

ISSN 2239-4001

psicopuglia

n. 19 - giugno 2017

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia



In questo numero

Editoriale del Presidente

- 1 ECM, Crediti Formativi Professionali e Formazione Continua in Psicologia
- 5 Servizio di consulenza e assistenza tecnica in materia di fondi strutturali, nazionali e regionali di interesse dell'Ordine degli Psicologi della regione Puglia

Iniziative del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update

- 7 Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini

Ricerche

- 10 Alfabetizzazione Emotiva
- 17 Le Difficoltà di Calcolo e l'Ansia Matematica. Uno studio sulla Scuola Secondaria di Primo Grado
- 25 Interazione medico-paziente affetto da dolore cronico, la letteratura scientifica psicologica a confronto con quella biomedica: dati preliminari
- 28 Rilevanza psicologica nella relazione medico-paziente con dolore: studio sperimentale

Rassegna e approfondimenti tematici

- 31 Il Disturbo post-traumatico da stress come conseguenza alla comunicazione della diagnosi di cancro
- 41 Campo organismo,

psicodinamica e psicomicrotrauma

- 51 Il ruolo dello psicologo nel Progetto SPRAR: orientamenti teorici e prassi operative
- 59 Note in tema di violenza psicologica nell'ambito delle attività lavorative
- 68 Psicoterapia contemporanea: la teoria e il metodo de "il Ruolo Terapeutico"
- 74 L'Analisi del Comportamento Applicata: dai principi di base alla base dei principi
- 82 La seduzione del gioco d'azzardo: tra illusione e dipendenza
- 85 La relazione tra fratelli come elemento di resilienza
- 90 Gli adolescenti autori di reati sessuali
- 101 Padri in campo, non più in panchina
- 107 Psicologia del Lavoro: metodologia del colloquio di selezione
- 111 Stalking al Femminile: Una review di letteratura
- 120 La "Speciale Normalità" e il ruolo dell'insegnante di sostegno. Verso un reale processo di integrazione dell'allievo disabile

Metodologia del lavoro psicologico

- 126 La preoccupazione per la propria salute: dall'ipocondria alla cybercondria
- 131 Lo spazio e le atmosfere dell'acuzie

Esperienze sul campo

- 137 L'attacco di panico si radica nelle pagine dell'infanzia. La storia di Luca: trattamento con la psicoterapia Funzionale
- 148 Il Servizio di Assistenza Psicologia del Distretto Socio Sanitario n. 1 della ASL BA: primi 10 anni di attività
- 159 Applicabilità ed Efficacia di un Training di Abilità Sociali in soggetti con disabilità intellettiva e disturbi comportamentali: una ricerca-azione
- 172 "Io dove sono?" Storia di un caso clinico
- 175 Le R.E.M.S. Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza
- 182 Mobbing e vittimizzazione: una rilettura alla luce di una ricerca esplorativa
- 188 Training Cognitivo di gruppo. Esperienze sul campo

Spazio Neolaureati

- 190 Può una performance sportiva generare un pensiero intrusivo? Uno studio su ruminazione e performance sportiva
- 196 Pensieri e atteggiamenti verso il futuro di un gruppo di studenti di scuola superiore
- 204 **Rassegna stampa**
- 210 **Novità in libreria**
- 212 **Notizie dalla Segreteria**

ECM, Crediti Formativi Professionali e Formazione Continua in Psicologia

Antonio Di Gioia

Come spesso avviene nel caso di stratificazione normativa, l'attuale sistema di aggiornamento e formazione professionale ha fatto nascere alcune perplessità nell'ambito della comunità degli psicologi, liberi professionisti e non.

ECM, crediti formativi professionali e formazione continua in Psicologia rientrano nell'ampia categoria dell'aggiornamento professionale obbligatorio, ma con caratteristiche e applicazioni di differente portata.

Il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) è in vigore dal 2002 in attuazione del D.Lgs. 502/1992, integrato dal D.Lgs. 229/1999, che ha istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità: pertanto, "tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva, indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività, compresi dunque i liberi professionisti" sono destinatari del programma di Educazione Continua in Medicina.

Il sistema di aggiornamento professionale ECM garantisce che i professionisti dell'ambito medico-sanitario mantengano e amplino livelli di preparazione e competenze, professionalità ed esperienza, tali da fornire risposte adeguate ai bisogni dei pazienti.

L'obbligo E.C.M., al momento, riguarda solo i professionisti che a vario titolo prestino la propria opera professionale presso strutture del Sistema Sanitario Nazionale, o strutture sanitarie private che siano convenzionate o ac-

creditate.

Per quanto attiene, invece, ai Crediti Formativi Professionali, tutti coloro che svolgono attività professionali regolamentate, perché iscritti ad ordini professionali (ingegneri, architetti, avvocati, geologi, ecc.), hanno l'obbligo della "formazione continua permanente" allo scopo di "curare il continuo e costante aggiornamento della propria competenza professionale".

I CFP vengono previsti e sistematizzati con il



D.P.R. n. 137 del 7 agosto 2012 - che all'articolo 7 sancisce e norma l'obbligo della formazione continua - a cui i diversi ordini professionali e i professionisti iscritti hanno dovuto aderire.

È bene rilevare che i due modelli formativi, ECM e FCP, sono equivalenti tra loro, nel senso che presentano le medesime modalità di determinazione dei crediti formativi.

Fermo restando quanto previsto in tema di aggiornamento professionale all'art. 5 del codice deontologico degli psicologi, **anche lo psicologo è assoggettato all'obbligo formativo** previsto all'articolo 7 del DPR 137/2012.

Il CNOP, valutando le specificità della professione di psicologo, ha provveduto ad elaborare un **programma di formazione continua ad hoc**, atto ad assolvere in maniera più specifica le particolari esigenze formative della professione, redigendo uno Schema di regolamento sulla Formazione Continua in Psicologia e inviandolo al Ministero della Salute per vaglio ed approvazione.

Tuttavia, ad oggi, il Ministero della Salute non

ha ancora fornito riscontro alcuno, creando un vuoto normativo che ha consentito il proliferare di critiche e interpretazioni discordanti.

Ancora, ogni Ordine regionale, in assenza di chiari riferimenti ministeriali, nel recepire la normativa (DPR 137/2012) ne fornisce interpretazioni diverse.

Ulteriori protagonisti in materia di formazione professionale continua sono la Commissione nazionale formazione continua (CNFC), costituita con Decreto del Ministro della Salute, che si avvale, per lo svolgimento dei compiti e delle attività di competenza, del supporto amministrativo-gestionale di **AGENAS- all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.**

La **Delibera CNFC del 7 luglio 2016** stabilisce

che le disposizioni previste per i liberi professionisti in materia di attribuzione dei crediti verranno applicate a tutti gli operatori sanitari, con la possibilità di acquisire, per singolo anno, i crediti in maniera flessibile. Resta invariato l’obbligo formativo previsto per ogni singolo professionista del sistema sanitario.

La **Delibera CNFC del 4 novembre 2016 ha approvato i nuovi obblighi formativi ECM per il triennio 2017-2019:** l’obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti formativi fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni, come è possibile rilevare da una attenta lettura del testo che qui si riporta.

DELIBERA DELLA CNFC IN MATERIA DI CREDITI FORMATIVI ECM

Art. 1

(Obbligo formativo triennio 2017-2019)

1. L’obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti formativi fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.
2. I professionisti che nel precedente triennio (2014-2016) hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dell’obbligo formativo nel presente triennio (Determina della CNFC del 10 ottobre 2014).
3. I professionisti sanitari che nel precedente triennio (2014-2016) hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 121 e 150 hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dell’obbligo forma-

tivo nel triennio 2017-2019. Coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto alla riduzione di 15 crediti.

Art. 2

(Certificazione per il triennio 2017-2019)

1. Il professionista sanitario può richiedere la seguente documentazione:
 - a) Attestato di partecipazione al programma ECM;
 - b) Certificato di completo soddisfacimento dell’obbligo formativo.
2. L’attestato di partecipazione al programma ECM contiene esclusivamente l’indicazione del numero di crediti conseguiti qualora gli stessi non soddisfino l’obbligo formativo nel triennio.
3. Il certificato sancisce il

completo soddisfacimento dell’obbligo formativo nel triennio.

4. Solo i crediti ECM acquisiti nel rispetto delle norme e dei vincoli definiti dalla Commissione nazionale all’art. 4 della presente delibera, concorrono al conteggio dei crediti annuali e al completo soddisfacimento dell’obbligo formativo triennale.
5. I documenti di cui sopra (comma 1 del presente articolo) sono rilasciati da Ordini e Collegi professionali per quanto riguarda gli esercenti professioni sanitarie regolamentate e ordinate, dalle Associazioni maggiormente rappresentative degli esercenti le professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, per quanto riguarda gli iscritti alle stesse, dalla Commissione nazionale per la formazione continua per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regola-

mentate ma non ordinate e non sono iscritti alle Associazioni ora citate.

*Art. 3
(Regole applicative)*

1. I crediti acquisiti durante i periodi di esenzioni ed esoneri non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.
2. Il professionista sanitario, tramite formazione erogata da provider accreditati, deve acquisire in qualità di discente almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni. I crediti acquisiti tramite autoformazione non possono superare il 10% del fabbisogno formativo triennale.
3. Il professionista sanitario non può acquisire crediti in qualità di reclutato dalle Aziende sponsor oltre il limite di 1/3 del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni.

*Art. 4
(Docente, tutor/relatore di formazione organizzata da Provider)*

1. Fermo restando i criteri di attribuzione dei crediti, ciascun docente/tutor/relatore non può acquisire più di 50

crediti per un singolo evento.

2. Al fine di evitare che per uno stesso evento i crediti vengano calcolati due volte nel caso in cui un soggetto rivesta contemporaneamente più ruoli (docente/tutor/relatore e discente), è vietata l'attribuzione di crediti per più ruoli all'interno dello stesso evento. In tal caso nel rapporto dell'evento il nominativo del professionista sanitario può comparire una sola volta con i crediti o di docente/tutor/relatore o di discente, lasciando al professionista la relativa scelta.
3. I crediti saranno, invece, sommati solo nel caso in cui il professionista sanitario partecipi in qualità sia di docente/relatore che di tutor, in tal caso i crediti dovranno essere rapportati con il ruolo di 'docente', rispettando comunque il limite dei 50 crediti a partecipazione.
4. Nel caso di una sessione svolta in co-docenza, vale a dire nel caso in cui in una sessione i docenti siano due o più di due e gli interventi vengono svolti simultaneamente, si applica il criterio generale di attribuzione di due crediti l'ora per ogni singolo co-docente. Affinché i crediti possano essere erogati, la durata minima di una sessione per singolo docente, deve essere di almeno mezz'ora (in tal caso ad ogni singolo co-docente viene attribuito 1 credito).
5. Il professionista sanitario che nello stesso anno partecipa a più edizioni dello

stesso evento con ruoli diversi (in qualità di docente/tutor/relatore in un'edizione e in un'altra come discente), può acquisire i crediti per entrambi i ruoli, per una sola volta; il provider, nel caso il professionista sanitario partecipi come discente a un corso di cui era stato docente, dovrà inserire un nuovo programma in quanto non dovrà più comparire il nome del professionista sanitario nel ruolo di docente/tutor/relatore.

*Art. 5
(Eventi di formazione ECM)*

1. Con riferimento al triennio formativo 2017-2019 tutti gli eventi formativi dovranno concludersi entro il triennio formativo in cui vengono inseriti. L'evento formativo non può durare più 12 mesi ad esclusione delle "Attività di ricerca" che possono durare fino a 24 mesi, sempre entro il limite di conclusione del triennio formativo.

*Art. 6
(Norme finali)*

1. Per quanto non espressamente disciplinato nella presente delibera si rimanda agli atti deliberativi adottati dalla Commissione nazionale per la formazione continua e alla normativa disponibile sul sito ECM/Age. Na.S. in materia di attribuzione e calcolo dei crediti.

Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

Con il patrocinio della Città Metropolitana di Bari

in collaborazione con il Centro Tecnologico Interprovinciale del Comune di Bitonto

**“PIN PUGLIA: un’opportunità per gli Psicologi legata alla reale innovazione.
Casi pratici e proposte operative”**

1 Marzo 2017 - Hotel Excelsior Bari

09:00 Saluti istituzionali

Dr. Antonio Di Gioia - Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

Dr. Michele Abbaticchio - Vice Sindaco della Città Metropolitana di Bari con delega alla pianificazione strategica

Interventi dei relatori.

09.30 Dr. Giuseppe Cornacchia - programmatore informatico e creatore della piattaforma della realtà virtuale del progetto comunale “Lama preistorica”.

“Come la tecnologia informatica può essere strumentale agli studi ed alla consulenza in favore della psicologia”

10.30 Arch. Nicola Parisi - ricercatore universitario del Politecnico di Bari.

“Gli sviluppi industriali delle piattaforme informatiche applicate alla realtà virtuale”.

11.00 Pausa caffè.

11.30 Dr.ssa Valentina Vitale - consulente in materia di fondi strutturali regionali e nazionali.

Casi di studio in Italia e rapporto con la tecnologia.

12.00 Dr. Paolo D’Addabbo - Economista dell’Agenzia Regionale per la tecnologia e l’innovazione.

“Le cause di esclusione e le opportunità di concessione del finanziamento regionale”.

Conclusioni

Intervento dell’Assessore regionale alle politiche giovanili Dr. Raffaele Piemontese.

Cerimonia di giuramento per i nuovi iscritti.

Dott.ssa Giovanna Teresa Pontiggia - Segretario dell’Ordine Psicologi della Regione Puglia

Dott.ssa Marisa Yildirim - Referente Commissione Nuove Iscrizioni

Nel corso del convegno verranno presentati esempi di applicazioni informatiche legate alla innovazione di processo e di prodotto proposte dall’Ordine degli Psicologi, nonché le statistiche dei primi quattro mesi dello sportello di informazione sui finanziamenti comunitari, nazionali e regionali dell’Ordine.

Servizio di consulenza e assistenza tecnica in materia di fondi strutturali, nazionali e regionali di interesse dell'Ordine degli Psicologi della regione Puglia

REPORT DI MONITORAGGIO
PERIODO 05.10.2016 - 30.04.2017

Il servizio di consulenza e assistenza tecnica, attivato in data 05.10.2016 attraverso apposita convenzione tra l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e un consulente incaricato, ha lo scopo di:

- Intercettare avvisi e bandi che offrono l'accesso a finanziamenti di tipo europeo o regionale rivolti a professionisti;
- fornire informazioni specifiche in merito a tali avvisi e/o bandi e chiarirne le modalità di presentazione;
- fornire assistenza tecnica per la presentazione e la compilazione di formulari e/o progetti attraverso piattaforme on line;
- offrire spunti e stimolare la nascita di nuove iniziative imprenditoriali che si ponga-

finanziamenti in favore degli iscritti all'Ordine o a favore dello stesso Ente.

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

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

Sono pervenute n. 164 mail dall'attivazione dello sportello al 30.04.2017; tutte le mail sono state riscontrate in ordine di arrivo; nella quasi esclusività dei casi le richieste erano:

- Conoscere il funzionamento dello sportello;



- no in parallelo all'attività ordinaria dello psicologo libero professionista;
- fornire informazioni utili circa l'esistenza di fondi, finanziamenti, avvisi e bandi per intraprendere nuove iniziative imprenditoriali;
- elaborare progetti o pratiche in materia di

- Conoscere le modalità per accedere allo sportello;
- Richiesta delle informazioni generali sui bandi e gli avvisi attivi;
- Descrizione di idee e progetti da voler realizzare e richiesta di pertinenza con i bandi/avvisi in corso;

- Richiesta appuntamento presso la sede dell'ordine degli psicologi per conoscere direttamente il servizio offerto.

Gli appuntamenti fissati per consulenza e assistenza tecnica **sono stati 66**. Durante i colloqui sono state trattate le seguenti tematiche:

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

Sono state inviate n. 29 mail informative circa i bandi e/o avvisi cui presentare candidatura.

Dopo il primo mese di start up dello sportello di consulenza, l'attività di front office continua con la programmazione di appuntamenti e quella di back office con la raccolta dati e la valutazione di alcuni progetti particolarmente innovativi o rilevanti per gli scopi e la motivazione rappresentata.

Con **n. 11 professionisti** si è concretizzata la possibilità di **aderire al bando PIN**, destinato a giovani pugliesi innovativi e con obiettivi spalmati su tre assi: sociale, tecnologico e turistico; con **n. 1 professionista** quella di abbracciare progetti di portata anche finanziaria più elevata attraverso la presentazione di candidatura di progetto per **NIDI**.

La maggior parte dei professionisti si è affacciata allo sportello chiedendo di poter accedere a finanziamenti che consentissero l'avvio degli studi professionali, non presentando idee particolarmente innovative. Ciò nonostante, nel cor-

so dei colloqui, è stato stimolato il professionista a creare nuove iniziative imprenditoriali anche in concomitanza all'apertura di uno studio, dove svolgere l'attività professionale classica.

La criticità rilevata nell'ambito dell'adesione al bando è l'assenza dell'elemento di innovatività, necessario per accedere a PIN, pertanto in considerazione del gradimento della tipologia di agevolazione finanziaria del programma PIN espresso dagli iscritti rispetto ad altre agevolazioni, l'Ordine degli Psicologi, con la collaborazione di questo studio professionale ha organizzato in data 1 Marzo 2017, un Convegno (di cui si allega programma) dal titolo *"PIN PUGLIA: un'opportunità legata alla reale innovazione"* - Casi pratici e proposte operative, all'interno del quale sono stati presentati esempi di applicazioni informatiche legate alla innovazione di processo e di prodotto; inoltre i numerosi interventi dei vari relatori hanno permesso a tutti i partecipanti di acquisire informazioni utili riguardanti le opportunità di concessione del finanziamento regionale e le eventuali cause di esclusione.

Al momento le **pratiche PIN completate e inviate** attraverso il supporto e la consulenza dello sportello sono **due** ed interessano territori diversi della Regione Puglia; altre **cinque pratiche** sono in **fase di lavorazione e prossime all'invio** mentre sono stati già fissati altri **15 incontri di front office** per il mese di **Maggio 2017**.

Si ricorda a tutti i colleghi che l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha attivato un indirizzo di posta dedicato (**sportello@psicologipuglia.it**), ed un numero telefonico **371/1403656**, attivo il lunedì dalle 16,00 alle 17,00 e il giovedì dalle 11,00 alle 12,00, attraverso i quali richiedere un incontro dedicato per conoscere le modalità ed i termini del finanziamento pubblico erogabile a sostegno della propria iniziativa professionale, anche in termini di autoimpiego.

Gli psicologi che ne fanno richiesta saranno contattati nelle successive 48 ore per la determinazione di incontro dedicato.

Un apposito sportello è comunque aperto dalle ore 16.30 alle ore 18.30, il mercoledì e il venerdì presso la sede dell'Ordine.

Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini

Coordinatore: Massimo Frateschi

(Gennaio - Giugno 2017)

Componenti: Paola Annese, Ferdinando De Muro

La Commissione "Attività Formative E Culturali, Organizzazione Convegni E Patrocini" per il periodo gennaio - giugno (I semestre) 2017 ha sviluppato ulteriormente la programmazione del triennio 2014 - 2016 delle attività culturali e formative, in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, attraverso iniziative di divulgazione nella società, nelle comunità e nei contesti istituzionali e privati, sulla multidimensionalità professionale dello psicologo e dei servizi e degli interventi di promozione della salute e del benessere. La Commissione ha proposto uno sviluppo professionale culturale e formativo ampio e approfondito basato sulle evidenze scientifiche, sulla psicologia scientifica, sui modelli teorici e metodologici, sulle competenze specifiche, sugli ambiti specialistici, sui metodi e sulle tecniche riconosciute dalla comunità scientifica.

La Commissione si è impegnata a promuovere proposte di Eventi Formativi ECM, per soddisfare quanto più possibile il bisogno formativo dei professionisti psicologi, sia con eventi residenziali, sia con eventi on line. A tale proposito è stato fondamentale il confronto, la collaborazione e il contributo di idee e di iniziative della comunità professionale degli psicologi. Alcuni temi degli Eventi sono stati articolati e sviluppati su: maltrattamento e abuso, ascolto del minore, trattamento dell'offender; Psicologia dell'Emergenza; formazione su alcuni metodi e strumenti di valutazione psicologica e psicodiagnosi: Leiter-3, 16PF-5, MMPI-2, WISC IV; opportunità per gli Psicologi legate alla reale innovazione - Pin Puglia. Tutta la comunità professionale degli psicologi della Puglia partecipa attivamente, con sinergia e con grande attenzione al progresso culturale, scientifico, formativo e applicativo con nuove ipotesi, idee e proposte su programmi, progetti, procedure sulla base di profili di conoscenze, competenze, abilità, tecniche psicologiche specialistiche innovative.

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

Evento Formativo ECM dal titolo: "Maltrattamento e abuso: l'ascolto del minore e il trattamento dell'offender (per Emma Francavilla)", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 26 gennaio 2017, presso l'hotel Ciccollella, Foggia.

Evento Formativo ECM dal titolo: "La Psicologia dell'emergenza: esperienze e modelli di intervento", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 15 febbraio 2017, presso l'hotel Villa Romanazzi Carducci, Bari.

Evento Formativo ECM dal titolo: "Corso di Formazione Leiter-3", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con Giunti O.S., Organizzazioni Speciali, tenutosi il 27-28 febbraio 2017, presso l'hotel Excelsior Congressi, Bari.

Evento Formativo ECM dal titolo: "Corso di Formazione 16PF-5", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con Giunti O.S., Organizzazioni Speciali, tenutosi il 27-28 febbraio 2017, presso l'hotel Excelsior Congressi, Bari.

Evento Formativo dal titolo: "Pin Puglia: un'opportunità per gli Psicologi legata alla reale innovazione. Casi pratici e proposte operative", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, con il Patrocinio della Città Metropolitana di Bari, tenutosi il giorno 1 marzo 2017, presso l'hotel Excelsior, Bari.

Corso Formativo ECM On line sul portale GIUNTIOS su: "MMPI-2", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con Giunti O.S., Organizzazioni Speciali.

Corso Formativo ECM On line sul portale GIUNTIOS su: "WISC IV", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con Giunti O.S., Organizzazioni Speciali.

Evento Formativo ECM dal titolo: "La terapia di coppia in una dimensione intergenerazionale", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia "Accademia di Psicoterapia della Famiglia" previsto per il giorno 19 giugno 2017, presso l'hotel Villa Romanazzi Carducci, Bari.

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

Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza

Coordinatore: Anna Gasparre

Componenti: Antonio Calamo Specchia, Massimo Frateschi, Geremia Capriuli, Paola Annese

La commissione "Promozione del benessere" ha data inizio alla fase di pianificazione delle attività del mese del benessere psicologico che si terrà ad Ottobre 2017.

Approfitando della settimana dell'infanzia organizzata dal comune di Fasano "O-Maggio all'Infanzia", l'ordine ha voluto riproporre il Mind Park, il parco della mente tenutosi a Bari, in Piazza Ferrarese, il 30 ottobre scorso. L'evento curato dall'Ordine in collaborazione con l'Apsi" (l'associazione degli psicologi di Fasano) ha visto la partecipazione di numerosi psicologi presente sul territorio.

Un percorso interattivo, alla scoperta dei principali sentimenti umani dove, attraverso attività ludiche, si è illustrato ai visitatori, in modo facile ed immediato, cosa significa "benessere". Un vero e proprio "Parco Divertimenti", dove ciascun gioco ha insegnato a riconoscere e gestire le emozioni primarie: gioia, rabbia, disgusto, paura e tristezza. Lo scopo è divulgare una idea della figura di psicologo non solo



come professionista del disagio che opera per la gestione del malessere ma come promotore del benessere psicologico in grado di aiutare la persona a trasformare un periodo di malessere in nuove consapevolezze, migliorare la qualità della vita e delle relazioni.

Visto il grande successo del mind park, l'affluenza dei visitatori e la partecipazione attiva dei colleghi presenti di volta in volta sul territorio ospitante, la commissione è in fase di pianificazione di nuovi appuntamenti sul territorio pugliese. Stay tuned!!!



Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Coordinatore: Calamo-Specchia

Componenti: Caprioli, Annese, Frateschi, Bosco, Gasparre, Soleti



Il nuovo portale dell'Ordine degli Psicologi della Puglia, ricco di servizi e fruibile da tutti i dispositivi

Dopo il primo grande lavoro di costruzione della piattaforma online dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e dopo aver raccolto i riscontri da iscritti ed addetti ai lavori, l'Ordine si rinnova ancora, proponendo un lavoro di riorganizzazione dei contenuti e di restyling del suo **nuovo portale**, dall'estetica essenziale e sempre ricco di contenuti utili e interessanti per i suoi iscritti.

Al rinnovo della veste grafica e all'aggiunta di nuove funzionalità, corrisponde la prosecuzione dell'obiettivo per cui è nato il progetto: garantire **una pluralità di servizi professionali per gli iscritti** all'Albo e **migliorare la comunicazione** tra l'Ordine e il suo pubblico, fatto di professionisti iscritti ma anche di semplici interessati alle opportunità che l'Ordine può offrire.

La nuova organizzazione del portale, rispondendo ai più moderni principi di usabilità, permette una snella navigazione da desktop e da dispositivi mobile anche grazie ad una nuova logica per l'organizzazione dei contenuti.

L'intento è infatti quello di presentare al pubblico un portale quanto più possibile **user friendly**

facile da usare, dinamico, interattivo, intuitivo, moderno, trasparente.

In particolare, abbiamo sentito l'esigenza di dare maggior rilievo alla possibilità di **partecipazione alle attività** dell'Ordine.

Per tale motivo è presente una bacheca in homepage riportante i più recenti aggiornamenti inseriti sul sito: notizie, rassegna stampa, corsi ed eventi, di cui sarà possibile tenere una traccia visiva grazie alla visualizzazione in formato calendario.

Il portale mutua dalla sua precedente versione la presenza di strumenti utili per il professionista, quali il calendario delle consulenze fiscali presso la sede dell'Ordine e territoriali, l'iscrizione alla **newsletter** dell'Ordine, la rivista di settore Psicopuglia, i progetti dell'Ordine e la possibilità di consultare l'**Albo** dei professionisti iscritti.

I collegamenti ai canali social dell'Ordine quali Facebook, YouTube, Twitter e Google+, ormai luoghi sempre più utili e funzionali per gli iscritti e per i cittadini che seguono le attività dell'Ordine, permettono una maggiore fruizione di contenuti e la possibilità di costante aggiornamento anche su questi canali, indispensabili nella quotidianità di ciascuno.

Alfabetizzazione Emotiva

Maria Carucci*, Paolo Carmelo Mirizzi**

*Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva Post-Razionalista, Esperta in Psicologia giuridica e in Psicodiagnostica clinica e forense.

**Psicologo, Psicoterapeuta Cognitiva Post-Razionalista, Esperto in "Valutazione, formazione e sviluppo delle risorse umane. Analisi organizzativa e interventi, prevenzione del rischio"; Esperto in "Tecniche comportamentali per bambini con autismo e disturbi evolutivi globali", Esperto in "Didattica e Psicopedagogia per i disturbi specifici di Apprendimento", Analista del Comportamento in formazione.

Riassunto

Molti sono gli studi che, analizzando le espressioni del volto dei neonati, postulano l'esistenza delle emozioni come esistenti sin dalla nascita. Le emozioni sono quindi connaturate e le provano anche i bambini seppur, in maniera più o meno consapevole. A dimostrazione di ciò alcuni studi mostrano come, anche bambini non vedenti vivono e manifestano le emozioni in maniera simile agli altri bambini. Nel momento stesso in cui nasciamo, siamo emotivamente situati. Questa modalità di essere nella vita e nelle cose, ci è connaturata ed è una variabile imprescindibile dell'esistenza umana e connota ogni singola esperienza che l'uomo compie. Spesso però capita di arrivare all'adolescenza, o peggio ancora, all'età adulta, senza avere una vera e propria consapevolezza delle proprie emozioni, non sapendole riconoscere.

Il seguente progetto ha avuto come obiettivo principale quello di insegnare ai bambini delle classi 1' e 2' dell' "Istituto Comprensivo Pascoli 1' Circolo - Cappuccini" di Noci a riconoscere le emozioni di base, attraverso momenti di gioco e condivisione, visione di video e costruzione di materiale rappresentativo di ciascuna emozione affrontata. L'assunto di base è che, una sensibilizzazione e un processo di alfabetizzazione emotiva va attuato sin dalla primissima infanzia, anche da parte della scuola, a cui, oggi come mai prima d'ora, spetta, assieme alla famiglia, il compito di farsi carico dei processi di consapevolezza emotiva e relazionale. I contesti educativi sono posti in cui, non solo si costruisce il sapere, ma si attuano processi di co-costruzione di identità e relazioni e a cui, mai come oggi, spetta il compito di implementare apprendimenti socio-emozionali.

Parole chiave: emozioni, bambini, rabbia, paura, alfabetizzazione emotiva

Per definizione le emozioni (dal latino e-movere, portare fuori) sono considerate un processo di reazione dell'organismo ad eventi ambientali, convenzionalmente definite a brusca insorgenza e rapido declino. Molte sono state le teorie che hanno provato a spiegare il processo emotivo che ogni individuo vive nella vita di tutti i giorni. La Teoria Periferica di James (1984) presuppone che l'emozione coincida con l'esperienza della modificazione somatica e fisiologica a seguito della percezione di uno stimolo, che viene conseguentemente percepito come emozione, pertanto, "non scappiamo perché abbiamo paura ma abbiamo paura perché scappiamo". A sostegno di tale teoria vi è l'ipotesi del feedback facciale secondo la quale, le espressioni facciali forniscono informazioni propriocettive, motorie, cutanee o vascolari che influenzano il processo emotivo. L'emozione secondo la prospettiva psicoevolutionistica che si riferisce principalmente alla teoria di Darwin (1872), ripresa, attorno agli anni Sessanta, da Tomkins, ritiene che questa sia strettamente associata alla realizzazione di scopi universali, connessi alla sopravvivenza della specie e dell'individuo.

Secondo la Teoria Centrale di Cannon (1929), l'emozione non coincide con la sensazione somatica. L'autore mise in evidenza che gli organi viscerali sono strutture relativamente insensibili, scarsamente fornite di nervi. Per questo motivo, le modificazioni viscerali sono piuttosto lente e non possono essere causa delle modificazioni che noi sentiamo negli stati emotivi.

Non sembra, dunque, possibile che le modificazioni fisiologiche negli organi viscerali provochino emozioni riconoscibilmente differenziate e che lo stesso stato generale di attivazione del sistema nervoso simpatico sia presente, anzi, in molte e differenti emozioni. Molti altri autori hanno studiato il problema delle emozioni. Tra questi sicuramente vanno citati sia Arnold con la teoria della valutazione cognitiva (Arnold, 1960; Mandler, 1982; Sommers e Scioli, 1986) la quale suggerisce che quando ci imbattiamo per la prima volta in una situazione la stimiamo spontaneamente come buona o cattiva, utile o dannosa. Secondo Arnold queste prime valutazioni sono mediate dal sistema limbico e, a loro volta, introducono delle “tendenze ad agire”. Le emozioni emergono sia dalla nostra valutazione della situazione sia dalle nostre azioni.

Nel 1964, Stanley Schachter ha formulato una teoria che per più di due decenni è rimasta il modello interpretativo dominante dell'emozione. Rientrano nella sua teoria sia l'importanza attribuita da Arnold alla valutazione cognitiva sia il rilievo dato da James alle sensazioni fisiologiche. Per questo motivo, il modello di Schachter viene definito teoria dei due fattori. Secondo Schachter, si prova un'emozione quando si sceglie un'etichetta cognitiva per designare uno stato diffuso di attivazione fisiologica cui diamo il nome di una particolare sensazione. Differentemente da James, Schachter suggerisce che lo stato di attivazione è soltanto un'attivazione generalizzata del SNA, finché non lo colleghiamo cognitivamente a un'interpretazione relativa ad un'emozione. Robert Zajonc, nel 1980, ha pubblicato un articolo provocatorio intitolato “Feeling and Thinking: preference need no Inferences”. Nell'articolo Zajonc cita i versi di E. Cummings che sostengono con la massima semplicità che “per primo viene il sentimento”. Zajonc confuta l'ipotesi avanzata dalla psicologia cognitivista secondo cui, per provare una sensazione relativa a un evento, prima si deve interpretare o valutare l'evento stesso. Richard Lazarus (1982) afferma che perché compaia un'emozione è necessario e sufficiente il pensiero (la valutazione cognitiva). Le valutazioni cognitive che si formano molto rapidamente e provocano una risposta emotiva istantanea (ad

esempio “quell'orso sta per assalirmi”) prendono il nome di processi cognitivi caldi e sono i precursori dell'emozione. Altri processi cognitivi, più lenti (ad esempio “quell'orso ha una pelliccia nera molto folta”) non destano alcuna emozione e vengono quindi definiti processi cognitivi freddi. Secondo Lazarus, i processi cognitivi caldi precedono sempre le emozioni. Sicuramente, quando si parla di emozioni, non si può non far riferimento alle teorie che postulano la costruzione sociale delle emozioni. In un articolo del 1980, James Averill identifica due aspetti che caratterizzano quello che verrà poi definito come l'approccio del costruzionismo sociale allo studio delle emozioni: le emozioni sono per un verso costruzioni sociali, per un altro sono invece improvvisazioni interpretate di una certa situazione (Arciero, 2006). Secondo l'autore, le emozioni hanno proprietà simili agli atti linguistici: esse influenzano coloro verso cui sono dirette e i loro effetti dipendono dalle regole sociali e dalle convenzioni, come pure dalla comunicazione e dalle circostanze. Stando alla teoria di Harrè (1986) le emozioni sono spiegabili come fenomeni sociali senza far riferimento ad aspetti biologici o innati.

Ekman e le emozioni primarie

Ekman (1992) ha definito l'emozione come la percezione di sensazioni che motivano e allo stesso tempo organizzano e guidano tutto ciò che concerne azioni e pensieri. Nel corso dell'evoluzione, infatti, le emozioni si sono sviluppate per dare nuovi tipi di motivazione, per spingere all'azione e per fornire un'ampia varietà di comportamenti, al fine di far fronte alle richieste dell'ambiente e della vita quotidiana. Si può dunque affermare che l'emozione agisce come filtro sensoriale e seleziona determinate soluzioni al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati. Le emozioni risultano essere il prodotto sia di stati interni che di stimoli esterni, la cui descrizione è la risultante di un processo implicante lo stato psicologico, il sistema nervoso autonomo, le risposte cerebrali, la memoria e le espressioni facciali. Principalmente le emozioni vengono distinte in primarie o di base e in complesse; quelle primarie hanno un fondamento biologico mentre le complesse sono la risultante delle prime, condizionate e plasmate

dall'esperienza (Legrenzi, 1994). Ekman (2008) e Izard (1991) suddividono le emozioni in primarie e secondarie. Le emozioni primarie o di base sono: la rabbia, generata dalla frustrazione che si può manifestare attraverso forme di aggressività; la paura, emozione dominata dall'istinto che ha come obiettivo la sopravvivenza del soggetto ad una situazione pericolosa; la tristezza che si origina a seguito di una perdita o da uno scopo non raggiunto; la sorpresa, provata a seguito di un evento inaspettato; il disgusto, caratterizzato da un comportamento tendente ad allontanare qualcosa o qualcuno, da una sensazione di sporcizia e contaminazione e da una reazione fisiologica come la nausea e il vomito; la gioia, emozione tipica di chi ritiene che il proprio scopo o obiettivo, piccolo o grande che sia, sia stato soddisfatto. Le emozioni secondarie, invece, sono quelle combinazioni originate dalle emozioni primarie e si sviluppano con la crescita dell'individuo e con l'interazione sociale. Esse sono: allegria, invidia, vergogna, ansia, rassegnazione, gelosia, speranza, perdono, offesa, nostalgia, rimorso e delusione.

Spiegare le emozioni ai bambini

Spesso ci si è trovati dinanzi alla necessità di spiegare ai più piccoli il ruolo che le emozioni giocano nella vita di tutti i giorni. Inside Out, l'ultimo film di animazione della Pixar, ci porta a riflettere sull'importanza delle emozioni nella nostra vita e a voler comprendere quale sia il loro ruolo nella quotidianità.

La protagonista di Inside Out è Riley, una ragazzina di 11 anni che ad un certo punto, proprio quando la sua vita sembra perfetta, si trova costretta a trasferirsi con i genitori dal Minnesota a San Francisco per via del lavoro del padre. Le emozioni di gioia, tristezza, paura, rabbia e disgusto entrano in gioco e caratterizzano i diversi momenti della giornata di Riley. Sono proprio le emozioni che la guidano attraverso i

numerosi cambiamenti che si trova ad affrontare e che ci portano a diretto contatto con la protagonista durante il film. Il successo del film sicuramente è dovuto alla capacità degli sceneggiatori di saper raccontare in maniera semplice e divertente la complessità dei meccanismi che regolano la nostra psiche, in una fase cruciale dello sviluppo come quella del passaggio dall'infanzia alla pubertà. Un film che ha coinvolto grandi e bambini e che ha saputo restituire, agli spettatori, seppur attraverso una dimensione leggera, l'importanza che le emozioni rivestono nel quotidiano, avvicinando come mai prima d'ora era successo, intere famiglie al tema dell'emotività e di come spiegarla ai più piccoli.

I progetto: destinatari

I principali destinatari del progetto sono stati i bambini delle classi prime e seconde dell'Istituto Comprensivo "Pascoli -Cappuccini" di Noci. Destinatari, sono inoltre stati i docenti curricolari delle classi coinvolte nel presente progetto. Destinatari indiretti sono stati i genitori.

Obiettivo del progetto

Il lavoro è stato attuato principalmente in classe. Preliminarmente si è svolto, nel corso del primo appuntamento, un incontro conoscitivo dell'intero gruppo di bambini che hanno partecipato al progetto. Lo scopo principale del progetto, condiviso con la dirigenza scolastica era quello di proporre un'area di attività in cui i bambini venissero guidati ad osservare le emozioni, i sentimenti



ti, le varie modalità attraverso le quali provare ad esprimerle e i diversi i modi di entrare in relazione con gli altri.

Sono state proposte attività che hanno stimolato e guidato i bambini al riconoscimento in primo luogo delle proprie emozioni, e conseguentemente delle altrui. Si è resa necessaria una prima fase di familiarizzazione con l'argomento "emozioni e affettività" in cui ogni bambino ha provato a dare la propria "definizione" di emozione. Questo esercizio è servito per capire il tipo di familiarità che, bambini così piccoli avevano con l'argomento e che tipo di conoscenza avevano con il tema "emozioni", cercando di captare anche, come e se la tematica fosse mai stata affrontata a casa.

Dapprima sono state passate in rassegna le principali differenze tra "maschio e femmina". In una fase successiva, invece, indagate le principali emozioni di base, prima attraverso una definizione data da ciascun bambino, e in un secondo momento ponendo l'accento sulle congruità e coerenza di tali definizioni rispetto al significato stesso dell'emozione di volta in volta presa in considerazione. In seguito, sono state affrontate le singole emozioni di base, così come postulate nella teoria di Ekman, Sono state in seguito vagliate di ciascuna emozione i risvolti adattivi e quelli disfunzionali, ponendo l'accento sull'accezione positiva che un tempestivo riconoscimento dell'emozione in oggetto può portare. E' stata inoltre esplorata la causalità e reciprocità dei comportamenti rispetto alle conseguenze emotive derivanti da tali comportamenti.

Importanza rilevante è stata data alla dimensione relazione e sociale dell'emozione e più in generale dell'affettività, cercando di sviluppare un vocabolario emotivo nel bambino in relazione allo sviluppo cronologico. L'idea di base è che, riconoscere e sviluppare la capacità di trasmettere emozioni, i propri sentimenti e la consapevolezza che saper riconoscere gli stati emotivi degli altri facilita direttamente l'acquisizione di ruoli prosociali e lo sviluppo dell'autonomia e dell'autostima.

Nel corso degli incontri molteplici sono state le tecniche utilizzate al fine di sviluppare la consapevolezza del proprio vissuto emotivo, soprattutto in relazione all'alterità.

Obiettivi specifici:

Alunni:

- offrire momenti di consapevolezza dei propri stati emotivi;
- incentivare il riconoscimento delle emozioni proprie e altrui;
- sviluppare rapporti di consequenzialità e reciprocità tra pensieri ed emozioni sottostanti;
- sviluppare rapporti di causalità tra azioni e reazioni emotive intrapersonali e interpersonali;
- educare all'affettività e alla diversità;
- sviluppare l'autostima attraverso la congruità dei propri stati emotivi;
- insegnare a distinguere la realtà dalla finzione;
- produrre brevi elaborati a valenza emotiva e morale;
- produrre la "Fotografia della tua emozione";
- migliorare la qualità della vita a scuola con risvolti positivi anche in famiglia;
- aumentare la motivazione dei ragazzi allo studio;
- aumentare il benessere psicofisico;
- aumentare le capacità metacognitive;
- migliorare il senso di efficacia personale e di autostima;
- migliorare le capacità esplorative e progettuali;
- migliorare l'attenzione e l'ascolto;
- aumentare il senso di autonomia e di responsabilità delle proprie scelte;
- migliorare il rapporto e il dialogo con gli insegnanti.

Docenti:

- favorire la condivisione di alcuni riferimenti teorici ed esempi di prassi didattiche finalizzate a sviluppare le abilità educative, comunicative e sociali negli alunni;
- favorire la costruzione di un codice comunicativo condiviso;
- fornire ai docenti consulenza relativa alla sfera emozionale e/o comportamentale dei singoli alunni o del gruppo classe (educazione socio-affettiva);
- offrire maggiori strumenti per individuare ed affrontare le situazioni di disagio degli

alunni in ambito scolastico;

- offrire una consulenza psico-pedagogica su eventuali casi che presentano problematiche particolari;

Procedura

Gli incontri, 4 per ogni classe coinvolta nel progetto, della durata di 1 ora e 30 minuti ciascuno, si sono svolti sempre in orario scolastico, ante meridiano. Nel corso del primo incontro ogni bambino a turno si è presentato al resto del gruppo classe, adducendo una breve presentazione di Sé. Alla stessa maniera, anche i due psicologi coinvolti nel progetto si sono presentati, cercando di spiegare ai bambini che cosa facesse questo “particolare dottore che cura quello che non si vede, ma c’è” (Martina, 7 anni). La prima fase del progetto ha visto la spiegazione ai bambini di “che cos’è un’emozione?” e quando e come la si prova, cercando di differenziarla dai sentimenti. Il primo gioco proposto è stato quello di suddividere, su un cartellone, su cui erano disegnati un cuore e un cervello, alcuni script. I bambini dovevano a turno alzarsi e attaccare la parola target nell’insieme di appartenenza. (cuore vs corpo). Le parole, diversificate tra di loro, riguardano sia emozioni che sentimenti, ma anche parti del corpo, piuttosto che oggetti di uso quotidiano. Successivamente è stato consegnato ad ogni bambino un disegno sul quel erano raffinati dei palloncini con su scritto il nome di ciascuna emozione di base trattata. Ogni bambino doveva poi colorare l’emozione con il colore rappresentato della stessa, dopo aver discusso della stessa con gli esperti. Successivamente si è iniziato a spiegare ciascuna delle 6 emozioni prese in esame.

Felicità: Ai bambini è stato chiesto di portare da casa una foto, di famiglia o personale, in cui erano ritratte persone felici. In classe ogni bambino ha raccontato ai propri compagni quello che era rappresentato nella foto stessa. Ogni foto poi

è stata inserita ne “la fogliolina della felicità” e tutte le foto insieme sono state attaccate all’albero della gioia. Ogni albero è stato appeso in classe e tutti i genitori hanno potuto visionarlo durante i colloqui con i docenti.

Tristezza: Si è partiti dalla visione di un video della Walt Disney: ([https:// www.youtube.com/watch?v=KhMEuggNRf0](https://www.youtube.com/watch?v=KhMEuggNRf0)). Il video, tratto dal cartone animato “Il Re Leone” ritrae la scena della morte del Rè, nonché padre di Simba. A seguito della visione del video, grazie all’ausilio di alcune domande guida, abbiamo provato assieme ai bambini a ricostruire quanto era accaduto, cercando di elaborare il concetto di tristezza. Di seguito riportiamo le domande utilizzate a seguito della visione del video:

“Cosa abbiamo visto? Cosa può essere accaduto?”

Come si sente dentro Simba? Da cosa te ne accorgi?

Ti sei mai sentito così?

Ti va di raccontare cosa è accaduto? Come hai superato quel momento?

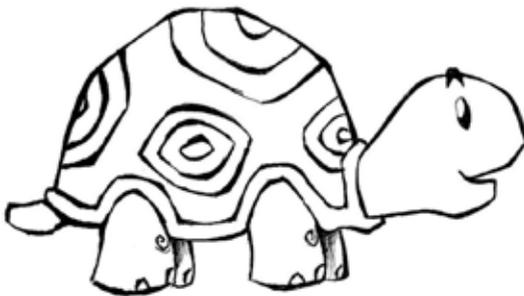
Cosa potresti dire a Simba per aiutarlo a superare la tristezza?”. Si è quindi aperto un brainstorming durante il quale i bambini si sono confrontati tra di loro, cercando di rispondere alle domande e formulare un resoconto coerente con quanto rappresentato nel video.

Paura: Si è partiti da un breve racconto “La piramide degli scheletri”, per cercare, attraverso una favola a lieto fine, di spiegare ai bambini cosa fosse la paura e come si potesse far fronte a questa emozione. A seguito della breve lettura, si è deciso di lasciar raccontare ai bambini, liberamente, dei piccoli episodi in cui hanno esperito tale emozione, convinti che si trattasse di una di quelle emozioni che non necessitassero di particolari input da parte nostra per far in modo che i bambini raccontassero episodi in cui avevano prova totale emozione. Successiva-



mente è stata consegnata una scheda, con raffigurato un bambino e ogni alunno doveva sul retro bianco rappresentare, disegnandolo, l'episodio nel quale aveva trovato paura e sul retro, dove era raffigurato il bambino, doveva evidenziare con quale parte del corpo era stata vissuta la paura (gambe che tremano, cuore che batte, faccia rossa, bocca spalancata). Si è poi riflettuto sul valore adattivo che la paura riveste in alcune situazioni della vita quotidiana, quando in condizioni di pericolo, fa in modo che l'organismo possa mettersi al riparo da particolari situazioni minacciose. Molti bambini poi hanno spiegato come spesso siano i nonni a rincuorarli in situazioni in cui provano paura.

Rabbia: E' stata raccontata una storia dal titolo "La tartaruga e la rabbia". Successivamente si è aperto un piccolo dibattito, volto ad individuare i motivi per i quali la piccola tartaruga aveva provato quell'emozione e quali strategie aveva messo in atto per far fronte alla rabbia e rimodulare la propria emozione. In seguito, ognuno dei bambini a turno, ha raccontato un episodio in cui aveva provato rabbia. Successivamente è stata consegnata ad ogni bambino l'immagine di una piccola tartaruga che è stata colorata e attaccata su un quaderno a scelta, per ricordare loro che, ogni volta in cui in futuro, avrebbero provato quell'emozione, avrebbero potuto fare come la piccola tartaruga della storia, che ha scelto di starsene chiusa nel proprio guscio per far passare la rabbia, prima di provare a discutere e cercare di risolvere la questione.



Sorpresa: abbiamo iniziato dai tratti distintivi di questa emozione. Le espressioni facciali di una persona infatti ci permettono di riconoscere quan-

do è sorpresa. Così insieme ai bambini abbiamo individuato tutte le mimiche del volto strettamente collegate a questa emozione. Nello specifico, le tre più comuni: le sopracciglia incurvate e rialzate; gli occhi sgranati; la mascella abbassata e la bocca più o meno aperta. Successivamente abbiamo realizzato una filastrocca sulla sorpresa, integrando tutte le situazioni vissute dai bambini in cui era presente questa emozione, ed abbiamo realizzato un cartellone.

Disgusto: Insieme ai bambini abbiamo visionato un video, tratto da YouTube, nel quale neonati assaggiano per la prima volta il limone (<https://www.youtube.com/watch?v=WWfShR0PcKw>), mostrando in maniera inequivocabile disgusto. In assoluto questo è stato uno dei momenti più esilaranti dell'intero progetto. Ognuno dei bambini ha poi spiegato verso quali oggetti e o in quali circostanze gli è capitato di provare "disgusto" e ha, a turno, imitato l'espressione dei bambini visionata nel video. Il progetto è terminato con la lettura di un passo tratto da "Il piccolo principe" di Antoine de Saint-Exupéry e con la visione del video musicale "Esseri umani" del cantante Marco Mengoni. Si è voluto così porre l'accento su l'importanza che le emozioni rivestono nella vita degli uomini e di come queste, componente imprescindibile dall'esistenza stessa, rappresentano qualcosa della quale non possiamo fare a meno, per nostra stessa natura, perché crediamo "negli esseri umani che hanno il coraggio di essere umani".

Risultati

Il progetto, che si è svolto nell'arco di 6 mesi e ha visto coinvolte 10 classi, 5 prime e 5 seconde. I risultati ottenuti attraverso il progetto hanno consentito agli alunni coinvolti di attuare un vero e proprio processo di alfabetizzazione emotiva, mediante lo sviluppo di comportamenti creativi, attivi e partecipativi, facilitando il riconoscimento delle emozioni e degli stati affettivi propri ed altrui.

Il riconoscimento delle principali emozioni ha consentito inoltre di operare una discriminazione degli eventi dai quali le emozioni scaturiscono, senza dimenticare di porre l'accento però sulla singolarità ognuno di noi e sulla propria storia

personale che rimane sempre e comunque il filtro attraverso il quale le emozioni vengono vissute nella vita di tutti i giorni. Porre l'accento sulle differenze che contraddistinguono gli individui ha permesso di aprire una riflessione sul tema della diversità come ricchezza e valore da preservare. Si sono sensibilizzati docenti e genitori sull'importanza che hanno i comportamenti adattivi, proattivi e socialmente adeguati e sul ruolo che la scuola ha nello sviluppo di quest'ultimi. Da un punto di vista comportamentale, si è potuto porre l'accento sullo sviluppo di atteggiamenti collaborativi anche in alunni egocentrici ed introversi, sulla facilitazione della comunicazione in generale, ma soprattutto della comunicazione emotiva e l'importanza dei comportamenti pro-sociali, mediante l'utilizzo di storie o favole "psicologicamente orientate", cercando di orientare lo sviluppo emozionale del bambino, anche attraverso dei modelli di ruolo dai quali imparare i comportamenti, cercando di identificare i propri vissuti emotivi ed esprimerli in modo appropriato.

Conclusioni

Il ruolo delle emozioni, indipendentemente dalle teorie di riferimento, rimane cruciale per ogni psicologo clinico. Oggi, quando finalmente gli psicologi sono entrati a pieno titolo nelle scuole, dobbiamo interrogarci sul ruolo che questa figura deve avere. Non possiamo più pensare che il ruolo dello psicologo debba essere quello del professionista interpellato solo "in caso di necessità". Le necessità di intervenire a tutti e tre i livelli di prevenzione, pone l'accento soprattutto sulla questione della prevenzione primaria che spesso rimane relegata a una mera definizione accademica. Il tema dell'educazione all'emotività e all'affettività deve essere considerato cruciale sin dalla primissima infanzia. I percorsi di alfabetizzazione emotiva, volti dunque, a far acquisire ai più piccoli maggiore consapevolezza rispetto al proprio agire e sentire, acquisiscono una percezione di sé e rendono più facile il riconoscimento e l'esposizione di ciò che l'individuo esperisce. La condivisione sociale delle emozioni, mediante il processo di riappropriazione del proprio vissuto attraverso la riconfigurazione linguistica deve attuarsi sin da subito a tutti i livelli e su tutti i fron-

ti. Una scuola che voglia dirsi moderna e attenta alle sempre più cangianti necessità dei propri alunni deve essere pronta ad assumersi il compito di contribuire alla costruzione della dimensione emotiva-relazionale. Le competenze emotive fondamentali, sia personali (determinano il modo in cui controlliamo noi stessi), sia sociali (determinano il modo in cui amministrano le relazioni con gli altri), comprendono cinque elementi: 1 consapevolezza di sé (conoscere in ogni istante i propri stati interiori per gestire meglio scelte e decisioni personali); 2 autocontrollo (regolare le proprie emozioni per fronteggiare ogni situazione); 3 motivazione (tendenze emotive per guidare se stessi al raggiungimento di obiettivi); 4 empatia (percepire i sentimenti degli altri, essere in grado di adottare la loro prospettiva); 5 abilità sociali (gestire bene le emozioni nelle relazioni e saper leggere accuratamente le situazioni sociali per avere massima efficacia). Queste abilità comprendono: comunicazione, leadership, gestione del conflitto, collaborazione e cooperazione. Di contro, l'analfabetismo emozionale e relazionale rappresenta sicuramente una forte dose di rischio e pericolo per la società, perché le competenze e motive fondamentali risultano non sviluppate. L'esclusione o la marginalizzazione nei programmi scolastici di spazi da destinare alla formazione emozionale, è un indicatore negativo che può spiegare, tra l'altro, l'impotenza delle istituzioni scolastiche di fronte all'aumento delle difficoltà e del disagio, oltre all'insorgenza di alcuni disturbi fra gli adolescenti e i bambini (Mariani, 2001).

Bibliografia

- Arciero, G. (2002) "Studi e dialoghi sull'identità personale", Torino, Bollati Boringhieri.
- D'Urso, V., & Trentin, R. (2007) "Introduzione alla psicologia delle emozioni", Roma, Laterza.
- Ekman, P., & Friesen, W.V., (2007) "Giù la maschera. Come riconoscere le emozioni dall'espressione del viso", Milano, Giunti.
- Ekman, P. (1984) "Expression and the nature of emotion", Erlbaum, Hillsdale, NY
- Fonzi, A. (2001) "Manuale di psicologia dello sviluppo", Milano, Giunti.
- Galatu, D. (2002) "Prospettive sulle emozioni e teorie del soggetto", Torino, Bollati Boringhieri.
- Mercenaro, S. (2006) "La mente emotiva", Roma, Carocci

Le Difficoltà di Calcolo e l'Ansia Matematica. Uno studio sulla Scuola Secondaria di Primo Grado

Rosanna Arpino*, Cristina Semeraro**, Alessia Destratis*, Valentina Massaro*, Adriana Molin***, Silvana Poli***

* Psicologa, Direttore dell'Associazione C.N.I.S. (Prof.ssa Daniela Lucangeli - Università degli Studi di Padova), specializzata in Psicopatologia dell'Apprendimento Università di Padova. Istituto di Ricerca Interdisciplinare SU.MI.PA.

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

*** Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università degli Studi di Padova

Riassunto

Diversi studi evidenziano come tanti studenti sperimentano ansia e senso di inadeguatezza in compiti che coinvolgono le abilità di calcolo (Ashcraft, 2002; Maloney e Beilock, 2012) e supportano l'idea che l'alunno sia influenzato nell'apprendimento della matematica da tali sentimenti e come questi siano associati ad un minore rendimento in questa disciplina (Lee, 2009).

Gli studi sulle "convinzioni" permettono di affermare che l'apprendimento di uno studente è orientato dal proprio Sé. Tali idee del tutto soggettive e non legate alle conoscenze oggettive connesse alla disciplina, svolgono un ruolo di filtro rispetto all'apprendimento e interpretazione delle nuove informazioni (Boscolo, 1997).

Questo sistema di idee influenza l'apprendimento dell'alunno, fornendogli, a seconda dei casi, un valido supporto per sostenere gli sforzi nel processo di apprendimento, oppure un condizionamento negativo che rende vano ogni tentativo di riuscita (Demarchi, 2015). L'intento del presente studio è stato quello di indagare la competenza oggettiva nell'area del calcolo e la competenza soggettiva intesa come l'ansia percepita rispetto all'apprendimento matematico e alla valutazione matematica ed infine l'ansia scolastica generalizzata.

Lo studio è stato condotto su un gruppo di 54 alunni frequentanti la scuola secondaria di primo grado di un Istituto Comprensivo della provincia di Taranto.

La ricerca ha evidenziato come le prestazioni in matematica peggiorino all'aumentare della classe di frequenza e come, buone prestazioni nell'area del calcolo corrispondono a più bassi livelli di ansia nelle tre dimensioni: Ansia da Apprendimento Matematico, Ansia da Valutazione Matematica e Ansia Scolastica Generalizzata.

Parole chiave: *Ansia Matematica, Discalculia, Ansia Scolastica Generalizzata, Apprendimento, Immagine di sé.*

Introduzione

La matematica è una disciplina che non solo trova una sua collocazione all'interno dei percorsi scolastici di ogni ordine e grado ma è presente in quasi tutti i settori della conoscenza e, in modo diretto e indiretto, influenza la vita di ogni persona. Tuttavia non sono pochi gli studenti che sviluppano avversione ed insofferenza per questa disciplina, creando un *loop negativo*, che costituisce un forte ostacolo all'apprendimento. Ricerche recenti hanno confermato che esiste una forte relazione tra fattori cognitivi ed affettivi (Zan, 2000).

In letteratura ci si riferisce con il termine *matofobia* o ansia per la matematica allo stato in cui versa l'alunno che si trova a dover fronteggiare una situazione in cui è richiesta una sua performance sulla disciplina, con conseguenze negative sui risultati prodotti (Gattuso et al., 1989; Felicetti e Giraffa, 2011) e comparsa di sentimenti di inadeguatezza. Tale sensazione può provocare un senso di scarsa autoefficacia che può produrre insicurezza generalizzata, la quale influisce sul controllo dei processi di pensiero, con conseguenze di basso rendimento al momento della prestazione.

Vi possono essere diversi fattori che ne favoriscono l'espressione, quali: il sistema scolastico, le modalità di interazione tra studenti e docenti, la condizione socio-economica, il background familiare degli studenti e le credenze degli studenti stessi rispetto alla materia.

I principali indicatori di prestazione accademica nell'ambito delle discipline matematiche nell'Unione Europea sono ottenuti attraverso le prove dell'indagine PISA e il test TIMMS. Il TIMMS cerca di conoscere il livello delle prestazioni accademiche degli studenti di un paese

comparando i risultati con quelli di altri sistemi educativi. Il TIMMS comprende quattro livelli con un punteggio massimo di 625 ed un punteggio medio di 519. Nel 2011 i risultati del test hanno evidenziato che paesi come Spagna, Italia, Polonia e Austria sono al di sotto della media di 519 punti (Italia, 489 punti). Alcune ricerche hanno dimostrato che basse prestazioni accademiche in matematica non sono solo di natura cognitiva ma esiste anche un aspetto emotivo che si esprime sotto forma di ansia. A tal proposito l'indagine EURDYCE (2011) distingue il concetto di motivazione intrinseca ed estrinseca. La motivazione intrinseca conduce all'auto-efficacia e al successo nelle prestazioni matematiche e, ingloba concetti come autostima, stress ed ansia. La motivazione estrinseca si riferisce alla valutazione della prestazione accademica.

Alcune ricerche hanno dimostrato che basse prestazioni sono correlate agli atteggiamenti degli studenti. Un atteggiamento negativo è stato correlato a scarsi risultati scolastici nell'ambito della disciplina della matematica e ad alti livelli di ansia (Moreno-García, e García -Santillán, 2016). Inoltre, Akey (2006) ha mostrato nei suoi studi una relazione positiva tra atteggiamento nei confronti della disciplina e prestazioni matematiche.

Altri studi definiscono l'ansia in matematica come un sentimento di tensione, apprensione o paura che interferisce con le prestazioni matematiche (Ashcraft, 2002). Sono stati identificati sintomi fisiologici dell'ansia in matematica come palpitazioni, vertigini, aumento di sudorazione e mani sudate, così come indicatori psicologici quali sentimenti di impotenza, preoccupazione e paura di non essere in grado di superare le prove di matematica. Questi sintomi sono stati riscontrati in studenti di diversi gradi di scuola.

Alcuni studi sostengono che gli insegnanti potrebbero rendere difficile la situazione attraverso le loro convinzioni e atteggiamenti. Degli insegnanti ansiosi, negativi o propensi ai metodi di ripetizione mnemonica nelle loro lezioni influenzano il percorso dei loro alunni, incrementando l'ansia per la matematica (Kirkland, 2016).

Spielberg (1972) distingue lo stato di ansia e il tratto di ansia. Il primo riguarda una condizione emotiva la cui intensità varia nel tempo e nello spazio rispetto a date situazioni, il tratto di ansia

invece è un sentimento più stabile nel tempo, che comprende varie situazioni, ed è legata maggiormente alla personalità del soggetto.

Diversi studi evidenziano come tanti studenti sperimentano ansia e senso di inadeguatezza in compiti che coinvolgono le abilità di calcolo (Ashcraft, 2002; Maloney e Beilock, 2012) e supportano l'idea che l'alunno sia influenzato nell'apprendimento della matematica da tali sentimenti e come questi siano associati ad un minore rendimento in questa disciplina (Lee, 2009), questo avviene poiché l'ansia determina un'interferenza cognitiva rispetto alla manipolazione dei numeri e alla capacità di problem solving sia nella vita quotidiana sia in situazioni accademiche.

L'ansia assume un ruolo determinante in matematica sia nell'influenzare la qualità dell'esperienza che si sta vivendo, sia nel condizionare le scelte di studio future. I soggetti ansiosi tendono infatti ad evitare più spesso i compiti e i percorsi di studio che comportano aspetti matematici. Tale componente sembra non essere la semplice conseguenza di una difficoltà cognitiva poiché può essere osservata anche negli studenti che ottengono risultati positivi.

Il gruppo di ricerca di Ian Lyons (2012) ha individuato che di fronte ad un compito di matematica si attivano le aree del cervello connesse alla percezione del dolore (l'insula dorsale posteriore) e alle situazioni di pericolo (le cortece cingolate mediali). Nei soggetti ansiosi in queste regioni cerebrali si intensifica l'attività metabolica (il segnale BOLD) appena si trovano di fronte ad un compito di matematica, mentre nel cervello dei soggetti con bassa risposta ansiosa non si verificano questi schemi di attivazione.

E' interessante l'interpretazione che ne dà Lyons: «l'ansia si manifesta durante la fase anticipatoria, c'è già prima di eseguire il compito». Infatti, l'attivazione neurale quando si prova dolore e paura, (correlati all'ansia) non si manifesta durante il compito ma prima. Questo significa che non è la matematica in sé stessa a "far soffrire" ma la convinzione che possa essere dolorosa. Basta la sola anticipazione perché nel nostro cervello si attivino i circuiti nervosi deputati all'elaborazione del dolore e dare l'allarme di pericolo.

Il problema non è dato dai "numeri" ma l'interpretazione psicologica che in certe condizioni

procura, una sofferenza preliminare tale da mettere a rischio la prestazione.

Metodo

Obiettivi dello studio

L'intento del presente studio è stato quello di indagare la competenza oggettiva nell'area del calcolo ed in particolare nei processi semantici e sintattici connessi al dominio del numero. Inoltre, indagare la competenza soggettiva nell'area del calcolo: l'ansia percepita rispetto all'Apprendimento Matematico, alla Valutazione Matematica e l'Ansia Scolastica Generalizzata ed esaminare la relazione tra competenza oggettiva e soggettiva nel calcolo.

Campione

Il campione è costituito da un gruppo di 54 alunni frequentanti la scuola secondaria di primo grado dell'Istituto Comprensivo "Gianni Rodari" della provincia di Taranto, così costituito:

- Classe Prima: 23 alunni (12 M e 11 F), età media 11,2 anni (DS 0,4)
- Classe Seconda: 15 alunni (8 M e 7 F), età media 12,5 anni (DS 0,5)
- Classe Terza: 16 alunni (6 M e 10 F), età media 13,2 anni (DS 0,4);

Sono stati esclusi dal campione gli alunni con diagnosi di disabilità e patologie neurocognitive e/o genetiche. L'intero campione è stato valutato attraverso prove collettive.

Per tutti i soggetti prima di procedere con la somministrazione delle diverse prove è stato richiesto consenso informato alle famiglie.

Procedure

Il Progetto di Ricerca è stato svolto in collaborazione con l'Istituto di Ricerca Interdisciplinare SU.MI.PA di Taranto e l'Istituto Scolastico. Le classi sono state individuate sulla base di attribuzione casuale.

La somministrazione dei diversi strumenti di valutazione ha seguito il medesimo ordine nelle tre classi: è stato inizialmente valutato il funzionamento cognitivo generale, successivamente sono state valute le competenze oggettive nell'area del

calcolo ed infine lo stato emotivo e le credenze connesse alla matematica.

Strumenti

Gli strumenti di valutazione selezionati per il presente studio sono stati:

- Il test Cattell (Cattell et al., 1949) per la valutazione del funzionamento cognitivo generale al fine di escludere soggetti con alterazioni del funzionamento; il Cattell è un test di intelligenza libero da fattori culturali, ovvero un test culture-fair (cultura equa);
- Il test AC-MT 11-14 (Cornoldi e Cazzolla, 2004) per la valutazione della competenza oggettiva nell'area del calcolo, è un test per la valutazione delle abilità matematiche di grande rilevanza, in quanto uno dei pochi strumenti in Italia capaci di indagare le abilità di calcolo e problem solving in ragazzi dagli 11 ai 14 anni. È un test di agile somministrazione, che permette di valutare in maniera differenziata i diversi aspetti dell'apprendimento matematico: abilità nel calcolo scritto e orale, capacità di comprensione e produzione dei numeri, abilità di ragionamento aritmetico, velocità di calcolo e capacità nel problem solving. Le prove utilizzate sono state: "Operazioni", "Espressioni aritmetiche" (non presenti per la classe prima) "Qual è il più grande", "Trasforma in cifre scritte", "Completa la serie", "Trascrivi in cifre i seguenti numeri". Inoltre sono state somministrate le prove Calcolo approssimativo e Fatti, procedure e principi che prevedono un tempo massimo di svolgimento di due minuti
- Il test MEMA (Caponi et al., 2012) per indagare la competenza soggettiva nell'area del calcolo, l'Ansia percepita rispetto all'Apprendimento Matematico, alla Valutazione Matematica e l'Ansia Scolastica Generalizzata. L'Ansia da Apprendimento è intesa come un complessivo atteggiamento negativo nei confronti dell'intera disciplina. L'Ansia da Valutazione richiama il forte legame tra la paura e la matematica e l'ansia di essere sottoposti a un giudizio sociale reale o interiorizzato.

Analisi

Per le analisi sono state impiegate le misure continue di ciascuna abilità ovvero i punteggi grezzi. Non è stato evidenziato un effetto del genere nelle prestazioni delle tre classi tra maschi e femmine ($-1.25 < t(54) < .58$, ns). Inoltre, è stato effettuato un controllo sulla prestazione intellettuale dal quale è emerso che tutti gli studenti hanno un funzionamento cognitivo nella norma.

Il grafico 1, mostra i punteggi medi della classe prima nel test AC-MT. Confrontando i dati del campione sperimentale con quello normativo non si evidenziano particolari difficoltà. Le abilità di

calcolo nei diversi domini risultano adeguate per età e scolarità.

Il grafico 2, mostra i punteggi medi della classe seconda, nel test AC-MT. La distribuzione dei punteggi medi evidenzia come le aree critiche sono individuate nel ragionamento logico (serie numeriche) e nel calcolo a mente (fatti numerici).

Il grafico 3, mostra i punteggi medi della classe terza, nel test AC-MT. La distribuzione dei punteggi medi evidenzia come le aree critiche sono individuate nel ragionamento logico (serie numeriche) e nel calcolo a mente (approssimazione e fatti numerici).

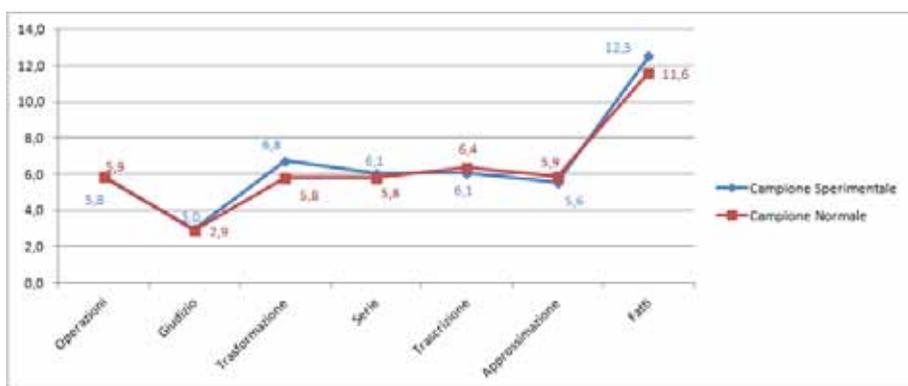


Grafico 1:
Distribuzione punteggi medi AC-MT classe prima

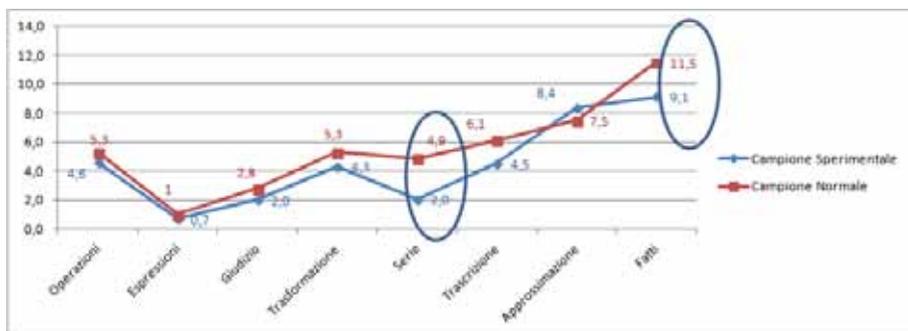


Grafico 2:
Distribuzione punteggi medi AC-MT classe seconda

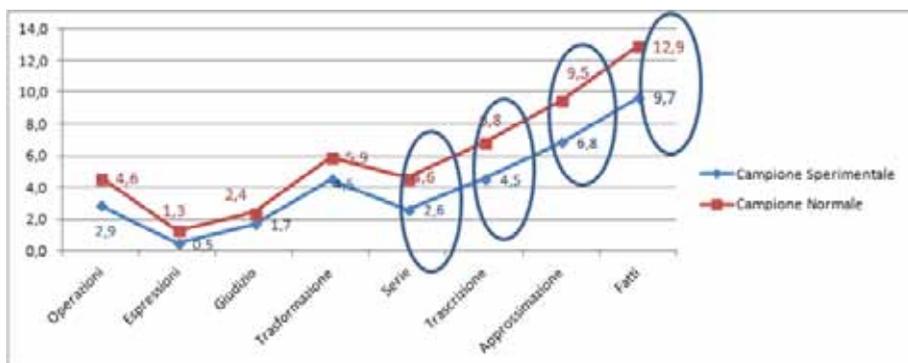


Grafico 3:
Distribuzione punteggi medi AC-MT classe terza

A seguito della somministrazione del Test MEMA, i dati raccolti esprimono il profilo di funzionamento degli alunni, in riferimento allo stato emotivo e affettivo connesso all'Apprendimento e Valutazione Matematica ed Ansia Scolastica Generalizzata. In particolare i dati raccolti sono espressi in punti T. I punti T sono punteggi standardizzati che confrontano la prestazione del soggetto con la prestazione del campione di riferimento. Un punto T pari a 50 sta ad indicare una situazione perfettamente coincidente con quella del campione normativo, mentre 10 punti T rappresentano la misura della deviazione standard campionaria. Per tutte e tre le classi coinvolte i punteggi compresi tra 40 e 60 rientrano in un range identificato con una prestazione nella norma. Le situazioni descritte invece da punteggio superiore a 60 andrebbero monitorate poiché evidenziano stati ansiosi elevati, al di sopra della norma, o difficoltà nel controllo dell'ansia stessa. Al contrario le situazioni descritte da punteggio inferiore a 40 sono da considerarsi indicative di un livello d'ansia piuttosto basso rispetto a quello medio o di poca consapevolezza a riguardo.

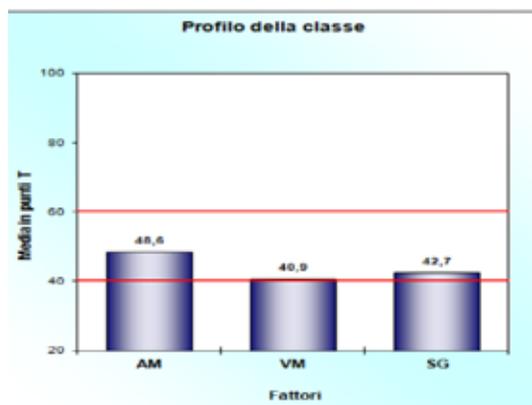


Grafico 4: Profilo della classe prima

Dal grafico 4 riferito alla classe prima, possiamo evidenziare come il fattore più elevato all'interno di questa classe sia quello relativo all'Ansia da Apprendimento Matematico (AM) pari a 48,6 punti T, tale punteggio risulta però in norma e rappresenta le credenze e l'atteggiamento degli studenti nei riguardi della disciplina; segue il fattore

Ansia Scolastica Generalizzata (SG) pari a 42,7 punti T anch'esso in media rispetto al campione normale. Il fattore più basso è quello relativo all'Ansia da Valutazione Matematica (VM) 40,9 punti T relativo alle credenze che i ragazzi hanno circa l'insegnante e le valutazioni, anche in questo caso risulta essere in media.

Sempre per la classe prima, per quel che riguarda i grafici lineari di Ansia da Apprendimento Matematico (AM), Ansia da Valutazione Matematica (VM) e Ansia Scolastica Generalizzata (SG) i punteggi compresi tra 40 e 60 rientrano nella normalità e sono espressi dall'identificativo "B". Le situazioni descritte da un punteggio superiore a 60, identificativo "A" vanno monitorate con cura poiché evidenziano stati ansiosi elevati al di sopra della norma così come, le situazioni descritte dai punteggi inferiori a 40, identificativo "C" sono da considerarsi sintomi di stati ansiosi ben controllati al di sotto della norma.

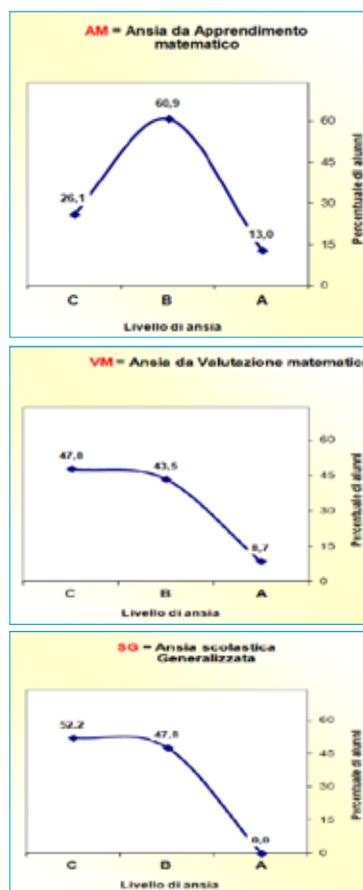


Grafico 5: Grafici Lineari Ansia da Apprendimento Matematico (AM), Ansia da Valutazione Matematica (VM) e Ansia Scolastica Generalizzata (SG) classe prima

Nel grafico 5 sono rappresentate le percentuali degli alunni:

- “Ansia da Apprendimento Matematico”: il 60,9% degli alunni ha livelli di ansia in norma mentre, il 13% degli alunni presenta stati ansiosi elevati al di sopra della media e, il 26,1% ha livelli d’ansia piuttosto bassi rispetto alla norma.
- Ansia da Valutazione Matematica: il 43,5% degli alunni presenta un livello di ansia in media, l’8,7% un livello superiore mentre, il 47,8% mostra livelli molto bassi.
- Ansia Scolastica Generalizzata: il 47,8% degli alunni mostra livelli di ansia in media, mentre il 52,2% mostra livelli d’ansia piuttosto bassi. Nessun soggetto mostra stati ansiosi elevati rispetto alla norma per quel che riguarda l’ansia generalizzata.

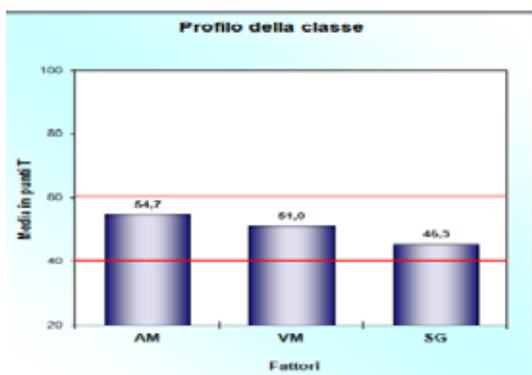


Grafico 6: Profilo della classe seconda

Per quel che riguarda il profilo della classe Seconda si osserva che (grafico n. 6), anche in questo caso il fattore più elevato è quello relativo all’Ansia da Apprendimento Matematico pari a 54,7 punti T, segue il fattore Ansia da Valutazione Matematica pari a 51,0 punti T. Il fattore più basso con 45,3 punti T, relativo alla Ansia Scolastica Generalizzata. Tutti i livelli d’ansia per i tre fattori risultano in norma.

Osservando i grafici lineari di Ansia da Apprendimento Matematico, Ansia da Valutazione Matematica e Ansia Scolastica Generalizzata (grafico n. 7) possiamo evidenziare quanto segue:

- Ansia da Apprendimento Matematico: il 60% degli alunni del gruppo classe si colloca nella fascia B mostrando livelli di ansia in norma, il 13,3% si colloca nella fascia C mostrando livelli inferiori rispetto alla norma mentre, il 26,7% si colloca nella fascia A relativa agli stati ansiosi elevati rispetto alla norma.
- Ansia da Valutazione Matematica si denota che il 53,3% degli alunni si colloca nella fascia B con livelli d’ansia in media, il 13,3% si colloca nella fascia C con livelli inferiori rispetto alla norma e il 33,3% si colloca nella fascia A con stati ansiosi elevati.
- Ansia Scolastica Generalizzata: il 73,3% degli alunni si colloca nella fascia B con livelli d’ansia in norma mentre il 26,7% si colloca nella fascia C con livelli bassi rispetto alla norma. Nessuno dei soggetti si colloca all’interno della fascia A.

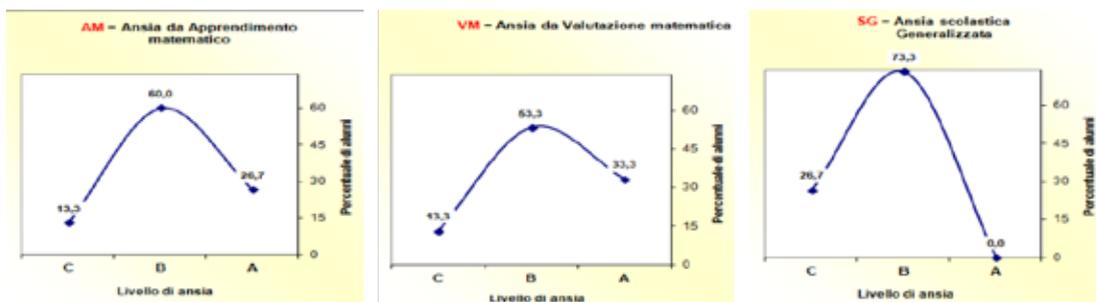


Grafico 7: Grafici Lineari Ansia da Apprendimento Matematico (AM), Ansia da Valutazione Matematica (VM) e Ansia Scolastica Generalizzata (SG) classe seconda

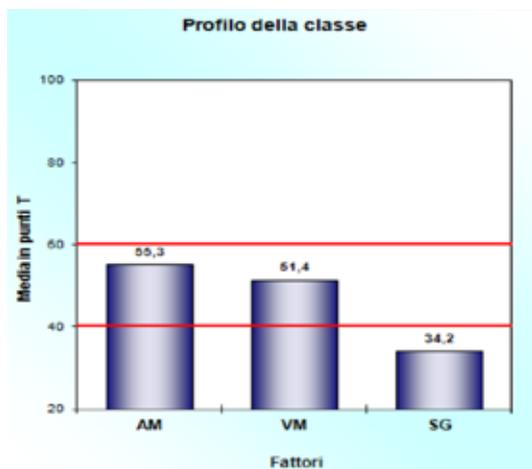


Grafico 8: Profilo della classe terza

Dal profilo di funzionamento della classe terza (grafico n.8) si osserva come, anche in questo caso, il fattore con livelli più elevati di ansia è rappresentato dall'Ansia da Apprendimento Matematico pari a 55,3 punti T, segue il fattore Ansia da Valutazione Matematica con il 51,4 punti T. Entrambi i fattori risultano nella norma. Per quel che riguarda il fattore Ansia Scolastica Generalizzata, esso è pari al 34,2 punti T. Per tale fattore il gruppo classe si colloca al di sotto del cut off dei 40 punti T e rispecchia livelli d'ansia piuttosto bassi rispetto alla norma oppure poca consapevolezza.

Osservando i grafici lineari di Ansia da Apprendimento Matematico, Ansia da Valutazione Matematica e Ansia Scolastica Generalizzata

(grafico n. 9) possiamo evidenziare quanto segue:

- Ansia da Apprendimento Matematico: il 56,3% degli alunni si colloca nella fascia B quindi in norma, il 6,3% si colloca nella fascia C con livelli d'ansia bassi rispetto alla norma e il 37,5% si colloca nella fascia A, con stati ansiosi elevati rispetto alla norma.
- Ansia da Valutazione Matematica: il 75% degli alunni si colloca nella fascia B, con livelli d'ansia nella norma, il 6,3% si colloca nella fascia C con livelli d'ansia bassi rispetto alla media e il 18,8% invece si colloca nella fascia A con livelli di ansia elevati, superiori rispetto alla norma.
- Ansia Scolastica Generalizzata: il 31,3% degli alunni si colloca nella fascia B in norma mentre, il 68,8% si colloca nella fascia C con livelli d'ansia piuttosto bassi rispetto alla norma. Possiamo notare come nessuno degli alunni rientri all'interno della fascia A.

Conclusioni

La ricerca ha evidenziato che le prestazioni in matematica peggiorano all'aumentare della classe di frequenza e che buone prestazioni nell'area del calcolo corrispondono a più bassi livelli di ansia nelle tre dimensioni: Ansia da Apprendimento Matematico, Ansia da Valutazione matematica e Ansia scolastica Generalizzata.

La dimensione Ansia da Apprendimento Matematico assume livelli maggiori al progredire della classe frequentata, la dimensione Ansia da Valutazione matematica assume livelli maggiori nella classe seconda.

L'ansia nella valutazione matematica sembra

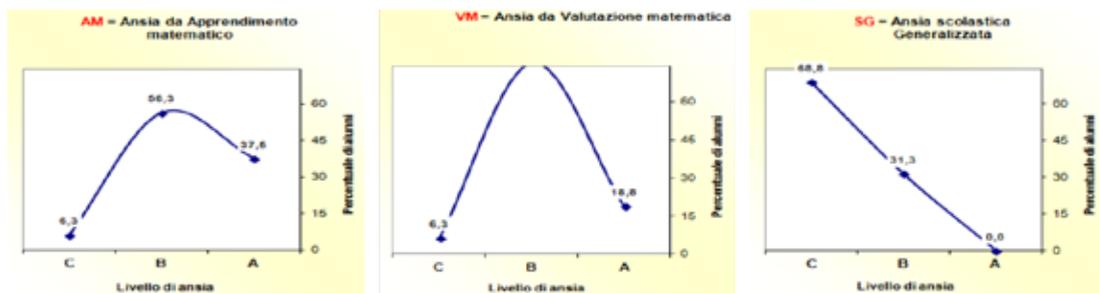


Grafico 9: Grafici Lineari Ansia da Apprendimento Matematico (AM), Ansia da Valutazione Matematica (VM) e Ansia Scolastica Generalizzata (SG) classe terza

non mostrare un rapporto significativo con l'ambiente classe, in altre parole l'ansia sembra maggiormente connessa al processo di valutazione per verificare le conoscenze matematiche; quest'ultima probabilmente non dipende dall'ambiente e dal contesto in cui vive lo studente ma potrebbe essere collegata alle motivazioni personali e agli obiettivi di ogni studente.

La dimensione Ansia Scolastica Generalizzata assume livelli minori al progredire delle classi di frequenza, questo dato indica un minor coinvolgimento di aspetti non direttamente connessi al calcolo, indicando probabilmente che con il progredire della scolarità l'ansia per la matematica sia meno generalizzata ma più connessa agli apprendimenti specifici.

In quest'ottica diventa di fondamentale importanza indagare ulteriormente nella pratica d'insegnamento la profonda interazione tra cognizione e emozioni.

La matematica è una tra le discipline che maggiormente scatena emozioni negative, che diventano stabili e spesso sfociano in atteggiamenti di rifiuto verso la disciplina, bloccando i processi di pensiero. È esattamente il bisogno di spiegare il fallimento in un contesto di problem solving degli studenti di più alta scolarità, che sembrano comunque possedere le risorse cognitive necessarie al fine di affrontare adeguatamente le prestazioni accademiche. Diventa fondamentale in quest'ottica approfondire l'influenza di fattori emotivi sui processi di controllo. L'importanza delle emozioni nello studio della matematica è stata limitata inizialmente agli studi sull'ansia, fondati su metodi e teorie psicologiche. In seguito, l'interesse delle ricerche si è esteso all'intera gamma delle emozioni, dapprima nel campo del problem solving, successivamente agli aspetti più dominio-generalizzati connessi all'apprendimento della matematica.

Nonostante i differenti approcci alle emozioni nell'apprendimento della matematica vi sono dei punti in comune: le emozioni implicano diverse reazioni fisiologiche e in diversi modi influiscono sui processi cognitivi, inoltre viene evidenziata l'importanza degli aspetti sociali, come l'ambiente di apprendimento. Le emozioni sono considerate essere funzionali, con un ruolo chiave nelle strategie di adattamento e di scelte decisionali; in quest'ottica questo studio si propone di approfon-

dire attraverso indagini future quali siano i substrati emotivi maggiormente connessi alla prestazione matematica.

Bibliografia

- Akey, T.M., (2006). School Context, Student Attitudes and Behavior, and Academic Achievement. *MDRC Building Knowledge to Improve Social Policy*.
- Ashcraft, M. H. (2002). Higher cognition is altered by noncognitive factors: How affect enhances and disrupts mathematics performance in adolescence and young adulthood.
- Boscolo, P., (1987). Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi ed emozionali. *UTET Libreria*, Torino.
- Felicetti, V.L. e L.M.M. Giraffa, (2011). Aprendizagem matemática e a relação entre formação docente, práticas metodológicas e matofobia. *Relação apresentada XIII CIAEM-IACME, Recife, Brasil*, 2011.
- Gattuso, L. et al., (1989). Quelques aspects sociaux et affectifs de l'enseignement des mathématiques ou le vécu des mathophobes. *Revue des sciences de l'éducation*, 15(2), 193-218.
- Kirkland, H., (2016). "Math Anxiety": Isn't it Just a Dislike for Learning Mathematics?. *Mathematics Teaching*
- Lee, J., (2009). Self-constructs and Anxiety Across Cultures. *ETS Research Report Series*, 2009(1), 1-35.
- Lyons, I. M. e Beilock S.L., (2012). When Math Hurts: Math Anxiety Predicts Pain Network Activation in Anticipation of Doing Math. *PLoS ONE* 7(10).
- Maloney, E. A., & Beilock, S. L. (2012). Math anxiety: Who has it, why it develops, and how to guard against it. *Trends in cognitive sciences*, 16 (8), 404-406.
- Moreno-García E. e García -Santillán A., (2016). Factors that Explains Student Anxiety toward Mathematics. *Euroasia Journal of Mathematics, Science & Tecnology Education*, 12(2), 361-372.
- Spielberg D. et al., 1971. State-Trait Anxiety Inventory. *Professional Psychology*, 3 (4), 389-390.
- Zan, R., (2000). Emozioni e difficoltà in matematica. L'insegnamento della matematica e delle scienze integrate. *23 A, 3 e 4*.

Interazione medico-paziente affetto da dolore cronico, la letteratura scientifica psicologica a confronto con quella biomedica: dati preliminari

V. Monticelli*, F. Lacerenza**, C. Finamora***, F. La Mura****

* Psicologa, esperta in tecniche cognitive-comportamentali per la gestione dell'ansia

** Psicologa, specializzanda Psicoterapia Sistemico-Relazionale

***Psicologa, esperta in gestione e sviluppo delle risorse umane

****Medico Anestesista Rianimatore, ASLBAT

Riassunto

Considerato lo scenario attuale degli ambiti sanitari deputati al trattamento del dolore cronico, si rileva l'applicazione di differenti interventi: da quelli farmacologici a quelli che si avvalgono di stimolatori o tecniche chirurgiche, che non sempre riescono a controllare totalmente il sintomo. Il dolore è un fenomeno complesso che riconosce alla base tanti fattori, sia di tipo neurofisiologico che psicologico. Quest'ultima componente può risentire solo limitatamente degli approcci unicamente farmacologici e ciò viene anche dimostrato dall'analisi della letteratura scientifica psicologica, messa a confronto con quella biomedica. Tuttavia i dati preliminari, relativi alla ricerca condotta nell'ambito, suggeriscono una discrepanza fra la coerenza della tematica psicologica, con un'evidente carenza di articoli scritti da psicologi circa la relazione medico-paziente affetto da dolore cronico e non, rispetto a quelli scritti da medici, sociologi ed esperti di comunicazione. L'interesse per lo studio del dolore fisico associato al dolore psicologico riveste un ruolo centrale, ponendo attenzione alla persona vista nella sua totalità e non considerando solo la sua malattia e il dolore fisico. La relazione medico-paziente, pertanto, dovrebbe basarsi su elementi tecnici ma anche emotivi.

Parole chiave: dolore, interazione, letteratura scientifica, Pubmed.

Introduzione

La medicina da sempre è protagonista di una evoluzione scientifica, ma altrettanto rilevante

è l'importanza della relazione medico-paziente dove è necessario considerare non solo i sintomi clinici della malattia, ma anche l'aspetto psicologico e il vissuto emotivo rispetto alla stessa, per poter favorire una buona "compliance". Dall'analisi della letteratura scientifica basata sulle evidenze, si riscontra la presenza di diverse forme di terapia su base psicologica, complementari alla terapia farmacologica, volte a controllare in modo



più efficace il dolore. Il dolore è un'esperienza multidimensionale con componenti essenziali di tipo psicologico, affettivo, cognitivo, comportamentale e sociale. In diverse parti del mondo, l'approccio biomedico, però, rimane il metodo predominante nel trattamento del dolore cronico. Lo studio corrente è diretto a valutare quanti articoli, nel panorama internazionale sono stati accettati negli ultimi '70 anni, circa la relazione medico-paziente, e quanti effettivamente coinvolgono nella stesura degli stessi la figura professionale dello psicologo, che nell'ambito del trattamen-

to delle cure palliative e quindi anche del dolore cronico, dovrebbe rappresentare un punto di riferimento. La necessità di costituire una situazione alla pari tra le figure professionali dello psicologo e del medico, è evidente, tanto da sottolineare l'importanza del ruolo della psicologia come reale contributo in termini di ricerca scientifica e di promozione della salute del soggetto. L'azione e la ricerca congiunta, di medico, psicologo e altre figure qualificate, permette di incrementare il livello di fiducia del paziente, l'alleanza terapeutica e la sua soddisfazione nei confronti dell'assistenza medico-sanitaria.

Obiettivi

L'intento del gruppo di lavoro, è quello di evidenziare la discrepanza fra la cogenza della tematica psicologica, e la carenza di articoli scritti da psicologi nell'ambito della letteratura scientifica, circa la relazione medico-paziente affetto da dolore cronico e non. Si cerca di indagare sulle motivazioni e sulle possibili spiegazioni di tale carenza, affinché si possano ottimizzare le risorse psicologiche sul campo, riconoscendo sia la natura multifattoriale dell'esperienza algica, sia l'importanza della sinergia tra la dimensione psichica e il lavoro completo svolto da una équipe multidisciplinare. Il crescente numero di pazienti con dolore cronico è diventato un problema serio in termini di qualità della vita, costi medici e problemi psicosociali.

Materiali e metodi

Lo Studio di Ricerca è stato effettuato su *Pubmed/Medline*, al Febbraio 2016. Tale sistema di ricerca è stato predisposto come strumento di lavoro condiviso dall'équipe. *Pubmed* è appunto, un motore di ricerca bibliografico gratuito, basato principalmente sul *database Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System)*, di letteratura scientifica per l'individuazione di informazioni biologiche, chimiche, mediche e anche psicologiche, attraverso l'accesso ad un archivio

bibliografico online del sistema *Medlars*. La ricerca è stata condotta su dati e articoli nell'ambito della letteratura scientifica psicologica messa a confronto con quella biomedica, mediante l'uso di parole chiave nella stringa di ricerca: **(Doctor, Patient, Interaction, Communication, Relationship/s)** nella sezione title/abstract con l'uso di AND/OR logico. Vengono considerati tutti gli articoli riguardanti l'arco temporale di 70 anni (1946-2016).

