono ridursi o scomparire i tic: per quasi la metà di essi i tic si riducono ad un livello minimo o lieve, pur persistendo per meno di un quarto di loro. Gli adulti sperimentano un peggioramento dei tic rispetto all'età pediatrica in percentuale compresa tra il 5% e il 10% (Singer, 2005; Porta & Sironi, 2009).

La Sindrome di Tourette si riscontra in tutti i gruppi sociali, razziali ed etnici e senza alcuna disuguaglianza geografica (Singer, 2005; Swain, et al., 2007). Tuttavia vi è una differenza basata sul sesso, infatti è 3 o 4 volte più frequente tra i maschi rispetto alle femmine (Robertson, 2011). Inoltre, la prevalenza varia, per età e sesso del campione, a seconda delle procedure di accertamento e del sistema diagnostico scelto (Swain, et al., 2007),



da un minimo dello 0,5% registrato in uno studio del 1993 ad un massimo del 2,9% come rilevato in una pubblicazione del 1998 (Singer, 2005).

Fino all'1% della popolazione generale sperimenta disturbi correlati ai tic, comprese le condizioni croniche e transitorie dell'infanzia (Scahill, et al., 2006). I tic cronici interessano il 5% dei bambini, mentre quelli transitori fino al 20% (Bloch et al., 2009). Uno studio del 2011, ha suggerito che la prevalenza della Sindrome di Tourette nella popolazione generale sia dell'1%, con un range dello 0,4%-3,8% tra i bambini dai 5 ai 18 anni (Robertson, 2011), mentre un'altra pubblicazione coeva ha riscontrato che la prevalenza complessiva sia tra lo 0,3% e l'1% (Bloch et al., 2011).

Gli individui con sintomi lievi spesso non ricorrono alle cure mediche e gli stessi medici tendono ad evitare di formulare una diagnosi certa sui bambini per il timore di incorrere in una forma di stigma sociale (Knight, 2012).

SINDROME DI TOURETTE E PSICOPATOLOGIA

Tra i disturbi psichiatrici che si possono associare ai sintomi caratteristici della ST, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), classificato tra i disturbi d'ansia (Shprecher et al., 2014; APA, 2000), è quello che è stato più dettagliatamente analizzato e descritto. Il DOC è caratterizzato da pensieri ossessivi persistenti (pensieri ricorrenti a carattere intrusivo ed egodistonico) e/o comportamenti di natura compulsiva (atti volontari ripetitivi di tipo finalistico, a carattere stereotipato). Entrambi sono fonte di disagio significativo per il paziente, oppure ne compromettono la funzionalità nella sfera sociale/lavorativa. Il DOC, come la ST, esordisce tipicamente in età giovanile.

Indagini di tipo fenomenologico, genetico, epidemiologico, neurochimico e neuroanatomico riferiscono una stretta associazione tra ST e DOC, sia nei pazienti affetti da ST che nei loro familiari. Alcuni anni fa, Cummings e Frankel (1985) sottolinearono le seguenti analogie tra ST e DOC:

- 1 età di esordio;
- 2 decorso *lifelong*;
- 3 esacerbazione e remissione dei sintomi;

4 presenza di comportamenti ed esperienze a carattere involontario ed intrusivo;

5 peggioramento in presenza di disturbi d'ansia e del tono dell'umore.

Le differenze tra i due disturbi consistono invece nel fatto che:

- 1 il DOC ha una prevalenza più elevata della ST;
- 2 la ST è 3-4 volte più frequente nel sesso maschile, mentre la frequenza del DOC nella popolazione adulta è all'incirca pari nei due sessi;
- 3 in media una corretta diagnosi viene posta all'età di 7 anni nella ST e all'età di 20 anni nel DOC.

L'associazione tra ST e DOC è evidente già nelle prime descrizioni di pazienti con ST. Uno dei primi autori a riconoscere che le ossessioni e le compulsioni costituiscono parte integrante della ST fu lo stesso Georges Gilles de la Tourette (1885). È anche significativo ricordare che Pierre Janet, nel suo trattato *Les Obsessions et la Psychasthénie* (Janet, 1976) descrisse i seguenti tre stadi clinici della psicastenia: il primo era lo "stato psicastenico", il secondo si identificava con l'"agitazione forzata", che comprendeva i tic motori, mentre il terzo coincideva con le ossessioni e le compulsioni. Le evidenze fenomenologiche in favore dell'associazione tra ST e DOC, appaiono oggi inconfutabili e possono essere considerate sotto diversi punti di vista. Dodici studi condotti tra il 1969 e il 1985 su pazienti con ST riportavano sintomi ossessivo-compulsivi o diagnosi di DOC in una percentuale compresa tra l'11 e l'80%. Un altro studio multicentrico condotto da Freeman et al. (2000), su 3.500 casi di ST e sintomi ossessivo-compulsivi sono stati riscontrati, rispettivamente nel 32 e nel 27% dei pazienti. Benché variabili, questi tassi di prevalenza sono abbondantemente in eccesso rispetto al 2-3% del DOC nella popolazione generale. Ciò è stato confermato da diversi studi caso-controllo (Robertson et al., 2014). Le forti evidenze in favore dell'associazione tra ST e DOC sono corroborate anche dal riscontro di un'elevata comorbidità in senso inverso (presenza di tic in pazienti affetti da DOC) (Shprecher et al., 2014; Smeraldi, 2003).

Gli studi condotti sui *pedigree* familiari e le indagini genetiche hanno dimostrato che almeno alcuni sintomi ossessivo-compulsivi sono geneticamente correlati alla ST e con ogni probabilità rappresentano un possibile fenotipo del gene/dei geni responsabili della ST (Paschou, 2013). Inoltre, anomalie a livello della corteccia frontale e dei gangli della base sono state descritte in entrambe le patologie (Paschou, 2013).

Un altro disturbo che sembra essere correlato con la ST è il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, ADHD) il quale rientra fra le patologie di interesse psichiatrico di più frequente riscontro in età infantile. Le statistiche circa la prevalenza dell'ADHD nella popolazione generale variano a seconda dei criteri diagnostici utilizzati: 1-2% secondo la definizione fornita dalla *World Health Organization* e 5-10% secondo la definizione dell'*American Psychiatric Association*, caratterizzata da criteri meno rigidi.

(Swanson, 1998). Le prime osservazioni circa l'associazione tra ST e ADHD risalgono a diversi decenni fa. Deficit attentivi e iperattività rappresentano con ogni probabilità i disturbi comportamentali di più frequente riscontro nei pazienti affetti da ST, come testimoniato da una fiorente letteratura sull'argomento (Freeman et al., 2007). Nella popolazione generale, la comorbidità tra ST e ADHD è stata riscontrata in percentuali di pazienti pari al 21-90%. Negli studi condotti sulla popolazione scolastica, tale percentuale si assesta attorno al 44-66% (Robertson, 2003). Questi dati indicano una prevalenza dell'ADHD chiaramente in eccesso rispetto alla popolazione generale, stimata all'1-10%.

Circa il rapporto ST-ADHD sono state proposte le seguenti ipotesi:

1. le due condizioni potrebbero essere geneticamente correlate (O'Rourke et al., 2009); è verosimile che vi siano almeno due tipologie di pazienti con ST e ADHD, una in cui l'ADHD è presente indipendentemente dalla ST e un'altra in cui l'ADHD è secondario alla presenza della ST;

2. la forma pura di ADHD e l'ADHD associato a ST potrebbero rappresentare entità fenomenologiche diverse; tuttavia l'esatta natura della loro relazione non è ancora stata chiarita e necessita di ulteriori studi (Spencer et al., 1998). Le possibilità qui ricordate non si escludono necessariamente a vicenda, ed è verosimile che le ricerche in corso forniranno un quadro più definito circa l'origine della comorbidità tra ST e ADHD.

EZIOPATOGENESI

L'eziologia ad oggi è considerata multifattoriale in cui sarebbero coinvolti fattori genetici e ambientali.

Fattori genetici. Prove da studi su gemelli e famiglie suggeriscono che la sindrome di Tourette è una malattia ereditaria. Diversi studi hanno suggerito una modalità di *trasmissione autosomica dominante*. È stato trovato che alterazioni del gene SLITRK1 nel cromosoma 13q31.1 potrebbero essere una delle cause del disturbo, ancorché probabilmente non in maniera specifica. (O'Rourke et al., 2009). Le mutazioni che riducono la trascrizione dello SLITRK1 impediscono l'espressione dello SLIT e della proteina 1 NTRK, una proteina che regola i circuiti corticostriatali e talamocorticali durante lo sviluppo. Tuttavia, si è anche evidenziato come queste mutazioni sono state identificate in un piccolo numero di persone con sindrome di Tourette. Non è chiaro, dunque, come le mutazioni del gene SLITRK1 possa portare a questo disturbo. Pertanto, bisogna dire che la maggior parte delle persone affette da sindrome di Tourette non hanno una mutazione nel gene SLITRK1 e pertanto, non può essere confermata l'associazione del gene SLITRK1 con questo disturbo in modo assoluto. Per questo i ricercatori sospettano che il coinvolgimento di altri geni, che non sono stati ancora identificati, sono molto probabilmente associati con la sindrome di Tourette (Paschou, 2013)

Anche se ci possono essere pochi geni con effetti sostanziali, è anche possibile che molti geni con minori effetti e fattori ambientali possono



giocare un ruolo nello sviluppo della sindrome di Tourette. Nonostante gli studi sulla famiglia hanno ripetutamente dimostrato che la Sindrome è altamente di origine familiare, tuttavia l'associazione familiare non prova che il disturbo sia influenzato solo da disturbi genetici dal momento che i membri familiari condividono anche fattori comuni ambientali. (O'Rourke et al., 2009). In effetti, i risultati provenienti dagli studi sulla famiglia con TS mostrano chiaramente un aumento da 10 a 100 volte superiore nei parenti di primo grado rispetto alla popolazione generale. In particolare, gli studi sui gemelli forniscono la prova forte della natura genetica della TS, dimostrando che alti tassi di concordanza per i disturbi da tic nei gemelli monozigoti suggeriscono che la TS è un disturbo su base genetica ed in particolare si è evidenziato il coinvolgimento dei geni coinvolti nel tracciato dopaminergico in quanto gli antagonisti della dopamina sono le cure più efficaci per la soppressione dei tics. Ad oggi comunque si è concordi nel ritenere che nella ST siano coinvolti più geni responsabili.

Fattori non genetici. La complessità dell'eziologia della TS è incrementata dal contributo dei fattori ambientali (come gli eventi ipossico-ischemici, il fumo durante la gravidanza, esposizione ad androgeni, calore e stress) (Swain et al., 2007). I pazienti affetti da TS, di solito, soffrono un aumentato stress psicosociale e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene sembra essere più ricettivo allo stress rispetto ai soggetti normali, risultando così un aumento nel fluido cerebrospinale di un fattore cortico-tropico.

Sebbene sia chiaro che i tic hanno un'origine biologica, una ricerca recente fornisce una nuova prova che la forma, la frequenza e l'intensità dei tic possono essere influenzate da fattori psico-sociali e che alcuni individui sperimentano un senso di sollievo da impulsi premonitori quando si manifestano i tic (Shprecher et al., 2014; Zinner, 2000).

Anche studi sui gemelli hanno messo in luce che il gemello con peso inferiore alla nascita tende a sviluppare sintomi più gravi (Hyde et al., 1992).

Altri eventi perinatali, come lo stress materno (Mathews et al., 2006) il tabagismo della madre e complicanze ostetriche (Santangelo et al., 1994), sebbene non siano causa di tic, potrebbero essere fattori di rischio per una maggior gravità degli stessi. Un processo autoimmune potrebbe, inoltre, essere implicato in alcuni casi. Sembrano giocare un ruolo importante la risposta di tipo autoimmune all'infezione da Streptococco beta-emolitico di gruppo A, con produzione di anticorpi diretti contro i gangli della base. In base a questo modello eziopatogenetico, la ST apparterebbe al gruppo di patologie neuropsichiatriche identificato nella letteratura anglosassone con l'acronimo PANDAS, *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection* (Kurlan, Kaplan, 2004) il cui prototipo è rappresentato dalla Corea Reumatica, o Corea di Sydenham (Swerdlow, 2005). In questo senso, è stato analizzato un corpo crescente di prove che suggerisce che i bambini affetti da TS sono tendenti a sviluppare reazioni autoimmuni ed un aumento della produzione di anticorpi anti-neuronali simili a quelli registrati nei bambini con altre malattie neuropsichiatriche post-streptococciche (Shprecher, 2014). Il PANDAS, associato allo streptococco beta-emolitico di gruppo A, è una malattia che in un certo senso è un'entità clinica ancora tutta da definire, individuata da Susan Swedo, pediatra e neuropsichiatra americana, che nel 1998 pubblicò sull'*American Journal of Psychiatry* i risultati di uno storico studio osservazionale su bambini affetti dalla suddetta Corea di Sydenham (Swedo et al., 1998). Da evidenziare, comunque, che il PANDAS, non è presente nella classificazione DSM-5.