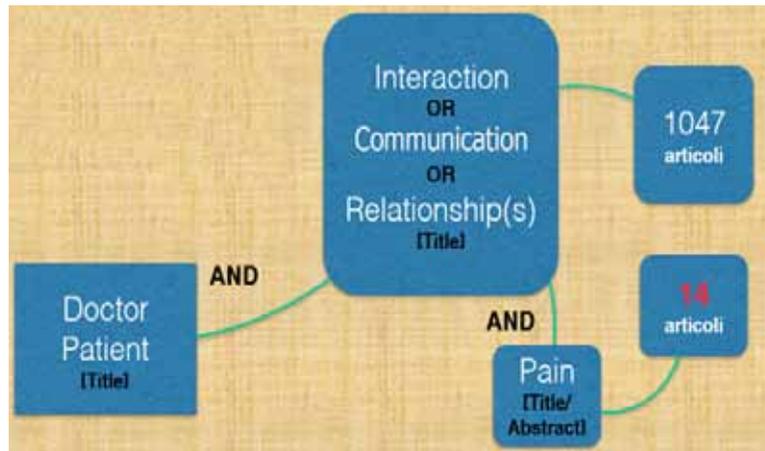


Fig. 1 Schema di ricerca su Pubmed/Medline, febbraio 2016

Risultati

Dai risultati ottenuti, è appurata la netta prevalenza dell'approccio biomedico, ancora oggi dopo 70 anni circa, rispetto all'approccio psicologico ed olistico (corpo-mente-emozioni), nell'ambito della letteratura scientifica, circa l'interazione medico-paziente affetto da dolore cronico. Nell'arco temporale di circa 70 anni (1946-2016), gli articoli che rispondono alla stringa di ricerca di cui al punto 1 sono 1041. Se si aggiunge, con un AND logico, la parola "pain" (nel titolo e/o nell'abstract) (punto 2), si ottengono 14 articoli. Restringendo ulteriormente il campo (Pain solo nel titolo), il totale degli articoli è 7 (su 1041). Gli autori degli articoli di cui al punto 1, sono al **61% Medici, 26% Sociologi/Esperti di Comunicazione**. Gli **Psicologi** autori degli articoli sono il **13%** del totale. Con la chiave di ricerca di cui al punto 2 e 3, notiamo che gli autori sono, nella pressoché totalità, Medici.

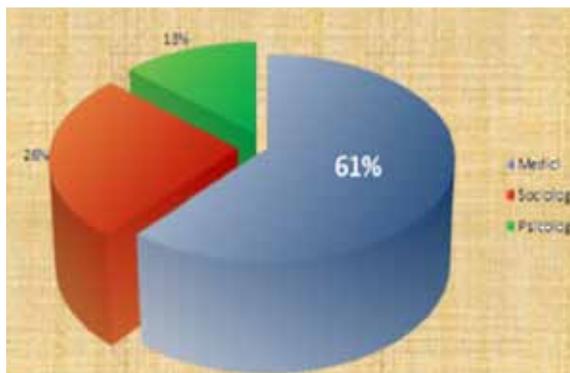


Fig.2 Grafico stratificazione in percentuale articoli scientifici: Medici, Sociologi, Psicologi

Conclusioni

Nonostante la Malattia-Dolore coinvolga la sfera psicologica, relazionale, affettiva, amicale e sociale in genere, l'occorrenza di Psicologi in qualità di autori di articoli scientifici in merito è quasi nulla. Fra le eventuali ipotesi e spiegazioni circa tale risultato, secondo la nostra prospettiva, potrebbero esserci:

- la marginalità della figura dello psicologo rispetto all'accettazione e al riconoscimento del suo contributo scientifico, probabilmente ritenuto poco oggettivo, statisticamente poco accurato, o troppo soggettivo, andando così ad incrementare il fenomeno dello stigma sociale nei riguardi di tale figura professionale.
- uno scarso interesse da parte dei ricercatori in Psicologia rispetto alla tematica scientifica dell'interazione medico-paziente affetto da dolore cronico.
- pregiudizio nei confronti della figura dello psicologo, con resistenza ad attribuire al suo intervento un efficace potere terapeutico circa il dolore cronico.

Bibliografia

Amadori, D. & De Conno, F. (2002). *Libro Italiano di Cure Palliative*. Roma: Poletto Editore.

Canestrari, R. & Godino A. (2007). *La Psicologia Scientifica. Nuovo tratta-*

to di psicologia generale. Bologna: CLUEB Editore.

Cesena, B.M. & Pea, G. (2012). *La statistica per le scienze biomediche*. Roma: libreriauniversitaria.it Editore.

Corrao, S. (2008). *Conoscere e usare Pubmed. Guida al più noto sistema di ricerca bibliografica in campo biomedico*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Farello, F. E. (2010). *Malattia ed evoluzione (comunicazione medico - paziente)*. Palermo: Nuova Ipsa Editore.

Magistrali, G. (2009). *La comunicazione che cura*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.

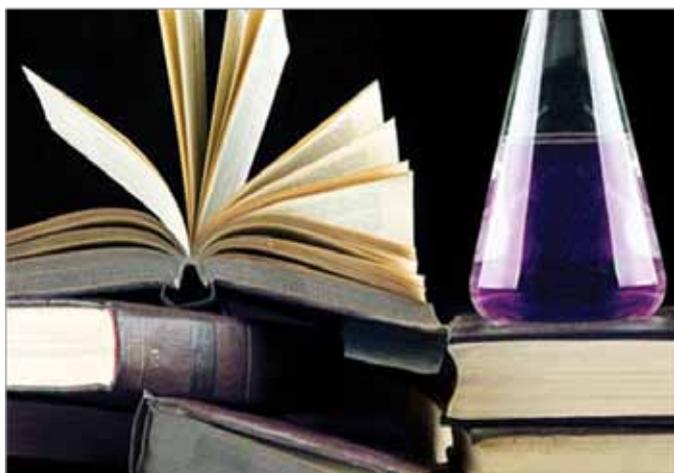
Molinari, E. & Castelnuovo, G. (2010). *Psicologia clinica del dolore*. Milano: Springer.

Moja, E. A. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Cortina Editore.

Sasso, L. & Aleo, G. (2010). *Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale*. Milano: Mondadori Editore.

Yamamoto K et al. (2010, 4:20). *Psychological characteristics of Japanese patients with chronic pain assessed by the Roscharch test*. BioPsychoSocial Medicine.

Zanus, L. & Leone, E. (2008). *L'approccio psicologico al dolore cronico*. Padova: UPSEL Domeneghini Editore.



Rilevanza psicologica nella relazione medico-paziente con dolore: studio sperimentale

F. Lacerenza*, V. Monticelli**, C. Finamora***, F. La Mura****

* Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Sistemico - Relazionale

** Psicologa, esperta in tecniche cognitive-comportamentali per la gestione dell'ansia

*** Psicologa, esperta in gestione e sviluppo delle risorse umane

**** Medico Anestesista Rianimatore, ASL BAT

RIASSUNTO

La relazione medico-paziente, è una relazione asimmetrica, ove non vi è una condizione di parità tra i due poli del rapporto; infatti mentre il paziente si presenta come un soggetto che soffre, conosce poco o nulla della propria malattia, richiedendo aiuto e, in forme più o meno esplicite anche protezione, (Iandolo, 1986, p.82), il medico riveste un ruolo socio-culturale di “dominanza”, conferitogli dalle conoscenze scientifiche e dalla sua competenza clinica.

Tuttavia, pur nella specifica asimmetria che caratterizza la relazione terapeutica, l'incontro medico-paziente si configura come una esperienza interpersonale che supera i limiti di un fatto meramente “tecnico”, in quanto essa implica una serie di elementi non solo razionali, bensì emotivi ed affettivi, che accomunano entrambi le parti.

Scopo del presente studio, è verificare se i Pazienti che si rivolgono al proprio Medico essendo affetti da Dolore Cronico, abbiano caratteristiche psicologiche peculiari rispetto alla popolazione di Pazienti che si rivolge al Medico per altre problematiche.

Parole chiave: medico-paziente, relazione, dolore, protocollo.

Introduzione

La capacità della medicina di curare la malattia ed il dolore cronico è aumentata, mentre la capacità di cura è diminuita, pertanto la relazione tra medico e paziente nel colloquio clinico è un investimento che ripaga

nel lungo periodo per il rafforzamento della compliance del paziente e del follow up.

La comunicazione efficace con i pazienti diventa parte attiva ed integrante del percorso medico assistenziale.

La comunicazione tra medico e paziente è il cuore della pratica medica, è in quel momento che si costruisce un'alleanza terapeutica, e si con-

divide un piano di trattamento in un contesto di guarigione.

L'abilità del medico di comunicare in modo efficace determina l'intensità della relazione stessa, influenza il livello di motivazione del paziente, contribuisce a far sì che aderisca al trattamento aumentando il livello di soddisfazione di entrambi.

Il medico può quindi svolgere un ruolo centrale nello stabilire con il malato un rapporto “che stimoli l'empatia, cioè la sensazione di essere compreso nelle proprie esigenze” (Ibidem, p. 49).

Kanizsa definisce l'empatia come “*il riuscire a percepire in modo corretto gli schemi di riferimento dell'altro con le sue armoniche soggettive e i suoi valori personali che si uniscono*”.

La compliance è uno degli elementi essenziali di quello che potremmo definire “iter della comunicazione medico - paziente”.

L'interrelazione fra dolore cronico e risvolti psicologici è descritta in letteratura da diversi decenni, ed anche statisticamente provata, sia per quel che riguarda la predisposizione psicologica a sviluppare dolore (Linton, 2011), sia circa l'impatto che il dolore cronico ha sullo sviluppo di caratteristiche psicologico-comportamentali peculiari (Yamamoto, 2010). Scopo del presente studio è verificare se i Pazienti che si rivolgono al proprio Medico essendo affetti da Dolore Cronico, abbiano caratteristiche psicologiche peculiari rispetto alla popolazione di Pazienti che si rivolge al Medico per altre problematiche. A tale scopo, abbiamo preso in considerazione un contesto di Medicina Ambulatoriale, predisponendo un protocollo atto a sondare l'interazione Medico-Paziente e la capacità reciproca di creare, o meno, alleanza.

Obiettivi

Il macro obiettivo del lavoro di gruppo è quello di evidenziare come i Pazienti che si rivolgono al proprio Medico, essendo affetti da Dolore Cronico, abbiano caratteristiche psicologiche specifiche rispetto alla popolazione di Pazienti che si rivolge al Medico per altre problematiche.

La somministrazione del protocollo costruito ad hoc, ha permesso di elaborare i seguenti obiettivi:

- Osservazione e valutazione della modalità comunicativa verbale ed extra verbale nel rapporto medico-paziente;
- Potenziare i percorsi clinici e le scelte cliniche-assistenziali;
- Accrescere i livelli di consapevolezza per fronteggiare al meglio il dolore psico-fisico;
- Promuovere l'alleanza terapeutica.

Materiali e metodi

Disegno dello studio:

Studio Clinico Osservazionale, Controllato Randomizzato, in triplo cieco.

Setting ambulatoriale.

E' stato predisposto un protocollo costruito ad hoc, realizzato da un gruppo di Psicologi, strutturato su 10 variabili (Accoglienza, Setting, Inizio colloquio medico, Esposizione verbale in itinere, Comunicazione extra verbale in itinere, Coinvolgimento emotivo-empatia, Comunicazione diagnosi, Modalità per accordi terapeutici e indagini di consapevolezza, Tempo, Meccanismi di difesa psicologici), valutate tramite una scala Likert.

La somministrazione del protocollo, effettuata da un separato gruppo di Psicologi che non hanno preso parte nella costruzione dello stesso, avveniva attraverso l'osservazione sistematica della interazione Medico-Paziente in ambito ambulatoriale.

Impianto metodologico/statistico: La ricerca della letteratura, essenziale ai fini dello studio, è stata eseguita incrociando termini che si riferiscono all'Alleanza Terapeutica Medico-Paziente, con i termini che fanno riferimento al Dolore Cronico ed ai suoi, eventuali, risvolti psicologici e comportamentali.

Risultati

Il Dataset, per realizzare lo studio e l'indagine esplorativa, è costituito dai punteggi su scala Likert a 4 punti (1: D'Accordo; 2: Parzialmente D'Accordo; 3: Non D'Accordo; 4: Assolutamente non D'Accordo), legate alle affermazioni (variabili) appositamente predisposte nella creazione del Protocollo, costruito ad hoc.

Il campione è composto da 14 osservazioni, costituite da ciascuna diade Paziente-Medico, all'interno di contesti ambulatoriali.

Tali osservazioni sono state effettuate da un separato gruppo di psicologi che non hanno preso parte alla costruzione del protocollo.

Si tratta, appunto, di uno studio Clinico, rigorosamente controllato, a Triplo Cieco poiché il soggetto partecipante, l'osservatore e l'investigatore che analizza i dati, ignorano l'oggetto principe delle osservazioni.

Inoltre, trattasi di uno studio Osservazionale nel quale l'assegnazione dei soggetti a ciascun gruppo (con o senza dolore cronico) non è determinata aprioristicamente dal ricercatore, il quale si limita solo a registrare ciò che viene osservato nella realtà.

L'impianto metodologico e statistico prevede l'impiego del T-test e dell'Analisi della Varianza a più livelli, utilizzata, quest'ultima, per testare le differenze tra medie campionarie prendendo in considerazione le rispettive varianze. Il principio alla base di questo test è quello di stabilire se due o più medie campionarie possono derivare da popolazioni che hanno la stessa media parametrica. E' necessario ricorrere a questo tipo di analisi poiché obiettivo principe del nostro studio è quello di eliminare eventuali fonti di variazione oltre a quella prodotta dal fattore di cui vogliamo valutarne l'effetto (Dolore Cronico). Queste analisi permettono di individuare quale delle 10 variabili, osservate attraverso il protocollo, incida maggiormente sui Pazienti. E' così possibile individuare una sottoclasse di popolazione i cui soggetti si mostrano simili per alcune specifiche variabili, osservando quali di questi abbia dolore cronico e quali no.

I fase (ex ante)	1. accoglienza 2. setting 3. inizio colloquio
II fase (in itinere)	4. esposizione verbale 5. Comunicazione extra-verbale 6. Coinvolgimento emotivo / empatia
III fase (ex post)	7. Comunicazione diagnosi 8. Accordi terapeutici e consapevolezza 9. Tempo 10. Meccanismi di difesa psicologici

Fig.1 Schematizzazione del protocollo utilizzato

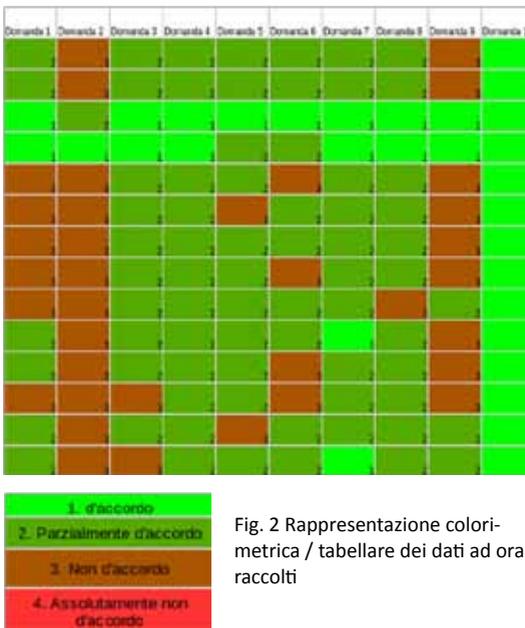
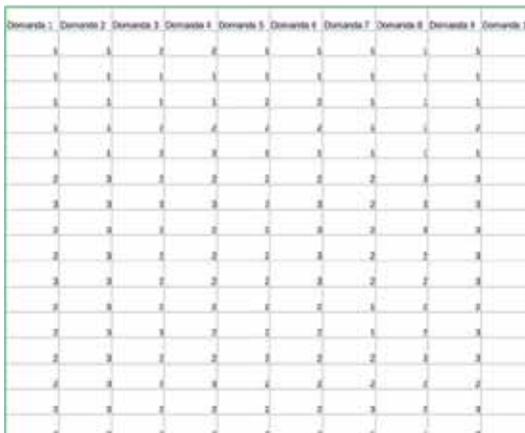


Fig. 2 Rappresentazione colorimetrica / tabellare dei dati ad ora raccolti



Discussioni e conclusioni

A fronte dei risultati preliminari ottenuti da tale ricerca, si evince la presenza di un significativo numero di medici che si mostra resistente o non del tutto consapevole dell'importanza della comunicazione empatica ed efficace (più del 50% dei medici interpellati non ha acconsentito a partecipare allo studio), la mancanza della quale può portare a conseguenti problematiche medico-legali da non corretta comunicazione.

I risultati di questo studio non sono, al momento, facilmente generalizzabili ad altri contesti, seppur analoghi: essi dipendono tipicamente dai sistemi in relazione, quindi dalle caratteristiche intrinseche dell'uno, dell'altro e della combinazione dei due sistemi, rispettivamente paziente, terapeuta e diade, dal numero e dalla complessità dei parametri d'ordine e di controllo che si vogliono valutare, dal tipo di terapia, dal momento in cui la si conduce, dagli obiettivi.

Tuttavia, il fatto che questi risultati non siano estendibili, non vuol dire che non siano comunque l'esito di un disegno di ricerca innovativo ed affascinante che tenta di trattare per l'appunto variabili qualitative come quantitative, rendendo in qualche modo un costrutto non direttamente osservabile come misurabile, tramite l'assunzione di alcuni indicatori che meglio descrivano i costrutti (le variabili) che si desidera studiare.

Bibliografia

Amadori, D. De Conno, F. (2002). Libro Italiano di Cure Palliative. Roma: Poletto Editore.

Ciavarelli, M. (2013). Sentieri di consapevolezza. Roma: Armando Editore.

Farello, F. E. (2010). Malattia ed evoluzione (comunicazione medico – paziente). Palermo: Nuova Ipsia Editore.

Ghirotti, G. (2003). Centro di ascoltopsico – social. Il sollievo. La cura del dolore in tutte le sue dimensioni. Milan: Franco Angeli.

Magistrali, G. (2009). La comunicazione che cura. Santarcangelo di Romagna (RN):Maggioli Editore.

Molinari, E. & Castelnuovo, G. (2010). Psicologia clinica del dolore. Milano: Springer.

Moja, E. A. (2000). La visita medica centrata sul paziente. Milano: Cortina Editore.

Linton SJ et al. (2011, May 91(5):700-11). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. Phys Ther.

Yamamoto K et al. (2010, 4:20). Psychological characteristics of Japanese patients with chronic pain assessed by the Roscharch test. BioPsychoSocial Medicine.

Il Disturbo post-traumatico da stress come conseguenza alla comunicazione della diagnosi di cancro

Alessandra Gallo

Psicologa clinica, esperta in Psico-oncologia, cultrice della materia presso l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"

Riassunto

Il presente articolo è dedicato al tema del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) come conseguenza della comunicazione della diagnosi di cancro, elaborata come un evento stressante, estremo che sovrasta le capacità di resistenza del soggetto e si caratterizza come un vero trauma psicologico. Come vedremo, la salute fisica, il senso di benessere e l'equilibrio psicologico di una persona, spesso, vengono messi a dura prova dalla diagnosi di una malattia. Se quest'ultima poi, prende il nome di "cancro" la minaccia di morte che colpisce il soggetto sconvolge in maniera drammatica la sua intera esistenza. L'autore cerca di fornire un quadro di riferimento per la comprensione delle dinamiche psicologiche intrinseche all'aspetto comunicativo e alla crescente difficoltà rispetto ai risvolti psicologici della comunicazione di una diagnosi infausta. Oggi i numerosi progressi scientifici in ambito oncologico hanno determinato un netto miglioramento degli approcci terapeutici e un aumento della sopravvivenza anche grazie ad una sempre maggiore apertura all'importanza dei risvolti psicologici dei pazienti affetti da cancro e delle reazioni di questi ultimi alla comunicazione della diagnosi. In riferimento proprio alla comunicazione della diagnosi di tumore, vengono prese in considerazione l'impatto traumatico che questa ha sul soggetto e le risposte disadattive che possono portare allo sviluppo di un Disturbo post-traumatico da stress. La spiegazione clinica di questo possibile esito psicopatologico ci conduce alla comprensione di come la sua comparsa, in questo caso, conseguente alla diagnosi di cancro, possa ostruire il normale percorso delle terapie mediche e compromettere ulteriormente la dimensione relazionale, sociale e lavorativa del paziente.

Parole chiave: *trauma psicologico, comunicazione, oncologia, DPTS.*

Premessa

Negli ultimi anni è cresciuto sempre più l'interesse per lo studio dello stress subito conseguentemente alla comunicazione di una diagnosi di cancro. In forza del legame mente-corpo, la ricerca

si sta spingendo sempre più verso la spiegazione di una possibile correlazione tra dinamiche psicopatologiche e traumi psicologici, in particolar modo il trauma della malattia oncologica. Si cerca di inquadrare quali sono quelle reazioni psicologiche che tendono ad essere causate dalla comunicazione di una diagnosi infausta come quella del cancro. La scienza che, in maniera specifica, si occupa delle implicazioni psicosociali in questo settore è la psico-oncologia. Questa si colloca come collegamento tra le discipline oncologiche e quelle psicologiche e psichiatriche (Morasso e Di Leo, 2002) concentrandosi maggiormente sull'impatto psico-sociale che la malattia ha sul paziente, sulla sua famiglia e sull'equipe e sul ruolo che fattori psicologici e comportamento possono avere nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella cura della malattia tumorale (Holland et al., 1990). Gli obiettivi principali della sua applicazione abbracciano diversi settori, dalla prevenzione e diagnosi precoce sino all'ambito della formazione passando dagli interventi psiconcologici. Infatti gli interventi rivolti al paziente e alla sua famiglia riguardano: valutazione delle reazioni psicopatologiche (area psicodiagnostica), colloqui di supporto psicologico o psicoterapeutico organizzati in modo individuale o in gruppi, conduzione di gruppi di auto-aiuto e trattamenti psicofarmacologici. Una delle premesse da cui parte la psiconcologia è quella secondo la quale il disagio psicologico manifestato dalla persona affetta da neoplasia sia mosso dalla condizione di crisi che quest'ultima, vissuta come evento estremamente stressante, porta con sé (Morasso e Di Leo, 2002). Di particolare importanza sembra dunque l'attenzione data, oltre al disagio psicologico, allo sviluppo di possibili patologie psichiatriche che andrebbero ad appesantire il carico della malattia e ad influenzare la prognosi e il decorso di quest'ultima. Di particolare interesse clinico sembra essere lo

sviluppo del DPTS, e delle sue implicazioni biopsicosociali, in seguito proprio all'impatto che l'individuo vive con la comunicazione della diagnosi di cancro.

La diagnosi di cancro

Tra le malattie che minacciano la nostra vita, il cancro si presenta come un evento tra i più traumatici e stressanti con il quale chi ne è colpito non può fare a meno di confrontarsi. Nell'immaginario collettivo, il cancro pone inevitabilmente una equazione tumore=morte; concezione, radicata in modo profondo e peculiare rispetto ad altre malattie gravi potenzialmente mortali (De Luca, 1997). La cultura dominante rifiuta così il senso del limite e soprattutto il limite per eccellenza rappresentato dalla morte (Kubler-Ross, 1969). Il cancro si configura come la malattia più temuta in assoluto, poiché mette in serio pericolo l'unicità dell'essere umano: la dimensione fisica, quella psicologica, spirituale, relazionale e infine quella esistenziale (Torta e Mussa, 1997). Oggi lo si considera assai più di una malattia mortale, infatti nella credenza comune, il cancro è la morte (Bressi, 1993). La morte risulta, nella società moderna ancora un tabù (Kubler-Ross, 1969); di fronte ad una diagnosi infausta non si può più negarla ma si è costretti a considerarne l'eventualità (Biondi et al., 1995). La morte, può rappresentare per alcuni la perdita di alcuni valori fondamentali dell'esistere, compresa la spiritualità e il significato dell'esistenza. Il primo problema diventa allora quello di comunicare la diagnosi (diagnosi= conoscere attraverso), controllando i meccanismi emotivi amplificati che modificano un danno fisico, sia pure molto grave ma localizzato, in qualcosa che tende a invadere tutta la personalità. Il problema della comunicazione di una diagnosi infausta come quella di cancro, che nella etimologia contiene proprio la rappresentazione del granchio che avvinghia e che fa male, non è mai facile perché l'ansia e la paura diventano con molta facilità ansia e paura di morte (Orlandelli, et al., 2005). È importante tener presente che la comunicazione delle informazioni da parte del medico non corrisponde in modo automatico a una presa di coscienza da parte del paziente. Quando il medico mette a conoscenza i pazienti della loro situazione,

questi a volte possono presentare difficoltà nel comprendere queste informazioni (Lerman, et al., 1993). Infatti, il processo di assimilazione dell'informazione, riguardo la prognosi e le possibilità di trattamento, non deriva solo dalla quantità di informazioni che vengono rese al paziente ma anche da alcune caratteristiche proprie di quest'ultimo (Morasso, et.al., 1988). Il processo con cui il paziente assegna un significato alla notizia ricevuta, è lungo e complesso ed è costruito su livelli successivi, in cui il paziente comincia a prendere consapevolezza della propria situazione e ad accettarla a livello emotivo (Morasso, 1993). Questo processo può essere influenzato da una serie di variabili che vanno dal livello socio-culturale, ai meccanismi di difesa, alle aspettative e i bisogni del paziente, sino alle sue abilità di coping e ovviamente al locus of control di malattia (Morasso et.al, 1997). Infatti, rispettivamente al processo di accettazione della malattia e successivamente di adattamento a quest'ultima, la comunicazione della diagnosi e delle informazioni concernenti il trattamento, risponde a una serie di bisogni primari del paziente, come il bisogno di mantenere un senso di controllo per far fronte alla situazione di incertezza determinata dalla condizione di malattia e, di identificare, anche in termini esistenziali, il significato della propria esperienza di malattia (Andruccioli e Raffaelli, 2005). Per capire quello che il paziente realmente vive durante il passaggio dalla salute alla malattia è auspicabile un atteggiamento volto a comprendere "*quel paziente con la sua storia di salute e di malattia*" (Grassi et al., 2003). La diagnosi di cancro rappresenta un evento stressante che comporta sia uno sconvolgimento della quotidianità, a causa del carattere violento delle terapie e degli effetti collaterali conseguenti, sia un'importante crisi psicologica derivante dall'incognita dell'evolversi della malattia e del pericolo che questa rappresenta per la vita. Dunque, il significato che il paziente attribuisce alla malattia è quello di una minaccia esistenziale che modifica le normali attività personali, familiari, lavorative del paziente portandolo a sentirsi totalmente in balia di un evento sul quale sente di non avere alcun controllo. Questo momento di crisi conduce il paziente ad un capovolgimento percettivo, una rivisitazione critica

rispetto al precedente stile di vita, alle convinzioni e ai valori a cui era ispirato e che oggi non sono più in grado di aiutarlo ad affrontare e risolvere la nuova situazione (Kubler-Ross, 1969).

Le reazioni psicologiche alla comunicazione della diagnosi

Il pattern più tipico di risposta di fronte a tali eventi consiste in una serie di vissuti soggettivi, che sembrano presentarsi in modo molto simile nei vari soggetti (Galimberti, 1983). Le reazioni psicologiche alla diagnosi di tumore hanno conseguenze sull'adattamento psicosociale alla malattia e ai suoi trattamenti e sulle complicità psicopatologiche che a loro volta ne possono influenzare negativamente il decorso. La malattia assume significati diversi a seconda della storia, delle esperienze pregresse e della personalità di ogni singolo individuo e tali significati tendono a condizionare il comportamento della persona che si ammala. Sarebbe sbagliato ricercare dei comportamenti standard; infatti ogni individuo di fronte ad un evento reagisce in modo soggettivo. La risposta psicologica alla diagnosi di cancro viene solitamente descritta come un processo a stadi dove, da una prima fase di shock si passa ad una di reazione, poi di elaborazione, ed infine ad una definita di riorientamento. La comunicazione della malattia, rappresenta un momento di crisi nella vita di una persona, una rottura degli equilibri vitali in cui il "dopo" non sarà mai più come il "prima". Uno shock dunque esistenziale dove il paziente cerca di riaffermare la sua vita per tentare una risposta convincente al "perché" della malattia. Questa fase rappresenta una vera e propria frattura del senso di continuità del sé, caratterizzata da profonda angoscia e da sentimenti di incredulità. Il paziente, può rispondere a tale realtà troppo dolorosa, mettendo in atto meccanismi di difesa che, in qualche modo gli permettono di dilazionare il confronto diretto con una situazione che non è pronto ad accettare. La persona si trova in uno stato di completo smarrimento, a volte talmente tanto intenso, da renderla momentaneamente incapace di affrontare la vita a qualsiasi livello. La comunicazione della diagnosi è vissuta come un momento catastrofico dove l'angoscia dirompente sovrasta ogni energia umana. Un sen-

timento di incredulità e di quella che viene chiamata "anestesia affettiva" segnano duramente questo passaggio. È particolarmente importante in questo delicato momento rispettare i tempi del paziente, non forzarlo ad affrontare ed esprimere i propri stati d'animo (Biondi et al., 1995). La fase di reazione è caratterizzata dal confronto e dall'accettazione inevitabile della dura realtà. I sentimenti di rabbia e disperazione sono di solito suscitati dai trattamenti chemioterapici o radianti che iniziano a susseguirsi e dagli approfondimenti diagnostici e interventi specialistici. Il soggetto per gestire questa tempesta di emozioni utilizza meccanismi di negazione, che gli permettono di reinterpretare una realtà dolorosa eliminando, almeno parzialmente, le potenziali minacce alla propria integrità. Il meccanismo della rimozione viene messo in atto nei confronti del tipo di patologia; la regressione a comportamenti infantili, la proiezione manifestata dall'aggressività verso i medici e i propri cari a cui attribuisce la causa della malattia; l'isolamento delle emozioni dai fatti: ad esempio parla della diagnosi con indifferenza; l'intellettualizzazione, invece, riferendosi alla malattia tumorale come se non coinvolgesse il proprio corpo. Infine, la formazione reattiva, mediante la trasformazione del senso di angoscia causato dalla malattia nel suo opposto ad esempio in pensieri piacevoli (Torta e Mussa, 2007). Questo è il momento in cui la realtà sembra imporsi con tutto il suo peso. L'impatto psicologico dei trattamenti porta il soggetto da una posizione in cui era autosufficiente ad una in cui è costretto a chiedere aiuto anche per affrontare piccoli compiti. L'immagine di sé, di una persona piena di energia e autosufficiente non riesce ad adattarsi alla nuova situazione. La spinta a sentirsi normali e a comportarsi come se niente fosse accaduto può portare la persona ad aspettative elevate e irrealistiche rispetto alla situazione effettiva e a diventare ipercritica verso se stessa. Il fatto di non riuscire più a condurre una vita normale porta la mente a non rispettare quelli che sono i nuovi limiti imposti dal proprio corpo. La fase di elaborazione comincia al termine del periodo attivo delle cure, quando le persone cercano di dare un senso a quello che è accaduto loro e soprattutto quando l'intera esistenza del paziente è realmente mutata.

Si tratta di un momento in cui il soggetto elabora e accoglie in modo graduale l'esperienza della malattia nella propria vita ad accettarne il senso. La tappa successiva è quella del riorientamento che segue la convivenza con la malattia e le sue conseguenze. In questa fase il soggetto è alla ricerca di nuovi significati da attribuire alla malattia per riuscire a riorientare la propria storia di vita. Questo momento è influenzato in modo particolare dagli atteggiamenti, dallo stile cognitivo e comportamentale che il paziente adotta per far fronte alla malattia. Nella fattispecie le sue capacità di coping. Lo stile di coping è quel fattore risultato determinante nel modulare le differenze individuali di reazione psicologica alla malattia e la qualità della vita dopo la diagnosi, nell'influenzare la risposta e la compliance ai trattamenti chemioterapici e radianti e il decorso biologico della malattia (Biondi et al., 1995). La persona malata è costretta ad affrontare un'esperienza che mette a dura prova la percezione d'integrità e l'identità personale, in quanto il senso di sé viene profondamente segnato da una serie di eventi stressanti e destabilizzanti. Risulta quindi necessario un adattamento in funzione della gravità della diagnosi, della severità del protocollo terapeutico, delle specifiche reazioni psicologiche della persona malata (Menoni e Ridolfi, 2008). Superato il momento acuto, caratterizzato da risposte emozionali tendenzialmente comuni a tutti gli esseri umani (la rabbia, lo spavento e la tristezza), le modalità con cui si arriva alla elaborazione e all'accettazione della malattia possono cambiare da persona a persona (Biondi, et al., 1995). Osservare la reazione emotiva del paziente durante il decorso della malattia, sollecitarlo a esprimere le proprie preoccupazioni in presenza di un medico attento ed empatico, riduce l'intensità delle emozioni e fa sentire il paziente compreso e sostenuto. Non esprimerle o percepirne una ricezione disattenta da parte del medico aumenta il rischio di situazioni psicopatologiche come depressione e stati di ansia generalizzata, che a loro volta interferiscono negativamente con la prognosi (Del Piccolo, 2007). E' essenziale la presenza di un medico attento ed empatico, oltre che ricettivo dei bisogni del paziente, in quanto per quest'ultimo è una delle sue principali fonti di supporto psicologico

(Molleman et al., 1984). Coniugare l'esplorazione delle emozioni con l'uso susseguente di commenti empatici e legittimazioni è uno dei modi più efficaci per fornire sostegno, ridurre il senso di solitudine e soprattutto di riconoscere e autenticare l'esperienza emotiva vissuta dal malato. (Del Piccolo, 2007). Nella tabella 1 sono indicate le principali risposte adattive e disadattive dei pazienti di fronte ad una cattiva notizia, quale può essere appunto una diagnosi di tumore (Bukerman, 1992). Se il paziente nega ogni tipo di ipotesi o di idea sulla diagnosi, è possibile che tende a mettere in atto una modalità di adattamento alla malattia (coping) in cui prevale l'atteggiamento delegante e deresponsabilizzante, che tuttavia corrisponde ad uno stile cognitivo del soggetto ("locus of control" esterno); oppure che si difende attraverso meccanismi di negazione. In questo caso si assiste alla messa in pratica di un meccanismo di difesa deputato a gestire situazioni in cui le risorse psicologiche non sono sufficienti a tollerare le emozioni connesse ad un particolare evento. Se transitoria, la negoziazione è funzionale al recupero delle risorse necessarie a far fronte alla circostanza e non va contrastata tranne se non finisce per interferisce seriamente con il trattamento (Saltini, Dall'Agnola, 1995).

Tab. 1 - *Principali risposte adattive e disadattive dei pazienti di fronte alla diagnosi di cancro*

RISPOSTE ADATTIVE	RISPOSTE DISADATTIVE
Ironia	Colpa
Negazione transitoria	Negazione persistente
Rabbia senza oggetto/controllo la malattia	Rabbia contro gli operatori sanitari
Pianto	Depressione
Paura	Ansia generalizzata/attacchi di panico
Speranza realistica	Speranza irrealistica
Pulsione sessuale	Disperazione
Negoziazione	Manipolazione

(Tratto da Bukerman, 1992)

In certi casi, accade che il paziente affermi di

non essere a conoscenza della propria condizione anche quando il medico sa, invece, di averlo informato su tutte le notizie concernenti il suo stato di salute. Anche questo può essere un sintomo di negazione, rispetto al quale però è sconsigliato contrastare il paziente. A volte però potrebbe, invece, trattarsi di un atteggiamento di diffidenza, in cui il malato mette alla prova e confronta le nuove informazioni con quelle già ricevute in passato. Il principale obiettivo di questa fase è cercare di ridurre al minimo lo stato di disagio che attanaglia il paziente (Del Piccolo, 2007). Un vasto settore della ricerca ha descritto la relazione emotiva alla malattia neoplastica come una alterazione psicopatologica tipica più o meno inconscia, che per la sua specificità è stata definita come “sindrome psiconeoplastica” (Guarino e Ravenna, 1992). La sindrome psiconeoplastica è data da un insieme di dinamiche psicologiche costanti e la sua intensità morbosa, invece, da caratteristiche legate all’età e alla personalità del soggetto, alle sue capacità relazionali e alle esperienze passate. I sintomi psicopatologici provocano un vissuto di sconvolgimento esistenziale, perdita della proiezione verso il futuro accompagnati da un profondo senso di paura e di stress. La perdita dei ruoli principali, come quello familiare e lavorativo comportano una pensosa frustrazione e portano il paziente a nutrire forti dubbi sulle capacità di mantenere attivi ruoli nei legami affettivi e sessuali. La caduta della propria immagine e la spiacevole alterazione del vissuto corporeo provocano sentimenti di ostilità e aggressività verso l’ambiente circostante oltre il senso di colpa, di invidia e di ingiustizia e un forte senso di impotenza di fronte alla diagnosi schiacciante di tumore (Orlandelli et al., 2005). Inoltre, particolare attenzione va data a soggetti che hanno già una loro storia psicopatologica come depressione, stati maniacali, disturbi di personalità, problemi gravi di gestione dell’ansia, ecc. Spesso la sindrome psiconeoplastica reattiva sconvolge completamente l’equilibrio emotivo del soggetto e diviene più duratura della patologia oncologica stessa, configurandosi come fattore di influenza negativa sulla compliance del paziente, sul decorso della malattia, sul reinserimento sociale e sulla prognosi (Sarno, 2009).

Il disturbo post-traumatico da stress: breve presentazione clinica

La diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress è stata introdotta nel tentativo di inquadrare e definire quei casi di patologia psichica che, in seguito ad un evento stressante presentano caratteristiche comuni. L’interesse originariamente era sia di natura scientifica, con lo scopo di studiare le caratteristiche di un disturbo che sembrava poter godere di una propria autonomia nosografica, e sia di natura sociale e politica, con l’obiettivo di indennizzare i soldati americani reduci dalla guerra del Vietnam. I primi lavori, dunque, facevano riferimento alle conseguenze psicologiche di soggetti che avevano subito traumi bellici e sulla stessa scia anche gli studi successivi continuarono ad associare all’insorgenza del disturbo l’esposizione a traumi inevitabilmente fuori dall’ordinario (Colombo e Mantua, 2001). Nel 1987 i criteri diagnostici sono stati significativamente modificati nel DSM-III R e altri piccoli cambiamenti sono stati poi attuati nella stesura della quarta e della quinta edizione del manuale. Possiamo quindi affermare che solitamente dopo un evento traumatico, singolo o ripetuto, la persona viene turbata da stati di malessere che condizionano il suo essere. Questi possono durare poche ore, giorni, mesi e in alcuni casi anche anni. Una caratteristica fondamentale del DPTS è che perché venga diagnosticato è essenziale che venga oggettivato un evento traumatico. Per il clinico, quindi, la diagnosi relativa al DPTS è tra le poche ad essere guidate dal riconoscimento di un preciso agente causale, un evento, anche se deve essere incluso e valutato il ruolo della variabilità della reazione individuale, cioè il significato soggettivo dell’evento e i meccanismi di risposta psicologica a questo. Per fare diagnosi di DPTS è necessario tenere in considerazione, quindi, sia la portata traumatica dell’evento oggettivo che la risposta soggettiva dell’individuo coinvolto. C’è uno spostamento della domanda da “che cosa non va in questa persona?” a “che cosa è accaduto a questa persona?” (Lingiardi, 2004). Attualmente il DPTS, inserito nel DSM-5, è descritto attraverso una serie di sintomi tipici quali: sintomi intrusivi (flashback, ricordi e sogni ricorrenti, reazioni psicologiche o fisiologiche rispetto a fattori che assomigliano all’evento), sintomi di

evitamento (stimoli o situazioni che evocano l'evento), alterazioni negative di pensieri ed emozioni o *numbness* cognitivo (vergogna, senso di colpa, rabbia, ecc), alterazioni dell'arousal (ipervigilanza, irritabilità, risposte di allarme e scatti di rabbia). Il disturbo sorge, in seguito all'esposizione a eventi stressanti di gravità oggettiva estrema, con minaccia per l'integrità fisica propria o di altri o anche per la sola conoscenza di questi eventi. Rientrano in questa definizione non solo gli eventi bellici o le catastrofi naturali, ma anche un'ampia gamma di esperienze quotidiane, sperimentate dalla popolazione civile con grande frequenza, che possono scatenare una sintomatologia inquadabile all'interno del DPTS (Balestrieri, 2016).

Il Disturbo post-traumatico da stress nel paziente neoplastico

Le reazioni emozionali e psicologiche, che possono scaturire da un evento drammatico, come la comunicazione di una diagnosi di neoplasia, possono dar luogo a veri e propri quadri psicopatologici che toccano condizioni di sofferenza psichica legata ai disturbi d'ansia, depressivi, dell'adattamento e anche disturbi della sfera sessuale (Torta e Mussa, 1997). La realtà clinica, in particolar modo quella oncologica, è caratterizzata da variegati quadri psicopatologici, mutevoli e sovrapposti, che soffocano la vita del paziente già annientata dalla malattia cancerosa. Ciò che domina il malato a partire dalle fasi iniziali e quindi già dalla comunicazione è l'ansia. I disturbi d'ansia, sono molto frequenti e nella maggior parte dei casi accompagnano il paziente durante tutto il decorso della malattia (Caraceni et al., 2006). La ricerca riguardo la presenza di DPTS in pazienti con patologie mediche è cresciuta molto negli ultimi anni (Buckley, et al., 2004; Tedstone, et al., 2003), visto che le diagnosi di malattia letale o un intervento chirurgico difficile possono essere vissute come eventi traumatici. In modo particolare però Jacobsen e collaboratori (1998) hanno evidenziato come la gravità percepita da una persona di una cattiva notizia, come la comunicazione di una diagnosi infausta, possa esporre il paziente al rischio dello sviluppo di una sintomatologia da DPTS. Molti studi infatti hanno dimostrato che i pazienti provenienti da ambiti specifici di malattie

mediche, come l'oncologia e la cardiologia, presentano una comorbidità con i sintomi di DPTS riportando una significativa riduzione della qualità della vita rispetto a pazienti senza comorbidità con DPTS (Wikman, et al., 2008; Shelby, et al., 2008). Negli ultimi anni molti studi si sono dedicati alla comprensione delle possibili implicazioni psicopatologiche delle malattie oncologiche in relazione proprio allo sviluppo del DPTS. In particolare le ricerche di McGrath (1999) e Holland (1997) evidenziano come spesso questi malati evitino di parlare della loro condizione, non cerchino un sostegno psicologico e finiscano per "avvitarsi" in una "spirale" chiusa, in un isolamento particolarmente penoso. Come abbiamo affermato precedentemente, un evento traumatico da stress si configura come una situazione che comporta il pericolo di morte o di gravi lesioni o una minaccia per la propria integrità fisica e evoca una reazione di paura intensa, senso di impotenza, o di orrore. Prima della quarta edizione del DSM la diagnosi di malattia letale era esclusa come un fattore di stress (stressor) che poteva portare allo sviluppo del DPTS. Tuttavia la Task Force che ha provveduto alla stesura del DSM-IV ha riconosciuto come, la minaccia alla vita e all'integrità fisica provocate dalla comunicazione della diagnosi di cancro, possono suscitare un profondo senso di paura, di devastazione e perdita del controllo. Il cancro così si configura come un fattore determinante la diagnosi di DPTS e viene distinto da altri fattori di stress per diverse ragioni. Il cancro è un fattore di stress unico in quanto la minaccia che comporta la sua diagnosi attacca l'intera persona dal suo mondo interno ai segni corporei che diventano per il paziente un promemoria del trauma (Tab.2). Oltre la diagnosi, anche le attese dei vari risultati di test, gli interventi chirurgici, l'esposizione a trattamenti nocivi (come la chemioterapia) sono considerati stressor altrettanto traumatici. Il cancro porta con sé anche la costante minaccia di ricomparsa, in quanto la remissione può essere spesso interrotta da episodi acuti di recidiva. Nel corso del tempo, il fattore di stress traumatico si caratterizza non solo con ricordo della diagnosi iniziale, ma la preoccupazione principale si sposta sulla recidiva, sul progressivo deterioramento e sulla morte. I triggers ossia i fattori di innesco

dei sintomi del DPTS nel cancro sono anch'essi unici in quanto possono presentarsi durante i trattamenti medici, le procedure di routine e gli appuntamenti di follow-up. Nonostante oggi vi sia una crescente consapevolezza rispetto all'impatto psicologico che una diagnosi di cancro e i trattamenti a questa connessi comportano e della sofferenza del DPTS nei pazienti affetti da cancro l'accesso alle cure rispetto alla salute mentale sembra ancora limitato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato come i tassi di cancro sono in crescita e potrebbero arrivare a 15 milioni di nuovi casi entro il 2020. Con l'aumento dei casi di cancro e della sopravvivenza, sembra estremamente importante integrare le cure mediche con interventi mirati al sollievo dal dolore estremo che questi pazienti provano (Lindsay, et al., 2011). In aggiunta alla sofferenza fisica, infatti, i pazienti affetti da tumore spesso reagiscono a livello psicologico sviluppando sintomi psichiatrici determinati dalla situazione dolorosa, da un forte distress e si trovano così a combattere e gestire altre situazioni, (Holland, et al., 2001) che potrebbero evolvere in un vero e proprio disturbo post-traumatico da stress (Adler e Page, 2007). Se il DPTS non viene trattato oppure vi è una non aderenza al suo trattamento è possibile che il dolore, la disabilità e il desiderio di morte crescano notevolmente (Kaden-Lottick, et al., 2005). La presenza di comorbidità di DPTS e altre malattie psichiatriche come il disturbo depressivo maggiore e il disturbo d'ansia generalizzato nei pazienti neoplastici può portare a un peggioramento della prognosi della malattia cancerosa (Kangas, et al., 2002). Nonostante la conoscenza della prevalenza e dell'impatto del DPTS nel cancro, l'identificazione dei bisogni di salute mentale dei pazienti neoplastici sopravvissuti rimane limitata all'informazione e alla competenza che psichiatri e altri clinici possiedono per affrontare gli effetti che la diagnosi di cancro e i suoi trattamenti hanno sulla salute mentale del paziente (Adler e Page, 2007). Coerentemente con le attuali linee guida sembra dunque necessario stimolare e incrementare la consapevolezza, negli operatori del settore, che il riconoscimento e il trattamento del DPTS nel cancro si profilano come dei potenziali per migliorare la qualità della vita del malato (Einsle, et. al.,

2012). L'assunzione che l'ansia e la depressione sono normali reazioni alla iniziale comunicazione della diagnosi di cancro e che tendono a diminuire e scomparire nel tempo deve essere respinta in quanto la tendenza a sottovalutare la diagnosi psichiatrica in ambito oncologico non fa altro che aggiungere un ulteriore carico di sofferenza al paziente e alla drammatica situazione che si trova ad affrontare.

Tab. 2 - Caratteristiche distintive del DPTS nel cancro (tratto da Lindsay, et al., 2011)

<p><i>Stressor</i></p> <p>Natura complessa e prolungata del cancro</p> <p>Diagnosi, attesa dei risultati clinici, attesa per interventi chirurgici</p> <p>Natura nociva dei trattamenti</p> <p>Lesioni/perdite dell'integrità non sono immediate ma si presentano come costante minaccia</p> <p>Il risultato si basa su quello che accadrà in futuro</p>
<p><i>Cronicità della minaccia</i></p> <p>Risposta cumulativa a molte esperienze traumatiche</p>
<p><i>Triggers</i></p> <p>Diagnosi</p> <p>Trattamenti</p> <p>Testimonianza dell'esito negativo della malattia in altri pazienti</p> <p>Routine di follow-up</p>
<p><i>Decorso di malattia imprevedibile</i></p> <p>Remissione interrotta da episodi acuti di recidiva</p>
<p><i>Minaccia interiore</i></p> <p>Percezione di impossibilità</p> <p>Segni corporei come ricordi persistenti del trauma</p>

Facendo riferimento al decorso del Disturbo post-traumatico da stress, date la sua unicità come trigger nel cancro, le sue comorbidità mediche e la costante necessità di controlli di routine, è chiaro come questo disturbo collegato alla malat-

tia cancerosa possa prendere un decorso cronico (Lindsay, et al., 2011). Una rassegna sul DPTS e sul cancro ha riferito che gli individui con scarsa salute fisica prima della diagnosi sono a grande rischio di sviluppare questo disturbo (Smith, et al., 1999). Pertanto, è importante esaminare l'impatto di malattie che possono portare all'evoluzione del DPTS, dato che quest'ultimo nei pazienti oncologici ha una manifestazione altamente variabile (cioè totale o sottosoglia), per fornire interventi adeguati ai potenziali danni (Jeffrey, et al., 2012). Nonostante le poche ricerche in questo ambito i risultati presenti nella letteratura scientifica dimostrano come i pazienti neoplastici hanno un elevato rischio di incontrare il DPTS e che questo disturbo a sua volta ha un impatto negativo sull'umore sul funzionamento complessivo dell'individuo e soprattutto sulla sua qualità della vita.

Conclusioni

Dalla letteratura esaminata sul Disturbo post-traumatico da stress come conseguenza alla comunicazione della diagnosi di cancro possiamo affermare quanto sia importante concettualizzare la malattia neoplastica come un qualcosa capace di paralizzare, di annientare l'identità, l'integrità, e l'equilibrio emotivo di una persona. E' un fenomeno in grado di scatenare una catastrofe esistenziale, di stravolgere vite umane, non solo a livello fisico ma anche psicologico. Dopo una diagnosi di cancro tutto assume un nuovo significato: le relazioni familiari, sociali e professionali, il rapporto con il proprio corpo, i propri valori, i significati attribuiti alla sofferenza e alla morte. La popolazione oncologica è soggetta di fatto ad un alto rischio psicopatologico, dal momento che si trova ad affrontare situazioni altamente stressanti. La comunicazione della diagnosi di cancro, di fatto, rappresenta un momento di crisi nella vita di una persona, una rottura degli equilibri vitali in cui il "dopo" non sarà mai più come il "prima". Uno shock dunque esistenziale dove il paziente cerca di riafferrare la sua vita per tentare una risposta convincente al "perché" della malattia. Tutto ciò rappresenta una vera e propria frattura del senso di continuità del sé, caratterizzata da una profonda angoscia e da sentimenti di incredulità. Il paziente, può rispondere a tale realtà troppo

dolorosa, mettendo in atto meccanismi di difesa che, in qualche modo gli permettono di dilazionare il confronto diretto con una situazione che non è pronto ad accettare. E' quindi essenziale la presenza di un medico attento ed empatico, oltre che ricettivo dei bisogni del paziente, in quanto per quest'ultimo è una delle sue principali fonti di supporto psicologico (Molleman et.al., 1984). In questo lavoro si è dunque cercato di approfondire la comprensione di un possibile disturbo (DPTS) che, attivato dalla comunicazione di malattia infesta, può accompagnare il paziente durante tutto il decorso di malattia. La sua minaccia comporta l'attacco all'intera persona dal suo mondo interno ai segni corporei che diventano per il paziente un promemoria del trauma. Oltre la diagnosi, anche le attese dei vari risultati di test, gli interventi chirurgici, i trattamenti antitumorali sono considerati stressor altrettanto traumatici. Il cancro porta con sé anche la costante minaccia di ricomparsa, in quanto la remissione può essere spesso interrotta da episodi acuti di recidiva (Kadan-Lottick, et al., 2005). La presenza di comorbidità di DPTS e altre malattie psichiatriche può portare a un peggioramento della prognosi della malattia cancerosa (Kangas, et al., 2002). Per tale ragione sembra necessario rimarcare sempre più l'importanza della valutazione del DPTS in riferimento alla diagnosi di cancro e ai suoi trattamenti, oltre alla necessità di una costante rivalutazione dei suoi sintomi nel tempo, in particolare quando i pazienti presentano un distress successivo alla diagnosi (Lindsay, et al., 2011). La psiconcologia è sempre più determinata ad assumere un ruolo rilevante nell'assistere i pazienti affetti da cancro. Un aiuto psicologico diviene importante per gestire gli eventi stressanti scaturiti dalla malattia, per contenere i fattori emozionali, le reazioni psicologiche del paziente che potrebbero influenzare negativamente il decorso della malattia fisica stessa. La necessità di dialogo, di comprensione empatica, di chiarificazione, di analisi esistenziali di cui hanno bisogno questi pazienti non può essere soddisfatta dalla semplice terapia farmacologica. E' dunque opportuno pensare che solo una cultura terapeutica aperta all'integrazione tra chirurghi, oncologi, neuropsichiatri e psicologi potrà far sì che il paziente possa usufruire di un approccio terapeutico

combinato che lo investa nella sua integrità di individuo con problemi psichici e somatici fra di loro interferenti, e che la qualità della vita sia la migliore possibile, durante tutto il decorso della malattia (Biondi et al., 1995). Le implicazioni psicologiche del paziente oncologico sono notevoli e riguardano tutto il ciclo della malattia, dalla comparsa dei primi sintomi, alla diagnosi, alle cure mediche. La patologia tumorale, infatti, per il suo carattere di gravità e di cronicità, ha un effetto sconvolgente sulla vita del paziente e della sua famiglia. L'ottica multidimensionale è dunque fondamentale nell'incontro con il paziente oncologico (Morris, et al., 2008). Concludendo possiamo affermare che oggi possiamo essere certi che i clinici e i medici devono avere la capacità di riconoscere e trattare il DPTS e eventuali problemi di tipo relazionale in questa popolazione di pazienti. Un'attenta valutazione psico-sociale e spirituale consente al medico di identificare quali sono i pazienti maggiormente a rischio di difficoltà, e di rafforzare le aree di debolezza di questi ultimi. Tutto questo permette al clinico di fornire un trattamento mirato senza lasciare che i problemi psicologici aumentino il carico di una situazione già difficile (Block, 2001). L'intervento psicologico in ambito oncologico, dunque, aiuta il paziente nell'adattamento all'evento-malattia e ha un ruolo fondamentale, per quanto possibile, nell'assistere il paziente e la famiglia nelle fasi terminali della malattia. Se la diagnosi di cancro costituisce l'evento traumatico che dà luogo ad un processo reattivo, l'obiettivo della terapia psicologica in oncologia è, quindi, quello di sviluppare programmi adeguati affinché il paziente e la sua famiglia possano adattarsi ai cambiamenti della vita con la minore sofferenza possibile. Bisogna ricostruire il senso di continuità della propria esistenza e collocare in una cornice temporale l'evento malattia, contestualizzandolo, e puntando al mantenimento di relazioni affettive che possano fornire un adeguato supporto sociale.

Bibliografia

Adler, N. E. & Page, A. E. K. (2007). Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. eds. *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Andruccioli, J. & Raffaelli, W. (2005). La consapevolezza di malattia nel paziente oncologico, *La rivista italiana di cure palliative*, 3.
- Balestrieri, M. (2016). *Cinema e DSM-5 a confronto. Il Disturbo da stress post-traumatico classico (parte I)*. Disponibile in: <http://www.psychiatryonline.it/node/6275>.
- Biondi, M., Costantino, A., Grassi, L. (1995). *La Mente e il Cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Block, S. D. (2001). Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life, *JAMA*, 285, 2898-2905.
- Bressi, C. (1993). *Cancro: mitologia, emozioni e comunicazione familiare. Il labirinto della somatizzazione*. Pavia: La Goliardica Pavese.
- Buckley, T. C., Green, B. L., Schnurr, P. P. (2004). Trauma, PTSD, and physical health: clinical issues. In Wilson, J. P., Keane, T. M., editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 441-65.
- Buckman R. (1992). Breacking bad news: a guide for health-care professionals, Baltimore: Johns Hopkins University Press, Trad. it. (a cura di) E. Vegni. *La comunicazione della diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2003.
- Caraceni, A., Sghirlanzoni, A., Simonetti, F. (2006). *La complicazioni neurologiche in oncologia*, Springer Verlag.
- Colombo, P. P. & Mantua, V. (2001). Il Disturbo Post-traumatico da Stress nella vita quotidiana, *Rivista di psichiatria*, 36(2), 55-68.
- De Luca A. M. (1997). La psicoterapia in ambito istituzionale: interventi in oncologia ematologia. In C. Bressi, G. Invernizzi, *Interventi psicoterapici in oncologia*, (19-30). Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- Del Piccolo, L. (2007). La comunicazione della diagnosi di tumore al paziente e ai familiari: linee guida, *Recenti Progressi in Medicina*, 98(5), 271-278.
- Einsle, F., Kraft, D., Kollner, V. (2012). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology – which diagnostic tools should be used?, *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 434-438.
- Galimberti, U. (1983). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli, 1996.
- Grassi, L., Biondi, M., Costantini, A. (2003). *Manuale Pratico di Psiconcologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Guarino A., Ravenna A.R. (1992). Problematiche psicologiche nel malato oncologico: confronto tra

- modelli di intervento psicologico.
- Holland, J. (1997). Preliminary Guidelines for Treatment of Distress, *Oncology*, (11°-NCCN) proceedings, 11, 109-14.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., et al. (2001). NCCN clinical practice guidelines in oncology distress management, *National Comprehensive Cancer Network* (available at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf, accessed June 22, 2011).
- Holland, J. C. & Zittoun, R. (1990). Psychosocial Issue in Oncology: A Historical Perspective, in Holland, J. C., Zittoun, R. (eds), *Psychosocial Aspects of Oncology*. Berlino: Springer-Verlag.
- Jacobsen, P.B., Widows, M.R., Hann, D.M., Andykowski, M.A., Kronish, L.E. & Fields, K.K. (1998). Posttraumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer, *Psychosomatic Medicine*, 60, 366-371.
- Jeffrey, I., Gold, Ph. D., Marilyn, M. K., et al. (2012). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Mood States, Functional Status, and Quality of Life in Oncology Outpatients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 44, 520-531.
- Kaden-Lottick N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., et al. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer, *Cancer*, 104, 2872-81.
- Kangas, M., Henry, J. L., Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review, *Clin Psychol Review*, 22, 499-524.
- Kubler-Ross E. (1969). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella, 1979.
- Lerman, C., et al. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers, *Cancer*, 72(9), 2612-20.
- Lindsay, N., French-Rosas, M. D., Jennifer Moye, P. H. D., Aanand, D., Naik, M. D. (2011). Improving the Recognition and Treatment of Cancer-Related Posttraumatic Stress Disorder, *Journal Psychiatric Practice*, 17, 270-276.
- Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Milano: Il Saggiatore.
- McGrath, P. (1999). Posttraumatic Stress and the Experience of Cancer: A literature Review, *Journal of Rehabilitation*, 17-23.
- Menoni, E. & Ridolfi, A. (2008). Psicologia clinica e percorsi assistenziali. Distress, coping e qualità di vita nei pazienti con trapianto di midollo osseo, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 212-227.
- Molleman, E., Krabbendam, P. J., Annyas, A. A., Kops, H. S., Sleijfer, D. T., Vermey, A. (1984). The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer, *Soc Sci Med*, 18, 475-80.
- Morasso, G. (1993). L'informazione desiderata, *Quadro Cure Palliat*, 3, 237-38.
- Morasso, G., Alberisio, A., Capelli, M., et al. (1997). Illness awareness in cancer patients: a conceptual framework and a preliminary classification hypothesis, *Psychooncology*, 6(3), 212-17.
- Morasso, G., Di Leo, S. (2002). La psico-oncologia: un panorama generale, *Formazione, Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria. Nuove prospettive in psico-oncologia*, 46, 1-17.
- Morasso, G., et al. (1988). Physician's attitudes in the management of terminally ill patients. In Gilmore and Gilmore (eds). *A Safer Death. Multidisciplinary Aspects of Terminal Care*. New York: Plenum Press, 191-204.
- Morril, E. F., Brewer, N. T., O'Neil, S. C., et al. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life, *Psychooncology*, 17, 948-53.
- Orlandelli, E., Pucci, T., Pusceddu, S., Ferrarese, D., Zampaglione, G. (2005). Psiconcologia: dalla comunicazione alla relazione alla cura, *Giornale Italiano di Oncologia*, Vol. XXV, 4, 141-143. CIC Edizioni Internazionali.
- Saltini, A. & Dall'Agnola, R. B. (1995) La comunicazione di cattive notizie. Indicazioni generali e linee guida, *Recenti Prog Med*, 86, 409-17.
- Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M., Andersen, B. L. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors, *J Trauma Stress*, 21, 165-72.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C., Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: A review, *Psychooncology*, 8, 521-37.
- Tedstone, J. E., Tarrrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment, *Clin Psychol Rev*, 23, 409-48.
- Torta R. & Mussa A. (1997). *Psiconcologia*. Torino: Il Centro Scientifico.
- Wikman, A., Bhattacharyya, M., Perkins-Porras, L., Steptoe, A. (2008). Persistence of posttraumatic stress symptoms 12 and 36 months after acute coronary syndrome, *Psychosom Med*, 70, 764-72.

Campo organismo, psicodinamica e psicomicrotrauma

Massimo Frateschi

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

Riassunto

L'autore intende presentare un'inquadratura della prospettiva psicologica psicodinamica, partendo da riferimenti fondamentali storici teorici e metodologici. Alcuni concetti vengono articolati e configurati in ordine ad una elaborazione specialistica psicodinamica psicoevolutionista, fino alla loro rilevanza per l'orientamento psicoterapeutico. I concetti della psicoevoluzione che verranno sviluppati sui molteplici aspetti trattati in questo contributo sono: la teoria psicoevolutionista dei fenomeni multipli simultanei, il campo organismo, lo stadio prenucleare inconscio, la matrice primaria dinamica, la Motivazione Intrinseca Strutturale, il Condizionamento Arcaico, la Necessità di indipendenza e la Necessità di dipendenza, la congruenza intima psicofisiologica, la psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista, il metodo dell'analisi delle scene, delle immagini e dei sogni, lo psicotrauma e lo psicomicrotrauma.

Parole chiave: Campo organismo, psicodinamica psicoevolutionista, psicomicrotrauma.

Introduzione

La prospettiva psicologica e psicoterapeutica psicodinamica, attualmente, è in pieno sviluppo teorico, metodologico e applicativo grazie al contributo straordinario scientifico e clinico di numerosi studiosi geniali, che hanno costruito le basi della storia della psicologia moderna. Proverò ad introdurre alcuni riferimenti storici fondamentali scientifici e clinici ed approfondirò alcuni spunti di rielaborazione psicodinamica psicoevolutionista.

Inizierei da un primo punto di vista dinamico per quanto riguarda la struttura della sfera psichica, sulla tendenza all'equilibrio e al sistema, che viene trattato da Lewin in *Teoria dinamica della personalità*: "I processi psichici possono spesso, mediante l'impiego di certi punti di vista, venire dedotti dalla tendenza ad un equilibrio (come lo possono i processi biologici in genere, o quelli fisici, economici, o altri simili). La transizione da uno stato di quiete ad un processo, così come un

mutamento in un processo stazionario, possono essere ricondotti al fatto che l'equilibrio è stato disturbato in certi punti, e che si determina allora un processo nella direzione di un nuovo stato di equilibrio. Nello sviluppare questa concezione, tuttavia, si deve dedicare speciale attenzione a certi punti. 1) Il processo si sviluppa nella direzione di uno stato di equilibrio soltanto *per il sistema considerato come il tutto* ... È dunque importante prendere come base il sistema complessivo che, ad un momento dato, è dominante... 2) uno stato di equilibrio in un sistema non significa, inoltre, che il sistema è senza tensioni. Al contrario, dei sistemi possono giungere all'equilibrio anche in uno stato di tensione (per es., una molla sotto tensione, o un recipiente con del gas in pressione)... Noi usiamo qui il concetto di stabilità di un sistema solo in senso dinamico-funzionale, senza con ciò fare alcuna speciale affermazione circa le caratteristiche materiali del sistema di cui si tratta. Naturalmente, le frontiere stabili di un sistema possono essere costituite da un sistema circostante che è esso pure in uno stato di tensione: in questo caso i presupposti sopra esaminati valgono anche per entrambi i sistemi considerati come un tutto" (Lewin K., 1935).

Freud sostiene in *Al di là del principio del piacere* che: "La speculazione psicoanalitica prende le mosse dall'impressione suscitata dall'indagine, dei processi inconsci, che la coscienza non possa essere la più universale caratteristica dei processi psichici, ma solo una loro specifica funzione. Esprimendosi in termini metapsicologici, essa afferma che la coscienza è la funzione di un particolare sistema, che chiama C ... La coscienza non è l'unica qualità peculiare che noi attribuiamo ai processi che hanno luogo in questo sistema. Sulla base di impressioni ricavate dalla nostra esperienza psicoanalitica, formuliamo l'ipotesi che tutti i processi di eccitamento che avvengono negli altri sistemi lascino in essi tracce permanenti che costituiscono la base della memoria: residui mnestici

dunque, che nulla hanno a che fare con il processo di diventare cosciente ... Potremmo allora dire che nel sistema C il processo di eccitamento diventa conscio, ma non lascia tracce permanenti; che l'eccitamento viene invece trasmesso ai sistemi interni adiacenti, e lascia in questi sistemi le tracce che costituiscono il fondamento del ricordo" (Freud S., 1920).

Jung ha affermato che: "La nostra coscienza si è sviluppata, storicamente e individualmente, dall'oscurità e dal crepuscolo di una primordiale incoscienza. Processi e funzioni psichiche esistevano ben prima che vi fosse una coscienza dell'Io. L'«aver pensieri» fu una realtà ben anteriore a quella in cui l'uomo poté dire: «Son consapevole di pensare». I primitivi «pericoli dell'anima» sono principalmente quelli in cui può incorrere la coscienza. Fascinazione, incantesimo, perdita dell'anima, possessione, ecc. sono palesemente fenomeni di dissociazione e repressione della coscienza causati da contenuti inconsci. Nemmeno l'uomo civilizzato è uscito completamente dall'oscurità della vita primitiva. L'inconscio è madre della coscienza. Ma là dove c'è una madre c'è anche un padre per quanto ignoto egli possa apparire. La coscienza, giovane creatura, può rinnegare il padre, non la madre. Sarebbe troppo innaturale: in ogni bambino possiamo vedere con quanta esitazione e lentezza la coscienza dell'Io si sviluppi a partire da una coscienza frammentata e fatta di singoli attimi e con quanta gradualità queste isole emergano dal buio fitto di un mondo meramente istintuale. La coscienza si origina da una psiche inconscia che la precede nel tempo e che continua poi a funzionare con o malgrado la coscienza stessa" (Jung C. G., 1939).

"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 Motivazione Intrinseca Strutturale nel mondo interno è un faro che illumina un mare magnum di consapevolezza - inconsapevolezza. 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 essenzia-

li delle scene integre, andrebbero prese in considerazione" (Frateschi M., 2012).

Psicodinamica e campo organismo

La psicodinamica psicoevolutionista studia come i significati dei vari comportamenti dell'organismo umano sono correlati in un modo soggettivo; per cui non viene studiato il comportamento "calmo", ma i significati della "calma" in relazione con tutto l'organismo. L'organismo umano è una gestalt campo dinamico di forze "chiuso" dal confine epidermico, nel senso di una gestalt a sé stante, ma simultaneamente "in contatto flessibile e variabile" col mondo esterno. Infatti, è flessibile poiché un essere umano può prendere contatto con la punta dell'indice o con gran parte della superficie epidermica con un oggetto o una persona ed è variabile poiché un oggetto o una persona possono introdursi in un essere umano, ad esempio, una lama di coltello, o un dito in gola (Frateschi M., 2011).

Consideriamo, dapprima alcuni aspetti sul concetto di campo, sull'evoluzione dell'organismo e sulla psicodinamica psicoevolutionista.

Lewin, a proposito di forze e campi di forze sostiene che: "La base per la coordinazione fra concetti matematici e concetti psicodinamici, per lo meno quando si ha a che fare con problemi relativi all'ambiente, è la coordinazione tra tragitto topologico e locomozione psicodinamica. La descrizione topologica determina a quali punti conducono i diversi tragitti, e quali regioni questi tragitti attraversano. La regione che un bambino non può raggiungere si può caratterizzare per mezzo di barriere poste tra questa regione e quelle ad essa adiacenti. La barriera come concetto dinamico, corrisponde al concetto matematico di limite. ... Una forza è definita da tre proprietà: 1) direzione, 2) intensità, e 3) punto di applicazione. La prima e la seconda proprietà devono essere rappresentate per mezzo del concetto matematico di *vettore*. Il punto di applicazione è indicato nella rappresentazione grafica (come si usa in fisica) dalla punta di una freccia... Il campo di forza indica quale forza esisterebbe in ogni punto del campo se l'individuo considerato si trovasse in tale punto... Un *conflitto* è definito psicologicamente come la opposizione di forze di campo di intensità approssimativamente eguale" (Lewin K., 1935).

Vorrei soffermarmi, brevemente sui concetti di campo, spazio-tempo, eventi ed organismo e, quindi, riprendere alcuni concetti fondamentali della psicoevoluzione che ho sviluppato dal 1988 fino ad oggi. L'emancipazione del concetto di "campo" dall'ipotesi della sua associazione a un veicolo materiale, costituisce una delle svolte psicologicamente più interessanti del pensiero fisico. Con l'introduzione del concetto di "campo" nell'elettrodinamica, Maxwell (1890) riuscì a prevedere l'esistenza delle onde elettromagnetiche, la cui sostanziale identità con le onde luminose non poteva venire messa in dubbio, già a causa della loro velocità di propagazione; uno degli effetti psicologici di questo immenso successo fu che il concetto di "campo" ottenne gradualmente una maggiore autonomia in opposizione al quadro meccanicistico della fisica classica. Solo l'idea del campo come rappresentante della realtà, in combinazione con il principio generale di relatività, riesce a rivelare il vero nocciolo dell'idea di Descartes (1644): non esiste spazio "vuoto di campo"; quindi per Einstein (1959), la somma totale "degli eventi che sono simultanei" con un evento prescelto esiste, è vero in relazione a un particolare sistema inerziale, ma non più indipendentemente dalla scelta del sistema inerziale (principio di inerzia e principio di costanza). "Il continuo quadridimensionale" non può più ora venire scisso oggettivamente in sezioni, le quali tutte contengono "eventi simultanei"; il termine "adesso" perde per il mondo spazialmente esteso il suo significato oggettivo. E' a causa di ciò che lo spazio e il tempo debbono venir considerati un "continuo quadridimensionale" inscindibile. Per le teorie relativistiche di Einstein è fondamentale operare in un "continuo spazio-temporale" a quattro dimensioni. In tutte (le teorie) è essenziale che vi sia un gruppo di trasformazioni tali che lo stesso stato fisico sia rappresentabile sotto forme diverse; per tali forme il passaggio dall'una all'altra è possibile appunto, grazie alle trasformazioni di gruppo. Ora, porgo la definizione della mia teoria psicoevolutionista dei fenomeni multipli simultanei: "Ogni organismo evolve in uno slancio continuo spazio-tempo interagente con fenomeni pluridimensionali spazio-tempo multipli simultanei" (Frateschi M., 1988-1989). Quindi nell'essere umano il principale, unico ed essenziale, *campo* spazio-tempo dinamico di forze e

conflitti è il proprio *organismo*. L'essere umano è in grado di intuire e interiorizzare il proprio essere soggetto-oggetto, spazio-tempo, mondo interno - mondo esterno. La successione costante, continua e discontinua, degli eventi del mondo interno - mondo esterno è in correlazione con i fenomeni multipli simultanei.

Sull'evoluzione dell'organismo vivente Freud afferma: "Rappresentiamoci l'organismo vivente nella sua forma più semplice possibile come una vescichetta indifferenziata di una sostanza suscettibile di una stimolazione; in questo caso la superficie dell'organismo rivolta verso il mondo esterno sarà differenziata in virtù della sua stessa posizione, e funzionerà come organo che riceve gli stimoli. L'embriologia, che ripercorre le stesse tappe della storia dell'evoluzione, mostra effettivamente che il sistema nervoso centrale deriva dall'ectoderma; la sostanza grigia della corteccia cerebrale è ancora un residuo della superficie primitiva dell'organismo, e potrebbe averne ereditato alcune proprietà fondamentali. Verrebbe da pensare che l'incessante urto degli stimoli esterni sulla superficie della vescichetta determini una continua trasformazione della sua sostanza fino ad una certa profondità, sicché i processi di eccitamento si svolgerebbero in essa diversamente da come si svolgono negli strati più profondi. Si sarebbe così formata una corteccia che la continua stimolazione ha talmente temprato che alla fine essa presenta le migliori condizioni possibili per la ricezione degli stimoli, e non è più suscettibile di ulteriori modificazioni" (Freud S., 1920).

Köhler mentre scriveva del principio dell'isomorfismo psicofisico per il suo libro "La Psicologia della Gestalt" (1947), affermò che: "Proprio nel momento in cui scrivo questo enunciato, una voce sgradevole comincia a cantare nella casa accanto. Il mio enunciato è qualcosa di cui, quantunque si estenda nel tempo, ho esperienza come di una certa unità: questa unità e quegli acuti non si appartengono vicendevolmente. Ciò resta vero anche se dell'una e degli altri io ho esperienza nello stesso tempo", cioè *simultaneamente*".

Qui e ora (insight - analitico esistenziale), mentre scrivo, si realizzano nel mio mondo interno i fenomeni multipli simultanei della respirazione, della temperatura, del battito cardiaco ed altri, ed è inequivocabile che percepisco tanti altri fenomeni simultanei intorno a me, nel mondo esterno.

Per chi legge ciò avviene, più o meno similmente, qui e ora, in spazi tempi continui pluridimensionali, in cui sono presenti fenomeni multipli simultanei mondo interno - mondo esterno.

L'analisi ed interpretazione psicoevoluzionista delle "Leggi di unificazione formale" (Wertheimer M., 1923) si può evidenziare, proseguendo sui principi della teoria Evoluzionista, nella correlazione tra la Teoria psicoevoluzionista dei fenomeni multipli simultanei con ciascuna delle Leggi, di seguito menzionate:

- (L1)=Vicinanza.
- (L2)=Somiglianza.
- (L3)=Buona continuazione.
- (L4)=Pregnanza.
- (L5)=Destino comune.
- (L6)=Chiusura.
- (L7)=Esperienza passata.

Infatti, un principio della teoria Evoluzionista sostiene che la vita è la continuazione di un primordiale slancio (L3) che si è sviluppato in linee evolutive divergenti nello spazio-tempo. Ritengo che la forma, le figure, la posizione, il movimento, la dinamica delle parti continua in virtù dello slancio primitivo del tutto - sfondo; qualcosa del tutto - sfondo - totalità dinamica organizzata deve sussistere nelle parti (L5) (Frateschi M., 1988-1989).

La fecondazione nelle piante superiori è somigliante (L2) a quella degli animali, poiché consiste nell'unione dei due semi-nuclei. Tuttavia vegetali ed animali sono due grandi serie distinte (L6) per evoluzione morfologica e funzionale. Le variazioni evolutive in spazi e tempi diversi molto lievi, molto vicine (L1) si addizionano per selezione naturale.

Sull'organismo vivente Freud asserisce: "Per l'organismo vivente la protezione degli stimoli è una funzione quasi più importante della ricezione degli stessi; il rivestimento protettivo è dotato di una propria provvista di energia, e deve sforzarsi anzitutto di tutelare le particolari forme di trasformazione di energia che hanno luogo nell'organismo contro l'influsso uniformante, e quindi distruttivo, delle enormi energie che operano nel mondo esterno. Il principale scopo della ricezione degli stimoli è di scoprire, l'orientamento la direzione e la natura degli stimoli esterni, e per questo è sufficiente prendere piccoli campioni del mon-

do esterno, assaggiarlo in piccole quantità. Negli organismi altamente sviluppati lo strato corticale ricettivo di quella che era la vescichetta si è ritirato da tempo nella regione profonda che si trova all'interno del corpo, ma alcune sue parti sono rimaste nella superficie immediatamente contigua al generale rivestimento protettivo. Queste parti sono gli organi di senso, che consistono essenzialmente in apparati per la ricezione di stimolazioni specifiche, ma che comprendono anche dispositivi particolari atti a proteggere ulteriormente l'organismo dagli stimoli in quantità eccessiva, nonché a respingere gli stimoli di qualità inadeguata. Gli organi di senso hanno la caratteristica proprietà di elaborare solo piccole quantità dello stimolo esterno a piccole dosi; forse possono essere paragonati ad antenne che si protendono a tastare il mondo esterno per poi ritrarsene continuamente" (Freud S., 1920).

"La variazione impercettibile" di Darwin (1859, 1871, 1872) è, secondo la mia tesi (Frateschi M., 2009), una "gestalt" in cui tutte le parti di un organismo sono necessariamente coordinate tra di loro con una riorganizzazione dinamica pregnante (L4). Tra Lamarck con "il principio dello sviluppo interno" e Bergson (1941) con "il principio dello slancio originario" (L3) si conferma la "simultaneità di trasmissione della variazione acquisita" (L7).

Per il biologo Monod (1970) ogni organismo rappresenta un'unità funzionale coerente (L4) e integrata (L6). Quindi, l'organismo è una entità che si costruisce da sé per interazioni costruttive interne molecolari (L1), simultanee al riconoscimento di altre molecole (funzione teleonomica di proteine, DNA, RNA) (L2). "Il progetto teleonomico" è la trasmissione, da una generazione all'altra (L3), del "contenuto di invarianza" caratteristico della specie (L7). Le recenti scoperte degli embriologi dimostrano che i fenomeni rigenerativi si svolgono in decimi di nanometro (L1) con un direzione evolutiva (L3) in un'organizzazione di campo morfogenetico (gestalt) (Frateschi M., 2012).

Trauma, motivazione, psicomicrotrauma

Freud riferisce che: "Esiste verso l'esterno una protezione dagli stimoli tale per cui le quantità di eccitamento in arrivo avranno un effetto considerevolmente ridotto. Verso l'interno una protezio-

ne del genere è impossibile; gli eccitamenti degli strati più profondi proseguono direttamente e senza alcuna diminuzione del loro ammontare fino al sistema, dato che alcune delle loro caratteristiche danno origine alla serie delle sensazioni piacere-dispiacere ... Chiamiamo “traumatici” quegli eccitamenti che provengono dall'esterno e sono abbastanza forti da spezzare lo scudo protettivo. Penso che il concetto di trauma implichi questa idea di una breccia inferta nella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi. Un evento come il trauma esterno provocherà certamente un enorme disturbo nell'economia energetica dell'organismo, e mobiliterà tutti i possibili mezzi di difesa ... Penso che possiamo arrischiare a considerare la comune nevrosi traumatica come la conseguenza di una vasta breccia apertasi nella barriera protettiva. La condizione perché esso si verifichi è che manchi quella preparazione [al pericolo] propria dell'angoscia che implica il sovrainvestimento dei primi sistemi che ricevono lo stimolo. Quando il livello del loro investimento è basso, i sistemi non sono in grado di legare l'ammontare degli eccitamenti in arrivo, e le conseguenze dell'irruzione attraverso la barriera protettiva si fanno sentire tanto più facilmente. Vediamo così che la preparazione connessa all'angoscia e il sovrainvestimento dei sistemi ricettivi che l'accompagna rappresentano l'ultima linea di difesa contro gli stimoli. In tutta una serie di traumi la differenza tra i sistemi impreparati e quelli preparati, perché sovrainvestiti, può essere il fattore decisivo l'esito finale; questo fattore non ha tuttavia più alcun peso quando la violenza del trauma supera certi limiti. Nelle nevrosi traumatiche i sogni riportano abitualmente il malato nella situazione dell'incidente; e in questo caso va detto che essi non assolvono certo la funzione loro assegnata dal principio del piacere di appagare i desideri in forma allucinatoria. Possiamo invece supporre che essi aiutino a venire a capo di un altro compito, che deve essere risolto prima che possa instaurarsi il dominio del principio del piacere. Questi sogni cercano di padroneggiare gli stimoli retrospettivamente, sviluppando quell'angoscia la cui mancanza era stata la causa della nevrosi traumatica. Essi ci permettono così di farci un'idea di una funzione dell'apparato psichico che, senza contraddire al principio del piacere, è però indipendente da esso, e pare più primitiva del proposito di ottenere pia-

cere ed evitare dispiacere” (Freud S., 1920).

“La psicoanalisi nasce come «teoria della motivazione strutturata» [Lichtenberg 1989; trad. it. 1995, 17] e i primi studi a partire dallo stesso Freud costituirono un tentativo di individuare quale fosse la motivazione primaria che, consciamente o inconsciamente, guida ogni nostra azione e rispetto alla quale tutte le altre sarebbero delle mere derivate” (Amadei G., Cavanna D., Zavattini G.C., 2015).

Sostengo che la Motivazione Intrinseca Strutturale, probabilmente, attiva ad uno *stadio prenucleare inconscio*, sia gli istinti, le pulsioni, i bisogni, sia l'intelligenza, la percezione, le emozioni, come figure, che dinamicamente sono agenti nel *campo organismo*, in sintonia o in conflitto, in quanto forze in movimento, in evoluzione continua, nello sfondo che ho denominato appunto “*matrice primaria dinamica*”. Queste figure, agenti all'interno della matrice primaria dinamica, possono sviluppare scene inconse multiple, simultanee, successive, ovunque nel campo organismo, che deve, come totalità dinamica organizzata, perciò, autoregolarsi verso l'equilibrio, sia delle tensioni del mondo interno, sia dalle pressioni del mondo esterno. La *congruenza intima psicofisiologica* è già presente nell'integrazione delle risposte omeostatiche adattive, molto complesse. Il feto, in quanto campo organismo, è strutturato, organizzato e funzionante, nel flusso dinamico di stimoli e alimenti molteplici biologici, sensoriali, emotivi, ecc., in divenire, del *campo organismo madre*.

Possiamo, ora, riprendere alcune affermazioni di Freud: “È come se la vita dell'organismo seguisse un ritmo irrisolto: un gruppo di pulsioni si precipita in avanti per raggiungere il fine ultimo della vita il più presto possibile, l'altro gruppo, giunto a un certo stadio di questo percorso, ritorna indietro per rifarlo nuovamente a partire da un determinato punto e prolungare così la durata del cammino... Non è possibile costatare con certezza l'esistenza di una pulsione universale che spinge gli esseri viventi verso un più alto sviluppo; tuttavia è innegabile che il mondo animale e vegetale presentano di fatto un'evoluzione in questo senso. Ma da un lato spesso le valutazioni in base alle quali consideriamo una certa fase evolutiva superiore a un'altra sono puramente soggettive, e dall'altro la biologia ci insegna che quella che è la più alta evoluzione sotto un certo aspetto è assai

sovente compensata o bilanciata da un'involuzione sotto un altro profilo. Ci sono inoltre numerose specie animali il cui stadio giovanile ci permette di inferire che il loro sviluppo ha assunto, al contrario, un carattere regressivo. Sia lo sviluppo più elevato sia l'involuzione potrebbero essere conseguenze dell'adattamento cui gli organismi sono stati costretti da forze esterne, e il ruolo della pulsione potrebbe limitarsi in entrambi i casi a conservare - sotto forma di fonte interna di piacere - il mutamento imposto dall'esterno. Weismann, che considera la sostanza vivente morfologicamente, vede in essa una parte che è destinata a morire, il soma, il corpo con esclusione della sostanza legata al sesso e all'ereditarietà, e una parte immortale costituita appunto da questo plasma germinale che si pone al servizio della conservazione della specie, della riproduzione. Noi invece essendoci interessati non già della sostanza vivente, bensì delle forze che agiscono in essa, siamo stati indotti a distinguere due specie di pulsioni: quelle che spingono la vita verso la morte, e le altre, le pulsioni sessuali che provano e riescono continuamente a rinnovare la vita ... L'evidente analogia fra la distinzione di soma e plasma germinale stabilita da Weismann e la nostra separazione tra pulsioni di morte e pulsioni di vita rimane valida e riacquista tutto il suo valore ... La nostra concezione è stata dualistica fin dall'inizio, e oggi - da che i termini opposti non sono più chiamati pulsioni dell'Io e pulsioni sessuali, ma pulsioni di vita e pulsioni di morte - lo è più decisamente che mai" (Freud S., 1920).

Dunque, le forze nel campo organismo possono trovarsi in una contrapposizione dualistica.

Come la Motivazione Intrinseca Strutturale è una forza presente nel campo organismo, già con l'esordio della vita, ed è derivante nell'essere umano dalla necessità di slancio vitale verso l'indipendenza, così è presente e si contrappone la seconda forza vettoriale di matrice psichica, il "Condizionamento Arcaico - C.A." (Frateschi M., 1997), che è una forza derivante dalla necessità, insita dell'essere nel mondo, del ritorno alla dipendenza. Questa seconda forza vettoriale è quasi pari alla prima forza vettoriale, per volume ed intensità di energia che produrrà per tutta la vita. Le due necessità sono presenti continuamente nel corso dell'esistenza umana. L'essere umano può attraversare gli stadi della vita con gradi variabili di

queste due necessità. La "Necessità di dipendenza" è al massimo grado, per volume ed intensità di energia, nello stadio di vita fetale, poi, in condizioni normali, dovrebbe diminuire lentamente di grado, negli stadi evolutivi successivi. La "Necessità di indipendenza" è al minimo grado, per volume ed intensità di energia, nello stadio di vita fetale, quindi, normalmente, dovrebbe aumentare lentamente di grado, con la crescita.

Riprendiamo, ulteriori considerazioni sulle forze in campo, sui tipi di conflitto e sul piacere e dispiacere per Lewin: "Un conflitto deve essere psicologicamente caratterizzato come una situazione nella quale forze di intensità approssimativamente eguale, orientate in modo opposto, agiscono simultaneamente sopra l'individuo. Di conseguenza, sono possibili tre tipi fondamentali di situazione conflittuale. 1. L'individuo si trova tra due valenze positive, di intensità approssimativamente eguale... Essa costituisce di solito una situazione di equilibrio instabile... La scelta fra due cose piacevoli è, in genere, più facile di quella tra due cose spiacevoli, a meno che nella scelta non siano implicati dei problemi che hanno una particolare importanza nella vita dell'individuo... 2. Il secondo tipo fondamentale di situazione conflittuale si ha quando l'individuo si trova fra due valenze negative approssimativamente eguali... 3. Esiste infine la possibilità che uno dei due vettori di campo orientati in direzione opposta derivi da una valenza positiva, mentre l'altro deriva da una negativa. In questo caso, il conflitto sorge solo quando la valenza positiva e quella negativa si trovano nello stesso punto del campo" (Lewin K., 1935).

Le due forze vettoriali di matrice psichica, la Motivazione Intrinseca Strutturale e il Condizionamento Arcaico determinano equilibri, tensioni, conflitti e nuovi equilibri dinamici nel campo organismo in relazione con campi esterni. Un particolare rilievo contraddistingue la relazione tra "campo organismo fetale" e "campo organismo madre".

La Motivazione Intrinseca Strutturale, componendosi nella specie umana, con una traccia per ciascun essere umano specifica nella gestalt psicofisio-biologica, si avvia nello stadio embrionale, e si sviluppa nello stadio fetale, nel "campo organismo fetale" all'interno del "campo organismo madre"; perciò, non è mai secondaria agli istinti, alle pulsioni o ai bisogni, bensì, è principale, indipen-

dente e spesso causa determinante gli istinti, le pulsioni e i bisogni. (Frateschi M., 2006). Di conseguenza, confermo che, lo “slancio originario” nella natura degli esseri viventi, corrisponde nella specie umana alla Motivazione Intrinseca Strutturale - M.I.S. . Questa contribuisce a comprendere *perché e come* l'uomo agisce.

Il Condizionamento Arcaico costruisce i primi echi percettivi, sensoriali, fisici, emotivi, ecc., nello stadio di vita fetale; suoni, rumori, pressione, temperatura, e innumerevoli altri stimoli provenienti dal mondo esterno, possono trovare nell'ambiente placenta, una cassa di risonanza, che invia input al campo organismo fetale; questi segnali grezzi, prima caotici, vanno a depositarsi, quindi, sul primo sfondo evocativo di memoria dell'essere, al momento della nascita, determinato da un evento preciso e ineludibile: il trauma causato dal passaggio da una condizione di immersione, in un mondo liquido, protetto sia dalla placenta, sia dal campo organismo madre, all'emersione immediata e definitiva in un mondo d'aria, senza alcuna protezione liquida o solida, a diretto contatto con il mondo esterno.

L'impronta matrice della “Scena della Nascita”, è la genesi delle opere sceniche successive. Con la Scena della Nascita il Condizionamento Arcaico è ancora una forza all'apice della sua potenza, per la necessità di dipendenza, ma, finalmente, si affaccia la Motivazione Intrinseca Strutturale con una forza in campo dell'organismo, per un primo slancio vitale della necessità di indipendenza nel mondo esterno. Queste due forze si contrapporranno, in tutte le fasi dell'esistenza, per divergenza opposta di direzioni nel campo organismo. La forza C.A. si dirigerà sempre verso l'involutione, spazio-tempo indietro-passato, e la forza M.I.S., invece, andrà in direzione opposta sempre verso l'evoluzione, spazio-tempo avanti-futuro.

Torniamo a quanto sostiene Freud in “L'Io e l'Es”: “La distinzione dello psichico in ciò che è cosciente e ciò che è inconscio è il presupposto fondamentale della psicoanalisi; solo questa distinzione consente di comprendere e inserire in una sistemazione scientifica i così frequenti e importanti processi patologici della vita psichica. Per dirlo ancora una volta con altre parole, la psicoanalisi non può far consistere l'essenza dello psichico nella coscienza, ed è invece indotta a considerare la coscienza come una delle qualità dello

psichico, che può aggiungersi ad altre ma che può anche rimanere assente ... 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”. Ad ognuna di queste due specie di pulsioni corrisponderebbe uno specifico processo fisiologico (costruttivo e distruttivo [anabolico e catabolico]); in ogni parte della sostanza vivente sarebbero attive entrambe le pulsioni, sia pure in un impasto di proporzioni disuguali, sicché una certa sostanza potrebbe assumersi la rappresentanza principale dell'Eros. E ancora molto difficile rappresentarsi il modo nel quale le pulsioni delle due specie si associano, si impastano e si legano; ma che ciò avvenga comunque, e su vasta scala, è un postulato irrinunciabile della nostra concezione. In seguito all'aggregazione di organismi elementari unicellulari in organismi viventi pluricellulari parrebbe che si sia riusciti a neutralizzare la pulsione di morte della singola cellula e, per mezzo di un organo particolare, a stornare nel mondo esterno gli impulsi distruttivi. Tale organo sarebbe la muscolatura, e la pulsione di morte si esprimerebbe quindi - anche se probabilmente solo in parte - come pulsione distruttiva rivolta contro il mondo esterno e contro altri esseri viventi” (Freud S., 1923).

Jung C. G., nell'opera *Il concetto d'inconscio collettivo* distingue l'inconscio personale dall'inconscio collettivo: “Mentre l'inconscio personale è formato essenzialmente da contenuti che sono stati un tempo consci, ma sono poi scomparsi dalla coscienza perché dimenticati o rimossi, i contenuti dell'inconscio collettivo non sono mai stati nella coscienza e perciò non sono mai stati acquisiti individualmente, ma devono la loro esi-

stenza esclusivamente all'ereditarietà. L'inconscio personale consiste soprattutto in «complessi»; il contenuto dell'inconscio collettivo, invece, è formato da «archetipi». Il concetto di archetipo, che è un indispensabile correlato dell'idea di inconscio collettivo, indica l'esistenza nella psiche di forme determinate che sembrano essere presenti sempre e dovunque... Quest'inconscio collettivo non si sviluppa individualmente, ma è ereditato. Esso consiste in forme preesistenti, gli archetipi, che possono diventare coscienti solo in un secondo momento e danno una forma determinata a certi contenuti psichici... Gli istinti sono tuttavia fattori impersonali, diffusi universalmente, ereditari, di natura dinamica o motivante, che molto spesso non riescono a raggiungere per nulla la coscienza, così che la psicoterapia moderna si trova dinanzi al compito di aiutare il paziente a divenirne cosciente" (Jung C. G., 1936).

Nella psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista è determinante *il metodo dell'analisi delle scene, delle immagini e dei sogni* per l'analisi e l'interpretazione dei sogni, e, infatti, sostengo che: "Nei sogni, il conflitto tra la Motivazione Intrinseca Strutturale e il Condizionamento Arcaico è più intenso perché le loro forze vettoriali possono estrinsecare maggiore energia, nel campo organismo, in condizioni di: relativa quiete, minore sforzo fisico, restringimento dello stato di coscienza, riequilibrio dei sistemi complessi, elaborazioni complesse affettive, emotive, intellettive, cognitive, mnemoniche, ecc. Di conseguenza, questo conflitto è più esteso, poiché tutto l'organismo è a disposizione come campo di battaglia, senza che l'essere umano possa intervenire consapevolmente, a favore dell'una o dell'altra forza, su qualunque parte del campo organismo, ad eccezione, quindi delle emergenze di risveglio. Il conflitto è più libero da influenze del mondo esterno, perciò il campo di forza soggettivo può essere, per esempio, invaso da incubi o irrefrenabili fantasie durante i sogni, oppure da disturbi o ristori del sonno. Infine, il conflitto è più utile, poiché la produzione immaginativa, in qualsiasi forma, materia, simboli, fantasmi, metafore, svolge elaborazioni complesse evolutive, impossibili in uno stato di veglia e vigilanza razionale e logica; infatti, gli esordi creativi delle scene oniriche, le composizioni di immagini, sensazioni, emozioni, pensieri, gli sviluppi ideativi e gli esiti nei sogni, nelle parti o nel tutto, e nelle

differenti fasi del sonno, tra l'altro, proprio comprendendo le pause di produzione dei sogni così bene orchestrate, emancipano favorevolmente la complessità delle strutture, organizzazioni e funzioni dell'intero organismo, nella direzione di una evoluzione umana" (Frateschi M., 2012).