FISIOPATOLOGIA

Si ritiene che i tic derivino da una disfunzione del sistema nervoso centrale. Infatti, modelli neuro-anatomici suggeriscono un'alterazione dei circuiti cortico-sottocorticali (Zinner, 2000) e tecniche di diagnostica per immagini hanno permesso di supporre un coinvolgimento dei gangli della base e del lobo frontale. Tali circuiti sono coinvolti nella programmazione e strutturazione dei movimenti,

ma anche nella ricezione ed interpretazione degli input sensoriali-sensitivi, nonché nell'elaborazione di tali input e degli output motori, costituendo le basi anatomo-funzionali dei sintomi nella ST (Stern et al., 2000). In particolare, si distinguono il circuito prefrontale dorsolaterale, il circuito laterale orbitofrontale, il circuito cingolato anteriore, il circuito oculomotore, ed il circuito motorio. Questi percorsi neurali afferiscono ai diversi nuclei del talamo, che assume quindi il ruolo di smistamento e di interconnessione tra sistema extrapiramidale e corteccia. Vi sono poi i collegamenti con l'ippocampo, l'amigdala e la corteccia intermedia che determinano una stretta connessione con il sistema limbico, coinvolto nella regolazione dello stato affettivo/emozionale e del controllo degli impulsi.

La ST va quindi considerata un disturbo complesso, a valenza sensoriale-motoria-comportamentale (Cavanna et al., 2009). Essendo l'età media di esordio del disturbo è di 7 anni, con picco dei tic all'inizio della seconda decade di vita, con sintomi che spesso mostrano un sorprendente declino in frequenza e intensità a partire dai 19 anni di età (Bloch e Leckman, 2009) ciò suggerisce l'intrigante ipotesi che l'eziologia per la TS non è neurodegenerativa. I dati neurochirurgici e neuropatologici, tanto quanto gli studi in vivo, coinvolgono fortemente i gangli della base e strutture talamiche e corticali connesse nella patobiologia del disturbo. Un modello comune dell'anatomia funzionale e basale dei gangli, suggerisce che i movimenti involontari sono associati a risposte inibitorie ridotte dei gangli basali risultanti in attività eccessive nelle aree fronto-corticali. Inoltre, studi sui tessuti post-mortem degli individui affetti da TS hanno mostrato una significativa diminuzione selettiva nel numero degli interneuroni striatali colinergici, tanto quanto quella degli interneuroni striatali relativi alla parvalbumina (Kataoka et al., 2010).

La fisiopatologia della TS sembra essere dunque caratterizzata da alterazioni strutturali e funzionali a carico dei circuiti cortico-striato-talamo-corticali, fondamentali non solo per il

controllo del comportamento motorio semplice, ma anche di domini funzionali cognitivi ed emotivi associati al comportamento volontario. In particolare, l'osservazione clinica e l'evidenza sperimentale in ambito neuropsicologico, indicano come una delle principali alterazioni nei pazienti con TS è un'insufficiente capacità di inibire risposte comportamentali inappropriate al contesto o svantaggiose (Swain et al., 2007; Stern et al., 2008). Ciò si tradurrebbe nella produzione involontaria o semi-volontaria sia di movimenti semplici (tic semplici) che di comportamenti motori più complessi, inappropriate rispetto al contesto ambientale e sociale in cui il soggetto si trova e in grado di interferire con un *output* motorio e comportamentale adattativo. La soppressione attiva dei tic richiede l'attivazione di circuiti prefrontali dorso-laterali in grado di aumentare l'attività del nucleo caudato, con conseguente effetto inibitorio su quella del putamen. Nei bambini con TS è stato infatti riscontrato un aumento volumetrico della corteccia prefrontale, che potrebbe rappresentare il prodotto di un rimaneggiamento plastico secondario alla continua soppressione volontaria dei tic (Peterson et al., 2001).

DIAGNOSI

La diagnosi viene fatta sulla base dell'osservazione dei sintomi della persona e della sua storia familiare e dopo aver escluso le cause secondarie di disordini da tic. Secondo la classificazione del DSM-5 i Disturbi da tic comprendono quattro categorie diagnostiche distinte: disturbo di Tourette, Disturbo cronico da tic motorio o vocale; Disturbo da Tic provvisorio, e Disturbo da Tic non altrimenti specificato (NAS). La diagnosi per qualsiasi disturbo di tic si basa sulla presenza di tic motori e/o vocali (Criterio A), la loro durata (Criterio B), l'età di esordio (Criterio C), e l'assenza di qualsiasi causa conosciuta come un'altra condizione medica o l'uso di sostanze (Criterio D).

I disturbi da tic sono in ordine gerarchico. Il tic motorio cronico o tic vocale e la Sindrome di Tourette riflettono condizioni più persistenti in cui sono presenti tic frequenti per almeno 12 mesi.



Affinché si possa effettuare una diagnosi di ST, deve essere accertata una storia di tic motori multipli e almeno un tic vocale, anche se questi tic possono non verificarsi simultaneamente. La localizzazione dei Tic, il tipo, la frequenza e la gravità possono variare nel corso del tempo, tuttavia, i tic devono emergere prima dei 18 anni. I Tic aumentano in generale in concomitanza con eventi stressanti od emotivamente molto coinvolgenti; possono aumentare anche in condizioni di relax, mentre le attività che richiedono un'attenzione focalizzata, li fanno diminuire (DSM-5, 2013)

TRATTAMENTO

Il trattamento di tale patologia risulta complesso e comunque multidisciplinare, in quanto basato su di un approccio psicologico (*Cognitive approach, Self-control methods, Relaxing methods, Habit reversal*), farmacologico (sia mono- che politerapia), sull'utilizzo di procedure di stimolazione elettrica o magnetica e, in casi selezionati, di procedure più invasive quali la stimolazione cerebrale profonda (*Deep Brain Stimulation, DBS*) (Porta, et al., 2009; Porta et al., 2009). In molti casi, tuttavia, non è opportuno iniziare alcun trattamento: l'osservazione di questi pazienti nel tempo non rivela infatti situazioni di gravità tale, quindi di un danno sociale derivato, da giustificare l'inizio di qualsivoglia terapia. Ad oggi, pochi trial clinici sono stati condotti su campioni di numerosità sufficiente per permettere di stabilire linee guida *evidence-based*. L'identificazione dello squilibrio del neurotrasmettitore nella sindrome di Tourette sembra offrire la nuova speranza del trattamento.

Uno studio ha utilizzato una tecnica chiamata la *spettroscopia risonanza magnetica* (MRS) in uno scanner (MRI) di imaging a risonanza magnetica per misurare la concentrazione di neurotrasmettitori nel cervello di un gruppo di giovani con la sindrome di Tourette e di un gruppo di controllo. I ricercatori hanno scoperto che le concentrazioni di GABA nell'area motoria supplementare del cervello erano più bassi rispetto al gruppo di controllo (Draper et al., 2014). Poiché il GABA controlla

l'eccitabilità delle aree del cervello che producono il movimento, questo neurotrasmettitore sembra implicato nella sindrome (University of Nottingham, Aprile 2014). Attualmente le cure farmacologiche si basano sull'utilizzo di antipsicotici, antidepressivi le quali possono essere utilizzate efficacemente nel ridurre gli effetti motori della Sindrome (tic, movimenti incontrollati, vocalizzazioni e urla). Nell'ultimo decennio sono emerse evidenze scientifiche a favore dell'impiego della *cannabis* o dei cannabinoidi di sintesi per la cura di questa patologia (Müller-Vahl et al., 2002). Inoltre, tecniche di *Habit Reversal Training* (HRT) che, sommariamente si basa sulla consapevolezza, sull'emissione di un comportamento competitivo rispetto al comportamento che si intende estinguere e sul rinforzo sociale (Ackermans et al., 2008), sono ampiamente citate in letteratura, e si stanno compiendo approfonditi studi sull'ipotesi di neuromodulazione e ristrutturazione della architettura neuronale della corteccia in risposta all'applicazione di tecniche comportamentali. L'intervento psicoeducativo, poi, è spesso necessario per aiutare l'intero nucleo familiare nel fronteggiare la Sindrome; inoltre è fondamentale che i familiari ed il paziente vengano monitorati per la corretta assunzione delle cure e/o la corretta pratica riabilitativa quotidiana (Conelea et al., 2011).

CONCLUSIONE

Sebbene la Sindrome di Tourette e le patologie ad esso più frequentemente associate abbiano un'eziologia preminentemente neurobiologica, gli studi presentati suggeriscono che i fattori psicosociali possono influenzare il corso dello sviluppo, la severità e le manifestazioni del disturbo. I diversi sintomi della sindrome e la propensione alla labilità emotiva, ansia e disturbi dell'apprendimento influenzano lo sviluppo dell'adolescente sia direttamente che indirettamente "colorando" e dando forma alle sue interazioni con il mondo dei pari, la famiglia e la scuola. Viceversa è evidente che stressor non specifici, così come fattori psicologici individuali e familiari possono

migliorare o inasprire i sintomi e produrre effettivi cambiamenti neurobiologici (Shprecher, 2014). Inoltre fattori individuali familiari e culturali influenzano i modi in cui i pazienti, i genitori, i pari e gli insegnanti percepiscono, danno significato e rispondono ai sintomi della Sindrome di Tourette. Non da ultimo, i fattori psicosociali influiscono anche sull'impegno dei pazienti e delle loro famiglie nelle differenti tecniche analizzate. Questa prospettiva biopsicosociale implica però anche che le influenze psicosociali possono essere dei fattori di rischio per un accrescimento della disabilità e per la comorbidità con altri disturbi psicologici e psichiatrici, ma allo stesso tempo punti cruciali per interventi terapeutici e preventivi. La possibilità degli agenti farmacologici di poter, almeno parzialmente, sopprimere i tic o i sintomi ossessivi-compulsivi e migliorare il paziente nelle sue difficoltà dell'attenzione e delle relazioni, non nasconde che lo scopo del trattamento non consiste semplicemente in una mera soppressione dei sintomi, al contrario la principale finalità del clinico è quella di aiutare gli individui ad andare avanti con forza sviluppando relazioni di sostegno con le figure di attaccamento e i pari, un funzionamento competente sul mondo del lavoro o a scuola, lo sviluppo e il mantenimento di un'identità positiva e di un senso di autostima.

BIBLIOGRAFIA

- Ackermans, L., Temel, Y. & Visser-Vandewalle, V. (2008). Deep brain stimulation in Tourette's syndrome. *Neurotherapeutics*, 5, 339-344.
- Bagheri, M.M., Kerbeshian, J., & Burd, L. (1999). Recognition and management of Tourette's syndrome and tic disorders. *American Family Physician Journal*, 59, 2263-2272.
- Bloch, M.H. & Leckman, J.F. (2009). Clinical course of Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 497-501.
- Bloch, M.H., State, M. & Pittenger, C. (2011). Recent advances in Tourette syndrome. *Current Opinion in Neurology*, 24, 119-125.
- Cavanna, A.E. et al. (2009). More than tics: the behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 21, 13-23.
- Conelea, C.A. et al. (2011). Exploring the impact of chronic tic disorders on youth: results from the Tourette Syndrome Impact Survey. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 219-242.
- Cummings, J.L. & Frankel, M. (1985). Gilles de la Tourette syndrome and the neurological basis of obsessions and compulsions. *Biological Psychiatry*, 20, 1117-1126.
- Draper, A. et al. (2014). Increased GABA contributes to enhanced control over motor excitability in Tourette syndrome. *Current Biology*, 24, 2343-2347.
- Dure, L.S. & DeWolfe, J. (2006). Treatment of tics. *Advances in Neurology*, 99, 191-196.
- Freeman, R.D. et al. (2000). An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 436-447.
- Freeman, R.D. (2007). Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 15-23.
- Guridi, J. & Aldave, G. (2011). Surgical targets in Psychiatric disorders. From movement to emotions. *Neurocirugia*, 22, 5-22.
- Hyde, T.M, Aaronson, B.A, Randolph, C, Rickler, K.C. & Weinberger, D.R. (1992). Relationship of birth weight to the phenotypic expression of Gilles de la Tourette's syndrome in monozygotic twins. *Neurology*, 42, 652-658.
- Kataoka, Y. et al. (2010). Decreased number of parvalbumin and cholinergic interneurons in the striatum of individuals with Tourette syndrome. *Neurology*, 518, 277-291.
- Knight, T. et al. (2012). Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47, 77-90.
- Kurlan, R. & Kaplan, E.L. (2004). The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) etiology for tics and obsessive-compulsive symptoms: hypothesis or entity? Practical



considerations for the clinician. *Pediatrics*, 113, 883-886.

- Kwak, C., Dat Vuong, K. & Jankovic J. (2003). Premonitory sensory phenomenon in Tourette's syndrome. *Movement Disorders*, 18, 1530-1533.
- Leckman, J.F., Bloch, M.H., King, R.A. & Scahill, L. (2006). Phenomenology of tics and natural history of tic disorders. *Advances in neurology*, 99, 1-16.
- Leckman, J.F. et al. (1998). Course of tic severity in Tourette syndrome: the first two decades. *Pediatrics*, 102, 14-19.
- Müller-Vahl, K.R. et al. (2003). Treatment of Tourette Syndrome with Delta-9-Tetrahydrocannabinol (Delta9-THC): No Influence on Neuropsychological Performance. *Neuropsychopharmacology*, 28, 384-388.
- Mathews, C.A. et al. (2006). Association between maternal smoking and increased symptom severity in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1066-1073.
- O'Rourke, J.A. et al. (2009). The genetics of Tourette syndrome: a review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 533-545.
- Paschou, P. (2013). The genetic basis of Gilles de la Tourette Syndrome. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37, 1026-1039.
- Peterson, B.S. et al. (2001). Regional brain and ventricular volumes in Tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*.
- Porta, M. et al. (2009). Thalamic deep brain stimulation for treatment-refractory Tourette Syndrome: two-year outcome. *Neurology*, 73, 1375-1380.
- Prado, H.S. et al. (2008). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature. *CNS Spectrums*, 13, 425-433.
- Rapin, I. (2001). Autism spectrum disorders: relevance to Tourette syndrome. *Advances in neurology*, 85, 89-110.
- Robertson, M.M. & Eapen, V. (2014). Tourette's: Syndrome, disorder or spectrum? Classificatory challenges and an appraisal of the DSM criteria. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 106-113.
- Robertson, M.M. (2011). Gilles de la Tourette syndrome: the complexities of phenotype and treatment. *British Journal of Hospital Medicine* 72, 100-107.
- Santangelo, S.L. et al. (1994). Tourette's syndrome: what are the influences of gender and comorbid obsessive-compulsive disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 795-804.
- Scahill, L., Williams, S., Schwab-Stone, M., Aplegate, J. & Leckman, J.F. (2006). Disruptive behavior problems in a community sample of children with tic disorders. *Advances in neurology*, 99, 184-190.
- Shprecher, D.R., Schrock, L. & Himle, M. (2014). Neurobehavioral aspects, pathophysiology, and management of Tourette syndrome. *Current Opinion in Neurology*, 27, 484-492.
- Singer, H.S. (2005). Tourette's syndrome: from behaviour to biology. *The Lancet Neurology*, 4, 149-159.
- Spencer, T. et al. (1998). Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1037-1044.
- Stern, E. et al. (2000). Functional neuroanatomy of tics in Tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 57, 741-748.
- Swain, J.E., Scahill, L., Lombroso, P.J., King, R.A. & Leckman, J.F. (2007). Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 947-968.
- Swedo, S.E. et al. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, 155, 264-271.
- Swerdlow, N.R. (2005). Tourette syndrome: current controversies and the battlefield landscape. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 5, 329-331.
- Zinner, S.H. (2000). Tourette disorder. *Pediatrics in Review*, 21, 372-383.



ASPETTI PSICO-SESSUALI NELLA BRONCO-PNEUMOPATIA CRONICO OSTRUTTIVA

dott.ssa Viviana
Laureata in Psicologia
Tesi di laurea in Psicologia Clinica

INTRODUZIONE

Il principale obiettivo di questo lavoro di tesi è quello di porre l'attenzione sull'impatto delle malattie croniche sulla sfera psicologica e sessuale del soggetto coinvolto, giungendo ad una visione dell'individuo più completa e complessa mediante l'adozione del modello bio-psico-sociale.

Prima di approfondire quella che è una specifica malattia cronica, ossia la Bronco-Pneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO), risulta doveroso chiarire cosa si intende per malattia cronica, cioè "malattie non trasmissibili che non guariscono spontaneamente e sono raramente curabili" (CDCP, 2009).

L'interesse per la BPCO, deriva dal suo imponente sviluppo e dal suo progressivo effetto sul tasso di mortalità. Si tratta di una malattia comune, prevenibile e curabile.

È caratterizzata da una persistente ostruzione bronchiale, associata ad un'inflammatione cronica delle vie aeree e dei polmoni. I fattori di rischio riscontrati per l'insorgenza della malattia, sono: fumo di sigaretta, esposizione prolungata ad inquinamento o sostanze chimiche. Il quadro sintomatologico comprende: dispnea, tosse cronica e produzione cronica di catarro. La diagnosi clinica di BPCO viene effettuata tramite la "spirometria": la presenza di un rapporto VEMS/CVF (Volume Espiratorio Massimo nel primo Secondo/Capacità Vita-

le Forzata) post broncodilatatore, inferiore al 70%, conferma la presenza di ostruzione bronchiale e quindi di BPCO (*GOLD-Guida pocket per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO-revisione 2016*).

La cronicità di queste patologie, costringe l'individuo a convivere per il resto della sua vita, abbandonando le sue precedenti abitudini e script cognitivi. L'idea di base è che il paziente cronico deve giungere alla consapevolezza che vi sono modi alternativi per riappropriarsi del proprio benessere psico-sessuale, nonostante la presenza di condizioni avverse.

A tal proposito, considerando l'essere umano nella sua totalità, è opportuno far luce anche sulla sua sfera sessuale, intesa come una delle principali variabili che determina il benessere dell'individuo.

IL FUNZIONAMENTO SESSUALE

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), definisce la sessualità come: "Un aspetto centrale dell'essere umano lungo tutto l'arco della vita e comprende il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere, l'orientamento sessuale, l'eroticismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione. La sessualità è sperimentata ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, convinzioni, atteggiamenti, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni. Sebbene



la sessualità possa includere tutte queste dimensioni, non tutte sono sempre esperite o espresse. La sessualità è influenzata dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, politici, etici, giuridici, storici, religiosi e spirituali" (*WHO, 2006*).

Il funzionamento sessuale è chiaramente caratterizzato dal ciclo di risposta sessuale, cioè un processo complesso che associa meccanismi psicologici e biologici. Tali processi permettono all'uomo e alla donna di sperimentare il rapporto sessuale.

Il processo di risposta sessuale parte dall'elaborazione di uno stimolo esterno, percepito come rilevante dal punto di vista sessuale. Ne deriva che in assenza di fattori eccitanti non s'innesca la progressione della risposta sessuale, le cui caratteristiche morfologiche e fisiologiche sono differenti nei due sessi (*Boccadoro L., 2011*).

I primi studiosi che si sono interessati della fisiologia della risposta sessuale sono stati Masters e Johnson, i quali hanno identificato le quattro fasi del ciclo di risposta sessuale sia maschile sia femminile (*Masters W.H., Johnson V.E., 1967*): 1) Eccitamento: sensazione soggettiva di piacere sessuale, accompagnata da modificazioni a livello genitale e corporeo; 2) Fase di Plateau: stato avanzato di eccitazione che precede l'orgasmo; 3) Fase orgasmica: definito come l'acme del piacere; 4) Fase di risoluzione: graduale diminuzione della tensione sessuale generale.

Helen Singer Kaplan (1976), invece, si discosta dal modello lineare di Masters e Johnson, proponendo un modello trifasico della risposta sessuale: la curva di tale risposta inizia con una fase appetitiva (attivazione del desiderio sessuale), si eleva come fase dell'eccitazione e culmina con la fase orgasmica.

Il seguente modello, quindi, oltre ad introdurre la componente del desiderio sessuale, come precursore dell'intera risposta sessuale, permette di classificare le disfunzioni sessuali, definibili come possibili alterazioni della risposta psicofisiologica lungo le tre fasi (*Kaplan, H.S., 1976*).

SESSUALITÀ E ASPETTI PSICOLOGICI IN BPCO

La sessualità è fonte di grande soddisfazione e autostima, poiché permette all'individuo di rimarcare

il suo ruolo all'interno della coppia. Tale appagamento risulta però carente in pazienti con Bronco-Pneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO), a causa della pervasività dei sintomi respiratori.

Essa diviene una significativa fonte di disabilità per l'individuo che ne è affetto ed impone conseguenze sia sul funzionamento della vita quotidiana che sulla qualità della vita sessuale (*Bendtsen P., et al., 2003*).

Le evidenze sperimentale, infatti, suggeriscono un'alta prevalenza di disfunzioni sessuali in uomini con BPCO, con gravi implicazioni anche a livello psico-emotivo.

La "disfunzione sessuale" è definita come la presenza di eventuali problemi sul funzionamento sessuale o sulla perdita di godimento durante l'attività sessuale. Tale condizione è considerata come problematica o indesiderabile dalla persona colpita (*Levack WMM, et al., 2014*).

In generale, sembrerebbe che tali disfunzioni, in uomini con BPCO, siano il risultato di vari fattori: ormonali, fisiologici, psicologici, sociologici e farmacologici.

In particolare la grande maggioranza di questi pazienti, fra le principali disfunzioni sessuali, presenta soprattutto una Disfunzione Erettile (DE). Secondo il Criterio A del DSM 5, per DE si intende una marcata difficoltà di ottenere e mantenere un'erezione fino al completamento dell'attività sessuale e marcata diminuzione della rigidità erettile (*APA, 2014*). La prevalenza di disfunzione erettile negli uomini con BPCO moderata e grave, è stata stimata tra il 72% e l'87% (*Collins 2012*); (*Kahraman 2013*); (*Karadag 2007*); (*Köseoglu 2005*). Essa potrebbe essere causata dall'eccessivo utilizzo di fumo di sigaretta, dalla gravità dell'ostruzione polmonare e dalla somministrazione di particolari farmaci, volti ad alleviare i sintomi respiratori. In aggiunta, la maggior parte dei pazienti con DE, riporta una riduzione dell'attività sessuale e della sua frequenza, definendosi come "troppo vecchi" o "troppo malati".

In particolare, alla base di questo progressivo abbandono dell'attività sessuale, vi sono due possibilità (*Collins, E.G., 2012*):

- la disfunzione erettile può essere considerata come un importante fattore che condiziona e determina l'attività sessuale in uomini con BPCO;
- le limitazioni fisiche percepite e associate al disturbo respiratorio, inducono i pazienti ad adottare un approccio negativo alla sessualità o evitarla completamente (*Timms RM, 1982*).

In definitiva, uomini con malattia respiratoria, presentano meno aspettative legate all'attività sessuale, a causa di vari fattori che possono entrare in gioco:

1. La consapevolezza della permanenza dei sintomi respiratori (*Kaptein AA, et al, 2008*)
2. La perdita di un'immagine positiva del corpo (*Vincent EE, Singh SJ, 2007*);
3. La paura di affrontare la dimensione fisica dell'atto sessuale (*Vincent EE, Singh SJ, 2007*).

L'insorgenza della Bronco-pneumopatia Cronica Ostruttiva non interessa esclusivamente uomini, ma può colpire anche pazienti donne. Alcuni studi suggeriscono, infatti, che le donne siano più suscettibili degli uomini agli effetti nocivi del fumo (*Foreman MG, et al, 2011*). Così come gli uomini lamentano gravi difficoltà a livello sessuale, anche la

sfera sessuale ed erotica della donna sembra essere coinvolta e danneggiata.