Quindi, anche per quanto asserito da Jung rispetto all'inconscio collettivo, in particolare, gli istinti, ereditari, sarebbero di natura dinamica o motivante; ora, si consideri che, nella psicodinamica psicoevolutionista la natura della Motivazione Intrinseca Strutturale è simultaneamente dinamica e motivante.

In aggiunta, Jung prosegue sugli istinti e dice: "Gli istinti, inoltre, per natura non sono vaghi ed indefiniti, ma sono forze motrici specificamente formate, che molto prima che esista un qualsiasi grado di coscienza, e a prescindere dal grado di coscienza raggiunto in seguito, perseguono i loro scopi intrinseci. Essi assumono di conseguenza analogie così strette con gli archetipi, che vi sono in verità buone ragioni per supporre che gli archetipi siano le immagini inconse degli istinti stessi; in altre parole, che essi siano «modelli di comportamento istintuale»" (Jung C. G., 1936).

Adesso, grazie ai riferimenti al "gioco del rocchetto" di Freud e alle interpretazioni illuminanti di Lacan, procedo in una descrizione della teoria psicoevolutionista dei fenomeni multipli simultanei, degli eventi psicotraumatici e psicomicrotraumatici e delle modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche.

E' Freud S. che ci parla di un gioco in "Al di là del principio del piacere", in cui il bambino riesce a dominare il temibile vissuto dell'assenza della madre sostituendo a questo vissuto un simbolo. Lacan riprende il famoso gioco del rocchetto così di seguito: "Il bambino (18 mesi) di cui ci parla Freud si divertiva con un rocchetto ed una cordicella che attorcigliava intorno ad esso, tenendo un capo della corda buttava via il rocchetto... a questo punto, emetteva una specie di lungo "oooh", che in tedesco fu facile interpretare come un abbozzo del "Fort" che vuol dire "via", "lontano", poi servendosi sempre della cordicella, faceva in modo che il rocchetto ricomparisse nel suo campo visivo e salutava la sua riapparizione con un gioioso "Da" che equivale in italiano a "qui", "vicino". Per Lacan (1937-1966) con un primo atto di simbolizzazione il bambino si sottrae all'urgenza

di un evento, la sparizione e la riapparizione del rocchetto. Nella realtà vissuta il bambino si sottrae all'urgenza di un evento psicomicrotraumatico, la sparizione e la riapparizione della madre, prendendo distanza emotiva, o meglio difendendosi con una *"regolazione della distanza emotiva"*.

Lacan, inoltre, sostiene che "i due fonemi O e A" (gli "oooh" e i "da") alternandosi servono a loro volta per simbolizzare lo sparire e il riapparire del rocchetto; il distacco (emotivo) dalla realtà vissuta si è così effettuato su due piani: dalla madre, il bambino è passato al rocchetto e poi al linguaggio. In questo gioco dimostra che il linguaggio si distacca dal reale, e come il linguaggio consente al soggetto di identificare se stesso *"distanziandosi dal reale vissuto"*. Dunque, proseguendo sulla mia ipotesi la *"regolazione della distanza emotiva"* agisce rispetto ad un evento psicotraumatico o ad una sequenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati, come modalità difensiva psicoevolutiva, strategica e tattica, prima dei meccanismi difensivi (solo tattici) dello spostamento e della rimozione (Frateschi M., 2006). Perciò, se Lacan sostiene che: "con questo gioco... il bambino assumeva nell'avvenimento un ruolo attivo che gli assicurava il dominio di quel vissuto", direi di aggiungere che il bambino capovolgeva a suo favore un evento in partenza penoso, la sparizione della madre, preparando con la immaginazione una *"difesa strategica"* che gli servirà per affrontare altri tipi di eventi psicotraumatici o psicomicrotraumatici, in ordini spaziali e temporali, affettivi e simbolici, causati da fenomeni diversi, successivi, o multipli simultanei. Dunque nel bambino oltre al vissuto "dell'assenza della madre" si presentano sia il simbolo "rocchetto di filo", sia il simbolo del linguaggio "fonemi O - A", come fenomeni multipli simultanei consci ed inconsci.

Una prova è anche nel linguaggio del bambino, in cui ritroviamo le *"gestaltqualitäten"* "lontano - vicino", dai "fonemi O - A", che sono opposte per i significati, ma parallele e simultanee nella scena immaginata. Per Freud (1915 - 1917) quello che nella vita psichica è inconscio è infantile, e i fonemi sono le basi evocatrici del linguaggio; perciò, in estrema sintesi, per Lacan l'inconscio è un linguaggio, ovvero è strutturato come un linguaggio. Aggiungo che anche grazie alle scoperte sulla memoria "implicita" e non consapevole, custodita dall'amigdala, la parte primordiale del nostro cer-

vello, si sedimentano già dalla fase prenatale, le percezioni delle voci, dei suoni, dei rumori, degli sfondi nel *"campo organismo madre"* (Frateschi M. 1988), con fenomeni multipli simultanei pieni di significati arcaici vitali, inglobati nella motivazione intrinseca strutturale.

Green sostiene che: "All'inizio della vita psichica, la lotta per il piacere è molto più intensa che in seguito, ma più limitata, essa subisce frequenti rovesci. Tengo a precisare che la mia maniera di comprendere il legamento si allontana qui da quella di Freud. Ora, se ci si colloca da un punto di vista più moderno, considerando che le pulsioni sono meno elementari e che il montaggio pulsionale è presente sin dall'inizio, si concluderà che il concetto di legamento delle pulsioni risale a questo stadio primitivo. Non è necessario stabilire che il legamento è in rapporto soltanto con il passaggio dal processo primario al processo secondario. È una caratteristica del montaggio pulsionale, prima che diventi un'espressione dei processi primari. Di conseguenza, essa rappresenta una forma di attività primitiva che acquista valore dal montaggio pulsionale, anche prima del passaggio dal processo primario al processo secondario. Detto altrimenti, lo slegamento conduce a dei meccanismi molto precoci. È una delle espressioni del fallimento che impedisce l'accesso al principio del piacere-dispiacere... La teoria delle pulsioni di Freud è stata ingiustamente opposta a quella delle relazioni oggettuali. Ora queste due concezioni non sono antagoniste, e si completano l'una con l'altra, dato che l'ultima teoria delle pulsioni, che include le pulsioni di vita e d'amore, implica l'esistenza dell'oggetto. Essa rende conto della forza che ci anima e che ci spinge in avanti, mentre il ripiegamento su di sé, la depressione o il disinvestimento schizoide mostrano che essa può essere neutralizzata, perduta più o meno temporaneamente, o gravemente alterata in misura definitiva. Ricordiamoci i termini di Freud: pulsioni "d'amore o di vita". L'amore della vita è il nostro bene più prezioso. È da questa parte che il lavoro dell'analista svolge il suo combattimento... Il neonato ha bisogno d'aria, di calore, di nutrimento e acqua. In questo non differisce da altri animali. Ma ha bisogno dell'altro simile per fondare le basi della sua gioia di vivere, della condivisione dell'amore, e delle premesse del senso". (A. Green, 2016)

Vorrei concludere con una considerazione par-

ticularmente significativa di Lewin su Freud e sull'unificazione dei campi: "Specialmente la dottrina di Freud – e questo è uno dei suoi più grandi meriti – ha contribuito largamente all'abolizione delle frontiere fra ciò che è normale e ciò che è patologico, fra l'ordinario e l'insolito, ed ha con ciò favorito la omogeneizzazione di tutti i campi della psicologia. Questo processo è certamente ancora lontano dall'essere completo, ma è del tutto paragonabile a quello che si è verificato nella fisica moderna e grazie al quale si è ottenuta la unificazione dei fenomeni celesti con quelli che hanno luogo sulla terra ... Nel suo contenuto concreto, questo passaggio alla convinzione che gli eventi psichici siano in modo rigoroso e senza eccezioni conformi a legge, preannunzia quella stessa decisiva ed onnicomprensiva omogeneizzazione ed armonizzazione dell'intero campo, che ha dato alla fisica di Galileo quel senso inebriante di infinita vastità; essa infatti non tendeva ad abolire i concetti classificatori astratti, la ricca varietà del reale, e tuttavia permetteva di abbracciare con una singola legge l'intero campo. Le tendenze verso un'omogeneità basata sulla validità senza eccezioni delle leggi psicologiche sono divenute evidenti in psicologia soltanto in tempi molto recenti, ma esse dischiudono una prospettiva straordinariamente vasta" (Lewin K., 1935).

Infine, dunque, abbiamo provato a cogliere una prospettiva psicologica psicodinamica che, con speranza e fiducia, possa contribuire alla promozione della salute e del benessere degli esseri umani.

Bibliografia

Amadei G., Cavanna D., Zavattini G.C. (2015). *Psicologia dinamica*, Società editrice il Mulino, Bologna.

Bergson, H. (1941). *L'évolution créatrice*. Presses Universitaires de France. Tr.it. *L'evoluzione creatrice*. Raffaello Cortina Editore, Milano. 2002.

Darwin, C. (1859). *The origin of species by means of natural selection*. Murray, London. Tr. it. *L'origine della specie per selezione naturale o la presentazione delle razze privilegiate nella lotta per la vita*. C. Balducci, Ed. Newton Compton, Roma, 1981.

Darwin, C. (1871). *The descent of Man, and Selection in Relation to Sex*. Tr. it. *L'origine dell'uomo e la selezione sessuale*. Ed. Newton Compton, Roma. 1972.

Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animal*. Murray. London.

Descartes, R. (1644). *Principia Philosophia*. Tr. it. di P. Cristofolini: *I principi della filosofia*. Ed. Boringhieri, Torino. 1967.

Einstein, A. (1959). *Il significato della relatività*. Ed. Boringhieri, Torino.

Green, A. (2016). *La clinica psicoanalitica contemporanea*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

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. (1997). *L'evoluzione in Psicologia*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione umana: scienze a confronto", A.I.E.P., Bari.

Frateschi, M. (2006). *La psicoterapia psicoevolutionista: psicodinamica e analisi delle difese degli adolescenti*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione dell'identità nell'adolescente", A.I.E.P., Bari.

Frateschi, M. (2009). *Una Strategia Progettuale di Psicologia Scolastica*. Relazione presentata all'Evento Formativo ECM, Giornata di studio su : "La prevenzione psicologica nei contesti scolastici". Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Bari.

Frateschi, M. (2011). *Psicoevoluzione, prevenzione e benessere: l'intervento psicodinamico psicoevolutionista*. Comunicazione presentata al Seminario "Psicoevoluzione, Prevenzione, Benessere: dalla Psicologia della Salute alla Psicologia Scolastica", A.I.E.Psi., Bari.

Frateschi, M. (2012). *Psicoevoluzione. Introduzione alla psicodinamica psicoevolutionista*. Armando Editore, Roma.

Freud, S. (1915-1917) (1915 - 1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.

Freud, S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.

Freud, S. (1923). *L'Io e l'Es*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.

Jung, C. G. (1936). *Il concetto d'inconscio collettivo*, Opere di C. G. Jung. Ed. Boringhieri, (Torino, 1980)

Jung, C. G. (1939). *Coscienza, inconscio e individuazione*, Opere di C. G. Jung, Ed. Boringhieri, Torino, 1980.

Köhler, W. (1947). *Gestalt Psychology*. Liveright. New York. Tr. it. *La psicologia della Gestalt*. Ed. Feltrinelli, Milano, 1961.

Lacan, J. (1937 – 1966). *Écrits*. Ed. du Seuil. Paris.

Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*. New York, McGraw-Hill Book Company.

Lichtenberg, J.D. (1995) *Psychoanalysis and Motivation*, New York, Analytic Press; trad. It. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Milano, Cortina.

Maxwell, J.C. (1890). *The Scientific Papers*. Cambridge.

Monod, J. (1970). *Il caso e la necessità*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano.

Wertheimer, M. (1923). *Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt*. In *Psychologische Forschung*, 4.

Il ruolo dello psicologo nel Progetto SPRAR: orientamenti teorici e prassi operative

Sara Tudisco

Psicologa Psicoterapeuta Libero Professionista

Psicologa Progetto SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati), Comune di Bovino (FG)

Riassunto

In questo articolo viene proposta una breve esposizione dei principali contributi teorici che riguardano il lavoro condotto dallo psicologo con i migranti “forzati” e con gli operatori coinvolti nei Progetti SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati). Partendo da una descrizione di tali progetti, l’autrice sintetizza i tre orientamenti che guidano le esperienze di ricerca e gli interventi in questo ambito. Gli approcci focalizzati sul trauma sono diretti a favorire modalità di superamento dei sintomi riconducibili all’evento traumatico. L’orientamento psicosociale, invece, mira ad una integrazione socio-culturale, tutelando la specificità della cultura di appartenenza dei migranti, per promuovere un cambiamento costruttivo di tutta la società. Gli approcci che fanno capo all’orientamento etnopsichiatrico, ispirandosi generalmente al modello psicoanalitico, mettono in risalto gli aspetti culturali all’interno del rapporto terapeutico con i migranti. Un’analisi approfondita delle caratteristiche distintive e della storia dei migranti “forzati” (ad esempio, crisi identitaria, shock culturale, distacco dagli affetti, assenza di una progettualità), induce a rivedere lo stesso concetto di trauma, riferendolo all’esperienza specifica dei rifugiati e dei richiedenti asilo. Lo psicologo, all’interno dei progetti SPRAR, non si limita all’assistenza ai migranti accolti nei Comuni che aderiscono al Sistema di Protezione per Rifugiati e Richiedenti asilo: fondamentale è anche il suo ruolo nella supervisione di gruppo degli operatori impegnati nell’accoglienza. Il lavoro di supervisione si propone di facilitare i processi comunicativi nel gruppo, al fine di tutelare il benessere psico-fisico dell’operatore e promuovere una gestione adeguata di possibili situazioni conflittuali fra operatori e beneficiari.

Parole chiave: *progetto SPRAR, accoglienza integrata, trauma del migrante, supervisione di gruppo*

«Ci è stato detto tante volte che a nessuno piace ascoltare tutto

ciò; l’inferno non è più una credenza religiosa o una fantasia,

ma qualcosa di tanto reale quanto le case, le pietre

e gli alberi.

Sembra che nessuno voglia riconoscere che la storia contemporanea

ha creato un nuovo genere di essere umani – quelli che sono stati messi nei campi di concentramento dai loro

nemici e nei campi di internamento dai loro amici».

Hannah Arendt

Che cos’è il Progetto SPRAR?

Il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) è costituito dalla rete degli enti locali che, per la realizzazione di progetti rivolti all’accoglienza e all’integrazione dei migranti, accedono, nei limiti delle risorse disponibili, al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell’asilo (legge n.189/2002).

A livello territoriale gli enti locali garantiscono, infatti, interventi di “accoglienza integrata” che superano la sola distribuzione di vitto e alloggio, prevedendo, in modo complementare, anche misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico.

Il Sistema di Protezione, dunque, si contraddistingue per il carattere pubblico sia delle risorse messe a disposizione, sia degli enti politicamente responsabili dell’accoglienza, ovvero il Ministero dell’Interno e gli enti locali. Questi ultimi possono partecipare volontariamente alla rete dei progetti di accoglienza, mediante bando pubblico, e si avvalgono della collaborazione dei cosiddetti “enti gestori”, soggetti del terzo settore che contribuiscono in maniera essenziale alla realizzazione degli interventi.

Come appena accennato, uno dei principali obiettivi a cui mira un progetto SPRAR è quello di favorire un’accoglienza integrata. Oltre al vitto e all’alloggio, si provvede infatti alla realizzazio-

ne di attività di accompagnamento sociale, finalizzate alla conoscenza del territorio e all'effettivo accesso ai servizi locali, fra i quali l'assistenza socio-sanitaria. Sono previste, inoltre, attività per facilitare l'apprendimento dell'italiano e l'istruzione degli adulti, l'iscrizione a scuola dei minori in età dell'obbligo scolastico, l'assistenza psicologica, nonché ulteriori interventi di informazione legale sulla procedura per il riconoscimento della protezione internazionale e sui diritti e doveri dei beneficiari in relazione al loro status. Ogni singolo beneficiario inserito nei progetti SPRAR viene guidato lungo un percorso di (ri)conquista della propria autonomia, anche attraverso l'inserimento socio-economico, grazie a percorsi formativi e di riqualificazione professionale, oltre a misure per l'accesso alla casa.

Ai fini di una maggiore chiarezza espositiva rispetto al tema trattato in questo articolo, appare doveroso fornire brevemente alcune definizioni che permettano un inquadramento, sul piano giuridico, delle persone coinvolte in questo processo di accoglienza e integrazione.

In particolare, il *richiedente asilo* è un cittadino straniero o apolide (privo di cittadinanza) che cerca protezione fuori dal Paese di provenienza e, dopo aver manifestato la propria volontà di chiedere asilo, resta in attesa di una decisione definitiva delle autorità competenti su tale istanza.

La *protezione internazionale* include lo status di rifugiato e lo status di protezione sussidiaria.

La definizione generale di *rifugiato* contenuta nel diritto internazionale, e recepita anche in ambito italiano ed europeo, è quella dell'art. 1 A, n. 2, par. 1 della Convenzione di Ginevra del 1951, in base alla quale è considerato rifugiato chi:

«...temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di

questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo una cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di siffatti avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra».

Pertanto, in termini giuridici, il rifugiato è chi ha un ragionevole timore di poter essere, in caso di rimpatrio, vittima di persecuzione.

Secondo la legge italiana, invece, può essere beneficiario di *protezione sussidiaria*:



«il cittadino straniero che non possiede i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato ma nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel Paese di origine, o, nel caso di un apolide, se ritornasse nel Paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, correbbe un rischio effettivo di subire un grave danno come definito dal presente decreto e il quale non può o, a causa di tale rischio, non vuole avvalersi della protezione di detto Paese» (Art. 2, comma 1, lettera g, D. Lgs. 251/07).

Il *grave danno*, a cui fa riferimento la precedente definizione e che concorre a determinare un riconoscimento di protezione sussidiaria, può consistere in:

- a) la condanna a morte o all'esecuzione della pena di morte;
- b) la tortura o altra forma di pena o trattamento

inumano o degradante ai danni del richiedente nel suo Paese di origine;

- c) la minaccia grave e individuale alla vita o alla persona di un civile derivante dalla violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno o internazionale. (Art. 14, comma 1, D. Lgs. 251/07).

Alle precedenti forme di protezione appena descritte, si associa un'ulteriore tipologia denominata *protezione umanitaria*. Quest'ultima è stata inquadrata giuridicamente nella seguente definizione:

«La situazione giuridica dello straniero che richiama il rilascio del permesso di soggiorno per ragioni umanitarie ha consistenza di diritto soggettivo, da annoverare tra i diritti fondamentali con la conseguenza che la garanzia apprestata dall'art. 2 Cost., esclude che dette situazioni possono essere degradate a interessi legittimi per effetto di valutazioni discrezionali affidate al potere amministrativo ...» (Cassazione, Sezioni Unite Civili, ordinanza del 9 settembre 2009, n. 19393).

Orientamenti teorici nel lavoro psicologico con Rifugiati e Richiedenti Asilo

In un interessante lavoro sul tema del lavoro con rifugiati e richiedenti asilo, Alfredo Mela (2015) espone un confronto, sul piano psicosociale, fra la migrazione a fini economici e quella "forzata" del richiedente asilo. Quest'ultimo, a differenza del migrante *economico*, ha una maggiore probabilità di aver subito violenze e di essere stato esposto a esperienze potenzialmente traumatiche come, ad esempio, atti di crudeltà e tortura ai danni di persone care.

Inoltre, l'assenza di un progetto migratorio (condizione frequente nei casi di migrazione "forzata", a causa di una fuga improvvisa dai luoghi natii) può generare uno stato di spaesamento e di blocco dell'azione, una volta raggiunto un contesto di vita sicuro, ma estraneo. A differenza delle situazioni di indigenza in cui versano le famiglie dei migranti economici rimaste nei paesi di origine, nel caso dei migranti "forzati" è presente la consapevolezza di aver lasciato i propri familiari in una condizione di pericolo costante, consape-

volezza che può spesso generare stati di ansia, sentimenti di impotenza e di colpa.

Partendo da queste considerazioni sugli aspetti distintivi della migrazione "forzata", il lavoro psicologico con i richiedenti asilo può seguire tre diversi orientamenti di natura teorica e operativa: gli approcci focalizzati sul trauma, gli approcci psicosociali e gli approcci etnopsichiatrici.

Il primo fra questi orientamenti comprende tutti gli interventi e gli studi finalizzati alla cura del trauma e, in particolare, dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress/PTSD. La quinta edizione del DSM (APA, 2013), a differenza delle precedenti versioni, include il PTSD nella categoria dei trauma and stressor-related disorders. I criteri diagnostici riguardano innanzitutto l'effettiva esposizione a uno o più eventi traumatici, compreso il fatto di essere testimoni di eventi capitati a stretti familiari o amici, ovvero essere ripetutamente esposti ai dettagli degli eventi in modo diretto.

Sono poi elencati quattro gruppi di sintomi: intrusione, evitamento, alterazioni negative a livello cognitivo e dell'umore, alterazioni nell'arousal e nella reattività (per esempio, comportamenti di ipervigilanza). Per la diagnosi di PTSD, la durata dei sintomi è almeno superiore a un mese: è necessario accertare, altresì, che essi comportino seri problemi di funzionamento psicologico e non siano attribuibili a condizioni fisiche o all'uso di specifiche sostanze.

Gli approcci focalizzati sul trauma sono, dunque, diretti ad alleviare i sintomi appena menzionati, attraverso l'apprendimento di modalità per fronteggiarli e l'elaborazione dei ricordi legati agli eventi traumatici.

Negli approcci psicosociali, invece, si tende ad attribuire importanza anche ai fattori di stress (o perfino ad avvenimenti traumatizzanti) che sovrappungono con l'arrivo in un paese occidentale. Difficoltà di adattamento ad un contesto e a una cultura diversa dalla propria, oltre a possibili criticità nel sistema di accoglienza dimostrano quanto il venir meno di una imminente minaccia di morte o di pericolo non rappresenti affatto il raggiungimento di una sufficiente sicurezza, né dal punto di vista sociale, né da quello emotivo. Il senso dell'identità personale è fortemente minacciato: l'assenza di documenti in grado di presentare se

stessi agli altri con un nome, un luogo di nascita o di residenza ufficialmente dichiarati alimenta un sentimento di sospensione identitaria già acuito dallo sradicamento improvviso dal proprio ambiente culturale. La condizione di richiedente asilo o di rifugiato determina inevitabilmente un cambiamento dei ruoli e delle posizioni sociali ricoperte nel paese di origine, e questo può essere più penoso per chi vive la nuova condizione come inferiore a quella del recente passato.

Secondo l'orientamento psicosociale, un intervento efficace nei confronti dei migranti "forzati" è quello che considera diversi livelli (individuale, familiare, comunitario, sociale) in un lavoro multidisciplinare e di rete. Tale intervento, lontano dall'idea di una netta assimilazione al modello della società di accoglienza, dovrebbe mirare a tutelare e valorizzare la specificità della cultura di appartenenza dei migranti, al fine di un cambiamento costruttivo di tutta la società.

Riguardo al tema del riconoscimento della cultura di appartenenza del migrante, si può evidenziare che anche l'orientamento etnopsichiatrico, generalmente basato sul modello psicoanalitico, mette in risalto gli aspetti culturali nel rapporto terapeutico con i migranti, siano essi rifugiati, stranieri già residenti in un paese occidentale o persone appartenenti alle seconde generazioni di immigrati. Un aspetto interessante messo in luce all'interno del suddetto orientamento è il tema identitario: secondo Nathan (1986), nel processo migratorio le elaborazioni culturali che orientano le credenze, i modi di vita e le relazioni con gli altri – introiettate sin dall'infanzia, divenendo parte integrante dell'identità – non trovano corrispondenza con quelle condivise nei contesti sociali di arrivo, ponendo così un problema essenziale di identità personale. Il riconoscimento di questa importante crisi identitaria avrebbe indotto Nathan a rivedere l'impostazione classica del setting psicoanalitico, introducendo un dispositivo grupale per il trattamento del migrante. Quest'ultimo è seguito contestualmente da un gruppo di terapeuti: la presenza di più terapeuti, coadiuvati da un interprete, rimanda al paziente una situazione collettiva propria della sua cultura, consentendogli di ricevere l'appoggio e il riconoscimento di una piccola comunità, aspetti compromessi al momento del distacco dal proprio paese di origine.

Trauma del migrante

Come si può dedurre dalla lettura del paragrafo precedente, la considerazione delle variabili culturali, che incidono profondamente nella costruzione dell'identità, appare fondamentale nel lavoro psicologico o psicoterapeutico con i migranti, al fine ultimo di assicurare una condizione di benessere della persona nei contesti in cui si è chiamati a favorirne l'integrazione. Inoltre, se si è d'accordo sulla necessità del superamento di un approccio di lavoro esclusivamente fondato sulla cura dei sintomi post-traumatici, senza tenere in considerazione una valutazione ad ampio raggio della persona in carico – valutazione che tiene conto, ad esempio, di crisi identitaria, shock culturale, distacco dagli affetti, assenza di una progettualità –, allora sembrerebbe opportuno rivedere lo stesso concetto di trauma, riferendolo all'esperienza specifica del migrante "forzato".

L' "Enciclopedia della psicoanalisi" di Laplanche e Pontalis (Laplanche J., Pontalis J.B., 1967) descrive il trauma come «un evento della vita del soggetto caratterizzato dalla sua intensità, dall'incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli effetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica... il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazione che è eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare ed elaborare psichicamente queste eccitazioni».

Al di là di questa definizione classica e generale, le parole di Lalli (1997) rimandano un'idea più specifica di come si caratterizzi l'esperienza traumatica nel migrante:

«...quando l'evento non è dovuto a fattori naturali, ma alla violenza dell'uomo, il trauma diviene più grave e insopportabile. La fiducia di fondo nella bontà degli esseri umani crolla. Chi non ci ha protetto, chi ha permesso che quel terribile evento succedesse? La perdita nella fiducia nel genere umano e nella funzione di prevedibilità e di protezione da eventi esterni, viene percepita come conferma di timori ed angosce, come per esempio quella della morte e soprattutto quella dell'annientamento della personalità, dal momento che le consolidate certezze non garantiscono più la protezione. E questa credenza, della non esistenza di 'uomini buoni' ha da quel momento una conse-

guenza psicologica...» (Lalli N., 1997).

Un trauma generato da eventi naturali costringe la mente dell'individuo che lo subisce a confrontarsi con conseguenze, anche gravissime, come la povertà e il lutto. In questi casi, nonostante le condizioni avverse, la persona può conservare una "fiducia" nella possibilità di fare riferimento agli altri. Quando, invece, il trauma è dovuto alla violenza umana, certezze e convinzioni sulla fiducia nell'altro da sé vengono intaccate pesantemente o addirittura messe in crisi. È questo il caso dei rifugiati vittime di torture nei quali l'evento traumatico determinato dall'azione umana può provocare un significativo cambiamento della personalità, soprattutto nelle modalità con cui essa si rapporta con l'ambiente circostante e con gli altri.

Nel caso dei migranti, inoltre, in considerazione della complessità del fenomeno migratorio in sé, si parla di *trauma prolungato multidimensionale*,



costituito da tre componenti consecutive nel tempo: il trauma premigratorio, il trauma migratorio e il trauma post-migratorio (Santone G., Gnolfo F., 2008). Il "trauma premigratorio" si caratterizza per una serie di eventi legati alle condizioni di violenza estrema nel contesto del paese di origine (persecuzioni, torture, deprivazioni di diritti, lutti, disastri ambientali e carestie), mentre il "trauma migratorio" attiene alle vicende dolorose affrontate durante la fuga dai luoghi natii (partenza for-

zata e improvvisa con frequente impossibilità di avvisare le persone care, permanenza prolungata in campi profughi, viaggi drammatici, malnutrizione, malattie non curate, aggressioni, talvolta morte dei compagni di viaggio, sfruttamento e violenze, comprese quelle sessuali, detenzione nei paesi di transito, respingimenti).

Discorso a parte merita il concetto di "trauma post-migratorio", che si riferisce ai fattori di rischio per il benessere psicofisico del migrante (già potenzialmente compromesso), una volta raggiunto un paese occidentale. In tale nuovo contesto, il migrante si confronta con il cambiamento di abitudini e stili di vita, shock culturale, allontanamento dalla rete familiare e sociale, disoccupazione o lavoro precario, alloggi di fortuna, povertà, discriminazione e marginalizzazione.

La persona, nel paese ospitante, deve far fronte a molteplici adattamenti: deve apprendere una nuova lingua, nuove regole e nuove norme sociali.

Contemporaneamente, i valori della cultura di origine, già messi in discussione dalla violenza della tortura e degli altri trattamenti degradanti e disumani, non sempre trovano *spazio* nel paese d'accoglienza. Tutto questo comporta un continuo sforzo per riconfigurare e ridefinire la propria identità. «Il contesto della "nuova realtà che accoglie" ripete, in maniera decisamente meno crudele, la condizione di esclusione e di violenza vissuti nel proprio paese o durante la fuga: la negazione del rispetto e della dignità nei confronti di se stessi. Tale stato nella letteratura scientifica spesso viene chiamato con il nome di stress da transculturazione oppure stress da acculturazione,

ovvero definito come una particolare condizione di pressione psicologica che il migrante si trova a dover gestire o subire nello sforzo di adattamento nel paese che lo ospita. Questa fase di esclusione sociale può determinare la riacutizzazione della sintomatologia post traumatica o possono emergere nuovi sintomi psicologici gravemente invalidanti e inquadabili nei disturbi di adattamento» (Caldarozzi, 2010; p. 33).

Supervisione di gruppo agli operatori del Progetto SPRAR

Il lavoro psicologico all'interno dei Progetti SPRAR non si conclude con la presa in carico dei beneficiari, ma ha un ruolo di rilevante importanza anche nella *supervisione di gruppo* offerta agli operatori coinvolti, supervisione affidata ad uno psicologo esterno all'équipe.

Il contesto lavorativo dell'équipe impegnata nell'accoglienza dei "migranti forzati" colloca, ciascun operatore, nel campo delle cosiddette *relazioni professionali di aiuto alla persona* (o, più semplicemente, *professioni di aiuto*). Caratteristica distintiva e peculiare di queste professioni è il coinvolgimento della soggettività dell'operatore nel lavoro: quest'ultimo è chiamato a svolgere la sua attività all'interno di una relazione *asimmetrica*, nella quale l'utente vi entra con il ruolo di chi chiede, mentre l'operatore è nella posizione di chi offre aiuto, assistenza. Tale relazione intersoggettiva inevitabilmente comporta l'insorgere di momenti conflittuali o di impasse che necessitano di una appropriata elaborazione, in assenza della quale l'operatore rischia di andare incontro a fenomeni di burn-out, mettendo a rischio il proprio equilibrio psicofisico e l'assolvimento dei delicati compiti lavorativi.

Lo strumento di lavoro che supporta le professioni di aiuto è, dunque, la *supervisione*, ovvero uno spazio di condivisione, confronto ed elaborazione di esperienze e vissuti, finalizzato a garantire il benessere degli operatori, attraverso la riduzione dei fattori potenzialmente stressanti. Il buon funzionamento del gruppo di lavoro è, di fatto, fondato su una comunicazione chiara fra gli operatori e, in quest'ottica, Correale (1998) definisce la supervisione come lo strumento più noto per garantire una comunicazione fluida, necessaria ai fini dell'equilibrio psichico del singolo e del gruppo degli operatori nel suo insieme.

È bene chiarire che tale lavoro di supervisione di gruppo non ha per oggetto la soggettività dell'operatore in sé (come accade nell'ambito di interventi psicoterapeutici), ma si focalizza sugli aspetti soggettivi dell'operatore che entrano in gioco nella relazione con l'utente. Tali aspetti possono essere espressi in modo esplicito, verbale o in maniera implicita, non consapevole.

Rientrano, ad esempio, nel materiale sottoposto a supervisione, gli "scarti" della relazione, ovvero momenti di incertezza, di "non senso" che l'operatore può avvertire alla fine di uno scambio con l'utente. In quest'ultimo caso, la supervisione si muove nella direzione della ricerca di senso, al fine di trarre l'operatore fuori da una condizione di stallo che genera spesso comportamenti e ruoli rigidi, ripetitivi e, quindi, poco funzionali allo svolgimento del proprio compito.

Come precedentemente accennato, lo stress non correttamente gestito (distress o stress negativo), può portare a conseguenze patologiche, a partire dal rischio di burn-out, «una malattia professionale degli operatori dell'aiuto, che colpisce soprattutto quelli più motivati...una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza» (Maslach C., Leiter M.P., 2000).

Nel burn-out si possono individuare tre dimensioni:

- esaurimento emotivo (la sensazione di non aver più niente da offrire);
- depersonalizzazione (atteggiamenti di distacco, freddezza, cinismo, ostilità nei confronti degli utenti);
- ridotta realizzazione personale (sensazioni di inadeguatezza e incompetenza, caduta dell'autostima).

Quali sono i fattori di stress legati allo specifico ruolo professionale dell'operatore che si occupa dell'accoglienza dei migranti?

Sicuramente, in primis, si è portati a pensare alle difficoltà nella gestione dei rapporti quotidiani con i beneficiari del progetto (limiti, regole da far rispettare, frustrazione derivante da incomprensioni linguistiche, richieste eccessive da parte degli utenti). A tali problematiche si associa, inoltre, il rischio notevole per l'operatore di ricadere nel cosiddetto triangolo del conflitto Aggressore/Salvatore/ Vittima (Losi, N. e Papadopoulos, R., 2004), nel quale vi è l'assunzione rigida e spesso inconscia di uno dei tre ruoli. Questa visione è frutto di una rielaborazione di un concetto introdotto da Karpman (1968): le dinamiche tra i tre ruoli possono istaurarsi frequentemente quando si lavora con soggetti traumatizzati, come rifugiati e richiedenti asilo (secondo quanto esposto

nell'articolo di Losi e Papadopoulos appena citato). In questo modello relazionale, le soluzioni proposte dagli operatori, che inconsapevolmente assumono il ruolo di Salvatore, determineranno solo una ripetizione degli eventi negativi in cui sono stati drammaticamente coinvolti i beneficiari dei progetti SPRAR, intrappolati, ancora una volta, nel ruolo di Vittime. Il rischio a cui si va incontro è, dunque, l'impossibilità per i rifugiati e i richiedenti asilo di una autentica riconquista della propria autonomia e dignità, col perpetrarsi della dipendenza da un sistema di accoglienza esclusivamente assistenzialista e privo di opportunità di effettiva integrazione sociale. L'intervento principale per arginare o prevedere tali condizioni estreme, durante il percorso della supervisione di gruppo, resta quello di esplicitare e indebolire il ruolo che imbriglia più frequentemente l'operatore, ossia quello del "Salvatore".

Cruciale, durante le supervisioni, è anche un'attenta valutazione di possibili *traumi vicari*. La *traumatizzazione vicaria* (McCann e Pearlman, 1990) si riferisce alla trasmissione di stress traumatico attraverso l'osservazione e/o l'ascolto di storie di eventi traumatici.

Nonostante il rischio di traumi vicari, la funzione degli operatori rispetto alle persone coinvolte in eventi traumatici può essere fortemente *terapeutica*. A tale proposito, Caldarozzi (2010, p.43) scrive:

«La persona logorata e ferita, dal punto di vista psicologico, ricostruisce le facoltà psichiche, danneggiate o deformate dall'esperienza traumatica, soltanto entrando in relazione con altre persone, sperimentando di nuovo la sensazione di fiducia di base, il senso di identità e di competenza. Tutte le persone che incontrano, durante il lungo e tortuoso percorso di riconoscimento di diritti negati nel loro paese di provenienza, possono avere un "ruolo terapeutico": agenti di polizia di frontiera, operatori del privato sociale, medici, psicologici, amici, ecc..».

Questa importantissima risorsa dovrà essere riconosciuta, favorita e attivata nel lavoro di supervisione con gli operatori.

Alla luce di quanto esposto, è possibile sintetizzare, nei seguenti punti, gli obiettivi da rag-

giungere attraverso il lavoro di supervisione svolto con gli operatori coinvolti nei progetti SPRAR:

- Facilitare i processi comunicativi e l'elaborazione di vissuti emotivamente più difficili da tollerare;
- Monitorare l'andamento del gruppo rispetto alle capacità di ascolto, collaborazione e gestione delle problematiche emerse nel contatto quotidiano con l'utenza;
- Garantire supporto professionale, sia favorendo una visione positiva e incoraggiante delle esperienze verbalizzate, sia promuovendo un ampliamento del senso di responsabilizzazione e una maggiore definizione del Sé professionale;
- Potenziare le competenze relazionali;
- Migliorare il benessere psicofisico, attraverso la riduzione dello stress, la prevenzione del burn-out e della traumatizzazione vicaria;
- Facilitare la coesione del gruppo e l'emergere di processi di pensiero creativi, anche mediante l'integrazione delle diverse competenze professionali.

Il fine ultimo della supervisione è, dunque, il miglioramento della capacità di lavorare in gruppo: la crescita professionale viene costruita sulle proprie esperienze e su quelle degli altri, mentre si impara a cooperare attraverso la gestione delle differenze individuali e dei conflitti.

Conclusioni

In questo contributo è stata presentata una breve esposizione dei riferimenti teorici e operativi a disposizione dello psicologo impegnato nel lavoro con i rifugiati, i richiedenti asilo e gli operatori, all'interno dei progetti SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati). Una lettura degli approcci proposti in letteratura ha permesso di evidenziare, negli interventi con i beneficiari dei suddetti progetti, l'importanza degli aspetti relativi alla cultura di appartenenza e delle possibili condizioni traumatizzanti relative non solo ai contesti di provenienza, ma anche all'arrivo nei paesi occidentali. Lo stesso concetto di trauma, pertanto, va rivisto e adattato alla specifica condizione del migrante "forzato". Per prevenire in modo efficace il perpetrarsi di even-

ti dolorosi nel cosiddetto trauma post- migratorio, è necessario un intervento mirato che tenga conto della necessità di favorire una integrazione autentica, con l'ampliamento progressivo degli spazi di autonomia della persona. A questo lavoro psicologico effettuato con i rifugiati e i richiedenti asilo, si affianca un'attività programmata di supervisione di gruppo, svolta da uno psicologo esterno all'équipe con gli operatori coinvolti nei progetti SPRAR. La supervisione rappresenta uno strumento fondamentale per tutelare l'equilibrio psicofisico degli operatori impegnati nella relazione di aiuto e per consentire il superamento di eventuali situazioni conflittuali fra questi ultimi e i beneficiari.

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. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Arendt, H. (2001). *Noi profughi (1943). Ebraismo e modernità*, Feltrinelli, Milano.
- Caldarozzi, A. (a cura di) (2010), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati*. Grafica Alto Lazio s.r.l., Nepi (VT).
- Kaës, R., Pinel, J.P., Kernberg, O., Correale, A., Diet, E., Duez, B. (1998). *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*, Borla, Roma.
- Karpman, S.B., (1968). "Fairy Tales and Script Drama Analysis", in *Transactional Analysis Bulletin*, vol. VII, n. 26, pp. 39 - 43.
- Lalli, N. (1997). *Psicodinamica da situazioni estreme. Lo spazio della mente- Saggi di psicosomatica*, Li-guori Editore, Napoli.
- Laplanche, J. , Pontalis, J.-B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Trad. it. Editori Laterza 2010.
- Losi, N. and Papadopoulos, R. (2004). 'Post-conflict constellations of violence and the psychosocial approach of the International Organization for Migration (IOM)'. In 'Project One Billion; Book of Good Practices', edited by Richard Mollica et al. Rome: Harvard Program in Refugee Trauma.
- Maslach, C., Leiter, M.P., (2000). *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Feltrinelli, Roma
- McCann, I.L., Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 3:131-149.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris.
- Premoli, S. (1993). La supervisione come strumento di lavoro. *Prospettive sociali e sanitarie*, n.14 (1993).
- Santone, G., Gnolfo, F. (2008). "Immigrazione e salute mentale. Eventi psicotraumatici nel percorso migratorio". Conferenza europea SMES, Roma 22-23 gennaio 2008.

Sitografia

- http://www.inmigrazione.it/UserFiles/File/Documents/149_LA%20SUPERVISIONE.pdf
- http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=3824:il-metodo-balint&catid=552
- http://www.sprar.it/images/SPRAR_-_Manuale_operativo_2015.pdf
- http://www.sprar.it/index.php?option=com_content&view=article&id=144:la-storia&catid=93:chi-siamo&Itemid=504
- http://www.sprar.it/index.php?option=com_content&view=article&id=146:lo-sprar&catid=93:chi-siamo&Itemid=505
- http://www.sprar.it/index.php?option=com_content&view=article&id=207:accoglienza-integrata&catid=87:attivita-servizi-e-beneficiari&Itemid=609
- https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2016/01/1UNHCR_manuale_operatore.pdf

Riferimenti normativi

- Convenzione di Ginevra del 1951 sullo status di rifugiato (ratificata e resa esecutiva in Italia con Legge n. 722/54)
- Corte di Cassazione, Sezioni Unite, sentenza del 9 settembre 2009, n. 19393
- Costituzione della Repubblica Italiana (GU n.298 del 27-12-1947). Disponibile in: <https://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf>
- Decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251: "Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta"
- Legge 30 luglio 2002, n. 189: "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo" (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 199 del 26 agosto 2002 - Suppl. ord.)

Note

- Errata corrige. Il presente contributo risulta accettato per la pubblicazione sul numero di Dicembre 2016 della Rivista e pubblicato sul numero di Giugno 2017 per mero errore tecnico.

Note in tema di violenza psicologica nell'ambito delle attività lavorative

Liliana Dassisti*, Stefano Berardi**, Gabriella Lucia Maria Martina***, Ignazio Grattagliano****, Marina Musti*****

* Dottoressa in Scienze e Tecniche Psicologiche, Dipartimento di Scienze della Formazione Psicologia e Comunicazione Università degli Studi di Bari Aldo Moro,

** Medico Chirurgo, Specializzando in Reumatologia, Università degli Studi di Foggia sede distaccata della Facoltà Scuola di Medicina Università degli Studi di Bari Aldo Moro,

*** Medico Chirurgo Specialista in Medicina del Lavoro

**** Docente di Criminologia Clinica e Psicopatologia Forense presso la Facoltà Medica e il Corso di Laurea in Psicologia Clinica Dipartimento di Scienze della Formazione Psicologia e Comunicazione Università degli Studi di Bari Aldo Moro,

***** Professore Associato di Medicina del Lavoro, Facoltà Scuola di Medicina Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Riassunto

Nel presente lavoro si fornisce un quadro dettagliato del fenomeno della violenza nei contesti lavorativi, tramite la rivisitazione di diversi studi scientifici fornendo una analisi delle diverse tipologie, delle possibili cause e dell'incidenza del fenomeno su scala Europea e mondiale. Sono presentate, inoltre, a conclusione del lavoro possibili soluzioni preventive e alcuni metodi di rilevazione dei fenomeni di violenza nelle organizzazioni sanitarie.

Parole chiave: violenza, posto di lavoro, malattie psicologiche, lavoratori, salute.

Introduzione

Questo lavoro ha l'obiettivo di fornire un contributo alla riflessione sulla violenza psicologica nei contesti lavorativi, analizzando le dinamiche che possono originarla, sia di gruppo che individuali, portando alcune riflessioni sul suo impatto e delineando una possibile strategia preventiva. La violenza psicologica sul posto di lavoro è una forma di abuso, un comportamento non etico che, se esercitato sul lavoratore, lo trasforma in vittima. È un fenomeno che tutt'oggi, è poco conosciuto e sottostimato ma in continuo aumento. Esso può produrre conseguenze molto negative sulla qualità della vita e sulla salute del lavoratore per via del coinvolgimento dell'area emozionale, psicosomatica e del comportamento (Cassitto, Fattorini, Gilioli, Rengo; 2003). In Italia, una ricerca ISTAT degli anni 2008-2009 ha dimostrato che dei oltre 29 mila lavoratori che nel corso della loro vita lavorativa hanno avuto superiori o colleghi o persone a loro sottoposte, il 9% dichiara di aver subito vessazioni, demansionamento o privazione dei compiti. Il 6,7% ha sperimentato

una tale situazione negli ultimi tre anni, mentre il 4,3% negli ultimi dodici mesi. Una parte di questi lavoratori (198mila) si può definire "altamente a rischio", poiché sono stati oggetto di comportamenti vessatori più volte al mese per una durata inferiore a sei mesi. La violenza sul posto di lavoro è definita dal *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2002) come "atti violenti, incluse aggressioni fisiche e minacce di aggressione, dirette verso soggetti sul lavoro o in servizio". In Europa, la violenza sul lavoro è definita dall'EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work, 2010), come ogni tipo di episodio violento avvenuto durante il lavoro, e, in questi, include la "violenza imputabile a terzi": cioè minacce, violenza fisica o psicologica effettuata da persone, e "molestie", precisando che, con questo termine, si riferisce in particolare al mobbing, che include comportamenti protratti nel tempo, non ragionevoli, rivolti contro un dipendente o un gruppo di dipendenti da parte di un collega, un superiore o un subordinato che hanno l'obiettivo di perseguitare, umiliare, intimidire o minacciare. Il documento europeo sull'Accordo quadro sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro del 26 aprile 2007 (appendice 3.2) afferma che: "Varie sono le forme di molestie e di violenza che possono presentarsi sul luogo di lavoro. Esse possono: essere di natura fisica, psicologica e/o sessuale; - costituire incidenti isolati o comportamenti più sistematici; - avvenire tra colleghi, tra superiori e subordinati o da parte di terzi, ad esempio clienti, pazienti, studenti, ecc.; - andare da manifestazioni lievi di mancanza di rispetto ad altri atti più gravi, ad esempio reati che richiedono l'intervento delle autorità pubbliche". (Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro, 2007)

Tra le violenze sul posto di lavoro è compreso, dunque, il mobbing, il quale è definito come “Azioni ripetute di molestie morali che hanno per finalità o per effetto un degrado delle condizioni di lavoro, atto a ledere i diritti e la dignità, alterare la salute fisica o mentale o compromettere l’avvenire professionale” (Cassitto, Fattorini, Gilioli & Rengo, 2003). Questo fenomeno viene anche definito come “Qualunque condotta impropria che si manifesti, in particolare, attraverso comportamenti, parole, atti, gesti o scritti capaci di arrecare offesa alla personalità, alla dignità, all’integrità fisica o psichica di una persona, metterne in pericolo l’impiego o di degradare il clima lavorativo.” (Hirigoyen, 2000). Data la frequenza degli eventi violenti prima detta, è interessante monitorare il fenomeno della violenza psicologica, l’analisi realizzata avrà una prospettiva orientata principalmente all’interno delle organizzazioni per quanto concerne l’analisi delle violenze possibili, ma verranno presentati anche dati inerenti alle violenze tra utenti e operatori.

Rappresentazione di alcune tipologie di violenza nei contesti lavorativi

La violenza può essere utilizzata per creare un clima di lavoro ostile, il quale può consentire una facile manipolazione dei dipendenti allo scopo di aumentare la produttività. Se la minaccia di licenziamento viene trasmessa in maniera velata, infatti, si può generare un impegno eccessivo dei dipendenti nel lavoro, favorendo l’eliminazione dello spazio del pensare e del sentire a causa del “superlavoro” a cui i dipendenti si sottoporranno. Ogni tipo di conflitto sarà negato, i dirigenti non interverranno sui problemi e i conflitti, lasciando correre. La strategia è il non decidere, non definire mai, lasciando i dipendenti in uno stato di perenne incertezza. Quest’ultimo comportamento consegnerà i dipendenti al totale controllo da parte dei leader (o del leader) e causerà anche sfiducia e demotivazione. La vittima di violenze morali è veramente tale perché “il suo psichismo è stato alterato in modo più o meno duraturo” (Hirigoyen, 2000). Come il mobbing, la violenza può esercitarsi in diversi modi. La violenza più diffusa è quella rivolta da un superiore verso un subordinato, questa tipologia si verifica più frequentemente a causa dello scarso controllo dell’azienda sui rapporti fra essi e il/i leader. Questa può svilupparsi in due diverse forme: *abuso di potere* oppure *manovra perversa*. La prima si verifica quando il leader molesta i suoi subordinati per timore di perdere il controllo su di essi. La seconda è adottata da un individuo che

riesce a dare valore a sé stesso solo umiliando gli altri, quest’ultima è più subdola e di conseguenza provoca danni maggiori a chi la subisce. (Hirigoyen, 2000). Nonostante sia insolito, può accadere che anche un superiore subisca violenze: questo si verifica, ad esempio, quando si determina un’alleanza tra un subordinato e i colleghi in contrasto con il superiore con l’obiettivo di minare la sua leadership, oppure quando chi l’ha promosso non ha tenuto sufficientemente conto del parere degli altri dipendenti, non preoccupandosi di verificare se questi gradissero tale cambiamento. Gli aggressori in questo caso sono più persone.

Il timore di non essere competenti

Un’organizzazione è formata dall’organizzazione prescritta e dal reale del lavoro. Queste due facce della stessa medaglia si differenziano poiché la prima fa parte di un piano esperienziale e pratico, mentre l’altra appartiene ad un piano teorico. L’organizzazione prescritta consiste, dunque, in ciò che l’organizzazione dovrebbe essere in partenza; contiene regole, norme, assetti organizzativi e simili. Il reale del lavoro consiste nell’esperienza quotidiana che i lavoratori sperimentano durante i loro turni. Quest’ultima parte contiene degli elementi che l’altra non comprende e non potrà mai conoscere. Talvolta le regole contenute nell’organizzazione prescritta entrano in conflitto con l’esperienza stessa del lavoro, ed il lavoratore può provare disagio nel mettere in atto una trasgressione necessaria al corretto svolgimento del compito. Alcuni impiegati potrebbero chiedersi se si possono ritenere ancora competenti nonostante non seguano accuratamente tutte le regole imposte e questo dubbio può generare condizioni di forte disagio.

La mancata comprensione dei fallimenti organizzativi

Un’ulteriore fonte di sofferenza è la mancata comprensione dei meccanismi dei fallimenti organizzativi. Esistono dei fallimenti di cui il singolo lavoratore non è responsabile, ma sono dovuti ad un malfunzionamento strutturale dell’intera organizzazione. I lavoratori non comprendono se la responsabilità di questi fenomeni sia di una propria scarsa capacità (per mancanza di conoscenze, per trasgressione delle regole e motivi simili) oppure sia attribuibile a un mal funzionamento del sistema organizzativo, e questo dubbio genera forte sofferenza e sentimenti di colpevolizzazione.

Molestie morali

All'interno del setting lavorativo possono verificarsi differenti episodi di aggressività tra colleghi, questi possono essere di vario tipo: frecciate, scherzi di cattivo gusto e battute. Questi episodi sono sottovalutati o considerati normali, tuttavia possono produrre assenteismo o diminuzione della produttività del lavoratore.

Una comunicazione sana tra i membri di un'organizzazione è di fondamentale importanza. Perciò, quando si strutturano disturbi che gravano su di essa il rischio è quello di nuocere gravemente la salute del lavoratore. Hirygoyen (2000) riconosce due tipologie di disturbi come i più rischiosi: la *distorsione comunicativa* e la *menzogna volontaria*. La prima è basata sulla negazione del reale del lavoro e sulla negazione della possibile presenza della sofferenza sul luogo di lavoro. La negazione del reale del lavoro comporta una sopravvalutazione della progettazione organizzativa e del management e porta a interpretare (falsamente) i fallimenti del lavoro ordinario come manifestazioni d'incompetenza, mancanza di serietà, negligenza, mancanza di formulazione, di malevolenza, di un cedimento o di un errore umano. La seconda consiste nella produzione di pratiche discorsive che occuperanno lo spazio lasciato libero dal silenzio dei lavoratori sul reale del lavoro e dalla cancellazione di ciò che l'esperienza indica, costruendo una descrizione che sia basata soltanto sui risultati positivi e sui successi e ometta tutti gli errori, i difetti, i fallimenti. Con parole apparentemente insignificanti, allusioni o non detti è effettivamente possibile destabilizzare qualcuno o anche distruggerlo senza che quanti gli stanno intorno intervengano. L'aggressore (o gli aggressori) possono così innalzarsi, sminuendo gli altri e risparmiarsi, in oltre, qualunque conflitto interiore o stato d'animo negativo scaricando la responsabilità di ciò che non va sugli altri.

Il mobbing

Il mobbing è un insieme di azioni aggressive ripetute nel tempo come schermire, insultare, diffondere informazioni false, denigrare, assegnare compiti troppo difficili e simili che hanno come scopo quello di allontanare la vittima dall'ambiente lavorativo costringendola a cambiare lavoro o a dimettersi precocemente. Il mobbing può causare diverse tipologie di danni fra le quali riconosciamo: danno psichico temporaneo, danno morale, danno non patrimoniale alla personalità e infine danno esistenziale. Il mobbing può avere tre direzioni: dal basso, dall'alto e

orizzontale. Il primo avviene quando l'autorità di un capo è messa in discussione dai sottoposti in questo caso, di solito, i mobber sono più di uno. Il secondo è diretto verso i dipendenti: in questo caso il mobber è un dirigente; questo tipo di mobbing può verificarsi per colpa di raccomandazioni (sia il capo può essere raccomandato che il dipendente, dipende dalle variabili), motivi politici, minaccia all'immagine sociale, invidia, differenze di età o antipatie personali. Infine il mobbing orizzontale si verifica tra persone che si trovano allo stesso livello della gerarchia sociale. Un'ultima tipologia di mobbing è quello sessuale, questo è ben diverso dalle molestie sessuali perché, se le molestie sono fini a loro stesse, il mobbing sessuale mantiene l'obiettivo di discriminare e allontanare la vittima dall'ambiente lavorativo. La vittima cercherà sicuramente conforto nella propria famiglia, ma il mobbing è un processo che dura molti anni e il nucleo familiare è in grado di assorbire situazioni negative limitatamente fino a quando esso stesso non cade in crisi, insieme alla vittima. Il principale mezzo per l'attuazione del mobbing, nell'analisi effettuata da Aiello e colleghi nel 2008, è la persecuzione psicologica che si manifesta attraverso: l'isolamento della vittima, il controllo ossessivo, l'emarginazione, la calunnia, le minacce verbali, i soprusi, la derisione e il discredito professionale e personale. Diventa complesso per la vittima dimostrare la presenza di una problematica e le viene negata la possibilità di interagire direttamente con l'aggressore, causando un "lento logorio psicologico" (Aiello et al, 2008) e gravi conseguenze psichiche e fisiche. Le vittime di mobbing possono presentare i seguenti sintomi, suddivisi in diversi livelli: psicosomatico (ad esempio cefalea e tachicardia); emozionale (ad esempio ansia e tensione) e comportamentale (ad esempio anoressia e farmacodipendenza). Inoltre è possibile che si sviluppino risposte psichiatriche a condizionamenti esterni quali: il Disturbo dell'Adattamento (DA) e il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). Fenomeni come l'essere messi in cassa integrazione, licenziamenti dovuti a crisi aziendali, forti conflitti interni, o altri eventi simili possono esporre gli individui a sviluppare patologie anche molto gravi, tuttavia non sarebbero diagnosticabili sindromi causate da mobbing poiché assente la componente intenzionale legata alla sofferenza generata (Aiello et al, 2008). Questo quadro delinea chiaramente i rischi per i singoli lavoratori dovuti all'esposizione alla violenza o insoddisfazione lavorativa, e rende dunque impellente la necessità di realizzazione di soluzioni preventive.

Il bossing

Il bossing è una tipologia di mobbing pianificato dall'azienda stessa, o dai vertici aziendali, a danno dei dipendenti divenuti scomodi che si vuole eliminare. Si può far circolare una "lista nera" di persone che non sono indispensabili all'azienda facendola sembrare ufficiosa e mai ufficiale. Lo scopo è di fare aumentare la tensione, l'insicurezza e la paura in modo tale che nessuno sappia mai cosa sta accadendo con certezza o possa ritenersi "al sicuro" (di solito si fanno circolare quattro liste diverse con un quarto dei dipendenti su ognuna). Un altro motivo che induce ad attuare il bossing è la necessità di ringiovanimento del corpo dei dipendenti dell'azienda e per raggiungere tale obiettivo gli individui vengono privati di tutti i benefit come il telefono aziendale, la macchina e i pasti oppure gli si fanno svolgere dei compiti spiacevoli e da "nuovi arrivati" in attesa che le vittime si licenzino da sé.

Stalking

Lo stalking è un insieme di comportamenti che comportano ripetuti e persistenti tentativi di imporre comunicazioni e contatti con un'altra persona, i quali sono sperimentati come intrusivi e spiacevoli. Se la vittima è in grado di comprenderli, in oltre, li riconosce come la causa del proprio essere spaventata. Fare stalking significa mettere in atto i seguenti comportamenti: seguire (frequentando i luoghi spesso frequentati dalla vittima), comunicare insistentemente attraverso vari mezzi, aggredire o esercitare violenza. Queste condotte sono intese come persecutorie se esercitate in modo minaccioso e se perpetuate nel tempo. Per quanto riguarda l'ambito lavorativo, le professioni di aiuto sembrano essere quelle maggiormente esposte al rischio di subire questo tipo di violenza, tra le quali: medici, psichiatri, psicologi, educatori e assistenti sociali. Una ricerca recente (Gentile, Asamen, Harmell & Weathers, 2002) si è occupata di intervistare 747 membri della American Psychological Association e dei 294 rispondenti, il 10.2% riportato è stato vittima di episodi di stalking, è interessante notare che non sono state riscontrate differenze significative tra gli psicologi vittimizzati e quelli non vittimizzati in termini di caratteristiche demografiche o professionali. Il questionario postale presentato da quest'articolo è stato inviato a un campione casuale di 1750 psicologi ed è stato richiesto loro di indicare se sono stati vittime di uno dei comportamenti descritti in precedenza e con quale frequenza. La parte più grande delle vittime sono donne, psicologi clinici,

psicologi educazionali e consulenti o psicologi della salute. Il comportamento di stalking può essere messo in atto per diversi motivi, i più diffusi sono: riconciliare una relazione precedentemente esistente oppure stabilire intimità con l'oggetto dei desideri attraverso retribuzione o vendetta. La vulnerabilità degli psicologi alle intrusioni di stalking è legata anche alla tipologia di professione che essi svolgono, poiché prevede incontri solitari con persone spesso affette da disturbi mentali, le quali possono interpretare erroneamente il comportamento empatico del terapeuta come un interesse romantico. Subire dei comportamenti di stalking da un paziente è distruttivo sia dal punto di vista professionale che personale. Una grande porzione di psicologi che hanno subito stalking prendono seriamente in considerazione l'idea di abbandonare la professione.

La violenza nei contesti sanitari

Un settore particolarmente colpito dal fenomeno in questione è quello sanitario. Si stima che la violenza riguardante questo settore costituisca quasi un quarto di tutte le violenze sul posto di lavoro. Le diverse: può essere esterna, quindi tra utente e operatore, oppure interna ovvero tra due operatori. Queste vengono tipologie di essa sono descritte dall'ILO (Organizzazione Internazionale del Lavoro, 2003) come "*external workplace violence*" ed "*internal workplace violence*". La violenza tra operatori "*worker on worker*" è un problema rilevante e può, talvolta, essere più frequente di quella effettuata dall'utenza (Arnetz et al, 2011). Il Ministero della Sanità, individua una presenza significativa di aggressioni e molestie nelle strutture ospedaliere per cui gli operatori sanitari sarebbero, ipoteticamente, esposti ad un rilevante rischio di subire atti di violenza. Se si è frequentemente esposti ad eventi violenti questi possono iniziare ad essere percepiti come inevitabili (Magnavita, 2011) o parte del lavoro (Ramacciati, 2013). Può verificarsi, infatti, un aumento della soglia di tolleranza della violenza, la quale diventa un comportamento di routine e smette di essere percepita come un problema (Sicora, 2013). La razionalizzazione del male subito induce le vittime a mettere in atto dei comportamenti di sottomissione o servili che potrebbero giustificare il comportamento dell'aggressore. Le vittime, inoltre, potrebbero essere spinte progressivamente a perdere la fiducia in loro stesse, in caso si trovino ad essere molestate da un perverso, fino a mettersi dalla parte del torto (Hirygoyen, 2000). L'autrice intende con "individuo perverso" qualcuno che può esistere solo distruggen-

do gli altri, che ha bisogno di sminuirli per acquisire autostima e conquistare il potere, perché desidera fortemente ammirazione e approvazione. Dalla letteratura si evincono numerosi dati riguardanti il suddetto fenomeno. Vengono di seguito riportati alcuni esempi.

Una ricerca israeliana (Tal Carmi Iluz, 2005), che si è occupata di analizzare il comportamento aggressivo di medici sul territorio e medici in ospedale, ha riscontrato che sebbene la percentuale di aggressioni tra questi due ambienti fosse simile, esiste una maggiore frequenza di aggressioni verbali, effettuate dai parenti dei pazienti verso i medici ospedalieri rispetto a quelle sui medici operanti sul territorio. Questo dato probabilmente dipende dal rapporto che i medici ospedalieri instaurano con le famiglie, a differenza dei medici sul territorio dai quali i pazienti si recano da soli. Anche i medici operanti sul territorio subiscono violenze direttamente dai pazienti e la causa più frequente di questi può essere l'insoddisfazione per il trattamento ricevuto o le incomprensioni con il medico. Questo fenomeno è equamente sviluppato indipendentemente dall'industrializzazione dei paesi. Una ricerca (Di Martino, 2002) che ha studiato il fenomeno in diversi Stati, quali Brasile, Bulgaria, Libano, Portogallo, Sud Africa, Thailandia, Australia, è emerso che la violenza psicologica sembra essere più frequente di quella fisica, la seconda è presente nella maggioranza dei paesi analizzati nello studio: si riscontrano casi nell'8% in Bulgaria, nel 6% in Brasile e in Libano, nell'11% in Thailandia, nel 9% e nel 17% in sud Africa rispettivamente nel privato e nel pubblico. La violenza psicologica invece risulta ampiamente più diffusa in particolare sotto forma di aggressioni verbali con il 39,5% in Brasile, il 32,2% in Bulgaria, il 52% in sud Africa, il 47,7% in Thailandia, il 40,9% in Libano e il 67% in Australia.

In Europa, l'EU-OSHA afferma che nel 2010 il 15% dei lavoratori ha subito delle aggressioni e analizza l'entità del fenomeno nei diversi paesi:

- Danimarca: i lavoratori esposti più a rischio di violenza sono gli educatori sociali nelle strutture residenziali e gli infermieri impiegati in ospedale e case di cura;
- Finlandia: il rischio di minacce e aggressioni è maggiore per gli operatori sanitari e gli assistenti sociali, soprattutto di sesso femminile;
- Svezia ed Inghilterra: sono maggiormente colpiti infermieri e medici operanti nel settore psichiatrico; sempre in Svezia circa il 9% dei lavoratori dell'area sanitaria e sociosanitaria sperimenta quotidianamente violenze e minacce

ce e nel 67% dei casi capita più volte al mese;

- Polonia: l'84% dei pazienti lamenta violenza verbale da parte di pazienti e parenti dei pazienti.

Per quanto concerne l'Italia, è stata effettuata un'indagine in un'Unità Sanitaria Locale italiana tra il 2005 e il 2011 (Magnavita, 2011) con cadenza biennale dalla quale è risultato che il 9% dei 1411 lavoratori aderenti all'indagine, afferma di aver subito un'aggressione fisica nell'ultimo anno, il 19% molestie di vario tipo e il 3% stalking. In una ricerca effettuata all'interno di un ospedale pugliese (Guglielmi, 2014) il 90% dei partecipanti dichiara di aver subito aggressioni verbali e il 37% aggressioni fisiche. Le aggressioni fisiche subite da infermieri e medici sono state patite nel primo caso prevalentemente da uomini e nel secondo unicamente da uomini.

Un ulteriore rischio a cui sono prevalentemente esposti gli operatori sanitari è quello di essere vittime di stalking. Lo stalking si può definire come una costellazione di comportamenti che implicano ripetuti e persistenti tentativi di imporre su un'altra persona comunicazioni e/o contatti, e che sono sperimentati come spiacevolmente intrusivi. Questi comportamenti sono percepiti da chi li subisce come spiacevoli e generano apprensione, in oltre se la vittima è in grado di comprenderli li riconosce come la causa del proprio essere spaventata (Mullen et al, 2000). I professionisti della salute sono esposti maggiormente a questo rischio a causa della natura della loro professione, la quale li espone a proiezioni dei pazienti e desideri di rivalsa (Merzagora Betsos, 2010). Le statistiche dimostrano che gli operatori sanitari sono fra le vittime principali del fenomeno, come si evince da uno studio canadese in cui sono stati intervistati 1190 medici dell'area di Toronto (Abrams, 2011), e fra questi il 12,2% ha subito stalking da un paziente durante la propria carriera, il fenomeno riguarda maggiormente psichiatri ma anche ginecologi, chirurghi e medici generici. Esistono diverse motivazioni che spiegano come mai comportamenti di stalking sono rivolti verso questi operatori: innanzitutto il professionista può diventare nella mente del cliente una persona buona o cattiva, e sulla base di tali fantasie possono essere originati comportamenti di stalking allo scopo di attirare l'attenzione e non separarsi mai da lui o lei; oppure, il professionista, entrando a contatto con i bisogni più profondi del cliente, può diventare facilmente oggetto di proiezioni, affetti e fantasie al punto che la riconoscenza può diventare il desiderio di un legame affettivo del

quale non si può fare a meno (A. Curci et al, 2003). In uno studio condotto in Puglia (Grattagliano et al, 2014) si è analizzato il fenomeno dello stalking in strutture sanitarie e si evidenzia che il numero di ricerche attuali, riguardanti lo stalking e le sue conseguenze psicologiche, non sono sufficienti, per questo sarebbe opportuno avviare campagne che informino i professionisti sulle caratteristiche del fenomeno e sulle modalità per affrontarlo ed evitare i rischi. Le vittime in questo studio hanno adottato i seguenti comportamenti di difesa: evitamento dei luoghi o della persona dalla quale provenivano le molestie, tentativi di chiarificazione, ritiro in luoghi ritenuti protetti, messa in atto di comportamenti aggressivi o violenti, dimostrazione di indifferenza alle iniziative dell'aggressore, oppure hanno cercato di ottenere un contatto verbale (4%), altri ancora hanno cambiato residenza, luogo di lavoro, mansione lavorativa e numero di telefono. Solo nel 17% dei casi la vittima ha scelto di rivolgersi ad autorità o chiedere aiuto a familiari, amici, centri antiviolenza e simili. La maggior parte delle molestie subite sono di tipo psicologico. Solo il 17% di vittime si è rivolta a forze dell'ordine, questo è segno, probabilmente, di scarsa fiducia nell'istituzioni preposte al controllo sociale o al controllo delle vittime, oppure è possibile che le vittime provino vergogna o imbarazzo in relazione al loro vissuto. In questo studio i sintomi principali in conseguenza alle molestie sono stati: aumento della reattività emotiva, evitamento persistente, riproduzione dell'evento traumatico e disturbi del sonno. È interessante osservare che le maggiori vittime dello stalking sono di sesso femminile, e gli uomini che esercitano stalking sembrano avere un livello socio-culturale minore rispetto alle donne che lo esercitano; in oltre gli uomini cercano vittime più giovani le donne invece le cercano più anziane.

Gli psicologi, in quanto operatori per la salute, sono esposti a varie forme di intrusività da parte dei pazienti che includono stalking e molestie. Una ricerca recente (Gentile et al, 2002) si è occupata di intervistare 747 membri della American Psychological Association e dei 294 rispondenti, il 10.2% riportato è stato vittima di episodi di stalking, è interessante notare che non sono state pervenute differenze significative tra gli psicologi vittimizzati e quelli non vittimizzati in termini di caratteristiche demografiche o professionali. Il questionario postale presentato da quest'articolo è stato inviato a un campione casuale di 1750 psicologi ed è stato richiesto loro di indicare se sono stati vittime di uno dei comportamenti descritti in precedenza e con quale frequenza. Chi

subisce episodi di stalking non rimane indifferente ma risponde in diversi modi: aumenta la sicurezza sul proprio luogo di lavoro (50%); della propria abitazione (36%) o cambia il proprio numero di telefono. Il comportamento di stalking può essere messo in atto per diversi motivi, i più diffusi sono: riconciliare una relazione precedentemente esistente oppure stabilire intimità con l'oggetto dei desideri. La vulnerabilità degli psicologi alle intrusioni di stalking è legata anche alla tipologia di professione che essi svolgono, poiché prevede incontri solitari con persone spesso affette da disturbi mentali, le quali possono interpretare erroneamente il comportamento empatico del terapeuta come un interesse romantico. Subire dei comportamenti di stalking da un paziente è distruttivo sia dal punto di vista professionale che personale. Una grande porzione di psicologi che hanno subito stalking prendono seriamente in considerazione l'idea di abbandonare la professione. Il personale infermieristico delle strutture sanitarie è particolarmente esposto a rischi di aggressioni, talvolta non denunciati. Nel Regno Unito, Saines (Saines, 1999) rileva che l'incidenza delle aggressioni rivolte agli infermieri corrispondono alla metà delle aggressioni verso operatori sanitari. In Italia Becattini e collaboratori (Becattini et al, 2007) hanno effettuato uno studio su 15 strutture ospedaliere di 14 regioni italiane ed hanno riscontrato che il 90% degli infermieri intervistati dichiarano di essere stati aggrediti verbalmente; il 95% dichiara di aver assistito ad aggressioni rivolte verso i colleghi. Il 35% del campione ha subito violenza fisica ed il 31% ha avuto bisogno di cure mediche a causa di essa.

Strategie di intervento e di prevenzione alla violenza

I fenomeni di violenza nei contesti di lavoro sono di vario genere e ampiamente diffusi, dunque è opportuno avviare delle strategie di prevenzione e analisi del fenomeno. Le organizzazioni (sia sanitarie che imprenditoriali) possono avviare delle indagini che mirino a rilevare fonti di sofferenza, sulle quali si potrà lavorare, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei propri dipendenti durante il periodo lavorativo. Il Gruppo di Lavoro del Network Nazionale per la Prevenzione Disagio Psicosociale nei Luoghi di Lavoro (2010) si è occupato del fenomeno dello Stress Occupazionale ed ha proposto un metodo di indagine in contesti aziendali. In riferimento al contesto lavorativo, lo stress disfunzionale si manifesta quando "le richieste la-

vorative non sono commisurate alle capacità, alle risorse o alle esigenze dei lavoratori” (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, 1999); oppure “quando le persone percepiscono uno squilibrio tra le richieste avanzate nei loro confronti e le risorse a loro disposizione per far fronte a tali richieste” (European Agency for Safety and Health at Work, 2000). Infine l’Accordo Quadro Europeo (2008) definisce lo stress come “una situazione di prolungata tensione può ridurre l’efficienza sul lavoro e può determinare un cattivo stato di salute. Lo stress lavoro correlato può essere causato da fattori diversi come il contenuto del lavoro, l’eventuale inadeguatezza nella gestione dell’organizzazione del lavoro e dell’ambiente di lavoro, carenze nella comunicazione, ecc”. L’utilizzazione di sistemi di allarme e di controllo del personale può essere utile ai fini di prevenire e intervenire per tempo in caso si presentino rischi di aggressioni nei confronti del personale. In riferimento al fenomeno della violenza sugli infermieri Becattini, Bambi, Palazzi e collaboratori (Becattini G, 2007) riconoscono la necessità di sistemi di intervento per combattere la violenza sugli operatori sanitari, in particolare gli infermieri per il loro studio, come sistemi di allarme, presenza attiva di un sistema di vigilanza all’interno e di percorsi di formazione specifici per il personale. In Australia un gruppo di infermieri (Wilkes et al, 2010) della città di Sidney ha proposto uno strumento che sia in grado di intercettare eventuali aggressori grazie alla valutazione di una serie di fattori predittivi. Potrebbe essere utile, inoltre, secondo un altro studio statunitense (ED Nursing, 2007), registrare in un sistema i pazienti violenti per essere informati del loro rientro in ospedale. Il personale potrebbe ricordare ai soggetti violenti le conseguenze di comportamenti inappropriati prima che inizino ad usufruire del servizio. Lo studio suggerisce in oltre dei metodi per migliorare il rapporto con il paziente tra i quali spiegare il motivo dell’attesa fornendo frequenti aggiornamenti, favorire le richieste dei pazienti ed inserire una figura specifica che sia addetta all’interazione con essi. Queste semplici misure possono prevenire ed evitare comportamenti aggressivi da parte degli utenti.

Passando al contesto organizzativo, i dipendenti possono mettere in atto delle strategie collettive o individuali di difesa per riuscire a combattere la violenza. Arrendersi ad essa non è, infatti, funzionale per chi la subisce. Il primo passo è riconoscere che ci si trova in una situazione di questo genere non giustificando gli atti violenti. Un secondo passo è quello di trovare aiuto all’interno dell’azienda, in

primo luogo incontrando il responsabile delle risorse umane e il medico del lavoro che effettua la sorveglianza sanitaria in azienda (medico competente), figure preposte dal Dlgs 81/2008 a vigilare sui rischi lavorativi ed effetti sulla salute e a identificare ed attuare azioni di prevenzione e mitigazione. Il medico competente, in caso definisca una diagnosi di “disturbo dell’adattamento cronico” (con ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta e/o dell’emotività, disturbi somatiformi) o “disturbo post traumatico da stress”, ha l’obbligo, ai sensi del DM 27 aprile 2004 di denunciare all’Inail la malattia (Lista II- malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità- gruppo7: malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell’organizzazione del lavoro). Un terzo passo è cercare aiuto da uno psicoterapeuta per poter costruire gli strumenti necessari per fronteggiare la violenza e ritrovare l’energia che consente di difendersi. La molestia avviene più facilmente in un contesto in cui il dialogo è impossibile, dunque è importante ristabilire il dialogo nel contesto aziendale se si vuole evitare che tali episodi avvengano (Hirigoyen, 2000). Una figura come quella dello psicologo può aiutare a ristabilire il dialogo nel contesto aziendale. È di fondamentale importanza, inoltre, educare i responsabili insegnando loro a tenere conto della persona umana quanto la redditività poiché esse risultano strettamente interconnesse. Rimanere impassibili alla violenza non serve a far cessare le aggressioni, anzi, è fortemente consigliato essere rigidi nel bloccare la comunicazione perversa. Inoltre è importante denunciare quanto accaduto alle autorità. Potrebbe essere utile per i dipendenti usufruire di un questionario che li guidi nell’interpretazione dei comportamenti dei propri superiori oppure dei clienti dell’organizzazione e/o azienda. Riconoscere un’aggressione fisica, infatti, è meno complesso, mentre fenomeni come mobbing, manipolazione perversa o screditamento del proprio lavoro possono essere perpetrati in maniera subdola e poco percepibile dalla vittima, la quale potrebbe riscoprirsì demotivata, con umore depresso o poco desiderosa di recarsi sul posto di lavoro, apparentemente senza spiegazioni. Secondo Fattorini et al (2010) esistono molteplici fattori di rischio stressogeni nei contesti di lavoro, tra i quali ne riconosciamo alcuni dipendenti dal contesto organizzativo ed altri dipendenti dal contenuto del lavoro. Tra i primi sono presenti: scarsa comunicazione, bassi livelli di sostegno per la risoluzione di problemi e/o per lo sviluppo personale, mancanza di definizione degli obiettivi organizzativi, ambiguità e conflitti di ruolo, blocco della carriera, insufficienza di promozioni, insicurezza

dell'impiego, rapporti limitati con i superiori, conflitto interpersonale, richieste contrastanti tra famiglia e lavoro ed altri. Tra i rischi dipendenti dal contenuto del lavoro riconosciamo: condizioni fisiche di lavoro, problemi inerenti alle strutture o attrezzature di lavoro, cicli di lavoro brevi, sovraccarico (o sottocarico) di lavoro, orari di lavoro rigidi, orari di lavoro che alterano le interazioni sociali ed altri. Gli autori propongono, dunque, un metodo per analizzare le suddette variabili valutando il peso che hanno per ogni individuo e delle possibili ricadute a livello individuale sul lavoro. Il primo passo da compiere è quello di raccogliere informazioni sull'impresa le quali poi torneranno utili nella progettazione dell'intervento valutativo. Il secondo passo consiste nel cercare di integrare il maggior numero possibile di dipendenti tramite circolari informative ed altri metodi per permettere all'intervento di essere realmente efficace. Successivamente si passa all'indagine vera e propria. Una volta terminata si progettano degli interventi per eliminare i rischi eventualmente rilevati. Una volta attuati gli interventi si può verificare che essi stiano andando a buon fine tramite degli indicatori di benessere verificati dal medico dell'impresa o specialisti designati. In seguito è prevista una fase di aggiornamento o verifica del documento di valutazione dei rischi. Questo tipo di intervento può essere utile per migliorare il clima aziendale e rilevare tempestivamente la presenza di problemi e garantire un intervento efficace.

Un fenomeno da non sottovalutare è quello del Burnout. Questo termine, introdotto da Freudenberg nel 1974, indica una condizione di stress lavorativo riscontrabile con maggiore frequenza tra i soggetti impegnati in professioni riguardanti l'area socio-sanitaria (S. Tabolli, 2006). Uno studio del 2008 (Ombretta Puricelli, 2008) effettua un'indagine su un campione di 30 soggetti con l'obiettivo di studiare le diverse variabili tra le quali anzianità lavorativa, sesso, ruolo ed età che possono condurre all'insorgenza di fenomeni di Burnout. Vengono, inoltre, suggerite diverse strategie di prevenzione su diversi livelli (Nesci, 2002) (Payne, 1987): sviluppo dello staff; cambiamenti del lavoro e dei ruoli; sviluppo della gestione; migliore gestione della soluzione di problemi a livello organizzativo e dei momenti decisionali. Vengono riportate di seguito delle situazioni dalle quali può nascere facilmente un'azione mobbizzante verso una determinata vittima (G. Tomei, 2007). Queste variabili informative possono essere tenute sotto controllo dalle aziende al fine di evitare l'insorgere di situazioni mobbizzanti. Le variabili sono le seguenti: alcune caratteristiche

della leadership, specialmente in contesti particolarmente autoritari; modalità di organizzazione dei tempi di lavoro (orari, turni ecc.); modalità di gestione del flusso di informazioni (ad esempio: le informazioni circolano a sufficienza tra superiori e dipendenti e tra colleghi?); possibile assenza di autonomia nella gestione del lavoro; modalità attraverso cui vengono effettuati i controlli sui tempi di lavoro, assenze e ferie (ad esempio: viene esercitata un'eccessiva forma di controllo?); distribuzione dei compiti ben equilibrata e basata sulle capacità e attitudini di ogni lavoratore (ad esempio: i compiti attribuiti sono dequalificanti?); equa distribuzione dei compiti tra lavoratori di pari livello; equa distribuzione delle risorse necessarie al lavoro tra dipendenti; eventuale marginalizzazione dell'attività lavorativa e svuotamento delle mansioni; trasferimenti ingiustificati; prolungata attribuzione di compiti eccessivi ed infine esclusione del lavoratore rispetto ad iniziative formative o di riqualificazione professionale. In conclusione, possibili ricerche future potrebbero impegnarsi nella costruzione di nuovi strumenti di raccolta dei dati e promuovere l'uso e la creazione di nuove misure di prevenzione sia all'interno delle organizzazioni che durante il periodo di selezione del personale. Sarebbe utile, infatti, poter identificare all'ingresso degli ospedali italiani i cittadini che hanno precedenti di esperienze violente per prevenire eventuali disagi tramite l'intervento tempestivo di una figura professionale adeguata nella gestione della relazione con l'utente. Sarebbe altrettanto utile inserire nei colloqui di selezione del personale delle aziende (ospedaliere o imprese private) delle batterie di test che identifichino l'assetto di personalità dell'individuo e la possibile tendenza alla violenza.

Bibliografia

- Niosh, N. I. (2002, Aprile). Violence-Occupational hazard in hospitals.
- Abrams. (Vol 199 n. 10 ott 2011). Stalking by patients. Doctor's experience in a Canadian urban area. The Journal of Nervous and Mental Disease, p. 738-743.
- Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro (Aprile 26, 2007).
- Antonio Aiello, P. D. (luglio-settembre 2008). Uno strumento valutativo del rischio mobbing nei contesti organizzativi: la scala "val.mob.". ISPEL - Dossier rischi psicosociali, 9-26.
- Arnetz, J. (2011). Worker-on-worker Violence among Hospital Employees. International Journal of Occupational and Environmental Health, 328-335.
- Becattini G, B. S. (2007). Il fenomeno delle aggressioni

- agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. ANIARTI.
- Cassitto M. G., F. E., V., G., & Gilioli R., F. M.-M. (s.d.). *Violenza psicologica sul lavoro, Accrescere la consapevolezza. Protecting Workers' Health Series No 4.*
- Dejours, C. (2000). *L'ingranaggio siamo noi.* Milano: Il Saggiatore.
- Eu-Osha, E. A. (2010). *Workplace violence and harassment: a European picture.*
- G. Tomei, M. C. (2007). Evidence based medicine e mobbing. *Giornale Italiano della Medicina del Lavoro*, 149-157.
- Gentile S.R., A. J. (2002). The stalking of psychologists by their clients. 490-495.
- Gentile, A. H. (2002). *The stalking of psychology by their clients.* Peppedin University.
- Grattagliano, I., Amoroso, A., Scandamarro, G., Pierr, G., Pastore, A., Margari, F. (2014). *Stalking nei confronti di operatori di contesti socio-sanitari. risultati preliminari di una ricerca nella Regione Puglia Rivista di Psichiatria*, 49(6):273-278
- Greco O., I. A. (S.D.). *Mobbing, aspetti clinici e medico legali.* Editrice Salentina- Galatina.
- Guglielmi. (n. 156 Febbraio 2014). *Atti di violenza a danno degli operatori sanitari: indagine in una realtà ospedaliera pugliese.* TuttoSanità Puglia.
- Harcèlement moral au travail, 2002-73 (Gennaio 17, 2002).
- Hirigoyen, M. (2000). *Molestie morali: violenza perversa nella famiglia e nel lavoro.* Einaudi.
- Grattagliano, I., A. A. (2014). *Stalking nei confronti di operatori di contesti socio-sanitari: risultati preliminari di una ricerca nella Regione Puglia.* Rivista Italiana di Psichiatria.
- Istat. (2010 (ricerca anni 2008-2009). *Il disagio nelle relazioni lavorative.*
- Judith, E. Arnetz, D. A. (2011). *Worker-on-worker violence among Hospital Employees.* 329-335.
- Kets De Vries, M. F. (1998). *Leader giullari e impostori.* Raffaello Cortina Editore.
- Magnavita, e. (lug - sett 2011). *Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni.* *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ERGON.*
- Magnavita, e. (lug - sett 2011). *Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni.* *ERGON, Giornale Italiano di Medicina del Lavoro.*
- Monateri P.G., B. M. (2000). *Mobbing, vessazioni sul lavoro.* Giuffrè Editore.
- Mullen PE, P. P. (2000). *Stalkers and their victims.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Nesci, D. P. (2002). *Interventi di supporto per gli operatori.*
- Network Nazionale per la Prevenzione; coordinatore: Emanuela Fattorini; (2010). *La valutazione dello stress lavoro-correlato, proposta metodologica.* ISPESL.
- Nicola Ramacciati, C. A. (2011). *Violence and Aggression in the Emergency Department: a literature review. (Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura).* *L'infermiere*, e43-e50.
- Niosh (1988). *Psychosocial Occupational health.* National Institute of Occupational Safetyand Health. Washington DC.
- Nursing, E. (2007). *Tension in the waiting room - 86% of ED nurses report recent violence: crowded waiting rooms "bring out the worst" in patients.* *ED Nurs*, 10, 49-52.
- Ombretta Puricelli, S. C. (2008). *Sindrome da Burnout nelle professioni sanitarie: analisi dei fattori eziologici.* *Rivista di psicologia clinica* n.3, 312-321.
- P. Curci, G. G. (2003). *La sindrome delle molestie assillanti.* Torino: Boringhieri.
- Payne, R. &-C. (1987). *Stress in Health Professionals.* New York: Wiley.
- Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. (novembre 2007, novembre). Ministero della Salute, n.8.
- Ramacciati. (2013). *Violenza verso gli infermieri in area triage.* Scenario, n.4.
- Ramacciati, N., & Andrea, C. (2011). *Violence and Aggression in the Emergency Department: a literature review. (Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura) .*
- S. Tabolli, A. I. (2006). *Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma.* *Giornale Italiano Medicina del Lavoro*, 49-52.
- Saines, J. (1999). *Violence and aggression in A&E: recommendations for action.* *Accid Emerg Nurs*, 7, 8-12.
- Sicora, A. (2013). *La violenza contro gli operatori dei servizi sociali e sanitari.* Carocci Faber.
- Tal Carmi Iluz. (2005). *Verbal and physical violence towards hospital and community-based physicians in the Negev: an observational study.* *BMC Health Services Research*, 5:54.
- Wilkes L, M. S. (2010). *Development of a violence tool in the emergency hospital setting.* *Nurse Res*, 17, 70-82.
- Work, E. A. (2000). *Research on Work-Related Stress.* Luxembourg.Office for Official Publications of The European Communities.: [trad.it. Giuli E. (a cura di) (2002). *Ricerca sullo stress correlato al lavoro.* ISPESL Roma].

Psicoterapia contemporanea: la teoria e il metodo de "il Ruolo Terapeutico"

Pierluigi Ciritella*, Valentina Di Carlo**, Ester Di Gioia**, Adalgisa Nicastro**

* Medico, psicoterapeuta psicoanalista Responsabile della Scuola di Formazione Psicoanalitica de "il Ruolo Terapeutico" - Sede di Foggia e de "il Ruolo Terapeutico - Gruppo di Foggia"

**Psicologa, Psicoterapeuta de "il Ruolo Terapeutico - Gruppo di Foggia"

Riassunto

Gli Autori presentano la teoria e la prassi clinica de "il Ruolo Terapeutico". In questo articolo gli Autori tracciano una breve storia de "il Ruolo Terapeutico", fin dalla sua fondazione 45 anni or sono a Milano, delineando i concetti basilari della teoria di riferimento che, partendo dalla concezione psicoanalitica della cura del disagio psicologico, segue un originale percorso di pensiero sviluppato nel corso degli anni da Sergio Erba. Nell'articolo viene fatto riferimento anche agli Autori di riferimento per lo sviluppo della teoria del Ruolo Terapeutico.

Parole chiave: *Psicoterapia, Formazione, Teoria del Ruolo*

Introduzione

Nello scrivere questo articolo di presentazione della teoria e del metodo de "il Ruolo Terapeutico", e del nostro pensiero siamo partiti dalla curiosità di verificare l'offerta di formazione in psicoterapia nel nostro Paese. Abbiamo così osservato che il panorama attuale della psicoterapia in Italia è quanto di più vasto, articolato, frammentato, si possa immaginare. Gli indirizzi teorici e le relative Scuole di formazione sono numerosissimi, se ne contavano, a ottobre dello scorso anno, ben 385 (fra sedi centrali e periferiche) sparse su tutto il territorio nazionale (fonte: MIUR)^{1,2,3} Un elenco certo non esaustivo dei relativi orientamenti ne annovera oltre una ventina.

Com'è possibile, è lecito chiedersi, che vi siano così tanti orientamenti? Come mai, dalla prima forma di psicoterapia strutturata ed elevata a dignità clinica, la psicoanalisi, nel corso degli anni c'è stata questa vera e propria esplosione di teorie e tecniche psicoterapeutiche? Ci piace rispondere con una chiarissima e, a nostro avviso, indiscutibile affermazione di Jung che ci sentiamo di condividere pienamente:

"Le diverse dottrine psicoterapeutiche che destano tanto scalpore non hanno poi, tutto somma-

to, grande importanza. Ogni psicoterapeuta capace sfiora, consciamente o inconsciamente, anche tutti quei registri che non fanno parte della sua teoria. (...) Non ha senso evitare il punto di vista freudiano, adleriano o qualsiasi altra concezione. Ogni psicoterapeuta non ha il suo metodo è 'egli stesso quel metodo'. (...) In psicoterapia, il grande fattore di guarigione è la personalità del terapeuta: ed essa non è data a priori, non è uno schema dottrinario, ma rappresenta il massimo risultato da lui raggiunto. Le teorie sono inevitabili, ma come meri sussidi. Se sono elevati a dogmi, vuol dire che è stato represso un dubbio interiore".

Tuttavia, di fronte ad una così vasta offerta, non è semplice scegliere l'orientamento né per il paziente che si rivolge a un professionista in cerca d'aiuto, né per un giovane psicologo, soprattutto se appena uscito dall'università e non ha ancora avuto modo di crearsi una personale idea su quella che può essere la scelta della scuola di psicoterapia a lui più adatta. Talora la scelta è fatta seguendo "mode" che privilegiano un certo orientamento o per pregiudiziali esclusioni di altri orientamenti, o, ancora, pensando a una sorta di presunta "spendibilità" sul mercato del lavoro del titolo conseguito. Che ci siano tanti orientamenti di psicoterapia e tante scuole è un vantaggio da un lato, ma anche uno svantaggio. La molteplicità dell'offerta è garanzia di libertà di pensiero e di modi diversi di avvicinarsi alla sofferenza dell'Uomo, ma, come tutte le medaglie, anche questo vantaggio ha il suo rovescio e presenta lo svantaggio di mostrare il mondo della psicoterapia frammentato in tanti rivoli, con la conseguente perdita di una visione d'insieme delle modalità d'intervento psicoterapeutico e pone problemi non di secondo piano sotto il profilo epistemologico, se non addirittura di credibilità di fronte a critiche qualche volta anche aspre e svalutanti dell'intero mondo della psicologia e della psicoterapia.

Un altro non trascurabile aspetto della molteplicità di orientamenti e indirizzi riguarda le modalità

molto differenti di formazione che le varie Scuole propongono. Senza entrare nel merito di tale delicato aspetto, non è questo lo scopo del nostro scritto, sappiamo tutti come il risultato di tanta differenza formativa è quello di avere psicoterapeuti con percorsi formativi clinici molto diversi. Alcuni continuano a tenere viva la loro formazione praticamente lungo tutta la loro vita professionale, altri, invece, la lasciano circoscritta agli anni della loro Scuola di psicoterapia.

Scegliere una Scuola di psicoterapia, è una vera e propria scelta di vita, e considerando i ragguardevoli costi economici e l'impegno da assicurare nei quattro anni, tale scelta va fatta con attenzione e oculatezza. La scelta della Scuola dev'essere attenta e meditata e il risultato di questa scelta dovrebbe portare l'allievo a "stare comodo" come in un abito fatto su misura e che calzi alla perfezione senza mostrare difetti.

Il Ruolo Terapeutico: Una breve storia, non una storia breve

Nel panorama della psicoterapia italiana da ben quarantacinque anni esiste il Ruolo Terapeutico, un importante Gruppo, e un'altrettanto importante Scuola, nato a Milano e poi diffusosi nell'Italia Settentrionale. Il nome di questo Gruppo e della sua Scuola è esso stesso originale (non ci chiamiamo "Istituto di..." o "Associazione per..." o ancora "Centro di..." o altre locuzioni similari, come nella stragrande maggioranza dei casi); è espressione di un pensiero diventato immediatamente prassi terapeutica profondamente calata nel male di essere dell'Uomo. Dunque una breve nota sul nome riportando, da un articolo di Sergio Erba, fondatore de "il Ruolo Terapeutico", il racconto della nascita di questa peculiare denominazione⁴. Scrive Erba:

"Ci sono fatti che sembrano dettati dal caso ma che mostrano, nel corso del tempo, una loro logica e una loro coerenza con fatti precedenti e sviluppi successivi. L'origine del nome del nostro gruppo, ad esempio. In uno degli incontri preliminari coi colleghi che avevano accettato di condividere il progetto di una rivista che affrontasse i temi della cura e della formazione avevamo discusso su come chiamarla. Nessuna delle tante proposte ci convinceva ma quando Giuseppe Zanusso esclamò: "Erba mi rompe le scatole ogni mattina con la storia del ruolo terapeutico! Perché non la chiamiamo così?", la sua idea venne accolta all'unanimità. Lavoravo allora in un reparto del manicomio "Paolo Pini" di Milano, e in assenza del primario ne svolgevo le funzioni. Zanusso, mio collega di

reparto, arrivava sistematicamente in ritardo al 'giro' mattutino, ed io lo accoglievo, più o meno spazientito a seconda degli umori del momento, con un 'il ruolo terapeutico esige puntualità!'. Questo mio richiamo a un'istanza superindividuale, questo accenno al ruolo, questo valore dato alla puntualità erano da parte mia allora del tutto inconsapevoli rispetto a tutte le implicazioni che nel corso dell'elaborazione successiva del pensiero del Ruolo quei concetti avrebbero rivelato."

Il Ruolo Terapeutico, dunque, nasce in manicomio, come amava affermare Sergio Erba, scomparso il 3 aprile dello scorso anno e che qui il Lettore ci permetterà di ricordare con affetto. E il fatto che il luogo di nascita sia proprio nell'istituzione manicomiale prebasagliana, fa la differenza. Infatti, il Ruolo Terapeutico è fin da subito attento alle istanze cliniche e ai bisogni degli operatori, tutti gli operatori, che a qualsiasi titolo sono impegnati nella cura delle persone in preda alle loro sofferenze psichiche.

Il Gruppo de "Il Ruolo Terapeutico", nasce nel 1972, inizialmente per realizzare l'omonima rivista quadrimestrale.