Specificatamente la maggior parte delle pazienti con malattia polmonare, lamenta (*Abd-El Salam, F.G. et al, 2015*): difficoltà respiratorie durante il rapporto sessuale; interruzione prematura del rapporto a causa di una rapida stanchezza; insorgenza di insufficienza respiratoria durante il raggiungimento dell'orgasmo; sensazione di incapacità respiratorie in determinate posizioni sessuali, con conseguente impossibilità di completare l'attività sessuale in modo soddisfacente; ridotta mobilità fisica con conseguenti limitazioni corporee; riduzione dell'attività sessuale e fisica.

La malattia ha un impatto anche a livello psicologico, come conseguenza di una totale riorganizzazione sia della vita quotidiana che di quella sessuale. Infatti, l'inevitabile progressione della BPCO e le conseguenti disfunzioni sessuali, sembrano compromettere in breve tempo l'abilità lavorativa, la capacità di socializzare e di credere nella vita. Tutti questi fattori portano il paziente ad un progressivo isolamento sociale, alla perdita di indipendenza e ad una scarsa autostima, per poi giungere alla ma-





nifestazione di disturbi depressivi e/o ansiosi (*American Lung Association, 2003*).

In particolare l'ansia sembra colpire il 75% dei pazienti con diagnosi di BPCO (*Yohannes AM, et al, 2010*), (*Mikkelsen RL, et al, 2004*), (*Maurer J, et al, 2008*). L'ansia può essere intimamente legata alla paura di attacchi di dispnea acuta, al senso di soffocamento e alla paura per la morte (*Smoller JW, et al, 1996*), (*Klein DF, 1993*), (*Dudley DL, et al, 1980*). In aggiunta, è presente un collegamento fra l'insorgenza dei disturbi d'ansia, una ridotta capacità funzionale e frequenti ricoveri ospedalieri (*Kim HF, et al, 2000*). Le spiegazioni più comuni per giustificare questa associazione, riguardano il fumo e la dispnea:

1. Fattori legati al fumo: alti livelli di ansia sono stati identificati come fattori di rischio per l'avvio dell'abitudine tabagica (*Patton GC, et al, 1996*), (*Breslau N, et al, 1992*). Così, le persone che sviluppano la BPCO, come conseguenza del fumo, probabilmente sperimentano livelli elevati di ansia rispetto alla popolazione generale. Inoltre, questi individui possono avere una maggiore tendenza alla dipendenza da nicotina, associata con maggiori sintomi di ansia (*Acri JB, Grunberg N, 1992*), (*Parrott AC, 1995*), (*Thornton A, Lee P, Fry J, 1994*);
2. L'evidenza suggerisce anche rapporti fisiopatologici tra la dispnea, l'iperventilazione e l'ansia (*Smoller JW, et al, 1996*). Diverse ricerche hanno dimostrato che la frequenza respiratoria aumenta in seguito al peggioramento dei sintomi ansiosi, come rapida conseguenza. Il circolo vizioso di mancanza di respiro e di ansia, concettualizzato come "ciclo di dispnea-ansia-dispnea", suggerisce che la risposta emotiva dei pazienti circa il loro affanno, aggrava la percezione che gli individui hanno dell'affanno stesso (*Bailey PH, 2005*). Questo ciclo può essere illustrato tramite il modello cognitivo-comportamentale della dispnea-iperventilazione e ansia (*Smoller JW, et al, 1996*). Tale ciclo di feedback positivo, conferma che i pazienti con BPCO possono interpretare erroneamente sensazioni fisiche (come la dispnea), causando: ansia, un'ulterio-

re eccitazione del sistema nervoso autonomo e una maggior dispnea (*Porzelius J, et al, 1992*), (*Howard C, et al, 2009*).

I pazienti bronco-patici, inoltre, sembrano essere caratterizzati da specifici disturbi d'ansia: fobia specifica, disturbo d'ansia sociale (o fobia sociale), disturbo di panico e disturbo d'ansia generalizzato (DAG).

Oltre ai sintomi ansiosi, la BPCO sembra avere stretti legami con l'insorgenza della depressione, la quale ricopre l'80% dei casi (*Yohannes AM, et al 2010*), (*Mikkelsen RL, et al, 2004*), (*Maurer J, et al, 2008*). La depressione nei pazienti con malattie respiratorie, è spesso segnata da sentimenti di disperazione e pessimismo, riduzione del sonno, diminuzione dell'appetito, aumento della letargia, difficoltà di concentrazione, ritiro sociale, compromissione delle capacità funzionali e l'esecuzione di attività di vita quotidiana, una valutazione povera circa il proprio stato di salute e una compromessa autogestione delle riacutizzazioni della malattia (*Kim HF, et al, 2000*), (*Dowson CA, et al, 2004*), (*Emery CF, et al, 2008*), (*Graydon JE, Ross E., 1995*), (*Weaver TE, et al, 1997*), (*Johnson G, et al, 2005*), (*Leidy NK, 1995*), (*Wagena EJ, et al, 2004*).

Studi recenti suggeriscono che la depressione, nei pazienti con BPCO, sia un'entità eterogenea, con più fattori eziologici: predisposizione genetica, eventi stressanti e danni diretti al cervello (*Norwood RJ, 2007*).

La vulnerabilità genetica, in particolare, gioca un ruolo nell'eventuale sviluppo della Bronco-pneumopatia Cronico Ostruttiva in adolescenti e giovani adulti, che sono depressi o hanno una storia di depressione, in quanto sono più propensi a progredire nell'uso e nella dipendenza da nicotina (*Patton GC, et al, 1996*), (*Breslau N, et al, 1992*), (*Ferguson DM, 1996*).

Fumo, BPCO e depressione formano un modello dinamico di causalità circolare: la depressione gioca un ruolo nel mantenere la dipendenza da nicotina, quest'ultima porta allo sviluppo della BPCO e la malattia respiratoria, a sua volta, contribuisce alla genesi della depressione (*Norwood RJ, 2007*).

In definitiva la relazione fra BPCO e disturbi psichi-

ci, in particolare ansia e depressione, sembra essere bidirezionale (*Atlantis E, et al, 2013*): la depressione e l'ansia influenzano negativamente la prognosi della malattia respiratoria, conferendo un maggior rischio di esacerbazione e di mortalità. Al contrario, la BPCO aumenta il rischio di sviluppare depressione e ansia. La condizione psicologica del paziente, alterata da ansia, depressione e peggioramento della qualità di vita, può influenzare notevolmente la sua percezione della malattia e delle caratteristiche sintomatologiche della BPCO. A tal proposito, C.Luthy e colleghi nel 2013, hanno condotto uno studio su trentadue pazienti con BPCO grave, con l'obiettivo di raccogliere i dati sull'impatto che la malattia cronica ha sul funzionamento psicologico e la percezione che i pazienti hanno della dispnea. È stato chiesto loro, infatti, di rappresentare il loro corpo e le conseguenti difficoltà legate ai deficit respiratori attraverso un disegno (fig.1). La mancanza di respiro, ad esempio, è stata rappresentata dall'oscuramento degli organi malati o dalla chiusura del flusso d'aria (paziente

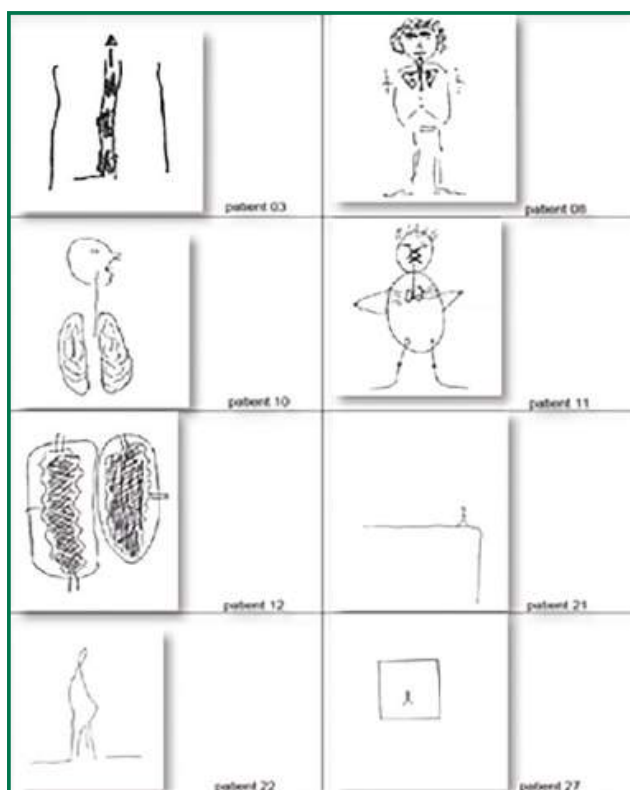


Figura 1: Luthy, C., Cedraschi, C., Pasquina, P., Uldry, C., Perron, N.J and Janssens, J-P.(2013). Perception of chronic respiratory impairment in patients' drawings. *J Rehabil Med*; 45: 694–700; p. 697.

11). L'enfasi sulla mancanza di respiro, inoltre, può indurre i pazienti a disegnare il loro corpo come uno spazio vuoto e immobilizzato (paziente 22). Il corpo può essere rappresentato, anche, come smembrato (paziente 10) o semplicemente ridotto alle sue parti più danneggiate (paziente 3 e 12). La mancanza di respiro può essere, inoltre, percepita dal paziente come un blocco, in cui non vi è nessuna possibilità di sfuggire dalla malattia (paziente 27); oppure può essere percepita come l'arrivo del paziente alla "fine della fine" (paziente 21).

I disegni, quindi, catturano un'espressione specifica dell'esperienza della malattia, associando fattori emotivi e psicologici, come il disagio causato dalle conseguenze della malattia.

INTERVENTI E POSSIBILI TRATTAMENTI SULLE PROBLEMATICHE PSICO-SESSUALI IN PAZIENTI CON BPCO

La gestione della BPCO non riguarda esclusivamente la prevenzione dell'insorgenza della malattia e la riduzione del tasso di mortalità (obiettivi primari), ma si tratta, anche, di aiutare i pazienti ad avere una miglior qualità di vita nonostante la cronicità della condizione. In particolare, per il trattamento della disfunzione sessuale in BPCO, si considerano interventi farmacologici, meccanici, psicologici ed educativi, ma soprattutto il counseling sessuologico, poichè rientra fra i possibili interventi per informare, prevenire ed avvicinare l'individuo verso una giusta dimensione sesso-affettiva.

Esso, quindi, viene definito come un aspetto funzionale di intervento clinico all'interno delle discipline bio-psico-sociali che si occupano di risolvere disfunzioni delle dinamiche sesso-relazionali del singolo e della coppia. La consulenza sessuale, inoltre, prevede almeno quattro ambiti di intervento (*Quattrini, F., Maiella, R., Fulcheri, M., 2012*):

1. informativo: tale ambito delinea la consulenza sessuale come espressione del superamento dell'ignoranza circa la sessualità.
2. Diagnostico: l'aspetto consulenziale diventa di tipo funzionale. Riconoscere tempestivamente quanto viene riportato dal paziente diventa necessario per garantire un buon risultato terapeutico.



3. Supportivo: il verbo "supportare" evoca in modo chiaro e preciso il contenuto più articolato di relazione d'aiuto.

4. Educativo: la sessualità, come espressione naturale del piacere e del vivere se stessi in sintonia con il proprio corpo, deve essere "educata" e sostenuta in modo chiaro, corretto e funzionale.

In particolare, considerando l'ambito di intervento informativo del counseling sessuologico e le numerose menomazioni a livello sessuale dei pazienti bronco-patici, sembrerebbe opportuno considerare specifiche strategie: (Hahn, 1989), (Law, 1987), (Rabinowitz e Florian, 1992), (Steinke, 2005):

1. pianificare l'attività sessuale quando il livello di energia è alto e quando si è ben riposati;
2. uso di tecniche di respirazione controllata ed esercizi fisici moderati;
3. pianificare l'attività sessuale quando i farmaci sono al picco della loro efficacia e le difficoltà di respirazione sono ridotte al minimo;
4. utilizzare altre attività intime per garantire la tolleranza verso il rapporto sessuale, come ad esempio abbracci, toccare, accarezzare o la masturbazione, prima di impegnarsi in un'attività sessuale;
5. utilizzare posizioni sessuali che impediscono la mancanza di respiro, con ampi cuscini per il supporto e per elevare la parte superiore del corpo;
6. Utilizzare una cannula di ossigeno (se prescritto e necessario) prima, durante, e/o dopo il sesso, ogni volta che sembra essere più vantaggioso, per massimizzare la respirazione;
7. Includere il partner in tutte le discussioni, quando possibile.