L'intenzione dichiarata e sempre perseguita poi da Sergio Erba, dai co-fondatori e da tutti quelli che nel corso del tempo si sono associati all'impresa, era quella di portare la cultura e la pratica psicoanalitica in tutti i luoghi deputati ad affrontare la sofferenza psichica e relazionale delle persone.

Per comprendere in pieno la portata innovativa, anzi rivoluzionaria di questa proposta, è necessario considerare l'epoca in cui essa è stata avanzata.

Negli anni Settanta del Novecento l'unica alternativa al manicomio era rappresentata da un movimento molto ideologizzato che, partendo dal presupposto che la malattia mentale fosse un'invenzione del sistema politico-sociale per escludere i "diversi", propugnava il "Territorio" come unica ed efficace forma di cura e di assistenza. Che fossero da escludere in quanto diversi, o da recuperare e da reinserire nella società, i pazienti erano in ogni caso visti e trattati da *oggetti* degli interventi altrui, come purtroppo accade ancor oggi diffusamente.

Il pensiero de "il Ruolo Terapeutico", invece, proponeva che essi "ridiventassero" persone, soggettivamente libere e responsabili anche rispetto alla loro cura⁵. A ben vedere questa proposta sposta completamente il baricentro della prassi psicoterapeutica ribaltando il concetto della cura che vedeva, in questo modo, il paziente partecipe esso stesso del processo terapeutico riassumendo con esso anche la dignità di Persona, persa, in troppi casi,

in quelle istituzioni alienanti che proprio l'alienazione avrebbero dovuto curare: i manicomi. Fedele a questa linea di pensiero e di prassi clinica, nella seconda metà degli anni settanta ebbe inizio un'attività di formazione degli operatori sociosanitari presso i loro servizi di appartenenza, attività che continua tuttora e che rappresenta una delle linee d'intervento nel campo della formazione.

Nel 1979 il Gruppo, che fino ad allora aveva agito in modo informale, si costituisce in Associazione senza fini di lucro, i cui scopi statutari s'indirizzano alla ricerca psicoanalitica, alla formazione professionale degli operatori e all'erogazione al pubblico di prestazioni psicoterapeutiche.

Nel 1983 viene attivata la Scuola di Formazione alle relazioni terapeutiche con il Corso triennale poi diventato quadriennale.

Dal 1993 alcuni terapeuti formati al Ruolo hanno fatto nascere gruppi locali che, con vari gradi di autonomia, portano il nome de "Il Ruolo Terapeutico" perché ne condividono e ne interpretano le finalità e i principi etici. Attualmente, oltre la sede principale di Milano, Gruppi locali de Il Ruolo Terapeutico si trovano a Trento, Parma e Foggia, e Referenti ad Aosta, Chiasso, Crema, Mestre, Verbania, Genova (la scuola di Genova, pur mantenendo la stessa denominazione, non fa più parte del Ruolo Terapeutico dall'aprile 2009).

“Il Ruolo Terapeutico”: le radici teoriche di una prassi psicoterapeutica

Il Ruolo Terapeutico si riconosce nella radice teorica della tradizione psicoanalitica, per cui riteniamo che gli scritti di S. Freud rimangano il punto di partenza per studiare e praticare la psicoanalisi. Naturalmente la Psicoanalisi ha subito notevoli cambiamenti nel corso dell'ultimo secolo accogliendo e, in alcuni casi assorbendo, il pensiero di importanti Autori come S. Ferenczi, W. Reich, D. Fairbairn, D. Winnicott, M. Balint, J. Bowlby. Nel panorama del pensiero psicoanalitico attuale, sono apprezzati i più recenti contributi portati da autori come J. E. Gedo, M. M. Gill, R. Langs, S. Mitchell (psicoanalisi relazionale) e altri, che a partire dalle concettualizzazioni di Sullivan, Fromm, Thompson, hanno posto l'accento sull'importanza della realtà interpersonale nell'eziologia del disturbo psichico e l'importanza della persona reale dell'analista nell'incontro autentico col paziente.

Il Ruolo Terapeutico, in linea col proprio modello teorico di riferimento, ritiene scientificamente ed eticamente corretto evitare di individuare a tutti i costi convergenze o denominatori comuni,

ma ricercare all'interno di ciascun modello teorico, attraverso l'evidenza clinica, la coerenza e l'utilità del modello stesso, non meno che evidenziare la responsabilità individuale di fronte alla teoria.

Noi intendiamo, sia nella prassi terapeutica che nella formazione, offrire una visione a tutto tondo della pratica psicoterapeutica, nella consapevolezza che sarebbe mistificante l'insegnamento rigido e dogmatico di una teoria proposta come unica in grado di avvicinarsi alla sofferenza umana.

Un altro punto di forza della teoria del Ruolo Terapeutico è l'interesse per la continua verifica della "tenuta" etica, cioè della coerenza tra la teoria e la pratica della prassi psicoanalitica, il che conduce a mantenere sempre viva la ricerca comparativa tra le osservazioni cliniche, in tutti gli ambiti dall'insegnamento nella Scuola, alla pratica clinica nelle istituzioni pubbliche così come nel setting privato, e i quesiti proposti dalla filosofia morale. Cerchiamo di rendere più esplicito il concetto di etica nella prassi terapeutica come la intendiamo noi riportandola seguente affermazione di Erba a nostro avviso particolarmente significativa:

In altre parole, è come se il terapeuta dicesse: Mi vai bene così come sei, non ti chiedo niente. Non intendo 'curarti', modificarti, non ti critico né ti disapprovo. Sei tu a rivolgerti a me, a denunciare che qualcosa non va, a portarmi i tuoi bisogni inappagati. Io non mi propongo di soddisfarli, sarebbe illusorio, ma sono pronto e capace, se vuoi, ad accompagnarti nella ricerca delle ragioni del tuo malessere. Guarderemo dentro la vicenda che si svolgerà tra di noi, cercheremo in ogni momento di capire che cosa chiedi, perché lo chiedi così, la storia che ci sta dietro. Se tutto andrà per il meglio, verrà il momento in cui potrai parlare la tua lingua e comprendere quella degli altri senza la necessità di me come interprete.

Da questa sintetica presentazione si evince che il metodo proposto dalla dal Ruolo Terapeutico, pur rimanendo nel solco della teoria psicoanalitica, se ne discosta significativamente nella pratica clinica.

Nell'immaginario dell'uomo della strada, ma anche di molti Colleghi, alla parola "psicoanalisi" si associa l'idea del "lettino", delle tre o quattro sedute a settimana per un numero indefinito di anni, il ricorso alle interpretazioni, il lungo *training* personale, e di conseguenza costi se non proibitivi sicuramente non alla portata di tutti. Un armamentario cui spesso si sono rifatti, anche per schernirlo, film e libri di vario genere. La Psicoanalisi sembrerebbe, dunque, mal ridotta nella nostra "società

liquida”, per dirla con Z. Bauman. Eppure lo stesso Freud già negli anni ‘20 era “dissidente” nei confronti degli istituti di Londra e di Berlino, più “ortodossi”, dimostrando un dinamismo di pensiero di là dalle rigidità che molti suoi epigoni ritenevano necessarie affinché si mantenesse una sorta di “purezza” della tecnica psicoanalitica. Certo, il rischio di confinare una delle più importanti teorie della cura della sofferenza psichica, se non la più importante, in un museo o peggio in una soffitta, marchiandola come obsoleta e fuori mercato è molto forte. Questo può accadere perché gli stessi psicoanalisti hanno preferito per troppo tempo chiudersi nei loro studi a difendere in maniera dogmatica un certo tipo di prassi. Si pensi ad esempio, al simbolo stesso della psicoanalisi, il famoso “lettino”. Ebbene, un importante studioso della teoria psicoanalitica come Paolo Migone, afferma senza mezzi termini⁶:

“Alcuni ritengono che sia indispensabile, per quel lavoro che vogliono fare e che loro chiamano psicoanalisi, far utilizzare ai pazienti quel determinato oggetto, il lettino. E’ scontato, che non stiamo parlando qui del lettino in quanto tale (o divano che dir si voglia), ma di qualunque elemento del setting, quindi questo ragionamento vale anche per la sedia o poltrona. Varrebbe anche se ritenessimo che per fare la psicoanalisi il paziente dovesse necessariamente stare su un trespolo come un uccello. In altre parole, coloro che ritengono che la psicoanalisi (o la ‘psicoterapia psicoanalitica’) si deve fare sulla sedia compiono la stessa operazione logica. Qual è dunque questa operazione logica che sottende tutto il lavoro ‘analitico’ di coloro che ritengono che un determinato aspetto fisico del setting sia indispensabile alla psicoanalisi? Ritengo che sia una operazione squisitamente antipsicoanalitica. (...) Arrivati a questo punto del nostro ragionamento, sorge una domanda: come mai nella tradizione psicoanalitica viene data tanta importanza al lettino? Cosa ha portato a questo stato di cose? E se il lettino non è indispensabile, quale è l’elemento indispensabile, caratterizzante, della psicoanalisi? (...) Ritengo che la psicoanalisi non possa essere legata ad alcun criterio “estrinseco” (lettino, frequenza settimanale, ecc.), ma solamente a criteri intrinseci, cioè interni alla teoria. Per psicoanalisi intendo, in modo molto allargato, ‘analisi del transfert’: con questo intendo un atteggiamento dell’analista volto ad analizzare le implicazioni della relazione col paziente.”

In questa prospettiva va da sé che l’attenzione agli aspetti relazionali della terapia e l’interioriz-

zazione del *setting* da parte del terapeuta⁷, insieme con l’approfondimento di concetti come ruolo, funzione, responsabilità, struttura e processo costituiscono i pilastri su cui si fonda tutta la costruzione teorica del Ruolo Terapeutico.

Un altro punto molto importante è la posizione del Ruolo Terapeutico di fronte all’analisi personale del terapeuta in formazione. Va detto subito, e senza fraintendimenti, che noi riteniamo che l’analisi personale del terapeuta costituisca un passaggio necessario nel percorso formativo. Riteniamo, però, che la scelta del momento in cui iniziare l’analisi debba essere una scelta del terapeuta in formazione che sente emergere il bisogno di guardare alle proprie ferite e di prendersene cura; così come anche la scelta dell’analista, pensiamo che debba essere totalmente avulsa da logiche di “parrocchia” e che il terapeuta in formazione possa scegliere, quando lo vorrà e dove lo vorrà, il suo analista. Tuttavia il MIUR impone l’analisi personale dell’Allievo ai fini del conseguimento del Diploma di Specializzazione in Psicoterapia. Tale prescrizione ricade esclusivamente nella responsabilità giurisdizionale del Ministero e non possiamo che recepirla, pena il mancato ottemperare a un obbligo di legge e la conseguente impossibilità a rilasciare il titolo di Psicoterapeuta legalmente valido.

La prospettiva teorica tratteggiata fin qui, corrisponde a quella di diversi Autori di riferimento. Autori che hanno segnato con l’originalità del loro pensiero e della loro prassi gli sviluppi della psicoterapia psicoanalitica contemporanea:

Johannes Cremerius (1918-2002), ha saputo mostrare il processo analitico in tutte le sue fasi, attraverso una metodologia molto precisa, in un clima di profonda comprensione emotiva del paziente, e di grande consapevolezza circa il proprio “bisogno” di aiutarlo. Cremerius ha svelato il *volto umano* della psicoanalisi, l’ha smitizzata e riavvicinata a molti che prima (ad esempio gli operatori dei servizi) se ne sentivano respinti.

Pier Francesco Galli (1931) è un Maestro della Psicoanalisi italiana, svolge la sua attività clinica, didattica e formativa a Bologna. La figura pubblica di Galli, dà ragione dell’appellativo di “Maestro” dato il suo impegno culturale, scientifico e professionale giocato nell’ambito della “politica” psicoanalitica contemporanea. Si può dire che le radici culturali de *Il Ruolo Terapeutico* nascono proprio dall’esperienza del *Gruppo Milanese per lo sviluppo della Psicoterapia*, formalizzato da Galli nel 1962. Galli ha fondato e curato specifiche collane di testi di psicoanalisi e psicoterapia presso gli edi-

tori Feltrinelli e Boringhieri. Ha fondato la rivista "Psicoterapia e Scienze Umane" edita da Franco Angeli.

Enzo Codignola (1930-1977). Psichiatra e psicoanalista formatosi presso il prestigioso istituto di Kreuzlingen con *Ludwig Binswanger*, scomparso prematuramente, ci ha lasciato un'opera d'importanza davvero fondamentale: *Il Vero e il Falso*. In essa Codignola affronta con estremo rigore metodologico il tema della struttura logica del processo interpretativo facendo emergere i connotati logici dell'interpretazione senza ricorrere ad alcuna meta-teoria.

Giambattista Muraro (†1998). Formatosi a Basilea e a Zurigo con P. Sarasin (Presidente della Società psicoanalitica Svizzera, formatosi a sua volta direttamente con S. Freud) e con M. Boss anch'egli allievo di Freud, attraverso la sua originalissima opera "*Sorpresa ed enigma. La funzione del rapporto nella prassi psicoanalitica e la definizione di analisi*" esplora ciò che può essere definito effettivamente come *metodo analitico*. Questa ambiziosa ricerca di purezza conduce a teorizzare un modello di pratica analitica i cui standard (capacità dell'analista ed efficacia della terapia) sono portati ai massimi livelli.

Sergio Erba (1935-2016) Fondatore de *Il Ruolo Terapeutico*, nel corso di una quarantennale attività di psicoanalista e di formatore ha teorizzato un'organica concettualizzazione della prassi psicoanalitica. Tale formulazione fa da sfondo a gran parte della costruzione teorica della Scuola.

Struttura e processo, ruolo e funzione, asimmetria dei ruoli e reciprocità di persone, responsabilità e libertà della persona, "cinquanta e cinquanta"⁸, costituiscono le coordinate di una vicenda intersoggettiva, quella analitica, che diventa prassi rigorosa attraverso quegli elementi strutturali (ruolo del terapeuta, setting, principi) che fanno da riferimento precostituito e stabile alla terapia stessa. La dialettica tra domanda e risposta, la distinzione tra l'obbligo di cura e l'obbligo di risposta, la risposta sulla domanda e non alla domanda... tutto ciò comporta una raffinata competenza terapeutica il cui scopo è di aiutare il paziente a riconoscersi soggetto di una domanda e non solo portatore di un bisogno.

Pierluigi Sommaruga (1933) Cofondatore de *Il Ruolo Terapeutico*, scrive: "*Ritengo che elementi transferali siano comunque sempre presenti in ciascuno di noi e che si riattualizzino in ogni relazione quotidiana, ma che solo nel processo analitico vi sia la possibilità, per le caratteristiche del set-*

ting e per la competenza del terapeuta, di dar loro un senso conducendoli così a risoluzione".

Il nostro metodo formativo: *Medice, cura te ipsum*

Il Ruolo Terapeutico fin dall'inizio si è posto il problema della formazione degli psicoterapeuti, e, più in generale, dei professionisti delle relazioni d'aiuto. Il nostro orientamento metodologico e teorico è sempre stato quello di privilegiare una formazione diretta sul campo dei terapeuti, attraverso il costante processo di supervisione, al di là di "imposizioni" burocratiche. D'altra parte una forte corrente di pensiero, già subito dopo l'entrata in vigore della legge 18 febbraio 1989, n. 56. era in quegli anni in disaccordo con la scelta di normare in maniera rigida la formazione degli psicoterapeuti ritenendo che "*sarebbe stato più opportuno, com'è stato proposto da più parti e come avviene in certi paesi esteri, limitarsi a un elenco di trasparenza e all'autocertificazione degli psicoterapeuti*"^{4,5}.

Fin dall'inizio, nel metodo formativo, due caratteristiche si sono mantenute costanti nel tempo: 1) la formazione in gruppo, fondata sull'analisi delle modalità relazionali con cui il terapeuta incontra il paziente; 2) l'essere aperta alla partecipazione di tutte le figure professionali operanti nell'area delle relazioni d'aiuto (quindi non solo laureati in medicina o psicologia, ma anche assistenti sociali, educatori, infermieri, tecnici della riabilitazione, ecc.)¹⁰. Partendo dalla considerazione che:

*"Paziente e terapeuta sono innanzitutto persone, nulla li differenzia al di là dei ruoli occupati all'interno della relazione terapeutica. Se via via che s'inoltra nel lavoro clinico il terapeuta opportunamente accompagnato può mettere a disposizione dei pazienti una maggior capacità di governare le proprie disfunzioni soggettive, questo non succede nelle prime fasi del suo apprendistato. La formazione permanente quindi fa strutturalmente parte della concezione della terapia che stiamo illustrando. Potremmo definire la formazione come il processo terapeutico cui si sottopone il terapeuta, contestualmente al suo accompagnare il paziente in un analogo processo"*¹¹

Il terapeuta, stando a questo pensiero, deve necessariamente prendersi cura di sé per poter stare al meglio nelle situazioni cliniche con i pazienti, come dice Erba: "*curarsi per curare*". Per rispondere adeguatamente alle domande di aiuto portate dai pazienti al terapeuta è necessaria, non solo una conoscenza tecnico-scientifica, ma anche una capacità di entrare in rapporto, oltre che col paziente,

anche con se stesso, per riconoscere e governare i propri sentimenti e le proprie emozioni. Questa capacità di risposta terapeutica non è né scontata né facilmente raggiungibile. Fedele a questo presupposto il fine basilare della formazione secondo il metodo del Ruolo Terapeutico è perciò quello di offrire a tutti coloro che si avvicinano (ma anche a chi già svolge una professione d'aiuto, nella prospettiva di una formazione continua), un'esperienza formativa globale e approfondita per il raggiungimento di una vera competenza di sé.

M. Balint scrive¹²:

“Come è difficile e, aggiungo io, pericoloso, operare con un bisturi non affilato, ottenere radiografie precise con un apparecchio difettoso (...) così il medico non è in grado di ascoltare se non è in buona forma. Ciò implica che egli deve costantemente badare ad essere in buono stato ed in condizioni di buon funzionamento”.

Ovviamente quest'affermazione si riferisce sia al medico che allo psicologo che ascolta, che si prende cura dei suoi pazienti non solo sotto il profilo organico, ma nel suo complesso di Persona, e quindi nella sua veste di terapeuta.

Ma cos'è questo “buon funzionamento”? Erba a tal proposito sostiene che: *“la parte di responsabilità della cura che compete al terapeuta consiste nel suo curare il proprio personale modo di funzionare nel ruolo. Cura intesa nel senso della formazione permanente, che consiste nel disporre sistematicamente della possibilità di confrontare il proprio operato clinico con colleghi che condividono gli stessi presupposti riguardo alla cura.”* Erba infine conclude: *“Per quanto esperto e avanzato nel mestiere, la persona del terapeuta si trova infatti a fronteggiare ben due fronti di imprevisti e difficoltà. L'uno rappresentato dalla propria ferita primaria, sempre pronta a riaprirsi e a sanguinare; l'altro dai modi sempre diversi e nuovi con i quali i pazienti lo investono con i propri bisogni e i propri desideri”.*

Si evince da quanto detto fin qui che “formare” un terapeuta è un'operazione complessa e delicata, che somma vari aspetti teorici, di approfondimento e di riflessione. Ma soprattutto sia attenta alla crescita personale del terapeuta in formazione accompagnandolo costantemente lungo i quattro anni di Corso, e anche oltre, offrendo spazi di formazione continua cui possa partecipare consapevole di quanto il lavoro del terapeuta s'impari facendolo e che è un lavoro che non può essere fatto in solitudine. Il confronto nei gruppi di supervisione dei casi portati, risponde proprio a questo criterio di

imparar facendo. Pertanto le esperienze formative offerte dal Ruolo Terapeutico sono fondate su un insegnamento “forte” degli aspetti strutturali della relazione terapeutica e su un accompagnamento personalizzato di ciascun terapeuta in formazione nel processo di assimilazione e interiorizzazione delle prerogative del proprio ruolo.

Vogliamo concludere con un'affermazione di Erba che ci sta particolarmente a cuore e che a nostro avviso sintetizza al meglio la concezione della terapia e del metodo con cui applicarla:

“Far proprio il concetto di persona comporta un radicale cambiamento di paradigma, perché sia noi terapeuti, sia i nostri interlocutori pazienti veniamo a ritrovarci privi dei tradizionali punti di riferimento della concezione naturalistica. Non più un terapeuta competente del funzionamento normale o patologico del soggetto paziente, non più la responsabilità dell'uno sulle scelte e i comportamenti dell'altro. Invece, due persone con la stessa potenzialità di salute, di responsabilità, di libertà, resi diversi dalla diversità dei ruoli occupati e dal diverso grado di salute raggiunto nel personale percorso di vita.”

Bibliografia e Sitografia

1. <http://www.miur.it/ElencoSSPWeb/>
2. <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/fc31f055-71ca-4d35-bd28-a47be2f2a4f9/2887.pdf>
3. <http://www.miur.it/UserFiles/2887.pdf>
4. S. Erba: Si può perché si deve, si deve perché si può. *Il Ruolo Terapeutico*, 100, 21-5, 2005
5. S. Erba: *Pratica socio terapeutica nel manicomio*. Ed. Gammalibri, Milano, 1978
6. P. Migone: Chi ritiene indissolubile il binomio divano/psicoanalisi si pone fuori dalla logica psicoanalitica. *Il Ruolo Terapeutico*, 1998, 78: 16-21
7. S. Erba: Il setting siamo noi. *Il Ruolo Terapeutico*, 1989, 57: 43-47
8. S. Erba: Domanda e Risposta. Per un'etica e una politica della psicoanalisi. Ed. Franco Angeli, Milano, 1998
9. P. Migone: Sono necessarie scuole “quadriennali” per coloro che al 18-2-94 avranno accumulato cinque anni di laurea? A proposito dell'art. 35 della legge 56/1989 (con l'intervento “Sulla regolamentazione della psicoterapia”, pubblicato nel n. 42/1986). *Il Ruolo Terapeutico*, 1991, 57: 43-47
10. P.F. Galli in “Psicoterapia, formazione e specialismo”. in: In G. F. Minguzzi (a cura di), *Il divano e la panca: Psicoterapia tra privato e pubblico*. pp. 242-245 Ed. Franco Angeli, Milano, 1986,
11. S. Erba, C. Di Prima, E. Semola, P. Serra: *Psicoterapia: un pensiero, un metodo, una pratica*. Ed. Franco Angeli, Milano, 2014
12. M. Balint: *Medico, paziente e malattia* Ed. G. Fioriti, 2014

L'Analisi del Comportamento Applicata: dai principi di base alla base dei principi

Paolo Carmelo Mirizzi

Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo Post-Razionalista, Esperto in "Valutazione, formazione e sviluppo delle risorse umane. Analisi organizzativa e interventi, prevenzione del rischio"; esperto in "Tecniche comportamentali per bambini con autismo e disturbi evolutivi globali", esperto in "Didattica e Psicopedagogia per i disturbi specifici di Apprendimento". Analista del Comportamento in formazione.

Riassunto

L'Analisi del Comportamento Applicata è una scienza naturale che studia le relazioni funzionali e le contingenze tra il comportamento e gli eventi ambientali, il cui scopo è quello di comprendere e migliorare il comportamento umano (Jonh O. Cooper; Timothy E. Heron; William L. Heward, 2007). Mira a comprendere il comportamento attuale di un individuo in base a: fattori genetici, storia personale e ambiente corrente (F. Degli Espinosa, 2013). Il suo obiettivo è sviluppare comportamenti socialmente significativi attraverso l'analisi di come il comportamento è evocato dal contesto ambientale, mediante l'insegnamento di nuove sequenze comportamentali, utilizzando tecniche e metodi basati sul principio di rinforzo, punizione ed estinzione e attraverso lo sfruttamento della motivazione della persona, la suddivisione in piccole unità di apprendimento gestibili dallo studente ed la costruzione di comportamenti più complessi mediante monitoraggio, valutazione e presa dati continua per accertare l'efficacia dell'intervento e cambiamento del comportamento. Tutti gli aspetti dell'intervento sono individualizzati rispetto alle necessità dello studente e le sue preferenze (motivazione). Le abilità semplici vengono sistematicamente insegnate per arrivare ad abilità più complesse, con una particolare attenzione al linguaggio, cercando di implementare un sistema di comunicazione alternativa ed aumentativa in assenza di linguaggio parlato. L'enfasi è sull'insegnare allo studente come imparare, formare interazioni sociali positive e rendere l'apprendimento motivante. Comportamenti problematici vengono valutati secondo le procedure di analisi funzionale su cui poi si basa l'intervento: vengono direttamente affrontati e sostituiti da comportamenti adattivi.

***Parole chiave:** Aba, Comportamentismo radicale, MO, rinforzo, punizione, estinzione*

L'origine dell'Analisi del Comportamento

Ole Ivan Lovaas è considerato il pioniere del

primo modello di intervento comprensivo per l'autismo. In un articolo pubblicato su "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 1987, intitolato "Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children" mostra i risultati del trattamento di modificazione comportamentale in 2 gruppi di bambini affetti da autismo. I dati, a seguito di un trattamento intensivo sperimentale mostrano che il 47% dei bambini del gruppo sperimentale avevano prestazioni indistinguibili dai bambini a sviluppo tipico, con un Q.I. inquadabile come normale e performance soddisfacenti al primo anno di scuola. Il 40 % aveva un ritardo medio e fu assegnato a classi speciali e solo il 10% che aveva un ritardo profondo fu assegnato a classi destinate a bambini autistici. In contrasto con questi dati, solo il 2% dei bambini appartenenti al gruppo di controllo, che non aveva ricevuto il trattamento sperimentale intensivo aveva prestazioni ritenute adeguate e indistinguibili da quelle dei bambini a sviluppo regolare, il 45% avevano un ritardo medio e il 53 % un ritardo severo e assegnato a classi speciali.

Skinner e il Comportamentismo Radicale

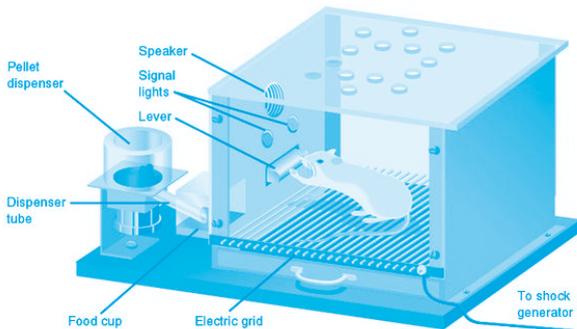
Secondo Skinner, il comportamento è il movimento di un organismo o di sue parti nella cornice di riferimento fornita dall'organismo stesso o da vari oggetti o campi esterni (Skinner, 1938).

Risulta quindi come un fenomeno biologico (movimento di muscoli, ghiandole o altre parti del corpo) che soltanto gli organismi viventi possono emettere, avente basi evolucionistiche e riconducibile al singolo soggetto. Deve essere, come minimo, osservabile dall'individuo che lo emette anche attraverso strumentazioni speciali (elettrocardiogramma per il battito cardiaco) e misurabile in termini di frequenza, durata, latenza, IRT, rate

e celebrazione e avvenire sempre in un contesto.

Partendo da questo assunto di base, Skinner ha sviluppato un metodo scientifico per lo studio del comportamento: l'analisi sperimentale del comportamento. Ha inoltre introdotto alcune innovazioni: la camera operante, il registratore cumulativo, la macchina per insegnare, l'istruzione programmata, l'air crib.

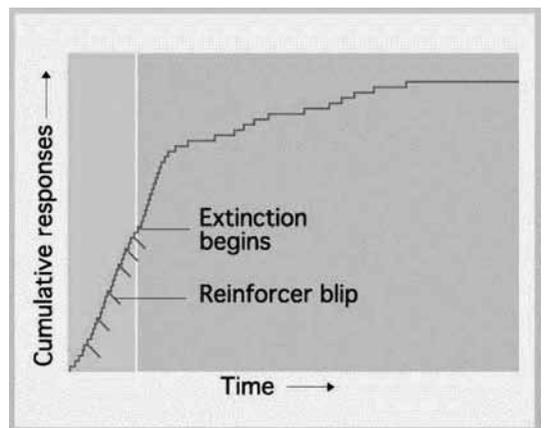
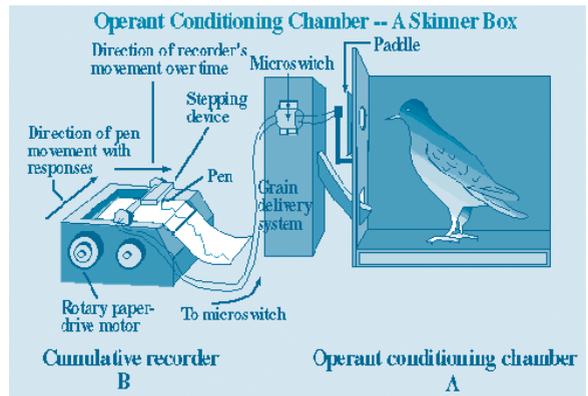
La *camera operante* era una gabbia/scatola, usata per testare il comportamento di alcune specie animali, prevalentemente ratti o piccioni. Alla parete della camera operante veniva fissato un dispenser di cibo, una leva sulla quale l'animale poteva sviluppare la risposta motoria, un altoparlante, un set di luci di diverso colore, ed pavimento con una griglia elettrica. Le risposte motorie esercitate sulla leva potevano essere registrate mediante un registratore cumulativo, anch'esso inventato da Skinner.



La *Teaching Machine* era un apparecchio meccanico utilizzato per somministrare un curriculum di istruzioni programmate (programmed instruction). Conteneva una lista di domande, ed un meccanismo con il quale lo studente poteva rispondere ad ogni domanda. In caso di risposta corretta lo studente riceveva un premio.

Il *Cumulative Recorder* invece è un apparecchio automatico per registrare le risposte, da accoppiare ad una camera operante, funzionava mediante un rullo che faceva svolgere un foglio mentre le risposte emesse animale all'interno della camera operante facevano avanzare il pennino di registrazione. Ne risultava una tipica rappresentazione grafica del comportamento, il grafico cumulativo.

Grafico cumulativo del comportamento (lever



pressing) registrato in un intervallo temporale nel quale si applica un processo di estinzione. Il grafico cumulativo può presentare soltanto un andamento crescente o stazionario, non può decrescere e la pendenza del grafico rappresenta il parametro "rate" di misura del comportamento. Il metodo scientifico per lo studio del comportamento è l'analisi sperimentale del comportamento e si basa su un impianto concettuale denominato Radical Behaviourism (Comportamentismo Radicale). Il comportamentismo radicale di Skinner include il comportamento verbale, gli eventi privati, il comportamento dello scienziato e la visione utopistica: salvare il mondo. I domini dell'analisi del comportamento sono i seguenti:

- sviluppo dei processi e principi di base in laboratorio: EAB,
- sviluppo e la validazione di procedure per produrre un cambiamento socialmente significativi nel mondo reale: ABA;
- implementazione di procedure validate per il bene dei pazienti: pratica ABA. Tutte que-

ste tre branche sono sostenute da una quarta componente: l'analisi concettuale che comprende le questioni concettuali filosofiche e storiche.

Cos'è L'ABA?

L'ABA è la nostra ricerca applicata. L'applicazione dei principi di base derivanti dall'EAB per risolvere problemi di rilevanza sociale. Comprende la progettazione, l'implementazione e la valutazione delle modificazioni ambientali sistematiche che servono a produrre miglioramenti socialmente significativi nel comportamento umano mediante l'osservazione diretta e la misurazione dei comportamenti e degli eventi ambientali, compresa l'identificazione empirica delle relazioni funzionali tra comportamento e fattori ambientali, nota come *valutazione funzionale ed analisi funzionale*.

Gli interventi ABA si basano su di un'approfondita ricerca scientifica, sui risultati di validazioni e

Il comportamento e l'ambiente

I comportamenti possono essere suddivisi in *comportamenti pubblici e comportamenti privati*. Si definiscono *pubblici* quei comportamenti che possono essere osservati dagli altri anche mediante strumentazioni speciali. Vengono invece definiti *privati* tutti quei comportamenti che non potendo essere osservati dagli altri, sono percepibili solo dall'organismo che li sta emettendo. In questo senso anche il pensiero è un comportamento. E' bene inoltre però porre l'accento sulla differenza tra comportamento e risposta. La risposta è una specifica istanza del comportamento. Ad esempio: premere la leva è un comportamento, mentre se si considera ogni volta che un soggetto preme una leva, quella è una singola risposta; camminare è un comportamento mentre ogni singolo passo che viene fatto è una risposta. Il termine comportamento risulta quindi essere invece un termine collettivo e si riferisce a più di un'occorrenza.

L'ambiente è la costellazione globale di stimoli e condizioni che possono influenzare il comportamento, intendendo così qualsiasi evento fisico o insieme di eventi che non siano parte di un comportamento e può includere anche parti dello stesso organismo (J&P2009), includendo in questa definizione sia l'ambiente fuori che dentro la pelle. Il *contesto ambientale* consiste nella situazione o nella serie di circostanze nelle quali il comportamento viene emesso in ogni dato momento. In questo senso quindi il computer dal quale vi sto scrivendo è parte dell'ambiente, lo studio nel quale sono è il contesto ambientale.

Un'altra importante concetto è quello di "*classe di risposta*" che rappresenta un gruppo di azioni o risposte individuali che condividono alcuni aspetti comuni inclusi nella definizione di classe (J&P1993). I comportamenti possono essere classificati quindi in *classi di risposta topografica* e *classi di risposta funzionale*. Le *classi di risposta topografica* sono un

gruppo di due o più risposte che condividono una forma comune. I membri di una classe di risposta topografica sono tutti simili nella loro forma, ma non necessariamente identici, essendo la topografi-

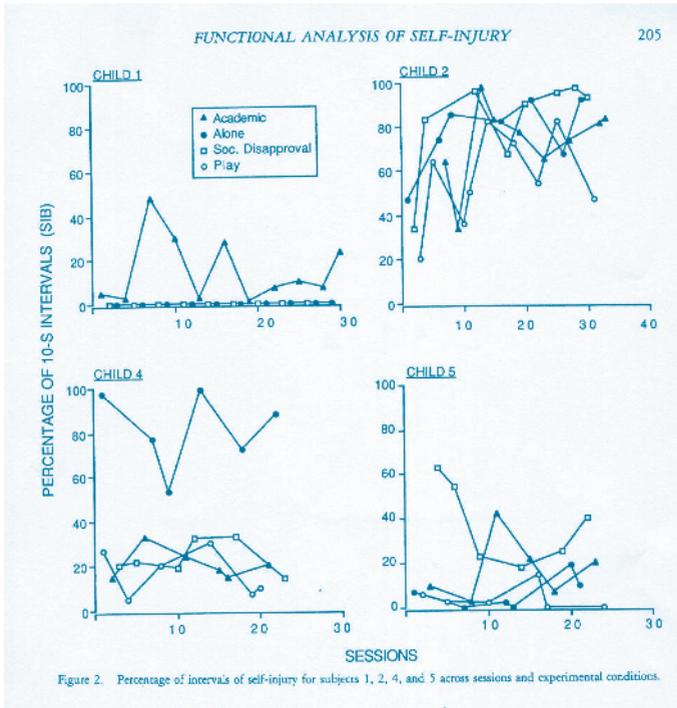


Figure 2. Percentage of intervals of self-injury for subjects 1, 2, 4, and 5 across sessions and experimental conditions.

analisi funzionali, e sulla valutazione progressiva e sistematica dei cambiamenti nel comportamento e del raggiungimento dei risultati.

ca definita come la natura fisica della risposta, ma ognuno dei membri della classe di risposta topografica può avere differenti effetti sulla base del contesto ambientale.

Il termine *classe di risposta funzionale* indica un gruppo di due o più risposte differenti topograficamente che hanno tutti gli stessi effetti sull'ambiente, producendo in genere una classe specifica di rinforzatori. Ad esempio: premere una leva è un comportamento, premere un bottone è un comportamento, chiedere del cibo è un comportamento. Se tutti i precedenti hanno come effetto quello di ottenere il cibo, allora sono tutti membri della stessa classe funzionale di risposte.

I principi di base

I principi dell'analisi del comportamento vengono applicati per migliorare comportamenti socialmente significativi al fine di dimostrare una rilevante relazione tra gli interventi e i miglioramenti comportamentali. L'ABA è quindi un approccio scientifico teso a comprendere quali variabili ambientali influenzano i comportamenti e lo sviluppo di una tecnologia del comportamento in grado di offrire ricadute pratiche da queste scoperte.

Gli scopi della scienza sono quindi:

- descrizione;
- previsione;
- controllo.

La scienza ha quindi l'obiettivo di descrivere le variabili sotto le quali i comportamenti si manifestano, avendo così la possibilità di prevedere l'andamento del comportamento controllandone l'accensione e lo spegnimento.

Usiamo una filosofia deterministica secondo la quale la maggior parte dei comportamenti avvengono per una ragione. Quando possiamo determinarne le variabili di controllo, allora possiamo prevedere il comportamento stesso. Se possiamo controllare le variabili, allora possiamo plasmare il comportamento.

I *principi di base* a cui la scienza del comportamento applicata fa riferimento sono:

- rinforzo
- punizione
- estinzione
- operazione motivante
- stimulus control
- condizionamento operante
- rinforzo differenziale

Il *rinforzo* è un cambiamento ambientale che

segue una risposta e deve verificarsi immediatamente dopo la risposta e aumenta o mantiene la frequenza futura di quel comportamento nelle sue quantità dimensionali.

Il rinforzo quindi è un processo o un'operazione definita dai suoi effetti sul comportamento e può essere positivo o negativo. Il rinforzo positivo è un cambiamento ambientale in cui uno stimolo è aggiunto (presentato) o ingrandito, intensificato, a seguito di una risposta e che aumenta o mantiene la frequenza futura di quella risposta. Il rinforzo negativo è un cambiamento ambientale in cui uno stimolo viene sottratto (ritirato o rimosso) o attenuato in seguito ad una risposta e che aumenta o mantiene la frequenza futura di quel comportamento. Ci deve essere una condizione antecedente irritante o avvertiva la cui rimozione sarà rinforzata. Inoltre il rinforzo può essere automatico quando la risposta stessa produce direttamente la conseguenza di rinforzo, ossia la conseguenza di rinforzo non è mediata da un'altra persona. Nel rinforzo socialmente mediato, la conseguenza è ottenuta da un'altra persona. Il rinforzo può essere ulteriormente diviso in incondizionato o condizionato. Il rinforzatore non condizionato è uno stimolo che abitualmente è rinforzante senza che ci sia un apprendimento precedente (cibo, acqua, ripristinare la temperatura, l'attività sessuale sono gli esempi più comuni). Un rinforzatore condizionato è uno stimolo che inizialmente non ha proprietà rinforzanti innate ma acquisisce proprietà di rinforzo attraverso l'associazione (pairing) con rinforzatori non condizionati o rinforzatori condizionati molto potenti.

L'*estinzione* è il processo mediante il quale il comportamento precedentemente rinforzato è indebolito dalla mancata consegna del rinforzatore. La frequenza del comportamento diminuisce nel futuro, di solito fino a tassi simili al livello di base.

La *punizione* è un cambiamento ambientale che segue una risposta e che diminuisce la frequenza futura del comportamento e come per il rinforzo, anche la punizione è definita dal suo effetto sul comportamento specifico che segue. La punizione può essere incondizionata e condizionata. La punizione incondizionata è uno stimolo che di solito punisce senza precedente apprendimento. La punizione condizionata è uno stimolo che inizialmente non ha proprietà innate ma acquisisce proprietà punitive attraverso il pairing con punizioni incondizionate o condizionate di particolare efficacia. La punizione può essere positiva o negativa. La pu-

nizione positiva è un cambiamento ambientale in cui viene aggiunto uno stimolo o viene ingrandito in seguito ad una risposta che ridurrà la frequenza futura di quella stessa risposta. La punizione negativa è un cambiamento ambientale in cui uno stimolo viene sottratto o attenuato in seguito a una risposta e questo andrà a ridurre la frequenza futura di quel comportamento.

L'operazione motivante è una condizione antecedente che altera momentaneamente l'efficacia di una conseguenza e ha un effetto momentaneo su una dimensione del comportamento. L'effetto di alterazione del valore delle MO consiste nell'alterazione momentanea dell'efficacia di un altro stimolo come conseguenza (sia rinforzatore che punitore). Quando aumenta l'efficacia di una conseguenza questo effetto viene chiamato "establishing effect". Quando diminuisce l'efficacia di una conseguenza viene chiamato "abolishing effect". Gli effetti sul comportamento sono evocativi e abativi. Le MO quindi evocano il comportamento, cioè incrementano la momentanea frequenza del comportamento o abbattano il comportamento, cioè diminuiscono la frequenza momentanea del comportamento.

Lo *Stimulus Control* rappresenta il controllo che alcuni stimoli hanno sull'emissione di un comportamento in alcuni contesti rispetto ad altri, determinando la possibilità di occorrenza di una risposta condizionata (Terrace, 1966, p.271).

Il *Condizionamento operante* postula l'esistenza del comportamento che è sotto diretto controllo delle conseguenze. Tuttavia, anche il comportamento operante è sotto il controllo della combinazione di antecedenti e delle conseguenze e ha un effetto sull'ambiente. Skinner ha riconosciuto il ruolo degli antecedenti nel comportamento operante, non solo delle conseguenze e descrive i tre termini della contingenza operante S-R-S o (S-R-C), individuati in: stimolo, risposta e conseguenza.

Il *Rinforzo differenziale* consta di due operazioni, rinforzo ed estinzione. Conduce alla differenziazione e alla discriminazione e consiste nel rinforzare alcune risposte e non altre risposte. Nella discriminazione una risposta viene rinforzata in presenza di alcuni stimoli e la stessa risposta non viene rinforzata in assenza di questi stimoli.

È possibile inquadrare l'ABA attraverso le sue 7 dimensioni, che sono:

- applicata;
- comportamentale;

- analitica;
- tecnologica;
- concettualmente sistematica;
- efficace;
- generalità.

Applicata: ABA applica i suoi principi di base per cambiare i comportamenti rilevanti di pazienti. Il cambiamento indotto deve essere socialmente significativo e di immediata importanza per i pazienti.

Comportamentale: si concentra sul comportamento di per sé come obiettivo per il cambiamento.

Analitica: cerca di identificare la relazione funzionale tra eventi ambientali manipolati e comportamenti attraverso manipolazioni sistematiche e controllate. Tutte le decisioni su come un'intervento dovrebbe progredire devono basarsi sull'osservazione e l'analisi dei dati.

Tecnologica: in ABA le procedure sono completamente identificate, descritte e definite precisamente. Questo permette di replicarle e di valutarle aumentando l'interobserver agreement e l'integrità.

Concettualmente sistematica: le procedure sono collegate ai principi fondamentali di comportamento e descritti sulla base dei principi di base

Efficace: è una disciplina le cui modifiche sono basate sui dati. In base a questi modifichiamo i protocolli di trattamento fino a quando non si ottiene l'effetto desiderato e da essere sufficientemente evidenti tanto da fare differenza nella vita delle persone.

Generalità: i cambiamenti del comportamento dovrebbero mantenersi e trasferirsi ad altri settings e situazioni e diffondersi ad altri comportamenti.

Gli assunti filosofici dell'analisi del comportamento sono: *determinismo*, *empirismo*, *parsimonia* e *pragmatismo*. *L'empirismo* indica che il comportamento è regolato da leggi e l'universo ordinato in cui tutti fenomeni si verificano come risultato di altri eventi (Cooper, Heron, & Heward, 2007). *L'empirismo* riguarda l'osservazione attiva con accuratezza, descrizione e quantificazione dei fenomeni di interesse del comportamento che viene quindi studiato scientificamente (Poling, Metto & LeSage, 1995); Il metodo induttivo per desumere fatti scientifici si basa sulla sperimentazione e sulla replicazione. *La parsimonia* richiede che tutte le semplici logiche spiegazioni dei fenomeni di interesse vengono escluse in modo sperimentale prima che spiegazioni più complesse ma state prese in

considerazione (Cooper, Heron, & Heward, 2007). *Il pragmatismo* invece accerta la veridicità delle teorie o convenzioni in termini di successo delle loro applicazioni pratiche, valutando la scienza in base ai suoi prodotti che portano vantaggio all'umanità.

Stimoli e relazione funzionale

Uno stimolo è un cambiamento ambientale del quale in genere si definisce un inizio ed una fine, che può influenzare il comportamento. In questo senso, non sono stimoli gli oggetti, ma è la presentazione o la scomparsa di un oggetto che diviene uno stimolo quando veniamo in contatto con esso o lo percepiamo. Sono classificati sulla base delle loro caratteristiche fisiche (topografia), della relazione temporale con le risposte, dei loro effetti sul comportamento o su altri stimoli. In base alla relazione temporale vengono classificati in antecedenti e conseguenze. L'antecedente è un evento ambientale che precede una risposta. Le conseguenze sono invece degli stimoli che seguono una risposta. Va ricordato che gli antecedenti hanno effetto sul qui ed ora, mentre le conseguenze hanno effetto sul futuro.

La relazione funzionale si ha quindi quando cambiamenti in una classe di stimoli antecedenti o conseguenti (variabile indipendente) modifica sistematicamente una dimensione di un classe di risposta (variabile dipendente). Si ha quindi una relazione funzionale quando una manipolazione sistematica dei membri di una classe di stimoli ha come risultato la modificazione ordinata, affidabile e prevedibile dei membri di una classe di risposta. Queste relazioni funzionali devono essere dimostrate attraverso manipolazioni sistematiche.

La contiguità temporale è la vicinanza degli eventi nel tempo ed è un fattore molto importante per l'apprendimento e ne definita come il tempo che intercorre tra due stimoli in associazione. La contingenza invece è una dipendenza dagli eventi ed esiste quando uno dipende dall'altro la contingenza di base è rappresentata : MO SD R SR

MO indica la motivating operation (operazione motivante), SD: lo stimolo discriminativo, R la risposta e SR la conseguenza. Ad esempio prendendo in rassegna il comportamento di bere l'acqua MO rappresenta la sete, SD il bicchiere di acqua, R il comportamento di bere e SR la conseguenza (aver bevuto).

La contingenza sottolinea la probabilità che l'evento è il risultato di un altro evento mentre la

continuità implica l'adiacenza dagli eventi indipendentemente dalla casualità (Cf. Catania, 2007).

Modelli di insegnamenti in ABA

Il modello di insegnamento comportamentale più conosciuto è il *Discrete Trial Training/Teaching* (DTT). Altri modelli istituzionali derivati dall'analisi del comportamento sono il: *Precision Teaching*, *PSI*, *Naturale Language Paradigm*, *Incidental Teaching*, *Natural Environment Training*. Questi approcci si differenziano per il livello di strutturazione e si basano sul concetto di istruzione programmata (Skinner, 1953). L'istruzione programmata è la manipolazione attiva delle variabili responsabili del cambiamento (antecedenti, stimulus control). Il DTT rappresenta una modalità di insegnamento comportamentale e insieme ad altre costituisce una tecnologia per l'insegnamento o "Technology of Teaching" (Skinner, 1968). Il *Discrete Trial Training* ha una modalità di presentazione delle prove di insegnamento veloce in cui ogni opportunità di risposta è chiaramente definita e distinta, separata una dall'altra. Permette l'individualizzazione e la semplificazione di istruzioni per incrementare l'apprendimento. Le abilità vengono insegnate in piccoli passi e strutturati. L'insegnamento tipicamente avviene in contesti privi di distrazioni e in situazioni 1:1. Si basa sulla contingenza a tre termini (antecedente - risposta attesa - conseguenza). È uno dei più importanti approcci educativi per l'insegnamento di bambini con autismo (Smith, 2011, p.86). Gli approcci naturalistici sono: *Incidental Teaching* (Hart and Risley, 1968), *Natural Language Paradigm* (Koegel, O'Dell & Koegel, 1987), *Natural Environment Training* (Sundberg & Partington, 1998) e *Pivotal Response Training* (Koegel et al, 1999). Gli approcci naturalistici sono modalità di insegnamento che utilizzano le preferenze del bambino come base per l'interazione, il cui fuoco è sullo sviluppo della comunicazione funzionale (o richiesta) e sulla spontaneità. I rinforzatori sono intrinseci (interazione con l'attività stessa) e non estrinseci all'attività (DelPrato, 2001, Koegel, O'Dell, & Koegel, 1987; Sundberg & Partington, 1998).

ABA - VB e l'intervento intensivo precoce

Quando parliamo di Comportamento verbale o ABA-VB, per comportamento verbale intendiamo un'analisi dello sviluppo del linguaggio basata sui

principi analitici del comportamento, sugli scritti di Skinner e sulla ricerca sperimentale. E' un comportamento mediato tramite il rinforzo di un'altra persona, da ascoltatori che sono stati condizionati precisamente al fine di rinforzare il comportamento del parlante. Il comportamento verbale risulta allora da un'applicazione dei principi di base, come il movimento dei muscoli, che porta alla produzione di stimoli che provocano una risposta nell'ascoltatore. Fondamentale quindi, risulta essere la classificazione degli operanti. *Un operante* è una classe di comportamenti definiti da variabili dipendenti. In questo senso, secondo l'analisi skinneriana del linguaggio, la forma della parola non spiega il significato, ma ne comprendiamo il significato tramite le variabili che lo controllano. Il significato è compreso solo se contestualizzato ed è rintracciabile nella funzione stessa che viene descritta nella classe degli operanti, nei determinanti del comportamento, nella contingenza.

Anche se l'autismo ha radici biologiche, gli interventi più efficaci sono al momento comportamentali ed educativi e i farmaci hanno solamente un ruolo marginale fino ad ora (Lancet, 2014). I risultati delle ricerche mostrano che, in media, i bambini che hanno ricevuto EIBI (Early Intensive Behavioral Intervention) recuperavano 11 punti di QI in più e mostravano 20 abilità quotidiane in più rispetto ai bambini che riceveva il trattamento standard. Le abilità adattive sono predittori del funzionamento a lungo termine in individui con autismo (Journal of Pediatrics 2013). Le migliori pratiche al momento per bambini sotto i 3 anni con sospetto autismo dovrebbero includere una combinazione di approcci comportamentali e basati sulla sviluppo ed iniziare il prima possibile, prevedendo comunque un coinvolgimento attivo delle famiglie e delle figure di accudimento come parte dell'intervento. Gli interventi dovrebbero sostenere il progresso evolutivo ed il funzionamento in relazione sia alle caratteristiche proprie e definente dell'autismo, sia i deficit associati, inclusa la comunicazione sociale, la regolazione emotiva/ comportamentale e il comportamento adattivo. Gli interventi dovrebbero tenere in considerazione le condizioni socioculturali della famiglia, le sue dinamiche e il supporto che riceve, come ad esempio la capacità economica, in termini sia di erogazione dei servizi sia di valutazione dei fattori che potrebbero mitigare gli effetti. Le prove a disposizione, anche se non definitive, che consentono di consigliare l'ABA come

intervento nel trattamento dello Spettro Autistico prevedono:

- la valutazione di come l'ambiente influenza il comportamento del cliente, con un'adeguata presa dati;
- il riconoscimento dell'importanza del contesto e del valore per l'individuo, la famiglia e la comunità;
- l'utilizzo dei principi dell'analisi del comportamento per incrementare la salute, l'indipendenza, e la qualità di vita del cliente;
- la valutazione e una presa dati continuativa e coerente per guidare le decisioni cliniche;
- una valutazione completa che stabilisca i livelli specifici di BL e guidi l'impostazione degli obiettivi;
- l'attenzione al valore attuale e futura dei comportamenti;
- l'individuazione di unità minime di comportamento che contribuiscono a costruire cambiamenti più ampi e sostanziali;
- la raccolta e analisi dei dati derivanti dall'osservazione diretta del comportamento durante il trattamento e il follow up;
- il disegno e la creazione di ambienti sociali e di apprendimento che minimizzino i comportamenti problema e massimizzino le occasioni di progresso;
- l'approccio al comportamento problema che tenga conto della sua funzione;
- l'utilizzo di piani di trattamento attentamente costruiti, individualizzati e dettagliati che facciano uso del rinforzo e di altri principi del comportamento e che escludano metodi o tecniche di non provata efficacia;
- l'utilizzo di protocolli di trattamento da implementare rapidamente, ripetutamente e coerentemente in maniera trasversale agli ambienti;
- la valutazione continua e diretta per dare modo all'analista del comportamento di aggiustare e individualizzare il piano di trattamento;
- il supporto e il sostegno diretto delle famiglie e dei professionisti coinvolti per promuovere generalizzazione e mantenimento;
- un'organizzazione che assicuri supervisione e valutazione del trattamento da parte di un analista del comportamento.

Gli interventi ABA sono divisi in due modelli trattamento: *focalizzato o globale/comprendivo*.

Questi due modelli di trattamento si trovano su un continuum che riflette il numero di comportamenti target e le ore di trattamento diretto e di supervisione.

I focused ABA treatment (per un numero di ore che va dalle 10 alle 25 a settimana.) possono riguardare l'incremento di comportamenti socialmente appropriati o la riduzione di comportamenti problematici. È di fondamentale importanza che comprendono anche un incremento dei comportamenti adattivi perché l'assenza di comportamenti adattivi è spesso il prodromo di disordini comportamentali severi. I *Comprehensive ABA treatment* hanno come scopo generale quello di avvicinare la traiettoria di sviluppo del bambino a quello di suoi coetanei a sviluppo regolare, prevedendo interventi che vanno dalle 30 alle 40 ore a settimana, oltre alla supervisione diretta/indiretta e training alle figure di cura. Gli studi evidenziano l'importanza che l'intervento intensivo precoce assume nel trattamento e nell'evoluzione del quadro clinico.

La maggior parte dei bambini in età prescolare (sotto 7 anni età) che hanno ricevuto un intervento per almeno 30 ore settimanali da persone competenti per almeno due anni nel 90% dei casi ha fatto da moderati a grandi progressi;

Il 40 - 48% ha raggiunto un QI, un linguaggio e un livello di abilità adattive entro la norma così come misurati da test standardizzati e non ha più necessitato di aiuti speciali nella scuola.

40 - 50% ha fatto moderati progressi ma ha seguito a necessitare di servizi speciali.

Il 10-12% ha continuato a necessitare di un intervento intensivo.

La maggior parte dei bambini nei gruppi di controllo che hanno ricevuto un intervento eclettico hanno fatto pochi progressi o sono regrediti.

I bambini che hanno ricevuto ABA meno intensiva (< 30 ore a settimana) hanno fatto dai pochi ai modesti progressi, ma comunque di più rispetto ai gruppi di controllo.

È stato dimostrato che bambini che ricevono intervento comportamentale intensivo e precoce raggiungono un incremento significativo e sostenuto nel tempo in quoziente intellettivo, linguaggio, abilità accademiche e comportamento adattivo, comportamento sociale e che il loro progresso è significativamente maggiore rispetto a bambini nei gruppi di controllo.

Bibliografia

- Birnbrauer, J. S., & Leach, D. J. (1993). The Murdoch Early Intervention Program after 2 years. *Behaviour Change*, 10, 63-74.
- Charlop-Christy, M. H., & Carpenter, M. H. (2000). Modified incidental teaching sessions: A procedure for parents to increase spontaneous speech in their children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2, 98-112.
- Charlop-Christy, M. H., LeBlanc, L. A., & Carpenter, M. H. (1999). Naturalistic Teaching Strategies (NaTS) to teach speech to Children with Autism: Historical perspective, development, and current practice. *California School Psychologist*, 4, 30-46
- Degli Espinosa, F. (2012). L'analisi del comportamento applicata nella Linea Guida 21: il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 3, 600-638.
- Fisher, W., Piazza, C., Bowman, L., & Amari, A. (1996). Integrating caregiver report with a systematic choice assessment to enhance reinforcer identification. *American Journal on Mental Retardation*, 10, 15-25.
- Fisher, W., Piazza, C., Bowman, L., Hagopian, L., Owens, J., & Slevin, L. (1992). A comparison of two approaches for identifying reinforcers for persons with severe and profound disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 491-498.
- Hall, G., & Sundberg, M. L. (1987). Teaching mands by manipulating conditioned establishing operations. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, 41-53.
- Halle, J. W. (1982). Teaching functional language to the handicapped: An integrative model of natural environment teaching techniques. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 7, 29-37.
- Lovaas, O. I., Schreibman, L., Koegel, R., & Rehm, R. (1971). Selective responding by autistic children to multiple sensory input. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 211-222.
- Lovaas, O. I., Schreibman, L., & Koegel, R. L. (1974). A behavior modification approach to the treatment of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4, 111-129.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., Britten, K., & Laitinen, R. (1979). The effects of schedule of reinforcement on stimulus over selectivity in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 383-397
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Cambridge, MA: Prentice Hall.
- Remington, B., Hastings, R. P., Kovshoff, H., degli Espinosa, F., Jahr, E., Brown, T., Alsford, P., Lemaic, M., Ward, N. J. (2007). A field effectiveness study of Early Intensive Behavioral Intervention: Outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 418-438.
- Smith, T. (1998). Outcome of early intervention for children with autism. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 6, 33-49.
- Smith, T., Donahoe, P. A., & Davis, B. J. (2001). The UCLA Young Autism Project. In J. S. Handleman and S. L. Harris (Eds.), *Preschool education programs for children with autism*. Austin TX: Pro-Ed.

La seduzione del gioco d'azzardo: tra illusione e dipendenza

Giulia Miglietta

Specializzanda psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico socio-costruttivista

Riassunto

Il gioco d'azzardo è oggi una fonte di intrattenimento a cui si dedicano più di due adulti su tre, oltre che un numero considerevole di adolescenti. Ma quando il gioco d'azzardo non è più solo un gioco? Il passaggio dal gioco come attività meramente ludica al gioco d'azzardo patologico (*gambling*) è subdolo e graduale e presenta caratteristiche molto simili a quelle di qualsiasi altra Dipendenza, tanto da essere indicata come "dipendenza senza sostanza". Tale fenomeno necessita dunque di essere attenzionato con piani di intervento efficaci, che partano dalla prevenzione fino allo sviluppo di riflessioni di più ampio respiro.

Parole chiave: *gioco d'azzardo patologico, gambling, dipendenze*

Che l'uomo sia "sedotto" dalla pratica del gioco d'azzardo non è certo un fatto collocabile nella società moderna, anzi. Aristossene, figlio di Spintaro, afferma che il saggio Socrate "speculava col denaro, giocava a soldi, vinceva, spendeva subito quello che vinceva e ricominciava a giocare". Si legge che fosse un'attività cara a Greci e Romani, che ha occupato un posto importante in tutte le culture e in tutte le società. Tuttavia, oggi quest'attività è diventata, per diverse ordini di ragioni, una fonte di intrattenimento a cui si dedicano più di due adulti su tre, oltre che un numero considerevole di adolescenti. Un dato relativo all'anno 2016, emerso dall'Osservatorio "Young Millennials Monitor - Giovani e Gioco d'Azzardo" di Nomisma-Unipol in collaborazione con Università di Bologna, parla di un milione e duecentoquarantamila studenti che tentano la

fortuna con il gioco d'azzardo!

Il riconoscimento, da parte della comunità scientifica, del gioco d'azzardo come Dipendenza è molto giovane. Solo nel recente 2013, con la pubblicazione della nuova edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), viene riconosciuto e inserito nella sezione dei *Disturbi da Addiction* (ovvero Dipendenze Patologiche); fino alla precedente classificazione, infatti, era considerato un *Disturbo del controllo degli impulsi*. Così, questa "nuova dipendenza", detta anche "dipendenza senza sostanza", ha colto impreparati Servizi e professionisti del settore, costringendo ad attenzionare urgentemente questo imponente fenomeno e a formulare piani di intervento efficaci.

Ma cosa significa avere una Dipendenza da Gioco d'Azzardo? Similmente ad una qualsiasi altra dipendenza, il giocatore d'azzardo sviluppa



un bisogno crescente di giocare per ottenere l'eccitazione desiderata, sviluppa quindi "tolleranza"; diventa irrequieto e irritabile se non gioca, sperimentando il cosiddetto *craving*; tenta, senza successo, di ridurre o smettere di giocare; il pen-

siero e le preoccupazioni circa il gioco diventano persistenti, configurandosi come ossessioni; tende a nascondere la situazione che vive alle persone a lui vicine, minimizzando e mentendo. La vita relazionale del giocatore patologico subisce delle sostanziali trasformazioni, compromettendo relazioni significative, rischiando di perdere il lavoro o la progettualità nello studio. Su quali siano le motivazioni che spingono un soggetto ad avvicinarsi al gioco d'azzardo ci sono diverse ipotesi. Parlare di cattive abitudini, di forme di svago, gestione della noia e tentativi di far fortuna facile, lascia il tempo che trova; sono sicuramente spiegazioni vere in sé, che dicono tutto e nulla. Una vera comprensione del caso passa attraverso la contestualizzazione all'interno della sua storia, del suo contesto e dunque del suo sistema di significati. Mai nessuna generalizzazione potrà cogliere l'idiosincrasia del fenomeno nella vita del singolo. Potrebbe risultare invece utile, come vedremo, avanzare riflessioni di carattere più generale, e non generalizzanti, sulla questione.

Molte persone, ovviamente, giocano senza sviluppare un problema di dipendenza rispetto a quest'attività, ma, quando ciò accade, non è facile riconoscerlo e ancora più difficile è compiere il passaggio successivo della richiesta di aiuto, in quanto, una serie di resistenze possono portare il soggetto a restare in silenzio: la vergogna, il senso di colpa o la speranza (illusoria) di riuscire a farcela da soli. Al contempo, tale problema può sollecitare lo sviluppo di altri disturbi, quali ansia, depressione, problemi del sonno o disfunzioni relative a condizioni mediche generali. Spesso il Gioco d'Azzardo appare correlato ad un uso/abuso di alcol o droghe che ne complicano inevitabilmente il quadro.

Ma quando il gioco non è più solo un gioco? Il passaggio è subdolo e graduale, poiché il giocatore interpreta i suoi fallimenti come un segnale che la prossima puntata sarà quella giusta o, almeno, più favorevole della precedente ("D'altronde, non si può sempre perdere!"). **La perdita è il luogo della giocata**, della prossima giocata! Ed è a par-

tire da questo momento che il giocatore non gioca più per piacere, né per vincere, ma per recuperare ciò che ha perso; questo è il primo passo verso il pericoloso circolo della dipendenza, in cui l'ossessione per il gioco inizia a diventare totalizzante per il soggetto, l'organizzatore della sua vita.

In letteratura, il processo di sviluppo di tale dipendenza viene descritto e suddiviso in tre stadi: il primo stadio - "stadio delle vincite"- è l'esperienza iniziale, un momento di eccitazione ed euforia, caratterizzato in genere da una o più vincite importanti, parte delle quali viene



reinvestita nel gioco; il secondo stadio - "stadio delle perdite" - è caratterizzato invece da una serie di perdite, attribuite a fattori estemporanei, che si possono sicuramente (ed illusoriamente) recuperare tornando a giocare regolarmente, nel frattempo, però, si iniziano a collezionare importanti problemi finanziari; durante il terzo stadio - "stadio della disperazione"- il giocatore fa un ultimo tentativo per rifarsi, per recuperare il denaro perso, per saldare eventuali debiti, ed è in questo momento, solo dopo aver perso tutto e avendo sviluppato al contempo altre problematiche legate alla salute psicofisica, decide di abbandonare il gioco e di chiedere, eventualmente, aiuto.

La Dipendenza da Gioco d'Azzardo dunque è multiproblematica, non riguarda solo il soggetto giocatore, ma diventa inesorabilmente un problema di tutta la sua famiglia. Uno degli aspetti più evidenti è il grave danno economico che procura l'ingente sperpero di denaro; spesso, a seconda

della tipologia di gioco prescelto, anni di risparmi vengono prosciugati in pochi mesi, a volte anche solo in pochi giorni o addirittura ore, se non istanti. Si maturano debiti dovuti a prestiti richiesti a persone vicine o, peggio, ad usurai, finendo in circuiti malavitosi. Si attiva così una serie a catena di problemi, un effetto domino, che, se non impattato, può danneggiare la vita di ogni componente della famiglia, in ogni sua dimensione.

Diversa è la fenomenologia del Gioco d' Azzardo: dalle lotterie al bingo, dai giochi *on-line* al *black jack*, dalla *roulette* alle corse dei cavalli, fino all' apoteosi dei casinò, oggi riprodotti e disseminati sul territorio nella nota forma delle sale da gioco. Fattore comune nei diversi tipi di gioco è il ruolo del caso, unica variabile determinante e del tutto imprevedibile. Il giocatore molto spesso è vittima della percezione illusoria di conoscere le "leggi del caso" e alcuni giochi inducono più di altri a sviluppare l' erronea convinzione di poter esercitare un' influenza sul caso attraverso lo sviluppo di abilità e strategie. Il potenziale attrattivo del gioco varia a seconda delle sue specifiche caratteristiche, risultando più seduttivi quei giochi dove l' impressione che il giocatore abbia più potere di controllo, come il *video poker* ad esempio. Particolarmente pericolosi risultano, poi, quei giochi in cui il tempo tra puntata e risultato (vinta/perdita) è breve, a volte frazioni di secondo.

Non potendo prescindere dal fatto che, come dice J. Huizinga, l' uomo prima di essere *home faber*, è prima *homo ludens*, in quanto in età evolutiva si impara "a fare" attraverso il gioco - da qui la potente funzione dell' attività ludica - il punto è che tale attività non va demonizzata, non va dunque proibita *tout a court* ma va bensì regolata, gestita nella sua espressione. In questo sarebbe necessario un intervento su diversi fronti e da parte di diverse professionalità; una direzione importante su cui investire è sicuramente quella della prevenzione psicologica. È fondamentale, infatti, prevenire i comportamenti di dipendenza da gioco d' azzardo, specie negli adolescenti, promuovendo uno stile di gioco "sano/sicuro", sollecitando la riflessione sui pensieri, sulle emozioni e sui vissuti legati alla dimensione ludica, più comunemente chiamata "divertimento", responsabilizzandoli anche sulla gestione del denaro che iniziano, ormai, ad amministrare molto presto.

Una riflessione a più ampio raggio è d' obbligo. Il fenomeno del Gioco d' Azzardo e il suo proliferare è noto a tutti, tuttavia, spesso, si tende a sottovalutarlo nella sua forma patologica. Sottolinearne la sua pericolosità è compito dei professionisti che operano nel settore della salute mentale, ma, iniziare a riconoscerlo e cercare di comprenderlo è compito dell' intera comunità. Misconoscerlo o scotomizzarlo non fa che legittimarne la sua pratica, precludendo la possibilità di pensarla come un significativo fenomeno sociale, piuttosto che un problema del singolo. Potrebbe essere utile interrogarsi, sollecitando una riflessione, su cosa stia accadendo, sul perché sempre più persone scelgono questo tipo di attività, senza distinzioni di genere o età (giocano in egual misura uomini e donne, adulti e giovani), né di status socio-economico. A tal proposito, scomoderei lo psicanalista francese Lacan, prendendo in prestito l' immagine del paterno nella "Legge de Padre" per leggere la dinamica tra singolo e Istituzione, dove la forte ambivalenza espressa nella regola, dapprima stabilita, crea le condizioni di un eventuale sviluppo di una sua trasgressione, che diventa poi patologica, in quanto disobbedienza. Lo Stato, portatore dell' istanza regolatoria paterna, emanando la regola crea le condizioni di possibilità della sua trasgressione e quindi dello sviluppo di un comportamento socialmente sbagliato (disobbediente), quindi patologico; dove patologico è tutto ciò che devia dalla *norma*, dalla regola. Siamo dunque "una società senza padre"? O abbiamo bisogno di demonizzare un padre (Stato) per rimandare altrove le spiegazioni del nostro bisogno di trasgredire/sbagliare? Non è forse nell' ambivalenza dell' altro che si esprime la condizione di esercizio della libertà del soggetto? Per interrogarsi e risponderci a queste domande è necessario un cambio di prospettiva, che sospenda la tendenza giudicante e inquisitoria volta alla ricerca di un "colpevole", di un capro espiatorio, contenitore delle nostre tendenze distruttive e autodistruttive.

Si rimanda ai lettori il tentativo di sviluppare un "pensiero su" una potenziale risposta.

Bibliografia

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003). *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*. Torino: Centro scientifico editore.

La relazione tra fratelli come elemento di resilienza

Alessandra Monno

Psicologa, Psicodiagnosta, Psicoterapeuta Familiare

Riassunto

Il presente articolo pone l'accento sulla relazione tra fratelli non solo come elemento che genera gelosia o contrasto, ma soprattutto come strumento che promuove sostegno e confronto. Tale sottosistema va preso in considerazione sia all'interno della famiglia, che all'interno della terapia relazionale. Sono infine mostrati degli esempi di convocazione di fratelli in sedute terapeutiche e gli sforzi che la ricerca deve effettuare per poter approfondire tale relazione e utilizzarla come elemento di resilienza.

Parole chiave: *Fratria, Terapia Familiare, Relazione, Sottosistemi, Resilienza*

Tanti sono i contributi alla ricerca riguardante gli elementi protettivi per la salute psichica di una persona, raramente viene considerata la relazione tra fratelli all'interno del ventaglio di tali elementi.

Avere una relazione d'attaccamento sicura con le proprie figure di riferimento sembra essere l'unica protezione degna di nota, viceversa il tema del legame tra fratelli è spesso considerato solo all'interno del campo della competizione, del rifiuto e del conflitto.

Propongo di considerare la qualità e il valore della relazione d'attaccamento tra fratelli come fondamentale elemento del benessere psico-sociale di una persona.

Avere un fratello è una realtà tanto vicina e quotidiana, quanto ambigua e diversificata. Ci capita di vedere situazioni di fratelli tanto uniti, tanto simili, come situazioni di fratelli tanto litigiosi e opposti. Quali sono gli elementi che conducono verso l'uno o l'altro destino?

La fratria ha preso piede non solo nelle ricerche tecniche ma anche nella cultura di massa, rappresentata per esempio dalla filmografia degli ultimi tempi come *Mio fratello è figlio unico* (2007), *Brothers* (2009), *Tutta colpa di Freud* (2014), *Indivisibili* (2016) solo per citarne alcuni. Che si debba gestire l'azienda di famiglia o la lontananza per la guerra, la ricerca del partner o un corpo condiviso la presenza dei fratelli diventa il vero protagonista di queste



Aforismario
Un fratello
è un amico
donato dalla
Natura.
G. M. Legouvé

pellicole. Anche la Disney, con il film di animazione *Frozen* (2013), ha contribuito ad abbandonare finalmente l'accento sulla relazione di coppia (per la verità già con *Ribelle* (2012) o *Rapunzel* (2010), centrati sulla relazione madre/figlia) per evidenziare la relazione tra due sorelle, la loro diversità, i loro punti di forza e debolezza e per sottolineare come insieme si possano superare anche gli ostacoli che si credono insormontabili. Nella storia solo un atto di "vero amore" può sciogliere i cuori e rendere maggiormente padroni delle proprie scelte, di vero amore fraterno.

I fratelli sono i testimoni dei legami familiari, la loro relazione è la più lunga di quella con qualsiasi altro membro della famiglia, spesso sopravvive ai genitori e alle vicende relazionali personali. Si parla a tal proposito di "sottosistema della fratria", importante perché all'interno della famiglia ma con una relativa autonomia rispetto al sistema parentale. I legami tra fratelli, secondo Andolfi, "mantengono nel corso del tempo una loro precisa configurazione autonoma pur nell'evoluzione dell'intero sistema familiare e della storia personale" (Andolfi, 2003).

Inoltre presentano, accanto alla quota di vita condivisa, una quota di vita autonoma, fornendo dunque non solo una propria differente interpretazione della storia nota e comune ma anche elementi nuovi, personali, identitari.

E' intuitivo come tutto questo patrimonio possa essere utilizzato in un setting terapeutico familiare nel quale le differenze sono una ricchezza per la costruzione di letture alternative a quelle che la famiglia porta in seduta. Solo attraverso questa strada è possibile rimettere in movimento il ciclo vitale della famiglia stessa. E' una relazione a metà tra il familiare e l'amicale.

Minuchin sostiene che: “La relazione tra fratelli costituisce il primo laboratorio sociale in cui i figli possono cimentarsi nelle loro relazioni tra coetanei. In questo contesto i figli si appoggiano, si isolano, si accusano reciprocamente ed imparano a negoziare, a cooperare, a competere” (Minuchin, 1976).

Coloro che hanno fratelli sono da subito lanciati nelle normali dinamiche del mondo reale, dove si deve continuamente mediare il proprio punto di vista con quello degli altri e costruire compromessi funzionali, ma anche difendersi dalle angherie e far valere le proprie ragioni. Si impara a gestire il non sentirsi unici, come accadrà nel gruppo classe o nel gruppo di amici, ma comunque sentendosi importanti e amati.

Genitori che mediano ogni aspetto della relazione tra fratelli non permettono tale laboratorio sociale, errori come dare a prescindere ragione a uno o all'altro solo perché maschio o femmina, piccolo o grande, e così via o trovare sempre per loro soluzioni agli ostacoli e ai litigi non è utile alla loro crescita ed autonomia relazionale.

“La relazione fraterna permette di mediare rispetto ai genitori e all'esterno, regolarizza le emozioni come l'odio o l'entusiasmo e li rielabora, funge da controllo reciproco sia in senso normativo che emotivo, agevola processi di identificazione e sviluppo, promuove il sostegno reciproco mediante meccanismi di attaccamento, accudimento e aiuto, permette la sperimentazione di intimità, complicità e affettività tra pari” (Bank e Kahn, 1975).

La mia tesi quindi è che la relazione di fratria può e deve essere protettiva anche all'interno di una relazione con i genitori e tra i genitori disfunzionale, e che la terapia individuale e familiare deve avere un momento dedicato a tale relazione, promuovendone lo sviluppo e il miglioramento.

Ma, come precedentemente accennato, torniamo a domandarci: quali aspetti possiamo annoverare affinché tale relazione vada su un versante funzionale piuttosto che su uno patologico?

Un primo elemento che pesa sulla costruzione sana o disfunzionale della fratria è la capacità di differenziazione della famiglia, ovvero la capacità dei genitori di costruire un rapporto unico e originale con ciascuno dei figli, rispettando la loro età, i loro interessi, il loro temperamento e così via. Tale rapporto unico e speciale permette a ciascun figlio di sentirsi amato e accettato per quello che è, di conoscersi meglio ed entrare in relazione coi genitori senza doversi contendere con l'altro fratello il loro

amore. Ciò a sua volta, permette a quel figlio di entrare in relazione con l'altro con lo stesso interesse e rispetto che ha sperimentato perché utilizzato nei suoi confronti.

Un secondo elemento è il ruolo e l'identità che ciascun figlio acquisisce all'interno della sua famiglia. “Nella maggior parte delle famiglie un solo soggetto può occupare un certo spazio psicologico in un determinato periodo di tempo” (Bank, Kahn, 1982). Ciò vuol dire che il primo figlio acquisisce come un diritto di prelazione su una determinata posizione funzionale, che di solito non potrà essere occupata da un fratello successivo se il primo non l'avrà lasciata libera.

Secondo Andolfi nelle famiglie normali questi ruoli vengono definiti da aspettative dei genitori, temperamento, esperienza della gravidanza (“mi ha dato da subito fastidio” vs “è stato bravo fin da dentro la pancia”), somiglianze o identificazioni genitori/figli (non solo fisiche ma anche emotivo/caratteriali), ma si tratta di ruoli modificabili e flessibili. Viceversa, nelle famiglie rigide e patologiche tali funzioni diventano stabili e strutturano il *figlio capro espiatorio/paziente designato* o viceversa il *figlio inviante prestigioso* (Selvini Palazzoli). Ciò inevitabilmente porterà i figli a conoscersi poco, a sperimentare poco altre forme di sé, a sentirsi unicamente in quel ruolo e ad entrare in relazione con i genitori e con i fratelli per quell'unica caratteristica (l'onesto vs il bugiardo, il buono vs il furbo, il genio vs lo stupido, il malato vs il sano, ...) e finirà per condizionare la relazione di fratria per anni (Andolfi, 2003).

Spesso in terapia si sente parlare di caratteri diversi, addirittura opposti e soprattutto in tenera età questa diventa una sorta di profezia che si autoavvera: il figlio è etichettato come X, si sentirà X e si comporterà come X, mentre un altro sarà sempre Y, si sentirà e comporterà Y. Se mai al figlio “Y” viene in mente di fare X tale comportamento verrà commentato con un riduttivo “stai diventando come tuo fratello!”, come se uno fosse per forza X $\underline{0}$ Y e non fosse libero di essere X \underline{e} Y!

Un terzo elemento è quello che Bank e Kahn definiscono come il «livello di accesso» ad eventi di vita comuni, ovvero “ad una storia condivisa sul piano delle frequentazioni scolastiche, amicali e quello dei genitori. [...] I fratelli che hanno condiviso molto della loro storia sono dunque caratterizzati da un intenso legame affettivo il quale può essere presente anche per altri motivi, come ad esempio un'insufficiente presenza dei genitori. In questi casi si sviluppa tra

fratelli una profonda lealtà. Laddove tale lealtà sia reciproca essa sarà caratterizzata dalla presenza di un codice speciale, privato comprensibile principalmente ad essi; un linguaggio che li distingue da altri parenti e amici”.

Gli autori sottolineano, viceversa, alcune caratteristiche di un “basso livello d’accesso” tra fratelli: “sono spesso separati da una differenza di età di più di 8 - 10 anni, e quindi agiscono quasi come membri di generazioni differenti; hanno condiviso poco tempo, spazio o storia personale, hanno frequentato scuole, amici ed anche genitori “diversi” (i genitori sono diversi a differenti età); mancano, almeno in parte, della consapevolezza di una storia condivisa; spesso non hanno avuto bisogno l’uno dell’altro” (Bank e Kahn, 1982).

Altre volte, invece, saranno la rigidità genitoriale o la triangolazione di un genitore su un fratello gli elementi che portano i fratelli ad allontanarsi, a non sentirsi di sostegno l’un l’altro. È il caso di fratelli paragonati e messi a confronto, oppure di un fratello genitorializzato che fornisce sostegno a senso unico, senza ricevere cioè a sua volta calore e supporto. “Ci sono tre differenze significative di questo tipo di relazione: 1) il “caretaker” dà senza avere niente in cambio, 2) il suo ruolo e la sua identità sono rigidi e chiusi, 3) il calore nello scambio che caratterizza i gruppi in cui c’è fratellanza reciproca qui è relativamente carente. Una mancanza che ha effetti negativi di lunga durata sia su chi dà che su chi riceve” (De Bernart, 1992).

I fratelli in terapia

È evidente che i bambini non possano essere ingaggiati da soli per la loro dipendenza fisiologica dal genitore e per la costruzione ancora in itinere della loro identità, pur riconoscendo il loro grande apporto per la diagnosi relazionale familiare e del sottosistema della fratria. Inoltre sottolineo che in questo periodo la relazione fraterna può essere un elemento facilitante per l’acquisizione di alcune abilità sociali, dell’empatia, della cooperazione e del gioco. Attraverso l’attività ludica, infatti, i fratelli possono apprendere ed affinare diverse abilità cognitive ed emotive importanti: possedere sensibilità verso gli stati d’animo dell’altro; sviluppare la Teoria della Mente (McAlister, Peterson, 2006), acquisire la capacità di seguire istruzioni che l’altro impartisce e di esplorare regole e ruoli sociali.

Questa situazione muta radicalmente nel sottosistema di fratelli adolescenti, come sottolineato da

De Bernart, sottosistema ora in grado di costituire quello che l’autore chiamerà la “mente dei fratelli”, capace di effettuare una serie di operazioni significative verso il cambiamento.

L’autore parla della “mente dei fratelli” come un nuovo organo che può essere costruito inizialmente prescrivendo compiti pratici che impegnino tutti i fratelli ad aiutare quello designato e in generale a rileggere la situazione familiare ed in particolare il loro rapporto con i genitori. Prosegue la spiegazione chiarendo che “la discussione su questi temi, sperimentata in seduta, prosegue poi a casa, nelle riunioni della “Mente”, ed i risultati sono riportati al terapeuta, che diviene sempre di più un consulente del lavoro di rielaborazione e ridefinizione fatto a casa. Ciò è agevolato dal fatto che, come abbiamo già detto, i fratelli possono condividere le diverse letture fatte da ciascuno sulla comune vita familiare, e giungere a conclusioni tutt’affatto diverse da quelle che hanno condotto alla creazione ed al rinforzo del sintomo. Ma non è solo sul piano cognitivo che il cambiamento può manifestarsi. Anche le funzioni di ciascun fratello, che non erano intercambiabili, possono ora ruotare o essere suddivise in modo diverso fra i membri del sottosistema. Questo permette un diverso livello di libertà per tutti, consente la remissione del sintomo, e impedisce eventuali ricadute o migrazioni del sintomo o di sintomi diversi ad altri fratelli non appena il paziente designato migliora”.

La relativa autonomia che caratterizza il sottosistema dei fratelli permette allo psicologo e psicoterapeuta relazionale di usarlo come risorsa importante nel lavoro con la famiglia, alle volte diventa l’unica forma possibile di lavoro sulla “famiglia”.

Talvolta infatti, il sottosistema genitoriale non esiste oppure è poco sensibile o niente affatto disponibile a collaborare con i terapeuti; in questi casi è indispensabile avere altre risorse a disposizione, dentro o fuori la famiglia nucleare (De Bernart, 1992).

I fratelli riesaminando così i propri ruoli e le proprie funzioni nell’ambito della famiglia, stabiliscono rapporti diretti fra loro, non essendoci più la necessità di passare attraverso i genitori, che di solito mediano le loro relazioni. Col tempo ciò permetterà anche uno scambio emotivo intenso.

Voglio concludere questo articolo, quindi, con alcuni esempi concreti di convocazione in terapia del solo sottosistema dei fratelli.

Quando incontro E. al Centro di Salute Mentale della Asl Roma E, incontro una ragazza di 24 anni

che chiedeva incontri individuali per potersi orientare nel mondo dell'università (aveva cambiato già tre corsi). Da sempre triangolata nel processo di separazione dei genitori, era troppo attenta a ciò che accadeva alla coppia coniugale per potersi concentrare su sé, sui suoi bisogni e desideri. Ciò le aveva permesso di avere un ruolo di "prestigio" all'interno della famiglia, lo stesso ruolo che la ingabbiava in varie forme di lealtà ai genitori allontanandola dalla conoscenza di sé e dalla relazione con I., la sorella minore.



I., d'altro canto, aveva molto sofferto questo senso di esclusione dal triangolo ma proprio grazie a questo era riuscita a sviluppare più autonomia e libertà di conoscenza e pensiero.

Propongo a E. incontri familiari ma l'angoscia che prova al pensiero di ferire e far del male alla madre e al padre la annichiliscono. Le propongo allora di partire dal membro che le faceva meno paura ed E. subito pensa di poter convocare in seduta sua sorella I.

E' un incontro, che si svilupperà da uno a tre appuntamenti concordati, molto intenso: finalmente E. ed I. riescono a chiarirsi cosa sono state l'una per l'altra nel corso della loro storia, scevre dalle aspettative dei genitori su ciascuna di loro, lontane dai ruoli di "invischiata" vs "disinteressata", libere di incontrare davvero l'Altra. Scoprono di avere molte più cose in comune di quelle che pensavano di avere (ora lavorano insieme nell'ambito della sartoria, con ruoli diversi) ma soprattutto si aprono alla consapevolezza che ciascuna voleva essere l'altra, ritenendo quella posizione opposta, la migliore. Sappiamo che nelle relazioni familiari l'invidia è caratteristica del fratello minore verso il maggiore dotato di capacità, abilità e conoscenze superiori. Tuttavia l'invidia è

un sentimento sperimentato alternativamente e vicendevolmente da tutti i fratelli. Che meraviglia per loro partire da ruoli opposti e ritrovare questa comunanza di vissuti! Quale miglior punto di incontro aprirsi all'altra non come una persona da invidiare ma come una persona da conoscere, con cui collaborare, con cui fare squadra, trovare sostegno non "contro" i genitori ma "per" uno scopo comune!

Quando incontro la famiglia M. - C. trovo una coppia estremamente conflittuale, separata fisicamente ma non emotivamente, una figlia maggiore "mammina" del fratello minore, il quale a sua volta era il paziente designato. Che caos! Dopo una prima fase congiunta ho sentito la necessità di convocare i sottosistemi separati perché era evidente l'utilità e l'importanza che ciascuno ricoprisse i propri ruoli, affrontasse i propri temi, rileggesse le proprie emozioni per sé e non parlando dell'altro, pur rimanendo nell'affetto che legava i membri di questa famiglia.

La seduta congiunta con i fratelli è stata molto "facile". Devo ammettere che hanno lavorato molto da soli, come se non vedessero l'ora di incontrarsi fuori da quei ruoli e volessero sperimentare finalmente in campo neutro la possibilità di "lasciarsi andare e sentirsi alla pari" per la figlia maggiore ed essere "grande e di sostegno" per il figlio minore.

Si sono riscoperti uniti dal desiderio di cambiare i loro genitori e muoversi affinché delle dinamiche cessassero, sono stati sostenuti nel non giudicare e nell'accettare i propri genitori nei loro pregi e difetti, sono stati stimolati a vivere la loro relazione con curiosità, sostegno e piacere reciproco, nel dinamismo di nuovi ruoli e possibilità.

Quando i fratelli crescono non sono più obbligati a stare insieme, hanno "subito" il loro passato, la grande conquista è scegliere di condividere il proprio presente e futuro, la grande sfida è poter mantenere il legame oltre quello biologico, creare una rete sociale, una realtà di natura psicosociale. Significa incontrare la persona oltre il ruolo.

Pensiamo ai fratelli acquisiti nelle adozioni o nelle famiglie ricostituite, pensiamo ai bambini estremamente lontani e litigiosi che si rincontrano in adolescenza o nella vita adulta. Costoro non hanno possibilità di creare relazioni soddisfacenti e profonde? Se l'unica variabile fosse la genetica o il passato ci precluderemmo legami ugualmente intensi e intimi.

Nel caso seguito al TSMREE della Asl Roma E (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva) incontro una famiglia con tre bambini: il

primogenito adottato all'età di 8 mesi, attualmente di 8 anni, il secondo e il terzo naturali di 6 e 4 anni. La richiesta era da parte dei genitori di gestire meglio la relazione tra fratelli e tra genitori e figli.

Ciò che mi ha da subito colpito è stata la naturalezza di questi tre bambini nel volersi bene o viceversa nel litigare, contrapposta all'attribuzione di significato dei loro comportamenti e delle loro intenzioni da parte dei genitori, attribuzione viziata dal ruolo che i genitori stessi, in particolare il padre, avevano cucito addosso ai loro figli. In particolare il primo era l'adottato, il cauto, il rosicone, l'immaturo. Il secondo era l'irrequieto, il mediano, il dispettoso, il provocatore. Il terzo era il coccolone, il tranquillo, il piccolo. L'esito di tale visione era una sorta di sovra-cura per il primo e l'ultimo, e una sostanziale iper-autonomia del secondo.

Il lavoro ha portato i genitori a prendere coscienza della loro visione dei figli, che non era inesatta quanto parziale, ha portato i genitori a sperimentare rapporti individuali con i figli e attività differenziate per età, oltre a potenziare le attività piacevoli che li vedevano tutti e 5 contemporaneamente impegnati. Ma la conquista maggiore è stata, dal mio punto di vista, l'acquisizione di maggiore serenità nel rapporto tra fratelli, la capacità di chiedersi le cose, di aspettare il proprio turno, di non dover lottare per guadagnarsi l'amore paterno, di litigare e poter risolvere con i loro modi e i loro tempi le diatribe. Abbiamo piacevolmente apprezzato che il grande poteva anche "reggere la frustrazione", il mediano poteva anche ricercare l'affetto e la cura, e che il piccolo poteva anche permettersi un capriccio.

Concludendo, voglio sottolineare come la relazione di *fratria* risulti essere un aspetto importante della vita psichica e sociale delle persone, sicuramente argomento da approfondire e sistematizzare con ricerche mirate. La consapevolezza è che non è una relazione stabile e omogenea, ci saranno momenti nella vita delle persone in cui ci si sentirà più vicini e altre più distanti dal proprio fratello, così come ci saranno momenti in cui tale relazione sarà utile per il sostegno oltre per il pungolo che uno esercita sull'altro. I genitori hanno un grande ruolo nel promuovere o viceversa ostacolare la creazione e il mantenimento di tale relazione, ma più i figli cresceranno e più potranno apportare elementi liberi da condizionamenti, fare esperienze autonome, riconoscersi e riconoscere l'altro con caratteristiche differenti. Anche la terapia sistemico-relazionale deve considerare l'utilità e il valore di tale sottosistema, lavorare per promuovere

e valorizzare le differenze delle identità dei fratelli e contemporaneamente consolidare la vicinanza emotiva e il reciproco sostegno che caratterizza tale rapporto.

In ogni caso risulta innegabile il suo importante valore esperienziale ed emotivo.

Bibliografia

- Andolfi, M. (2003). *Manuale di psicologia relazionale*. Roma: Accademia di Psicoterapia della famiglia.
- Andolfi M., D'elia A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi M., Mascellani A. (2010). *Storie di adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bank S.P., E Kahn M.D. (1982). *The Sibling Bond*. New York: Basic Books.
- Boszormenyj-Nagy I., Spark G.M. (1973). *Invisible Loyalties*. New York: Harper and Row Publishers Inc. (Traduz. Ital. "Lealtà Invisibili", Astrolabio, Roma 1988).
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita* (1, Attaccamento). London: Hogarth Press.; Boringhieri, Torino 1972.
- De Bernart R. (1989, giugno). *L'Anoressia come aspetto comunicativo fra fratelli*. Lavoro presentato al Convegno: "Disturbi del comportamento alimentare", Modena.
- De Bernart R. et al. (1992). *L'importanza di essere fratelli*, Firenze: Istituto di Terapia Familiare.
- De Bernart R. (1991, novembre). Introduzione e presentazione a: DUNN J., PLOMIN R., *Il Significato delle differenze nell'esperienza dei fratelli all'interno della famiglia*. Terapia Familiare, 37.
- Dunn J. (1986). *Sorelle e Fratelli*. Roma: Armando Editore.
- Dunn J. E Kendrick C. (1987). *Fratelli*. Bologna: Il Mulino.
- Dunn J., Plomin R. (1990). *Separate Lives. Why Siblings are so different*. New York: Basic Books.
- Dunn J., Plomin R. (1991, novembre). Why are Siblings so different? The Significance of Differences in Sibling Experiences within the Family", *Family Process*, Vol. 30, N.3, September 1991. Traduzione Italiana: "Il Significato delle differenze nell'esperienza dei fratelli all'interno della famiglia". Terapia Familiare, 37.
- Kahn M., Lewis K.G. (1988). *Siblings in Therapy*. New York-London: Norton and Co.
- Minuchin S. (1976). *Famiglia e Terapia della Famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Saviez L. (1990). *Des Soeurs, des Freres*. Paris: Autrement, n.112.
- Scabini E. (1987). *L'organizzazione Famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Walsh F. (2008). *La resilienza familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gli adolescenti autori di reati sessuali

Cosimo Damiano Traetta*, Anna Convertini*, Antonella Rita Fanizza*, Ignazio Grattagliano*

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

Riassunto

Questo lavoro basato sull'analisi della letteratura specialistica è finalizzato ad esaminare gli adolescenti autori di reati sessuali.

Nella prima parte l'attenzione si concentrerà sulle loro caratteristiche più significative, la dimensione statistico-epidemiologica, l'età di esordio delle problematiche sessuali e giudiziarie degli adolescenti coinvolti, le caratteristiche socio-demografiche e familiari, il funzionamento sociale e relazionale

Nella seconda parte, si passeranno in rassegna alcune tipologie di intervento e le modalità di trattamento,

Parole chiave: adolescenti, reati sessuali, violenza, trattamento, famiglia,

Introduzione

Il seguente articolo si pone l'obiettivo di esaminare, in breve, gli aspetti principali e caratteristici dei *Juvenile Sex Offenders (JSO)* e le principali modalità e tipologie del loro trattamento.

Più specificatamente, diversi sono gli autori che, in letteratura, hanno classificato i JSO, distinguendoli in base alle caratteristiche di personalità dell'*Offender* (Worling, J.R., 2001) o in base all'età della vittima (Veneziano C., Veneziano L., 2002) o a caratteristiche multiple quali quelle demografiche, storie di vita e diagnosi psichiatrica (Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., 1998), anche se è possibile inquadrali all'interno di un insieme di aspetti generali, internazionalmente condivisi.

Da un punto di vista statistico-epidemiologico, il fenomeno evidenzia percentuali importanti nel panorama americano (Plager H., Landrum E., 1997; Lowenstein L. 2006), britannico e tedesco (Lowenstein L., 2006), a differenza dell'Italia, invece, in cui c'è una limitata disponibilità di dati.

Spesso, quello che accomuna questi giovani criminali sessuali è la multiproblematicità delle loro famiglie (Hsu LKG, Starzynski J., 1990) e le caratteristiche negative che contribuiscono a creare un ambiente familiare di forte rischio per

l'assunzione di condotte devianti .

Inoltre diversi autori si sono occupati di studiare come le esperienze traumatiche pregresse e le vittimizzazioni possano generare una serie di problematiche nel giovane che contribuiscono ad una sua evoluzione psicopatologica e deviante, la quale si ripercuote anche sul suo funzionamento sociale e relazionale, che risulta significativamente più disturbato rispetto a quello di un *juvenile non sex offender (JNSO)*.

Di grande interesse è una rassegna (U. Sabatello, N. Fedeli, R. Di Cori, A. Nicolini, 2010) nella quale è stato spiegato come la psicopatologia che porta al commettere il reato sessuale da parte del JSO sia il prodotto dell'interazione di più fattori riguardanti il minore, la famiglia ed eventi scatenanti di tipo interno ed esterno, e non meno importanti sono le ricerche condotte da molti autori, in un arco di tempo di 5 anni che va dal 2009 al 2013, che danno modo di comprendere come tale popolazione non sia affatto omogenea, ma caratterizzata da diversi sottotipi di reati sessuali, come ad esempio i "*peer sexual abusers*" e i "*child sexual abusers*", (Glowacz F, Born M., 2013) o come le ricerche di Lawing e colleghi che, invece, hanno voluto indagare se la presenza di tratti insensibili e non emozionali consentisse di differenziare una distinta sub-popolazione di individui (Lawing K, Frick PJ, Cruise KR, 2010) oppure come lo studio di Hart-kerkhoffs e coll. che ha voluto mostrare la differenza fra i *Leaders* e i *Seguaci* nei reati sessuali di gruppo (Hart-Kerkhoffs L.A. et al., 2011).

Nell'eziopatogenesi del JSO è doveroso sottolineare come la commissione di reati sessuali, in età minorile, non sia da imputare solo ad un contesto traumatico ma anche a tutta una serie di fattori ugualmente determinanti individuati in un prezioso filone di studi (Lakey J.F., 1994), anche se, comunque, il concetto di trauma rimane sempre di un'importanza non indifferente.

In particolare si parla di *Complex Trauma* (Cook A. et al., 2003; Van der Kolk B., 2005) e

di diverse tipologie di trauma che differenziano i JSO dai JNSO (Sabatello U. et al., 2009).

Inoltre, attraverso l'atto sessuale, secondo Novelletto e collaboratori, è come se il JSO voglia esprimere un'aggressività necessaria a soddisfare unicamente un piacere narcisistico e di possesso, e l'innescò di tale atto è esplicabile in 4 fasi, che ne rappresentano la crimino-dinamica (Novelletto A., Biondo D, Monniello G, 2000).

Infine, una tematica interessante strettamente legata ai JSO, approfondita dalla Schwander (Schwander M., 2003) e dal gruppo di ricerca *Teen Research Unlimited (TRU)* (*Teen Research Unlimited, 2008*), riguarda la violenza nei rapporti di coppia fra giovani, la quale condivide alcuni aspetti in comune con quella commessa nei rapporti fra adulti, sebbene vada sempre ricordato che le dinamiche e i modelli comportamentali e di reazione dei giovani sono abbastanza differenti.

Le forme e le caratteristiche delle violenze nei rapporti fra giovani spaziano da quella fisica e sessuale a quella verbale e psichica, con frequenti controlli e limitazioni alla libertà del partner, e sia nei casi di vittimizzazione senza contatto fisico che in quelli con contatto fisico, sono le ragazze a rappresentare la percentuale maggiore di vittime rispetto al genere maschile, più di rado vittimizzato ma non esente del tutto da tali violenze (Averdijk M., Muller-Johnson K., Eisner M., 2011).

Ovviamente tutto ciò comporta delle conseguenze pesanti a livello psichico per le vittime.

Dunque, in che modo è possibile trattare e riabilitare questi giovanissimi criminali sessuali?

Indubbiamente, è visione comune quella di trattare il giovane non con il fine di punirlo, bensì di reintegrarlo, con sicurezza, all'interno della società come individuo produttivo (Dewhurst A.M. & Nielsen K.M., 1999; Di Giorgio-Miller J., 1994; Lee D.G. & Olender M.B., 1992; Ryan G., 1999; Sapp A.D. & Vaughn M.S., 1990; Swenson C.C., Henggeler S.W., e Schoenwald S.K., 1998).

Nell'ambito del trattamento, le tipologie più utilizzate sono le terapie psicologiche e le modificazioni comportamentali e spesso i settings di trattamento sono caratterizzati da una combinazione di varie tecniche cognitivo-comportamentali ed interventi psico-educativi (Bourke M.L. &

Donohue B., 1996; Ertl M.A. & McNamara J.R., 1997; Hunter J.A. & Santos D.R., 1990).

Più specificatamente, nelle tecniche cognitivo-comportamentali, gli obiettivi di trattamento più diffusi riguardano la prevenzione delle ricadute (Dewhurst A.M., Nielsen K.M., 1999) e la modificazione delle distorsioni cognitive (Davis G.E. & Leitenberg H., 1987), come anche la costruzione dell'empatia (Longo, R.E., 2004) e il controllo degli impulsi (Becker J.V., Kaplan M., & Kavoussi R., 1988; Hunter J.A. & Santos D.R., 1990).

Fra quelle psico-educative spiccano, invece, l'educazione sessuale (Camp B.H. & Thyer B.A., 1993) e la gestione della rabbia (Ertl M.A. &



McNamara J.R., 1997).

Infine, una delle tecniche più longeve ed efficaci, utili all'interno del panorama dei reati sessuali compiuti da minori, è la "Multi-Family Group Therapy" (MFGT), che comprende il minore, i genitori e *cargivers* aggiuntivi, in un clima di gruppo (Leichter E. & Schulman G.L., 1968).

Tutti questi trattamenti possono essere implementati in diverse modalità che vanno dalla terapia individuale a quella di gruppo e dalle terapie familiari a quelle multi-sistemiche, nelle quali oltre alla famiglia vengono coinvolti più sistemi contemporaneamente (Bourke M.L., Donohue B., 1996; Veneziano C. & Veneziano L., 2002).

Caratteristiche dei JSO

Sicuramente parlare di soggetti giovanissimi, spesso pre-adolescenti, in termini di criminali sessuali risulta alquanto scioccante e difficile da

immaginare.

Purtroppo tale realtà esiste ed è sempre più oggetto di ricerca, in quanto anche un bambino può essere qualificato come abusante, nel momento in cui mette in atto un comportamento realizzato senza consenso, in una relazione non paritaria e come risultato di una coercizione (Ryan G, Lane S., 1991; AACAP, 1999; Shaw J.A., 2002).

Diversi autori hanno classificato i JSO in base a specifiche caratteristiche, come ad esempio Worling che li ha distinti in base alla personalità, individuando 4 diverse categorie: Antisociale/Impulsivo, Insolito/Isolato, Ipercontrollato/Riservato, Sicuro/Aggressivo (Worling, J.R., 2001).

Pithers, Busconi e Al., invece, distinguono i diversi tipi di *offenders* in base alle caratteristiche demografiche, le storie di vita e la diagnosi psichiatrica, elaborando 5 categorie, che comprendono il Non disturbato, l'Abusante-Reattivo, l'Altamente Traumatizzato, il Trasgressore e gli Aggressori sessuali (Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. 1998).

Ulteriore classificazione è data da Veneziano e Veneziano, i quali distinguono i JSO in base all'età della vittima in: Gruppo di aggressori che abusa sessualmente di coetanei o individui adulti, il Gruppo di coloro che abusano sessualmente dei bambini ed infine il Gruppo misto o indifferenziato (Veneziano C., Veneziano L., 2002).

Al di là di queste classificazioni più specifiche, è stato possibile delineare una serie di caratteristiche generali, internazionalmente condivise, che consentono di comprendere in modo concreto chi siano questi giovani criminali sessuali.

Innanzitutto presentano una prevalenza di sesso maschile, un'età media di 13-14 anni con esordio fra i 13 e i 17 anni e hanno difficoltà nel controllare gli impulsi, ridotta capacità di giudizio, svalutazione del Sé, bassa autostima, umore instabile e identità di genere inconsistente.

Il loro funzionamento relazionale-sociale è compromesso, caratterizzato da ritiro sociale, isolamento, incapacità di stabilire relazioni intime e di provare empatia.

Infine, sono caratterizzati da una forte presenza di comorbilità psichiatrica (80%), con ricorrenza di abuso di sostanze, disturbi della condotta, problematiche scolastiche e dell'apprendimento, e si evidenzia anche maltrattamento fisico ed elevata

percentuale di abusi sessuali pregressi subiti (30-70%).

Da un punto di vista statistico-epidemiologico, negli USA, il fenomeno presenta una percentuale fra il 30% e il 50% di casi per *child sexual abuse*, ovvero abusi sessuali veri e propri, compiuti sotto i 18 anni (Plager H., Landrum E., 1997; Lowenstein L. 2006), il 56% per *child molestation*, cioè molestie compiute verso i minori, da soggetti al di sotto dei 18 anni (Vandiver D.M., 2006), e un 20-30% di casi di stupro che vengono attribuiti ad adolescenti (Andrade J.T., Vincent G.M., Saleh F.M., 2006; Vandiver D.M., 2006; AACAP, 1999; Shaw J.A. 2002; Veneziano C. e Veneziano L., 2002).

In Inghilterra e Germania, invece, circa 1/3 dei reati sessuali è compiuto da adolescenti, con età media dei JSO di 14 anni e con forte maggioranza di genere maschile (90%) (Lowenstein L., 2006).

Infine, in Italia, non vi è grande disponibilità di dati, però facendo riferimento ai dati denunciati dalle autorità giudiziarie (A.G., periodo 2001-2006), le percentuali di reati sessuali attribuibili a minorenni variano dal 5,09% al 9,88% e fra l'8,48% e il 15,43% per i reati sessuali compiuti da minorenni con minorenni.

Un altro aspetto condiviso dalla comunità scientifica riguarda le famiglie dei JSO, spesso multi-problematiche e fonte di rischio per l'assunzione di condotte devianti da parte del minore, in quanto caratterizzate da confini del sé male o poco definiti, instabilità emotivo-affettiva, gravi conflitti interpersonali, modelli genitoriali disfunzionali, deficit nelle funzioni di caregiving, promiscuità sessuale, ed infine violenza fisica e/o verbale.

A conferma di ciò, Hsu e Starzinsky hanno riscontrato che su un campione di 32 adolescenti autori di reati sessuali, le loro famiglie erano multi-problematiche, presentando generalmente storie di criminalità, alcolismo, abuso e negligenza e anche depressione genitoriale (Hsu LKG, Starzinsky J., 1990).

Secondo alcuni autori, un contributo importante all'evoluzione psicopatologica e deviante dei JSO è dato dalle esperienze traumatiche pregresse e dalle vittimizzazioni, vissute dal minore.

Ad esempio, secondo Davis e Leitenberg, i JSO non sono in grado di inibire la loro aggressi-

vità perché hanno esperito inadeguatezza e povertà delle capacità genitoriali (Davis, G.E., & Leitenberg, J. 1987), mentre per Lakey, quello che predisporrebbe il JSO ad una condotta deviante, è l'aver vissuto instabilità, inconsistenza delle relazioni familiari, confusione identitaria e senso di impotenza, che producono legami di attaccamento invalidi (Lakey, J.F., 1994).

Marshall, Hudson e Hodkinson, invece, sottolineano come il contributo principale alla psicopatologia e alla devianza del JSO sia dato dai problemi dell'attaccamento, dalla difficoltà nella capacità auto-riflessiva, e della difficoltà nella rappresentazione degli stati mentali dell'altro che possono originare distorsioni e incapacità nel comprendere il dolore e la sofferenza delle vittime e le conseguenze delle proprie azioni (Marshall, W.L., Hudson, S.M., Hodkinson, S. 1993).

Comunque sia, l'incidenza di queste esperienze traumatiche che oscilla fra il 30% e il 70% è del tutto controversa, in quanto secondo alcuni autori vi è una forte correlazione fra abusi pregressi (vittimizzazioni) e il *juvenile sex offending* (Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D. et Al., 2001), mentre per altri non vi è correlazione o è poco chiara (Plager H, Landrum E., 1997), dato che l'ipotesi di un "ciclo di violenza" non spiega chiaramente perché ci siano minori non abusati precedentemente che abusano e vittime di abusi pregressi che non diventano *sex offender* (Becker JV., 1998; Salter A., McMillan D., Richards M. e coll., 2003).

In conclusione, però, Veneziano e Veneziano restano dell'idea che, traumatizzazioni pregresse (abusi sessuali) interazionate con altri fattori predisponenti, come difficoltà sociali, mancanza di relazioni intime e impulsività possono aumentare il rischio che nel minore si originino condotte sessuali devianti (Veneziano C., Veneziano L., 2000).

L'evoluzione psicopatologica e sessualmente deviante dei JSO li ha resi significativamente più disturbati rispetto ai JNSO (Juvenile Non Sex Offender) soprattutto sul piano del funzionamento sociale e relazionale, tanto da apparire più ritirati socialmente, con scarse abilità assertive, incapaci di stabilire relazioni intime e di provare empatia (Vizard E., Monck E., Misch P., 1995; Veneziano C., Veneziano L., Legrand L., 2000; Veneziano C. e Veneziano L., 2002).

In una rassegna (U. Sabatello, N. Fedeli, R. Di

Cori, A. Nicolini, 2010) è ben spiegato come la psicopatologia, che è alla base del reato sessuale da parte del minore, sia originata dall'interazione di fattori predisponenti del minore, come il maltrattamento fisico subito, la negligenza, i traumi da abuso sessuale, le scarse competenze relazionali e lo scarso controllo degli impulsi, i fattori predisponenti della famiglia, che possono essere scarsa coesione, modelli genitoriali disfunzionali, deficit nella funzione di caregiving e separazioni precoci, ed infine gli eventi "trigger" interni, come le fantasie sessuali devianti e gli stati dell'umore negativi, e quelli esterni come l'isolamento sociale, la scarsa disponibilità delle risorse ambientali e relazioni interpersonali critiche.

Le ricerche più recenti, in particolare quelle collocate in un arco di tempo di 5 anni che va dal 2009 al 2013, hanno consentito di evidenziare quanto la popolazione dei JSO sia eterogenea, tanto da essere identificati diversi sottotipi di criminali sessuali.

Ad esempio Glowacz e Born hanno individuato due tipologie di JSO, una basata sull'età della vittima e l'altra sulla differenza di età fra l'abusante e la vittima, cioè i "Child sexual abusers" (CSA) e i "Peer sexual abusers" (PSA), i quali sono stati comparati con un gruppo di minori non sessualmente abusanti (NSA) (Glowacz F, Born M., 2013).

Nello specifico, è stato condotto uno studio su 26 CSA, 21 PSA e 20 NSA, valutati tramite il *Millon Adolescent Clinical Inventory*, dal quale è emerso che ci sono similarità tra i *peer abusers* e i *non sexual abusers* e che questi ultimi si distinguono dai *child sexual abusers*, i quali risultano avere maggiori tratti di remissione e conformità e sono anche più ansiosi rispetto ai soggetti degli altri due gruppi.

Lawing e colleghi, invece, hanno studiato un gruppo di 150 adolescenti autori di reati sessuali per determinare se la presenza di tratti insensibili e non emozionali possa differenziare una distinta sub-popolazione di individui.

I risultati hanno dimostrato che, in relazione a comportamenti impulsivi/antisociali, gli aggressori sessuali, che manifestavano elevati tratti insensibili e non emozionali, sono stati differenziati dalla popolazione principale dei JSO in quanto presentavano un maggior numero di vittime e

maggior violenza e pianificazione nei loro reati rispetto a coloro che invece avevano bassi punteggi di insensibilità e non emozionalità (Lawing K, Frick PJ, Cruise KR, 2010).

Un altro studio, condotto su 89 JSO, ha cercato di evidenziare quali differenze intercorrono fra *Leaders* e *Seguaci* durante i reati sessuali di gruppo.

I risultati, nonostante la forte somiglianza delle due tipologie di aggressori sessuali, mostravano delle differenze legate al fatto che i seguaci erano soliti usare più forza e avere maggiori problemi legati alle relazioni sociali, mentre i leaders riportavano maggiori problemi emozionali (Hart-Kerkhoffs LA et al., 2011).

Ovviamente questi studi sono solo una minima parte del grosso filone di ricerche condotte fra il 2009 e il 2013.

Tendenzialmente, il JSO può essere considerato come il punto di incontro tra colui che ha subito abusi e gravi negligenze, o meglio traumi, e colui che compie abusi e vittimizzazioni.

Questi traumi, però, non sono solo caratterizzati da violenza e atti perversi ma, piuttosto, da esperienze persistenti nel tempo e ripetitive che generano nella psiche dell'individuo una struttura perversa.

Le esperienze in questione sono spesso legate a relazioni oggettuali patologiche delineate da un fallimento sia delle funzioni primarie materne, che comportano il mancato sviluppo di capacità rappresentative e diffusione dell'identità, e sia di quelle regolatrici paterne che precludono l'accesso del soggetto alla dimensione simbolica (Di Cori R., Fedeli N., Sabatello U. e Nicolini A., 2009).

Quindi, il commettere reati sessuali in età minorile non è attribuibile solo ed esclusivamente al contesto traumatico, ma anche ad una serie di altri fattori legati all'esperienza del minore, quali negligenza, troppa stimolazione, mancanza di empatia, cure inadeguate e l'esistenza di ruoli genitoriali indefiniti (Lakey J.F., 1994).

L'insieme dei traumi e degli altri fattori sopracitati riconduce al concetto di Complex Trauma, che rappresenta l'insieme delle esperienze simultanee o sequenziali di maltrattamento, durante la prima infanzia, che persistono nel tempo e che possono dar luogo a effetti come la perdita delle capacità di

regolazione affettiva e di riconoscere o rispondere adeguatamente ai pericoli, che infine possono indurre o ad una ulteriore rivittimizzazione o all'assunzione di condotte sessuali disturbate (Cook A. et al., 2003; Van der Kolk B., 2005).

Questo è stato confermato in uno studio (Sabatello U. et al., 2009), condotto su minori autori di reati sessuali confrontati con giovani *non-sexual offenders* e pazienti psichiatrici, in cui è stato riscontrato che nella maggior parte dei casi i JSO hanno vissuto traumi cumulativi, ovvero traumi complessi o di tipo III (Solomon E.P. e Heide K.M., 1999) piuttosto che un unico evento traumatico (trauma di tipo I) (Terr L.C., 1991).

Quindi a cosa può essere funzionale un atto sessuale per un JSO?

Parafrasando il pensiero di Novelletto e coll., è come se l'atto sessuale non abbia alcuna finalità sessuale ma è solo espressione di una aggressività atta a soddisfare unicamente un piacere narcisistico di possesso e dominio, volto a colmare un vuoto dovuto ad un trauma (Novelletto A., Biondo D., Monniello G., 2000).

Dunque, sembrerebbe che sia proprio questa situazione a portare l'innescò dell'atto sessuale violento, esplicabile in 4 fasi dal punto di vista crimino-dinamico.

Più precisamente, nella prima fase il soggetto sperimenta un senso di inadeguatezza in quanto sente di non essere in grado di elaborare le sue emozioni d'ansia o rabbia, portando all'attivazione di meccanismi di evitamento e ritiro sociale.

Nella seconda fase, il soggetto comincia a crearsi fantasie sessuali improprie seguite da un incremento della disforia, la quale accresce l'eccitazione che spinge il soggetto ad usare potere e controllo per superare le sue difficoltà.

Nella terza fase, invece, la fantasia impropria viene oggettivata, consentendo al soggetto di passare all'atto vero e proprio il quale è facilitato dallo scarso controllo degli impulsi, ed infine nella quarta fase il soggetto potrebbe provare un senso di colpa e/o rimorso che vengono però superati attraverso una nuova soppressione dei pensieri e dei sentimenti spiacevoli o delle distorsioni cognitive.

A conclusione di questo primo paragrafo, può essere inserita una tematica interessante, strettamente legata ai JSO e approfondita dalla

Schwander, che riguarda la violenza nei rapporti di coppia fra giovani, che presentano diversi aspetti in comune con la violenza nei rapporti fra adulti, come ad esempio l'esistenza di un legame emotivo molto forte, tra autore e vittima della violenza, tale da non poter essere sciolto, a colpo sicuro, da una potenziale separazione, l'esistenza di un divario di potere all'interno della coppia e la commissione degli atti sessuali in un contesto che dovrebbe infondere sicurezza e protezione (*Schwander M., 2003*).



Al di là di questi elementi, però, va detto che i rapporti di coppia fra adulti e quelli fra giovani si differenziano per molteplici aspetti legati a differenti dinamiche, modelli comportamentali e modi di reagire diversi in caso di minaccia o uso di violenza.

Comunque sia, anche fra i giovani come negli adulti, è possibile distinguere casi di violenza come “comportamento spontaneo in situazioni di conflitto” e violenza come “comportamento sistematico violento e finalizzato al controllo”.

In uno studio del 2008, effettuato dalla *Teen Research Unlimited* (TRU), è stato rilevato come le relazioni amorose fra giovani incomincino molto prima rispetto a quanto si possa immaginare ed è stato anche possibile identificare come ci sia un legame diretto fra attività sessuale precoce e violenza nei rapporti fra giovani, tant'è che il 69% degli intervistati, che ha avuto i primi contatti sessuali prima dei 14 anni, ha ammesso di aver subito violenza in una o più relazioni amorose.

La percentuale diminuisce al 20% per coloro che hanno sperimentato il sesso più tardi (tra i 15 e i 16 anni) e al 9% per coloro che lo hanno sperimentato dopo i 16 anni, dimostrando quanto l'entrare in contatto con il sesso precocemente, aumenti in modo esponenziale il rischio di incorrere in abusi e violenze, subiti o commessi (*Teen Research Unlimited, 2008*).

La violenza nei rapporti di coppia fra giovani può assumere diverse forme e caratteristiche, che spaziano dagli atti di violenza senza contatto (molestie verbali, scritte e cyber-vittimizzazione sessuale) alle aggressioni fisiche (toccare parti intime o baciare la vittima senza il suo volere), fino ad arrivare allo stupro tentato o compiuto (*Averdijk*

M., Muller-Johnson K., Eisner M., 2011)

Inoltre, spesso, la violenza può essere perpetrata anche attraverso l'esercizio di un controllo che va a limitare la libertà di movimento del proprio partner, e i giovani, essendo ancora inesperti, interpretano questo eccessivo controllo e gelosia come una prova d'amore, non comprendendo le reali conseguenze di tali comportamenti (*Teen Research Unlimited, 2008*).

Quasi tutti i giovani che subiscono violenze sessuali si sentono denigrati, in colpa e si vergognano dell'esperienza vissuta e purtroppo, credendo di non poter ricevere aiuto dall'esterno, non si aprono e se lo fanno, solo il 21% si rivolge ai genitori (*Averdijk M., Müller-Johnson K., Eisner M. 2011; Krahé B., Scheiberger-Olwig R., 2002*).

Inoltre, le ricerche dimostrano che anche i ragazzi, seppure in maniera più rara, sono vittime di tali violenze.

Nello specifico il 20% è vittimizzato senza contatto fisico, a differenza delle ragazze che sono più del doppio e l'8% con contatto fisico, con le ragazze, invece, che ricoprono il 22% (*Averdijk M., Muller-Johnson K., Eisner M., 2011*).

Le esperienze di violenza sessuale generano conseguenze negative sulle vittime sia a livello fisico, ma soprattutto a livello psichico e a seconda del genere le modalità di reazione sono differenti.

Per esempio le ragazze tendono ad interiorizzare il vissuto, sviluppando paure e stati depressivi, i ragazzi invece sono più soliti esternalizzare le loro reazioni, manifestando collera e bugie.

Questo è stato confermato in uno studio, condotto nel 2008, dall'organizzazione statunitense “*National Council on Crime and Delinquency*” (NCCD), che mostra come i ragazzi, che hanno subito violenze sessuali nelle relazioni amorose, tendono ad assumere comportamenti più rischiosi

e nocivi rispetto a coloro che non hanno tali vissuti alle spalle (Davis A., 2008).

Sempre nel NCCD emerge, anche, che le ragazze tendono ad assumere comportamenti sessuali più rischiosi e promiscui, a cambiare partner frequentemente, ad usare alcol e droghe e a coinvolgersi in rapporti non protetti.

Non mancano autolesionismo, disturbi alimentari, maggiore predisposizione vittimogena e solitudine.

Trattamento dei JSO

Dunque, in che modo è possibile trattare e riabilitare questi giovanissimi criminali sessuali?

Come già accennato nell'introduzione, l'obiettivo del trattamento non mira a punire il JSO, bensì a reintegrarlo, con sicurezza, all'interno della società come individuo produttivo (Dewhurst A.M. & Nielsen K.M., 1999; Di Giorgio-Miller J., 1994; Lee D.G. & Olender M.B., 1992; Ryan G., 1999; Sapp A.D. & Vaughn M.S., 1990; Swenson C.C., Henggeler S.W., e Schoenwald S.K., 1998).

Nell'ambito del trattamento, le tipologie più utilizzate sono le terapie psicologiche e le modificazioni comportamentali e spesso i settings di trattamento sono caratterizzati da una combinazione di varie tecniche cognitivo-comportamentali e interventi psico-educativi (Bourke M.L. & Donohue B., 1996; Ertl M.A. & McNamara J.R., 1997; Hunter J.A. & Santos D.R., 1990).

Procedendo con ordine, fra le tecniche cognitivo-comportamentali spicca la "Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Sex Offender" (CBT-ASO), che si focalizza sia sul minore che sui suoi caregivers ed è sostanzialmente basata su modelli di apprendimento sociale e comportamentale e su vari principi della scienza comportamentale di base.

Gli obiettivi di tale tecnica si orientano verso il miglioramento comportamentale del minore, l'incremento dell'auto-controllo e la genitorialità in generale.

In più, attraverso la CBT-ASO si incoraggia un coinvolgimento del minore con pari prosociali, un investimento nella scuola e nelle attività prosociali e lo si aiuta a definire chiare aspettative, sollecitando al tempo stesso il supporto, l'impe-

gno, la supervisione e il monitoraggio da parte dei genitori (Dwyer, R. G., & Letourneau, E. J., 2011)

Oltre alla CBT-ASO, esistono altre tecniche, nell'ambito cognitivo-comportamentale, che consentono agli operatori di riabilitare i minori colpevoli di reati sessuali.

In primo luogo, la prevenzione della ricaduta (Dewhurst A.M., Nielsen K.M., 1999) che insegna al giovane criminale a decostruire i suoi reati sessuali in varie parti come ad esempio pensieri, sentimenti, comportamenti e inneschi, così da rendere il JSO in grado di identificare tutti i fattori interni ed esterni coinvolti nell'originario processo di aggressione sessuale, determinando poi strategie per ridurre la salienza dei segnali che innescano il reato sessuale.

In tal modo, si rende il giovane capace di gestire future situazioni, riuscendo a prevenire una ricaduta del reato (Dewhurst A.M., Nielsen K.M., 1999).

Un'altra tecnica, invece, è incentrata sulla modificazione di distorsioni cognitive e credenze disadattive (Ertl, M.A., & McNamara, J.R. 1997), che possono essere individuate attraverso l'utilizzo del *role-playing*, ovvero il gioco di ruolo (Becker J.V., 1990), che è utile per chiarificare i valori del giovane, chiedendogli cosa per lui può essere identificato come importante, in modo tale da incrementare in lui la consapevolezza di come i suoi valori e le sue credenze siano distorte rispetto alla realtà e fonte di rischio per l'innescarsi di aggressioni o abusi sessuali.

In questo modo si spera che diventando maggiormente consapevole, il minore sia poi in grado di correggere e modificare, congruamente con la realtà, le sue distorsioni cognitive e le sue credenze disadattive (Kahn T.J., LaFond M.A., 1988).

Infine, si possono menzionare altre due tecniche, che sono la costruzione dell'empatia e il controllo degli impulsi.

La prima, viste le grosse lacune che i JSO presentano nelle abilità empatiche, cerca di aiutare il minore ad esplorare e comprendere ciò che la sua vittima potrebbe pensare e provare durante l'aggressione sessuale, diventando più sensibile verso le conseguenze negative che egli e la sua famiglia possono sperimentare (evitando la recidiva) e verso ciò che le potenziali vittime e le loro famiglie

dovranno sopportare (Longo, R.E., 2004).

La seconda tecnica, invece, che si focalizza sul controllo degli impulsi si avvale di diverse procedure come ad esempio la “*Covert sensitization*”, attraverso la quale il JSO immagina e verbalizza i sentimenti e le emozioni sperimentati prima e durante l’aggressione sessuale, facendo seguire ciò da immagini avverse che riflettono le conseguenze negative come risultato di un’aggressione sessuale (Hunter J.A. & Santos D.R., 1990; Kahn T.J. & Lafond M.A., 1988).

Tali immagini avverse possono variare da un duro trattamento in istituti di correzione, all’avere pari e familiari che scoprono il reato commesso (Becker J.V., 1990).

Gli esperti sottolineano anche l’utilità di dare al giovane ricompense positive nel momento in cui esercita controllo sugli impulsi o evade da una potenziale situazione di aggressione (Hunter J.A. & Santos D.R., 1990).

Da sottolineare è anche la “*Systematic desensitization*” (desensibilizzazione sistematica), che prevede che il JSO metta in atto un rilassamento muscolare progressivo, visualizzando poi il comportamento che, in passato, ha fatto precipitare il comportamento sessualmente deviante (Bourke M.L. & Donohue B., 1996).

In seguito il JSO gradualmente incrementa l’intensità dei comportamenti immaginati, progredendo (mentalmente) attraverso le tappe del suo reato sessuale, restando sempre rilassato e visualizzando l’intera sequenza degli eventi.

Poi, prima di commettere visivamente il reato, il JSO deve modificare lo scenario in modo tale da non sentirsi costretto a finire l’atto.

L’obiettivo dunque è di permettergli di rimanere calmo e rilassato, modificando allo stesso tempo il suo bisogno di commettere il reato sessuale. Dopo questa breve sintesi di alcune delle tecniche cognitivo-comportamentali, possono essere esaminate alcune tecniche psico-educative, che solitamente vengono integrate a quelle sopracitate, ed hanno come obiettivo quello di fornire, sia ai JSO che ai loro familiari, informazioni preziose riguardo i fattori associati ai reati sessuali.

Una di queste consiste nell’educare sessualmente il minore con l’obiettivo di aumentare la sua conoscenza sul proprio sviluppo sessuale

(Camp B.H. & Thyer B.A., 1993).

Gli argomenti inclusi nell’educazione sessuale riguardano miti comuni legati alla sessualità, informazioni circa lo sviluppo puberale, circa le malattie sessualmente trasmissibili e il focus sulla comunicazione sessuale (Becker J.V., 1990).

Nell’educazione sessuale, si ritiene appropriato fornire anche informazioni sullo sviluppo dell’identità sessuale e di genere e tale approccio offre all’*offender* un ambiente più protetto e l’opportunità di chiedere trattamenti più appropriati che riguardano comportamenti sessuali, problemi di sviluppo e riproduzione sessuale (DiGiorgio-Miller J., 1994).

Oltre all’educazione sessuale, in ambito psico-educativo, è di grande efficacia la gestione della rabbia, finalizzata appunto ad aiutare il JSO a controllare la sua rabbia, che è alla base dell’aggressione fisica, usata come forma primaria di risoluzione di un problema (Becker J.V. et al., 1988).

Quindi, dato che durante le loro aggressioni, i giovani rievocano quasi sempre un sentimento di rabbia (Lombardo R. & DiGiorgio-Miller J., 1988), l’obiettivo di tale procedura diventa quello di allenare il giovane a riconoscere il momento in cui si trova in uno stato di rabbia, così da poter poi mettere in atto i metodi più appropriati per risolvere un problema (Ertl M.A. & McNamara J.R., 1997).

Per limiti di spazio, sostanzialmente, non possono essere trattate tutte le altre tipologie di trattamento dei JSO, però è interessante nominare brevemente la *Multi-Family Group Therapy* (MFGT) (Leichter E. & Schulman G.L., 1968), che comprende diversi giovani, i loro genitori e i *caregivers* aggiuntivi, qualora ci fossero.

La sua efficacia è dovuta al fatto che offre diversi vantaggi, fra i quali quelli economici, in quanto consente a una dozzina o più famiglie di essere trattate contemporaneamente da una piccola squadra di clinici, quelli che promuovono un trasferimento di conoscenze da famiglia a famiglia, in quanto quelle nuove possono avere accesso diretto alla saggezza che le altre famiglie più esperte hanno guadagnato, quelli di modellamento e mentoring da famiglia a famiglia in cui i genitori più esperti fungono da modello ai nuovi partecipanti, e tanti altri vantaggi come ad esempio la catalizzazione delle emozioni, l’apprendimento

accelerato sul ruolo e il comportamento della famiglia nella società e la costruzione di un'interdipendenza basata sulla comunità, che dà modo alle famiglie di supportarsi l'una con l'altra, in quanto sono a stretto contatto in questa esperienza.

Gli obiettivi, orientati verso i giovani, per questo processo di trattamento includono il miglioramento della sicurezza della comunità, della supervisione dei giovani ad alto rischio, la valutazione e la riduzione del rischio di recidiva, e l'insegnare al JSO a migliorare l'autocontrollo e le abilità di presa di decisione.

In particolare, per tutti i trattamenti legati ai giovani, la partecipazione efficace di familiari e/o *caregivers* è sia necessaria che critica, per eseguire gli obiettivi del piano di trattamento.

Infatti, un genitore impegnato, informato, ed emotivamente bilanciato può fornire una importante leadership all'interno del trattamento e persuadere il giovane non accondiscendente, rompendo direttamente la negazione e facendolo progredire in termini di responsabilità.

Inoltre, sono proprio le famiglie dei giovani ad elevato rischio che assumeranno l'intera responsabilità della supervisione, nel momento in cui la squadra di trattamento terminerà di lavorare a quel caso.

Ecco perché risulta essere fondamentale l'inclusione della famiglia nel trattamento dei JSO.

Nello specifico, i tipici obiettivi della MFGT includono non solo il comprendere più chiaramente cosa accade durante il reato sessuale (scoperta), ma anche come e perché ciò è accaduto (motivazione e pianificazione), e il lavorare per prevenire comportamenti di abuso continuativi (prevenzione delle ricadute).

In che modo è possibile applicare i vari trattamenti esistenti?

Le modalità attraverso le quali il trattamento può essere implementato sono quella individuale, di gruppo, familiare e multi-sistemica (*Bourke M.L., Donohue B., 1996; Veneziano C. & Veneziano L., 2002*).

In quella individuale, il setting del trattamento è caratterizzato dalla sola presenza del terapeuta e del giovane e dal perseguimento di obiettivi inerenti all'affrontare la vittimizzazione personale, al correggere le distorsioni cognitive e all'assumersi le proprie responsabilità.

La modalità di gruppo, invece, si pone il fine di rendere capace il JSO di esprimere i propri sentimenti, di sviluppare competenze sociali e appropriate relazioni con i pari, in un setting in cui sono presenti più pazienti contemporaneamente e il terapeuta.

Uno dei benefici di tale tipo di setting è quello di generare processi di interazione che forniscono varie opportunità di ottenere un apprendimento vicario e per modellamento dai pari (*Vizard E., Monck E. & Misch P., 1995*).

Utile è anche il confronto con le tecniche usate in gruppi con membri più grandi, in modo tale da indicare le discrepanze nelle modalità di pensiero dei più giovani o immotivati JSO (*Bourke M.L. & Donohue B., 1996*).

Terza modalità di trattamento è quella familiare, spesso usata in congiunzione con quella individuale e/o di gruppo (*Camp B.H. & Thyer B.A., 1993*).

Includere la famiglia nel trattamento è sicuramente importante, in quanto essa fa parte dell'ambiente in cui il JSO vive e molto probabilmente ne influenzerà il funzionamento post-trattamento (*Vizard E. et al., 1995*).

Inoltre, tale modalità riesce a dare all'intera famiglia l'opportunità di affrontare dei problemi interni i quali, molto probabilmente, potrebbero aver contribuito all'insorgenza del reato sessuale da parte del minore (*Ertl M.A. & McNamara J.R., 1997*).

Infine, un'ultima modalità, di grande importanza, è la Multi-sistemica, la quale prevede l'inclusione di famiglia, scuola e pari nel trattamento del JSO (*Bentovim A., 1998; Borduin C.M., Henggeler S.W., Blaske D.M., & Stein R.J., 1990*).

La terapia multi-sistemica consente di affrontare in primo luogo i deficit cognitivi del JSO, come ad esempio negazione e mancanza di empatia, in secondo luogo i deficit nelle relazioni familiari come ad esempio coesione e supervisione genitoriale, ed infine le disfunzioni nelle relazioni fra pari (*Borduin C.M. et al., 1990*).

Dunque, rispetto agli interventi tradizionali che prendono di mira soltanto i fattori individuali del bambino, la MST direziona i suoi interventi verso gli individui, i familiari, i pari e se lo si necessita anche verso individui presenti in altri sistemi coinvolti, come ad esempio insegnanti e ufficiali

giudiziari.

Per questo è altamente efficiente, in quanto può flessibilmente affrontare e risolvere i particolari fattori di rischio presenti nei vari sistemi, che contribuiscono alle aggressioni sessuali o alla delinquenza in generale.

Bibliografia

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1999). "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 55S-76S
- Andrade, J.T., Vincent, G.M., Saleh, F.M. (2006). "Juvenile sex offender: a complex population". In *Journal of Forensic Sciences*, 51 (1), pp. 163-167.
- Averdijk Margit, Müller-Johnson Katrin, Eisner Manuel (2011). *Sexual victimization of children and adolescents in Switzerland. Final Report for the UBS Optimus Foundation.*
- Becker, J.V. (1990). Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 362-365.
- Becker, J.V. (1998). "Adolescent Sex Offenders". In *Behavior Therapist*, 11, pp. 185-187.
- Becker, J.V., Kaplan, M.S., & Kavoussi, R. (1988). Measuring the effectiveness of treatment for the aggressive adolescent sexual offender. *Annals of the New York Academy of Science*, 528, 215-222
- Bentovim, A. (1998). Family systemic approach to work with young sex offenders. *The Irish Journal of Psychology*, 19, 119-135
- Borduin, C.M., Henggeler, S.W., Blaske, D.M., & Stein, R.J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 105-113
- Bourke, M.L., & Donohue, B. (1996). Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5, 47-70
- Camp, B.H., Thyer, B.A. (1993). Treatment of adolescent sex offenders: A review of empirical research. *The Journal of Applied Social Sciences*, 17, 191-206
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazolla, J., van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. White paper from the national child traumatic stress network complex trauma task force. Los Angeles, CA: National Center for Child Traumatic Stress.
- Davis A. (2008). Interpersonal and Physical Dating Violence among Teens. In: FOCUS. Views from the National Council on Crime and Delinquency, September.
- Davis, G.E., & Leitenberg, J. (1987). Adolescent sex offenders. *Psychological Bulletin*, 101, 417-427
- Dewhurst, A.M., & Nielsen, K.M. (1999). A resiliency-based approach to working with sexual offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 271-279
- Di Cori, R., Fedeli, N., Sabatello, U., Nicolini, A. (2009). Abusanti e vittime: paradossi e complessità della psicoterapia di giovani autori di abusi sessuali. *Quaderni di psicoterapia infantile*, 58, 174-208.
- DiGiorgio-Miller, J. (1994). Clinical techniques in the treatment of juvenile sex offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 21, 117-126.
- Dwyer, R. G., & Letourneau, E. J. (2011). Juveniles Who Sexually Offend: Recommending a Treatment Program and Level of Care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 413-429.
- Ertl, M.A., & McNamara, J.R. (1997). Treatment of juvenile sex offenders: A review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14, 199-221
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I. & Farrelly, S. (2001). "Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator". In *British Journal of Psychiatry*, 179, pp. 444 - 449.
- Glowacz F, Born M. (2013) Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(2):117-25.
- Hart-Kerkhoffs L.A. et al. (2011) Juvenile group sex offenders: a comparison of group leaders and followers. *J Interpers Violence*. 2011;26(1):3-20.
- Hsu LKG, Starzynski J. (1990) Adolescent rapist and adolescent child sexual assaulters. *Int J Offender Th Comp Criminol* 34;
- Hunter, J.A., & Santos, D.R. (1990). The use of specialized cognitive-behavioral therapies in the treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 239-248.
- Kahn, T.J., & Lafond, M.A. (1988). Treatment of the adolescent sexual offender. *Child and Adolescent Social Work*, 5, 135-148.
- Krahé Barbara, Scheinberger-Olwig Regine (2002). *Sexuelle Aggression. Verbreitungsgrad und Risikofaktoren bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.* Göttingen. Hogrefe.
- Lakey, J.F. (1994). The profile and treatment of male adolescent sex offenders. *Adolescence*, 29(116), 755-761.
- Lawing K, Frick PJ, Cruise KR. (2010) Differences in offending patterns between adolescent sex offenders high or low in callous-unemotional traits. *Psychological Assess*. 2010;22(2):298-305.

- Lee, D.G., & Olender, M.B. (1992). Working with juvenile sex offenders in foster care. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 4, 63-75.
- Leichter, E., & Schulman, G.L. (1968). Emerging phenomena in multi-family group treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 18(1), 59-69.
- Lombardo, R. DiGiorgio-Miller, J. (1988) Concepts and techniques in working with juvenile sex offenders. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 13, 39-53
- Longo, R.E. (2004). An integrated experiential approach to treating young people who sexually abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), pp. 193-215
- Lowenstein, L. (2006). "Aspects of young sex abusers – A review of the literature concerning young sex abusers (1996-2004)". In *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(1), pp. 47-55.
- Marshall, W.L., Hudson, S.M., Hodgkinson, S. (1993). "The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending". In Barbaree, H.E., Marshall, W.L. (a cura di), *The juvenile sex offender*. Guilford, New York.
- Novelletto A., Biondo D, Monniello G (2000). La violenza sessuale. In Novelletto A., Biondo D, Monniello G. (eds.), *L'adolescente violento*. Milano: Franco Angeli.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. (1998). "Five empirically-derived subtypes of children with sexual behaviour problems: characteristics potentially related to juvenile delinquency and adult criminality". In *Irish Journal of Psychology*, 19(1), pp. 49-67.
- Plager, H., Landrum, E. (1997). "Individual and family characteristics of juvenile sexual offenders". In *Psychological Child Journal of Undergraduate Research*, 2(2), pp. 54-57.
- Ryan, G. (1999). Treatment of sexually abusive youth: The evolving consensus. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 422-436.
- Ryan, G., Lane, S. (1991). *Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences and Correction*. Lexington Books, Massachusetts.
- Sabatello U., Spissu M. (2009). Caratteristiche psicopatologiche in adolescenti autori di reato di violenza sessuale: uno studio descrittivo. *Minori e Giustizia*, 3:122-128.
- Sabatello U., Fedeli N., Di Cori R., Nicolini A., (2010). "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", vol.77:138-151.
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., Hastings, R., Stevenson, J., Skuse, D. (2003). "Development of sexually abusive behaviour in sexually abused males: A longitudinal study". In *Lancet*, 361, pp. 471-476.
- Sapp, A.D., & Vaughn, M.S. (1990). Juvenile sex offender treatment at state-operated correctional institutions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 131-146
- Schwander M. (2003). Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse – neue Instrumente. In: *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, Band 121, Heft 2. Bern.
- Shaw J.A. (2002). Sexually Aggressive Youth, in D. H. Schetky e E. P. Benedek, *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*, Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc.
- Solomon, E.P. & Heide, K.M. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 43(2), 202-210.
- Swenson, C.C., Henggeler, S.W., & Schoenwald, S.K. (1998). Changing the social ecologies of adolescent sexual offenders: Implications of the success of multisystemic therapy in treating serious antisocial behavior in adolescents. *Child Maltreatment*, 3, 330-339.
- Teenage Research Unlimited TRU (2008). Tween und Teen dating violence and abuse study. For Liz Clai-borne Inc. and the national teen dating abuse helpline.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview". *Am. J. Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Trauma. *Violence & Abuse*, 3(4), 247-260.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Vandiver, D.M. (2006). "A prospective analysis of juvenile male sex offenders – Characteristics and recidivism rates as adults". In *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), pp. 673-688.
- Veneziano, C., Veneziano, L. (2002). Adolescent Sex Offenders – A Review of the Literature. *Trauma. Violence & Abuse*, 3(4), 247-260.
- Veneziano, C., Veneziano, L., Legrand, S. (2000). "The Relationship Between Adolescent Sex Offender Behaviors and Victim Characteristics With Prior Victimization". In *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), pp. 363-374.
- Vizard, E., Monck, E., Misch, P. (1995). "Child and adolescent sex abuse perpetrators: A review of the research literature". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), pp. 731-756.
- Worling, J.R., (2001). Personality-Based Typology of Adolescent Male Sexual Offenders: Differences in Recidivism Rates, Victim-Selection Characteristics, and Personal Victimization. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 13 n. 3; 149-166.

Padri in campo, non più in panchina

Michela Rubino*, Vanda Vitone**

*Psicologa clinica Specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale

**Psicologa-Psicoterapeuta, Dirigente Sanitario Consultorio Familiare di Modugno ASL Bari, Vice Presidente Ordine degli Psicologi Puglia

Riassunto

Lo scritto raccoglie riflessioni e ricerche volte ad analizzare l'evoluzione della figura del padre, in viaggio verso nuove terre da esplorare ed una nuova identità da sperimentare. Se prima la figura paterna, all'interno del sistema familiare, era sbiadita, periferica, delegante rispetto all'accudimento dei figli e non si concedeva un avvicinamento autentico ed emotivo a loro, oggi stiamo assistendo sempre di più ad un desiderio da parte dell'uomo di una nuova forma di paternità, più partecipe e presente nella vita dei figli, vicina emotivamente a loro. Tutto questo pone il mondo della psicologia ed i terapeuti di fronte ad una nuova sfida, poiché parallelamente alla nascita e crescita di "nuovi padri" è richiesta la nascita di "nuovi terapeuti", in grado di valorizzare ed incoraggiare i padri alla partecipazione attiva alle problematiche dei figli per cui spesso, ancora oggi, è la madre a richiedere maggiormente aiuto. Il terapeuta deve riconsiderare il ruolo paterno come centrale nella cura dei figli quanto il ruolo materno, superando antichi pregiudizi e schemi mentali riguardo la dicotomia maschile/femminile, che ancora fanno sentire la loro presenza nell'immaginario comune.

Parole chiave: padri, evoluzione, coniugalità e genitorialità, terapia familiare, terapeuta

Padri in viaggio verso una nuova definizione

La figura del padre, sostiene Andolfi (2001), è pressoché assente negli importanti modelli teorici che hanno caratterizzato e guidato le ricerche sullo studio dello sviluppo infantile: si pensi all'ampia letteratura psicoanalitica sulla *baby observation* e alle teorie dell'attaccamento.

Come affermato da Attili (2001), le ricerche classiche condotte all'interno di questo paradigma, identificano principalmente nel legame con la madre e nelle modalità in cui esso si struttura, la qualità del legame di attaccamento sviluppato dal bambino. Vi sarebbe, dunque, secondo tali ricerche, una causalità lineare per cui è il comporta-

mento materno messo in atto nel primo anno di vita del bambino che indirizza la formazione dei modelli mentali del *self* e dell'altro (gli *internal working models*), che influenzano il modo di porsi del bambino nelle relazioni successive. Sarebbe la madre la figura genitoriale a cui attribuire l'intera responsabilità di uno sviluppo affettivo e sociale ottimale del bambino.

Andolfi (2001), ancora, sostiene che il padre e la funzione paterna siano stati a lungo trascurati non solo nella teoria, ma anche nelle istituzioni di diagnosi e cura del bambino, dove per molto tempo è stata centrale la funzione materna. Il paterno e il maschile sono stati per troppo tempo marginali e sottoutilizzati rispetto al materno e al femminile, caricato a sua volta di eccessiva responsabilità.

Secondo l'autore, in una società in profonda trasformazione, è importante porsi l'obiettivo di ritrovare il padre, che significa ricercarne il senso e il valore debellando i pregiudizi e gli stereotipi sociali che oscillano tra l'antico modello dell'autoritarismo paterno ed il nuovo prototipo di "mammo", che per poter accedere al mondo dei figli deve trapiantarsi i seni piuttosto che mantenere una propria specifica sensibilità maschile. L'antica rigidità di un padre che delegava l'educazione e gli aspetti accidentati alle donne che rimanevano in casa, era in qualche modo, secondo l'autore, un elemento di chiarezza e questa riconoscibilità di ruolo si è persa per strada.

D'Elia (2017), a tal proposito, cita la Argentieri che parla di "padri materni", espressione recente di padri che non rinunciano all'accudimento della prole e ad una espressione anche fisica dell'affettività maschile. Questi padri hanno aperto sulla scena sociale e su quella psicologica nuovi scenari nelle relazioni genitoriali e nell'allevamento dei figli, non senza conseguenze, però, sullo sviluppo psicofisico dei bambini e sulla costruzione di identità maschili e femminili forti e definite,

ostacolati dallo sfumare delle differenze, che sono una premessa edipica per una identificazione maturativa.

Recalcati (2016) approfondisce la teoria di Lacan che, alla fine degli anni 60, parlava di *evaporazione del padre*, ritenendo che *l'occidente abbia ridotto la paternità a pura connotazione naturale, biologica, senza essere anche paternità psicologica, emotiva e simbolica*. Secondo Lacan *la società senza il padre è un'aggregazione di persone incapaci di reggere le ferite della vita e il figlio che non incontra l'insegnamento paterno, non sa più cosa fare di tutta l'energia che sente dentro di sé, destinata a cambiare il mondo, e rischia di dirigerla non in senso trasformativo, ma distruttivo, contro di sé o contro gli altri. Relegando in secondo piano la figura e la funzione del padre, anche i concetti dell'etica vengono disattivati: il dovere è considerato quasi una brutta parola; il diritto, dal canto suo, perde il suo lato scomodo, di ciò che dobbiamo agli altri, per diventare esclusivamente acquisitivo: ciò che gli altri devono a noi. Secondo la teoria di Lacan, se nascerà un essere umano nuovo, che avrà riscoperto il padre, si tratterà di un essere umano con una spina dorsale, che sa bene che non avrà nessun amore, piacere, sicurezza, se non sarà capace di perdere, di assumersi la responsabilità, da persona adulta, di questo amore, dei suoi piaceri, e della sicurezza necessaria al benessere suo e degli altri.*

La "crisi del padre", secondo le riflessioni di Andolfi (2001), sarebbe dovuta ad un momento di passaggio rispetto a tale figura. L'autore, nel suo libro, descrive un padre antico definendolo "padre pallido", metafora che ben rappresenta una figura paterna assente, periferica, assorbita dal lavoro, che lo hanno reso in passato passivo e marginale rispetto al proprio ruolo genitoriale. Le riflessioni dell'autore si collocano come momento di rottura rispetto a tanto pallore, in favore di un'immagine più nitida, maggiormente attiva e desiderosa di partecipare alla vita familiare, ma ancora carente di chiarezza. Oggi i padri stanno "rientrando in casa", con il compito di riappropriarsi di aspetti affettivi ed educativi che però fanno fatica a gestire, avendo avuto modelli generazionali totalmente differenti.

Ne deriva, così, l'immagine di un padre fragile e in difficoltà, orfano di modelli forti a cui aggrap-

parsi e vittima dello stereotipo del ruolo materno.

Il "vuoto" di padre spesso è paradossalmente sostenuto da un "pieno" di madre, con una funzione ipertrofica, ipercoinvolta nella relazione con i figli.

Garfield (2017) spiega come il mondo sia cambiato profondamente negli ultimi 50 anni e oggi gli uomini, in particolare i giovani padri, incontrano una serie di difficoltà connesse a quello che viene definito il "codice maschile", ovvero l'insieme di regole esplicite ed implicite, di credenze sociali, di orientamenti, che fanno riferimento a come un uomo debba comportarsi per essere definito un "uomo di successo". Questo codice contiene al suo interno una lista di comportamenti attesi come: dominanza, controllo emotivo, indipendenza, prestanza fisica, riserbo, concretezza che, secondo l'autore, sono pressoché rimasti immutati negli Stati Uniti ed in gran parte dell'Europa, negli ultimi 200 anni, e gli uomini che vi si sono conformati hanno raggiunto potere prestigio e privilegi, gli altri, invece, sono andati incontro a dure conseguenze e ne vediamo alcuni esempi negli episodi di bullismo. A causa del codice maschile a cui ancora oggi sono soggetti, gli uomini sembrano trovarsi in una condizione di bilico tra due mondi: uno in cui è richiesto loro un maggiore coinvolgimento affettivo, emotivo, soprattutto rispetto ai figli, e un altro in cui è richiesto che ostentino la veste più superficiale di "uomini veri", in accordo con il codice maschile. Questo disaccordo interiore espone gli uomini all'alta possibilità di sviluppare tutta una serie di sintomi come: disagio nella relazione coniugale, rabbia, depressione, dipendenza, incapacità di controllo degli impulsi, difficoltà di relazione con i figli.

Recalcati (2013) afferma che la crisi attuale della figura paterna comporta l'insorgere nei figli di un "complesso di Telemaco". Telemaco è il personaggio della mitologia greca da prendere come emblema della situazione infantile odierna. Presentato da Omero nell'Odissea, è il figlio di Ulisse, in fiduciosa attesa del ritorno del padre a Itaca, come colui che può ripristinare la Legge della parola nella notte dei Proci.

Le giovani generazioni di oggi assomigliano a Telemaco: domandano che qualcosa faccia da padre, che qualcosa torni dal mare, chiedono una legge che possa riportare un nuovo ordine e un

nuovo orizzonte nel mondo.

Infatti, se da una parte l'autorità del padre è tramontata, dall'altra segnali sempre più insistenti giungono dalla società civile, dal mondo della politica e della cultura, a rilanciare una pressante domanda di padre.

Il padre come figura di attaccamento

Le teorie psicologiche dell'intersoggettività hanno dimostrato quanto il bambino nasca dotato di tutta una serie di competenze innate che lo preparano sin da subito ad entrare in relazione con gli adulti, a discapito di quanto affermato dalle più antiche teorie psicoanalitiche che ritenevano che il neonato instaurasse un legame simbiotico solo con la propria madre, "il primo e più importante oggetto dell'attaccamento, in quanto biologicamente predisposta a rispondere ai comportamenti del figlio", citazione di Bowlby, ripresa da Andolfi (2001), e che solo l'ingresso successivo della figura del padre potesse spezzare tale legame e preparare il bambino alle interazioni col mondo.

Il bambino quindi, secondo le più recenti teorie dell'intersoggettività, nasce biologicamente "preadattato" ad instaurare relazioni sociali sia con la madre che con altri esseri umani. Egli non è passivo e totalmente dipendente dalla madre ma in grado di stimolare e di rispondere fin da subito alle interazioni sociali (Stern, 1987).

Secondo Stern i neonati cominciano a sperimentare il senso del Sé fin dalla nascita poiché sono predisposti ad essere coscienti dei processi di autoorganizzazione. Essi non sperimenterebbero mai un periodo di indifferenziazione fra il Sé e l'Altro e non esisterebbe qualcosa come una fase simbiotica che, piuttosto, è secondaria all'acquisizione di altre conquiste. Difatti le esperienze di unione sono il risultato positivo dell'attività di organizzazione dell'esperienza del Sé che sta con un Altro anziché il prodotto passivo di un fallimento della capacità di differenziarsi dall'altro. La simbiosi è dunque concepita come il punto di arrivo e non di partenza.

Stando a quanto appena esposto è possibile fare due considerazioni: 1) qualsiasi persona, non necessariamente la madre, in grado di prendersi cura ed offrire la protezione di cui necessita il bambino, può diventare la sua figura di attaccamento prin-

cipale e maggiore responsabile del suo sviluppo; 2) la capacità di offrire cura e protezione da parte della figura di attaccamento, qualunque essa sia, è influenzata da molti fattori e non può prescindere, per esempio, dalla rete di relazioni in cui la diade è inserita (Attili, 2001).

A fronte di queste valutazioni è facile immaginare come anche il padre, nelle primissime fasi di vita del bambino, possa rappresentare una figura di attaccamento ed un elemento fondamentale per la costruzione dei MOI (modelli operativi interni) del bambino, che lo guideranno nelle esperienze relazionali future. Il padre può instaurare con il piccolo una relazione caratterizzata da quel calore e quel supporto carenti nella relazione madre-bambino e può altresì rappresentare, secondo la Attili, una figura di protezione e di ulteriore incremento dell'attaccamento prevalente già in atto con la madre, qualora questo non fosse sicuro. A tal proposito l'autrice espone due modelli utili a descrivere la funzione paterna come fattore di trasformazione dell'attaccamento infantile: un *modello compensativo* ed un *modello protettivo*.

Secondo il modello compensativo se una madre ha una modalità relazionale e di attaccamento di tipo insicuro e il padre invece, sicuro, la relazione padre-bambino può andare a compensare il danno che ne deriverebbe dalla relazione madre-bambino. Dunque, qualora le figure riconosciute come *caregiver* siano due, queste sono reciprocamente compensative nel loro stile genitoriale. L'importanza della figura del padre rispetto al bambino, secondo questo modello, sta nel potersi porre come un *fattore di trasformazione* di quelli che sono i modelli operativi interni di attaccamento della madre, influenzando positivamente dapprima la relazione di coppia e trasformando così anche la stessa relazione madre-bambino. Un padre sicuro al fianco di una moglie insicura incide positivamente sulla qualità della relazione con la sua *partner* rendendola così anche più efficace nelle modalità di risposta alle richieste del bambino.

Il modello protettivo riprende quanto affermato nel precedente modello approfondendo l'aspetto che l'adattamento positivo o negativo del bambino può essere ricondotto ad un meccanismo mentale complesso, che vede i modelli mentali di entrambi i genitori influenzarsi reciprocamente in

una dialettica circolare. I modelli interni di ogni genitore influenzerebbero l'attaccamento nella coppia romantica e contemporaneamente la relazione con il bambino. Se il partner A è una figura di attaccamento sicuro nella coppia romantica e il partner B insicuro, quest'ultimo potrà essere influenzato positivamente dalla relazione di coppia con il partner B divenendo a sua volta una figura positiva per il bambino. Quindi i modelli mentali di ciascun genitore "influenzano la loro relazione di coppia, la relazione che ognuno ha con il proprio figlio, e la relazione che ha il coniuge con il bambino" (Attili, 2001). Se nella coppia è presente un partner con modelli operativi interni sicuri questi prevarranno nei meccanismi di condizionamento sull'altro.

In altre parole, afferma ancora la Attili (2017), alcuni "padri moderni" riescono a porsi come una base sicura per la propria partner, riuscendo a costruire con lei una relazione basata sull'affidabilità, l'attenzione, la protezione, portando le madri perfino a rivedere i propri nuclei interni e le rappresentazioni che hanno di se stesse, nel caso si tratti dell'immagine di un sé inadeguato. Avere accanto un uomo solido e sicuro e sentirsi protetta e sostenuta da un punto di vista affettivo, consente alla donna di dedicarsi al figlio più serenamente, nella consapevolezza di poter contare su un legame di coppia resistente.

Padri in terapia familiare

Per molto tempo i padri sono rimasti nell'ombra rispetto alla possibilità di coinvolgersi in prima persona nella ricerca di aiuto professionale in merito ai problemi di un figlio, come se non fosse possibile per loro autorizzarsi a prendersi cura della parte emotiva di sé che, per ragioni sociali, hanno sempre dovuto reprimere, e che attraverso una terapia familiare sarebbe emersa (Andolfi, 2017). Gli uomini, dunque, hanno preferito per lungo tempo restare in retroguardia mentre le madri, più determinate ed attive, richiedevano aiuto per i propri figli. Oggi invece, osserva Andolfi, i padri appaiono più recettivi e motivati, soprattutto quando la posta in palio è molto alta e, per esempio, i figli presentano disagi seri e drammatici o quando loro stessi riconoscono di aver perso stima nei propri confronti, mascherando per lungo tem-

po malesseri divenuti profondamente dolorosi.

Oggi, osservano Cirillo, Selvini e Sorrentino (2017), siamo davanti alla riscossa di tanti padri che in passato, psicoterapeuti e osservatori, avevano bollato come deboli, assenti, "mammi" ecc. Gli autori sottolineano come ci ritroviamo di fronte, nella pratica clinica, a padri attivi protagonisti nella metà dei casi rispetto alla richiesta di aiuto di un figlio problematico.



Selvini ha condotto una ricerca, alla fine degli anni 90 e replicata nel 2016, in cui venivano confrontati i padri in terapia con i padri degli specializzandi della scuola di psicoterapia (dunque padri non in terapia), cercando così di studiare il "fenomeno padre". Confrontando le due ricerche fatte l'una a distanza di circa 15 anni dall'altra, si è potuto rilevare un consistente aumento di interesse e partecipazione da parte dei padri alla terapia e attualmente la situazione rispetto alla richiesta di terapia per le problematiche di un figlio è la seguente:

- nel 15% dei casi la richiesta è condivisa da entrambi i genitori;
- nel 26% dei casi il richiedente prevalente è il padre;
- solo nel restante 59% la protagonista esclusiva è la madre.

I dati restano pressoché gli stessi se prendiamo in considerazione le famiglie divise, essendoci oggi un nuovo modo di vivere la separazione che vede, nella maggior parte dei casi, entrambi i genitori co-responsabili della prole.

Nella prima ricerca condotta da Selvini, risalente agli anni 90, si era giunti ad una classificazione dei padri in tre categorie:

- **padri tradizionali:** autoritari e distanti, delegano alla madre l'accudimento e l'educa-

zione dei figli, provvedendo principalmente al sostentamento economico ed entrando nel merito solo delle decisioni più importanti riguardanti la prole. Non hanno una relazione personale diretta con i figli, soprattutto nella loro prima infanzia;

- **padri di transizione:** padri che iniziano ad occuparsi dei propri figli nell'accudimento e nell'educazione, ma che mantengono un ruolo subalterno ed inferiore rispetto alle madri;
- **nuovi padri:** condividono equamente, con la propria moglie, la responsabilità genitoriale.

Confrontando queste categorie di padri, emerse dallo studio degli anni 90, con i padri dell'ultima ricerca replicata lo scorso anno, gli autori hanno evidenziato quanto segue: i padri tradizionali sono crollati dal 60% al 24%; i padri di transizione sono esplosi al 76% mentre nella prima ricerca risultavano essere uno su tre; non si incontrano ancora nuovi padri all'interno delle stanze di terapia.

Il tutto, spiegano Cirillo, Selvini e Sorrentino, va di pari passo con cambiamenti nell'assetto delle famiglie, dove calano le coppie tradizionali in cui la madre non lavora fuori casa ed aumentano le coppie a doppia carriera (alcune volte con una carriera più importante della madre). In questo nuovo quadro di riferimento i padri tradizionali vanno scomparendo nella pratica clinica e i padri di transizione si rivelano una migliore risorsa in terapia, di quanto fossero nel passato. I "mammi", osservano gli autori, paiono essere un importante fattore di protezione se sono quasi assenti nella pratica clinica!

Padri più presenti oggi, quindi e che rappresentano maggiormente una risorsa in terapia. Quanto siano cambiati loro nella società, più pronti, disposti a mettersi in discussione e a giocare la partita in campo piuttosto che in panchina e quanto, invece, i terapeuti sono diventati più capaci di valorizzarli, è un quesito che gli autori lasciano aperto ad una riflessione. Di certo sono attivi entrambi i fattori!

Secondo Andolfi (2001), la reintegrazione del padre nel contesto terapeutico costituisce un potente fattore di cambiamento per tutta la famiglia. Ciò che in ambito clinico risulta essere una consa-

pevolezza forte è che, in una società come quella che viviamo oggi, nella quale ci si trova di fronte alla *maternalizzazione* della figura paterna e ad una estensione inglobante di quella materna, deve essere ricercata in terapia una sana relazionalità nella coppia, che deve permettere a padre e madre di trovare nuovi punti di equilibrio rispetto ai ruoli e funzioni da rivestire¹. La rigidità dei ruoli parentali, infatti, conduce ad una polarizzazione ed una divisione rigida dei generi in cui padri distanti ed impositivi fronteggiano madri inglobanti ed ipercoinvolte nella vita familiare e dei propri figli.

Dunque Andolfi ci pone davanti alla considerazione di quanto il piano della *genitorialità* sia strettamente connesso al piano della *coniugalità* e di quanto le funzioni di padre, figlio e coniuge siano tra loro strettamente connesse, al punto da determinare, dalla loro articolazione dinamica, il funzionamento della famiglia. Elementi, questi, da non trascurare in ambito terapeutico.

Se, per esempio, un uomo resta ancorato alla propria famiglia d'origine, attendendosi ancora da lì ogni forma di accudimento e facendo la stessa cosa con la propria coniuge, che dovrà occuparsi di lui da un punto di vista emotivo, mediando persino nei rapporti con la sua famiglia d'origine, sarà difficile che riesca ad esercitare una funzione paterna positiva, poiché è difficile, pressoché impossibile, fare da figlio nella propria famiglia d'origine, da figlio nella relazione coniugale e, contemporaneamente, riuscire ad essere realmente padre con il proprio figlio. Tale difficoltà raggiunge il suo apice alla nascita del figlio, momento in cui i bisogni del bambino sono talmente prioritari da portare ad una crisi profonda della coppia se il marito ha emotivamente sposato una madre più che una moglie.

La crisi nella coppia e nella funzione genitoriale paterna è tanto più probabile quanto più ci si trova davanti ad un *figlio cronico* (Andolfi, 2003) piuttosto che ad un uomo che riveste la funzione

¹ La riflessione di Andolfi, risalente al 2001, è stata ripresa da Cirillo, Selvini, Sorrentino (2017) che parlano, in riferimento ad una ricerca svolta da Selvini nel 2016, di una attuale macrocategoria di padri che restano psicologicamente tradizionali, cioè subalterni alla madre nell'educazione dei figli, facendo riferimento ai concetti esposti da Andolfi nel 2001 in merito all'argomento e, dunque, ancora attuali.

di padre. La condizione di figlio cronico è quella che si manifesta quando un individuo non riesce a fare il salto evolutivo necessario per la conquista di un ruolo adulto, restando bloccato nella posizione di figlio in una fase di sviluppo personale.

Se da un lato della coppia vi è un figlio cronico, dall'altro è probabile che ci sia una donna che ha appreso con diligenza a fare da madre in ogni circostanza nella propria famiglia d'origine, secondo l'implicita convinzione che i maschi (padri, fratelli, mariti) "non cresceranno mai" e necessiteranno sempre di una donna super efficiente e super responsabile che si occupi di loro, capace di compensare l'*immaturità genetica* del genere maschile, da cui sono "affetti" (Andolfi, 2001).

Ecco che, in questo modo, si vengono a creare coppie rigidamente composte e polarizzate nella distribuzione di compiti e responsabilità, sia genitoriali che coniugali, che non permettono quell'interscambio, compensazione e reciprocità di funzioni, richieste oggi dalla società ed importanti, secondo Andolfi, affinché i padri possano sperimentare con i propri figli nuovi sentimenti e responsabilità paterne che le precedenti generazioni non conobbero.

Secondo l'autore il nuovo auspicabile quadro familiare, che vede padre e madre giocare la partita della crescita dei figli nella stessa squadra, scambiandosi i ruoli quando necessario e mantenendo una posizione simmetrica tra loro, richiede terapeuti elastici, pronti a tale cambiamento, che seguano alcuni assunti di base, come:

- non dare per scontato un unico modello di mascolinità e, di conseguenza, di paternità;
- riconoscere ed accettare le diversità di tipologie di famiglie e, quindi, di paternità, arricchendo così la pratica clinica. Oggi, infatti, si ha sempre più a che fare con famiglie separate, ricostituite, monogenitoriali, omogenitoriali;
- avere un atteggiamento curioso e fare del contesto terapeutico un campo di ricerca empirico ed eccezionale, dove si possano ricercare, esplorare e comprendere le nuove modalità di essere padre;
- scoprire nella paternità una risorsa per poter innescare cambiamenti in tutto il sistema familiare.

Come sottolineano Cirillo, Selvini e Sorrentino

(2017) citando William Doherty, le tre virtù che un terapeuta deve possedere sono: la partecipazione, la prudenza e il coraggio e uno dei campi in cui deve maggiormente dimostrare il proprio coraggio è nel cercare di "agganciare" alla cura anche gli uomini, i padri, malgrado questi possano apparire ostili e riluttanti all'idea, anziché accontentarsi di prendere in carico solo le mogli, spesso più disposte ad interrogarsi su come intervenire per recuperare il benessere del figlio.

Oggi, quindi, la ricerca di "nuovi padri" verso cui ancora si è in viaggio, ci pone di fronte alla ricerca di "nuovi terapeuti", che superino l'abitudine consolidata di terapie parallele madre/figlio e siano pronti a coinvolgere il paterno, superando gli ostacoli interni fatti di pregiudizi e risonanze accecanti.

Bibliografia

- Andolfi, M. (a cura di) (2001). *Il padre ritrovato*. Milano: Franco Angeli.
- Andolfi, M. (2003). *Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare*. Roma: A.P.F.
- Andolfi, M. (2017). Scacco matto al re. Come reinventare il padre. *Terapia familiare. Rivista interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, 113, 13-38.
- Attili, G. (2001). Il padre come contesto di attaccamento nello sviluppo del bambino. In M. Andolfi (Ed), *Il padre ritrovato* (pp. 41-57). Milano: Franco Angeli.
- Attili, G. (2017). Il ruolo del padre e l'evoluzione della paternità. *Terapia familiare. Rivista interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, 113, 39-51.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. Vecchi e nuovi padri per vecchi e nuovi terapeuti. *Terapia familiare. Rivista interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, 113, 121-142.
- D'Elia, A. (2017). Le ombre dei padri. *Terapia familiare. Rivista interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, 113, 161-177.
- Garfield, R. (2017). Infrangere il codice maschile. *Terapia familiare. Rivista interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, 113, 52-65.
- Recalcati, M. (2013). *Il complesso di Telemaco*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Recalcati, M. (2016). *Jacques Lacan. La clinica psicoanalitica: struttura e soggetto*. Milano: Cortina Raffaello.
- Stern, D. N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.

Psicologia del Lavoro: metodologia del colloquio di selezione

Tiziana Azzarito

Psicologa del Lavoro Direttrice dell'Organismo Formativo Cesiform - Foggia

Riassunto

La Psicologia del Lavoro fa riferimento alle relazioni tra persona, lavoro e contesti organizzativi con riguardo ai fattori personali, interpersonali e situazionali che intervengono nella costruzione delle condotte individuali e collettive. La selezione del personale è una funzione fondamentale per lo sviluppo economico dell'organizzazione e determina la qualità delle persone che vengono inserite in azienda, da cui dipendono l'efficienza e la potenzialità delle aziende stesse.

Parole chiave: *selezione del personale, colloquio individuale, colloquio di gruppo, assessment center, test psicometrici.*

Introduzione

La psicologia del lavoro e delle organizzazioni è quella branca della psicologia che si occupa dello studio dei comportamenti delle persone all'interno del contesto lavorativo, in particolare quei comportamenti che riguardano il ruolo, i compiti da svolgere, i risultati da ottenere e le modalità relazionali che le persone mettono in atto nel proprio lavoro.

Occorre tuttavia sottolineare che, sebbene la Psicologia del Lavoro e la Psicologia delle Organizzazioni siano due discipline unite nel loro complesso, si differenziano per le seguenti peculiarità:

- la psicologia del lavoro si occupa principalmente della “risorsa uomo” e quindi dell'analisi psicologica delle interazioni tra individuo ed attività lavorativa;
- la psicologia delle organizzazioni si occupa dell'analisi psicologica del comportamento di individui e gruppi in relazione al funzionamento delle organizzazioni intese come delle entità a sé, con i propri bisogni e necessità, tra i quali anche il **benessere economico**.

Una delle prime applicazioni della psicologia del lavoro è quella della selezione del personale,

ovvero il processo in cui vengono accertate le caratteristiche individuali di una potenziale risorsa nello svolgimento di determinati compiti all'interno dell'organizzazione: è finalizzata ad individuare le persone più adatte per incarichi o posti di lavoro, valutando sia le competenze attuali che il potenziale ancora inespresso.

La selezione del personale

Quando si parla di selezione del personale solitamente si pensa a quel processo finalizzato all'inserimento di un individuo in azienda, a copertura di una determinata posizione lavorativa. Tuttavia il processo di selezione si presenta, oggi, come qualcosa di molto complesso: le organizzazioni sono realtà dinamiche: l'imperativo è trasformarsi continuamente.

Permeata ad ogni livello dell'azienda, questa cultura del continuo divenire, implica, anche in sede di selezione, che i candidati ricercati non debbano possedere solo le caratteristiche specifiche per ricoprire un determinato ruolo, ma abbiano le “potenzialità” per diventare, insieme all'azienda, “qualcosa di più” o semplicemente di diverso rispetto a quello per il quale sono stati assunti.

Il processo di selezione viene normalmente preceduto da una attenta e dettagliata *Job Analysis* in cui vengono definiti i contenuti e i requisiti della mansione.

L'iter selettivo si articola, poi, in una serie di fasi coordinate e si esplica mediante l'utilizzo di vari strumenti che differiscono per la quantità ed il tipo di informazioni che forniscono.

Nella forma più generale, questo processo comprende tre momenti principali:

- **IL RECLUTAMENTO:** ovvero la ricerca organizzata di candidati tra i quali scegliere la persona da inserire nel contesto organizzativo. Terminata la raccolta delle candidature po-

tenzialmente interessanti, si passa alla fase di *screening* condotto attraverso l'esame dei curricula e dei questionari di dati biografici. Il reclutamento si conclude invitando i soggetti ad un primo contatto diretto con l'organizzazione.

- LA VALUTAZIONE: ovvero l'esame dei candidati al fine di deciderne l'inserimento lavorativo in azienda. Possono essere utilizzate, anche congiuntamente, differenti metodologie:
 1. Colloquio/intervista Individuale e di Gruppo - scambio di informazioni faccia a faccia tra il rappresentante dell'organizzazione e il candidato/i. Può essere di diversi tipi: di screening, psicologica e/o tecnico-professionale.
 2. Assessment Center - rilevazione delle caratteristiche comportamentali e delle qualità individuali che una persona deve possedere per ricoprire quel determinato ruolo in una determinata organizzazione.
 3. Test Psicometrici - test cognitivi (di intelligenza, attitudinali e di profitto o conoscenza) e i test non cognitivi (tecniche proiettive e test di personalità).
- L'INSERIMENTO: rappresenta l'ultima fase del processo di selezione in cui avviene l'inserimento nel contesto organizzativo del candidato risultato idoneo a ricoprire la posizione in oggetto: è un momento molto delicato sia per l'organizzazione sia per l'individuo coinvolto.

fessionale. Tale approccio può dipendere dalle caratteristiche personali di chi conduce la selezione o può far parte di una strategia creata appositamente per studiare le reazioni dell'interlocutore.

Il colloquio di gruppo è caratterizzato dalla presenza di più candidati che partecipano contemporaneamente allo stesso incontro di selezione, tenuto da uno o più esaminatori.

È uno strumento volto a indagare e misurare le attitudini sociali e relazionali del candidato all'interno di un gruppo: la *leadership*, la capacità persuasiva, l'abilità di rapportarsi con gli altri e di ascoltare, di mediare, di negoziare, di sostenere ed argomentare i propri punti di vista, la gestione del conflitto, la capacità critica e decisionale.

I selezionatori si collocano in posizioni strategiche nella stanza, osservano i singoli partecipanti e le dinamiche messe in atto e possono intervenire per guidare o indirizzare i candidati nella discussione.



Gli elementi perturbanti del colloquio

Durante il colloquio il valutatore può incorrere nelle distorsioni di giudizio.

Una generica componente di distorsione è presente infatti in qualunque giudizio, perché esso è legato a un fattore percettivo e quindi a una visione della realtà filtrata soggettivamente da chi valuta.

Effetto alone

È uno degli errori di valutazione più diffusi. Questa distorsione consiste nella tendenza ad attribuire al candidato un giudizio complessivamente

Colloquio/intervista individuale e di gruppo

Il colloquio individuale è lo strumento di selezione maggiormente utilizzato dalle imprese, specie quelle di piccole o medie dimensioni. Si svolge singolarmente e può ripetersi più volte con diversi interlocutori.

Gli stili ed i "toni" del colloquio possono essere differenti a seconda del selezionatore che lo conduce: può essere accattivante ed amichevole oppure rigido e critico o ancora distaccato e pro-

te positivo o negativo, poiché una sua caratteristica specifica (abbigliamento, modo di relazionarsi, tono della voce), considerata positiva o negativa, ha influenzato il nostro giudizio a tal punto da estendere quel particolare tratto ad altri attributi dell'individuo inficiando il giudizio complessivo.

Effetto indulgenza/severità ed effetto di tendenza centrale

L'effetto indulgenza si verifica frequentemente quando l'azienda ha bisogno di inserire subito un nuovo dipendente, per un aumento improvviso del carico di lavoro, pertanto si rischia di scegliere una persona non perfettamente in linea con il ruolo, ma subito disponibile.

L'effetto severità invece è più frequente quando si devono selezionare alti profili, in cui gli standard di selezione sono molto elevati; in questo caso - se il profilo del candidato non è verosimilmente quasi identico al profilo ideale - il candidato non viene scelto.

Un errore simile ai due precedentemente esposti è quello denominato effetto di tendenza centrale che consiste nell'aver la tendenza ad attribuire al candidato solo i valori medi della scala di valutazione, ossia di assegnare i valori centrali della scala senza sbilanciarsi su valori alti o bassi.

Effetto *primacy* ed effetto *recency*

Un altro errore piuttosto frequente è l'effetto *primacy*, determinato dalla "prima impressione". Il selezionatore tende a dare un peso maggiore alle prime informazioni che riceve, che saranno anche quelle che ricorderà in maniera più precisa quando dovrà esprimere un giudizio finale complessivo.

Le informazioni che invece acquisisce successivamente vengono trascurate o comunque non viene data loro la giusta rilevanza.

L'effetto *recency* riguarda la tendenza a ricordare solo la parte finale del discorso del candidato, soprattutto quando le ultime informazioni hanno valore positivo.

Effetto equazione personale ed effetto di contrasto

Il selezionatore, se non attento ai possibili errori, potrebbe valutare positivamente i candidati che

possiedono caratteristiche simili alle sue e negativamente chi ha caratteristiche diverse.

Un modo per ridurre questo rischio è utilizzare, contemporaneamente al colloquio, anche uno strumento standardizzato come i test, in modo tale da avere un canale ulteriore, oggettivo, di valutazione. Inoltre, per limitare l'effetto di equazione personale sarebbe preferibile che la valutazione fosse condotta da più di un selezionatore, in modo da ridurre la soggettività del giudizio.

L'effetto di contrasto si verifica quando il selezionatore viene influenzato da osservazioni fatte precedentemente e non prende nella giusta considerazione quelle del momento attuale, ossia del candidato che ha di fronte.



Impostazione iniziale prevenuta

L'esaminatore opera una selezione preconcepita di alcuni tratti e di alcune esperienze del candidato escludendone altre sulla base, ad esempio, di ciò che è emerso dal curriculum vitae. È possibile che l'idea che l'esaminatore si è costruito leggendo il curriculum vitae influenzi eccessivamente l'andamento del colloquio, poiché potrebbe leggere le informazioni che vengono esposte dal candidato come dati in linea o meno con l'immagine iniziale che si era costruito a partire da quanto riportato nel c.v.

Oltre alle distorsioni proprie del valutatore devono essere tenute in considerazione anche le distorsioni provocate dal valutato stesso. Chi si presenta a un colloquio di lavoro cerca un lavoro appunto, pertanto è molto probabile che tenterà di essere compiacente o più in generale di piacere

al selezionatore, dando risposte socialmente più accettabili, fenomeno conosciuto come “desiderabilità sociale”.

Assessment Center

L'*Assessment Center* è una metodologia di valutazione più innovativa rispetto alla tradizionale intervista ed è largamente utilizzata per la selezione e la valutazione del potenziale di uno o più candidati, di profili professionali complessi nonché per la mobilità interna del personale. Si tratta di un percorso di selezione che, a differenza delle altre metodologie, si articola in un arco temporale più lungo (due o tre giorni) e utilizza differenti tecniche valutative somministrate da più valutatori, consentendo confronti tra i risultati e raggiungendo quindi valutazioni più oggettive.

L'*AC* è costituito generalmente da un insieme di esercitazioni cosiddette “situazionali” che richiedono il raggiungimento di obiettivi in una data situazione e che si propongono di misurare gli aspetti comportamentali del/dei candidato/i.

L'*AC* si rivela un utile strumento predittivo per individuare quell'insieme di caratteristiche attitudinali e comportamentali di un individuo che influenzeranno inevitabilmente la sua capacità di coprire un dato ruolo professionale. Il *focus* di osservazione non è il comportamento in sé, ma quello che sottintende in termini di caratteristiche personali, attitudini e potenzialità.

Tale tecnica permette al selezionatore di individuare i candidati più idonei, osservando le competenze, le abilità e i comportamenti del soggetto rispetto agli obiettivi che l'azienda si prefigge di raggiungere.

La scelta degli strumenti da inserire nel processo è fatta in funzione delle specifiche aree da indagare, del numero e livello professionale dei candidati, degli obiettivi ultimi dell'*AC* oltre che dei tempi e delle risorse disponibili per la realizzazione del processo.

Le aree da indagare sono quattro:

1. area dei rapporti con la variabilità: come si impara e come ci si adatta al cambiamento;
2. area intellettuale: soluzione dei problemi complessi, soluzione dei problemi operativi, flessibilità di pensiero, innovazione;
3. area manageriale: rapidità e frequenza di

decisione, capacità di decisioni “rischiose”, capacità organizzativa;

4. area relazionale: gestione dei rapporti con i colleghi, gestione di situazioni “critiche”, integrazione in un gruppo.

L'elemento fondamentale del processo di valutazione del potenziale è il colloquio, solitamente posizionato a metà o al termine dell'*AC*.

Le esercitazioni dell'*AC* vengono molto spesso create ad hoc e possono dividersi in individuali (*In-basket - Case Presentation - Targeted Interview - Questionari comportamentali/test di personalità - Checklist (auto)valutativa*) o **di gruppo** (*Dinamica di gruppo*) queste ultime possono essere competitive o cooperative, a ruoli liberi o assegnati; possono inoltre, simulare situazioni e finalità diverse quali ad esempio: analizzare e risolvere uno o più problemi; valutare alternative; prendere delle decisioni; organizzare delle attività; impostare un progetto; svolgere un negoziato; presentare dati e proposte.

Test psicometrici

I test (attitudinali, di personalità-*Big Five Questionnaire*, analisi dei casi, esercitazioni tipo “*in basket*”, *role playing, business game*, ecc.) sono prove strutturate e standardizzate finalizzate alla misurazione di particolari abilità o capacità nello svolgere potenzialmente compiti definiti e circostanziati.

Bibliografia

- Gabassi, P.G. (2007). *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.
- Novara, F. & Sarchielli, G. (1996). *Fondamenti di Psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino.
- Schön Donald, A. (1999). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo.
- Argentero, P. (2001). *L'intervista di selezione*. Milano: Franco Angeli.
- Del Pianto, E. (2004). *Assessment center. Tecniche e strumenti per il valutatore*. Milano: Franco Angeli.

Note

Errata corrige. Il presente contributo risulta accettato per la pubblicazione sul numero di Dicembre 2016 della Rivista e pubblicato sul numero di Giugno 2017 per mero errore tecnico.

Stalking al Femminile: Una review di letteratura

Anna Convertini*, Cosimo Damiano Traetta*, Antonella Rita Fanizza*, Ignazio Grattagliano*

*Dipartimento di scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli studi di Bari Aldo Moro

Riassunto

Questo lavoro, che ha il profilo di una review di letteratura, si prefigge lo scopo di approfondire lo stalking, un fenomeno di difficile identificazione, ponendo soprattutto attenzione alla donna stalker. L'intento è quello di tratteggiare il profilo della donna stalker, delineare i comportamenti che connotano il female stalking, analizzando anche dove le donne differiscono dalla loro controparte maschile nella psicopatologia, nelle motivazioni e nelle condotte.

Parole chiave: *stalking, stalking al femminile, delirio erotomanico, psicopatologia.*

Introduzione

La difficoltà definitoria dello stalking sia in ambito giuridico che scientifico è legata al fatto che attualmente tale fenomeno non indica un unico comportamento agito dal molestatore circoscrivibile puntualmente ma si riferisce ad una serie di condotte reiterate che non sempre di per sé rappresentano la commissione di un reato come, ad esempio, la pratica del corteggiamento (De Fazio, 2012). Importante è la definizione che ne danno Pathè e Mullen i quali affermano che lo stalking è caratterizzato da una costellazione di comportamenti messi in pratica da un individuo su di un altro basati su intrusioni e comunicazione ripetute ed indesiderate (Phatè & Mullen, 1997). Dal canto loro Westrup e Fremouw notano un'assenza di accordo in letteratura circa la definizione dello stalking. I due autori sono del parere che il termine "stalking" venga utilizzato per indicare indiscriminatamente una vasta gamma di comportamenti (Westrup & Fremouw, 1998). Proprio per questo motivo, Westrup ritiene che la condotta dello stalking sia definita da uno o più comportamenti che:

1. Sono diretti ripetutamente verso uno specifico individuo (il bersaglio);
2. Sono vissuti dal bersaglio come indesidera-

ti ed intrusivi

3. Sono utilizzati per innescare paura o preoccupazione nel soggetto assunto come bersaglio (Westrup, 1998)

Una delle definizioni di particolare interesse per finalità psichiatrico forense è quella di Krammer e coll. secondo cui il fenomeno descrive "un comportamento patologico che è caratterizzato da ripetute persecuzioni, molestie, minaccia di aggressione o aggressione agita verso una persona" (Krammer et al., 2007)

Prevedendo dunque lo stalking una vasta gamma di comportamenti complessi, Galezzi e Curci hanno proposto una vera e propria concezione sindromica dello stalking, interpretato come patologia della relazione. In particolare la "sindrome delle molestie assillanti" è costituita da tre componenti necessarie:

1. il molestatore che commette il reato di molestie assillanti e viola la privacy della vittima;
2. una serie ripetuta di comportamenti e non un singolo evento poiché il fenomeno è connotato da ripetitività, insistenza e intrusività;
3. la pressione psicologica sulla vittima (Galezzi & Curci, 2001).

Le condotte che definiscono lo stalking sono state tratteggiate in base alla definizione del reato di atti persecutori, introdotto nel Codice Penale italiano con l'articolo 612-bis e punibile con la reclusione da 6 mesi a 4 anni. Il reato in questione è caratterizzato da tre elementi costitutivi:

1. la condotta del reo;
2. la reiterazione della condotta;
3. l'insorgere di un particolare stato d'animo nella vittima.

Tuttavia la stessa nozione di "reiterazione" costituisce un problema perché non ci sono indicazioni precise da parte del legislatore circa il numero di atti persecutori necessari affinché si

configuri la fattispecie delittuosa. Il tribunale di Roma per mezzo di una sentenza emanata il 4 febbraio 2010 n° 3181 ha stabilito che affinché si configuri la fattispecie non sono sufficienti solo due episodi di aggressione. Discordante è invece la valutazione dei giudici di legittimità poiché la Suprema Corte di Cassazione, per mezzo della sentenza del 21 gennaio 2010 n°6417, ha precisato che anche due sole condotte di minaccia o molestia in quanto idonee a costituire la reiterazione richiesta dalla norma incriminatrice, integrano il reato di atti persecutori (Delpino, 2012). Un altro problema considerevole è rappresentato dalla dimostrazione dell'esistenza di un nesso di causalità giuridicamente rilevante tra condotte persecutorie ed evidente peggioramento dello stato psico-fisico della vittima. Il riscontro di tale rapporto di causalità è ancor più ostico in psicopatologia forense poiché l'esordio, il decorso e gli esiti di numerosi disturbi psichici non sono sempre ben definiti oppure hanno una genesi pluri-fattoriale (Barbieri & Lugazzo, 2007).

Collins e Wilkas hanno descritto una vera e propria sindrome nella vittima di stalking, definita S.T.S. ovvero Stalking Trauma Syndrome e connotata da aspetti simili ad altri profili psicopatologici quali il Disturbo Post-Traumatico da Stress o la Sindrome del Rapimento (Rocca et al., 2010). Inoltre viene presentata una caratteristica sintomatologia HOPELESSNESS (mancanza di speranza futura), HELPLESSNESS (assenza di possibilità di aiuto) e WORTHLESSNESS (senso di inadeguatezza e auto-svalutazione), (Loretu et al., 2004). Nella quasi totalità delle vittime, le molestie assillanti determinano modifiche nel loro modo di gestire la vita quotidiana. Lo stato emotivo d'ansia, stress e paura può determinare un peggioramento delle prestazioni lavorative; il maggior senso di vulnerabilità e di insicurezza causato dalle ripetute intrusioni del molestatore possono creare la sensazione di vivere in un ambiente scarsamente protetto. In uno studio condotto da Pathè e Mullen si è riportato che l'80% delle vittime di atti persecutori riscontrava un aumento del livello d'ansia e dello stato di allerta mentre nei casi accertati di Disturbo Post-Traumatico da Stress prevalevano ricordi spiacevoli e ricorrenti degli eventi vissuti, disturbi del sonno e sintomi di ipervigilanza. Il 25% delle vittime ha manifestato

idee suicidarie mentre in un quarto dei soggetti si è notato un aumento del consumo di sostanze alcoliche e spesso si sono manifestati quadri di sofferenza psicosomatica. In molti casi si è notata la permanenza di sintomi ansiosi e depressivi anche per molto tempo dopo la fine delle condotte persecutorie soprattutto nei casi in cui questi sono state accompagnate da minacce di violenza fisica (Monzani, 2011).

epidemiologia del fenomeno: male e female stalking a confronto

Ciò che stupisce oggi non è tanto il palesarsi di condotte reiterate e assillanti quanto il fatto che a porre in essere queste condotte siano le donne, una specie di categoria protetta nell'ambito della quale sembra impossibile che vengano a realizzarsi comportamenti devianti, considerati di esclusivo appannaggio della classe maschile ma, il female stalking non è raro. Confrontando studi condotti in tre continenti, Spitzberg ha individuato che i maschi vittime di stalking andavano dal 2 al 13% dei casi mentre le donne diventavano vittime dall'8 al 32% delle volte (Grattagliano et al., 2012). Hines et al. hanno riportato che 23 uomini su 79 che si erano rivolti ad un helpline statunitense, nonché il 29,1% di coloro a cui sono state rivolte domande relative all'essere state vittime di comportamenti di stalking, hanno riferito che le loro compagne li avevano perseguitati (Hines et al., 2001). Il rischio di diventare vittima di stalking nel corso della vita è stato studiato anche negli Stati Uniti, Australi e Gran Bretagna con la conclusione che la probabilità spazia dall'8 al 15% per le donne e dal 2 al 4% per gli uomini (Mullen et al., 2000). Zona et al. hanno riscontrato che il 32% dei soggetti accusati di tale reato (N=24 su 74) ed esaminati grazie ad un'unità specializzata anti-stalking erano di sesso femminile e 6 di esse sono state considerate erotomani (Zona et al., 1993). Alte percentuali emergono dalle Criminal Court Population come quella condotta da Herman et al. e durata quattro anni, dal 1994 al 1998. In questo studio si è riscontrato che il 33% degli stalkers è di sesso femminile (N=16 su 48). (Alfarano et al., 2012). In uno studio realizzato da Sheridan et al. la somministrazione di un questionario formato da 46 item a 95 vittime di

stalking afferite ad un centro di promozione sociale e sanitaria con sede a Londra, ha messo in luce che il 7% delle vittime era di sesso maschile (Sheridan et al., 2001).

Focus on female stalking

Per quanto concerne il female stalking, questo presenta molti elementi peculiari ma le differenze tra lo stalking agito da uomini e quello agito da donne sono meno rilevanti di quanto si possa credere (Alfarano et al., 2012). Dennison e Thomson hanno messo in evidenza l'esistenza di poche differenze nel modo in cui gli individui di sesso maschile e femminile valutano i comportamenti molesti ed intrusivi. Generalmente per gli uomini le condotte di stalking comprendono minacce volte a danneggiare una persona che tendono ad aumentare nel corso del tempo; mentre le donne definiscono genericamente lo stalking come insieme di azioni il cui intento è causare paura, danno fisico o psicologico, a prescindere dal tipo di molestie e dalla loro frequenza. Spesso, tra l'altro, le donne si riconoscono come vittime di atti persecutori (Dennison & Thomson, 2002). Anche Sheridan et al. hanno individuato una relativa somiglianza nel modo in cui uomini e donne interpretano le condotte di stalking. Tuttavia per gli uomini non rientrano sotto questa denominazione i comportamenti di "corteggiamento" come i fischi di apprezzamento o l'offrire un caffè in un bar ma i comportamenti "borderline" come l'incapacità di accettare la rottura di una relazione e perseverare in visite non gradite o quelli "verbalmente osceni" come i commenti relativi alla sessualità e l'utilizzo di un linguaggio non appropriato (Sheridan et al., 2002). Dennison inoltre ritiene che, rispetto alle donne, gli uomini tollerano in misura maggiore le minacce e la paura che ne può derivare (Dennison, 2007).

Nonostante sia gli uomini che le donne possono mettere in campo atti persecutori (Sinclair & Frieze, 2000) alcuni autori hanno dimostrato che le donne considerano le molestie più seriamente quando l'autore del reato è di sesso maschile (Davis & Freize, 2002). Infatti la condotta delittuosa è considerata più grave quando il carnefice è un uomo e quando la vittima è una donna (Phillips et al., 2004).