Le disfunzioni sessuali rappresentano solo una parte delle alterazioni che il paziente è costretto ad affrontare. Le restanti variabili, che causano una bassa qualità di vita in pazienti con BPCO, derivano dalle co-morbilità psicologiche associate alla malattia. I pazienti bronco-patici, quindi, oltre ad un trattamento prettamente farmacologico per ansia e depressione, possono optare per interventi psicoterapeutici.

La terapia cognitivo-comportamentale, in particolare, proprio per la natura del suo intervento, risulta essere il trattamento maggiormente utilizzato per affrontare le strategie di coping disadattive nel pa-

ziente con BPCO e con problemi psichici (Beck AT, et al, 1979). Esso, risulta essere il trattamento prediletto per il disturbo di panico in individui sani (McIntosh et al, 2004), ma una crescente letteratura ha esaminato l'utilità di tale trattamento anche per gli individui con disturbo di panico e condizione medica, come la BPCO (Kunik et al, 2001, 2007). I componenti principali del trattamento cognitivo-comportamentale per disturbo di panico, includono (Craske & Barlow, 2008):

- psico-educazione sulla natura del disturbo di panico;
- la ristrutturazione cognitiva per affrontare le valutazioni catastrofiche dei sintomi di panico;
- esposizione enterocettiva, per suscitare i sintomi fisiologici di panico ed aumentare la tolleranza delle sensazioni.

Coerentemente, il trattamento cognitivo-comportamentale comporta una riduzione anche della dimensione affettiva ed emotiva della dispnea (O'Donnell DE, et al, 2007), (Simon NM, et al, 2006), (Von Leupoldt A, Dahme B, 2005). I seguenti benefici derivano dall'attivazione di determinate aree cerebrali. In particolare, le stesse aree cortico-limbiche del cervello attivate durante la dispnea, tendono a modificarsi dopo la terapia cognitivo-comportamentale, in persone con disturbi d'ansia.

Inoltre, il trattamento cognitivo-comportamentale può essere utilizzato in combinazione con altre tecniche di intervento alternative, si tratta di programmi basati su tecniche di rilassamento (Cafarella PA, et al, 2012). Per le persone con BPCO e ansia, ad esempio, la meditazione può migliorare la loro capacità di rilevare e monitorare il carico delle vie respiratorie, con conseguente miglioramento della funzione mentale e psicologica.

Oltre all'utilizzo di una terapia cognitivo-comportamentale, le evidenze scientifiche suggeriscono anche l'utilizzo di un approccio terapeutico parallelo a quello cognitivo-comportamentale, ossia il trattamento psicodinamico, caratterizzato dalla Psicoanalisi Freudiana. La psicoterapia psicodinamica si concentra su quegli aspetti del sé che possono risultare sconosciuti (vale a dire i processi inconsci), che tendono, però, a manifestarsi durante la relazione terapeutica (Shedler, 2010). In caso di soggetti ansiosi e/o depressi con diagnosi di BPCO, il tratta-

mento rimane fedele ai suoi principi teorici, focalizzandosi sull'aspetto inconscio del paziente, il quale influenza il suo comportamento attuale. Secondo la prospettiva psicodinamica, la scoperta degli aspetti inconsci, garantisce al paziente una maggior comprensione e partecipazione alle esperienze che egli sta vivendo nel suo presente.

La seguente terapia, quindi, aiuta le persone a capire il loro comportamento e umore, attraverso la riscoperta del loro inconscio (Usmani ZA. et al., 2013).

CONCLUSIONE

In definitiva, la gravità degli effetti della BPCO sulla sfera sessuale e psicologica, dovrebbe essere maggiormente oggetto di studio, imponendo una visione più ampia e completa del paziente.

Pertanto, fin dalle prime consultazioni con i pazienti affetti da malattia polmonare, bisognerebbe riconoscere e dare importanza alla percezione dei pazienti circa la loro malattia, valutare il trattamento più adeguato, affrontare sistematicamente i problemi di salute mentale e le lamentele sessuali, optare per interventi fisioterapici, di consulenza per le disfunzioni sessuali e indirizzare verso gli approcci psicoterapeutici. La prospettiva olistica, quindi, presuppone la necessità di optare per modelli d'intervento integrati in contesti istituzionalizzati in modo da eliminare, nel paziente, la convinzione di dover rinunciare ad una vita sessuale soddisfacente e ad un benessere psico-emozionale.

BIBLIOGRAFIA

- Abd-Elsalam, F.G., Mahgoub, N.A., Ghoneim, A.H., Abou-Abdu, S.E. (2015). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and sexual functioning among Women in Egypt. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 64, 551–556.
- Aciri, JB., Grunberg, N. (1992). A psychophysical task to quantify smoking cessation induced irritability: the reactive irritability scale (RIS). *Addict Behav*;17:587–601.
- American Lung Association fact sheet: COPD. Accessed Sept. 23, 2003
- APA. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Edizione 5 (DSM-5)*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Atlantis, E., Fahey, P., Cochrane, B., Smith, S. (2013). Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest*; 144(3):766–777
- Bailey, PH. (2005). The dyspnea–anxiety–dyspnea cycle – COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary/when you can't breathe". *Qual Health Res*; 14(6):760–778.
- Beck, AT., Rush, AJ., Shaw, BF., et al. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Bendtsen, P., Leijon, M., Sommer, A.S. and Kristenson, M. (2003). Measuring health related Quality of life in patients with COPD in a routine hospital setting: Feasibility and perceived value. *Health & Qual Life Outcomes*, 1:5.
- Boccadoro, L. (2011). *Sessuologia: Assessment, Consulenza e Terapia*. Macerata. Edizioni Simple.
- Breslau, N., Kilbey, MM., Andreski, P. (1992). Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry*;149:464–469.
- Cafarella, PA., Effing, TW., Usmani, ZA. (2012). Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Respirology*; 17(4):627–638.
- Center for Disease Control Prevention. Chronic diseases. The power to prevent. The call to control. At a glance; 2009.
- Collins, EG., Halabi, S., Langston, M., Schnell, T., Tobin, MJ., Laghi, F. (2012). Sexual dysfunction in men with COPD: impact on quality of life and survival. *Lung*, 190:545–56.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2008). *Panic disorder and agoraphobia*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Dowson, CA., Town, GI., Frampton, C., et al. (2004). Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *J Psychosom Res*; 56(3):333–340.
- Dudley, D.L., Glaser, E.M., Jorgenson, B.N., and Logan, D. L. (1980). "Psychosocial concomitants



to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part II. Psychosocial treatment". *Chest*, vol. 77, no. 4, pp. 544–551.

- Emery, CF., Green, MR., Suh, S. (2008). Neuropsychiatric function in chronic lung disease: the role of pulmonary rehabilitation. *Respir Care*; 53(9):1208–1216.
- Ferguson, DM. (1996). Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16 year olds. *Arch Gen Psychiatry*; 53:1043–1047.
- Foreman, MG., Zhang, L., Murphy, J., et al. (2011). Early-onset chronic obstructive pulmonary disease is associated with female sex, maternal factors, and African American race in the COPD Gene Study. *Am J Respir Crit Care Med*; 184:414–20.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Guida Pocket per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO. Revisione 2016.
- Graydon, JE., Ross, E. (1995). Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. *Res Nurs Health*; 18(6):525–533.
- Hahn, K. (1989). Sexuality and COPD. *Rehabilitation Nursing*, 14, 191–195.
- Howard, C., Hallas, C., Wray, J., et al. (2009). The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behav Res Ther*; 47:71–76.
- Johnson, G., Kong, DC., Thoman, R. (2005). Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*; 128(5):3198–3204.
- Kahraman, H., Sen, B., Koksall, N., Kiling, M., Resim, S. (2013). Erectile dysfunction and sex hormone changes in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*; 8:66.
- Kaplan, H.S. (1976). *Le nuove terapie sessuali*. Milano. Bompiani.
- Kaptein, AA., van Klink, RC., de Kok, F., Scharloo, M., Snoei, L., Broadbent, E., Bel, EH., Rabe, KF. (2008). Sexuality in patients with asthma and COPD. *Respir Med*; 102:198–204.
- Karadag, F., Ozcan, H., Karul, AB., Ceylan, E., Cildag, O. (2007). Correlates of erectile dysfunction in moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease patients. *Respirology*; 12:248–53.
- Kim, HF., Kunik, ME., Molinari, VA., et al. (2000). Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*; 41:465–471.
- Klein, DF. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*; 50:306–317.
- Koseoglu, N., Koseoglu, H., Ceylan, E., Cimrin, HA., Ozalevli, S., Esen, A. (2005). Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Urol*, 174:249–252.
- Kunik, M. E., Braun, U., Stanley, M. A., Wristers, K., Molinari, V., Stoebner, D., et al. (2001). One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychological Medicine*, 31, 171–723.
- Kunik, M. E., Veazy, C., Cully, J. A., Soucek, J., Graham, D. P., Hopko, D., ..., Stanley, M. A. (2007). COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38, 385–396.
- Law, C. (1987). Sexual health and the respiratory patient. *Nursing Times*, 97(12), 11–12.
- Leidy, NK. (1995). Functional performance in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Image J Nurs Sch*; 27(1):23–34.
- Levack, WMM., Poot, B., Weatherall, M., Travers, J., (2014). Interventions for sexual dysfunction in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD011442. DOI: 10.1002/14651858.CD011442
- Luthy, C., Cedraschi, C., Pasquina, P., Uldry, C., Perron, N.J and Janssens, J-P. (2013). Perception of chronic respiratory impairment in patients' drawings. *J Rehabil Med*; 45: 694–700.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. (1967). *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*. Milano. Feltrinelli.
- Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., et al.

- (2008). Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*;134(4 Suppl):43S–56S.
- McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., ...Salkovskis, P. (2004). *Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder*. Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care.
 - Mikkelsen, RL., Middelboe, T., Pisinger, C., et al. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry*; 58:65–70.
 - Norwood, RJ. (2007). A review of etiologies of depression in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*; 2(4):485–491.
 - O'Donnell, DE., Banzett, RB., Carrieri-Kohlman, V., et al. (2007). Pathophysiology of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: a round-table. *Proc Am Thorac Soc*;4:145–168.
 - Parrott, AC. (1995). Stress modulation over the day in cigarette smokers. *Addiction*; 90:233–244.
 - Patton, GC., Hibbert, M., Rosier, MJ., et al. (1996). Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *Am J Public Health*; 86:225–230.
 - Porzelius, J., Vest, M., & Nochomovitz, M. (1992). Respiratory function, cognitions, and panic in chronic obstructive pulmonary patients. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 75–77.
 - Quattrini, F., Maiella, R., Fulcheri, M. (2012). Il counseling sessuologico. La relazione d'aiuto come informazione, prevenzione ed educazione sessuo-affettiva. *Counseling*, 285-301.
 - Rabinowitz, B., & Florian, V. (1992). Chronic obstructive pulmonary disease– Psycho-social issues and treatment goals. *Social Work in Health Care*, 16(4), 69-86.
 - Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*; 65:98-109.
 - Simon NM, Weiss AM, Kradin R, et al. (2006). The relationship of anxiety disorders, anxiety sensitivity and pulmonary dysfunction with dyspnea-related distress and avoidance. *J Nerv Ment Dis*;194(12):951–957.
 - Smoller, JW., Pollack, MH., Otto, MW., et al. (1996). Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease. Theoretical and clinical considerations. *Am J Respir Crit Care Med*; 154(1):6–17.
 - Steinke, E.E. (2005). Intimacy needs and chronic illness: Strategies for sexual counseling and self-management. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(5), 40-50.
 - Thornton, A., Lee, P., Fry, J. (1994). Differences between smokers, ex-smokers, passive smokers and non-smokers. *J Clin Epidemiol*; 47(10):1143–1162.
 - Timms, RM. (1982). Sexual dysfunction and chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 81:398–400.
 - Usmani, ZA., Carson, KV., Heslop, K., Esterman, AJ., De Soyza, A., Smith, BJ. (2013). Psychological therapies for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7.
 - Vincent, EE., Singh, SJ. (2007). Review article: addressing the sexual health of patients with COPD: the needs of the patient and implications for health care professionals. *Chron Respir Dis*, 4:111–115.
 - Von Leupoldt, A., Dahme, B. (2005). Cortical substrates for the perception of dyspnea. *Chest*; 128(1):345–354.
 - Wagena, EJ., Kant, I., Huibers, MJ., et al. (2004). Psychological distress and depressed mood in employees with asthma, chronic bronchitis or emphysema: a population-based observational study on prevalence and the relationship with smoking cigarettes. *Eur J Epidemiol*; 19(2):147–153.
 - Weaver, TE., Richmond, TS., Narsavage, GL. (1997). An explanatory model of functional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res*; 46(1):26–31.
 - WHO (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva
 - Yohannes, AM., Willgoss, TG., Baldwin, RC., Connolly, MJ. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*; 25 (12): 1209 – 1221.