Comportamenti agiti dalla donna stalker

Nonostante la frequenza con cui le donne si impegnano in condotte di stalking, pochi studi hanno preso in considerazione i contesti in cui tale forma di reato prende forma oppure se le stalker differiscono dalla loro controparte maschile. Tuttavia in questa direzione si sono mossi Purcell et al. che in uno studio hanno confrontato 190 stalkers afferenti ad una clinica di salute mentale divisi in 40 donne e 150 maschi in cui è stato possibile comparare i comportamenti agiti da entrambi i sessi nell'attualizzazione delle condotte persecutorie (Tab. I)

TABLE 2. Methods of Harassment of Women and Men Referred to a Community Forensic Mental Health Clinic as a Result of Their Stalking Behavior

Harassment Method	Women (N=40)		Men (N=150)		Analysis	
	N	%	N	%	χ^2 (df=1)	p
Following	20	50.0	117	78.0	12.3	0.001
Intrusive approaches	31	77.5	128	85.3	1.4	0.23
Telephone calls	39	97.5	110	73.3	10.8	0.001
Letters/faxes/e-mail	28	70.0	95	63.3	0.6	0.43
Sending unsolicited material	20	50.0	71	47.3	0.1	0.76
Property damage	13	32.5	60	40.0	0.8	0.38
Threats	20	50.0	89	59.3	1.3	0.24
Threats against others	12	30.0	56	37.3	0.8	0.36
Assault	9	22.5	55	36.7	2.9	0.09

Tab. I: Metodi usati nell'attuazione di molestie da parte di donne e uomini che si sono rivolti ad una clinica forense di salute mentale

Fonte: Purcell R., Pathè M., Mullen P.E., (2001): "A study of women who stalk". In *American Journal Psychiatry*, 158:2056-2060.

Le autrici di reato di stalking sono più propense a molestare il partner tramite chiamate telefoniche (97,5%), approcci intrusivi (77,5%) e lettere, fax ed e-mail (70,0 %) (Purcell et al., 2001). Risultati simili provengono dallo studio di Meloy et al. condotto su 82 donne stalker. L'età delle donne considerate autrici di reato, sulla base di quanto previsto dal Codice Penale della California, erano d'età compresa tra i 18 e i 58 anni. Gli schemi comportamentali utilizzati per perseguire la vittima sono stati così classificati (Tab II.)

Table 1 Patterns of Pursuit Used by Female Stalkers

	n	%
Made telephone calls and/or left messages	68	83
Sent letters and unwanted gifts	63	78
Drove by home, office, or school	59	73
Trespassed on property	56	69
Followed the victim	40	49
Expressed affection	39	48
Intruded on victim's family, friends, or coworkers	34	42
Intruded in private interactions	27	33
Vandalized victim's property	25	31
Used surveillance techniques	22	27
Attempted to break and enter	21	26
Stole or damaged victim's possessions	15	19
Involved victim in unwanted activities	13	16
E-mailed victim	11	14

Total percentage exceeds 100% because multiple patterns of pursuit were used by many stalkers. In the first variable, N = 82; all others, N = 81.

Tab. II: Schemi di persecuzione usati da donne stalker

Fonte: Meloy J.R., Boyd C., (2003): "Female stalkers and their victims" in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*; 31:211-19.

Anche in questo caso la maggior tendenza è quella di molestare tramite chiamate telefoniche o l'invio di messaggi (83%), comportamento seguito dallo spedire lettere o regali non desiderati (78%) mentre solo in pochi casi (19%) la stalker arrivava a rubare o danneggiare oggetti di proprietà della vittima (Meloy & Boyd, 2003). Spitzberg et all.hanno considerato la differenza tra 24 tattiche usate da 314 studenti di un college (don-

ne: N=212, uomini: N=129) dimostrando che in modo significativo più uomini (19%) che donne (10%) arrivano ad assumere comportamenti persistenti ed indesiderati tanto da indurre la vittima ad avvertire tali azioni come minacciose (Tab III).

Le donne tendono a monitorare costantemente la propria vittima (47%) oppure a invadere i suoi spazi (29%), la sua proprietà (18%) a differenza degli uomini che tendono ad agire maggiormente inviando messaggi non desiderati alla vittima (59%) o attraverso manifestazioni affettive esagerate (47%) (Spitzberg & Cupach, 2007). Un'indagine condotta in Italia ha avuto come obiettivo quello di verificare se esiste ed eventualmente in che misura una realtà diversa rispetto a quella fondata esclusivamente sui pregiudizi e luoghi comuni per comprendere se anche la popolazione maschile può essere vittima di varie forme di violenza da parte del genere femminile. Alla ricerca hanno partecipato un totale di 1058 soggetti di varie aree geografiche italiane d'età compresa tra i 18 e i 60 anni. Il campione maggiormente rappresentato è quello di fascia d'età compreso tra i 40-49 anni seguito dal campione di soggetti d'età compresa tra i 30-39 anni. Dall'analisi emerge che il genere di violenza maggiormente

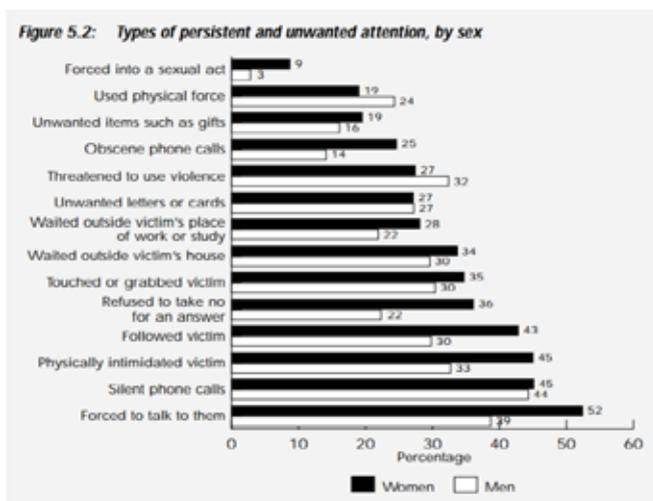
	F (%)	M (%)	T (%)
Unwanted messages	43	59	49
Monitoring	47	34	42
Exaggerated affection	35	47	39
Unwanted gifts	22	43	30
Intruding in interactions	26	30	28
Invading personal space	29	25	28
Intruding on friends/family	29	24	28
Following around	27	21	25
Invading property	18	13	17
Covertly obtaining information	21	19	20
Steal/damage possessions	12	6	10
Physically restraining	9	12	10
Physically hurt	11	4	9
Sexually coercing	9	9	9
Involving in activities	6	9	8
Threaten to hurt self	7	8	8
Threaten verbally	6	7	6
Showing up at places	5	5	5
Physically threaten	6	3	5
Threaten others	3	6	4
Regulatory harassment	2	4	3
Threatening objects	2	4	3
Kidnap/restrain	2	3	3
Physically endanger	1	2	1.5
Ever persistently pursued in a way that could be perceived as threatening	10	19	13

Tab. III : Condotte persecutorie agite da uomini e donne stalker

Fonte: Spitzberg B., Cupach W.R., (2007): "The state of the art of stalking: taking stock of the emerging literature". In *Aggression and violent behavior*; 12 (1):64-86.

subito dagli uomini è quella psicologica: risulta essere elevata la percentuale di donne che insultano e umiliano o provocano sofferenza con le parole (75,4%). Ampiamente rappresentata è la violenza psicologica agita per mezzo di minacce trasversali, considerando che nel 47,1% dei casi la donna agisce distruggendo o danneggiando beni. Nel 31,9% dei casi la stalker perpetra le sue aggressioni per mezzo di messaggi, e-mail, telefonate o regali indesiderati mentre nel 32,2% dei casi la vittima è stata insistentemente oggetto di richieste di dialogo e confronto contro ogni volontà. Lo studio chiarisce che il 31,9% del campione dichiara di aver subito almeno un atto persecutorio ad opera di una donna nel corso della propria vita (Macri et al 2012). Uno studio realizzato da Bjerregaard utilizzando come popolazione di riferimento un campione di studenti universitari ha consentito di rilevare che sia uomini (11%) che donne (25%) sono stati vittime di stalking ad un certo punto della loro vita. Complessivamente i comportamenti più comunemente utilizzati dagli stalker di entrambi i sessi sono le chiamate telefoniche e il cercare contatti diretti. Tra coloro che erano stati chiamati dai loro stalker, il 69,2% delle vittime di sesso femminile ha riferito di aver ricevuto una richiesta di un contatto personale diretto da parte del suo persecutore mentre questo accade per le vittime di sesso maschile nel 33,3% dei casi. Tra gli uomini che avevano ricevuto e-mail il 14,3% ha riferito di esser stato il destinatario di lettere scritte con ritagli di giornale mentre il 57,1% riceveva e-mail in cui era espresso il desiderio esplicito da parte della donna di sposarlo, stesso desiderio dichiarato durante gli incontri diretti (33,3%) insieme a quello di avere rapporti sessuali (33,3%). (Bjerregaard, 2015). Differenze nei comportamenti agiti da stalkers uomini e donne sono state messe in risalto anche da Budd et al. (Tab. IV). SI è rilevato che tra le donne l'esperienza più comune è quella di essere state forzate a parlare con il proprio persecutore (52%) mentre tra le vittime di sesso maschile più frequente era la tendenza a ricevere chiamate in cui al telefono la stalker rimaneva in silenzio (44%). Inoltre le vittime di

sesso maschile son state più propense a riferire di aver subito minacce di violenza (32%), (Budd & Mettinson, 2000).



Tab. IV: Diversi tipi di attenzioni persistenti e non volute distinte a seconda del genere sessuale della vittima

Fonte: Budd T., Mattinson J. (2000): The extent and nature of stalking: findings from the 1998 British Crime Survey. In *Home Office Research development and statistics directorate*.

Tuttavia in uno studio di Mullen et al. si è rilevata una maggior frequenza di comportamenti violenti agiti da donne affette da erotomania nei confronti delle loro vittime, delle quali il 36% era stato aggredito, il 43% sessualmente attaccato e ad un'altro 36% era stata danneggiata la proprietà (Mullen & Pathè, 1994). La ricerca relativa alla violenza agita dagli stalker di sesso maschile ha dimostrato la presenza di una correlazione positiva tra il rischio di violenza e la precedente intimità sessuale con la vittima (Meloy et al, 2001).

Tale evidenza è stata confermata anche per le donne: il rischio di violenza interpersonale è moderato con gli ex partner, debole per i conoscenti e nullo per gli estranei. Anche in questo caso sembra che il rischio di violenza si affievolisca man mano che il rapporto tra parti si fa più vago e, questa evidenza, viene confermata dalle emozioni e le motivazioni alla base del female stalking (Tab. V)

di ricevere chiamate in cui al telefono la stalker rimaneva in silenzio (44%). Inoltre le vittime di

Table 2 Emotions and Motivations for Stalking

	n	%
Anger/hostility	49	63
Obsession	49	63
Rage at abandonment	34	44
Loneliness	29	37
Dependency	29	37
Jealousy	26	33
Betrayal	26	33
Sexual preoccupation	20	26
Retaliation	19	24
Need for power and control	15	19
Sexual intent	14	18
Attempted reconciliation	14	18
Projection of blame	13	17
Humiliation and shame	9	12
Social incompetence	9	12
Envy	9	12
Recent loss	7	9
Distress over divorce	5	6
Under the influence of alcohol/drugs	5	6
Distress over custody dispute	2	2
Grief	1	1

Tab. V: Emozioni e motivazioni dello stalking agito dalle donne

Fonte: Meloy J.R., Boyd C., (2003): “Female stalkers and their victims” in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*; 31:211-19.

Queste infatti comprendono ostilità (63%), ossessione (63%) rabbia per l' abbandono (44%), l'umiliazione e la vergogna per il tradimento (12%), la solitudine (37%), la gelosia (33%) così come anche il tentativo di riconciliazione (18%) o lo stress per il divorzio (6%), (Meloy & Boyd, 2003). Tuttavia in uno studio condotto da Tjaden et al. i risultati sono ben diversi (Tab. VI). Si è potuto constatare che gli uomini tendono ad essere nella maggior parte dei casi vittime di stalker sconosciute (36%) o semplici conoscenti (34%) a differenza delle donne che sono oggetto di atti

persecutori da parte di estranei solo nel 23% dei casi. Il sondaggio mostra infatti che le donne sono vittime di stalking soprattutto da parte di ex partner (38%) mentre gli uomini solo nel 13% dei casi son stati molestati da donne con cui hanno precedentemente avuto un legame intimo. (Tjaden & Thoennes, 1998).

Questo ci porta a concludere che a differenza degli uomini che spesso perseguitano la loro vittima per “ricostruire” l' intimità, le donne perseguitano le loro vittime per “costruire” l' intimità (Alfarano et al.).

Motivazioni e fattori determinanti la condotta di atti persecutori nelle donne

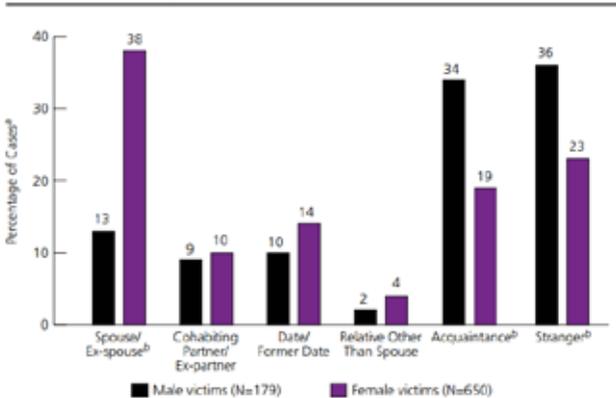
Cosa determina il female stalking? Innanzitutto in ambito forense molta attenzione è stata posta sull' erotomania, considerata una forma d' amore patologico sin dai tempi più antichi. Kraepelin ritiene che il delirio erotomanico “appare come un' espressione morbosamente trasformata del modo naturale attraverso cui il nostro cuore prova emozioni”, “una compensazione psicologica causata dalle delusioni della vita.” (Kraepelin, 1921). Meloy concettualizza il disturbo in maniera interessante e ne vengono ipotizzate due diverse forme: la prima forma, classica, indicata come erotomania delirante mentre la seconda come erotomania borderline. Quest' ultima viene considerata come una forma della sindrome non delirante nella quale un estremo disordine dell' attaccamento è evidente nella ricerca e nella possibile violenza verso il rifiutato oggetto d' amore.

Mentre nell' erotomania delirante non c' è una precedente relazione o vi è solo un fugace contatto, nella forma borderline c' è stata una storia di effettivo coinvolgimento: per la personalità organizzata a livello borderline, il rifiuto proveniente dall' oggetto d' amore evoca paura di

Tab. VI: Relazione tra vittima e persecutore

Fonte: Tjaden P., Thoennes N. (1998): “Stalking in America. Findings from the National violence against women survey”. In *U.S. Department of justice, National Institute of Justice*.

Exhibit 7. Relationship Between Victim and Offender



abbandono e rabbia (Meloy, 1989). Interessante è notare la somiglianza del comportamento tipico della donna erotomane adulta con quello dell'erotomane adolescente. Il primo caso presentato in questo ambito è quello di una ragazza di 13 anni, nera, che dopo aver manifestato deliri erotomanici contro l'insegnante e lo psichiatra da cui era in cura iniziò ad attuare comportamenti violenti quando i suoi tentativi di ricerca d'intimità venivano respinti. Vaidya et al. presentano invece il caso di un'adolescente stalker di 15 anni accolta dal Child and adolescent mental Health Service a causa di comportamenti violenti esibiti a danno di un'insegnante in seguito ai suoi numerosi tentativi di respingere le avances. In questo specifico caso i comportamenti aggressivi sono stati spiegati alla luce di un background familiare di provenienza caratterizzato da alti livelli di conflitto e violenza. Pertanto gli autori hanno concluso che le condotte di stalking non correlavano con disturbi mentali ma con problematiche causate da un'attaccamento insicuro (Carabellese et al, 2013). Tuttavia attraverso la ricerca di casi di stalking agiti dalle donne adulte è stato dimostrato che vi è una netta prevalenza di disturbi mentali rispetto alla popolazione di stalkers di sesso maschile (Catanesi et al, 2013). Questo viene dimostrato da vari studi. In particolare Meloy et al. hanno riportato nel loro campione esaminato una netta

prevalenza di disturbi dell'asse I e dell'asse II. Tra i disturbi dell'asse I il 20% delle donne ha avuto una diagnosi di disturbo delirante mentre il disturbo borderline era il più diffuso tra i disturbi dell'asse II (N=10 su 22) (West & Friedman, 2008). In uno studio condotto nel 2012 da Pomilla et al. è stata confermata la maggior incidenza per le stalkers di sesso femminile di disturbi di personalità del cluster B del DSM-IV-TR, soprattutto il disturbo borderline. Inoltre in un esiguo numero di stalkers è stato riscontrato un disturbo bipolare dell'umore in fase maniacale (Pomilla et al, 2012). Purcell et al. nel loro studio hanno riscontrato che il 45% delle donne manifesta un disturbo dell'asse I e nello specifico il 30% delle stesse riportava una diagnosi di erotomania (delusional disorders) seguita dalla diagnosi di schizofrenia (5%), disturbo bipolare (5%) e disturbo depressivo maggiore (5%). Disturbi di personalità sono stati rilevati nel 50% dei soggetti esaminati e tra questi i più rappresentati sono stati il disturbo borderline (15%), il disturbo dipendente di personalità (15%) seguiti dal disturbo narcisistico di personalità (7,5%), (Tab.VII). Inoltre nello stesso studio è stato possibile riscontrare che molte più donne stalkers sono motivate dal desiderio di stabilire un'intimità amorosa con il loro oggetto d'amore, (Purcell et al, 2001).

TABLE 1. Demographic, Clinical, and Criminal Characteristics of Women and Men Referred to a Community Forensic Mental Health Clinic as a Result of Their Stalking Behavior

Characteristic	Women (N=40)		Men (N=150)		Analysis		
	N	%	N	%	χ^2	df	p
Currently in a relationship	3	7.5	25	16.7	2.2	2	0.13
Currently employed	26	65.0	82	54.7	1.6	2	0.20
History of criminal offenses	7	17.5	64	42.7	10.1	1	0.001
History of violent criminal offenses	5	12.5	47	31.3	6.6	1	0.01
Concurrent psychopathology							
Substance abuse	3	7.5	42	28.0	8.1	1	0.005
Delusional disorders	12	30.0	37	24.7	0.5	1	0.49
Schizophrenia	2	5.0	17	11.3	1.4	1	0.23
Bipolar disorder	2	5.0	2	1.3	2.0	1	0.15
Major depressive disorder	2	5.0	3	2.0	1.1	1	0.29
Personality disorder	20	50.0	78	52.0	0.1	1	0.82
Stalking characteristics							
Prior relationship to victim							
Stranger	2	5.0	32	21.3	5.7	1	0.02
Intimate partner	9	22.5	42	28.0	0.6	1	0.43
Work colleague or customer	7	17.5	18	12.0	0.8	1	0.36
Casual acquaintance	6	15.0	33	22.0	1.0	1	0.33
Professional contact ^a	16	40.0	25	16.7	10.1	1	0.001
Victim of same gender	19	47.5	13	8.7	34.2	1	0.001
Motive: intimacy seeking	18	45.0	44	29.3	3.9	1	0.05

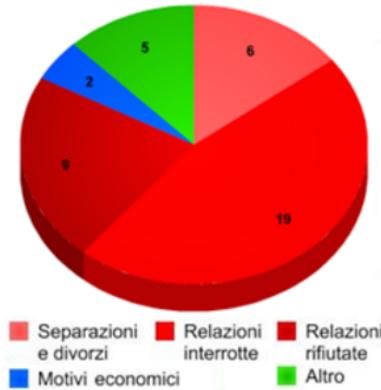
^a Mental health caregiver, teacher, or legal practitioner.

Tab. VII: Caratteristiche cliniche di donne e uomini afferiti nella clinica di salute mentale in seguito ai loro comportamenti di stalking

Fonte: Purcell R., Pathè M., Mullen P.E., (2001): "A study of women who stalk". In *American Journal Psychiatry*, 158:2056-2060.

Importanti risultati giungono anche da uno studio scientifico condotto da Nestola et all. a distanza di sei mesi dalla promulgazione della legge che sancisce l'introduzione del reato di stalking (Tab. VIII). In 41 casi di donne stalker esaminate, d'età variabile tra gli under 20 e gli over 50, i motivi che generano tale reato mettono in mostra l'importanza della relazione di coppia.

SEPARAZIONI E DIVORZI	6
RELAZIONI INTERROTTE	19
RELAZIONI RIFIUTATE, OMO ED ETERO	9
MOTIVI ECONOMICI	2
INVIDIE, VENDETTA, MOLESTIE VARIE	5



Tab. VIII: Principali motivi che inducono le donne ad agire condotte persecutorie

Fonte: Giordano G., Nestola F. (2009). In <http://violenza-donne.blogspot.it/2009/10/stalking-femminile-rapporto-marzo.html>.

Legami affettivi interrotti sono la principale causa di condotte persecutorie agite da stalker di sesso femminile (46%) seguiti da relazioni mai intraprese a causa di un rifiuto (23%) e da separazioni e divorzi (15%). Dal monitoraggio si è evinto che nel 58% dei casi la vittima è di sesso maschile ma è emerso anche che nel 37% dei casi esaminati la stalker agisce condotte persecutorie a danno della nuova compagna del proprio ex partner, motivata dal binomio invidia-vendetta, con l'intento di rendere al proprio ex compagno la vita difficile, creare ostacoli o destabilizzare l'equilibrio della nuova coppia sino, se possibile, a indurla alla rottura definitiva. Si origina così uno stalking indiretto con un bersaglio strumentale, nonché la nuova compagna e uno nascosto ma reale ed effettivo, ovvero l'ex partner (Giordano & Nestola, 2009).

Bibliografia

Alfarano, E., Grattagliano, I., Lisi, A., Stallone, V. (2010). "Lo stalking come vendetta". In: <http://www.amicacard.it/data/convenzionanti/upload/65820/Lo%20stalking%20come%20vendetta.pdf>

Alfarano, E., La Tegola, D., Carabellese, F., Catanesi, R. (2012). "Stalking al femminile: una review di letteratura". In *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno VI, n. 1.

Barbieri, C., Luzzago, A. (2007). "Il problema del nesso di causalità". In *Modena Group on stalking: percorsi di aiuto per le vittime di stalking*, Franco Angeli, Milano, pp. 85-90.

Bjerregaard, B. (2015). "An empirical study of stalking victimization". In Maiuro D.M., *Perspectives on stalking: victims, perpetrators and cyberstalking*, Springer publishing company.

Budd, T., Mattinson, J. (2000). "The extent and nature of

stalking: findings from the 1998 British Crime Survey". In *Home Office Research development and statistics directorate*.

Carabellese, F., Alfarano, E., Tamma ,M., La Tegola, D. (2013). "Violenza e ricerca di intimità in una giovane stalker: caratteristiche specifiche a confronto con stalkers adulte ed una breve review della letteratura". In *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno VII, n. 2.

Catanesi, R., Carabellese, F., La Tegola, D., Alfarano, E. (2013). "Coexistence and independence between a mental disorder and female stalking". In *Journal of Forensic Science*, vol. 58 n. 1.

Davis, K.E., Freize, I.H. (2002). "Research on stalking: what do we know and where do we go?". In : Davis K.E., Freize I.H., Maiuro R.D. *Stalking: Perspectives on victims and perpetrators*, Springer Publishing Company, NY.

De Fazio, L. (2012). "Gli atti persecutori: una nuova tipologia di reato per un antico comportamento", *Rassegna italiana di Criminologia*, Anno VI, n. 3.

Delpino, A. (2012). "Lo stalking tra diritto e criminologia: dall'analisi del reato all'interpretazione giurisprudenziale-forense del delitto di "atti persecutori (parte prima)", win.storiain.net/arret/num188/cattedra.asp.

Dennison, S.M. (2007). "Interpersonal relationship and stalking: Identifying when to intervene". In *Law and Human Behavior*, 31:353-367.

- Dennison, S.M., Thomson, D.M., (2002). "Identifying stalking: the relevance of intent in commonsense reasoning". In *Law and Human behavior*, Vol. 26, n. 5.
- Galeazzi, G.M., Curci, P., (2001). "Sindrome del molestatore assillante (stalking): una rassegna", *Journal of psychopathology*, 7 (4).
- Giordano, G., Nestola, F. (2009). In <http://violenza-donne.blogspot.it/2009/10/stalking-femminile-rapporto-marzo.html>
- Grattagliano, I., Cassibba, R., Greco, R., Laudisa, A., Torres, A., Mastromarino, A., (2012). "Stalking: un vecchio comportamento un nuovo reato. Riflessioni su undici casi accertati nel distretto giudiziario di Bari." In *Rivista di Psichiatria*, 47(1):65-72.
- Hines, D.A., Brown, J., Dunning, E. (2007). "Characteristics of callers to the domestic abuse Helpline for men". In *Journal of family violence*, 22:63-72.
- Kraepelin, E. (1921). "Frequency, causes, character of the disease". In *Manic-depressive insanity and paranoia*, E&S Livingstone, Edinburgh. Pp. 255-259.
- Krammer, A., Stepan, A., Baranyi, A., Kapfhammer, H.P., Rothenhauser, H.B. (2007). "The effects of stalking on psychiatrists, psychotherapists and psychologists. Prevalence of stalking and its emotional impact." In <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17106727>.
- Loretto, L., Milia, P., Nieddu, G., Nivoli, A., Nivoli, G.F., Nivoli, G (2004). "Aspetti clinici del danno psichico alle vittime dei molestatore assillanti." In *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 23(2), Masson Ed.
- Macri, P.G., Loha, Y.A., Gallino, G., Gascò, S., Manzai, C., Matriani, V., Nestola, F., Pezzuolo, S., Roto-li, G. (2012). "Indagine conoscitiva sulla violenza verso il maschile", *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, vol. VI-N. 3.
- Meloy, J.R. (1989). "Unrequited love and the wish to kill: diagnosis and treatment of borderline erotomania." In *Bulletin of the Menninger clinic*, vol. 53. N. 6.
- Meloy, J.R., Boyd, C., (2003). "Female stalkers and their victims" in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*; 31:211-19.
- Meloy, J.R., Davis, B., Lovette, J. (2001). "Violence risk factors among stalkers". In *Journal Threat assessment*, 1:1-16.
- Monzani, M. (2011). "Lo stalking: la sindrome delle molestie assillanti". In Monzani M. *Percorsi di Criminologia*, Libreriauniversitaria editore, Padova.
- Mullen, P.E., Pathè, M. (1994). "Stalking and the pathologies of love". In *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 28:469-477.
- Mullen, P.E., Pathè, M., Purcell, R. (2000). "The epidemiology of stalking". In *Stalkers and their victims*, Cambridge University Press.
- Pathè, M., Mullen, P.E (1997). "The impact of stalkers on their victims", *The British Journal of Psychiatry*, 170(1).12-17.
- Phillips, L. Quirk, R., Rosenfeld, B., O'Connor M. (2004). "Is it stalking?: Perceptions of stalking among College Undergraduates". In *Criminal Justice and Behavior*; vol 31, 1:73-96.
- Pomilla, A., D'Argento, A., Mastronardi, V.(2012). "Stalking: considerazioni clinico-criminologiche tramite i risultati di un contributo di ricerca". In *Supplemento alla rivista di psichiatria*, 47(4) 46-51.
- Purcell, R., Pathè, M., Mullen P.E., (2001). "A study of women who stalk". In *American Journal Psychiatry*, 158:2056-2060.
- Rocca, G., Zaccaro, A., Bandini T. (2010). "L'indagine psichiatrica forense sulla vittima di stalking: dagli atti persecutori al danno psichico". In *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno IV, n°3, Pensa MultiMedia.
- Sheridan, L., Davies, G., Boon, J. (2001). "The course and nature of stalking: a victim perspective". In *The Howard Journal*, vol. 40 n. 3.
- Sinclair, H.C., Frieze, I.H. (2000). "Initial courtship behavior and stalking: How should we draw the line?". In *Violence and Victims*, vol. 15 n. 1.
- Sheridan, L., Gillet, R., Davies, G.M. (2002). "Perceptions and prevalence of stalking: Identifying when to intervene". In *Law and Human Behavior*; 31:353-367.
- Spitzberg, B., Cupach, W.R., (2007). "The state of the art of stalking: taking stock of the emerging literature". In *Aggression and violent behavior*; 12 (1).64-86.
- Tjaden, P., Thoennes, N. (1998). "Stalking in America. Findings from the National violence against women survey". In *U.S. Department of justice, National Institute of Justice*".
- West, S.G., Friedman, S.H., (2008). "These boots are made for stalking: characteristics of female stalkers". In *Psychiatry (edgmont)*, 5(8)37-42.
- Westrup, D., (1998). "Applying functional analysis to stalking behavior". In Meloy R.J., *The Psychology of Stalking: Clinical and Forensic Perspectives*, Academic Press, San Diego, pp, 275-294.
- Westrup, D., Fremouw, W.J. (1998). "Stalking behavior: A literature review and suggested functional analytic assessment technology", *Aggression and Violent Behavior*; 3(3):255-274.
- Zona, M.A., Sharma, K.K., Lane J. (1993). "A comparative study of erotomaniac and obsessional subjects in a forensic sample". In *Journal of Forensic science*, 38:894-903.

La “Speciale Normalità” e il ruolo dell’insegnante di sostegno. Verso un reale processo di integrazione dell’allievo disabile

Sonia Rossetti*, Sara Seno**

*Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Dinamica Individuale e di Gruppo

**Psicologa

Riassunto

L’integrazione scolastica degli allievi con disabilità rappresenta ancora una sfida ed è lontana da essere garantita in modo adeguato per tutti. Sarebbe, dunque, consigliabile e desiderabile la ricerca di una prospettiva sociale e culturale, nella quale integrazione significa riconoscere, accettare e gestire la diversità con conseguente accettazione della specifica individualità, anche se essa è deficitaria.

In tale condizione, di fondamentale importanza è il ruolo dell’insegnante di sostegno, che non deve limitarsi solo alla didattica individualizzata ma deve essere l’elemento di congiunzione tra allievo, gruppo classe e istituzione scolastica. L’unico modo, infatti, per favorire un’inclusione reale degli allievi disabili, è la condivisione dell’esperienza da parte di tutti. Egli deve farsi fautore di una “Speciale normalità”, dove la competenza è messa a disposizione al fine di migliorare l’offerta formativa, e saper agire per limitare lo svantaggio in un clima di rispetto e fiducia.

Parole chiave: *integrazione, didattica, disabilità, insegnante di sostegno, individualità, competenza.*

Introduzione

La sempre maggiore partecipazione degli allievi con disabilità alla vita scolastica e comunitaria impone una grande riflessione su quanto è stato fatto e quanto ancora c’è necessità di fare al fine di dar loro gli strumenti per muoversi autonomamente nella società. La legge del 30 Marzo 1971 n° 118¹ segna l’inizio dell’obbligo scolastico

per gli allievi con disabilità. Da quel momento in poi ci sono stati continui sforzi di facilitare l’adattamento di tali utenti all’ambiente scolastico sebbene, come rileva Canevaro (2009), poche ricerche hanno valutato gli esiti del processo di integrazione per valutare in che modo questa sia stata favorita. Così, l’inserimento non può essere considerato un sinonimo di integrazione: in molti casi gli sforzi compiuti per individualizzare e personalizzare l’insegnamento si sono rivelati controproducenti sul piano della socializzazione; in altri, dove è stata privilegiata la dimensione della socializzazione, gli esiti si sono rivelati deludenti sul piano dello sviluppo delle abilità cognitive.

Sarebbe auspicabile l’adozione di una prospettiva culturale e sociale in cui integrazione significa riconoscere, accettare e gestire la diversità con conseguente accettazione della propria individualità, anche se deficitaria. Come sostiene Mulè (2013), la riduzione dell’handicap richiede una cultura di cambiamento che investa sia l’individuo con deficit che l’istituzione, al fine di individuare nuove condizioni di vita e convivenza.

È evidente che i disabili sono meglio inseriti in tutti quei contesti sociali più strutturati, organizzati, che vantano un maggior numero di strutture specialistiche e di specialisti, che offrono più opportunità di crescita e integrazione societaria. La scuola, pur essendo pubblica, deve rispondere alle condizioni sociali in cui opera e, ogni singola istituzione, conseguentemente, deve fare i conti con bisogni diversi in un contesto specifico.

“Ciò che conta non è il fatto che una persona in situazione di handicap trovi una collocazione all’interno dell’istituzione scolastica, quanto che le persone che intervengono nella relazione edu-

¹ Legge 30 marzo 1971, n. 118, “Conversione in legge del decreto legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili”.

cativa si sforzino di rispondere a quelli che si presume possano essere i bisogni specifici di questo alunno nel contesto in cui si trova. L'accoglienza è reale quando comporta piccoli adattamenti e il processo di insegnamento è efficace quando si adatta agli individui cui si rivolge" (Canevaro, 1999).

Non si può parlare, dunque, di integrazione se gli alunni in difficoltà fanno cose diverse dal resto della classe o, peggio ancora, vengono portati fuori dalla classe. È necessario che la didattica individualizzata non sia l'unico strumento per intervenire solo sull'allievo con disabilità ma possa essere propedeutica all'integrazione.

Per fare in modo che l'individualizzazione dell'insegnamento diventi funzionale all'integrazione, occorre costruire una nuova didattica. Questa "non mette i contenuti scolastici al centro del processo di insegnamento-apprendimento ma li riporta al loro giusto ruolo di stimolo percepibile e utilizzabile da tutti gli alunni" (Scataglini C., Camerotti S., Ianes D. 2008).

Non si tratta di sottovalutare il bisogno educativo speciale dell'alunno disabile, ma di soddisfarlo in un progetto che preveda la collaborazione di tutti. L'interscambio dei ruoli tra l'insegnante di sostegno e gli insegnanti curricolari è una condizione essenziale affinché l'insegnante di sostegno non venga considerato l'insegnante del disabile, ma una persona che ha il compito di creare un raccordo tra l'alunno disabile, i suoi compagni e i docenti della classe (Pavone A., 2001).

Lo scopo del presente contributo è delineare una panoramica del processo di inserimento dei disabili nella scuola pubblica, di come viene realizzata la didattica e favorita l'integrazione, di cosa ancora si può e si deve fare e del ruolo critico dell'insegnante di sostegno.

L'avvio del processo di integrazione in Italia

Sul finire degli anni Sessanta, grazie al movimento studentesco e alla forte mobilitazione politica e ideologica, si crearono le condizioni favorevoli per una iniziale partecipazione dei soggetti disabili fino ad allora inseriti in contesti separati, speciali e stigmatizzanti (Canevaro, 2009).

In ambito scolastico il documento Falcucci del

1975² cerca di delineare i fondamenti preliminari di un possibile processo di integrazione degli allievi disabili.

"La scuola proprio perché deve rapportare l'azione educativa alle potenzialità individuali di ogni allievo, appare la struttura più appropriata per far superare la condizione di emarginazione in cui altrimenti sarebbero condannati i bambini handicappati, anche se deve considerarsi coesistente una organizzazione dei servizi sanitari e sociali finalizzati all'identico obiettivo."

Bisogna attendere il 1992 per avere una legge specifica che identifichi e riconosca le condizioni di disabilità. In accordo con la Legge 104/1992³, le persone disabili sono persone affette da una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. Rientrano in questa categoria tutti coloro che sono affetti da patologie ingravescenti e progressive di origine organica, sensoriale e psichica. In tale gruppo rientrano patologie evolutive come l'autismo e il ritardo mentale che compromettono seriamente le possibilità di adattamento della persona (Rossetti & Seno, 2014).

Il 24 Febbraio 1994⁴, con Decreto del Presidente della Repubblica, viene deliberato il compito delle unità sanitarie in materia di disabilità che si traduce nella redazione di tre documenti:

- Diagnosi Funzionale del soggetto;
- Profilo Dinamico Funzionale;
- Piano Educativo Individualizzato.

La Diagnosi Funzionale, che include dati anam-

2 Ministero della Pubblica Istruzione (1975). Relazione conclusiva della commissione Falcucci concernente i problemi scolastici degli alunni handicappati.

3 Senato della Repubblica, (1992). *Legge - quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate n°104*.

4 Presidente della Repubblica (1994). Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994. "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap".

nestici, diagnosi clinica, descrizione delle aree di potenzialità del soggetto dal punto di vista funzionale (cognitiva, affettivo-relazionale, linguistica, sensoriale, motorio-prassica, neuropsicologica e dell'autonomia), è finalizzata al recupero dell'allievo disabile ed è redatta da specialisti medici e psicologici.

Il Profilo Dinamico Funzionale coniuga la descrizione funzionale dell'allievo in relazione alle difficoltà che sperimenta con l'analisi dello sviluppo potenziale dello stesso al fine di individuare obiettivi, attività e modalità del progetto di integrazione scolastica. Viene redatto dall'unità multidisciplinare sanitaria in collaborazione con docenti curricolari, docenti specializzati e familiari. Viene costituito all'atto della prima iscrizione a scuola, da verificare periodicamente e da rinnovare ad ogni fine ciclo scolastico.

Il Piano Educativo Individualizzato (PEI) viene redatto congiuntamente dal personale scolastico e da quello sanitario deputato all'integrazione, con la collaborazione della famiglia (Rossetti & Seno, 2014) e include i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché le forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche.

Gli anni che seguirono furono caratterizzati da un certo fermento istituzionale sfociato in continui dibattiti che in realtà non hanno cambiato per nulla la situazione. La situazione rimane statica fino al 2006 quando l'Osservatorio Ministeriale sull'integrazione scolastica riparte con la sua attività attraverso il progetto di ricerca-azione e autoformazione di alcuni istituti scolastici "I Care" e la stipula di un'intesa tra enti statali che favorisce una migliore presa in carico della disabilità attraverso l'introduzione della classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) che si propone come un modello di classificazione bio-psico-sociale decisamente attento all'interazione fra la capacità di funzionamento di una persona e il contesto sociale, cultu-

rale e personale in cui essa vive (Mulè, 2013)⁵.

Il ruolo dell'insegnante di sostegno

La figura dell'insegnante di sostegno viene introdotta con il D.P.R. 970/1975⁶, intesa come docente specialista, distinta dalle altre figure curricolari, e destinata all'integrazione scolastica degli allievi con disabilità.



Il passaggio da un'ottica di inserimento ad una di integrazione degli alunni in situazione di handicap nella scuola, ha reso necessario ridefinire la figura dell'insegnante di sostegno, delineando una serie di professionalità, conoscenze, competenze e atteggiamenti propri di un profilo professionale complesso. L'insegnante di sostegno non è soltanto l'insegnante dell'alunno disabile bensì un docente di sostegno all'intera classe, che ha il compito di favorire situazioni didattiche, formative e relazionali, mirate a realizzare il processo di integrazione in piena contitolarità con gli inse-

⁵ Per approfondimenti: ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l'inclusione. Erickson, Trento 2009. Ianes e Cramerotti: Usare l'ICF nella scuola. Spunti operativi per il contesto educativo. Erickson, Trento 2011.

⁶ Presidente della Repubblica (1975). D.P.R. n. 970 del 31/10/1975. Norme in materia di scuole aventi particolari finalità. Roma.

gnanti curricolari.

L'insegnante di sostegno deve possedere conoscenze specifiche sul disturbo e le sue manifestazioni, sui limiti associati al quadro clinico dello studente e integrare tali informazioni con un'osservazione attenta e mirata dell'alunno al fine di individuare gli interventi didattici e le strategie più adeguate ai suoi bisogni e alle sue potenzialità.

La posizione apparentemente marginale dell'insegnante di sostegno offre un punto di vista privilegiato sulle dinamiche relazionali all'interno della classe e sull'efficacia dei diversi approcci e delle strategie didattiche messe in atto. Spesso, però, la posizione marginale rimane tale e l'integrazione è solo un ipotetico obiettivo. L'integrazione per realizzarsi deve poter contare sulla collaborazione dei docenti curricolari e prevedere momenti didattici condivisi all'interno della classe, coinvolgendo l'insegnante che è responsabile dell'allievo disabile ma è anche uno specialista da cui tutta la classe potrebbero trarre beneficio.

La totale condivisione di responsabilità da parte di tutti i docenti del Consiglio di Classe è di fondamentale importanza nell'attuazione della Programmazione educativa individualizzata dell'alunno in situazione di handicap. Risultano privilegiate attività di gruppo che favoriscono l'inclusione come la cooperazione sia lasciando libertà a ciascuno di lavorare secondo i propri tempi che attraverso le potenzialità del tutoring tra pari.

È necessario creare il contesto ideale per mettere in atto risorse aggiuntive per l'individualizzazione e l'inclusione secondo il principio di "Speciale normalità" che prevede di adattare e arricchire l'offerta formativa e didattica ordinaria prima di introdurre, se necessario, risorse tecniche sempre più specifiche rispetto alla situazione di particolare disagio. La strategia della "Speciale normalità" dà priorità a quello che si fa normalmente per tutti gli alunni soddisfacendo quel bisogno di identità e di appartenenza che caratterizza tutti gli individui in fase evolutiva, in particolare quelli in situazione di "svantaggio", e porta alla "corresponsabilizzazione" di tutti gli attori coinvolti nel processo educativo. "Ragionare in termini allargati non vuol dire però coinvolgere chiunque, senza alcuna specifica e speciale for-

mazione e competenza necessaria. Qui sta l'inclusione dei principi attivi della specialità nella normalità. "Speciale normalità" vuol dire allora normalità più ricca, resa più competente, più capace di rispondere adeguatamente alla complessità dei Bisogni Educativi Speciali: per fare questo il lavoro dell'insegnante di sostegno è strategico e insostituibile. Il suo lavoro competente, e speciale, serve a rendere competenti e speciali i contesti della normalità educativa e didattica."(Ianes D. &Cramerotti S., 2009).

Se la programmazione individualizzata viene costruita senza conoscere la programmazione della classe si commette un gravissimo errore ai fini dell'integrazione. In molte situazioni l'individualizzazione è stata interpretata come sinonimo di separazione, di lavoro individuale condotto dall'insegnante di sostegno, dentro e fuori la classe. Bisogna "ricercare la massima individualizzazione delle attività garantendo nel contempo una effettiva inclusione nella classe" (Cottini L., 2004).

Per questo è necessario che i docenti di sostegno e i docenti curricolari lavorino insieme in maniera da poter selezionare obiettivi, contenuti e attività che possano essere scanditi secondo diversi livelli di difficoltà e che si pongano svariate finalità, tra le quali:

- Creare un clima inclusivo: la condizione imprescindibile per realizzare progetti di integrazione è che il disabile si senta "accolto" nella classe. Andrich e Miato, (Andrich S., Miato L., 2003) in un loro studio sulla inclusività delle classi, indicano cinque coordinate:
 1. l'alunno disabile deve rimanere in classe per il maggior tempo possibile;
 2. l'alunno disabile deve fare il più possibile le stesse cose che fanno i suoi compagni;
 3. l'alunno disabile deve il più possibile essere posto nelle stesse condizioni formative degli altri studenti;
 4. i migliori insegnanti di sostegno sono i suoi compagni;
 5. gli spazi di un'aula inclusiva devono essere ampi.
- Adeguate gli obiettivi del disabile agli obiettivi della classe: in base alla gravità

del deficit, i docenti possono scegliere il livello di semplificazione degli obiettivi che reputano più idonei per l'alunno disabile. Sarebbe molto più inclusivo permettere al disabile, ovviamente valutando le sue difficoltà specifiche, di seguire la stessa programmazione della classe ma semplificandone gli obiettivi. Questo sarebbe un modo per l'allievo di sentirsi più simile ai compagni e non solo disabile.

- Adeguare gli obiettivi della classe alle esigenze del disabile: la presenza in classe dell'alunno disabile può diventare un'opportunità positiva per tutti. Nel programmare le attività per la classe, non sempre si presta la dovuta attenzione alle esigenze del disabile e questo avviene soprattutto per tre motivi:

1. il rallentamento dei lavori della classe (i programmi sono ampi e non si può modificare il percorso o tornare indietro per aspettare il compagno più lento);
2. la convinzione che i diritti della maggioranza a svolgere il proprio programma siano prioritari rispetto ai diritti del disabile che è solo;
3. la convinzione di non avere nulla da guadagnare nel tornare indietro nel programma, nell'utilizzare modalità operative per la comprensione di concetti astratti, nell'aiutare alunni in difficoltà. (Celi F., 1999).

Purtroppo, non di rado le programmazioni diventano l'unico obiettivo didattico lasciando indietro non solo chi ha un handicap o disturbo specifico, ma chi ha bisogno di più tempo e studio per padroneggiare alcuni contenuti. Ecco che aspettare, non andare di fretta, diventa un modo per andare incontro allo stato di bisogno di qualcuno e anche di altri.

- Semplificare e organizzare i materiali di studio: il più delle volte i materiali didattici della classe non sono adatti all'alunno disabile. Le alternative sono due: o si fa ricorso a materiale strutturato facilmente reperibile presso distributori specializzati, oppure si utilizzano materiali non strutturati, semplificando e organizzando i materiali della classe. Sarebbe anche utile costruire

in classe il materiale necessario per l'apprendimento.

- Differenziare la mediazione didattica: utilizzare modalità diverse di presentazione dei contenuti costituisce sicuramente uno dei numerosi tentativi che l'insegnante può realizzare per migliorare le condizioni dell'apprendimento. Queste diverse modalità vengono denominate in letteratura come "mediatori didattici", intendendo tutto ciò che l'insegnante intenzionalmente mette in atto per favorire l'apprendimento degli alunni.
- Utilizzare metodi di insegnamento alternativi, anche mediati da pari: sono state realizzate molte ricerche, italiane e straniere, che dimostrano l'utilità dell'insegnamento mediato da pari con studenti con capacità e interessi diversi. Si tratta di una serie di modalità alternative di insegnamento, conosciuto come Peer Education, nelle quali gli studenti rivestono il ruolo di facilitatori dell'apprendimento dei compagni. L'insegnamento mediato da pari costituisce un ottimo modo per coinvolgere attivamente gli studenti nel loro apprendimento, cosa che spesso, con le modalità tradizionali e, soprattutto nel caso di studenti disabili, non accade. Dalle ricerche che sono state realizzate risulta che gli studenti ottengono migliori risultati, rispetto all'insegnamento tradizionale, sul piano cognitivo (lavorano di più, memorizzano meglio, sviluppano una maggiore motivazione e livelli superiori di ragionamento), sul piano relazionale (si creano rapporti di amicizia e la diversità viene rispettata) e sul piano psicologico (migliorano l'immagine di sé e il senso di autoefficacia e si sviluppa una maggiore capacità di affrontare le difficoltà e lo stress) (Johnson, D.W., Johnson, R.T. & Holubec, J.E. 1996).

Conclusioni

L'integrazione è una tematica affrontata da decenni quando si fa riferimento agli alunni che presentano disabilità, ma è lungi dall'essere realizzata in modo soddisfacente (Canevaro, 2007;

Ianes&Canevaro, 2008). Questo non perché all'interno dell'istituzione scolastica non ci sia personale competente, ma perché spesso tale competenza non viene sfruttata.

L'insegnante di sostegno è una risorsa preziosa per favorire una reale integrazione di allievi disabili. Se pensiamo a quante attività possono stimolare la cooperazione ci renderemmo conto di quanto ancora bisogna e si deve fare. La scuola nasce come agenzia di socializzazione ma se i "casi speciali" vengono educati in maniera separata dal resto della classe, quale integrazione sarà mai perseguibile? L'unico modo per favorire una reale inclusione è la condivisione dell'esperienza. L'integrazione o inclusione degli allievi svantaggiati va al di là della didattica e trova il suo terreno



di massima espressione nel contesto relazionale. Un allievo in stato di bisogno si sente realmente integrato quando è accettato dal sistema in cui è inserito, quando crede di poter dare il proprio contributo al gruppo, quando si sente trattato al pari dei compagni di classe (Rossetti & Seno, 2014). Il senso di autoefficacia personale positivo rimanda, in questo modo, un'idea di competenza, di riuscire al pari di altri, tale da permettere un superamento dei limiti e un'evoluzione personale. L'intera classe partecipa al processo di integrazione e solo in questo modo il disabile cessa di essere solo diverso per diventare uno tra gli altri.

Bibliografia

- Andric, S., & Miatto, L. (2003). *La didattica inclusiva. Organizzare un apprendimento cooperativo metacognitivo*. Trento: Erickson.
- Canevaro, A. (1999). *Pedagogia speciale*. Milano: Mondadori.
- Canevaro, A. (Ed.). (2007). *L'integrazione scolastica degli alunni disabili*. Trento: Erickson.
- Canevaro, A., D'Alonzo, L., & Ianes, D. (Eds.). (2009). *L'integrazione scolastica di alunni con disabilità dal 1977 al 2007*. Bolzano: Bozen-Bolzano University Press.
- Celi, F. (1999). Programmazione individualizzata e obiettivi della classe: come organizzarli? In Ianes D. & Tortello M., (Eds.) *La qualità dell'integrazione scolastica*. Trento: Erickson.
- Cottini, L. (2009). *Didattica speciale e integrazione scolastica*. Roma: Carocci.

Ianes, D., & Cramerotti, S. (2009). *Il piano educativo individualizzato. Progetto di vita*. Trento: Erickson.

Ianes, D., & Canevaro, A. (Eds.) (2008). *Facciamo il punto su... L'integrazione scolastica*. Trento: Erickson.

Johnson, D.W., Johnson, R.T., & Holubec, J.E. (1996). *Apprendimento cooperativo in classe: migliorare il clima emotivo e il rendimento*. Trento: Erickson.

- Mulè, P. (Ed.) (2013). *Pedagogia, recupero e integrazione tra teoria e prassi*. Roma: Armando Editore.
- Pavone, A. (2001). *Educare nelle diversità*. Brescia: La Scuola.
- Rossetti, S., & Seno, S. (2014). Bisogni Educativi Speciali. Diversità come potenzialità: Approcci metodologici per una didattica inclusiva *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 169-178. Doi: 10.14645/RPC.2014.2.480
- Scatagliani, C., Cramerotti, S., & Ianes, D. (2008). *Fare sostegno nelle scuole superiori*. Trento: Erickson.

La preoccupazione per la propria salute: dall'ipocondria alla cybercondria

Matteo Papantuono*, Claudette Portelli**

* Psicologo-psicoterapeuta, dirige l'OCD Clinic di Ancona.

** Psicologa e psicoterapeuta, specializzata in Terapia breve strategica.

Riassunto

Lo scopo dell'articolo è presentare una ricerca clinica relativa alla «**Cybercondria**». Il termine è stato utilizzato per la prima volta nel 2001 nel quotidiano britannico *The Independent*. Fa riferimento al disturbo di cui soffrono coloro che a causa dell'ossessione fobica avvertono un'eccessiva preoccupazione per il loro stato di salute fisica. Come risposta, costoro cercano le proprie rassicurazioni chiedendo ad esperti e alle persone vicine e/o avvalendosi delle nuove tecnologie e consultando compulsivamente internet. In questo modo, però, finiscono per complicare il loro quadro diagnostico poiché si aggiunge la dipendenza da internet e/o dal device utilizzato.

Il protocollo di trattamento messo a punto dai ricercatori del Centro di Terapia Breve Strategica di Arezzo, relativo a questo disturbo, risulta essere particolarmente efficace. Esso prevede il blocco del circolo vizioso mantenuto ed alimentato dalle tentate soluzioni fallimentari, sia quelle personali, sia quelle delle persone intorno. Attraverso tecniche focalizzate sul problema il paziente prende consapevolezza di cosa peggiora il problema e spontaneamente blocca le sue azioni disfunzionali. Successivamente viene indotto ad accettare la prescrizione del sintomo espletata sottoforma di check-up, affinché possa riprendere in maniera sana il controllo di sé e del suo corpo.

Parole chiave: *Cybercondria, internet, ossessione-compulsione, dipendenza, tentate soluzioni, prescrizione del sintomo.*

Dal 2013, con la pubblicazione del DSM-V, usare il termine *Ipocondria* è diventato obsoleto. L'APA lo ha sostituito con altre definizioni distinguendo il *Disturbo Da Sintomi Somatici* (caratterizzato da uno stato di eccessiva ansia a cui si associano sintomi somatici) e il *Disturbo Da Ansia Di Malattia* (costituito essenzialmente da ansia per la propria salute).

A fronte dei continui aggiornamenti del DSM, Frances Allen¹ a guida dell'APA nella costituzio-

ne della prima versione del DSM-V, dalla stessa APA oggi s'è allontanato diventando addirittura uno dei suoi più strenui e agguerriti oppositori. Sembra che, proprio nel periodo della sua carica, scopri dei rapporti tra l'APA e alcune lobby farmaceutiche che strumentalizzavano il DSM per i loro fini. Allen durante un'intervista pubblicata da *State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche* (Davi, 2013) sostiene che questo sistema mette avanti alla salute interessi egemonici. Egli afferma: «credo che la soluzione sia fermare il marketing delle case farmaceutiche che confonde i pazienti. **Ma non credo che le persone che lavorano per il DSM siano influenzate dalle case farmaceutiche**».

In questo lavoro, a prescindere dalle etichette proposte dai vari DSM e dalle polemiche, come insegna la migliore tradizione pragmatica, si eviteranno speculazioni poco importanti ai fini clinici. Il focus sarà posto su aspetti prettamente clinici.

Entrando nel merito del problema, si osserva che col processo di massificazione dei mezzi tecnologici digitali (internet e *device* che ne consentono l'accesso), *Le Malade imaginaire* di cui parlava Molière già nel settimo secolo (Powell, 2000) diventa il "cybercondriaco". «Alla comparsa del sintomo più mite, diciamo le labbra screpolate, balzo subito alla conclusione: forse è indizio di un tumore al cervello. O forse di cancro al polmone. In un caso ho pensato fosse mucca pazzo». Sono parole rilasciate da Woody Allen e pubblicate in un articolo sul quotidiano *New York Times* la Domenica del 12 Gennaio 2013 (D'Aria, 2013). Il regista confessa (ancora una volta) di essere un inguaribile ipocondriaco. Tale preoccupazione da

del Nord. Ha guidato la task force che ha pubblicato il DSM-IV ed è stato in precedenza membro del comitato che ha steso il DSM-III, di cui ha redatto la sezione sui disordini della personalità.

1 Attualmente è professore presso il Dipartimento di Psichiatria e Scienze comportamentali della Duke University School of Medicine di Durham, Carolina

una ricerca norvegese² sembra essere in connessione con il rischio di contrarre una vera e propria malattia cardiovascolare. La profezia lanciata dall'ipocondriaco si autoavvererebbe (Rosenthal, Jacobson, 1992). Lo studio, condotto in Norvegia e conclusosi nel 2009, dimostra che le persone con questo disturbo hanno avuto il 73% in più di possibilità di sviluppare malattie cardiache rispetto agli altri. Ciò dipenderebbe dall'eccessivo e dal continuo stato di stress causato dalla paura di avere o contrarre una malattia, che sembrerebbe predisporre le persone ad ammalarsi realmente di cuore.

In un successivo studio³ su 512 persone sane è stato dimostrato che le ricerche sanitarie *online* influiscono sullo stato emotivo dell'individuo. Al termine della ricerca si è concluso che la *Cybercondria* è l'equivalente in rete dell'ipocondria (Fergus, 2013). Nonostante i cambiamenti, nel presente come nel passato, in coloro che soffrono di questo disturbo restano inalterati aspetti quali le preoccupazioni per la propria salute, i timori e/o la convinzione basata sulla presenza di alcuni segni che interpretati diventano sintomi e prove di una grave malattia. Anche il "cybercondriaco", come il suo avo, è afflitto dalla spaventosa convinzione ingiustificata di avere una malattia, perciò si adopera cercando conferme da cui si aspetta di essere tranquillizzato. A differenze del passato, però, oggi sono cambiate le modalità con cui si ricerca la rassicurazione: mentre prima il malato si recava da medici e specialisti per fare visite e porre domande, nell'era *puntozero* il cybercondriaco è più autonomo, compie da solo le sue indagini avvalendosi dei mezzi tecnologici dei quali, soprattutto quando è colto dall'irrefrenabile bisogno di rassicurazione, proprio non riesce a fare a meno (Storm, Stone, Benjamin, 2016). Il poter monitorare costantemente i vari sintomi, il tentativo di

ricevere immediate risposte alle preoccupazioni, l'aiuto che in un primo momento sembra salvifico, sono azioni che finiscono per far radicare sempre più il problema. Tuttavia, come al solito, la debolezza di qualcuno diventa vantaggio per coloro che se ne approfittano. Ecco, infatti, pronte tante *app* sulla salute, molte delle quali gratuite e facili da scaricare anche sul proprio *smartphone* e grazie ad esse si può evitare anche di andare dal medico. Questi strumenti non si limitano all'auto-diagnosi, esse propongono anche terapie, consigliano rimedi e farmaci. Diventano il "medico" che in questo modo è sempre reperibile, inoltre, danno la sensazione di poter essere sempre aggiornati e di poterlo fare più velocemente e quando si vuole restando comodi da casa propria. **Ma, l'apparente e subitaneo beneficio che riscontra il malato, in breve, innesca un circolo vizioso che complica il quadro diagnostico. L'accesso ai contenuti medici *online* si trasforma in una vera e propria ossessione a cui si reagisce controllando, strutturando così un disturbo (Carr, 2010), come quello fobico-ossessivo: la paura e la convinzione di essere affetti da qualche brutta malattia, stimola il bisogno di reperire informazioni per sentirsi meglio. Così facendo aumentano i dubbi ossessivi che spingono a continuare con la ricerca compulsiva.**

Il termine *Cybercondria* è stato utilizzato per la prima volta nel 2001. In un articolo del quotidiano britannico *The Independent* si parlava di come «l'uso eccessivo dei siti medici in Internet finisce ad alimentare l'ansia e le preoccupazioni degli utenti a riguardo della propria salute». Nel tempo, tanti e non solo i medici, hanno riconosciuto il pericolo di questa pratica. Walter Kirn (2003) nel suo articolo *Let's Not Overanalyze This - Mind / Body Viewpoint* afferma che l'auto-diagnosi è un gioco folle. Ciononostante, negli USA otto persone su dieci si affidano alla rete quando sono preoccupati per il proprio stato di salute, mentre in Italia, nel 2012, il CENSIS⁴ ha rilevato che ben il 32% della popolazione sceglie il web per interpretare sintomi e riconoscere patologie prima di rivolgersi al medico di base o ad uno specialista. Questo comportamento si radica ancor di più con

2 Progetto di ricerca portato avanti dal National Health Screening Service dell'Università di Bergen e dai servizi sanitari locali, che ha coinvolto 7052 persone al Norwegian Hordaland Health Study (HUSK). Si tratta di uno studio osservazionale che si limita a fotografare un fenomeno e non trova un nesso di causa ed effetto. Per approfondimenti: <http://www.healthdesk.it/medicina/paradosso-ipocondriaco-ansia-fa-ammalare-cuore>

3 Condotta dal prof. Thomas A. Fergus del dipartimento di Psychology and Neuroscience, della Baylor University, Waco, Texas.

4 Centro Studi Investimenti Sociali è un istituto che opera a livello nazionale che si occupa di ricerca socio-economica.

l'ausilio della tecnologia, poiché si basa su autoinganni⁵ disfunzionali, quali:

- *avere controllo*, ma compiendo continue ricerche su internet si finisce per affidare se stessi alla macchina da cui si arriva a dipendere;

- *poter fare tutto all'istante* senza indugio e con poca fatica (Nardone, 2013), talvolta pur conoscendo l'alto prezzo da pagare;

- *poter restare comodi*. Facendo ricorso allo strumento tecnologico si può evitare di scomodarsi, si evitano quelle code e le lunghe attese che si è costretti a fare quando si va dai medici;

- *si ha l'illusione di avere maggiore consapevolezza*, che diventa bramosia di sapere, che piuttosto di far crescere e dare piacere e libertà, finisce per bloccare;

- *ci si sente sempre aggiornati* anche sui rimedi più innovativi di cui ancora non si parla che potrebbero essere di aiuto.

Sul web, però, l'attendibilità delle fonti non sempre è certa, quindi, una persona priva di conoscenza medica e in preda all'ansia, con estrema facilità potrebbe fare interpretazioni errate ed essere tratta in inganno. Uno studio condotto dai ricercatori Microsoft (White, Horvitz, 2009), evidenzia che l'escalation di preoccupazioni non deriva solo dalla scarsa affidabilità dei risultati trovati in rete, ma anche dalle scarse conoscenze mediche dell'utente medio che ormai accede alla rete regolarmente. Basti pensare che in Italia, come nel resto del mondo, **il numero di persone che sembrano essersi connesse ad internet – sempre di più quelli che lo fanno usando uno smartphone – nel 2016 appare essere incremento del 4% rispetto all'anno precedente, arrivando a 39,21 milioni di persone⁶. Tra questi certamente vi saranno una parte di quegli otto milioni che nel nostro paese sembrano soffrire di ipocondria (D'Aria, 2013).**

Utilizzare internet per mettere a tacere l'ansia e i dubbi generati dalla paura di avere una qualche malattia è un'apparente soluzione. L'effetto benefi-

co però svanisce in brevissimo tempo, in più, l'uso reiterato della rete da parte di chi cerca di trovare risposte lascia una lunga e persistente scia di **incertezze, dubbi e preoccupazioni (Nardone, Cagnoni, 2002) che resistono anche di fronte alle notizie più confortanti**. Infatti, **l'incessante bisogno di certezze induce a perseverare nella ricerca di notizie che puntualmente negano e confermano la precedente. Si crea un circolo vizioso (Griffiths, 1997; Rogers Puryear, Root, 2013): il tentativo di fare verifiche e trovare risposte, attraverso il canale digitale, crea ulteriori dubbi e paure che, nel tempo e con la reiterazione, complicano la situazione poiché si aggiunge la dipendenza da internet e dal device utilizzato (Young, Pistner, O'Mara, Buchanan, 2000).**

Il Cybercondriaco percepisce quello che sente o che vede come segnali di una malattia cronico-degenerativa: insorgenze tumorali, problemi cardiaci, di HIV o di qualcos'altro di molto grave. Egli in un primo momento rifiuta l'aiuto psicologico, è convinto di avere una patologia, quindi, dal suo punto di vista è ragionevole cercare aiuto nelle scienze mediche. Ma, più la persona s'informa guardando video, fotografie e articoli, e maggiori sono i rischi che si interpretino male i propri sintomi e si abbiano conferme alla credenza di essere affetti da qualche grave malattia. Si entra in una sorta di spirale. Si pospone la cura poiché si pensa che con la ricerca successiva si riuscirà a trovare qualcosa, uno strumento diagnostico, delle terapie mediche più precisi e più efficaci. A volte è possibile che la persona si renda conto dell'infondatezza del timore e dei suoi comportamenti eccessivi, tuttavia, resta incapace di controllarsi. Continua pertanto a rimuginare sull'idea di avere qualcosa e di essere malato, perciò nel tentativo di essere rassicurato continua a sottoporsi ad accertamenti medici rivolgendosi al medico di base, a specialisti e, ormai, sempre più spesso, anche al web. Purtroppo, in questi casi, ogni tentativo il più delle volte resta vano ed è insoddisfacente. È la paura che stimola a perpetrare con le *tentate soluzioni fallimentari*⁷ (Nardone, Portelli, 2015; Nardone, Balbi 2008). **Quando il timore è quel-**

5 Gli autoinganni avvicinano il proprio modello consolidato di percezione e reazione della realtà alla stessa realtà (Mordazzi e Milanese, 2007). Watzlawick (1988) li descrive come artifici mentali che aiutano l'uomo a creare la propria realtà.

6 Per approfondimenti vedi: <https://wearesocial.com/it/blog/2017/01/digital-in-2017-in-italia-e-nel-mondo>

7 Per Tentate Soluzioni Fallimentari si intendono tutti quegli sforzi messi in atto per risolvere un problema senza produrre l'effetto desiderato, anzi, finiscono addirittura per mantenere e complicare la situazione presente fino e creare un problema nuovo.

lo delle malattie, alcune tra le più frequenti tentate soluzioni fallimentari, riscontrate nella casistica dei pazienti considerati, sono: la continua consultazione di siti medici e forum riguardanti la malattia immaginaria; la tendenza a parlare di continuo delle proprie preoccupazioni e dei timori con familiari, amici, colleghi, ma anche nei social-network innescando reazioni compassionevoli e di comprensione che possono divenire vantaggi secondari; un'eccessiva attenzione ai sintomi, anche a quelli più lievi; la messa in atto di condotte compulsive- preventive per paura di peggiorare, oppure, di condotte compulsive-riparatorie che danno la sensazione che si sta facendo qualcosa per star meglio. Il paziente, in molti casi, comportandosi a tutti gli effetti come se fosse un invalido, rifiuta di assumersi responsabilità o, nei casi più gravi, finisce per compromettere sia il lavoro, sia le sue relazioni. Inoltre, la sua preoccupazione si riflette anche sui familiari, che a loro volta cercano in tutti i modi di aiutarlo e di rassicurarlo (diventano vittime). Agendo in questo modo i risultati però sono nulli, i timori vengono alimentati ulteriormente.

Queste tentate soluzioni, infatti, finiscono per preoccupare di più e per aumentare l'ossessione e la credenza sottostante. Niente e nessuno, neanche la fonte più accreditata, conforta pienamente e in maniera definitiva chi soffre di questo disturbo (Nardone, Portelli, 2015). I contemporanei "cybercondriaci" così come i vecchi ipocondriaci nelle rassicurazioni trovano solamente un sollievo temporaneo, dopo un po' ricadono nel *loop* ossessivo-compulsivo che si complica quando si ricorre eccessivamente ad internet e ai mezzi tecnologici.

In questi casi il protocollo messo a punto dal team di ricercatori del Centro di Terapia Breve Strategica di Arezzo, in una prima fase, prevede l'interruzione del circolo vizioso della ricerca della certezza che alimenta l'incertezza. Il paziente, già in prima seduta, prenderà consapevolezza del meccanismo su cui si regge il problema, attraverso il dialogo strategico⁸ (Nardone, Salvini, 2004)

riconosce che la ricerca in internet o/e le richieste che volge a parenti ed esperti (le tentate soluzioni) mantengono il problema che cerca di superare. Già in seduta, arriva la consapevolezza che si peggiora quando si affronta in maniera erranea, ovvero quando si persiste con le ricerche su internet e/o su libri, quando si continua a chiedere a medici e a parenti, eccetera. Con l'eliminazione di queste risposte i pazienti presi in esame già dopo la prima seduta, esprimevano: «*sento più libertà..., meno ansia..., sono meno assillato dall'ossessione...*». Sebbene sia opportuno da parte del terapeuta evitare di sottovalutare la preoccupazione del paziente, è necessario, allo stesso tempo, fare attenzione alla trappola della *rassicurazione* e/o della *razionalizzazione*. È stato dimostrato che il dubbio patologico, seppur irrazionale, resiste a queste modalità di intervento. Anzi, esse in alcuni casi sortiscono addirittura l'effetto contrario, poiché il paziente nel cercare di spiegare quello che intende dire, quello che sente, quelle che sono le cause del suo malessere: a) si convince ancor più di quello che vive, aumenta la resistenza (Papanuono, 2007); b) si sente incompreso e per questo aumenta il rischio di *drop-out* e si riduce la fiducia in sé e nella psicoterapia; c) incrementa il suo bisogno di rassicurazione e le sue ricerche.

Dal punto di vista dei ricercatori clinici sopra menzionati il cambiamento avviene prima e meglio con l'auto-persuasione. In questi casi risulta efficace la *Prescrizione Del Sintomo*⁹ (Watzlawick, Beavinm Jackson, 1967), ovvero, si chiede al paziente di trovare le risposte che cerca attraverso l'auto-osservazione. Ciò consente una conoscenza immediata ed effettiva di se stesso e del proprio corpo. L'auto-monitoraggio prescritto prevede un *check-up* da effettuare in cinque appuntamenti giornalieri, in cui si andrà alla ricerca dei sintomi. Il proprio corpo verrà ispezionato da cima a fondo ogni tre ore: alle ore 9:00, alle 12:00, alle 15:00, alle 18:00 e poi alle ore 21:00 (Nardone, Portelli, 2013). Oltre a questi controlli prescritti è molto importante che negli intervalli,

8 È un colloquio mediante il quale l'interlocutore o il paziente finisce per cambiare le proprie convinzioni più radicate. La validità del dialogo strategico risiede nel fatto che questo cambiamento non è avvertito come un'imposizione esterna, ma come il naturale scioglimento del nodo che crea il disagio e il malessere.

L'interlocutore stesso è indotto a considerare sotto una nuova prospettiva la sua situazione, pertanto, il cambiamento diventa una scoperta guidata da chi chiede aiuto, e non dal terapeuta.

9 Si spinge il paziente a manifestare il comportamento sintomatico.

tra un appuntamento e l'altro, si evitino quei comportamenti che mantengono il problema come ad esempio visitare website medici, recarsi da qualsiasi specialista, parlare con altri di ciò che si sta attraversando, ascoltarsi e controllarsi. Seguendo questa modalità, oltre a riprendere il controllo perso, il paziente impara a conoscere da vicino e per davvero il proprio corpo. Si interrompe il loop ossessione-compulsione. In una fase successiva, poi, si interviene anche a livello della credenza (Nardone, Balbi, 2008): i monitoraggi effettuati col check-up, che in un paziente sano fisicamente si mantengono stabili nel tempo, vengono utilizzati come base per la creazione del *dubbio terapeutico* (Nardone, DeSantis, 2011). Sulla base delle prove fondate sui risultati conseguenti ai check-up si compiono delle riflessioni: *potrebbe essere che il corpo a cui si imputava un malfunzionamento, in realtà funzioni meglio di quanto si pensava?* È opportuno ribadire che in questi casi nessun tentativo di persuasione da parte del terapeuta risulterà più efficace e forte delle conferme che egli stesso potrà trovare da solo semplicemente continuando a monitorare il suo corpo. L'esperienza clinica insegna che questo è un tentativo di soluzione fallimentare messo in atto dal terapeuta, che incide negativamente sul processo di guarigione. Mentre, continuando ad auto-visitarsi, autonomamente, il paziente, avrà modo di costruire una nuova percezione del corpo e un nuovo e più veritiero concetto di salute.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th Ed). Arlington, (VA): APA.
- Carr, N. (2010). *Internet ci rende stupidi?*. Milano: Cortina.
- Carretti, V. (2000). Psicodinamica dissociativa da videoterminale. In Cantelmi T. et al. (ED). "La mente in Internet". Padova: Piccin.
- D'Aria, I. (2013). *Ipocondria. Tanto rumore per nulla*. DBenessere, la Repubblica. Disponibile in http://d.repubblica.it/benessere/2013/11/26/news/ipocondria_sintomi_psicologia-1904932/ [26/11/2013]
- Davi, V. (2013). *Intervista ad Allen Frances: Inflazione diagnostica e rischi del DSM5*. State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche, N. 37124. Disponibile in <http://www.stateofmind.it/2013/11/dsm5-intervista-allen-frances/> [25/11/2013].
- Fergus, T. A. (2013). *Cyberchondria and Intolerance of Uncertainty: Examining When Individuals Experience Health Anxiety in Response to Internet Searches for Medical Information*. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 10(2013), 16(10), 735-739.
- Griffiths, M. D. (1997). *Glued to the screen: An investigation into information addiction*, In the UK and worldwide. London: Reuters.
- Kirn, W. (2003). *Let's Not Overanalyze This-Mind / Body Viewpoint, Self-diagnosis is a fool's game*. In NewYorkTime, Jan. 20, 2003.
- Milanese, R., Mordazzi, P. (2007). *Coaching strategico*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Molière. (1673). *Le Malade Imaginaire*. In J. S. Powell (2000). *Music and Theatre in France, 1600-1680*. New York: Oxford University Press, 382-397.
- Nardone, G. (2013). *Psicotrappole*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., & Cagnoni, F. (2002). *Perversioni in rete*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., & DeSantis G. (2011). *Cogito Ergo Soffro*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., & Salvini, A. (2004). *Il dialogo strategico*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., & Balbi, E. (2008). *Solcare il mare all'insaputa del cielo*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2013). *Ossessioni, compulsioni, manie: la terapia in tempi brevi*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2015). *Cambiare per conoscere*. Milano: Tea.
- Papantuono, M. (2007). *Identifying & Exploiting Patients' Resistance*". *Journal of Brief Strategic & systemic Therapies* vol.1. Ed. Chad Hybarger & Dr Eric C. Frank. pp 17-26.
- Rogers, P., Puryear, R., & Root, J. (2013). *Infobesity The enemy of good decisions*. Boston: Bain & Company.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1992). *Pygmalion in the classroom*. New York: Irvington.
- Storm, B. C, Stone, S., Benjamin, A. S. (2016). *Using the Internet to access information inflates future use of the Internet to access other information*. In *Memory*, 2016.
- Watzlawick, P. (1988). *La realtà inventata*. Milano: Feltrinelli.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- White, R.W., & Horvitz, E. (2009). *Experiences with Web Search on Medical Concerns and Self Diagnosis*. *AMIA Annu Symp Proc., National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine*. Rockville Pike, Bethesda, MD (696-700).
- Young, K., Pistner, M., & O'Mara, J. (2000). *Cyber-Disorders: The Mental Health Concern for the Millennium*, In *CyberPsychology and Behavior*, 3 (5), 475-479.

Lo spazio e le atmosfere dell'acuzie

Note paradigmatiche da un servizio di diagnosi e cura

Paolo Colavero

Psicologo clinico e psicoterapeuta, psicopatologo di formazione fenomenologica

Noi siamo vicini alle Cose
Lorenzo Calvi

Parole chiave: fenomenologia, psicopatologia, incontro, psicosi, SPDC, acuzie.

Davanti alle montagne di Serifos, quando si
alza il sole, i fucili di tutte le teorie cosmiche
s'incepiano
Odiseas Elitis

Introduzione metodologica

Questo lavoro vuole portare una testimonianza particolare, la testimonianza di una prospettiva specifica, quella ovvero di un giovane psicologo alle primissime prese con la psichiatria istituzionale, con i Servizi di Salute Mentale ed i pazienti difficili, in particolare quelli ricoverati¹. Ma non è di pazienti che vado a parlare, o meglio, non solo di pazienti. Questo testo, che nel suo dire, mira a descrivere paradigmaticamente i luoghi di cura della acuzie psichiatrica che la 180 ha creato, è una rielaborazione di appunti presi durante i primi anni di lavoro ed esperienza nei servizi, durante la specializzazione in psicoterapia. Sono appunti stesi in presa diretta, tra un impegno e l'altro in studio, un gruppo in SPDC ed uno in CPS (Centro Psico Sociale), le consulenze in ambulatorio e la vita con infermieri, medici e ausiliari.

La psicologia che insegnano all'FBI è al
livello del sussidiario della seconda elementare
dei miei tempi:
'Il sole splende e gli uccellini cinguettano'.
Io invece sono della scuola del grande Tsitsanis
che cantava:
'Domenica nuvolosa, sei come il mio cuore,
dove c'è sempre nuvoloso'
Petros Markaris

Paolo, tu leggi sempre cose che non dovresti
leggere!
Antonio Nettuno

Riassunto

Questo breve lavoro vuole descrivere le coordinate spazio-temporali e atmosferiche proprie dei reparti diagnosi e cura (SPDC) e dei servizi per acuti in generale. A partire da una breve nota metodologica, che prova in poche righe a dar conto della complessità dei piani di analisi, della purezza descrittiva e allo stesso tempo del rigore (adeguatezza alla *cosa* in esame) raggiungibile nella *clinica* attraverso il metodo fenomenologico derivato dal pensiero di Edmund Husserl ('riassumibile' nel motto *Zu den Sachen selbst – alle cose stesse*), l'autore descrive spazi e atmosfere di un luogo di ricovero frequentato durante la specializzazione in psicoterapia. L'esercizio di *descrizione* e quindi *visione essenziale* (eidetica) messo in atto vuole fornire una chiave di accesso atmosferica universale ai luoghi deputati alla cura dell'altro in situazione di acuzie o emergenza (PS, CIM, domicilio, la strada etc.), nella consapevolezza che l'incontro autentico (trascendentale) con l'altro, malato e non, può avvenire solo attraverso una *visione* scevra da eccessive sovrastrutture teoriche e quindi libera da pregiudizi.

Il pensiero che mi ha spinto a scrivere, a qualche anno di distanza dall'impressione diretta sulle *cose* che in questo mio lavoro sono soprattutto luoghi e atmosfere, ha a che fare con l'attenzione e l'importanza che sono andato in questi anni via via assegnando alla personale prospettiva del clinico alle prese con il proprio oggetto di studio, di volta in volta soggetti sofferenti o istituzioni, con la sua *cosa stessa*² quindi, con le esperienze proprie e quelle altrui, tutte necessariamente dirette e vissute³. Un esercizio, quello della descrizione, possibile solo una volta sospeso il sentito dire, le

1 "Lo stile espositivo non è ornamento, ma espressione esatta dello stile di pensiero" (Roberta De Monticelli).

2 Di Petta G., comunicazione personale, Figline Valdarno, 2010.

3 "Anche lo sguardo che l'epoché rende possibile dev'essere, a modo suo, uno sguardo sperimentale", Armezzani M.: *L'enigma dell'ovvio*, Unipress, Padova, 1998, p. 94.

teorie per le teorie e il pregiudizio clinico, sia diagnostico che umano.

Questo lavoro segue così una linea di pensiero che parte dalla svolta di Pinel (fine XVIII sec.) e che, passando dalla fondamentale lezione metodologica husserliana e dalla centralità della parola e del pensiero in Freud e Bion, giunge ai lavori di Erwin Straus. È un pensiero, e un metodo, che vede la domanda clinica-prima essere quella sul clinico stesso, la sua prospettiva e la condizione di essere umano tra gli uomini (e non di medico/psicologo tra malati). Come dice Husserl (1923):

“Chi in generale vuole diventare filosofo nel senso più elevato del termine, deve diventarlo, originariamente, attraverso analoghe riflessioni su di sé. Deve diventarlo prendendo coscienza di sé. (...) egli deve smettere, completamente, di essere un soggetto che aspira ingenuamente alla conoscenza, assorbito da determinati oggetti di vario tipo assunti come temi teoretici, e proprio perché assorbito da questi oggetti, incurante di sé (...) Se, dunque, l'io filosofante, per poter ottenere una filosofia, deve diventare per se stesso un tema di volontà, ne consegue allora che egli deve diventare per se stesso anche il proprio primo tema di conoscenza”.

Scrivo così qui di un caso particolare, *paradigmatico*: la fenomenologia è infatti scienza di casi singoli, paradigmatici, di singole esistenze e di terapeuti erranti e solitari⁴, aperti alla descrizione delle proprie visioni irripetibili, visioni che gli stessi clinici hanno però l'obbligo etico di rendere comunicabili (sta tutto qui il rigore e la scientificità fenomenologica), *visibili* appunto. Visioni che, se vogliono assurgere al livello della obiettività più rigorosa, quella della *verità fenomenologica*, del rispetto ovvero della *cosa stessa* per come appare alla singola coscienza⁵, devono rispettare al meglio e riflettere nelle parole la soggettività e lo sguardo del singolo, della singola prospettiva. Ciò quindi che Husserl intende per fenomeno: *ciò che appare nel suo apparire* (Held).

4 “Psychopathology: science of loneliness and isolation”, Van den Berg J. H.: *A different existence*. Duquesne University Press, Pittsburgh, 1972, p. 110, traduzione it. (a cura di Di Petta G e Colavero P.) *Il metodo fenomenologico in psichiatria e psicoterapia*, Fioriti, Roma, 2014.

5 “Fare una cosa bella è per me aver rispettato la cosa per come è arrivata a me”, Vincenzo Costantino Cinaski, Corte Campanile, Maglie (Le), estate 2016.

Questo mio lavoro ambisce ad inserirsi così, nella sua modesta e certo limitata e inusuale forma⁶, in questa scia: la mia intenzione è quella di descrivere un *SPDC paradigmatico* in una modalità che spero possa farlo risultare sufficientemente visibile, apparire in maniera chiara e plastica ai vostri occhi.

Chiedo al lettore quindi un esercizio non semplice: dimenticare e sospendere quello che sa o crede di sapere sulla questione, per poter far posto a quanto descrivo, per illuminare quindi un metodo (*describe phenomena*) e affidarsi così a quanto davvero vede o ha visto. Chiedo di tornare a fidarsi dell'apparire e quindi del proprio descrivere in prima persona, seguendo quella che l'indimenticato maestro Bruno Callieri (2007, 23) così definisce: “La disposizione interna del clinico, la sua attitudine indiziaria ma al tempo stesso narrativa”.

“In questo modo, la filosofia non può, per principio, trovare il proprio avvio in un'attività conoscitiva ingenua. Essa, al contrario, può sorgere soltanto laddove chi conosce prende liberamente coscienza di sé, o meglio, determina sé stesso” (Husserl).

SPDC di un ospedale della prima cintura milanese, anno 2009.

I. IL VARCO. Per entrare bisogna suonare il citofono alla sinistra della porta. Risponde qualcuno dalla sala infermieri. Risponde qualcuno che apre comunque, come non si potesse mai sapere: la porta pesante si apre a prescindere: chi infatti ha la presunzione di bussare alle porte del Reparto fuori orario visite deve avere anche il coraggio di entrarci.

I familiari, loro invece rispettano, di solito, il tempo e lo spazio riservato ai congiunti.

L'ufficio del Caposala, il tavolo, le bacheche, le lavagne cancellabili e le sedie, si trovano subito a sinistra dell'ingresso. Una volta aperta la porta si viene squadrati dall'infermiere di turno al varco, colui che ha la responsabilità degli ingressi e delle uscite, il cancello del fortino.

Il vetro oscurato si fa trasparente e la porta viene infine spalancata.

6 Anche lo stesso Freud ammetteva essere l'oggetto stesso del suo dire a governare la forma e a dirigere il particolare stile del suo scrivere e argomentare. Il mondo e il soggetto non possono così essere separati se non con grave nocimento della realtà.

Si è passato il controllo del pretoriano che resta a vegliare la porta osservando con velata nostalgia i corridoi di fuori sino a che il varco torna muto.

II. DIVERSE DECLINAZIONI DELLA PRESENZA. Alcune anime barcollano al centro del lungo corridoio (*panopticon*) sul quale affacciano tutte le camere, il *braccio* ospedaliero della psichiatria. Qualche paziente viene immediatamente a controllare chi sia l'ospite temporaneo tra le mura, se possa in qualche modo rappresentare un pericolo o se, per caso, non sia già conosciuto di percezione o intuizione, *rivelazione o conferma*⁷. Mani quindi si congiungono in quello che è un comune destino di follia e perdita, possibilità umana, nel farsi simili nel respiro e negli sguardi spersi ora appartenenti ad entrambi⁸.

Le figure più rallentate si riconoscono da lontano, lasciano parlare il corpo trascinato e si perdono in fondo al corridoio, come a svanire nella luce in lontananza, verso la porta-finestra illuminata. Alcuni non si muovono neppure ed alzano a malapena lo sguardo, non lo fanno perché incuriositi ma *perché così si fa*. Adesi essi stessi alle *norme* sulla melancolia. Saluterebbero quasi, ne avessero la forza e la voglia. Distanziano e sono distanziati, lontani da tutto.

Procedendo oltre si intuiscono in unità le assenze, si riconoscono in negativo i pazienti allettati, sempre in numero considerevole. Eternamente in pigiama, a rodere il tempo e questionare solitari tra lenzuola, coperte e qualche cibaria portata dai parenti. Catatonici dell'ultima ora, melancolici o assediati. Gravi isterici.

Qualcuno schizza invece in mia direzione, la mano tesa e la parola già servita andando, di slan-

cio, di eccesso. Di pieno, a *buen ritmo*. Come ad intrattenere ed intrattenersi allo stesso momento, furie sempre nuove, senza sosta nel dire, nel ricordare. Nel raggiungere e nel perdere, sempre in combutta con il baratro, come sempre al principio però d'una disfatta.

Si riconoscono questi ultimi spesso dalle ferite ancora fresche, dai lividi, segno di scorribande e momenti senza pensiero, che dalla muta disfatta fuggono *nell'estasi della disfatta*⁹.

III. IL TEMPO DEL BARBIERE, LA COERENZA DELLE CAMERE. Il Reparto è un luogo che si lascia osservare¹⁰. Un contenitore di umanità e di psicopatologia necessariamente stagno, una mirabile raccolta delle più diverse situazioni di partenza come di arrivo, è il regno dell'indistinto che si fa diagnosi e poi silenzio, dopo il botto. In Reparto arriva solo l'eco del botto, lo spostamento d'aria, ancora vivo anche dopo diversi anni dall'implosione.

I medici sono in studio a chiacchierare di questioni istituzionali, politiche. Di psichiatria poi, di colleghi e del nuovo ingresso della prima mattinata, della sua probabile reazione alla notte in arrivo.

Una volta preso dentro il *girone* dei ricoverati, divenuto e fattomi quindi uno di loro, sono libero di muovermi senza meta per il corridoio.

Non rappresento più una novità. Non sono neppure, ad un primo e poi un secondo sguardo, così minaccioso. Non porto il camice, non posso quindi esaudire desideri e decidere destini. Porto con me però il marchio della *curiosità*. Pericolo immenso, massima attrazione¹¹.

7 Nel pensiero psicopatologico (si veda tra gli altri Kimura Bin, 2005), il delirio di *conferma* è conosciuto per essere prettamente melancolico (temporalità *post-festum*, del già stato), mentre quello di *rivelazione* è invece più specificatamente schizofrenico (temporalità *ante-festum*, del non ancora).

8 "A stento si poteva credere che fossero creature terrestri. Navigavamo ormai da cinque mesi, un periodo abbastanza lungo da farci sembrare tutti gli esseri viventi come mostruosi, nella nostra fantasia. Se tre doganieri spagnoli fossero saliti a bordo, non è escluso che li avrei toccati e palpati ripetutamente proprio come fanno i selvaggi quando qualche visitatore del mondo civile mette piede sulle loro terre", Melville H.: *Galapagos*, La Spiga, Milano, 1854, p. 34.

9 "Anzi, quanto meglio funzionano i servizi sul territorio, quanto più risultano corrette le indicazioni al ricovero, tanto maggiore risulta la gravità dei soggetti ricoverati, fino a rappresentare la cartina al tornasole dei fallimenti sul piano esistenziale, delle situazioni di convivenza familiare e sociale insostenibili e dei fallimenti terapeutici (...) esso (l'SDC, NdR.) può essere riguardato come una sorta di deposito della tetralogia psicopatologica e sociale", De Martis D.: Il reparto di diagnosi e cura in un'ottica relazionale, *Rivista Sperimentale di Freniatria CX/ 4*, 1986, 698.

10 "L'invito presente nella domanda di senso della fenomenologia è quello di fermarsi", Armezzani M., Op. Cit., p. 162.

11 "Curiosità vuol dire attesa di saperne di più e quindi rinuncia al distacco abituale e partecipazione

M'avanzo così in direzione casuale. Due poltrone di cuoio nero subito sulla sinistra, le riviste patinate ammucciate su di un tavolino. Si ha subito l'idea come di una sala d'attesa di barbiere d'altri tempi, consumate le poltrone e sfogliate le riviste¹². Dovrebbero queste far passare il tempo ma oramai nessuno più qui crede alla favola del passaggio del tempo, nessuno s'aspetta più passi il tempo. Si viene sempre colpiti di sorpresa. Come si è entrati in questo luogo così se ne esce. Chi come sempre lo stesso giorno, chi senza idea sia passata una settimana o un mese di ricovero.

Così si viene tirati fuori. Spesso senza averci idea. S'entra che non si è qui. Se ne esce che qui non si è mai stati.

Il refettorio, ovvero la stanza dove tengo il gruppo, è a destra, di fronte all'ufficio dei medici. Poco più avanti, sullo stesso lato, la saletta per il caffè ed il the coi biscotti il pomeriggio, il microonde ed il tavolino dove prendere fiato dopo i discorsi e gli incontri nella terra di nessuno del corridoio e nella trincea del gruppo.

Quindi sullo stesso lato principiano le camere, sei in tutto per dodici posti letto. Ampie, illuminate dietro le tende parasole, con un bagno sulla sinistra subito all'ingresso ed i letti di ferro, da ospedale ma colorati. Come a rispettare una certa, corretta, coerenza.

I comodini fianco i letti ed un tavolo al centro della parete bianca. Alcuni generi di prima necessità, bottiglie d'acqua e santini in attesa. Vestiti sulle sedie, abbandonati e vuoti come villaggi fantasma dopo il passaggio della prima linea.

Colori predominanti: il turchese ed il bianco non proprio tale, le coperte sono calde e spesse. Sempre come a rispettare una certa, corretta, coerenza.

empatica", Calvi L.: *Il consumo del corpo*, Mimesis, Milano, 2007, p. 63.

12 Tutti si ha esperienza dell'attesa dal parrucchiere o dal barbiere. Dell'ambiente e della frequentazione della più varia, sempre la stessa. Del tempo che ci vuole per una barba, il tempo per un taglio alle forbici, come una volta si faceva ed ancora il mio orgogliosamente fa, e quello invece rapido da *macchinetta*, da rasoio. Le riviste quindi che in quei luoghi si trovano sono lì per un preciso e strategico motivo. Non far pensare a quanto s'ha da attendere oltre, nonostante l'appuntamento preso con una settimana circa d'anticipo sui tempi. Sono lì per smistare occhi e orecchie, non far interessare l'interessato, distrarre e rendere inoffensiva la critica.

In fondo, sul lato delle camere, lo spazio del primario. Ampio, ricco di quadri e di carte, cartelle accatastate sulla scrivania pesante, il telefono ed il telefax, il piccolo computer a fianco della sedia.

Ufficio sempre tranquillamente aperto, ad attendere correnti e nuove. Discorsi e dialoghi da corridoio, lo sbattere delle porte ed i passi degli infermieri, i trilli dei richiami.

Infine, al fondo del corridoio, la porta-finestra. Affaccio provvisorio alla vita, ampia e chiusa sul balconcino dall'alto parapetto dove i pazienti accompagnati dagli infermieri possono fumare ad intervalli stabiliti. La prima aria proveniente dall'esterno, così, sarà aria di tabacco, profumo di tabacco misto a quello di nebbia alta e di letame proveniente dalle cascine dintorno.

IV. L'AMBASCIATA DI FUORI. All'altezza della terza camera, sul lato sinistro, si apre di larghe vetrate la stanza ricreativa. Un tavolo ampio e malandato copre tutto un lato della stanza.

Le pareti sono completamente coperte di scritte, dichiarazioni d'amore, di gioia e di rabbia. Spesso motti incomprensibili, oscuri proverbi e modi di dire storpiati. Strati di presenze andate, deliranti e allucinate, che riempiono gli occhi, che risvegliano la coscienza del passare del tempo, solo ci fosse qui tempo da far passare.

Questa stanza rappresenta un tentativo di fissare le esistenze, stratificarle per poi riscoprirle una volta fermi, una volta svegli nuovamente e ricomposto il presente di passato e quindi di futuro. Un tentativo di rimettere in moto il tempo, preparare allo spazio di fuori, far correre lo sguardo sulle cime degli alberi del parco.

Misurare nuovamente lo spazio e quindi riappropriarsi del tempo che ci vuole percorrerlo¹³.

Il televisore dai suoi quasi tre metri d'altezza pare governare quest'angolo di Reparto. Acceso dalla tarda mattinata alla sera, volume ragguardevole ed un telecomando in attesa, è sistemato in alto, sul soffitto. Ci si deve fare obliqui per poterlo guardare, per riuscire a seguire e commentare, infine dialogare con qualche programma¹⁴.

13 "Il presente vive del passato che muore e non può far morire che un passato realmente esistito", Paci E.: *Diario fenomenologico*, Il Saggiatore, Milano, 1961, p. 15.

14 Una paziente che seguivo nel gruppo di psico-

La stanza ricreativa *riceve* l'esterno, tutto ciò che riesce a passare nonostante il vetro. La notizia non richiesta, l'ultimo telegiornale ed il sempre inutile notiziario sportivo regnano incontrastati. L'esterno, il mondo fuori il Reparto ha nella sala ricreativa quindi propria Ambasciata.

Non tutti però sono in grado di frequentarla, almeno nei primi giorni di ricovero e soprattutto durante le ore nelle quali la *luce* è troppo forte e decisa. Per potervi sostare si deve di nuovo avere in tasca il passaporto per l'esterno, si devono poter riconoscere nuovamente le mura del Reparto e quindi di sé stessi. Separare un dentro dai fuori, non fare più confusione tra dentro e fuori¹⁵.

La stanza ricreativa è un ufficio passaporti e un'incubatrice per l'ironia, necessaria virtù per l'esterno: quando le scritte sui muri iniziano a dar da pensare, sorridere, allora si è vicini a riacquistare la *vista*, l'insostituibile occhio *altro* su se stessi.

V. DUE ATMOSFERE. L'aria quindi spesso è *satura*, a momenti davvero piena, difficile da respirare. L'atmosfera spessa, difficile da interpretare. Noi che siamo dentro, ricoverati e ricoveranti, ospiti e lavoratori, tutti siamo costretti a restare come sorpresi, immobili farci abbagliare dalla luce di fuori, ad anelarla ed a temerla allo stesso tempo. Fonte di vita e di deragliamenti esistenziali in una volta sola. *Lampada* del faro, indi-

terapia del Centro Psico-Sociale, ricoverata in Reparto per una riacutizzazione del suo malessere di marca depressiva e persecutoria, mi disse al suo rientro al gruppo che una sera, seguendo in Reparto una trasmissione alla televisione, aveva letto nei titoli che scorrevano alla base delle immagini la seguente frase, il seguente incitamento: "Forza Sandra, non mollare. Ti aspettiamo al gruppo!". Messaggio commissionato naturalmente dal sottoscritto dott. Colavero, come testimoniato dalla mia firma apparsa a chiudere il testo.

15 Ricordo ancora molto bene quando durante uno dei gruppi in reparto una signora da poco ricoverata s'era messa in piedi perplessa. Aveva quindi iniziato a dialogare con una signora lontana, che s'intravedeva appena fuori dalla finestra, lontana, affacciata da una stanza nell'ala nuova dell'ospedale. Dopo qualche battuta smise di parlarci, non riceveva più risposta ed interesse da parte dell'altra signora. L'altra era rientrata nell'edificio lasciandola senza indirizzo se non il gruppo, allora troppo vicino, troppo prossimo per poter anche solo rappresentare un polo di dialogo, per poter essere altro da lei.

spensabile alla navigazione, ed allo stesso tempo *lampo* inatteso del fulmine, prima del tuono, luce di conoscenza come faro abbagliante contromano.

Si può in questo senso comprendere l'aura di nemici e salvatori allo stesso tempo, rappresentanti ed ambasciatori dell'incomprensibile, pos seduta dai visitatori, familiari e consulenti esterni quando tra le mura del Reparto; le reazioni contrastanti ed ambigue, non solo banalmente difensive, che provocano l'immediato inserimento del nuovo arrivato nelle dinamiche deliranti o deliroidi dei ricoverati, reazioni queste che tutti, pazienti e curanti, manifestano ed hanno manifestato ad ogni mio ingresso dalla porta opacizzata.

Altre volte l'aria invece è *sospesa* come un'atmosfera; a momenti davvero rarefatta, difficile da respirare. Ci si trova a volte ad aver a che fare con il silenzio. Con un nulla rumoroso quanto un urlo. Si è alle prese allora con quello che per molto tempo s'è definito *negativo* della psicosi e che invece può e deve essere preso come uno stile d'esistenza, una modalità di vita e d'essere al mondo di alcuni soggetti. Quelle volte s'è nel campo della sospensione, del *non ancora*, della perturbazione per la perturbazione, del silenzio imperscrutabile se non per la via degli occhi. C'è da andare cauti allora, come una guida che rispetti il territorio che dovrebbe conoscere ma che invece riscopre tutte le volte grazie a chi in quella *sua terra* prova, osa addentrarsi: la guida esperta non può che osservare attraverso gli occhi del viaggiatore che si trova ad accompagnare.

S'è più vicini alla sostanza matriciale, alla radice ed al fulcro, al movimento della base su cui va oscillando l'edificio del soggetto sulla via d'esperienze psicotiche.

VI. LA CURA DEL REFUGIUM. I nuovi ingressi, se non salutano felici i conoscenti o se invece non ricorrono subito al *tribunale* del primario, si trincerano veloci sotto le coperte oppure in atteggiamenti vistosamente eccessivi ed euforici; si muovono come agli estremi.

Sono i nuovi arrivati, quasi sempre spaesati, perplessi, adirati e delusi, presi in giro o spaventati. Convinti tutti proprio come me in questo momento, e non potrebbe essere altrimenti, delle proprie buone ragioni e della loro posizione all'interno del paese-mondo, del cosmo.

Per un lungo periodo, d'altronde, ad ogni mio ingresso mi accoglie una certa diffidenza sparsa,

non mi guardano bene gli infermieri. Mi sento un invasore esterno, non richiesto. I medici mi sopportano, alcuni iniziano a farmi qualche discorso già ascoltato. Le prime volte, quindi, l'atmosfera al mio ingresso puzza di bruciato. Non sono conosciuto né posso essere quindi riconosciuto. Sono sospetto, passibile di scompiglio¹⁶.

Il Reparto, in questo senso, manifesta la sua identità nell'acuzie stessa del paziente e direi proprio grazie ad essa: vissuto paranoicamente o quale momentanea sosta, scelta o subita, il Reparto promuove nel confronto/ conflitto con l'esterno la propria identità, a torto o ragione condivisa, di *refugium peccatorum*, di contenitore sufficientemente saldo da permettere una riflessione lontano da ciò che resta fuori e che il soggetto porterà senz'altro dentro, una sosta ed uno sguardo al proprio interno che è, in fondo, *luogo* interno.

Il mondo delirante, in qualche modo, ed il mondo del Reparto, con le loro coordinate vissute spazio-temporali di marca persecutoria, di perdita e recupero secondario, delirante, del senso, sembrano a me affiancarsi e farsi simmetrici e proprio per questo farsi promessa, certo sotto la continua minaccia dello scacco dell'incontro (Callieri), di *convivenza*¹⁷ nonché di possibili e forse inattesi *movimenti intenzionali terapeutici*.

Ripresa

C'è allora da *tenere* presente il luogo, quando ci si avventura. C'è anche, è qui tutto il senso di questo mio breve contributo, da *tenersi* presenti quando in Reparto o più semplicemente quando con i nostri pazienti.

Bisogna sospendere gli automatismi, partecipare alle cose e saper governare le proprie reazioni (coinvolgersi), divenire consapevoli della direzione del proprio sguardo, del proprio desiderio e di quello dei pazienti, desiderio che riconosce, che ingravida il mondo rendendolo tale quale ci appare. Solo la curiosità e la consapevolezza della nostra posizione nel mondo, legata a quella del paziente, può dar vita ad una *comunità scientifica*

di mondo, fatta di immagini, metafore condivise, singoli vite (noi e l'altro da noi) di *corpi, esistenze e mondi* (Callieri).

Chi vuole così davvero incontrare l'Altro deve mettersi in gioco, deve mollare gli ormeggi che lo legano ad una visione mondana e stereotipata delle cose, delle cure come della prognosi, dei luoghi come della propria identità, per potersi permettere la libertà di vedere davvero, l'altro, il suo mondo, e comprenderne così le domande, la posizione e la situazione, i timori e gli annunci che altrimenti potrebbero risultare incomprensibili (*jaspersianamente* parlando) ed essere così lasciate nel buio del pregiudizio e del già noto. Il vero *incontro* si ha nella reciproca sospensione dei pregiudizi, nell'accostamento all'altro, o ai luoghi nei quali l'altro si manifesta per quello che davvero è, senza eccessivi orpelli teorici o tecnici, in modo da poter intercettare la sua esistenza attraverso una immagine stupefacente e inattesa (la c.d. *figura antropologica*).

Come recita il mio Maestro primo Lorenzo Calvi (2002): "E valga il vero. Nessuno dovrebbe passare con indifferenza accanto ad una cosa qualsiasi del mondo, animale o vegetale o minerale che sia, perché qualsiasi cosa può entrare col suo nome in una metafora".

Bibliografia

- Armezzani, M. (1998). *L'enigma dell'ovvio*, Unipress, Padova.
- Callieri, B. (2007). *Corpo, esistenze, mondi*, EUR, Roma.
- Calvi L. (2002). Ricordo di Danilo Cargnello. *Compendio* 12, La Garangola, Padova.
- Calvi L. (2007). *Il consumo del corpo*, Mimesis, Milano.
- De Martis D. (1986). Il reparto di diagnosi e cura in un'ottica relazionale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* CX/ 4.
- De Monticelli R. (2000). *La conoscenza personale*, Guerini, Milano.
- Husserl E. (2007). *Filosofia prima*, Rubettino, Soveria Mannelli.
- Kimura B. (2005). *Scritti di psicopatologia fenomenologica*, Fioriti, Roma.
- Melville H. (1854). *Galapagos*, La Spiga, Milano.
- Paci E. (1961). *Diario fenomenologico*, Il Saggiatore, Milano.

"Questo lavoro è dedicato alla memoria del prof. Lorenzo Calvi, uomo sorprendente. Maestro di psicopatologia, fenomenologia e visionarietà"

16 "Uno psicologo che voglia rispettare i criteri di scientificità della sua disciplina non può, generalmente, permettersi di continuare ad essere un fenomenologo", Armezzani M., Op. Cit., p. 6.

17 "Meglio stare con gli stranieri se Atene diventa straniera a se stessa", Paci E., Op. Cit., p.12.

L'attacco di panico si radica nelle pagine dell'infanzia. La storia di Luca: trattamento con la psicoterapia Funzionale

Rosa Iannone

Psicologa-Psicoterapeuta. Ente affiliazione Scuola Europea Psicoterapia Funzionale SEF

Secondo dati recenti otto milioni di italiani soffrono di attacchi di panico.

Il Disturbo da Attacchi di Panico DAP si può senz'altro considerare una patologia dei nostri tempi. Tra ritmi stressanti a cui siamo sottoposti e sollecitazioni di ogni tipo siamo spesso incastrati in una dinamica di elevato controllo dove manca il tempo per dedicarsi micro pause. Ma i pilastri profondi all'origine di questo disturbo sono dovuti al deterioramento di alcuni Funzionamenti dell'organismo, che si produce nell'infanzia e a cui, nel tempo, si può associare uno stato di cedimento dell'organismo dovuto ad un logorante stile di vita.

Parole chiave: *Disturbo da Attacco di Panico DAP, Psicoterapia Funzionale, Funzionamenti di Fondo, Esperienze basilari del Sé, Diagramma Funzionale, Diagnosi Funzionale.*

La storia di Luca

Attraverso la narrazione di questa storia clinica mostrerò i punti salienti in cui risiedono le basi della sua patologia DAP, secondo la visione che ci viene proposta dalla teoria Funzionale, e successivamente, dopo aver fornito un orientamento teorico sul tipo di approccio clinico e metodologico utilizzato, tratterò lo svolgimento psicoterapeutico che ha portato alla risoluzione del disturbo.

Luca, questo è un nome fittizio, è un ragazzo di 20 anni, studente all'ultimo anno del liceo.

La motivazione del colloquio è causata da Attacchi di Panico intermittenti, insorti fin dall'età di 12 anni ma che al momento del consulto sono diventati più assidui e gli impediscono anche di progettare ed intraprendere una scelta di facoltà dopo il diploma di maturità. In realtà è alle soglie dell'esame di maturità quando lo vedo al primo colloquio ed è molto in ansia di non riuscire a fare

lo scatto finale nella ripetizione delle materie e teme persino di non essere in grado di presentarsi alla verifica finale.

Già da bambino si svegliava durante la notte con tremore e paura, e quando arriva in terapia è veramente esausto per uno stato che gli impedisce di vivere serenamente, di fare scelte di studio, gli impedisce di progettare la sua giornata come il suo futuro.

I sintomi di ansia nel tempo, sempre presenti nella sua vita, come lui riferisce, sono sfociati in veri e propri attacchi di panico con ricorso anche a qualche ansiolitico, che gli è stato prescritto inizialmente dal proprio medico di base su richiesta di sua madre. Ma ora, in vista dell'esame di maturità e con il rischio e la sensazione di non poterlo affrontare, è Luca stesso a chiedere alla mamma di portarlo a visita da un cardiologo. Infatti descrive le sue sensazioni come improvvise e vissute con l'angoscia che possa essere in atto un attacco di cuore. Ha paura di morire con un infarto anche se attualmente, dopo la visita specialistica e vari esami clinici, sa di non essere affetto da una cardiopatia o altre patologie organiche; questa informazione ricevuta comunque non lo tranquillizza né riduce gli attacchi di panico, che si presentano in quest'ultimo periodo in maniera frequente e all'improvviso.

Teme di poter perdere la ragione, di non riuscire a controllare la sua condizione, teme di uscire di casa, di guidare, di trovarsi in pubblico, teme che l'attacco gli si possa presentare alla presenza del professore durante una interrogazione, e così, gradualmente, si è quasi chiuso nelle quattro mura di casa. Si è, cioè, instaurata una paura secondaria all'attacco di panico, condizione che avviene di frequente in questo tipo di patologia.

Nei due primi incontri di terapia traccio un'anamnesi dei suoi Funzionamenti dall'infanzia ad

oggi; la diagnosi quindi non è posta sui disturbi ma sui suoi Funzionamenti.

Rilevo gli eventi salienti che riconducono allo sviluppo del disturbo da attacco di panico e traccio i *fili rossi dei Funzionamenti* più coinvolti e deteriorati, quelli in base ai quali formulo una diagnosi del disturbo da Attacco di Panico, altrimenti detto DAP.

Rilevato lo stato generale e dettagliato dei Funzionamenti di fondo di Luca oltre a tracciare i fili rossi posso graficamente formulare il suo *diagramma Funzionale*. Tale diagramma risulta una fotografia sullo stato attuale dell'organismo in questione, che evidenzia i disfunzionamenti sui vari piani dell'organismo, e quali Funzioni sono intaccate in maniera più palese.

Approfondisco la storia di Luca e rilevo notizie sulla famiglia di origine.

Ha un fratello e una sorella molto più grandi di lui (maggiori di oltre dieci anni), *la mamma* è molto sottomessa al papà anche se è al corrente che il marito la tradisce ma subisce in silenzio il tradimento perché se osa parlarne *viene picchiata* e *Luca da piccolo assiste* spesso a queste scene mentre i fratelli grandi sono fuori casa. La poca consistenza della madre, il suo subire, il suo silenzio, il suo non proteggersi e non proteggere il figlio sono fattori che incidono sul *senso del pericolo che il bambino avverte*.

Di seguito riporterò alcuni *episodi rilevanti* dell'infanzia di questo paziente indicando tra parentesi la *correlazione con i Funzionamenti* che si vanno alterando e i *sintomi* che ne deriveranno.

Luca riferisce che si sentiva, senza il suo volere, complice del papà perché conosceva la donna con cui lui aveva una relazione extraconiugale, gli era, infatti, capitato di vederla arrivare nell'azienda di famiglia e di aver visto lei e il suo papà che si abbracciavano. Si genera così in Luca uno *stato di confusione per situazioni non chiare, accadute sotto i suoi occhi ma che non gli sono state spiegate*.

E Luca crede di esserne colpevole, si chiede se ne è complice, se sta facendo del male alla sua mamma.

Inoltre accadeva spesso che i genitori lo picchiassero; la mamma spesso lo sculacciava ma lui dice che meritava le *botte* perché gli capitava di

fare monellerie o, peggio, *“se la faceva sotto”* e si nascondeva dietro le tende dei balconi di casa. (Questi episodi evidenziano paura. Non ricevendo protezione, tende a trattenere anche a livello sfinterico ma ha già dei crolli e se la fa addosso).

Riceveva percosse dal papà anche per motivi che a lui sfuggivano, magari perché faceva domande giudicate inopportune (Si instaura uno stato di allarme per il senso di pericolo inaspettato).

Il papà, per lo più assente per lavoro, qualche volta lo portava con sé nell'azienda di famiglia ma pareva dimenticarsi della sua presenza e lui rimaneva in disparte, *ignorato, trascurato e, intimorito*, se ne stava in silenzio per ore. Spesso *evitava di tossire e addirittura di respirare* per il timore che il papà si ricordasse della sua presenza e la considerasse ingombrante; era capitato alcune volte che aveva fatto domande e lui si era terribilmente infastidito perché non voleva essere distolto dal suo lavoro e gli aveva lanciato dietro qualche oggetto. (E' chiaro che il papà non è una guida, gli incute paure, non gli dà spiegazioni e così nel tempo il Funzionamento del Controllo di Luca si alza perché avverte la sensazione che ci sia sempre il pericolo in agguato, e così si altera la capacità di potersene stare tranquillo).



Diagramma Funzionale dell'attacco di Panico – L.Rispoli

Se gli capitava di piangere per qualche motivo il papà gli diceva di non fare lo stupido e la mamma di fare il bambino forte. (Non è protetto da nessun genitore e non c'è tenerezza in famiglia).

Da bambino non si arrabbiava mai o meglio

non manifestava mai qualche momento di rabbia per timore di fare del male o che poi che ne potesse subire le conseguenze (stato di rabbia ingoiata).

Da un anno, invece, non riesce più a trattenerla e ha spesso forti scatti di ira.

Evidenzierò un altro episodio toccante che Luca racconta, esemplificativo di ciò che spesso avveniva, cioè che non venivano soddisfatti i bisogni né di protezione né di tenerezza né di valorizzazione.

Da piccolo aveva un coniglietto che gli fu regalato dalla nonna ma il padre, dopo qualche tempo che Luca se ne prendeva cura amorevolmente, lo fece sparire senza spiegazioni. Una mattina Luca non ritrova il suo Tuitty e nel chiedere dove fosse gli viene detto che deve smettere di fare domande, il coniglio non c'è e non ci sarà più. Luca nel suo intimo, con forte dolore e con molte fantasie sulla vicenda, ha sempre pensato che il papà avesse ammazzato il suo coniglietto.

Provò a chiederlo alla mamma due o tre volte ma la mamma urlò che non se ne doveva più parlare. (Si rende evidente che ci fossero in Luca, da piccolo, paure non calmate: mancano spiegazioni che danno, così, adito a fantasie di paura).

Non ha nemmeno avuto alleanza con i fratelli perché erano molto più grandi di lui, né ha potuto con/dividere i suoi problemi con gli adulti di riferimento perché questi erano stanchi e avanti con l'età quando lui è nato. Anche i nonni erano molto anziani anche se affettuosi e nei primi anni della sua infanzia li perde. Si definisce un ragazzo su cui tutti possono contare, altruista anche se ora molto stanco, una persona che non chiede per sé aiuto a nessuno, né ha molta voglia di parlare di sé.

Indicherò ora i *sintomi* con cui Luca è arrivato in terapia segnalando un *collegamento* con ciò che ne è la causa, la radice storica. I *sintomi* che avverte sono:

- Senso di svenimento, che indica *controllo eccessivo seguito da crolli vagotonici*
- Tremore e battito accelerato, indice di *antiche paure*.
- Si blocca di fronte alle scelte e ora che deve decidere la facoltà universitaria e se andare a studiare fuori casa si sente paralizzato, ciò perché la *progettualità è irrealistica perché è stato carente di una guida che gli insegnas-*

se a capire la strada da seguire anche secondo anche le sue inclinazioni.

- Improvvisamente la vista gli si annebbia, avverte brividi di freddo a scosse, dolore al petto, questi sintomi sono manifestazioni di *sensazioni attuali alterate e amplificate*, esplose perché cede il livello di *controllo* che si era elevato a causa delle *paure non calmate nell'infanzia, e questo controllo eccessivo contemporaneamente ha avuto l'effetto di inibire le sensazioni con connotazione autoprotettiva*.
- I Pensieri ripetitivi, che affollano la sua mente in particolare sulle scelte da compiere sono mescolate anche a fantasie negative causa di un *controllo ossessivo che è al limite e quindi si è corrotto e condizionato da un senso di sicurezza e valorizzazione che non ha potuto costruire*.
- Il torace molto ingrossato, gonfio, duro alla palpazione, con punti dolenti; segni che indicano un *respiro che si blocca cronicamente a causa dello stato di paura come di pericolo imminente, ciò ha causato anche un blocco delle sensazioni corporee per evitare di avvertire percezioni corporee spiacevoli*.

A causa di messaggi continui che gli sono stati impartiti di *dover essere forte, di non essere stupido, di non arrecare fastidio a nessuno*, Luca perde la possibilità di manifestare i suoi bisogni e di viverli secondo la sua età. Ne sono esempio anche i messaggi non verbali e non chiari di dover rispettare complicità non desiderate (con il padre) e di dover mantenere segreti di famiglia; questa situazione gli arreca timori profondi, senso di colpa e confusione.

E' evidente in quanto sottolineato che Luca vive, sin da tempi remoti, uno stato eccessivo di allarme che ha elevato il Funzionamento del controllo, infatti non ha ricevuto dall'ambiente protezione alle sue paure ma al contrario l'atmosfera familiare generava in lui la sensazione di pericolo imminente e confusione per cui ha perso nell'infanzia la possibilità di essere spensierato, di godersi la fanciullezza in un guscio di protezione, sostegno, appoggio, comprensione e tranquillità.

Si sono alterati il Funzionamento del *potersi affidare* perché non sufficientemente protetto nell'infanzia; il Funzionamento e la capacità di

poter allentare a discapito di un controllo continuo ed eccessivo. L'allarme ha anche fatto "da tappo" alle sensazioni, che sono state chiuse, bloccate, soppresse per evitare di avvertire cose spiacevoli che potevano scaturire dall'ambiente (le botte, le urla dirette a lui, i rimproveri, le minacce) o dalle sue stesse fantasie paurose.

Una tale condizione di allarme non può essere mantenuta a lungo nell'organismo che, logoro, ad un certo punto tende a crollare. Infatti sono esattamente le *sensazioni* a scoppiare quando l'organismo esausto e a limite di un controllo eccessivo cede e, le sensazioni a lungo "tappate" affiorano: da tale dinamica derivano i sintomi del DAP.

La memoria non cognitiva ma periferica: le tracce corporee di Luca

Le vicende della vita infantile di Luca i suoi antichi vissuti non sono tutti necessariamente presenti nella memoria dei ricordi cognitivi del giovane Luca ma gli effetti si evidenziano nei suoi sintomi psichici e somatici. Esistono *altri due tipi di memoria: quella emotiva*, che può affiorare sotto forma di una emozione che scaturisce dall'annusare un profumo, come un sapore, oppure dal vedere una scena, qualcosa, quindi, che induce nell'organismo in maniera inattesa una antica emozione, quella che spesso è chiamata *dejà vu*.

L'altro tipo è la *memoria corporea*, ed è ormai evidente, da ricerche, studi ed effetti che emergono nella psicoterapia, che non esistono solo ricordi associati ad una memoria cognitiva, ma una memoria che è scritta nella nostra muscolatura, nelle nostre posture, nel nostro tono muscolare e variamente nei nostri distretti corporei e che influenza il nostro pensiero, gli schemi di comportamento e anche il sistema dei valori.

Si parla molto oggi del *cervello nella pancia*, come sin da metà '800 Leopold Auerbachlo aveva ipotizzato. M. Gershon scopre più recentemente collegamenti con il sistema nervoso centrale e che nella pancia si producono sostanze psicoattive come la serotonina, la dopamina, e anche oppiacei antidolorifici e persino benzodiazepine, mediatori del sistema nervoso esiste un'asse cervello-addome (M. Costa), organizzato in modo funzionale, che lavora con una serie di circuiti, ed è in grado di registrare stati diversi e reagire autonomamente:

insomma possiede tutto ciò che serve a un sistema nervoso integrativo (Schemann).

Esiste, quindi, *un'autonomia dei processi corporei*, ciò significa che i processi elaborativi cognitivi non controllano tutto il nostro funzionamento. Spesso è proprio il *corpo* con le *sue manifestazioni, anche sintomatiche* che fornisce *informazioni sulla storia del paziente* da un lato, e dall'altro permette di *riaprire dei canali trasformativi*. La consapevolezza, come fattore di cambiamento, da sola, infatti, non è in grado di produrre sempre cambiamenti profondi.

Dobbiamo pensare ad una sorta di "memoria corporea" è costituita dalle tracce radicate delle esperienze passate; esse possono essere posture abituali, alterazioni del respiro e delle soglie percettive, modificazioni del tono muscolare di base. Le emozioni, i vissuti dell'infanzia si vanno depositando nelle varie aree corporee, sia in senso positivo che negativo delle antiche esperienze relazionali tra il bambino e l'ambiente. Tale ipotesi diventa fondata anche alla luce di varie ricerche che provengono da diverse fonti ed approcci clinici sulla vita psichica infantile: ad esempio quelli sugli "involuceri di esperienza" di Stern, quelli di Bowlby sugli stili di attaccamento, di Winnicott con il concetto di psicosoma, lo psichiatra Weiss con i suoi studi sulla psicosomatica.

E' innegabile che nella terapia sono presenti sia il *corpo* del paziente che quello del terapeuta. Esso è presente all'interno della stessa relazione terapeutica, il corpo si manifesta nei silenzi, nelle posizioni che terapeuta e paziente assumono, nei movimenti, nel tono di voce. Wilhelm Reich negli anni 20 già formulava il postulato di identità psiche soma e l'esistenza di interconnessioni profonde e complesse. Già nella teoria Freudiana si era cominciata a delineare la necessità di uno studio dei funzionamenti psichici che tenesse conto dei processi corporei ma correlandoli agli aspetti biologici, e lo sviluppo della psicologia clinica post Freud ha dato sempre più attenzione alla componente corporea.

L'attenzione al corpo prende avvio da varie direzioni: dalla tecnica attiva di Ferenczi, all'esperienza emozionale correttiva di Alexander, all'holding di Winnicott, al concetto di amore primario di Balint, alle formulazioni sul Sé di Kohut e di Stern e alle recenti tesi sull'haptonomie di

This e Veldman.

Gli accenni al corpo si ritrovano nel behaviorismo con i suoi concetti di modeling e flooding, nella terapia sistemica con le tecniche di scultura familiari, nella gestalt si pone attenzione a come il corpo si rappresenta a se stesso e agli altri, nel cognitivismo ritroviamo il concetto di feed-back psicofisiologico, Schultz con la tecnica del training autogeno.

Il Neo-Funzionalismo sviluppa il concetto di memoria periferica che si rivela in posture ripetitive e abituali, alterazioni delle soglie percettive, modificazioni del tono muscolare di base, una certa modalità di respiro, un certo tono di voce, *tracce permanenti delle esperienze passate*.

Possiamo ipotizzare, e dagli studi Funzionali sul bambino ne abbiamo conferma, all'esistenza di una sorta di stratificazione delle emozioni nei vari distretti corporei, avvenuta durante lo svolgimento (con esiti positivi o negativi) delle più antiche esperienze di relazione tra il bambino e l'ambiente.

Altre conferme vengono dagli effetti della terapia: in psicoterapia corporea emergono sensazioni e percezioni molto intense quali tremiti, formicolii, correnti, sensazioni profonde, reazioni emotive improvvise di grande intensità come se qualcosa stesse riemergendo non dal mondo della consapevolezza ma direttamente dall'aspetto corporeo del paziente. Distretti corporei diventano caldi o freddi, vengono percepite pesanti o leggeri, grandi, gonfi o piccole.

Questi cambiamenti psicofisici vengono spiegati come il riemergere di esperienze sepolte, costituito da vissuti, emozioni, ricordi e sensazioni fisiche celate nell'organismo ma non perduto. La teoria Funzionale studia il modo in cui antichi vissuti si sono cristallizzano e conservano nell'organismo su piani e Funzioni specifici e come essi interferiscono dal profondo nella vita attuale dei soggetti.

Lo studio del Neo-Funzionalismo sul neonato e le sue capacità di base conferma, inoltre, l'ipotesi di un Sé integrato sin dall'origine: non si riscontrano, infatti, nel neonato incongruenze e contraddizioni tra Funzioni differenti, che, invece, si possono formare successivamente.

Esemplifico tale concetto con un esempio: il neonato in una delle seguenti condizioni che può

essere di richiesta di allattamento o di rifiuto di esso, o di dolore, tutte le sue espressioni e agire è congruente con la situazione stessa: il modo di piangere, i movimenti, l'espressione del viso, la condizione fisiologica il respiro, il battito cardiaco, l'emozione; tutte Funzioni congruenti e coerenti con la richiesta e l'aspettativa del neonato.

Per la psicoterapia corporea Funzionale l'integrazione non è uno stadio successivo da raggiungere.

Nella storia evolutiva può invece accadere che queste Funzioni diventino sconnesse le une dalle altre, se i bisogni fondamentali non ben soddisfatti e incoraggiati esse si alterino producendo una sorta di *ricordi nella memoria corporea* e facendo insorgere tracce corporee.

Le *tracce corporee che Luca "porta" in terapia* sono la voce bassa e roca (la sua voce da bambino non era apprezzata e valorizzata in ciò che diceva o chiedeva), il respiro alto e affannoso (per tutte le volte che non doveva farsi sentire per non dare fastidio, e per la paura che ci fossero pericoli all'orizzonte), le posture sono chiuse, il corpo nel complesso un pò chino in avanti (gli mancano la speranza, la gioia, la vitalità), le soglie del dolore molto alte, infatti non sente quasi il tocco (in risonanza con tutte le botte ricevute, ha chiuso le sensazioni per non sentirle).

Approccio clinico utilizzato: le basi teoriche della psicoterapia Funzionale

L'approccio teorico e metodologico utilizzato nel caso di Luca, affetto da Disturbo da Attacco di Panico, come già accennato, è l'approccio del Neo-Funzionalismo, corrente di psicoterapia corporea che costituisce una delle grandi aree teoriche della psicologia, un modello interpretativo generali del funzionamento della persona, basato su un lungo percorso di esperienze, ricerche, verifiche. I costrutti su cui si basa la psicoterapia corporea lungi dall'assumere aspetti teorici vaghi risultano ben fondati, e fanno riferimento allo sviluppo evolutivo e di personalità, allo sviluppo delle alterazioni, ai processi eziopatologici, da cui discende una teoria della tecnica, cioè operativa, metodologica per cui è possibile formulare diagnosi, progetto terapeutico e trattamento.

L'assunto di base è la visione dell'*organismo*

come unità mente-corpo non scindibile, unitaria e integrata. Una tale concezione poggia le sue basi sullo studio e conoscenza delle interconnessioni tra apparati fisiologici con le posture e con l'apparato muscolare; sugli studi sulle vie neuroniche cortico-muscolari e corticoviscerali, discendenti ed ascendenti; sugli effetti che il sistema neurovegetativo ha su tutto l'organismo; sugli studi sulla respirazione, e le sue relazioni con il nervo vago, e che, quindi, si configura come un regolatore dell'organismo; sugli studi delle alterazioni del tono muscolare e loro effetti a livello emotivo e cognitivo.

Si tratta, quindi di tener conto di una *circolarità delle connessioni psiche-corpo*.

Inoltre, per poter toccare il corpo in terapia è anche fondamentale sapere cosa produce il *tocco* e come utilizzarlo, oltre che conoscere e comprendere la storia di quel paziente sul suo specifico funzionamento del contatto per poter progettare il tipo di tocco da utilizzare nelle varie fasi del paziente e prevedere quali effetti può produrre nel paziente.

Ciò implica utilizzare grande rigerosità nella psicoterapia corporea, e per questo una tale metodologia non può, ovviamente, essere arbitrariamente incorporata in diversi quadri teorici ed epistemologici di altri approcci, non avendo le stesse basi teoriche e la stessa concezione di fondo riguardo l'individuo.

Quello della psicoterapia corporea è una lunga evoluzione e numerose sono state le influenze sul complesso campo della psicoterapia corporea: da Reich, che si può identificare come il capostipite di questa area teorica, con il postulato di identità funzionale tra psiche e soma, si sviluppa il filone americano con Lowen e Pierrakos, la teoria del movimento di Bull, la teoria psicomotoria di Pessio, Kurtz e Prester, il massaggio profondo di Painter; il filone Europeo con Gerda Alexander, la psicoperistalsi di Boyesen, i movimenti di Mathias Alexander, la scuola norvegese di Nic Waal, Bulow-Hansen, e altri, gli apporti tedeschi di Petzold, l'analisi psicoorganica di Fraisse, la psicodinamica della pelle di Dolto, lo psicorporeo di Maurer, la somatoanalisi di Meyer, la biosistemica di Liss, in Italia, dagli studi sulla psicomotricità, al training autogeno, agli sviluppi della gestalt e alle varie tecniche di rilassamento. In Ita-

lia uno sviluppo propulsivo a questa grande area teorica viene dal Neo-Funzionalismo, fondatore Luciano Rispoli, con radici nel primo Funzionalismo (scuola di Chicago) si avvale dell'apporto delle neuroscienze e attraverso studi, osservazioni e ricerche proprie approda ad un punto fondamentale: abbraccia il paradigma della complessità e si indirizza verso la costruzione di una teoria integrata ed unitaria della personalità e della psicoterapia.

Il lavoro della psicologia Funzionale è consistito nella sistemazione di tutti questi contributi ma soprattutto nella ricerca attiva in campo neonatale e in campo clinico fino ad arrivare a formulare un quadro teorico complessivo sul funzionamento umano e sul processo di cura.

La psicoterapia Funzionale si caratterizza per una differente teoria del funzionamento mente-corpo: non più di tipo piramidale, in cui la mente controlla tutto, ma di tipo "circolare", in cui tutti i vari piani psico-corporei contribuiscono in modo paritario alla complessa organizzazione dell'organismo.

La razionalità, i ricordi, il mondo simbolico, e poi le posture e i movimenti, e ancora il mondo delle emozioni, e infine l'insieme dei sistemi interni fisiologici, sono tutte Funzioni psicocorporee che, profondamente integrate e interconnesse nel bambino, possono invece successivamente sconnettersi tra di loro, diventare limitate, alterarsi. Ad esempio la rabbia si può manifestarsi solo nella mascella e nei pugni chiusi in maniera inconsapevole oppure un volto può essere marchiato da espressione triste come un machera e come sentimenti non essere avvertiti; una delusione può diventare un nodo allo stomaco, i pensieri possono essere ossessivamente paurosi, mani sudate oppure tachicardia palesano una paura non avvertita; i muscoli tesi dovuti ad un perenne stato di allarme.

La psicoterapia Funzionale, quindi, va sottolineato, non si caratterizza come una terapia che ha per oggetto del suo intervento solo il corpo ma la caratteristica teorica è la concezione dell'individuo, che definisce il Sé, come unità psicocorporea, in cui non si possono scindere parti e la metodologia si avvale di tecniche psicocorporee studiate e formulate allo scopo di intervenire sull'intero sistema Sé.

I bisogni fondamentali dell'individuo e i Funzionamenti di fondo

La visione Funzionale abbandona la teoria quantitativa delle pulsioni in favore di una visione qualitativa delle stesse: nel senso di linee direttrici lungo le quali l'essere umano si muove sin dall'inizio e che saranno presenti in tutta la sua vita. Queste direzioni sono tutte indispensabili per uno sviluppo armonico e integrato del Sé, e devono essere perciò tutte presenti e incoraggiate sin dalle prime esperienze di vita del bambino. I bisogni si *dispongono* come raggi del sole il cui centro è il Sé, e i raggi sono costituiti dal nutrimento (ovviamente non solo fisico), dall'essere contenuto, dal calore, dalla possibilità di percepirsi, da una curiosità e conoscenza, dal contatto, dal voler e poter progettare, dal bisogno di amore, di sperimentare la sessualità, dal potersi espandere ed esprimersi.

Oltre ad una nuova concezione dei bisogni dell'individuo il Neo-Funzionalismo si focalizza sui Funzionamenti di fondo superando il dualismo mente e corpo da una parte e dall'altra anche la generica definizione di corrispondenza mente e corpo.

I processi dell'individuo, o meglio del Se', sono tutti processi psicocorporei.

Tali processi psicocorporei sono interconnessi conferendo all'individuo una reale integrità psicofisica. Ecco spiegato perché il Se' è visto in una visione circolare o meglio sferica.

Dobbiamo risalire al concetto di *Esperienze di Base del Sé (EBS)*, teorizzate e definite dal prof. Luciano Rispoli, fondatore del Neo Funzionalismo (Esperienze di Base L. Rispoli 2004- Edizioni F. Angeli).

I nostri Funzionamenti di fondo sono il bagaglio delle nostre capacità di adattamento alla vita e alle svariate condizioni che essa ci pone.

Ho già citato, in altri articoli su tale rivista, il concetto di Esperienze di Base del Sé e lo riassumo sottolineando la loro importanza in quanto esse rendono possibile la soddisfazione dei *bisogni fondamentali* del bambino. Si tratta di quelle esperienze basilari nell'infanzia che permettono di costruire le capacità per vivere; sono le esperienze dell'*Essere Tenuti e Contenuti*, di *Protezione*, di *Essere Presi e Portati*, di *Ricevere*,

di *Essere Amati*, di *Essere Visti*, *Compresi e Apprezzati*; queste le più ricettive. Poi ci sono anche esperienze più attive come *Prendere*, *Cambiare l'altro*, *Portare l'altro dalla propria parte*, *Saper affrontare*, *Controllo* (non solo quello duro ma anche morbido), *Dare*, *Amare*, *Esplorare*, *Percepire*, e ci sono anche esperienze di armonia psico-fisica quali il *Benessere*, la *Calma*.

Si tratta, quindi, delle esperienze che servono come competenze per la vita, per i rapporti umani, per la propria realizzazione, il proprio benessere.



I Bisogni del Sé- L. Rispoli

Esse sono già presenti alla nascita "in nuce" ma soggetti durante l'infanzia ad ampliarsi e potenziarsi se ben accompagnati oppure a deteriorarsi se l'apporto dell'ambiente non è supportivo: un ambiente ostacolante impedirà lo sviluppo sano di tali esperienze e ciò indurrà indebolimento, atrofizzazione dei Funzionamenti, fino allo sviluppo di alterazioni patologiche, da cui scaturiscono i sintomi.

Le alterazioni e l'insorgere dei sintomi di Luca

Partendo dall'ipotesi di fondo di un'integrazione primaria del Sé del neonato con tutte le armonicamente interconnesse, è durante la sua storia evolutiva nel suo impatto con il mondo esterno che si possono produrre alterazioni nelle sue Funzioni; se l'ambiente non è protettivo nei suoi

confronti, non è capace di dargli sicurezza e aiuto positivo in quel periodo in cui deve acquisire e potenziare tutte le capacità e le competenze che lo renderanno capace di affrontare la vita. Può accadere che a causa di conflitti con l'ambiente esterno il bambino debba assumere precocemente la funzione di autoprotezione. Tale condizione va a modificare l'organizzazione complessiva dei suoi processi psicocorporei: infatti verranno trattate emozioni, le paure non protette dagli adulti si potranno cronicizzare, il bambino, per porsi al centro di un'attenzione non ricevuta, potrebbe barattare la considerazione e la valorizzazione che non riceve spontaneamente, con la capricciosità.

Le alterazioni che intervengono possono essere di vario tipo: possono formarsi sconnessioni tra piani Funzionali o anche all'interno di uno stesso piano: ad esempio si possono inconsciamente assumere posture che esprimono chiusura verso l'altro oppure tristezza senza che ve ne sia consapevolezza; oppure un'emozione di apertura mentre una parte del corpo esprime ostilità; un allarme a livello fisiologico segnale di paura anche quando non ci sono pericoli. Una Funzione può anche rimanere cortocircuitata su se stessa, mostrando alterazioni anche quando le condizioni esterne non lo richiedono: un respiro affannoso, una fantasia paurosa, un pensiero ossessivo, un battito del cuore sempre accelerato. Da quanto detto in linea generale passerò ad individuare nel caso di Luca la correlazione tra eventi ed alterazioni nelle Esperienze basilari e sulle singole Funzioni.

La famiglia di Luca non tiene in considerazione i bisogni basilari del bambino, infatti le sue esperienze di base si corrompono: non viene guidato, non viene tranquillizzato, viene al contrario catapultato in dinamiche genitoriali fatte di silenzi pesanti, cose taciute, tradimenti e per tale motivo sviluppa un sistema simbolico sulle relazioni affettive alterato e le sue fantasie sono angosciose e paurose. Si sveglia di notte di soprassalto a dimostrazione che il suo sistema fisiologico e il sistema della calma si sono alterati. Non può condividere i problemi legati alla sua età perché viene ammonito a dover essere grande e forte, quindi deve in qualche modo autoprotettersi; lo fa innalzando la soglia del dolore e le sue sensazioni man mano si spengono; lo fa trattenendo il respiro fino a che

questo diventa cronicamente silente e superficiale, un po' strozzato; lo fa evitando di fare domande, persino di tossire, in generale di farsi notare in modo da evitare di ricevere botte e rimproveri. Insomma Luca cerca di diventare quasi invisibile; non può contare sull'alleanza con i fratelli che hanno un'età molto superiore alla sua e per di più già investiti da dinamiche e relazioni interpersonali esterne alla famiglia.

Il suo sistema del controllo si alza a livelli eccessivi diventando questa una sua modalità di funzionamento fino a quando esso cede e ciò produrrà i sintomi tipici dell'attacco di panico.

Terapia integrata e riparativa di antiche lacerazioni

Che tipo di terapia viene da me condotta sul caso di Luca?

Una psicoterapia che possiamo definire integrata: integrata perché prende in considerazione l'interezza della persona, integrata perché utilizza tutti i fattori di cambiamento.

In terapia Funzionale così come l'individuo viene considerato in tutta la sua configurazione complessiva del Sé così i fattori di cambiamento sono utilizzati in un aspetto globale e complessivo. La teoria Funzionale non si avvale, infatti, solo di una presa di coscienza del proprio disturbo o della propria modalità di funzionamento, cioè la classica consapevolezza, né si avvale solo di una scarica emotiva, abreazione emotiva, l'insight, l'elaborazione simbolica, né scioglie solo le tensioni liberando il corpo. Si avvale di tutti i fattori di cambiamento integrandoli tra loro fino ad una modificazione dell'intero assetto del Sé.

È indispensabile nel processo di terapia andare a recuperare ciò che si è lacerato nell'infanzia, quindi ritornare a quelle esperienze mal vissute nell'infanzia e riattraversale rendendole gratificanti e nutrienti trasformando, così, gli esiti e le antiche tracce. Una psicoterapia riparativa mira a recuperare quelle esperienze carenti o alterate per evitare che si ripetano in cortocircuito le stesse sensazioni vissute nell'infanzia. Tali esperienze basilari ricostruite in psicoterapia riapriranno strade e porte differenti da quelli che si sono cristallizzati nella vita del paziente.

In terapia, queste arcaiche esperienze vengono

riattraversate su tutti i piani del Sé (emotivo, cognitivo, posturale, dei movimenti, delle fantasie, del neurovegetativo, ecc.).

Tutto ciò è possibile accogliendo il paziente nei suoi bisogni di fondo, facendo un'indagine sui suoi funzionamenti attuali, sulle sue carenze ed alterazioni, facendogli ripercorrere tappe mancanti dello sviluppo dei suoi Funzionamenti, ponendosi come una terapia riparativa di ciò che si è infranto, interrotto nell'infanzia.

Il paziente viene accolto come il bambino a cui l'ambiente non è stato di supporto, dopo aver fatto un'anamnesi di vicende cruciali durante l'infanzia si traccia il diagramma del suo Sé allo stato attuale, con tutte le sue Funzioni carenti o chiuse o compromesse e lo si porta a ripercorrere le tappe interrotte.

Ponendo le basi per una relazione terapeutica di intensa profondità, il paziente può affidarsi completamente, e il terapeuta "lo prende in cura" facendogli sperimentare i suoi bisogni fondamentali e la possibilità di soddisfarli, per fornire consistenza ai propri nuclei interni, stabilità, senso di sicurezza. Si procede verso una ricostruzione delle Esperienze Basilarie del Sé, si tratta di un processo di "riparazione e nutrimento", nel quale la continuità del Sé e delle sue esperienze positive trovano finalmente la possibilità di ristabilirsi e di ristabilire benessere, salute, armonia, tranquillità, gioia, vitalità.

Progetto e iter terapeutico di Luca

Nei primi 2 incontri ho utilizzato la *scheda di primo colloquio per adulti (L. Rispoli)* secondo la metodologia Funzionale; un'anamnesi per indagare la storia dei Funzionamenti di fondo nella vita di Luca. Così giungo a formulare il suo diagramma Funzionale, una descrizione di Luca nei suoi Funzionamenti che mi permette così di cogliere le sue carenze ed alterazioni.

Abbandonata ogni forma di tipologia e la classica visione nosografica guardo al Funzionamento globale di Luca e questo mi consente di fare un progetto di terapia ben ponderato sul soggetto in questione. Individuo ed annoto quali Funzionamenti sono coinvolti in maniera negativa, non costruttivamente evolutiva negli episodi della vita di Luca. Così posso tracciare i fili rossi dei

Funzionamenti corrotti. Su tali fili puntualizzo le vicende che si riferiscono a quel determinato Funzionamento fino ad arrivare all'attualità di fenomeni, cioè alterazioni e sintomi e graficamente costruisco il diagramma di Luca, la configurazione del suo Sé.

Ritrovo nella sua storia che è coinvolto ed alterato è il *Funzionamento della Protezione*, che gli è mancata; Luca è vissuto in uno stato di Paura derivato dal clima familiare, da situazioni troppo grandi per un bambino, troppo pesanti, da un ambiente che tende a non dare risposte agli eventi e che lascia spazio a fantasie terrifiche, un ambiente che non accompagna nelle scelte, un ambiente che lo lascia da solo, che non lo vede nei suoi bisogni, nelle sue peculiarità, altri Funzionamenti da recuperare sono quelli di *Esser valorizzato e dell'alleanza senza confusione su ruoli* che gli vengono attribuiti (*come quando da piccolo sentiva di essere stato coinvolto dal padre in una dinamica di alleanza di complicità che non desiderava*); un ambiente che Luca vive come potenzialmente nocivo e pericoloso.

A causa di questa condizione e atmosfera in cui vive il *Funzionamento del Controllo* si attiva in modalità cronica instaurando una condizione di allarme cronico strutturata che gli impedisce momenti di allentamento e attenzione morbida, nell'impossibilità quindi di una disattivazione; altro Funzionamento che viene ad essere intaccato è quello delle *Sensazioni corporee* che vengono assopite per evitare che possano essere spiacevoli e così "indurito" non avverte più le percosse, le botte, le urla, gli impropri.

La chiusura di sensazioni ha una valenza protettiva, esercitata anche attraverso un respiro che diventa silente, Luca è un piccolo cucciolo che trattiene il respiro per timore di essere assalito. Viene ostruita la strada della gioia, dell'allegria, della vitalità, del benessere profondo.

Il suo progetto terapeutico mira fondamentalmente a recuperare la fiducia e la guida.

Luca in terapia ha sentito di essere protetto, e pian piano si è affidato e si è lasciato guidare.

E' stato aiutato a chiarire le sue Sensazioni e percezioni interne, il cammino per *districare e sciogliere le sue paure antiche* è stato fatto a piccoli passi. E di pari passo un lavoro sulla capacità di Allentare il controllo per *disattivare lo stato di*

allarme abituale, ovviamente ripristinando una *Attenzione morbida non dura* che porta calma e tranquillità. E' stato fatto un lavoro per direzionare sia la *tristezza* di non aver ricevuto protezione e calma sia la *rabbia verso la Forza-Calma e la Forza Aperta* (Funzionamenti che tendono a contaminarsi).

Portato nella capacità di Affidarsi, di lasciarsi guidare, di Allentare il Controllo, nella capacità di fare pause, ha permesso di poter acquisire la possibilità di *Scegliere* senza bloccarsi con dubbi e indecisioni.

Tutto questo lavoro terapeutico verso la riapertura dei suoi Funzionamenti inceppati ha riportato Luca verso la calma e la tranquillità e man mano che si procedeva nella terapia, superate soprattutto le antiche paure abbiamo anche fatto un lavoro al fine di ritrovare anche emozioni di gioia, allegria e vitalità.

Per dargli la possibilità di ritrovare sensazioni chiare e tranquille non più debordanti, sono state fatte molte tecniche di *Respirazione diaframmatica* e i pensieri catastrofici si sono diluiti. Con *massaggi e movimenti aiutati* ho svolto un lavoro importante sullo *scioglimento delle contratture* che derivavano dalle paure. Con tecniche specifiche ho lavorato sulla *voce che è diventata aperta e sonora*.

Alleanza, fiducia e sensazioni chiare, sono state la base per *allentare le paure*. Il lavoro sulla *Protezione* ha aperto la strada a poter agire sul recuperare una modalità di *Controllo non rigido ed ossessivo, riaprendo la gamma di questo Funzionamento che va dal Controllo all'Allentamento del controllo*. Luca, inoltre tratteneva una rabbia incapsulata, per le tante cose che non gli venivano spiegate e per tutti gli eventi in cui rimaneva da solo nel cercare spiegazioni e sprofondava in fantasie terrifiche; su questo Funzionamento ho lavorato, riportando a galla, senza danni o drammi, il sentimento trattenuto ma che produceva malessere e rancore che gli impediva di andare avanti nelle scelte e nei progetti e direzionandola in possibilità di espressione costruttiva fino ad arrivare ad una forza non sforzo. L'ultima fase della terapia si è basata sul fargli ritrovare *gioia, allegria e spensieratezza*, che aveva lasciato chiuse nel cassetto della sua prima infanzia, quando giocava con i cuginetti nel giardino a nascondino, ad 'acchiapparsi' e a 'ride-

re di tutto'.

Tecniche di intervento utilizzate

Ho già sottolineato che l'intervento Funzionale è un agire terapeutico che influisce su tutti i piani e livelli di funzionamenti della persona. Le tecniche sono studiate e formulate perché possano agire esattamente lì dove è necessario, sia per recuperare i Funzionamenti compromessi, sia per recuperare le Funzioni deteriorate o poco sviluppate. In Luca, ad esempio bisognava *recuperare i Funzionamenti* che abbiamo già citato (*Protezione Controllo morbido, Sensazioni ripulite, Rabbia direzionata verso la Forza calma e aperta e la Progettualità, Gioia e Vitalità*).

A livello delle *Funzioni* è stato fondamentale ripristinare la possibilità di un *respiro diaframmatico calmo; una voce chiara, forte, aperta; un tono muscolare di base non iperteso, un battito cardiaco regolare, posture più flessibile e morbide al posto di quelle abituali chiuse e spasmodicamente rigide; uno sguardo più morbido, non accigliato e vigile; una espressione del viso meno corrugata; una postura dell'intero corpo non incassata e china, movimenti più plastici e morbidi; una immaginazione orientata alla progettualità e non connessa a fantasie negative; sensazioni corporee chiare, attuali e ripulite da quelle passate, stato emotivo che fluttuasse anche verso sentimenti positivi; neurovegetativo disancorato dall'allarme*.

Le *tecniche utilizzate* sono state mirate ad un *lasciare profondo e ad allentare il controllo*, azioni terapeutiche sull'allentamento del corpo, della muscolatura come sui pensieri, tecniche che conducono ad uno stato di rilassamento, di benessere e di calma, *tecniche di massaggio profondo* per allentare, come il massaggio collo-spalle, massaggio braccia e gambe, massaggio torace; *tecniche di respirazione diaframmatica* per riequilibrare l'intero organismo; tecniche studiate per *recuperare il senso di protezione* come "schiena accucciata", massaggio schiena, massaggio viso-testa; tecniche per *recuperare la fiducia e l'abbandonarsi al terapeuta* come "Testa abbandonata al terapeuta" e "Testa mossa fra le mani"; tecniche per *riappropriarsi della Forza* come "colpi forti con braccia, gambe e bacino"; tecniche per *ripu-*

lire la forza dalla rabbia come “mani e piedi a sbatacchiare”; *sulle sensazioni* con tecniche che coinvolgono vari distretti corporei; tecniche *sulla gioia* con uso di una “voce squillante”, “immaginazioni guidate” e “ricordi di momenti di gioco”, di slancio vissuti in qualche momento della vita; tecniche per *recuperare la vitalità* in cui si possono sperimentare movimenti aperti sia fisici che di apertura generale interni ed esterni.

Dopo poco più di due anni di terapia Luca ha recuperato la calma, il benessere, la voglia di vivere e progettare, durante la terapia ha fatto scelta degli studi e progetti a breve e medio termine che ha portato avanti.

Oggi, Luca, a distanza di diversi anni è uno stimato direttore bancario, realizzato e sereno, i suoi attacchi di panico sono un ricordo spiacevole ma qualche volta quando mi telefona per gli auguri di Natale mi dice che forse i suoi sintomi sono stati un'occasione per poter vivere oggi al meglio delle sue potenzialità.

Conclusioni

Il Disturbo da Attacchi di Panico è una patologia dei nostri tempi. I ritmi stressanti e le sollecitazioni ci incastrano in una dinamica di elevato controllo, manca il tempo per le micro pause. Ma i pilastri profondi all'origine di questo disturbo sono dovuti al deterioramento di alcuni Funzionamenti di fondo dell'organismo, che si producono nell'infanzia e a cui si può associare uno stato di cedimento dell'organismo per lo stile di vita e le condizioni a cui è sottoposto. Attraverso la storia di un caso clinico, il caso di Luca, l'autrice dell'articolo, che è stata la sua psicoterapeuta, propone un modello di psicoterapia integrata, quella del Neo-Funzionalismo ed evidenzia l'exursus storico del paradigma teorico oltre ad evidenziare i principi base. Si evidenziano nella storia di Luca i Funzionamenti che si sono alterati, a causa di Esperienze basilari non ben accompagnate nella vita infantile, e che sono alla radice del disturbo del paziente in questione e i collegamenti con gli eventi di vita. Si espone il suo progetto terapeutico e come e dove esso va ad agire con tale terapia riparativa, ricostruttiva. Vengono dati cenni sulle tecniche utilizzate nella terapia del caso clinico riportato.

Bibliografia

Amelia Beltramini Focus marzo 2001.
American Psychiatric Association (2013). DSM V, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.

- Barlow, D.H., Cohen, A.S., Di Nardo, P. et al., (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. Behavior Therapy.
- Barlow, D.H., (1988). Anxiety and its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, Guilford.
- De Masi, F. (2004). The psychodynamic of panic attacks: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. International Journal of Psychoanalysis.
- Di Nuovo, S., & Rispoli, L., (2011). Analisi Funzionale dello Stress. Milano, F. Angeli/Linea Test.
- Franceschina, E., Sanavio, E., Sica, C., (2004). I disturbi d'ansia". In: Galeazzi A., Meazzini P., Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale, Giunti Editore, Milano.
- Gershon, M., (2006). Il secondo cervello. La Feltrinelli
- Malabou, C. (2009). Plasticity at the Dusk of Writing: Dialectic, Destruction, Deconstruction (New York: Columbia University Press, 2009, trans. Carolyn Shread).
- Morin, E. (1985). Le vie della complessità in Bocchi G., Ceruti M. La sfida della complessità, Feltrinelli Milano.
- Rispoli, L. (1993). Psicologia Funzionale del Sé, Astro-labio Roma.
- Rispoli, L. (1995). Il corpo e le psicoterapie, Idelson Napoli.
- Rispoli, L. (1998). La psicoterapia corporea e il suo sviluppo Funzionale, Carocci Roma.
- Rispoli, L. (1998). La valutazione degli effetti e del processo in psicoterapia funzionale corporea, F. Angeli Milano.
- Rispoli, L. (2003). Il sorriso del corpo e i segreti dell'anima, Liguori.
- Rispoli, L. (2004). Esperienze di Base E sviluppo del Sé, F. Angeli.
- Rispoli, L. (2010). Il Funzionalismo moderno e il paradigma psicocorporeo. Diagnosi, terapia, prevenzione dei disturbi d'ansia. In Ansia che fare? Cleup Padova.
- Rispoli, L., (2011). Manuale delle tecniche Funzionali. I° e II° vol.
- Rispoli, L. (2016). Il corpo in psicoterapia oggi, F. Angeli.
- Roth, A., Fonagy, P. (1996). tr. it. Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Tull, M.T., Roemer, L. (2007). “Emotion Regulation Difficulties Associated with the Experience of Uncued Panic Attacks: Evidence of Experiential Avoidance, Emotional Nonacceptance, and Decreased Emotional Clarity”. Behavior Therapy.

Il Servizio di Assistenza Psicologia del Distretto Socio Sanitario n. 1 della ASL BA: primi 10 anni di attività

Ceci Pantaleo Francesco

Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta,

Responsabile del Servizio di Assistenza Psicologia del Distretto Socio Sanitario n.1 ASL BA

Riassunto

L'Assistenza Psicologica è un LEA (Livello Essenziale d'Assistenza). A sancirlo è il DPCM del 29 Nov. 2001 "Definizione dei livelli di assistenza".

L'Assistenza Psicologica è un Livello Funzionale del Distretto Socio Sanitario. A stabilirlo è la Legge Regionale n. 25 del 03 Agosto 2006 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale" - Art. 14 "Il Distretto e le cure primarie" - Punto 5 comma e.

L'Assistenza Psicologica è una Struttura Semplice del Distretto Socio Sanitario. A determinarlo è l'Art. 20 del Reg. Reg. n. 6 del 18 Aprile 2011 "Regolamento di organizzazione del Distretto Socio Sanitario".

Con queste premesse, a 10 anni dalla sua attivazione, il Servizio di Assistenza Psicologia del Distretto Socio Sanitario n.1 ASL BA si racconta nell'auspicio che, nel panorama delle offerte dei Servizi e delle prestazioni psicologiche, esso possa rappresentare una qualificata presenza.

Parole chiave: Servizio, Bisogni, Domanda, Performance, Rete

PRESENTAZIONE

La normativa nazionale e regionale, prendendo a riferimento il Modello Bio-Psico-Sociale della Salute, assegna al Distretto Socio Sanitario la responsabilità di implementare l'offerta di Servizi e prestazioni psicologiche territoriali, per rispondere, con maggiore efficacia ed appropriatezza, ad una crescente domanda di benessere.

Nel Distretto Socio Sanitario Uno della ASL BA ciò si è realizzato attivando la funzione di Assistenza Psicologica, mediante l'avvio, a partire dal 01 Dicembre 2006 del Servizio di Assistenza Psicologica, con sede operativa presso il Poliambulatorio di Molfetta (visionabile in internet sul portale della ASL BA).

Organizzazione

Il Servizio di Assistenza Psicologica, guidato dalla logica di assicurare risposte globali, integrate e partecipate, è stato pensato, concepito ed organizzato in Rete con:

- i Servizi distrettuali (la Medicina Generale, l'Assistenza Specialistica, l'Ufficio Cure Domiciliari);
- i Servizi territoriali dipartimentali, in particolare il Centro di Salute Mentale;
- i Servizi sociali comunali dell'Ambito Territoriale di Molfetta-Giovinazzo;
- il Plesso Ospedaliero di Molfetta.

Da ciò è scaturita la necessità di erogare le prestazioni in regime Ambulatoriale, Domiciliare ed Ospedaliero.

Attività e prestazioni erogate

1. Attività Psicologica di Consulenza, Prescrizione di Colloquio psicologico (Cod. 9409) per interventi di Ascolto, Chiarificazione, Orientamento, Informazione e Sostegno.
2. Attività Psicologica di Assessment, Prescrizione di Visita psicologica (Cod. 897) e successive (Cod. 8901) per interventi di Valutazione / Refertazione.
3. Attività di Psicoterapia, Prescrizione di Psicoterapia (Cod. 943) per trattamenti di Psicoterapia breve (Ciclo di n° 8 colloqui).

Accesso al servizio

Prescindendo da chi sia l'inviante, al Servizio di Assistenza Psicologica si accede con:

1. Prescrizione del MMG, indicando il tipo di prestazione richiesta (Visita Psicologica, Colloquio Psicologico o Psicoterapia) e spe-

cificando il quesito diagnostico;

2. Prenotarsi (Sportello Cup-Ticket, Farmacia territoriale, Numero Verde);
3. Presentarsi all'appuntamento rispettando giorno e ora (martedì - giovedì).

Per il P.O. di Molfetta, l'U.O. ospedaliera prende contatto direttamente con il Servizio e formalizza la richiesta di Consulenza psicologica con modulistica ospedaliera dedicata.

Durata delle prestazioni 45- 60 minuti.

Tipologia dell'utenza

Al Servizio di Assistenza Psicologica possono accedere Cittadini / Utenti dai 18 anni in poi.

Non segue la presa in carico di pazienti dell'Area psichiatrica, di pertinenza del CSM, né pazienti dell'Area delle dipendenze patologiche, di pertinenza del Ser. D

Segue la presa in carico di pazienti:

1. in situazione di difficoltà, disagio o sofferenza;
2. che presentano uno stato d'ansia o depressione reattiva;
3. in condizione oggetto di attenzione clinica;
4. con necessità di valutare e refertare la propria condizione.

Ambiti di intervento

1. Specialistica Ambulatoriale
2. Cure Domiciliari Integrate
3. U.O. ospedaliera
4. Emergenze

Obiettivi di salute nella specialistica ambulatoriale

1. Arricchire l'offerta di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, includendo quella psicologica.
2. Stimolare il dialogo tra mente e corpo, tra la Medicina di Base, la Medicina Specialistica e la Scienza Psicologica.
3. Promuovere l'adozione di stili di vita sani.

Obiettivi di salute nelle cure domiciliari integrate

1. Sostenere la centralità della persona malata

nel rapporto con i curanti.

2. Contribuire all'umanizzazione delle cure a domicilio, nel rispetto della dignità, dell'identità e dell'autonomia della persona.
3. Offrire uno spazio di pensabilità della malattia o della condizione di malato cronico, fondamentale azione per migliorare sia la compliance alle cure che la qualità di vita nelle sue componenti emotive e cognitive.
4. Implementare il lavoro di équipe tra i curanti.

Obiettivi di salute in ambito ospedaliero

1. Arricchire l'offerta di assistenza, includendo quella psicologica.
2. Implementare le opportunità di accesso alle prestazioni psicologiche, con l'obiettivo di contribuire alla presa in carico globale ed integrata dei bisogni di salute dell'utente.

Obiettivi di salute nelle emergenze

1. Contribuire all'integrazione dei Servizi Sanitari e di quelli Sociali.
2. Svolgere attività d'intervento sul disagio psicosociale, rivolte alla singola persona o ad un gruppo di persone colpito da evento traumatizzante (Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post Traumatico da Stress).

Tracciabilità delle attività

Documentare tutta l'attività svolta dal Servizio di Assistenza Psicologica è un Obiettivo di Sistema che si consegue mediante la:

1. registrazione ed archiviazione delle richieste pervenute;
2. predisposizione, per ciascun paziente, della Cartella Clinica.

La Cartella Clinica è tenuta in formato elettronico ed è preservata secondo le vigenti disposizioni sulla privacy.

Flussi informativi

La Cultura del Dato è parte integrante del Servizio di Assistenza Psicologica.

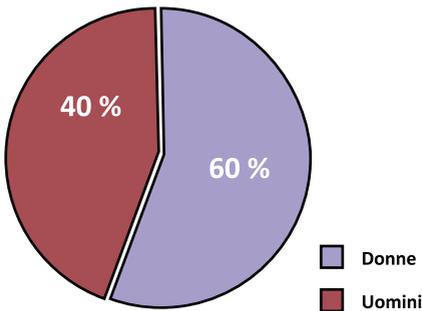
In generale, assolvere al Debito informativo innesca processi virtuosi nella filiera della raccolta, valutazione e analisi dei dati, in funzione della

pianificazione sanitaria aziendale e della programmazione delle attività socio-sanitarie distrettuali.

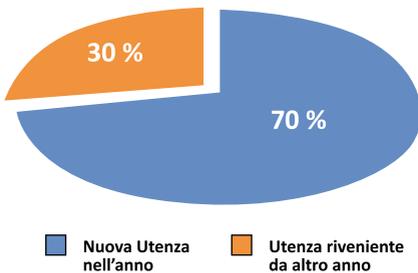
La rilevazione statistica degli utenti trattati e delle prestazioni erogate concorre alla formulazione della relazione consuntiva annuale.

I flussi informativi prodotti vengono trasmessi trimestralmente in formato elettronico all'Ufficio di Segreteria distrettuale.

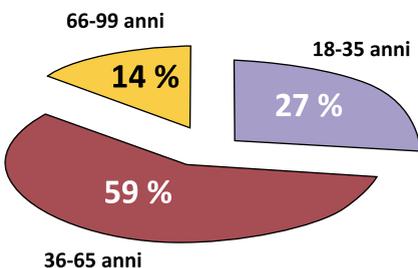
ANALISI DELLA UTENZA



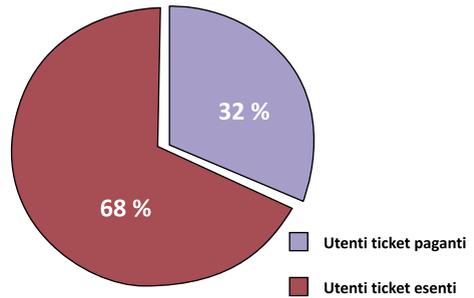
Tab. 1 Utenti, Donne / Uomini, afferiti al Servizio



Tab. 2 Nuovi Utenti afferiti al Servizio nell'anno / Utenti rivenienti da altro anno

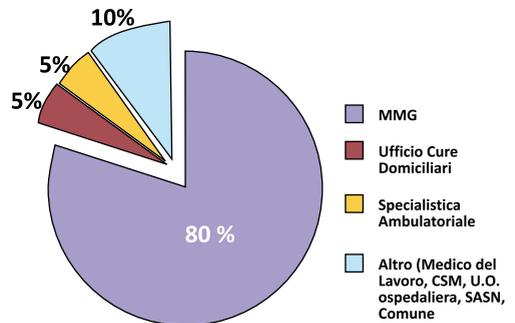


Tab. 3 Distribuzione Utenti per fascia d'età

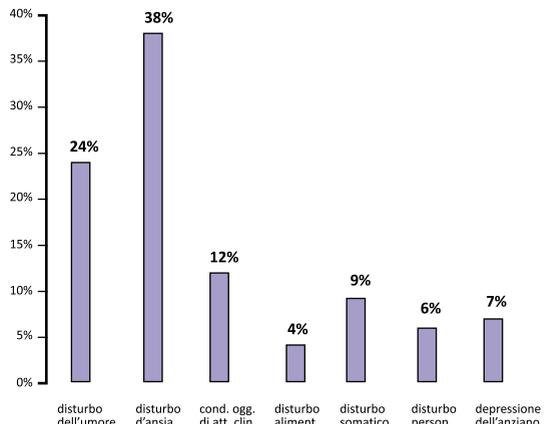


Tab. 4 Distribuzione utenti ticket paganti / esenti

ANALISI DELLA DOMANDA

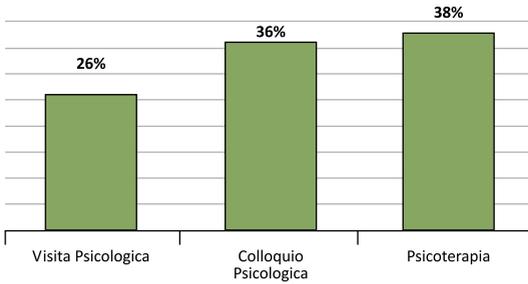


Tab. 5 Inviati al Servizio

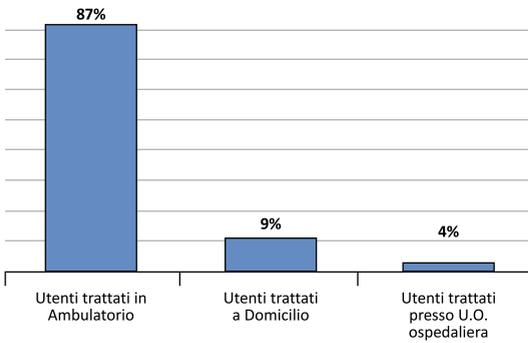


Tab. 6 Distribuzione in percentuale degli Utenti trattati nell'anno suddivisi per inquadramento diagnostico secondo il sistema di classificazione proposto dall'DSM IV-TR

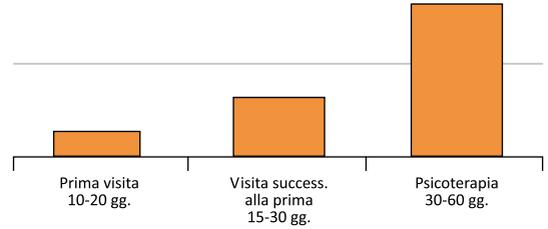
ANALISI DELL'OFFERTA



Tab. 7 Prestazioni erogate differenziate per tipologia



Tab. 8 Setting di trattamento degli Utenti afferiti al Servizio

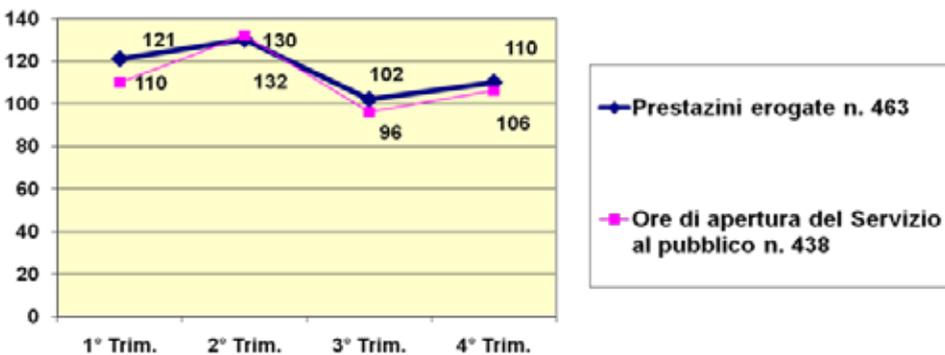


Tab. 10 Tempi di attesa

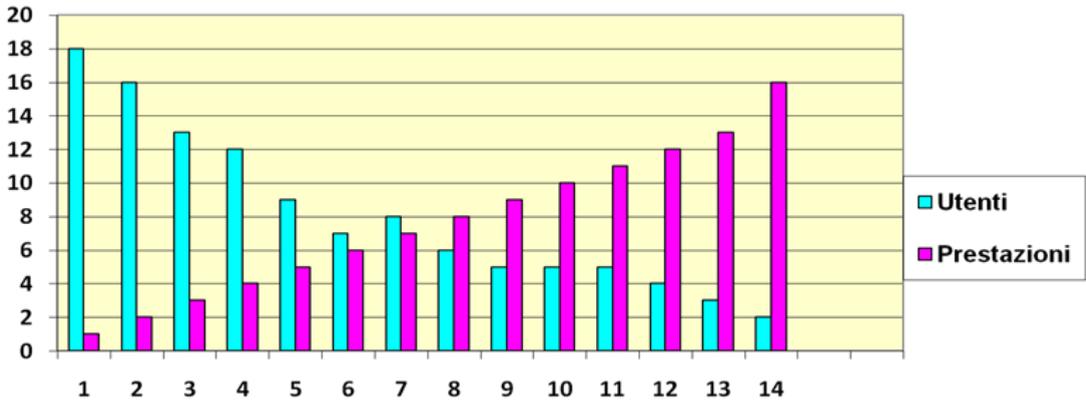
Anno	N. ore settimanali di apertura al pubblico	N. Utenti trattati	N. prestazioni erogate
2013	18	153	738 Media per Utente 4,8
2014	14	152	588 Media per Utente 3,8
2015	10	159	463 Media per Utente 2,9

Tab. 11 Volume delle attività svolte nel triennio 2013-15

INDICATORI DI PERFORMANCE E DI RISULTATO



Tab. 9 Andamento trimestrale delle prestazioni in rapporto alle ore di apertura al pubblico del Servizio



Tab. 12 Distribuzione del numero delle prestazioni in rapporto agli Utenti

Conclusioni

Punti di forza

- **FACILITA'** di accesso alle prestazioni
Per accedere al Servizio di Assistenza Psicologica è sufficiente la richiesta del Medico di Medicina Generale e successiva prenotazione.
- **FRUIBILITA'** delle prestazioni
Le prestazioni vengono erogate ambulatorialmente, a domicilio e presso il Presidio Ospedaliero;
- **FLESSIBILITA'** delle azioni
Il Servizio opera all'interno di un "Sistema a Rete".

Criticità

Difficoltà a reperire esperienze dello stesso tipo sul territorio regionale con le quali avviare un confronto su procedure, outcome, affluenza e qualità percepita. Aver ridotto le ore in Agenda.

In conclusione il Servizio di Assistenza Psicologica affida al Distretto la propria vision: solcare il territorio tracciando e disegnando i percorsi della promozione, sviluppo e tutela salute psicologica, quale imprescindibile agente di protezione, sicurezza e coesione sociale.

Bibliografia

- Ministero della Sanità. Dipartimento della programmazione, *Livelli essenziali di assistenza e liste di attesa*, Assr, Roma 2000.
- Galetti Scassellati M. (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata. una alternativa al ricovero. riflessioni, esperienze, prospettive.*, Fondazione E. Zancan, Padova 1988.
- Accani P., a cura di, *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano 1994.
- La bottega del possibile, il sostegno alla persona e alla famiglia, l'altro modo*, Pinerolo (To) 1996.
- Psicologi in ospedale Percorsi operativi per la cura globale di persone. A cura di Alberto Vito - Franco Angeli Milano 2014.
- L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità Matthew J. Friedman, Julian D. Ford, Fred D. Gusman, Joseph I. Ruzek, Bruce H. Young – Erikson Trento.

Insieme a scuola per nutrire la mente

Progetto di prevenzione e contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare, rivolto a genitori, insegnanti, studenti, della scuola secondaria di primo grado - ASL di Taranto - U.O.S.D. per i Disturbi del Comportamento Alimentare, U.O.S.D. Epidemiologia, Comunicazione e Formazione, Coordinamento delle attività di Promozione della Salute e di Educazione Sanitaria

*Ylaly Blasi**, *Antonio Pesare***, *Anna Rita Cavallo****, *Sabrina Liuzzi****, *P. Longo****, *Amleto Davide Menna*****, *Maria Nacci*****, *Cecilia Giannoccaro******, *Claudia Mignolo******

* *Psicologo-Psicoterapeuta*

** *Dirigente Medico - Coordinatore Dirigente - UOSD "Epidemiologia, Comunicazione e Formazione, Coordinamento delle attività di Promozione della Salute e di Educazione Sanitaria" - Dipartimento di Prevenzione ASL TA*

*** *Dietista - UOSD "Epidemiologia, Comunicazione e Formazione, Coordinamento delle attività di Promozione della Salute e di Educazione Sanitaria" Dipartimento di Prevenzione ASL TA.*

**** *Ingegnere - Collaboratore Tecnico Informatico - UOSD "Epidemiologia, Comunicazione e Formazione, Coordinamento delle attività di Promozione della Salute e di Educazione Sanitaria" Dipartimento di Prevenzione ASL TA.*

***** *Dirigente Medico Psichiatra - Direttore del Dipartimento di Salute Mentale ASL TA*

***** *Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta - Responsabile - UOSD "Disturbi del Comportamento Alimentare" DSM ASL TA.*

***** *Picopedagogista - UOSD "Disturbi del Comportamento Alimentare" DSM ASL TA "Disturbi del Comportamento Alimentare."*

Riassunto

Il Progetto di prevenzione primaria, realizzato presso alcuni Istituti Comprensivi di Taranto su studenti di età compresa tra gli 11 ed i 12 aa, ha previsto sia azioni di formazione dirette a genitori ed insegnanti volte alla conoscenza dei DCA, all'individuazione dei segnali precoci del disturbo ed alla familiarizzazione con i Servizi presenti sul territorio, sia attività di rilevazione, nei ragazzi, dei fattori di rischio seguite da opportuni interventi di psicoeducazione. In sede di valutazione, i punteggi ottenuti al test somministrato nelle varie classi si collocano tutti all'interno del range medio di riferimento pur evidenziando specifici punti di forza e di debolezza di ciascun gruppo-classe.

Parole chiave: prevenzione, DCA, autostima.

Premessa

I disturbi del comportamento alimentare sono disturbi della sfera psichica; essi sembrano interpretare un disagio diffuso nella società moderna che si declina in forme diverse. In Italia milioni di persone, prevalentemente di sesso femminile, di età compresa tra i 12 ed i 25 anni, si ammalano di disturbi del comportamento alimentare. L'adolescenza rappresenta infatti un momento particolare

della vita, durante il quale gli individui affrontano importanti cambiamenti fisici e di conseguenza anche psichici. I risultati emergenti dall'ultima indagine HBSC Italia 2014 - Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (www.hbsc.unito.it), sulle abitudini alimentari dei ragazzi italiani, pone in evidenza la necessità di sviluppare programmi ed azioni concrete di promozione della salute che mettano in grado i giovani di fare scelte consapevoli, mirate a rinforzare l'adozione di stili di vita sani e correggere i comportamenti a rischio. In sintesi, quasi il 20% dei ragazzi italiani si trova in uno stato di eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) con una netta predominanza dei maschi; la percezione della propria immagine corporea rileva che sono soprattutto le ragazze di 15 anni, il 42%, a percepire il proprio corpo come "grasso o troppo grasso" quando invece l'IMC non evidenzia un reale eccesso ponderale. Coerentemente con quanto appena detto, la percentuale di ragazze impegnate in un regime alimentare dimagrante cresce notevolmente con l'aumentare dell'età, passando dal 18% a 11 anni, al 28% a 13

anni per salire fino al 35% a 15 anni; i maschi a dieta in questa fascia d'età sono meno della metà rispetto alle femmine. Da qui, dunque, la necessità di realizzare progetti preventivi sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rivolti alla popolazione a rischio ed agli adulti preposti a fare loro da riferimento educativo-affettivo, secondo criteri di appropriatezza clinica stabiliti dal Ministero della Salute caratterizzati dalla gestione del Progetto da parte di professionisti del settore, dall'utilizzo di un approccio educativo ed esperienziale (programmi di terza generazione), dall'implementazione di strategie utili a modificare atteggiamenti disfunzionali e comportamenti non salutari, dall'inserimento del programma nel contesto e nell'orario scolastico, dal coinvolgimento degli adulti a contatto diretto o indiretto con gli studenti.

Il progetto attuale nasce nell'a.s. 2014/2015 in una prima classe dell'Istituto Comprensivo "XXV Luglio-Bettolo". I risultati registrati all'epoca sono positivi e apprezzati da insegnanti e alunni. Il progetto, quindi, su proposta del Coordinatore Dirigente UOSD "Epidemiologia, Comunicazione e Formazione, Coordinamento delle attività di Promozione della Salute e di Educazione Sanitaria" - Dipartimento di Prevenzione ASL TA, viene introdotto nel "Piano Strategico per la Promozione della Salute nelle scuole" predisposto dall'Assessorato alla Salute della R.P. nell'ambito dei progetti di attività per la salute a valenza provinciale della ASL di Taranto per l'a.s. 2015/2016 e riproposto secondo il format già sperimentato.

Obiettivi: poiché nella prevenzione dei DCA è ampiamente riconosciuta la negatività di interventi che facciano troppo leva sugli aspetti nutrizionali-dietetici, il presente progetto coniuga interventi di educazione alimentare con interventi più squisitamente psicologici mirati allo sviluppo di competenze legate ai concetti dell'autostima, al sostegno dell'immagine di sé e all'accettazione dell'immagine corporea, alla riduzione degli aspetti legati al perfezionismo e all'adesione acritica ai modelli estetici imperanti. Nello specifico coinvolge studenti e loro genitori ed insegnanti.

Genitori ed insegnanti acquisiscono corrette informazioni nutrizionali e sfatano false credenze propagandate dai mass media come le stigma-

tizzazioni di alcuni alimenti che possono indurre a praticare una nutrizione rigidamente selettiva (come nell'ortoressia); sono istruiti sulla psicologia e fisiologia dell'adolescenza, sulla psicopatologia del comportamento alimentare, sui rischi "reali" che il Disturbo comporta per la salute, sugli indicatori comportamentali da cogliere nei ragazzi, sui fattori di rischio e di protezione, sulle insidie presenti nella rete internet rispetto ai DCA. Vengono loro fornite informazioni sui Servizi dedicati.

Il Progetto si propone, ancora, di accrescere nella popolazione a rischio la conoscenza di corretti stili alimentari e di vita, di incrementare le abilità di self-efficacy, l'autostima, le abilità di coping, di problem solving, la capacità di identificare ed esprimere le proprie emozioni, di comunicare con gli altri in maniera efficace, tutte abilità basilari che se deficitarie possono diventare premessa di disagio e malessere psichico di cui il disturbo del comportamento alimentare è una manifestazione.

Destinatari del Progetto: studenti fra gli 11 ed i 12 anni d'età frequentanti la prima classe della scuola media secondaria di 1° grado e relativi genitori ed insegnanti. In particolare sono coinvolte nel Progetto dell'a.s. 2015/2016 sette classi di I media degli Istituti Comprensivi: "Viola" (2 classi), "XXV Luglio-Bettolo" (2 classi) e "R. Moro" (3 classi), site in quartieri diversi della città di Taranto.

L'esiguità delle risorse a disposizione e le difficoltà organizzative delle Scuole hanno purtroppo limitato il numero delle Scuole beneficiarie dell'intervento, richiesto per l'appunto in ben più numerosi Istituti. La significatività delle candidature suggerisce l'attuale grave diffusione dei disagi relativi ai DCA nella fascia d'età inferiore ai 14 anni e la necessità di interventi mirati avvertita dagli insegnanti.

Risorse Umane: esperti del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio dei DCA.

La presenza sinergica di esperti in materia di cura e terapia dei DCA e di esperti nell'ambito della Prevenzione ha consentito di effettuare interventi nella scuola in linea con gli attuali indirizzi sanitari e di specifica qualità professionale.

Risorse Materiali:

- test TMA - Valutazione Multidimensionale dell'Autostima;
- piattaforma online creata ad hoc per la compilazione del test TMA al PC;
- laboratorio di Informatica dotato di postazioni PC;
- questionario di valutazione finale dell'aprendimento di contenuti trasmessi ai ragazzi attraverso una app con qcode di accesso.

Metodologia: Il progetto si propone il raggiungimento degli obiettivi attraverso azioni informative dirette a genitori e insegnanti che precedono e seguono quelle dirette agli studenti, tenute dai Dietisti del Dipartimento di Prevenzione per quanto attiene alle informazioni di carattere nutrizionale e dagli Psicologi della UOSD DCA con riferimento gli aspetti psicologici.

Gli studenti sono sottoposti inoltre alla somministrazione del questionario TMA in forma anonima. Il test valuta i livelli di autostima nei ragazzi rispetto ai contesti di vita più rilevanti e incisivi in questa fascia d'età (famiglia, scuola, relazioni interpersonali, capacità di controllo dell'ambiente, emotività e vissuti corporei). Alla valutazione seguono incontri multisessione programmati con il gruppo-classe con discussione di gruppo sui risultati emersi dal questionario, interventi psicoeducazionali e un follow-up finale.

Attività:

- *Le azioni dirette agli studenti prevedono:* un incontro con ciascun gruppo classe diretto dagli esperti nel campo della nutrizione del Dipartimento di Prevenzione i quali, con l'ausilio di supporti audiovisivi per la presentazione facilitata dei contenuti, informano riguardo a corretti stili alimentari attraverso la narrazione della vita di "Mister Food", personaggio di fantasia che modifica in positivo il proprio stile di vita traendone molto beneficio; la compilazione, classe per classe, del questionario TMA in forma anonima su piattaforma online (il test individua i livelli di autostima degli studenti del gruppo-classe rispetto ai contesti di vita più rilevanti e incisivi in questa fascia d'età quali famiglia, scuola, relazioni interper-

sonali, capacità di controllo dell'ambiente, emotività e vissuti corporei. Il test è stato precedentemente individuato come rilevatore di eventuali disagi di fondo potenzialmente predittivi anche di DCA). Seguono incontri multisessione (circa sei per classe; uno per ogni area di valutazione individuata dal TMA) programmati con il gruppo-classe con discussione di gruppo sui risultati emersi dal questionario ed interventi psicoeducazionali finalizzati alla ristrutturazione cognitiva di atteggiamenti disfunzionali attraverso tecniche di problem-solving, di analisi del comportamento e delle emozioni, di role playing, ecc... curati dalla psicopedagoga della UOSD DCA. Le sessioni sono svolte in orario antimeridiano con cadenza settimanale per la durata di circa un'ora nella struttura scolastica stessa e in un arco di tempo di due mesi per ogni scuola. A conclusione degli incontri con i ragazzi, il follow-up prevede la somministrazione di un questionario on line, accessibile attraverso app, utile a fornire un feedback rispetto ai cambiamenti percepiti dagli studenti a seguito della formazione ricevuta, da effettuare all'inizio del successivo anno scolastico per valutare altresì il consolidamento dei contenuti del training.

- *Le azioni dirette agli adulti prevedono:* azioni informative dirette a genitori e insegnanti che precedono e seguono quelle dirette agli studenti attraverso 2 incontri congiunti caratterizzati da conversazioni frontali, con presentazione di slide e filmati, tenute dai Dietisti del Dipartimento di Prevenzione per quanto attiene alle informazioni di carattere nutrizionale e dagli Psicologi della UOSD DCA per quelle inerenti gli aspetti psicologici. A conclusione del Progetto, in occasione dell'incontro finale di presentazione del lavoro svolto e restituzione a genitori ed insegnanti dei risultati ottenuti, si è ritenuto utile inserire un intervento informativo volto alla familiarizzazione con materiale digitale presente nei numerosissimi siti Pro-Eating Disorders (siti che, spesso all'insaputa dei principali agenti di cura dei ragazzi, suggeriscono e spronano gli utenti

all'adozione di comportamenti alimentari altamente patologici) ed al riconoscimento degli indicatori comportamentali precoci di presenza del disagio alimentare.

Analisi dei dati: i risultati dei questionari TMA evidenziano, come dato comune a tutte le classi, la collocazione dei punteggi all'interno del range medio di riferimento. Lievi differenze nelle varie aree analizzate dal test, individuabili come tendenze verso il basso o verso l'alto, paiono rap-

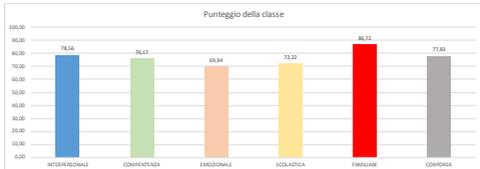
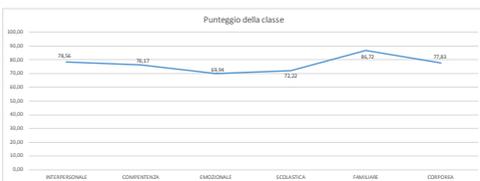
presentative dei punti di forza o di debolezza specifiche di ciascun gruppo classe. In sintesi, non emergono differenze significative fra i vari gruppi ma solo lievi variazioni di punteggio utili ad orientare un maggiore o minore approfondimento delle aree tematiche da trattare in ragione di una loro maggiore criticità. Dall'analisi dei dati si può dunque affermare la non influenza delle variabili sociali o ambientali sui livelli di autostima e di conseguenza considerare l'attività di prevenzione utile a prescindere dal contesto socio-ambientale.

ANNO SCOLASTICO 2014 / 2015

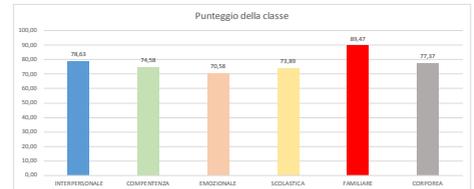
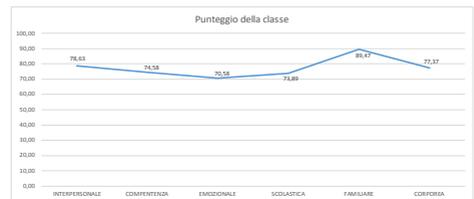
INTERPRETAZIONE BASATA SULLE NORME						
	Intrapersonale	Competenza	Emozionale	Scolastica	Familiare	Corporea
CLASSIFICAZIONE	Nella Media	Nella Media	Nella Media	Nella Media	Nella Media	Nella Media
Punteggio della classe	77,6	70,66	76,80	75,83	90,14	79,19
Punteggio Standard	74,79	75,84	75,82	75,91	87,86	76,19
CLASSIFICAZIONE	Punto di forza	Punto di debolezza			Punto di forza	Punto di forza

ANNO SCOLASTICO 2015 / 2016

	INTERPERSONALE	COMPETENZA	EMOZIONALI	SCOLASTICA	FAMILIARE	CORPOREA	GENERALE
PUNTEGGIO STANDARD	74,79	75,84	75,82	75,91	87,86	76,19	467,62
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA
PUNTEGGIO CLASSE	76,56	76,17	68,94	72,32	86,72	77,89	484,53
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA

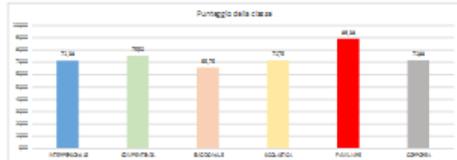
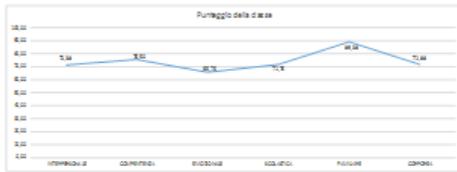


	INTERPERSONALE	COMPETENZA	EMOZIONALI	SCOLASTICA	FAMILIARE	CORPOREA	GENERALE
PUNTEGGIO STANDARD	74,79	75,84	75,82	75,91	87,86	76,19	467,62
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA
PUNTEGGIO CLASSE	78,63	74,58	70,58	73,89	89,47	77,37	484,53
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA



	INTERPERSONALE	COMPETENZA	EMOZIONALE	SCOLASTICA	FAMILIARE	CORPOREA	GENERALE
PUNTEGGIO STANDARD	74,78	75,84	75,82	75,01	87,86	76,19	80,62
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA
PUNTEGGIO CLASSE	74,52	75,57	80,34	72,38	87,52	74,24	84,00
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA

	INTERPERSONALE	COMPETENZA	EMOZIONALE	SCOLASTICA	FAMILIARE	CORPOREA	GENERALE
PUNTEGGIO STANDARD	74,79	75,84	75,82	75,01	87,86	76,19	80,62
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA
PUNTEGGIO CLASSE	74,24	74,71	80,88	72,52	88,00	74,52	84,52
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA



MORO 1A



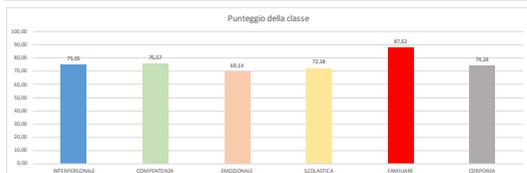
MORO 1B

	INTERPERSONALE	COMPETENZA	EMOZIONALE	SCOLASTICA	FAMILIARE	CORPOREA	GENERALE
PUNTEGGIO STANDARD	74,79	75,84	75,82	75,01	87,86	76,19	80,62
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA
PUNTEGGIO CLASSE	74,24	74,71	80,88	72,52	88,00	74,52	84,52
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA



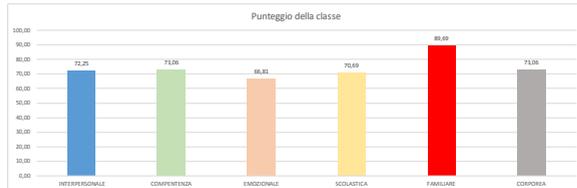
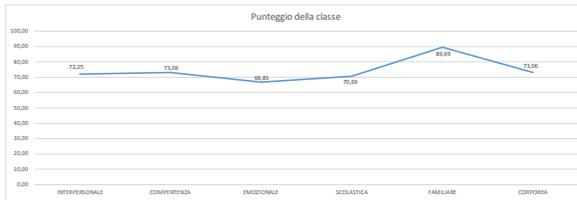
MORO 1C

	INTERPERSONALE	COMPETENZA	EMOZIONALE	SCOLASTICA	FAMILIARE	CORPOREA	GENERALE
PUNTEGGIO STANDARD	74,78	75,84	75,82	75,01	87,86	76,19	80,62
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA
PUNTEGGIO CLASSE	74,00	75,00	80,00	72,00	87,00	74,00	84,00
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA



VIOLA 1C

	INTERPERSONALE	COMPETENZA	EMOZIONALE	SCOLASTICA	FAMILIARE	CORPORA	GENERALE
PUNTEGGIO STANDARD	74,79	75,84	75,82	75,91	87,86	76,19	467,62
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA
PUNTEGGIO CLASSE	72,25	73,06	66,81	70,69	85,69	73,06	445,56
CLASSIFICAZIONE	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA	NELLA MEDIA



VIOLA 1D

Conclusioni

La partecipazione degli studenti è cresciuta nel corso dell'esperienza. Inoltre questi momenti di confronto extracurricolari hanno visto un coinvolgimento progressivo anche in quegli alunni portatori di difficoltà varie ai quali è stata offerta la possibilità di trovare uno spazio di esperienza e sperimentare modalità comportamentali più adatte che hanno come logica conseguenza una maggiore interpretazione da parte del gruppo dei pari. L'attenzione attraverso la visione sulla LIM dei risultati del questionario è stata maggiormente stimolata rispetto al precedente progetto che non lo prevedeva. La conoscenza del gruppo classe da parte degli insegnanti che hanno seguito il progetto è migliorata e sono emerse imprevedibili risorse personali degli alunni. La socializzazione all'interno del gruppo dei pari è diventata più empatica, inclusiva e solidale. I pattern comunicativi, comportamentali e di coping messi in atto verso la fine del progetto risultano più variati e maggiormente utilizzati. Lo stile comunicativo, in prevalenza passivo e/o aggressivo, caratteristico di questa fascia di età, si è spostato verso un atteggiamento mentale proattivo, tendente cioè alla risoluzione delle situazioni che provocano disagio, e ad una modalità più assertiva ed espressiva.

Bibliografia

Beatrice, V. & Bracked, B.A. (2005). Reprint (2012).

Test TMA - Valutazione Multidimensionale dell'Autostima. Trento, Centro Studi Erickson.

Rampelli, E., Dalla Ragione, L., Bianchini, P., De Santis, C. (Eds). (2012). *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA)*. Collana *Mettere le Ali*, Roma, Eye03 di Farnesi Enzo.

Ministero della Salute (2013). *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*. *Quaderni del Ministero della salute*, 17/22.

A.A. V.v (1999). *Ligio '99. Linee Guida italiane obesità*. Bologna, Pendragon s.r.l.

Borzekowski, D. L., Schenk, S., Wilson, J.L. & Peebles, R. (2010). E-Ana and e-Mia: a content analysis of pro-eating disorder web sites. *American Journal Public Health*, 100 (8), 1526-1534.