LA LEGGE N° 3 DELL'11 GENNAIO 2018 FIRMATA DAL MINISTRO DELLA SALUTE, BEATRICE LORENZIN. STABILISCE CHE LA PROFESSIONE DELLO PSICOLOGO SIA COMPRESA TRA LE PROFESSIONI SANITARIE.

Lavacca
Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Bari, 17 febbraio 2018

Il ruolo dello psicologo assume oggi un'importanza vitale per la salute dei cittadini in virtù anche del recente inserimento della professione tra le professioni sanitarie, uno dei principi cardine della nuova Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 firmata dal ministro Beatrice Lorenzin. Una svolta epocale per gli psicologi che operano non solo nel sistema socio-sanitario ma anche in altri contesti e che di fatto apre nuove prospettive per lo svolgimento dell'attività professionale. I contenuti e le direttive della nuova legge sono stati approfonditi durante un convegno organizzato a Bari dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, che ha fornito utili indicazioni in prospettiva futura.

"Lo psicologo lavora sui processi di cambiamento

tenendo conto del dinamismo della società di oggi - ha sottolineato Fulvio Giardina, presidente del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi -. La legge Lorenzin cambierà la nostra professione. Sarà avviato un nuovo percorso identitario che interesserà in primo luogo l'aspetto formativo. Una crescita importante sul piano qualificativo per meglio tutelare la salute dei cittadini. Abbiamo già avviato dei progetti per istituire la figura dello psicologo del territorio che affianchi il medico di base, oltre ad essere noi stessi parte integrante del mondo della scuola e figure di supporto alle farmacie. Sono obiettivi possibili da raggiungere attraverso le disposizioni della nuova legge che offre interessanti sbocchi a livello occupazionale". Tra le novità anche la

riforma dell'Ordine su cui si è soffermato Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine Psicologi della Regione Puglia: "La legge Lorenzin conferisce rilievo sociale all'attività svolta dalla nostra categoria che ha la capacità di incidere sullo stato di benessere e salute complessiva dei singoli e dei gruppi. L'Ordine è un ente pubblico non economico che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici.

Oggi abbiamo nuovi strumenti operativi e di controllo per combattere e scongiurare l'abuso dell'esercizio della professione passata ora sotto la tutela del Ministro della salute. Noi come Ordine della Puglia abbiamo già avanzato alcune proposte importanti, tra cui la necessità di finanziare la legge regionale n. 31 del 2009 per sviluppare la psicologia scolastica, il protocollo programmatico con l'Esercito, il tavolo tecnico con l'Università e con le associazioni sportive". Sugli effetti pratici della Legge Lorenzin è intervenuto anche il presidente dell'ENPAP (Ente previdenziale degli psicologi), Felice Torricelli: "Bisogna dare valore alla professione di psicologo. È necessario che le retribuzioni siano congrue e dignitose: un bene per il presente del professionista ed è un bene per il suo futuro perché a compensi bassi oggi corrisponderanno pensioni basse domani". Franco Lavallo, vicepresidente dell'Ordine dei Medici di Bari, ha invece ribadito l'importanza di avere donne e uomini del meridio nelle cariche più importanti delle istituzioni e degli enti decisionali per tutelare le necessità del territorio nell'ambito della salute e del benessere.

"Tutte le professioni che operano per il benessere dell'individuo e dei gruppi - ha dichiarato Lavallo - devono collaborare per migliorare la qualità del servizio". Importante nell'ottica di una sinergia progettuale il dialogo con la Regione Puglia. Secondo Giuseppe Romano, Presidente della V Commissione Sanità Regionale "nel Sistema Sanitario lo psicologo è strategico per affrontare tempestivamente situazioni personali e familiari che già colpite da problematiche di natura fisica

possono essere interessate da conseguenze psicologiche".

Sul piano dei finanziamenti dei progetti molto dipende dalla completa definizione del piano di rientro economico della Regione. Pertanto Romano ha dato un input, auspicabile a livello politico da parte del Governo regionale, per meglio recepire la Legge Lorenzin in modo da istituire la figura dello psicologo di base entro questa legislatura. Paolo Moscara, componente Consiglio Sanitario Regione Puglia, durante la tavola rotonda, ha messo in evidenza l'impegno dell'Ordine degli Psicologi nel valorizzare la professione dello psicologo, cominciata nel 1989 e che si è poi sviluppata durante le differenti consigiature. "I primi risultati stanno arrivando - ha affermato Moscara -. L'istituzione del Consiglio Sanitario Regione Puglia con la Legge n. 4 del 29 marzo 2016 ne è una prova.

Il fatto che ne facciano parte due psicologi è di fondamentale importanza, una tappa essenziale verso il riconoscimento del ruolo dello psicologo nel sistema sanitario". In attesa di dei decreti attuativi della nuova legge che il Governo dovrà emanare, ci si chiede se il sistema sia in grado di supportare effettivamente le richieste di benessere.

"Al momento non esiste nessuna struttura sanitaria in grado di occuparsi del benessere psicologico dell'individuo e della collettività - ha concluso Vincenzo Gesualdo, componente Consiglio Sanitario Regione Puglia -. E dove il servizio esiste questo è sottodimensionato o sottoutilizzato.

Aspetto importante per un migliore servizio è la multidisciplinarietà.

È necessario trovare un equilibrio tra multiprofessionalità ed autonomia professionale.

Ogni professione ha le sue caratteristiche specifiche. Bisogna imparare a capire quanto la nostra specificità può portare un contributo alla specificità dell'altro professionista per il bene della persona". Al termine del convegno si è svolta la cerimonia di giuramento dei nuovi iscritti all'Ordine di Puglia.



IL RUOLO DELLO STRESS NEI DISTURBI PSICHICI E FISICI: UN MODELLO D'INTERVENTO

DUE BITONTINI RELATORI AL CONVEGNO DEGLI PSICOLOGI

Organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in programma a Bari, nella Sala convegni del cinema Galleria

da BITONTO
Notiziario mensile indipendente

24 marzo 2018

"Il ruolo dello stress nei disturbi psichici e fisici: un modello d'intervento" è il tema di un convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in programma a Bari, nella Sala convegni del cinema Galleria (Corso Italia, 15/17) sabato 24 marzo, a partire dalle ore 9. Interverranno Fulvio Giardina, presidente del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi; Michele Emiliano, presidente Regione Puglia; Filippo Anelli, presidente Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; Giancarlo Ruscitti, direttore Dipartimento Promozione Salute e Benessere Sociale Regione Puglia, e Vito Montanaro, direttore generale Asl Bari.

La relazione introduttiva sarà illustrata dal prof. David Lazzari che da molti anni si occupa dei problemi legati allo stress, oltre ad essere autore di numerose pubblicazioni sul rapporto tra benessere psicologico e salute generale. Il prof. Pasquale Caldarola parlerà del ruolo dello stress nelle malattie cardiovascolari, mentre il dott. Gaetano Bufano approfondirà le tematiche legate al malato per curare la malattia. Seguirà il dibattito. Le conclusioni verranno affidate alla dott.ssa Wanda Vitone, vicepresidente Ordine Psicologi Regione Puglia.



IL RUOLO DELLO STRESS NEI DISTURBI PSICHICI E FISICI: UN MODELLO D'INTERVENTO

LavaccaUfficio Stampa
Ordine Psicologi Puglia

Bari, 24 marzo 2018

Lo stress può cambiare la qualità della vita di ogni individuo, arrivando persino a influenzare e condizionare la salute della persona. Tensioni nervose ed emotive possono diventare anche fattori di rischio per alcune malattie, in particolare quelle cardiovascolari. Occorre pertanto una nuova strategia di prevenzione e di gestione di questo fenomeno ormai connaturato con la società moderna. Il ruolo dello stress nei disturbi psichici e fisici è stato il tema centrale di un convegno tenutosi a Bari, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. "La salute fisica e il benessere psichico sono ormai un'esigenza imprescindibile per poter affrontare in maniera incisiva le diverse forme in cui si manifesta lo stress – ha dichiarato Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine Psicologi della Regione Puglia -. Medici e psicologi attraverso un percorso multiprofessionale sono in grado di definire un modello d'intervento che guarda alla persona in maniera olistica per offrire un servizio di cura adeguato. Tutto questo anche alla luce della Legge Lorenzin che ha riconosciuto il ruolo dello psicologo come professione sanitaria". Anche il dott. Giuseppe D'Auria, segretario OMCEO Bari ha ribadito "l'importanza della collaborazione tra medici e psicologi per avviare un percorso di aiuto efficiente nei confronti di tutti quei pazienti che hanno una patologia legata allo stress".

L'intreccio tra psiche e corpo può creare ansia, preoccupazione, stati d'animo negativi, insoddisfazione. Fenomeni diffusi che hanno bisogno di una valida azione di cura. "Spesso a impedirci di vivere serenamente non è lo stress, ma la nostra incapacità nel saperlo gestire al meglio – ha sottolineato il prof. David Lazzari Responsabile Servizio Psicologia Az. Osp. Terni e docente all'Università di Perugia -. Ciò che accade nel nostro corpo è ciò che si avverte. È necessario cambiare radicalmente la visione dello stress, passando da un carattere di eccezionalità a quello di quotidianità in quanto si manifesta come una alterazione funzionale e fisiologica. Il disagio psicologo in taluni casi è elevato e può diventare un fattore di rischio per malattie croniche arrivando persino ad incidere sul tasso di mortalità. In Italia il 15 per cento della popolazione è alle prese con lo stress e in prospettiva futura sarebbe necessario sviluppare forme di prevenzione sui bambini e sugli adolescenti". Lo stress è un fenomeno naturale senza il quale l'essere umano non troverebbe l'energia per affrontare le diverse situazioni della vita quotidiana. Il campanello d'allarme suona quando si manifesta un eccesso di stress che può diventare sia acuto che cronico. Intervenire si può, creando di fatto degli step che possono circoscrivere gli effetti del disagio e della sofferenza psicofisica fino a superarli: adattamento e gestione della malattia, miglio-



ramento della qualità della vita, interventi specifici e psicoterapia. Per meglio approfondire e capire le origini e le cause dello stress, il professor Lazzari da oltre 10 anni attraverso uno studio capillare ha elaborato un efficace strumento operativo, vale a dire la 'bilancia dello stress'. "In pratica è possibile misurare lo stress della singola persona e di capire come gli equilibri personali possano portare ad una buona o cattiva gestione dello stress - afferma David Lazzari. Nel secondo caso offre al paziente un percorso abbastanza agevole di cambiamento e di modificazione che gli restituisca benessere e un miglioramento fisiologico. La figura dello psicologo è fondamentale in tal senso in quanto svolge una professione al servizio della società, sempre attivo nel cercare modi virtuosi per tutelare la collettività dal malessere di ogni suo periodo storico. Tuttavia, è importante anche alimentare e incentivare un modello di lavoro integrato tra psicologi, psicoterapeuti, medici di famiglia e specialisti".

Esiste una correlazione, scientificamente provata, tra stress cronico e l'insorgere di patologie cardiovascolari. Ne ha parlato il prof. Pasquale Caldarola, Direttore del Dipartimento di Cardiologia della Asl di Bari. "Alcuni processi infiammatori possono sviluppare malattie dell'apparato cardiovascolare, come ad esempio l'ischemia miocardica. Ovviamente il quadro clinico può diventare più grave se la persona sotto stress ha uno stile di vita non idoneo. L'intervento dello psicologo può contribuire a ridurre i fattori di rischio e la mortalità".

Gaetano Bufano, medico generico di famiglia, ha infine dichiarato che "una stessa patologia organica può avere un vissuto emozionale differente che un medico di base deve tenere in considerazione quando fa le sue valutazioni e propone una terapia. Spesso il vissuto emozionale dipende anche dalle condizioni sociali ed economiche del paziente. Oltre al dolore bisogna capire la sofferenza psicologica".





ORDINE DEGLI PSICOLOGI DI PUGLIA E CENTRI COMMERCIALI MONGOLFIERA ORGANIZZANO IL VILLAGGIO DELLE EMOZIONI PER PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO

Ufficio Stampa
Ordine Psicologi Puglia

Bari, 6 aprile 2018

Disgusto, rabbia, paura, tristezza e gioia sono le cinque emozioni di base, oggetto del percorso di educazione emotiva promosso dall'**Ordine degli Psicologi di Puglia e dai Centri Commerciali Mongolfiera di Foggia, Andria, Taranto e Bari Japigia**. Dal 10 aprile al 13 maggio, **Il Villaggio delle Emozioni** è approdato nei 4 centri commerciali coinvolti nel progetto (in modo itinerante), con tanti giochi e attività (guidati da esperti) per imparare a riconoscere, decodificare e vivere in modo sano le emozioni.

Il percorso esperienziale, dedicato ai più piccoli, ha portato gli alunni di molte scuole primarie di tutta la Regione a confrontarsi (nelle giornate infrasettimanali dedicate) sul tema centrale del progetto: **tutte le emozioni sono naturali e non esiste distinzione fra emozioni positive e negative**.

Tema portante del progetto è il benessere psicologico, trattato attraverso giochi, simulazioni e laboratori (seguiti da esperti) pensati per i più piccoli. "La consapevolezza delle emozioni che proviamo nel quotidiano sono alla base del benessere psicologico – **ha spiegato nel corso della conferen-**

za di presentazione Antonio Di Gioia, Presidente dell'Ordine degli Psicologi di Puglia – e la stessa consapevolezza nel gestirle e controllarle influenza il modo in cui ci si relaziona con gli altri e il modo in cui si affrontano gli eventi e le problematiche quotidiane. Quello proposto nei centri commerciali Mongolfiera è un percorso ludico che trasforma esperienze e attività semplici, in consapevolezza sul funzionamento delle proprie emozioni. È quella che noi psicologi definiamo educazione socio-affettiva". Il Villaggio delle Emozioni ha toccato 4 città pugliesi con il seguente calendario: dal 10 al 15 aprile presso il centro commerciale Mongolfiera Foggia; dal 17 al 22 aprile il percorso nel centro commerciale Mongolfiera Andria; dal 02 al 06 maggio, appuntamento nel centro Mongolfiera Taranto; infine, nella settimana conclusiva, dall'8 al 13 maggio è stato possibile "vivere" **il Villaggio delle Emozioni** all'interno del centro commerciale Mongolfiera di Bari Japigia.

Dal martedì al venerdì, il percorso ha ospitato numerose scuole primarie di tutta la Regione con attività ad hoc, per fornire ai più piccoli anche attraver-



so la presenza di uno psicologo strumenti utili alla comprensione e decodificazione delle emozioni.

Durante il fine settimana, invece, **Il Villaggio** è stato anche aperto a tutti (dalle 10 alle 13 e dalle 16 alle 20) con divertenti giochi e attività attraverso cui comprendere che non esistono emozioni giuste o sbagliate, ma tutte meritano di essere vissute in modo egualitario.

“Un Villaggio che rappresenta un’esperienza unica nel suo genere, ma anche la possibilità di introdurre il concetto di educazione emotiva ad un pubblico eterogeneo come quello che quotidianamente vive il centro commerciale. Cambia la dimensione e la percezione del contesto: non solo shopping, ma anche e soprattutto servizi ed esperienze – **ha spiegato Gerardo Monferrato, Coordinatore Marketing Svicom (società di gestione dei Centri Commerciali Mongolfiera).**

Nei mesi successivi il progetto ha avuto una ulteriore continuità nelle scuole primarie aderenti, con una serie di workshop gratuiti di approfondimento sui temi trattati (destinati a insegnanti e genitori), promossi dai Centri Mongolfiera e Ordine degli Psicologi di Puglia.

“Un’iniziativa che mette in moto il territorio – **ha concluso Elisabetta Boccia, Responsabile sociale di territorio Direzione Politiche Sociali e Relazioni Territoriali Coop Alleanza 3.0** – e che testimonia l’impegno dei Centri Commerciali Mongolfiera a sensibilizzare le comunità di riferimento su temi fondamentali come quello del benessere psicologico. Un progetto che varca anche i confini delle scuole, mettendo in risalto la capacità dei Centri coinvolti di creare, promuovere e trasferire contenuti di valore, oltre a confermare l’impegno di Coop Alleanza 3.0 e la sua attenzione alle giovani generazioni, gli adulti del domani”.

L’iniziativa ha avuto anche del patrocinio dell’Assessorato regionale alla Formazione, alle Politiche per il lavoro, al Diritto allo Studio, all’Istruzione e all’Università ed è stata realizzata in collaborazione con: il Festival “Maggio all’Infanzia” della Fondazione SAT (di cui fanno parte i teatri baresi Kismet e Abeliano) e con Nati Per Leggere Puglia e l’Associazione Italiana Biblioteche – Sezione Puglia.

RASSEGNA STAMPA

L'Ordine

La nuova legge per gli psicologi “Ora inserimento anche a scuola”

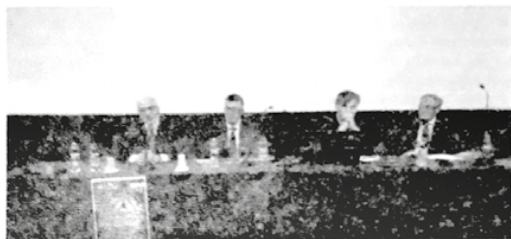
Una svolta epocale per gli psicologi che dopo l'introduzione della nuova legge n. 3 dell'11 gennaio 2018, firmata dal ministro Beatrice Lorenzin, hanno un ora ruolo più incisivo e importante nel sistema salute in quanto la loro professione è stata inserita tra le professioni sanitarie. Una novità rilevante che è stata approfondita dall'Ordine degli Psicologi della Puglia. La legge Lorenzin contempla anche la riforma dell'Ordine su cui si è soffermato Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine: “E' una legge che conferisce rilievo sociale all'attività svolta dalla nostra categoria che ha la capacità di incidere sullo stato di benessere e salute complessiva dei singoli e dei gruppi. Si aprono dunque interessanti sbocchi occupazionali per gli psicologi. L'Ordine è un ente pubblico non economico che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici. Oggi abbiamo nuovi strumenti operativi e di controllo per combattere e scongiurare l'abuso dell'esercizio della professione passata ora sotto la tutela del Ministro della salute. Noi come Ordine della Puglia abbiamo già avanzato alcune proposte importanti, tra cui la necessità di finanziare la legge regionale n. 31 del 2009 per sviluppare la psicologia scolastica, il protocollo programmatico con l'Esercito, il tavolo tecnico con l'Università e con le associazioni sportive”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA REPUBBLICA 27 febbraio 2018

«Bari» Il suo ruolo nei disturbi psichici e fisici è stato il tema centrale di un convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi

Lo stress può cambiare la qualità della vita di ogni individuo



Lo stress può cambiare la qualità della vita di ogni individuo, arrivando persino a influenzare e condizionare la salute della persona. Tensioni nervose ed emotive possono diventare anche fattori di rischio per alcune malattie, in particolare quelle cardiovascolari. Occorre pertanto una nuova strategia di prevenzione e di gestione di questo fenomeno ormai connotato con la società moderna. Il ruolo dello stress nei disturbi psichici e fisici è stato il tema centrale di un convegno tenutosi a Bari, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. «La salute fisica e il benessere psichico sono ormai un'esigenza imprescindibile per poter affrontare in maniera incisiva le diverse forme in cui si manifesta lo stress», ha dichiarato Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine Psicologi della Regione Puglia. «Medici e psicologi attraverso un percorso multiprofessionale sono in grado di definire un modello d'intervento che guarda alla persona in maniera olistica per offrire un servizio di cura adeguato. Tutto questo anche alla luce della Legge Lorenzin che ha riconosciuto il ruolo dello psicologo come professione sanitaria». L'intreccio tra psiche e corpo può creare ansia, preoccupazione, stati d'animo negativi, insoddisfazione. Fenomeni diffusi che hanno bisogno di una valida azione di cura. «Spesso a impedirci di vivere serenamente non è lo stress, ma la nostra incapacità nel saperlo gestire al meglio», ha sottolineato il prof. David Lazzari Responsabile Servizio Psicologia Az. Osp. Terni e docente all'Università di Perugia.

«Ciò che accade nel nostro corpo è ciò che si avverte. È necessario cambiare radicalmente la visione dello stress, passando da un carattere di eccezionalità a quello di quotidianità in quanto si manifesta come una alterazione funzionale e fisiologica».

Il disagio psicologico in taluni casi è elevato e può diventare un fattore di rischio per malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari, arrivando persino ad incidere sul tasso di mortalità. In Italia il 15 per cento della popolazione è alle prese con lo stress e in prospettiva futura sarebbe necessario sviluppare forme di prevenzione sui bambini e sugli adolescenti. Il campanello d'allarme suona quando si manifesta un eccesso di stress che può diventare sia acuto che cronico. Intervenire si può, creando di fatto degli step che possono circoscrivere gli effetti del disagio e della sofferenza psicofisica fino a superarli: adattamento e gestione della malattia, miglioramento della qualità della vita, interventi specifici e psicoterapia. Il professor Lazzari da oltre 10 anni attraverso uno studio capillare ha elaborato un efficace strumento operativo, vale a dire la «bilancia dello stress». «In pratica è possibile misurare lo stress della singola persona e di capire come gli equilibri personali possano portare ad una buona o cattiva gestione dello stress», afferma David Lazzari. Nel secondo caso offre al paziente un percorso abbastanza agevole di cambiamento e di modificazione che gli restituisca benessere e un miglioramento fisiologico».

ANTONIO DI GIOIA *

Quando l'azzardo diventa un'ossessione

La lettura dei dati ci consente di evidenziare, in primo luogo, un maggiore coinvolgimento dei ragazzi rispetto alle ragazze, un maggior numero di giovani giocatori al Sud e al Centro rispetto al Nord, e, dato ultimo ma non meno interessante, una correlazione tra giovani giocatori e famiglie d'origine in cui vi è un'abitudine al gioco. Inoltre, il gambling è strettamente correlato a altri comportamenti di potenziale addiction: alcool, sostanze stupefacenti, doping, fumo.

In Puglia, un ulteriore dato che ci aiuta a comprendere i margini del fenomeno riguarda l'alta percentuale di studenti che hanno giocato d'azzardo e risultano essere studenti problematici, con una percentuale più alta rispetto alla media nazionale.

Le cause che hanno portato a una tale impennata nei numeri legati al gioco patologico sono molteplici e vanno indagate sia nel cambiamento delle relazioni sociali e della costruzione dei legami, che nel bisogno di dipendenza nella sua accezione positiva. Le relazioni di oggi vengono vissute sempre più attraverso social e tecnologia e sempre meno fra le persone, costringendo i rapporti ad un vissuto sempre più virtuale che reale. I nuovi modelli familiari, caratterizzati da autonomia e da autoaffermazione del singolo, hanno modificato radicalmente il concetto di famiglia nucleare organizzata sul modello tradizionale.

La famiglia è diventata più fragile, più esposta a rotture e trasformazioni e l'appartenenza sana alla famiglia è stata sostituita da un eccessivo individualismo dalle connotazioni fortemente isolanti. La famiglia mononucleare con figli non è più la struttura ideale in cui far crescere e sviluppare legami primari. Aumenta la difficoltà degli adulti a costruire legami di dipendenza sani, sostituiti sempre più facilmente da dipendenze patologiche.

Si rendono necessarie azioni di sostegno alle famiglie nell'ottica di una miglior gestione delle relazioni familiari e degli adolescenti. I genitori di oggi devono parlare di più con i figli e renderli protagonisti nell'aiutare i genitori ad aiutare i ragazzi.

Si rendono necessarie, altresì, azioni di prevenzione nelle relazioni fra pari con percorsi di educazione alla socio-affettività attraverso il gioco. Nei programmi scolastici bisogna inserire quale programma curriculare la relazione e l'affettività.

La professione di Psicologo assume dunque una duplice rilevanza: sia nella gestione delle conseguenze patologiche nella riabilitazione multidisciplinare del giocatore patologico, sia e, ancor più, nella determinazione dei programmi di prevenzione per i giovani e di sostegno alle famiglie.

* Presidente Ordine Psicologi Puglia



Antonio Di Gioia



BELLISSIME BABY MISS, GIOVANI MODELLE E ASPIRANTI LOLITE

Baby miss che sognano un futuro da giovani modelle.

Od assecondano l'immaginario delle loro mamme... frustrate ed incompiute!?!

È l'interrogativo e l'opportunità che ci da di riflettere un interessante libro

"BELLISSIME", autrice Flavia Piccinni, edito da Fandango libri(2017).

Riporta una storia vera, fonti documentali accertate e consultate, abilmente costruita nel raccontarci il mondo delle bambine e dei bambini esposti alla promozione della baby couture ed alla sua commercializzazione in Italia e da qui per il mondo. Si snoda lungo un itinerario di quanto accade oggi non solo a Napoli, ma anche nelle periferie toscane, sulla riviera romagnola fino all'hinterland milanese, patria nella patria della moda; con ricavi certi per le aziende di settore ma con prevedibili forti perdite d'integrità ed armonia dello sviluppo per i bambini; tanto in una società, quella italiana che ad oggi evidenzia un 30% della popolazione (adulta....) affetta da accertato disagio psico-patologico.

La Piccinni accende i riflettori proprio su questo mondo, sullo spaccato della moda bimbo e sui suoi piccoli protagonisti; filma, e rende tangibile al lettore, una "realtà d'immagine", in cui i bambini sono privati del diritto ad esserlo, a coltivare le dimensioni del gioco e della scoperta spontanea della ricchezza "semplice" della realtà; in cui sono costretti, dall'organizzazione e dai genitori,

a controllarsi e ad essere controllati nel sorriso e nello sguardo, nella postura... piuttosto che godere della libertà di costruire e progredire, in senso ampiamente psico-motorio, ciascuno il proprio lo, il Sè, i processi di costruzione identitaria da, faticosamente ma piacevolmente, per gradi, armonizzare con la realtà, sociale ed ambientale, a sua volta e contemporaneamente da scoprire, osservare, esplorare e man mano controllare.

Piccole anime, costrette a guardare sè stesse piuttosto che essere accompagnate nella condizione naturale di aprire gli occhi alla meraviglia della realtà e della vita. Il libro è un viaggio memorabile in una peculiare occasione di essere bambini oggi.

"Bellissime" racconta di piccole miss invase da flash e fotografi, in stato ebbrezza "alcolica" per piccole menti i cui ingredienti sono stordenti luci, colori, passerelle, estenuanti prove, pubblico plaudente e vocante; stordimento improprio per ogni età ma ancor più per i piccoli donne e uomini; alla presenza di madri confuse e "trasfuse" nei propri figli, con i "loro" sogni che si realizzano " per il mezzo dei propri figli.

L'autrice descrive, ben realizzando l'immedesimarsi e l'emozionarsi del lettore, come durante le giornate del Pitti, mentre i bambini sono sui set della moda, le mamme sono, mentre attendono il debutto dei "figli" (od alter ego?), chiuse all'interno di piccionaie, luoghi scomodi e angusti, con poca aria ove si adattano di buon



grado in attesa del momento di gloria.

... è quasi sera. La sfilata è in ritardo di venti minuti, i bambini sono sul set dalle sette di mattina, e da due giorni vivono lì, nel back-stage: prima hanno fatto il fit-ting degli abiti, poi estenuanti prove per imparare la coreografia che fra poco andrà in scena...

Ai genitori è stato concesso di vederli per pochi minuti. I malumori sono esplosi nel primo pomeriggio, quando dei bimbi hanno raccontato di non aver ricevuto né la merenda né l'acqua Infatti sui set non viene concesso di bere - per evitare di bagnare inavvertitamente i vestiti o di rovinare il trucco -, e soprattutto per eliminare al massimo la richieste di andare in bagno... , perdendo tempo prezioso.

Bimbe e bimbi intrappolati su passerelle dove camminano in senso contrario ai loro bisogni affettivi, ludici, evolutivi; logiche "ambivalenti" diremmo noi psicologi, che li vede costretti ad assecondare il " sogno " per conto terzi ed ad esserne persino

gratificati e convinti di stare lì a vivere una esperienza personale che li rende rari e speciali, baciati dalla fortuna di essere stati selezionati.

Considerati già grandi, come d'altra parte si vivono i bimbi così preparati, agghindati ed esposti, di certo vengono privati del supporto genitoriale protettivo e rassicurante.

Quale il vissuto di una baby - miss rispetto a quello di quante noi bambine, poco più che quattrenni, cercavamo ed infilavamo le scarpe con i tacchi delle mamme, nel vano tentativo di voler essere la nostra mamma... in un processo d'identificazione per consolidare la nostra mente ed il rapporto con il mondo?... per giungere ad essere noi stesse e ad avere buoni rapporti con gli altri e con quanto e chi ci circonda.

Quei tacchi indossati come rappresentazione di un ideale a cui tendere, ma da cui man mano distanziarsi per giungere ad essere sè stessi.

Le interviste sul campo realizzate dalla scrittrice, chicca di questo libro che evidenzia la sensibilità dell'autrice per temi di violenza psicologica, conferma, nelle esplicite dichiarazioni delle mamme, una realtà effimera fatti di moti di "proiezione" verso le proprie figlie, dove son proprio loro, vogliamo augurarci inconsapevolmente, ed il sistema in cui immettono i propri bambini, a chiedere di mettersi i tacchi...; di sorridere, di truccarsi, di sfilare... con l'illusione di vivere e far vivere un sogno... il sogno della celebrità e delle celebrazioni che sostanziano persone e "personalità" materne irrisolte, forse vacue, ancora in cimento con processi e dinamiche evolutive asincrone e perciò delegate ai propri figli.

Bambini inconsapevoli, su quelle passerelle come su tapis-roulant dove " sfilare " - moto perpetuo - per non cadere, perchè il sistema moda - tappeto va avanti, non si ferma.

Non consentendo od interrompendo violentemente obiettivi e passaggi per un sano percorso di crescita... fatto di giochi, coetanei, Scuola e, soprattutto, genitorialità e clima familiare affettuoso, accogliente ed "educante".

dott.ssa Scarano

Psicologa, psicoterapeuta relazionale



CRESCERE E AIUTARE A CRESCERE

DIVENTARE ADULTI NEL TERZO MILLENNIO



PRESENTAZIONE DELL'AUTORE

Silvia Ruggiero, psicologa e psicoterapeuta di formazione sistemico relazionale, vive e lavora prevalentemente a Ta-

ranto ma effettua consulenze in tutta Italia.

Psicologa del lavoro e consulente aziendale (selezione, formazione e gestione del personale), tutor e docente (psicologia, comunicazione, orientamento e sviluppo soft skills) per enti di formazione. Esperta in progettazione e gestione di interventi di promozione culturale e territoriale, di inserimento socio lavorativo e di sviluppo del benessere psicofisico. Mail: ruggiero.silvia@gmail.com

ABSTRACT

Il passaggio all'età adulta, sempre difficoltoso in tutte le culture, oggi rappresenta un processo tortuoso in cui gli elementi dello svincolo non sono mai definitivi, l'indipendenza è un miraggio per molti giovani e il rischio di perdere la capacità di distinguere la rotta più adatta ai propri bisogni è sempre alto. Capire dove andare, immaginare il proprio percorso di individuazione senza rinnegare le radici è complicato. Questo lavoro ha come obiettivo aiutare il lettore nella costruzione della propria mappa con cui orientarsi attraverso la maggiore conoscenza di sé e degli altri. Se sapremo usare il linguaggio delle emozioni com-

prenderemo meglio i nostri bisogni e quelli degli altri, saremo in sintonia con il mondo che ci circonda, avremo sviluppato l'empatia e l'altruismo e quindi sapremo ascoltare e riconoscere le melodie del mondo. Altrimenti saremo circondati da rumori incomprensibili.





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 30/04/2018 **5253**

N. totale iscritti alla sez. B al 30/04/2018 **12**

N. totale iscritti con riconoscimento **2347**
per l'attività psicoterapeutica

ORARI DI RICEVIMENTO DEI CONSIGLIERI

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dai Consiglieri dell'Ordine, **facendone richiesta telefonica** ai componenti del Consiglio interessati, oppure alla Segreteria o per e-mail.

Per le cariche elettive gli orari di ricevimento (previo appuntamento) sono i seguenti:

Presidente Dott. Antonio Di Gioia
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Vice Presidente Dott.ssa Vanda Vitone
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Segretario Dott.ssa Vanna Pontiggia
Lunedì e Mercoledì
ore 16:00 - 17:00

Tesoriere Dott.ssa Marisa Yildirim
Mercoledì ore 14:00-16:00

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Ogni iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previo appuntamento da concordare con la Segreteria, può avvalersi a titolo gratuito delle seguenti consulenze:

CONSULENZA FISCALE-TRIBUTARIA

Dott. Gennaro Sciscioli

Riceve il Lunedì dalle 15.30 alle 17.30.

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3407771793 o inviando una mail a **consulentefiscale@psicologipuglia.it;**

CONSULENZA LEGALE

Avv. Francesco Mascoli

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3683204661.

SPORTELLO DI CONSULENZA SU BANDI DI FINANZIAMENTO COMUNITARI, NAZIONALI E REGIONALI

Dott.ssa Valentina Vitale

Attivo per info il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 17.30.

Indirizzo di posta dedicato:

sportello@psicologipuglia.it.

È possibile fissare un appuntamento solo nella giornata di lunedì telefonando al numero 3711403656 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 Capriuoli

capriuoligeremia@gmail.com

geremia.capriuoli.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

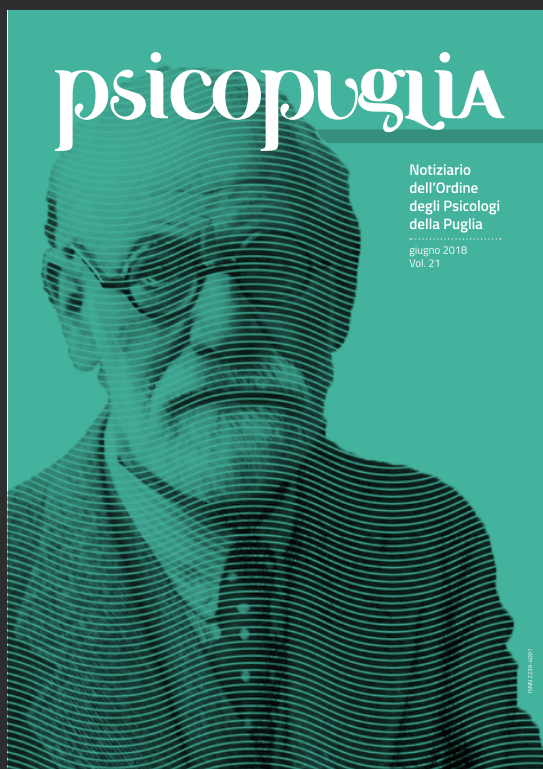
Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è ora possibile attivare la casella PEC offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

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



PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 21 - GIUGNO 2018

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

Via F.lli Sorrentino, 6 - Bari

Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.

DIRETTORE SCIENTIFICO:

dott.ssa Anna Gasparre

REDAZIONE

dott. Geremia Capriuoli

dott. Antonio Calamo-Specchia

dott.ssa Paola Annese

dott. Massimo Frateschi

STAMPA

Sud Stampa snc di G. Morisco & C.

Sede legale: Via San Giuseppe, 3/d

70026 Modugno (Ba)

Tel. 080 8690998



SEGRETERIA ORDINE

Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari

 +39 080 5421037

 +39 080 5508355

 segreteria@psicologipuglia.it

 www.psicologipuglia.it