Csipke, E. & Horne, O. (2007). Pro-eating disorder websites: users' opinions. *European Eating Disorder Review*, 15 (3), 196-206.

Custers, K. (2015). The urgent matter of online pro-eating disorder content and children: clinical practice. *European Journal of Pediatric*, 174 (4), 429-33.

De Matteis, E. & Toscano, M. (2009). *La filosofia ANA: il culto dei disturbi del comportamento alimentare su internet*. *Psicoterapeuti in formazione*, 4, 74-93. Disponibile in: <http://www.psicoterapeutiinformazione.it/la-filosofia-ana-il-culto-dei-disturbi-del-comportamento-alimentare-su-internet>.

Wilson, J.L., Peebles, R., Hardy, K.K. & Littl, I.F. (2006). Surfing for thinness: a pilot study of pro-eating disorders Web site usage in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, 118 (6), 1635-43.

Applicabilità ed Efficacia di un Training di Abilità Sociali in soggetti con disabilità intellettiva e disturbi comportamentali: una ricerca-azione

Giovanna Teresa Pontiggia*, Ilaria Gallicchio**, Laura Prospero***

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

**Psicologa, Esperta in Neuropsicologia clinica, Specializzanda in Psicoterapia cognitivo-comportamentale a indirizzo neuropsicologico

***Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia cognitivo-comportamentale a indirizzo neuropsicologico

Riassunto

I comportamenti prosociali si costruiscono attraverso l'apprendimento, ma se carenti, possono essere insegnati attraverso metodologie specifiche.

Un *training* di insegnamento delle abilità sociali deve passare attraverso processi di apprendimento da generalizzare agli ambienti di vita per favorire l'integrazione (Peterson et al., 2006; Gresham et al., 2006; Maison et al., 1999).

Obiettivi:

Esprimere se stessi senza occupare gli spazi altrui;
Ridurre i comportamenti inadeguati;
Sviluppare l'autoregolazione;
Favorire i comportamenti funzionali;
Generalizzare gli apprendimenti a diversi contesti.

Fasi:

Formazione di operatori e famiglie;
Baseline effettuata con scale di misurazione Q.I., scala "VABS" (*Vineland Adaptive Behaviour Scale*), osservazione clinica e colloqui mirati all'individuazione di abilità sociali potenziabili;
Applicazione di tecniche cognitivo-comportamentali: *modeling*, *feedback*, *token economy* e generalizzazione;
Home-work da effettuarsi nei contesti di vita;
Incontri di verifica e *feedback* in presenza delle famiglie, per favorire la trasferibilità dell'apprendimento;
Realizzazione di attività per sperimentare in altri contesti le abilità apprese.

Tempi:

Il *training*, svolto in un Servizio di Riabilitazione della ASL, è stato articolato in due sedute settimanali per la durata di dodici mesi.



Risultati:

Registrazione di cambiamenti in pazienti e famiglie e partecipazione di altri caregiver alle sedute, così da poter acquisire capacità di supporto.

Nei *follow-up* a sei e dodici mesi, risomministrazione dei test con rilevazione dei cambiamenti favoriti dal *training*: autocontrollo, apprendimento di comportamenti adeguati, comuni-

cazione e ascolto di emozioni e di bisogni ed esigenze proprie e altrui, cooperazione, *respite-care* nelle figure di accudimento.

Conclusioni:

I risultati del lavoro di ricerca confermano i dati della letteratura, i quali sottolineano l'esistenza, nel processo evolutivo, di interazioni tra ambiente e individuo. L'intervento riabilitativo, quindi, non può seguire un approccio settoriale, ma deve essere di tipo olistico ed è fondamentale la presa in carico globale.

Parole chiave: *abilità sociali, disabilità intellettiva, disturbi comportamentali, apprendimento, riabilitazione.*

Introduzione

Le competenze sociali in una persona descrivono un atteggiamento improntato a responsabilità e fiducia in sé e negli altri che porta ad affermare i propri diritti, senza negare quelli altrui. È l'espressione diretta della capacità di comunicare desideri, intenzioni e giudizi, evitando ogni forma



di aggressività e minaccia.

Significativa appare l'interpretazione operativa che ne danno Kazdin e collaboratori (1983), i quali definiscono l'assertività come un repertorio di comportamenti verbali e non verbali, acquisiti attraverso l'apprendimento, per mezzo del quale un individuo ricerca risposte di altri in contesti interpersonali. Questo repertorio agisce come un meccanismo che permette al soggetto di influenzare il proprio ambiente ottenendo risultati desiderabili, oppure rimuovendo o evitando risultati indesiderabili. Il livello di capacità di ottenere tali risultati, senza infliggere sofferenza o calpestare gli altri, descrive il limite entro il quale egli può essere considerato socialmente abile o assertivo.

Volendo andare più in profondità nella definizione, dobbiamo chiederci quali sono le competenze che concorrono a delineare una persona come assertiva. A questo proposito, insieme a Meazzini, Cottini ha elaborato una sorta di identikit della persona socialmente abile, descrivendola come capace di (Meazzini & Cottini, 1995; Cottini & Meazzini, 2003):

comportarsi adeguatamente nell'ambiente;

- gestire le relazioni interpersonali;
- considerare positivamente se stesso;
- atteggiarsi adeguatamente davanti agli altri.

I soggetti con disabilità manifestano carenze nei repertori di abilità indicati e questo condiziona pesantemente sia le possibilità di controllo dei comportamenti inadeguati, sia l'adozione di atteggiamenti positivi nelle situazioni di apprendimento, sia le prospettive di interazione nel contesto sociale (Gresham, 1991; Waterhouse, 2002). Infatti, di fronte a situazioni che determinano ansia o frustrazione, la persona evita di adottare soluzioni comportamentali scorrette, facendo rife-

rimento al proprio bagaglio di abilità sociali.

Allo stesso modo, la motivazione e la perseveranza manifestate davanti ai compiti, soprattutto se questi sono avvertiti come complessi, dipendono fortemente da una positiva considerazione di se stessi. Anche la possibilità di vivere adeguatamente nel contesto sociale, adottando all'interno dello stesso relazioni positive, poggia fortemente sul possesso di quelle abilità che concorrono a definire l'ambito dell'assertività.

Diverse ricerche hanno dimostrato come bambini con differenti disabilità (intellettiva, d'apprendimento o altro) non entrino in relazione in modo spontaneo con i propri coetanei (ad esempio Bryan, 1978; Bruininks, 1978).

Questi studi riportano che tali bambini non apprendono per modellamento e osservazione le abilità sociali (come normalmente avviene), salvo che non siano istruiti ed allenati a farlo. Secondo Gresham (1981) è necessario intervenire in questi casi utilizzando alcune tecniche efficaci in ambito educativo: il controllo degli antecedenti e delle conseguenze, il modellamento e le tecniche cognitive comportamentali. Secondo l'autore, i soggetti con disabilità hanno particolare difficoltà nello sfruttare gli stimoli ambientali non strutturati per iniziare un'interazione e apprendere come interagire con i coetanei in modo adeguato; quindi, è utile prevedere curriculum specifici di insegnamento di queste abilità che possano renderli più autonomi. Secondo Smith (2001), la mancanza di condotte sociali adeguate o la non consapevolezza delle richieste del contesto avrebbero come conseguenza l'attuazione da parte di questi bambini di comportamenti addirittura inappropriati e inaccettabili all'interno delle interazioni sociali.

Webber (2001) afferma che spesso il fatto che i soggetti con disabilità non posseggano adeguate abilità sociali deriva sia dal fatto che nel contesto familiare non vi è stata la possibilità di trasmettere loro alcun insegnamento in merito a queste, sia dal fatto che questi bambini sono rifiutati dai pari nei contesti interattivi a causa dei loro comportamenti inadeguati, rifiuto che non permette loro di imparare in modo diretto e attraverso il modellamento le risposte più funzionali.

Altre ricerche hanno sottolineato come i bambini con disabilità siano scarsamente accettati dai loro compagni normodotati e spesso le difficoltà

incontrate dipendono dal tipo di deficit (Wallander & Hubert, 1987). Nel caso del ritardo mentale, ad esempio, è stato riscontrato che questi bambini ricevono minori attenzioni sia da parte degli adulti che da parte dei pari, sono oggetto di considerazione minore e sono loro rivolte una minore quantità di domande (si veda anche il caso esposto nel capitolo 3 a tal proposito).

Nello specifico dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, è stata osservata una marcata difficoltà o inabilità da parte di questi soggetti nell'interpretare messaggi comunicativi di tipo emozionale o stati interni altrui, mancanze che sono state attribuite ad uno sviluppo deficitario della Teoria della Mente (ToM), deficit che limita l'abilità di questi bambini nell'interazione sociale (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1986), oltre ad influenzarne la capacità di comprensione degli stati mentali e di previsione delle azioni altrui (Kerr & Durkin, 2004).

I bambini che presentano disturbi dell'apprendimento hanno difficoltà specifiche, invece, nel cogliere gli stimoli comunicativi derivanti dall'ambiente e, quindi, nell'apprendere le regole degli scambi interattivi soprattutto verbali, abilità indispensabile affinché le interazioni con i pari acquisiscano forme sempre più complesse (Frengut, 2003). Inoltre, questi soggetti, quando avvertono pressioni derivanti dal contesto interattivo in cui si trovano, tendono ad assumere atteggiamenti e comportamenti aggressivi; ciò è da tenere in considerazione nella scelta di una particolare metodologia di insegnamento delle abilità sociali per questi bambini, in quanto spesso le istruzioni dirette e l'apprendimento mediato dai pari non si rivelano efficaci, ma controproducenti (De George, 1998).

Infine, nel caso dei soggetti che presentano disturbi emozionali e del comportamento, la problematica principale deriva dalle difficoltà che questi incontrano nell'iniziare lo scambio interattivo, come inserirsi in un discorso o un'attività ludica; essi sono anche meno empatici verso gli altri e mostrano un minor numero di comportamenti interattivi. Tutte queste mancanze portano i bambini con disturbi emozionali e del comportamento a sentirsi insicuri e inefficaci sul piano sociale, con conseguenze negative anche sulle modalità di interazione, poiché spesso divengono aggressivi nei confronti degli altri (Allsopp, Santos & Linn,

2000; Morris 2002).

Dopo la pubblicazione della rassegna di orientamento comportamentista pubblicata da Gresham (1981), altri autori hanno proposto approcci differenti per l'insegnamento delle abilità sociali (*Social Skills Training*). Di Salvo & Oswald (2002) ne hanno identificati tre: una categoria di metodologie riguarda la strutturazione e la modificazione del contesto relazionale per la promozione delle interazioni con i pari, come gli spazi di gioco comuni, la formazione di coppie di gioco e il tutoring; una seconda categoria comprende l'incremento delle iniziative comunicative da parte dei pari verso i bambini con disabilità, la creazione di "reti di relazioni e di riferimento" fra pari e l'insegnamento di risposte-chiave appropriate a ciascuna interazione; infine è prevista la categoria dell'insegnamento diretto delle abilità attraverso il prompting.

Esistono poi altre metodologie di *Social Skills Training* molto utilizzate nell'ambito della ricerca italiana, come ad esempio il *Cooperative Learning* (Trubini, 2005; Bonfigliuoli, Trubini & Pinelli, 2008), l'utilizzo della *Token Economy* (Perini, 1997; Lambert, 2008) e il *role-playing* (Hill & Coufal, 2005). È inoltre da sottolineare come negli ultimi anni le ricerche si stanno orientando sull'uso del *video modeling* (apprendimento da un modello videoregistrato), e sull'uso del video *self-monitoring* (quando la scena videoregistrata vede come protagonista il paziente stesso), che sembrano produrre risultati più efficaci per la generalizzazione delle abilità acquisite (Bellini & Akullian, 2007; McCoy & Hermensen, 2007).

È utile a questo punto riflettere sull'efficacia dei diversi tipi di *training* per l'insegnamento delle abilità sociali: Gresham e collaboratori (2001) hanno effettuato una meta-analisi su diversi studi presenti in letteratura riguardanti il *Social Skills Training* con soggetti con disabilità, ed hanno sottolineato come vi sia in realtà una notevole eterogeneità nei risultati ottenuti, tale per cui non si può affermare che questi trattamenti abbiano un'efficacia comprovata. Gli autori propongono alcune motivazioni: prima di tutto vi sarebbero problemi di confrontabilità tra i diversi studi a causa dell'eterogeneità dei gruppi di soggetti utilizzati (differenze notevoli di disabilità); secondariamente in molti studi risulta debole l'associazione fra il

deficit dei soggetti e il tipo di training proposto; in terzo luogo, in molti interventi il tipo di comportamento che si era indagato non corrispondeva poi al comportamento insegnato durante il trattamento; infine, la problematica saliente riguarderebbe la generalizzazione ed il mantenimento dei risultati, che negli studi sul *Social Skills Training* mostrano diverse carenze e debolezze. Alla luce di questi dati Gresham e collaboratori propongono che gli interventi sulle abilità sociali siano più frequenti e più duraturi nel tempo, sottolineando la necessità di un attento *assessment* dei comportamenti sociali deficitari e richiesti secondo il tipo di disabilità e di una generalizzazione funzionale delle abilità acquisite, soprattutto in riferimento al contesto in cui i soggetti esercitano le loro “*Social Skills*”.

Da tutto questo deriva l'importanza di sviluppare programmi di intervento per lo sviluppo di competenze assertive che possano coinvolgere anche soggetti con disabilità intellettiva. Essi spesso mostrano modalità di relazione disfunzionali, collegate a comportamenti aggressivi o passivi che aumentano il senso di inefficacia, frustrazione e isolamento, rivelandosi un fattore di rischio per l'insorgenza di problemi psichiatrici. Pertanto, nei soggetti con tale disabilità l'insegnamento delle abilità sociali assume un ruolo significativo non solo come terapia, ma anche come prevenzione. Secondo Cottini e Meazzini (2003), i programmi di intervento dovrebbero fondarsi su diversi aspetti fondamentali:

- le problematiche relazionali e comportamentali di bambini in situazione di disabilità vanno affrontate non soltanto con tecniche di contenimento, ma soprattutto attraverso la costruzione di abilità sociali in grado di sostituire modalità inadeguate di affrontare relazioni interpersonali;
- un curriculum per l'insegnamento di abilità socialmente rilevanti deve necessariamente prendere lo spunto da un raffinato sistema di valutazione, il quale permetta una precisa delineazione della situazione iniziale, sia per quanto riguarda l'entità del problema che relativamente alle cause da cui lo stesso deriva (Bielecki & Swender, 2004);
- l'intervento educativo deve fondarsi sull'utilizzo integrato di diverse strategie, le quali

perseguano finalità di contenimento delle problematiche comportamentali, soprattutto se sono di grossa rilevanza, insegnamento diretto di abilità sociali attraverso strategie di derivazione cognitivo-comportamentale, strutturazione della capacità di affrontare adeguatamente le relazioni con gli altri attraverso l'uso di strategie di *problem-solving* interpersonale).

Il programma di insegnamento delle abilità sociali, che ad oggi rappresenta una guida metodologica più approfondita e operativa, è il metodo di McGinnis e Goldstein (1986) (adottato anche nel caso clinico esposto nel capitolo 3) che consiste nelle seguenti fasi:

- osservazione / valutazione globale delle competenze interpersonali e delle abilità sociali del paziente attraverso specifici strumenti, anche di autovalutazione, per aumentare la consapevolezza e la motivazione;
- insegnamento delle abilità sociali, ciascuna analizzata nelle singole componenti, attraverso l'utilizzo del modello psicoeducativo denominato “Apprendimento Strutturato”, di tipo comportamentale, che prevede le seguenti procedure:
 - *task analysis*: analisi del compito, ovvero suddivisione dell'abilità in passi comportamentali;
 - *token economy* (o economia simbolica): attribuisce un costo alla risposta del soggetto, dotandola di valore e significato;
 - *modeling*: osservazione di un modello che emette un comportamento;
 - *role-playing*: simulazione di un ruolo da parte dell'osservatore;
 - *feedback*: informazioni di ritorno sul comportamento emesso;
 - *generalizzazione*: applicazione degli apprendimenti a contesti di vita reali e diversificati.

Gli autori hanno selezionato cinque gruppi di abilità sociali il cui possesso, secondo la ricerca scientifica, è correlato a prestazioni efficaci e ad un soddisfacente adattamento all'ambiente, quali:

- abilità pre-requisite per la vita di gruppo;
- abilità di costruzione e/o mantenimento delle amicizie;
- abilità di gestione delle emozioni;

- abilità di controllo dell'aggressività;
- abilità di gestione dello stress.

In relazione a quest'ambito, un altro contributo utile è quello di Cottini (2007), che ha pianificato un intervento condotto utilizzando un pacchetto di strategie, le quali si indirizzano sia al contenimento delle problematiche relazionali e comportamentali, sia alla costruzione di modalità adeguate per affrontare le relazioni interpersonali e le situazioni sociali, e che possono essere utilizzate in maniera integrata nel rispetto del principio fondamentale di mirare alla costruzione di competenze assertive.

Le abilità sociali sono, quindi, strettamente connesse alla comunicazione assertiva, alla capacità di riconoscimento ed espressione delle emozioni, alle competenze di *coping* per gestire i problemi e alle abilità cognitive e metacognitive, pertanto sono necessari interventi anche a questi livelli.

Considerata la tendenza dei soggetti con ritardo mentale a farsi guidare dagli altri nelle scelte e nella risoluzione dei problemi (Ziegler, 2002) e la possibilità di manifestazione di rabbia e aggressività in caso di disagio e frustrazione per il mancato soddisfacimento di un bisogno, a livello terapeutico-riabilitativo potrebbe essere utile, per il soggetto, apprendere modalità più funzionali di affrontare problemi e conflitti, in termini di auto efficacia percepita, aumento dell'autostima e della soddisfazione personale.

L'insegnamento delle abilità di *problem solving* è pertanto efficace e consiste nelle seguenti fasi (Marmocchi, Dall'Aglio & Zannini, 2004):

- individuazione il problema;
- proposta di possibili soluzioni;
- valutazione delle soluzioni emerse in termini di vantaggi e svantaggi;
- individuazione della soluzione migliore;
- pianificazione delle azioni per attuare la soluzione scelta;
- verifica della soluzione individuata.

Considerate le difficoltà cognitive dei pazienti con disabilità intellettiva, è possibile che venga messa in dubbio la loro capacità di comprendere tale strategia; tuttavia alcuni autori (Ziegler, 2002; Baldi, 2004) sostengono che i bambini con ritardo mentale riescano a produrre autonomamente delle strategie di *problem solving* a con-

dizione che:

- comprendano esattamente in che cosa consiste il compito;
- acquisiscano la consapevolezza degli obiettivi del compito in modo che esso risulti il più possibile vicino a ciò che l'operatore si attende;
- riescano a costruirsi una buona rappresentazione mentale del problema.

Questo ci può far dedurre che, qualora un problema relativo ad una situazione sociale, lavorativa, scolastica o di altro tipo produca ansia nell'individuo, è necessario affrontare lo stesso con le modalità più adatte che inducano a preservare il più possibile la percezione di *self-control* e di controllo delle circostanze. Il soggetto deve essere aiutato ad affrontare il problema nel modo più adeguato, considerando con attenzione le varie fasi che costituiscono il processo di soluzione e offrendo strategie che semplifichino la comprensione e l'apprendimento.

Secondo Baldi (2004) sembrano essere più efficaci le procedure che offrono ai pazienti, non solo le strategie operative per risolvere un dato compito, ma piuttosto le procedure generali alla base delle operazioni mentali implicate nella soluzione di ogni problema, abilità metacognitive. Infatti, interventi finalizzati all'acquisizione di strategie metacognitive possono essere di grande aiuto all'interiorizzazione dei comportamenti sostitutivi positivi. Infatti, attraverso un intervento rivolto a sviluppare l'uso di meccanismi di autoregolazione, il soggetto acquisisce uno stile di pensiero strategico, potenzia lo sviluppo di un pensiero che operi costantemente attraverso delle categorie «mezzo-fine» e che riesca a effettuare anticipazioni sulle possibili conseguenze delle sue azioni.

Ricerca-azione

La nostra ricerca-azione è stata condotta all'interno del Servizio di Riabilitazione della Asl.

Obiettivi

Gli obiettivi principali sono stati:

- Educare i partecipanti ad esprimere sé stessi senza occupare lo spazio altrui;
- Ridurre i comportamenti inadeguati, inde-

- siderati;
- Sviluppare l'autoregolazione;
- Insegnare direttamente i comportamenti che rendono possibili interazioni gratificanti;
- Generalizzare gli apprendimenti ai diversi contesti di vita.

Azioni e procedura

La prima fase ha coinvolto famiglie e operatori e ha previsto una formazione teorica sul metodo utilizzato nel *training* e sulle sue finalità. La struttura delle fasi dell'intervento riabilitativo è stata A-B-A-B'-A'. La *baseline* è stata effettuata attraverso la somministrazione della scala WISC-R¹ (*Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*) per identificare il funzionamento intellettuale, e della scala VABS (*Vineland Adaptive Behaviour Scale*)² per identificare il funzionamento adattivo e le abilità sociali potenziabili e generalizzabili.

La prima fase del *training* riabilitativo ha previsto due incontri alla settimana per la durata di sei mesi. Le abilità individuate e potenziate sono state:

- *abilità di base*: guardare negli occhi, ascoltare (vd. Fig.1), chiedere aiuto;
- *abilità per fare o mantenere amicizie*: presentarsi agli altri, avviare una conversazione,

- ne, concludere una conversazione;
- *abilità di gestione delle emozioni*: conoscere le proprie emozioni e comunicare le proprie emozioni.



Fig.1 Passi comportamentali scelti per illustrare l'abilità ascoltare

1 Il test WISC-R è una versione della Scala di Intelligenza di Wechsler per bambini dai 6 ai 16 anni, pubblicata in Italia nel 1984. Nel 2006 è stata pubblicata una nuova versione del test, WISC III seguita dall'ultima versione nel 2012, WISC IV. L'utilizzo di un test, come la WISC-R, ormai "vetusto", è giustificata dagli scarsi fondi della ASL/BA destinati al Servizio di Riabilitazione.

2 Le Vineland Adaptive Behavior Scales, revisione della nota Vineland Social Maturity Scale costruita da Doll intorno alla metà degli anni Trenta, valutano l'autonomia personale e la responsabilità sociale degli individui dalla nascita fino all'età adulta. Esse sono applicabili sia a normodotati sia a soggetti con disabilità cognitiva e permettono la programmazione di interventi individuali educativi o riabilitativi. Le scale non richiedono la diretta somministrazione delle prove al soggetto in esame, ma la compilazione dei materiali da parte dell'intervistatore e di una persona che conosca in modo approfondito il soggetto da valutare. L'edizione italiana riguarda la versione Intervista - Forma completa.

Dopo aver effettuato il *training* per sei mesi, si è proceduto ad una nuova somministrazione della scala VABS, al fine di verificare l'efficacia dello stesso.

Il trattamento sulle abilità individuate è proseguito per ulteriori sei mesi, due volte alla settimana, al fine di tenere in considerazione le seguenti abilità da potenziare:

- *abilità di gestione delle emozioni*, quali riconoscere e capire le emozioni altrui;
- *abilità per controllare l'aggressività*, quali la moderazione della rabbia e la reazione alle provocazioni;
- *abilità per gestire lo stress*, quali affrontare la noia, rilassarsi.

Dopo sei mesi di *training*, è stata effettuata ancora una volta la somministrazione della scala Vineland con la quale si è potuto constatare l'e-

ventuale aumento di padronanza delle abilità dei soggetti.

Soggetti

Al momento dell'accesso al Servizio, D. aveva dieci anni e una diagnosi mono specialistica di "Ritardo psicomotorio in tetraparesi spastica media in Mielo Meningocefalocele, con idrocefalo derivato, con gravi turbe del comportamento". Il suo quoziente intellettivo, di valenza 41, indicava la presenza di un ritardo intellettivo medio-grave. Prima dell'intervento non era stata attivata una presa in carico globale; l'unico trattamento riabilitativo assegnato alla minore era quello di psicomotricità che effettuava due volte alla settimana.

Il contesto familiare di D. si è mostrato da subito complesso: la madre, *caregiver* principale, era molto diffidente nei confronti dell'efficacia del *training* e resistente nell'accettare l'esigenza dell'assistenza di un educatore domiciliare (servizio ADE). Non coinvolgeva il resto della famiglia in questa esperienza, e assumeva atteggiamenti squalificanti e aggressivi nei confronti della figlia. Il padre, con esiti di danni neurologici in seguito ad un grave incidente stradale, risultava una figura assente. I due fratelli gemelli di D., avevano sviluppato un rapporto conflittuale con lei marginalizzandola, modalità rinforzata anche dalla errata guida materna. La zia materna, *caregiver* in assenza della madre, era il principale obiettivo dell'aggressività verbale e fisica agita da D. Infine, i nonni materni si presentavano come figure accondiscendenti, al fine di evitare le manifestazioni di oppositività della nipote.

La varietà dei comportamenti problema di D., all'ingresso, è riassunta nella seguente tabella:

Alla prima somministrazione della Vineland l'età mentale della bambina risultava essere di tre anni e due mesi, con particolare compromissione della ricezione tra le abilità comunicative, delle abilità quotidiane, e del rispetto delle regole sociali tra le abilità di socializzazione.

Dopo la frequenza del *training* due volte alla settimana per sei mesi, si sono ottenute influenze dirette sul comportamento di D.: la bambina è apparsa più collaborativa e ha sviluppato un comportamento maggiormente adeguato al contesto; inoltre, ha assunto un ruolo di supporto e motivazione per la compagna di *training*, ha ridotto i comportamenti etero-aggressivi nei contesti familiari, ha mostrato un maggiore rispetto delle regole sociali, ha imparato a prendere coscienza degli errori compiuti e a scusarsi con l'altro, ha generalizzato alcune abilità ai contesti di vita ed ha ridotto negativismo e oppositività. Indirettamente il *training* ha anche influito sul contesto familiare, dal momento che la madre ha mostrato maggiore collaborazione aiutando D. a eseguire a casa le esercitazioni assegnate; inoltre, ha accettato la figura dell'educatore come supporto presso il domicilio, non vivendola più come figura intrusiva.

Infine, anche i fratelli, la zia e la nonna di D. sono stati coinvolti nel *training* per favorire la generalizzazione e diminuire le discrepanze di comportamento nei contesti abituali.

Confrontando i risultati della *baseline* della Vabs con quelli della somministrazione *post-training* dopo sei mesi, si evince che le abilità potenziate maggiormente sono state quelle della ricezione tra le abilità comunicative, delle *abilità quotidiane*, e del *rispetto delle regole sociali* tra le abilità di socializzazione (vd. Fig.2).

Oppositività e negativismo	Ambivalenza	Resistenza alla collaborazione	Non coscienza del pericolo
Forme egocentriche e regressive di autoaffermazione	Mancanza di regole definite a casa, a scuola, e negli altri contesti frequentati	Comportamenti etero-aggressivi agiti su oggetti, familiari, compagni di scuola	Atteggiamenti intimidatori e di sfida verso compagni di scuola o amici dell'associazione
Impulsività	Tendenza all'auto svalutazione	Atteggiamenti persecutori-paranoidei	Cattivo rapporto con la maestra di sostegno

Tab.1 Aspetti problematici del comportamento di D.

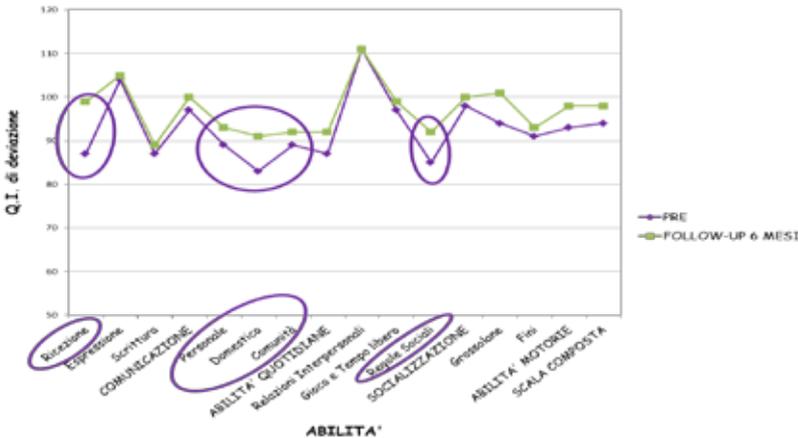


Fig.2 Grafico di confronto tra la somministrazione baseline e il follow-up a sei mesi della Vineland Adaptive Behaviour Scale

Dopo la frequenza di ulteriori sei mesi di *training*, si sono osservati ulteriori progressi. In particolare, D. ha rafforzato gli aspetti relazionali ed ha creato anche un legame affettivo con gli operatori del Servizio, il quale per lei ha assunto il valore di un premio da ottenere in seguito all'emissione di un comportamento prosociale. Inoltre, ha migliorato la collaborazione con la compagna di *training*, ha ridotto ulteriormente l'impulsività durante le sedute riabilitative, ha mostrato maggior rispetto delle regole sociali, ha generalizzato altre abilità ai contesti di vita attraverso l'aiuto dell'educatore domiciliare. Per quanto riguarda il contesto familiare, la madre ha acquisito progressiva fiducia negli specialisti del gruppo di lavoro, facendosi coadiuvare nel suo ruolo dall'educatore, riuscendo, in questo modo, a ritagliarsi degli spazi personali e a trovare sollievo. Il lavoro ha avuto, quindi, anche funzione di *respite-care*³, ovvero un supporto e un aiuto alle sue "doppie" funzioni di *caregiver*.

L'educatore è diventato un ponte tra il Servizio e la famiglia, impegnandosi giornalmente nei contatti con gli operatori e nella generalizzazione

alla vita quotidiana delle competenze acquisite durante il *training*.

Confrontando i risultati ottenuti dalla *baseline* della Vineland con quelli ottenuti dalla somministrazione effettuata a distanza di sei mesi di *training*, e con quelli ottenuti dalla somministrazione effettuata dopo ulteriori sei mesi di *training* (*follow-up* a dodici mesi), notiamo che le abilità potenziate maggiormente, tra le abilità di socializzazione, sono state quelle del *rispetto delle regole sociali* (vd. Fig.3).

Il secondo soggetto inserito nel trattamento è G.. Al momento dell'avvio dell'intervento aveva quattordici anni e una diagnosi mono specialistica di "Disabilità intellettiva grave, turbe del comportamento reattive e deficit di linguaggio in cerebropatia fissa da malformazione cromosomica". Il suo quoziente intellettivo, inferiore a 40, indicava un profilo cognitivo compatibile con un ritardo mentale grave.

G. era stata sottoposta in passato a trattamenti psico-educativi ottenendo lievi modificazioni comportamentali, poi non mantenute. Prima del nostro intervento, la presa in carico del caso non era mai stata globale.

Il contesto familiare di G. era costituito dalla madre, *caregiver* principale, la quale tendeva ad adottare un ruolo esclusivo e protettivo nei confronti della figlia, rispondendo specularmente all'ansia e alla rabbia di G. La sua richiesta era quella di sostegno e aiuto per gestire il carico emotivo e la complessità della situazione. Il pa-

3 Con questo termine (in italiano letteralmente "ricovero di sollievo") si intende la necessità di recupero psico-fisico da parte dei familiari del malato cronico. Questa modalità è giustificata dal considerare la famiglia come parte integrante della situazione di crisi provocata dallo status psichico del soggetto interessato, ritenendo fondamentale l'equilibrio familiare per migliorare la qualità di vita del paziente, in particolare quando egli è assistito a domicilio.

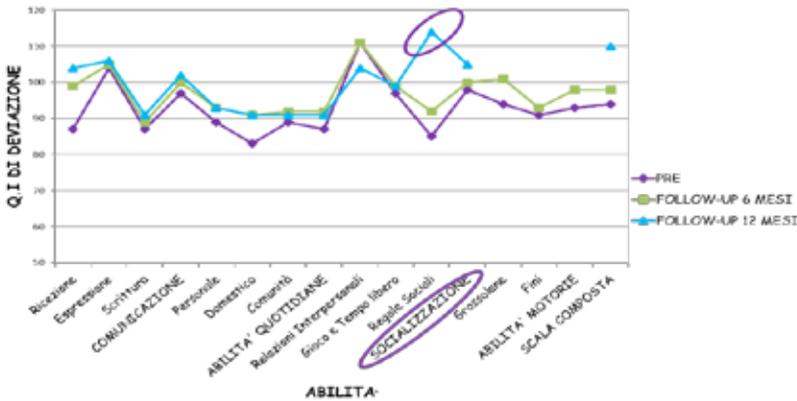


Fig.3: Grafico di confronto tra la somministrazione baseline, il follow-up a sei mesi e quello a dodici mesi della Vineland Adaptive Behaviour Scale

dre, figura più marginale, non era coinvolto attivamente nelle decisioni e nell’educazione della figlia e necessitava di sollecitazioni per avviare processi di affiancamento alla moglie. L’unico fratello di G. risiedeva in un’altra regione e non intraprendeva frequenti contatti con lei.

La varietà dei comportamenti-problema della ragazzina, quando giunse al Servizio, è riassunta nella seguente tabella 2.

Alla somministrazione della *baseline* della Vineland, la sua età mentale risultava essere quella di tre anni e sette mesi, con particolare compromissione delle abilità sulla persona tra le abilità quotidiane, della scrittura tra le abilità comunicative, e del rispetto delle regole sociali tra le abilità di socializzazione.

Dopo sei mesi dall’inizio del *training* sulle abilità sociali, si sono osservate influenze dirette sul comportamento di G.: le crisi isteriche e di pianto sono apparse ridotte e più contenute; le

stereotipie del comportamento sono diminuite in frequenza e durata; la ragazzina ha mostrato minore inibizione e chiusura e più autonomia nella cura personale. Infine, si è osservata maggiore partecipazione attiva alle abilità proposte, collaborazione con la compagna di *training* e generalizzazione ai contesti di vita di alcune abilità apprese al Servizio. Il *training* ha avuto benefici anche sul contesto familiare: la madre, sentendosi supportata, ha ridotto la risposta speculare agli stati emotivi della figlia, proseguendo il lavoro di *training* a casa e generalizzandolo ad altre abilità. C’è stato anche un coinvolgimento più attivo del fratello e del padre, attraverso un lavoro di modificazione della percezione della disabilità di G.

Confrontando i risultati della somministrazione della *baseline* della Vineland con quelli della somministrazione *post-training* effettuata dopo sei mesi, si evince che le abilità potenziate maggiormente sono state quelle dell’espressione tra le

Crisi isteriche e di pianto in seguito al mancato soddisfacimento delle sue volontà	Stereotipie comportamentali e fissità ideative (usare i servizi igienici all’arrivo in ogni luogo..etc.)	Alternanza tra fasi di eccitazione e fasi di tono dell’umore depresso	Goffaggine, lentezza psicomotoria
Turpiloquio	Ecolalia	Espressioni di inibizione e chiusura	Dipendenza e ambivalenza dalla figura materna
Facile irritabilità	Parlare spesso in terza persona	Carenza di linguaggio spontaneo	Mancanza di contatto di sguardo

Tab.2: Aspetti problematici del comportamento di G.

abilità comunicative, della comunità tra le abilità quotidiane e del rispetto delle regole sociali e delle relazioni interpersonali tra le abilità di socializzazione (vd. Fig. 4).

Dopo la frequenza di ulteriori sei mesi di *training*, si sono osservati ulteriori progressi nel comportamento di G.: una progressiva riduzione dell'inibizione e lo sviluppo di una capacità comunicativa più articolata, una maggiore collaborazione sia con la compagna di *training* sia con gli operatori, una riduzione della frequenza delle crisi nel contesto familiare (con permanenza di alcune problematiche a scuola) e la generalizzazione di altre abilità prosociali ai contesti di vita attraverso

il prompt della madre. Inoltre, si è creata una collaborazione continuativa e diretta tra il Servizio e casa, rendendo meno gravoso il ruolo della madre come *caregiver*.

Confrontando i risultati ottenuti dalla somministrazione della *baseline* della Vineland con quelli ottenuti dalla somministrazione effettuata dopo sei mesi di *training*, e con quelli ottenuti dalla somministrazione eseguita dopo ulteriori sei mesi di *training* (*follow-up* a dodici mesi), notiamo che le abilità potenziate maggiormente sono state quelle del rispetto delle regole sociali, delle relazioni interpersonali, e del gioco e tempo libero, tutti aspetti complementari alla socializzazione (vd. Fig. 5).

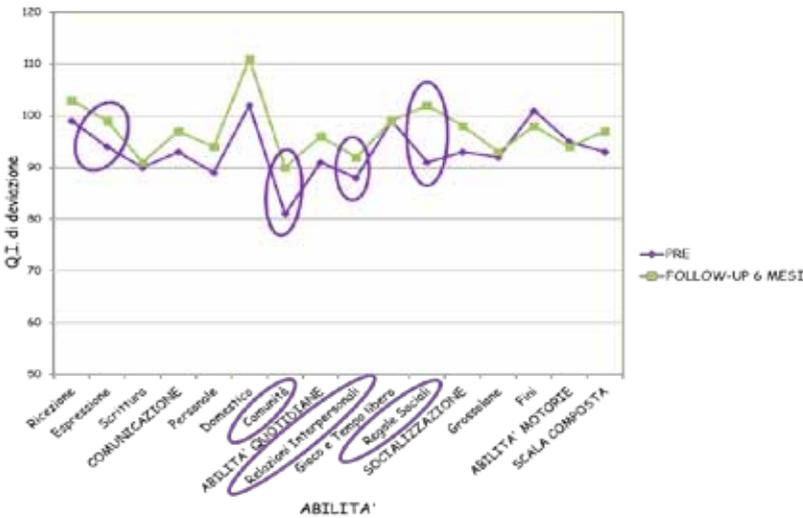


Fig.4: Grafico di confronto tra la somministrazione baseline e il follow-up a sei mesi della Vineland Adaptive Behaviour Scale

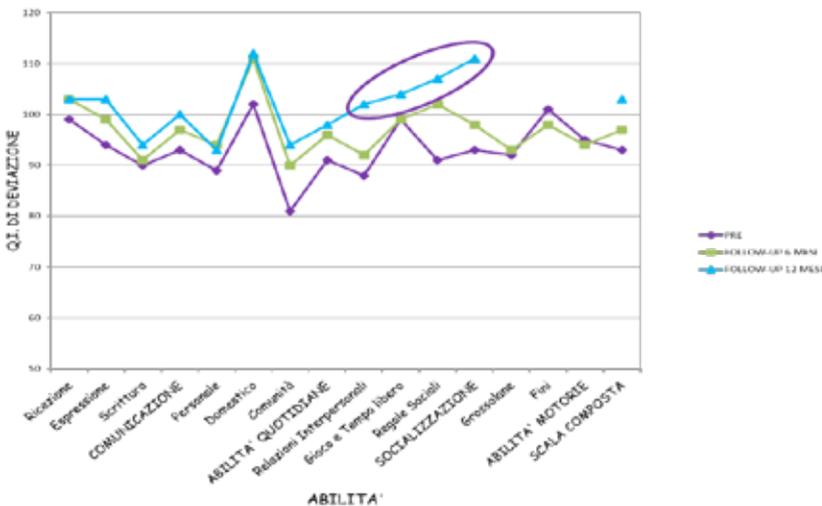


Fig. 5: Grafico di confronto tra la somministrazione baseline, il follow-up a sei mesi e quello a dodici mesi della Vineland Adaptive Behaviour Scale

2.4 Discussione generale

In sintesi, il *training* ha favorito un processo maturativo nei soggetti inseriti nel programma, integrando diversi aspetti:

- la riduzione dei comportamenti disfunzionali;
- l'apprendimento di relazioni positive e gratificanti e la reciprocità nelle relazioni;
- lo sviluppo delle capacità di interazione con i pari;
- lo sviluppo (anche se minime e basilari) di capacità metacognitive e di *problem-solving*;
- una modificata percezione del problema da parte del contesto di vita.

Il limite, invece, più evidente del programma è rappresentato dal fenomeno della "generalizzazione" dei comportamenti appresi che, si è constatato, non si verifica automaticamente in conseguenza della riduzione della manifestazione dei comportamenti problema nel contesto riabilitativo.

Bisogna sottolineare, comunque, che l'attenzione riservata al processo di generalizzazione da molti teorici dell'apprendimento è stata tradizionalmente assai limitata; questo in relazione al fatto che la generalizzazione non veniva considerata come un obiettivo da raggiungere con un'accurata ed intenzionale programmazione, ma come una sorta di risultato naturale di ogni *training* educativo. Tale aspettativa si è dimostrata poco fondata, in particolare per quanto riguarda la situazione dei soggetti affetti da autismo, ma anche nella disabilità intellettiva.

Si è maturata, quindi, la consapevolezza di dover pianificare attivamente la generalizzazione attraverso l'impiego di specifiche strategie da parte dell'operatore (Baer, Wolf & Risley, 1968).

Stokes e Baer (1977) hanno fatto il punto sulla letteratura esistente in tema di generalizzazione nell'apprendimento, prendendo in considerazione ben 270 lavori scientifici. Gli autori hanno inizialmente appurato che in quasi la metà degli studi esaminati non vengono presentati programmi specifici per favorire la generalizzazione, anche se la stessa risulta in molti casi documentata come risultato spontaneo. Oltre questo atteggiamento di attesa (denominato appunto "insegna e spera"), Stokes e Baer illustrano una serie di

specifiche tecniche adottate da vari Autori, le più significative delle quali appaiono le seguenti:

- estensione dell'intervento ad altre condizioni;
- insegnamento attraverso l'utilizzo di stimoli e/o rinforzi simili a quelli che si ritrovano naturalmente nell'ambiente;
- uso di contingenze di rinforzamento difficilmente identificabili.

Questa modalità di intervento prevede che, in presenza di un deficit di generalizzazione di un'abilità in contesti differenti da quelli originari, si strutturi un *training* più ampio che investa quelle situazioni in cui la generalizzazione non si è ancora verificata.

La stessa cosa avviene se il deficit di generalizzazione è riferito a persone, materiali ecc. Si tratta, chiaramente, di una procedura analitica assai costosa in termini di tempo, ma che si adatta bene nelle situazioni in cui sono associate gravi forme di ritardo mentale. La generalizzazione si realizza con maggiore facilità quando si verifica un'espansione del controllo che dagli stimoli originari vada sul comportamento positivo.

È evidente che, se il *training* riabilitativo viene condotto utilizzando stimoli il più possibile simili a quelli che il soggetto incontra nell'ambiente naturale, il processo di generalizzazione risulterà favorito in modo rilevante.

Conclusioni

In conclusione, tale ricerca-azione dimostra che il *training* sulle abilità sociali, associato al *parent training* e supportato da un lavoro di rete tra scuola, contesto riabilitativo e famiglia, ha favorito un processo di cambiamento e adattamento nei soggetti e nelle loro famiglie. Più specificamente tale *training* ha promosso l'apprendimento di relazioni positive e gratificanti, lo sviluppo di relazioni interpersonali, una più adeguata interazione con i pari, una modificata percezione del familiare da parte del contesto di vita, nonché una maggiore integrazione dal punto di vista familiare, sociale e scolastico.

Il *training* ha avuto anche una funzione secondaria di *respite-care* (vd. Nota 3), ovvero di supporto e di aiuto alle funzioni genitoriali di *caregiver*: infatti, sia nel caso di D., sia nel caso di

G., le madri hanno descritto in prima persona i benefici tratti da quest'esperienza, considerandola una vera opportunità di supporto e sollievo, nonché un'occasione di sperimentare una rinnovata relazionalità a livello familiare.

Bibliografia

- Allen, K. B. (1972). Integration of normal and handicapped children in a behavior modification preschool: a case study. In K. B. Allen, *Behavior analysis and education*. Lawrence, KS, University of Kansas Press: G. Semb.
- Allsopp, D. S. (2000). Collaborating to teach prosocial skills. *Intervention in School and Clinic*, 35, pp. 141-146.
- Baer, D., Montrose, M., & Todd, R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97.
- Baldi, P. (2004). *Sviluppare il pensiero nel ritardo mentale. Dal ragionamento induttivo alla metacognizione*. Trento: Ed. Erickson.
- Baron-Cohen, S. L. (1986). Mechanistic, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*(4), pp. 113-125.
- Bellini, S. & Akullian, J. (2007). A meta-analysis of video modeling and video self-modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 73(3), 264-287.
- Bertelli M. (2010). "Prevalenza degli aspetti psicopatologici nelle persone con disabilità intellettiva: uno studio multicentrico sul nuovo strumento SPAID-G". *Giornale Italiano di Psicopatologia*(16), 53-63.
- Bielecki J. S. (2004). The assessment of social functioning in individuals with mental retardation: A review. *Behavior Modification*(28), 694-708.
- Bonfigliuoli, C. T. (2008). Gruppi eterogenei di apprendimento cooperativo. *Difficoltà di Apprendimento*, 2(1), 97-118.
- Bruininks, V. (1978). Actual and perceived peer status of learning-disabled students in mainstream programs. *Journal of Special Education*(12), 51-58.
- Bryan, T. (1978). Social relationships and verbal interactions of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*(11), pp. 107-115.
- Buono S., D. N. (2002). Il ritardo mentale e la sua valutazione. In D. N. Buono S., *Strumenti psicodiagnostica per il ritardo mentale*. Milano: Franco Angeli.
- Castellani A., L. M. (2010). La Promozione della salute mentale nella disabilità intellettiva.
- Celi, F., & Fontana, D. (2010). *Psicopatologia dello sviluppo: Storie di bambini e psicoterapia*. McGraw-Hill.
- Chandler L. K., Luberck. M. & Fowler R. (1992). Generalization and maintenance of preschool children's social skills: A critical review and analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*(25), 415-428.
- Colvin, G., & Sprick, R. (2009). *Managing Noncompliance and Defiance in the Classroom*. Corvin Pr.
- Cooper, J. H. (2007). *Applied Behaviour Analysis*. New Jersey: Pearson Education.
- Cottini, L. (2007, Febbraio). Abilità sociali e ritardo mentale: il training sulle competenze assertive. *American Journal Mental Retardation edizione italiana*, 5(1).
- Cottini, L., & Meazzini, P. (2003). Apprendimento delle abilità per l'integrazione: un training per l'assertività. In L. C. di), *Bambini, adulti, anziani e ritardo mentale* (p. 199-218). Brescia: Vannini.
- Cowles, J. T. (1937). Food-tokens as incentives for learning by chimpanzees. *Comparative Psychological Monographs*(12), 1-96.
- Deb S., M. T. (2003). "Linee Guida per la diagnosi psichiatrica nel ritardo mentale. (M. Bertelli, A cura di) Erickson.
- DeGeorge, K. (1998). Friendship and stories: Using children's literature to teach friendship skills to children with learning disabilities. *Intervention in School and Clinic*(33), 157-162.
- DiSalvo, A. & Osvald P. (2002). Peer-mediated interventions to increase the social interaction of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(4), pp. 198-207.
- Elliott C., Pring T. & Bunning K. (2002). Social Skills Training for Adolescents with Intellectual Disabilities: A Cautionary Note. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*(15), 91-96.
- Frengut, R. (2003). *Social acceptance of students with learning disabilities*. Pittsburgh, PA: Learning Disabilities Association of America.
- Gresham F., Van. M. B. & Cook C.R. (2006). Social skills training for teaching replacement behaviors: Mediating acquisition deficits in at-risk students. *Behavioral Disorders*(31), 363-377.
- Gresham, F. (1981). Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*(51), pp. 139-176.
- Gresham, F. (1991). Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*(51), 139-176.
- Hackenberg, T. D. (2009). Token reinforcement: a review and analysis. *Journal of the experimental analysis of behavior*(91), 257-286.
- Hill, J. & Coufal K.L. (2005). Emotional/behavioral disorders. *Communication Disorders Quarterly*, 27(1), pp. 33-46.
- Huang W. & Cuvo. J.A. (1997). Social skills training for adults with mental retardation in job-related settings. *Behavior modification*(21), 3-44.
- Hundert J. & Houghton A. (2002). Promoting social interaction of children with disabilities in integrated preschools: A failure to generalize. *Exceptional Children*(58), 311-320.
- Jackson, K. & Hackenberg T.D. (1996). Token reinforcement choice, and self-control in pigeons. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*(66), 29-49.
- Kazdin A.E.(1983). Social Skills Assessment and Training with Children. *Plenum Press*.
- Kazdin, A. E. (1982). The token economy: a decade later. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 15(3), 431-445.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: MD: University Park Press.
- Kerr, S. & Durkin K.. (2004). Understanding of thought

- bubbles as mental representations in children with autism: Implications for Theory of Mind. *Journal of Autism and Developmental Disorders*(34), pp. 637-648.
- Lambert, M. (2008). Measuring the token economy within school-wide positive behavior support. *Master's Thesis Dissertation, The Texas Technological College.*
- Lancioni, G. (1992). *Facilitare l'apprendimento. Metodologie e tecniche di «apprendimento senza errori» per alunni con ritardo mentale.* Trento: Erickson.
- Libermann, R. P. (2000). The token economy. *The American Journal of Psychiatry*(157), 1398.
- Logue, A. W., Pena-Correal, T. E., Rodriguez, M. L., & Kabela, E. (1986). Self-control in adult humans: Variation in positive reinforcer amount and delay. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 159-173.
- Maison J. L., Fee V., Coe D. A. & Smith D (1999). A social skills training program for developmentally delayed preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*(20), 428-433.
- Marchetti, A. G. (1990). Social skills. In J. L. Matson (a cura di), *Handbook of behavior modification with the mentally retarded* Plenum, 333-355.
- Margalit, M. (1998). Social skills and classroom behavior with mild mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*(97), 685-691.
- Marmocchi P., Dall'Aglio C. & Zannini M. (2004). *Educare le life skills.* Trento: Ed. Erickson.
- Mc Coy, K., & Hermansen, E. (2007, Novembre). Video Modeling for Individuals with Autism: A Review of Model Types and Effects. *Education and Treatment of Children*, 30(4), 183-213.
- Mc Ginnis, E., Goldstein, A., Sprafkin, R., & Gershaw, N. (1986). *Manuale di Insegnamento delle Abilità Sociali.* Trento: Erickson.
- Meazzini P. & Cottini L. (1995). L'educazione alla socialità di allievi con problemi: il curriculum Red Kid. *Psicologia e Scuola*, 74, 36-47.
- Midgley, M. L. (1989). Algorithmic shaping and misbehavior in the acquisition of token deposit by rats. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*(52), 27-40.
- Milani, P. (2001). *Manuale di educazione familiare.* Trento: Erickson.
- Morris, S. (2002). Promoting social skills among students with nonverbal learning disabilities. *Teaching Exceptional Children*(34), pp. 66-70.
- O'Donnell, J. C. (2000). Stimulus control and generalization of point pointless punishment with humans. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*(73), 261-274.
- O'Reilly M.F, Lancioni G.E & Kierans I. (2000). Teaching leisure social skills to adults with moderate mental retardation: An analysis of acquisition, generalization, and maintenance. *Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities*(35), 250-258.
- Perini, S. (1997). *Psicologia dell'educazione.* Bologna: Il Mulino.
- Peterson L. D., Young K. R., Salzberg C. L., West, R. P. & Hill, M. (2006). Using self-management procedures to improve classroom social skills in multiple general education settings. *Education & Treatment of Children*(29), 1-21.
- Pietras, C. J. (2005). Response-cost punishment via token-loss with pigeons. *Behavioural Processes*(69), 343-356.
- Psychiatric, A. A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM5).* (5a ed. ed.). Washington, D.C.: APA .
- Schumaker J., Hazel J. & Pederson C. (1988). Social skills for daily living: Program basics. *Circle Pines: American Guidance Service.*
- Smith, L. (2001). Text for social skills. from http://www.sarasota.usf.edu/Special_Education/social%20skills.htm .
- Soresi, S. (1997). Sperimentazione di un programma di parent training con genitori di adolescenti handicappati. In E. Caracciolo, & F. Rovetto, *Ritardo Mentale.* Milano: Franco Angeli.
- Sparrow, S., & Balla, D. e. (2003). *Vineland Adaptive Behavior Scales Intervista - Forma completa.* Giunti Organizzazioni Speciali.
- Stokes, F., & Baer, D. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied behavior analysis*, 10(2), 349-367.
- Timler G.R., Olswang L. & Coggins, T. (2005). Do I know what I need to do?" A social communication intervention for children with complex clinical profiles. *Language, Speech & Hearing Services in the Schools*(36), 73-84.
- Timler G.R., Vogler-Elias D. & McGill, K.F. (2007). Strategies for Promoting Generalization of Social Communication Skills in Preschoolers and School-aged Children. *Topics in Language Disorders. Social Communication Problems and Peer Interactions*, 27(16).
- Trubini, C. (2005). *Il Cooperative Learning. Come condurre una didattica a mediazione sociale.* Parma: Uninova.
- Trucchia, S. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamentale con il paziente con ritardo mentale. *Psicoterapeuti in-formazione*(7), 38-83.
- Vygotskij, L. (1990). *Pensiero e Linguaggio. Ricerche psicologiche.* (L.Mecacci, A cura di) Roma-Bari: Laterza.
- Waterhouse, L. (2002). Social interaction impairments. In D. Molfese, & L. Molfese, *Developmental variations in learning: Applications to Social, Executive Function, Language, and Reading Skills* (p. 57-79). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Webber, M. (2001). Teaching social skills to kids who don't have them. http://maxwebber.hunter.cuny.edu/pub/eres/EDSPC715_MCINTYRE/SocialSkills.
- Wechsler, D. (1982). *WISC-R.* Giunti Organizzazioni Speciali.
- Welch, M. W., & Jerre, W. (1974). *The open token economy system; : A handbook for a behavioral approach to rehabilitation.* Thomas.
- Wolfe, J. B. (1936). Effectiveness of token rewards for chimpanzees. *Comparative Psychological Monographs*(12), 1-72.
- Ziegler, E., & Bennet-Gates, D. (2002). *Sviluppo della personalità in individui con ritardo mentale.* (R. Vianello, A cura di) Junior.

“Io dove sono?” *Storia di un caso clinico*

Dott.ssa Giusi D'Apolito

Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica e Gruppoanalisi

Riassunto

Vorrei trattare un caso, che fu il mio primo caso, durato dieci anni, per i significati che ha avuto per me, come sua terapeuta e per la specularità che ha contraddistinto il percorso di Aldo ed il mio.

L'interrogativo riportato nel titolo, una frase significativa utilizzata dal paziente, sintetizza la ricerca, a volte drammatica, di un ragazzo che non ha saputo per molto tempo dove “albergava”; per cui mi è parso, in tanti momenti, espropriato di se stesso. Il percorso fatto insieme ci ha visto attraversare tanti momenti, suoi, miei e soprattutto nostri.

Parole chiave: *Caso Clinico/ Disturbo ossessivo compulsivo/ Identità sessuale/ Disagio esistenziale*

Alcuni anni fa, mi ero posta i seguenti interrogativi: “Io, la mia storia intima e personale, quanto e in che modo si intreccia con quella di Aldo? In che maniera posso restituire a lui e a me qualcosa che ci appartiene, reciprocamente e umanamente come soggetti e come appartenenti ad una collettività, ad una matrice comune, senza entrare in dicotomie o scissioni, ma come manifestazione di un'unione e, allo stesso tempo, di specifiche diversità?”

Solo ora riscopro che in qualche modo il mio interrogarmi ha costituito un viatico per il mio procedere con Aldo. Aldo ha 25 anni, con un disturbo ossessivo compulsivo, iscritto a medicina, la stessa professione del padre. La madre, depressa da molti anni, trascorreva la giornata a piangere nella propria camera o a litigare col marito.

Avverte un perenne senso di insoddisfazione che lo accompagna in tutti gli aspetti della sua vita.

Dice sin dalle prime sedute: “C'è sempre una felicità che sento di non raggiungere, non sono mai contento di me, anche quando do il massimo, poi penso che non è stato abbastanza”. Un anno e mezzo prima dell'inizio della terapia, un amico gli dice di sapere la ragione della sua insoddisfazione, esprimendola con queste parole: “Conosco il motivo di tutti i tuoi problemi. Tu sei gay.” Successivamente aggiunge: “Anche io lo sono”.

Da allora, quando vede un ragazzo, a cui Aldo ri-

conosce delle qualità che vorrebbe avere, lo osserva a lungo per capire se gli uomini possano piacergli.

Il primo sogno che Aldo porta in terapia, dopo appena un paio di incontri, è il seguente: “*Mia madre mi bacia sulla guancia*», egli avverte un enorme fastidio e schifo nel ritrovarsi la lingua di lei in bocca, come se la lingua della madre avesse oltrepassato le pareti della pelle e della carne delle guance, che fisicamente li separa”.

Intorno ai 19 anni, durante un soggiorno in Inghilterra, fu attratto da una ragazza e provò a rendersi simpatico, per sedurla. Poco dopo aver capito che anche lei mostrava lo stesso interesse, la percezione che aveva di lei cominciò a trasformarsi. Divenne sempre più grassa, enorme, quasi deforme. In malo modo cercò di allontanarsi e far perdere le sue tracce. Altri fenomeni di alterazione percettiva, ma di minore intensità, si sono verificati in situazioni simili con altre ragazze durante gli anni di terapia.

In un'altra seduta mi racconta che ha pianto poiché arrabbiato e deluso. La macchina che i genitori gli stanno regalando, sembra ormai in pronta consegna, ma una telefonata gli annuncia che sarà necessario più tempo. Smette presto di piangere perché sente che ha un credito con la fortuna e teme che lamentandosi Dio possa punirlo e fargli accadere qualcosa di brutto. Partiamo da questo stimolo per rilevare che non si può mai dire fino in fondo come lui sta, come si sente, nel bene e nel male. Se si arrabbia o se è soddisfatto può accadere qualcosa di brutto. Tento di dirgli che forse ha poca dimestichezza con le proprie emozioni. Gli ho visto fare giri immensi, a volte rocamboleschi, altre volte disperati, per avviare una funzione riflessiva, una ricerca interiore, di un contatto con le sue cose più profonde, col suo sentire, a cui non sa come accedere.

Inoltre, avvertivo un'implicita, e a volte esplicita, richiesta che fossi io a dirgli cosa dovesse fare. Ma sento che Aldo non è un vaso che devo riempire.

È stato importante per me comprendere come Aldo nella ricerca, a volte disperata, di se stesso, utilizzava proprio questo spazio, così come in realtà gli era stato prospettato, come strumento riprendendo Sacha Nact: “Il terapeuta è lo strumento nelle mani del paziente”, “trampolino di lancio”, per sé: al fine

di descriversi, definirsi e raccontare ad alta voce se stesso. Alla ricerca della sua identità.

Avverto un'enorme fragilità in Aldo come se avessi tra le mani un'ampolla di vetro sottilissimo, che a volte ho paura di rompere. Si spaventa quando gli faccio notare che mi sembra importante ciò che mi dice, è contrario a qualunque cosa io possa dire; ho spesso l'impressione che si ripresenti psichicamente un sogno in cui si è visto con le mani legate. Spesso mi sentivo io con le mani legate.

Quando mi dice alcune cose avverto un'atmosfera in cui la sua arrendevolezza, attraverso una modalità in cui si rappresenta come vittima, esercita un controllo, una specie di manipolazione, e per quanto lui si descriva debole, non mi sento spontanea o libera.

Aldo descrive *piano piano* la sua infanzia come caratterizzata da una grande solitudine. Si descrive come un bambino molto obbediente e per la sua sensibilità non avrebbe necessitato di grandi rimproveri, ma non gli è stato mai concesso di sbagliare. Mi dice: "Non ricordo che me ne hanno fatta passare una, mai!" continuando a parlare aggiunge: "(...) ma se ero buono non accadeva mai niente." Riprendo questa affermazione per cercare di capirla meglio. Non sa per quale motivo ma, da bambino, e così gli pare pure ora, innesca qualcosa, come se problematizza le situazioni in cui non accade nulla di nuovo. Aldo sembra raccontare che di fronte ad una situazione che sente come "mortifera", egli attiva qualcosa. Ha come la necessità di eludere e mistificare questa sensazione. La volta successiva mi dice che *il motivo della sua infelicità*, quel qualcosa che non gli permette di godere mai fino in fondo, si chiama "Pantano". Descrive qualcosa di stagnato che è dentro di lui, "che non mi fa fare le cose", dice Aldo. Agisce se è costretto o in pericolo, altrimenti, in uno stato di tranquillità, il "Pantano" è dominante. Lo descrive come una mancanza di forza, oppure qualcosa di arrugginito che è dentro di lui.

In altri momenti parla di sentimenti inespressi che ora sa come controllare e che ricorda di aver provato durante l'adolescenza rispetto ad alcuni eventi luttuosi o spiacevoli. Ha fatto un patto con se stesso. Esso consiste in una sorta di anestesia, "con cui però si perde un po' di felicità". È evidente un aspetto: Aldo non vuole assumersi nessuna responsabilità, la sua vita è completamente regolamentata dagli altri. Mi è parso di capire che Aldo in modo, sempre meno, "inconsapevole" si dispone secondo ciò che credere essere la volontà dell'Altro. "Dis-posizione" questa che lo ha deresponsabilizzato, togliendogli-

togliendoSi la possibilità di saper scegliere per Sé.

Delega le decisioni agli Altri e quando decidono, anche al posto suo, c'è una rivolta interna, perché non sa se ciò che è stato deciso per lui è la cosa giusta. "*Sentirsi responsabile*", per Aldo è una cosa impossibile. Nella sua economia psichica è importante che l'altro sia colpevole piuttosto che pensarsi responsabile delle proprie decisioni.

Il termine "Forse" precede ogni discorso in cui parla di se stesso. Spiega che lo utilizza per non sbagliare, poiché non sa se quello che sta dicendo è giusto ed autentico. Deve aderire ad un'immagine di Sé grandiosa poiché i suoi genitori e tutti, in generale, lo hanno apprezzato solo quando è stato speciale, "*il migliore di tutti*", e per questo riferisce di non poter essere "*normale*".

Aldo si nasconde per non assumersi la responsabilità di rischiare. "Preferisce essere come gli altri vogliono, determinando così una falsificazione del proprio Sé", mi chiarisce il supervisore.

È importante considerare i meccanismi di difesa utilizzati dal paziente. Unica possibilità per Aldo di garantirsi un'esistenza psichica, una "sopravvivenza". Allontanandosi dal volere dei genitori, da quello che egli crede loro vogliano da lui, e da tutte le persone che "improntano" il suo comportamento, vive come se avesse commesso un tradimento. Ha quindi paura di una punizione. Dentro di lui c'è un conflitto da cui rifugge e che lo fa stare male.

Una volta mi dice: "*E' come se vedessi dentro di me due persone: uno incatenato negli scantinati, dimenticato. È troppo doloroso. L'altro, quello che sta fuori, più adattato, che ha imparato a gestirsi e sa come gestire certe cose.*"

Cominciando a prendere consapevolezza di Sé, emergono, a volte, riflessioni e considerazioni di una "lucida" sofferenza che conferisce alla sua storia un aspetto di drammaticità: "Che modo di vivere è quello per cui sei così angosciato da quello che gli altri possono pensare di te e sei «scollegato dalla realtà»?! Mi sento scemo!"

Avverte un perenne senso di colpa che con il tempo, in terapia, riferisce di sentire non essere "riconducibile" esclusivamente all'educazione ricevuta dai genitori. Percepisce che c'è qualcos'altro. Gli sembra di sentire di essere sempre in difetto, come se dovesse sempre recuperare le situazioni. Nota che cerca di non entrare in discussione con l'Altro, per non sentirsi dire che ha sbagliato, oppure per non sentirsi rimproverato dagli altri o da se stesso. Si sentirebbe in colpa. Aldo dice che solo attraverso

la terapia, “*si può parlare di Filosofia*”: cioè si può parlare di come possono essere le cose per lui. Prima di questo momento tutto doveva essere in un certo modo, seguire la visione dei Suoi, e non c’erano altri modi possibili, oltre agli schemi.

Desidera concedersi delle libertà ma le situazioni poi finiscono col rientrare in schemi che si è già immaginato. Durante le sedute, i suoi pensieri seguono una linea rigorosamente logica attraverso la quale prende in esame tutte le possibilità che gli si prospettano.

Osservo una particolare modalità di esplorare la libertà. Non può allontanarsi da ciò che *pre-determina*, come un elastico che dopo una breve trazione torna indietro. Dopo un certo periodo scopre di avere una rabbia enorme, esplosiva, famelica ed antica. Vorrebbe esprimerla, ma la teme molto.

Sogna di urlare con forza contro la sua ragazza. Al risveglio si sente molto turbato. Continua la seduta raccontando minuziosamente di un’operazione di ernia peptica a cui ha assistito qualche anno prima all’Università. Sa come vanno queste cose: “Quando si fa un taglietto, essendo tutto compreso, è impressionante la quantità di roba che poi può uscire. I medici dicono di farti un taglietto, magari di due centimetri, ma sono dei macellai. Maneggiano gli organi, li spostano, gli buttano sopra delle secchiate d’acqua e poi tranquillamente mettono le mani dentro per far rientrare tutto.” Gli chiedo quale possa essere la relazione tra il sogno e il racconto. Replica: “*Chi ha detto che questa psicologia non è una scienza?*” Aggiunge che anche se si fa la fatica dell’analisi, nella vita può accadere di ammalarsi e morire. “Il fatto che alla fine si muoia mi fa roscicare.” Sento nascere in Aldo la possibilità di raccontare la rabbia e la tristezza. Ma anche una ricerca esistenziale del senso della vita.

Lamenta di non aver mai fatto a botte neanche da piccolo. “*Studia a tavolino*” la possibilità di farlo con un amico con cui sa di poterselo permettere. Non lo teme troppo, A. è più forte fisicamente, non dovrebbe esserci un grosso pericolo di prenderle; inoltre, agli occhi degli altri, ha un buon motivo per arrabbiarsi e sarebbe, quindi, giustificato. Nel caso in cui, i rapporti non dovessero più essere recuperabili, ha già pensato che non ne conseguirebbe una grande perdita. Questo è il modo attraverso il quale Aldo, timidamente, prova ad esplorare, ed a spingersi “oltre”, per quel che gli è possibile.

A volte sembra che Aldo costruisca delle “trappole” per se stesso. Mi pare che se non elude le si-

tuazioni, non le falsifica, il rischio è che le istanze superegoiche lo attanaglino. Viene, da se stesso, stretto in una morsa. La relazione con Aldo è la mia prima esperienza terapeutica. La sento piena di valore, di scoperte e piena di ...emozioni nuove. Molto spesso il paziente mi meraviglia. Provo gratitudine verso Aldo per rendermi partecipe di una vicenda umana non altrimenti o diversamente esplorabile e conoscibile. La fiducia che il paziente manifesta nei miei confronti, mi richiama ad un grande senso di responsabilità. Per questo trovo importante procedere con estrema attenzione, cura e delicatezza.

Negli anni a venire Aldo si è laureato, eredita la professione del padre apportando personali variazioni ed innovazioni, seguendo delle specializzazioni negli ambiti che più lo appassionano. Si appresta a riscuotere un discreto successo ed è spesso contattato dai propri colleghi per specifiche consulenze. Dopo alcune vicissitudini, è stabilmente in una relazione da diversi anni, non senza paure o difficoltà, ma la reticenza ha lasciato il passo alla voglia di vedere cosa accade, al desiderio di provare entusiasmo e mostra curiosità verso l’idea della convivenza. Dopo una lunga esitazione, è andato a vivere da solo, lasciando che i genitori facciano i conti con le proprie conflittualità, da cui è scaturita dapprima una separazione e un successivo riavvicinamento. Ad ogni modo, non vuole sentirsi eternamente ostaggio delle loro vicende e, anche se a fatica, prova psicologicamente, e anche fisicamente, a separarsi da questo tipo di identificazione. E continua a provarci.

Bibliografia

- Anzieu, D., (1976). *Il gruppo e l’inconscio*, Roma: ed. Borla.
- Anzieu, D., Martin, J. Y (1990). *Dinamica dei piccoli gruppi*, Roma: ed. Borla.
- Bion, W. (1983). *Apprendere dall’esperienza*, Roma: Armando Armando.
- Cucchi C., (2009). *Imprenditorialità di sé nella professione*, Bressanone, http://www.retestresa.it/documenti/documenti/new/intervista_Napolitani.pdf
- Kaës, R., (1994). *Il gruppo e il soggetto del gruppo*, Roma: ed. Borla.
- Kaës, R. – Faimberg, H. - Enriquez M. - Baranes J.J., (1995). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Roma: ed. Borla.
- Nact, S., (1974). *Guarire con Freud*, New Compton Editori, Roma
- Napolitani, D., (1987). *Individualità e gruppalità*, Torino: ed. Boringhieri.
- Napolitani, D., (2007). *Gli universi Relazionali*, Seminario SGAI, Roma.
- Neri, C., (1998). *Gruppo*, Roma: ed. Borla.

Le R.E.M.S. Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza

Marika Leozappa*, Stefania Chiappini**, Filomena Uggenti***

* Psicologa REMS Carovigno

**Psichiatra REMS Carovigno

***Assistente Sociale REMS Carovigno

RIASSUNTO

Le REMS sono strutture residenziali sanitarie nate a partire dalla promulgazione delle leggi n. 9/2012 e 81/2014 in merito al superamento degli OPG. Queste strutture sono gestite dalla sanità territoriale in collaborazione con il Ministero della Giustizia, ove competente. Tali residenze garantiscono l'esecuzione della misura di sicurezza (detenzione) e, al tempo stesso, l'attivazione di percorsi terapeutico riabilitativi territoriali per i soggetti a cui è applicata una misura alternativa al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) e all'assegnazione a casa di cura e custodia.

Il programma di superamento degli OPG prevede "il miglioramento degli scenari di cura e riabilitazione, attraverso la possibilità di curare le persone accolte in una logica di pertinenza territoriale, contribuendo concretamente alla costruzione di progetti terapeutico riabilitativi individuali, attraverso il concorso di tutti i servizi territoriali al percorso di cura e riabilitazione e alla successiva possibilità di inclusione sociale delle persone. Nel presente articolo le autrici intendono riportare la loro esperienza nella REMS di Carovigno introducendo, anche, alcuni dati preliminari riguardo la tipologia di pazienti afferiti in struttura in questi primi mesi e le criticità riscontrate. Si descrivono, inoltre, alcuni dati emersi dal racconto dei primi pazienti arrivati dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto e si confronta l'esperienza vissuta in passato dagli ospiti della REMS con quella attuale. Nelle REMS si effettua un lavoro atto alla costruzione del consenso, della responsabilizzazione nel percorso di cura e di vita, dell'affermazione dei diritti e l'assolvimento dei doveri. In questa nuova tipologia di strutture si pone al centro la persona, protagonista nel suo percorso di cura e non le sue malattie ed i reati commessi.

Parole chiave: REMS, OPG, misura di sicurezza

Introduzione

Nel 2008 la Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario presieduta da Ignazio Marino,

aveva denunciato una realtà fatta di maltrattamenti, abusi e mancanza di cure in gran parte delle strutture, fatta eccezione per quella lombarda. Personale sanitario e infermieristico carente spesso inesistente rispetto alle esigenze dei pazienti. In un sopralluogo a sorpresa fatto del 2010 dalla stessa Commissione parlamentare all'O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto è emerso che per i 329 degenti allora presenti nella struttura, c'era un solo medico, neppure psichiatra. La relazione parlava di degrado assoluto e di una costante violazione dei diritti fondamentali dell'uomo, tra cui le «gravi e inaccettabili le carenze strutturali e igienico-sanitarie rilevate in tutti gli O.P.G., a eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e, in parte di Napoli». Strutture più simili a carceri piuttosto che a ospedali. Il Presidente Giorgio Napolitano nel 2011 definì la situazione degli OPG di "estremo orrore, inconcepibile in qualsiasi paese appena civile". (<http://www.linkiesta.it/>).

Il superamento degli o.p.g. e la nascita delle R.E.M.S.

La promulgazione delle leggi n. 9/2012 e 81/2014 formula il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), quale percorso conclusivo di un lungo iter di cambiamento della gestione della salute mentale in Italia. Tale percorso è iniziato con le Leggi 180 e 833 del 1978, che ponevano fine ad un modello di psichiatria di tipo "custodialistico" ed è poi proseguito con il definitivo affermarsi dell'assistenza psichiatrica territoriale. Tuttavia, la legge 180/78 prevedeva la soppressione dei Manicomi Civili, non riguardava, infatti, gli OPG, ovvero quegli istituti definiti Manicomi Giudiziari, che sono rimasti in funzione, nonostante una certa problematicità per modalità di funzionamento, regole

organizzative e gestione, sotto la giurisdizione dell'Amministrazione Penitenziaria sulla base del presupposto che, per i soggetti affetti da patologie mentali autori di reato e pericolosi socialmente, vi fosse una duplice esigenza, quella della cura e quella della sicurezza sociale.

Il percorso di superamento degli OPG, nati negli anni '70, è iniziato quattordici anni fa con il decreto legislativo del 22 giugno 1999 relativo al riordino della medicina penitenziaria. In particolare il provvedimento si soffermava sulla necessità di trasferire alle Regioni le funzioni sanitarie degli ospedali psichiatrici giudiziari che dipendono ora dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP).

La chiusura degli OPG è stata prevista solo della legge n. 9/2012 e poi 81/2014; ciò rappresenta, finalmente, un evento dalla portata epocale che ha portato l'Italia ad una radicale trasformazione dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti autori di reato giudicati non imputabili, ma socialmente pericolosi. Il provvedimento presenta, infatti, dei chiari elementi innovativi, enfatizzando le funzioni sanitarie per i pazienti dimissibili, che devono essere dimessi e presi in carico dai DSM competenti per il territorio, mettendo in tal modo fine all'annoso problema del prolungamento della misura di sicurezza, pur prestando attenzione alle ragioni di sicurezza per i soggetti non dimissibili,

in quanto ancora pericolosi socialmente, per i quali vengono individuate "nuove strutture" (c.d. "REMS - Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza") che dovrebbero combinare la gestione sanitaria con quella di vigilanza, accogliendo le persone provenienti dal territorio in cui sono ubicate.

Le REMS nascono come strutture di esclusiva competenza sanitaria, che esplica funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato, a cui viene applicata dalla Magistratura la misura di sicurezza detentiva. Concettualmente è un errore far coincidere il superamento degli OPG con la realizzazione delle REMS: il superamento degli OPG non può, né deve concretizzarsi in una semplice operazione di transistituzionalizzazione, con persone che sono semplicemente trasferite da un'istituzione all'altra, non bisogna sostituire gli OPG con tanti mini OPG. Le REMS sono solo una parte del percorso di cura dei pazienti autori di reato. Il percorso di cura deve iniziare nel luogo di detenzione, proseguire nelle REMS, nelle strutture sanitarie dei DSM o delle ASL con la possibilità di proseguire al domicilio del paziente.

Uno dei punti rilevanti dell'attribuzione alla sanità della funzione di esecuzione delle misure di sicurezza è che rimangano dei percorsi di cura, cioè che non siano caratterizzate in maniera pre-

valente dall'aspetto detentivo a scapito di quello terapeutico. Per meglio sottolineare tale concetto si potrebbe sostenere che le persone considerate pericolose socialmente per infermità mentale vengano transitate "dalla misura di sicurezza alla sicurezza della cura" con percorsi vincolati che mantengono la possibilità di rendere l'aspetto della custodia meno rilevante nel tempo, per l'aumento della collaborazione e



Foto 1- Lato sx REMS Carovigno (Br).

della consapevolezza di malattia del paziente. Il percorso degli ospiti della REMS si concretizza in un progetto individualizzato (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, PTRI), fondato sull'analisi dei "fatti e dei bisogni" dei singoli pazienti, individuando di concerto ai servizi territoriali e all'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) percorsi adeguati al singolo caso.

La misura di sicurezza

Le misure di sicurezza costituiscono i mezzi di difesa sociale previsti nella legislazione penale nei confronti di coloro i quali, commettendo un fatto preveduto come reato, si rivelano capaci di nuove azioni illecite. Le pene sono applicate in quanto è commesso un fatto che costituisce reato; le misure di sicurezza, invece, sono applicate allorché il fatto commesso, costituisca o meno reato, riveli un soggetto pericoloso. Le misure di sicurezza si applicano nei confronti di soggetti, che, per immaturità di mente o per incapacità o per avere commesso un fatto che non è preveduto come reato, non sono sottoposti all'espiazione di una pena, ovvero, nei confronti di coloro, che, per la speciale pericolosità da essi rivelata, oltre la pena, che è loro inflitta come conseguenza del reato commesso, devono essere sottoposti a speciali provvedimenti, che valgano a evitare il ripetersi di altri illeciti penali. In tali casi il giudice deve disporre nei confronti del seminfermo di mente e dell'infermo di mente, anche in via provvisoria (in attesa di giudizio), una misura di sicurezza diversa dal ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, tale misura si applica in strutture di esclusiva gestione sanitaria denominate Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS). Si ricorre alle misure di sicurezza del ricovero in casa di cura e custodia solo se le altre misure non sono adeguate a far fronte alla pericolosità sociale del reo. La pericolosità sociale va accertata in base alle qualità soggettive della persona e non in base alle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo (art. 133 2c n.4 c.p.). Queste misure, erano caratterizzate dall'indeterminatezza del loro termine in quanto legate alla prognosi di pericolosità, ma la legge 30 maggio 2014, n. 81 ha introdotto in proposito un'importante modifica stabilendo che

“ Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima”.

La REMS di carovigno

In Italia sono attive mediamente due REMS per ogni regione (anche se vi è notevole eterogeneità per numero di strutture e di posti letto) due di esse sono in Puglia; una a Spinazzola (Asl BAT) che ospita 20 utenti, ed una a Carovigno (Asl BR) per 18 utenti.

La Residenza Sanitaria per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive di Carovigno (Br) è gestita dalla Coop. Sociale "Pegaso" di Carovigno in convenzione con l'ASL- BR ed è stata avviata a luglio 2016 con l'arrivo dei primi pazienti.

Il gruppo di lavoro della REMS di Carovigno si compone di:

- Direttore Sanitario- Dr. Antonio Frascaro
- N. 3 Medici Psichiatri
- N. 1 Assistente Sociale
- N. 1 Psicologo
- N. 1 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- N. 12 Infermieri (di cui 1 coordinatore)
- N. 7 O.S.S.
- N. 1 Dipendente Amministrativo

Così come previsto dal decreto 1 ottobre 2012 del Ministero della Salute la REMS possiede dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che si caratterizzano per l'attenzione al rispetto dei diritti e della dignità di ogni persona. La struttura, in effetti, ha uno spazio verde esterno dedicato agli ospiti della residenza, che risponde tuttavia alle necessarie esigenze di sicurezza. La struttura dispone di sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missione della REMS, quali sistemi di allarme, telecamere (vigilate h 24) e doppia recinzione esterna, oltre che tutti i requisiti di sicurezza congrui ad ogni altra struttura sanitaria. Le camere da letto sono destinate ad una o due persone, possiedono struttura, arredi e attrezzature tali da garantire sicurezza, decoro e comfort ed è presente un bagno con doccia in ogni camera. A differenza degli

OPG gli ospiti sono liberi di muoversi negli spazi comuni e privati all'interno della REMS durante tutto il giorno; ciò consente loro anche di fumare in un'area dedicata piuttosto che fumare in cella (dove trascorrevano la maggior parte del tempo) come avveniva in OPG. Fatta eccezione per casi specifici, i pazienti possono ricevere le visite dei propri parenti, previa autorizzazione del Magistrato o del Direttore, a seconda dei casi.

Chi sono gli ospiti della REMS?

La REMS accoglie utenti autori di reato, giudicati non punibili per riconosciuta infermità mentale, totale o parziale, ma ritenuti socialmente pericolosi e residenti nei territori di competen-

za territoriale. Spesso si tratta di reati commessi dopo un lungo periodo di conoscenza dei servizi psichiatrici che hanno incontrato notevoli difficoltà nella gestione clinico-assistenziale di queste persone. Le REMS ospitano anche una nuova tipologia di soggetti provenienti dalla libertà vigilata che entrano nelle nuove strutture residenziali con una misura di sicurezza provvisoria (art. 206 c.p.). Nella maggior parte dei casi si tratta di pazienti psichiatrici gravi, affetti prevalentemente da Psicosi di tipo Paranoideo/NAS e forme severe di Disturbo Bipolare. Dal 2005, a seguito dell'effetto della sentenza Raso (I "disturbi della personalità" possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifici-

PZ	aa	M.S.	REATO	DIAGNOSI	PROVENIENZA
1	38	DEF	MALTRATTAMENTO ESTORSIONE, LES.PERS.	PSICOSI PAR CRONICA -GRAVE DIST PERS-DIP STUPEF	OPG BPG
2	54	DEF	VIOLENZA, MINACCIA P.U.	PSICOSI NAS	OPG BPG
3	54	DEF	OLTRAGGIO PU	D. BIP II- DAP-ABUSO CANNAB	OPG BPG
4	42	PROV	TENTATO OMICIDIO	DIST COMPORTAM E DELL'UMORE IN INSUFF MENTALE	OPG BPG
5	44	PROV	DELITTO TENTATO, ESTORSIONE	SCHIZOFR PARANOIDE- RIT MENT LIEVE	OPG BPG
6	31	DEF	INCENDIO, VIOLENZA, MINACCIA PU	PSICOSI NAS- RIT MENT LIEVE	OPG BPG
7	32	DEF+PROV	LESIONI, OMICIDIO	D.B.P. CON MANIF PSICOTICHE IN ABSO STUPEF E ALCOOL	OPG BPG
8	56	DEF	INCENDIO	D.A.P. CON TRATTI PSICOTICI	CC BA
9	35	PROV	AGGRESSIONE	D BIP- EP MANIACALE MODERATO	LIBERT.
10	28	PROV	MALTRATTAMENTO	SCHIZO PARANOIDE CRONICA- RIT MENT LIEVE	FALLIMENTO LIB VIGIL
11	43	DEF	VIOLENZA SESSUALE, RESIST P.U., DANNEGGIAMENT	PSICOSI- D BIP- D MISTO PERS CON ASPETTI ANTISOC-ABUSO SOST	CRAP
12	44	DEF-PROV	LESIONI	D.SCHIZOAFFETTIVO CRONICO- RIT MENT NAS	SPDC
13	37	PROV	RAPINA	D. BIPOLARE, ABUSO SOST	ALTRA REMS
14	22	DEF-PROV	REATO CONTINUATO-ATTI PERSECTORI	SCHIZOFRENIA, D.P.A., RIT. MENTALE	ALTRA REMS
15	54	DEF	RAPINA DET. ARMI	D.P.A., D. CICLOTIMICO	ALTRA REMS
16	39	DEF.	MALTRATTAMENTO-CONC. FORMALE-REATO CONTINUO	D.P.A., PSICOSI, ABUSO SOST	ALTRA REMS
17	45	DEF-PROV	TRAFFICO SOST STUPEF. E AGGRAVANTI SPECIFICHE	D. UMORE, D.P.M., ABUSO SOST	C.C. LE
18	62	DEF.	OMICIDIO	D. BIPOLARE CON COMP. PSICOTICI	C.C. TA

Tab.1 – Estratto database pazienti REMS Carovigno

ca, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; invece, non assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre “anomalie caratteriali” o gli “stati emotivi e passionali”, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente. *Cit. sentenza Raso*) vi è stato un incremento dei pazienti affetti da disturbi di personalità, che allo stato costituiscono circa la metà degli internati. Vi è poi un sottogruppo di persone affette da forme di ritardo mentale moderato-grave e pazienti psicorganici. Inoltre la metà dei pazienti ha ricevuto una “doppia diagnosi”, ovvero si tratta di pazienti con forme psicotiche croniche cui si associa consumo (pregresso) di sostanze tossiche di vario genere. Una variabile trans-dimensionale della prognosi di condotta criminale e di recidiva è il grado di psicopatologia, non inteso semplicemente come Disturbo Antisociale/Borderline di personalità secondo il DSM-5, ma come insieme di tratti psicologici che favoriscono intrinsecamente la condotta criminale.

Tipologia intervento effettuato

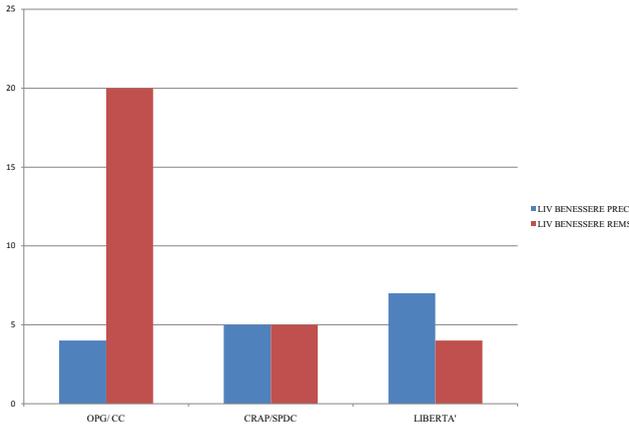
Il programma di superamento degli OPG prevede “il miglioramento degli scenari di cura e riabilitazione, attraverso la possibilità di curare le persone accolte in una logica di pertinenza territoriale, contribuendo concretamente alla costruzione di progetti terapeutico riabilitativi individuali, attraverso il concorso di tutti i servizi territoriali al percorso di cura e riabilitazione e alla successiva possibilità di inclusione sociale delle persone”. Si fa, quindi, riferimento all’organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale, come stabilito dalle leggi regionali e in termini più specifici dal Regolamento del DSM. Per ogni paziente viene stilato di concerto con i CSM competenti e gli Uffici locali per l’Esecuzione Penale Esterna (UEPE) un PTRI nel quale si definiscono obiettivi riabilitativi e tempi per il raggiungimento, con relative verifiche in itinere; gli obiettivi sono specifici ed individuali. Vi sono, tuttavia, obiettivi comuni alla maggior parte dei pazienti ospitati nella REMS: condivisione e rispetto delle regole di comunità; acquisizione di autonomie nella cura ed

igiene personale e degli spazi di vita; compliance farmacologica e riabilitativa.

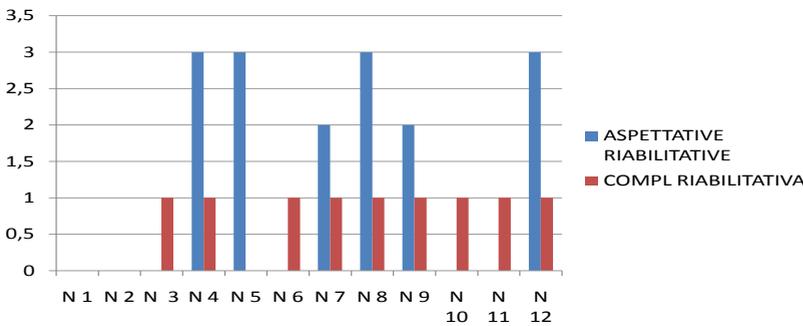
In primo luogo l’intervento sui pazienti psichiatrici è di tipo farmacologico, al quale si affianca un intervento psicologico e riabilitativo. Data la scarsa riuscita dei trattamenti psicoterapici nei gravi disturbi di personalità si prediligono interventi semplici e brevi relativi ad eventuale situazioni interpersonali che in quel momento hanno destabilizzato il paziente, tali interventi si focalizzano sullo stato mentale ed affettivo del paziente in quel momento, a tal fine si utilizzano tecniche quali: contenimento emotivo, conferma, rassicurazione, chiarificazione (ricostruire gli eventi, esplicitare il comportamento), elaborazione degli affetti (per ricondurre le azioni agli stati emotivi che le hanno generate), riconoscimento degli stati mentali dell’altro, training sulla assertività. I colloqui psicologici individuali e familiari, soprattutto nella fase iniziale, vertono sulla psicoeducazione. Fondamentali per il percorso terapeutico-riabilitativo del paziente autore di reato sono le attività riabilitative, ricreative, sportive e di studio, di ri-socializzazione (social skill training), espressive e formative. Si effettua anche la terapia occupazionale (ippoterapia, giardinaggio e ortoterapia), finalizzata al miglioramento della qualità della vita e alla riabilitazione del paziente. Ciò è realizzato con il preziosissimo contributo del personale infermieristico, guidato dal Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e dei volontari.

Adattamento dei pazienti all’interno della REMS di Carovigno

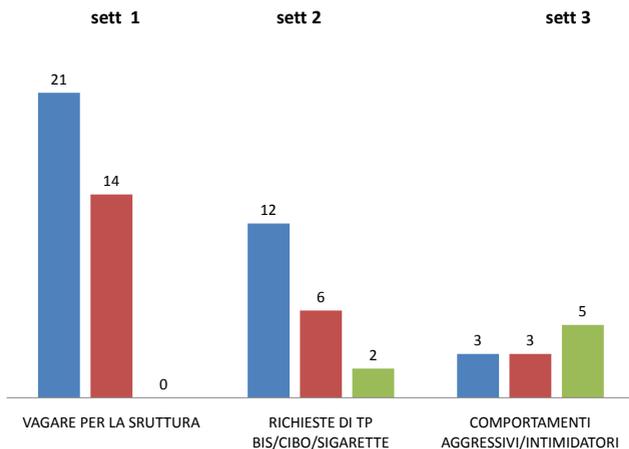
A distanza di due mesi dall’ingresso dei primi 12 pazienti in REMS nell’ambito dell’attività “scrittura creativa” si è chiesto agli ospiti una riflessione sul confronto tra il livello di benessere percepito nell’ambiente di provenienza (OPG-CRAP-libertà) e quello percepito nella REMS (Graf. 1). Era atteso un livello di benessere percepito inferiore tra coloro che provenivano dalla libertà rispetto alle restrizioni della REMS; è stato interessante osservare che la percezione di benessere in REMS si equipara al livello di benessere percepito in un contesto comunitario riabilitativo (es. CRAP); mentre di grande suggestione sono stati i racconti scritti di coloro che proveniva-



Graf. 1 - Livello benessere percepito



GRAF. 2- Aspettative e compliance riabilitativa



Graf. 3- Num. eventi comportamenti notturni- NPI

no dagli OPG. In alcuni dei loro scritti, rispetto alle prime impressioni della REMS, si legge: "è stato bellissimo, come passare dall'inferno al paradiso", "non ci sono guardie, sbarre, celle, letti di contenzione, si è molto più puliti, curati e seguiti e si mangia molto bene", "io ero disorientato, non c'erano sbarre ma c'erano troppe telecamere e mi è sembrato un po' strano", "per me i vantaggi dello stare in REMS sono di stare più libero, non stare dietro le sbarre, poter colloquiare con la psicologa, avere più libertà", "mi è piaciuto trovare nuovi amici, mi piace la struttura, il personale,..." "la terapia è ridotta, per esempio prendo meno valium".

È stato chiesto, poi, ai pazienti quali fossero le loro aspettative per il futuro e tutti le hanno espresse attraverso i bisogni più "normali": vivere una vita libera, tornare a casa, lavorare, sposarsi, avere dei figli, allenarsi, finire gli studi. Nonostante le aspettative per il futuro, vi è tuttavia uno scarto tra le aspettative riabilitative (spesso non aderenti alla realtà) e la compliance riabilitativa (consapevolezza di malattia a volte compromessa che porta a scarsa collaborazione nella terapia), come esemplificato nel Grafico 2 a partire da quanto osservato in questa prima fase di accoglienza sui primi 12 pazienti afferiti.

Infine, a partire dalle rilevazioni ottenute dalla compilazione della scala "comportamenti notturni" della Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al., 1994) e dell'Overt Aggression Scale (S.C. Yudofsky et al., 1986) si è osservata una interessante variazione tra lo stato di confusione, smarrimento e agitazione

che caratterizza il comportamento dei pazienti al momento dell'ingresso, manifesto soprattutto nelle ore notturne e la maggior serenità e disponibilità a collaborare delle settimane successive, fatta eccezione per un caso isolato che, continua a manifestare comportamenti oppositivi reiterati. Il numero di episodi salienti rilevati nel corso delle prime tre settimane sono riportati nel Grafico 3.

Criticità riscontrate in questa fase iniziale

La maggior parte delle criticità riscontrate in questi primi mesi riguardano la compliance farmacologica e riabilitativa che, come discusso in precedenza non sempre è presente; inoltre gli utenti provenienti dagli OPG e riassorbiti nelle REMS hanno terapie farmacologiche impostate prevalentemente con neurolettici tipici ad alte dosi (numerosi effetti collaterali – difficoltà nello switch – farmacoresistenza) e i pazienti provenienti dalla libertà spesso sono privi di trattamento impostato (per allontanamento dal servizio territoriale o perché mai presi in cura dal DSM). Altro tipo di criticità si riscontra durante episodi di agitazione o aggressività soprattutto nelle fasi di transizione come ad esempio il momento dei nuovi ingressi, la notizia di un trasferimento, la convocazione in tribunale per una udienza o la data del riesame della pericolosità sociale.

Conclusioni

L'esperienza della REMS si rivela come una sfida quotidiana, sempre ricca di sorprese che ci richiamano costantemente all'importanza della missione che siamo chiamati a compiere e proprio in questi giorni, mentre siamo intente a raccogliere le idee per descrivere le prime impressioni di questa esperienza, nuova per tutti, il primo ospite viene già dimesso; dopo un lungo periodo in OPG e 3.5 mesi in REMS, la sua misura di sicurezza si è ridotta passando così all'assegnazione di un anno di libertà vigilata presso una comunità dedicata.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th

ed.). Washington, DC.

Battaglini, G. (1930). *La natura giuridica delle misure di sicurezza, ibid.*; Fr. Antolisei, *Pene e misure di sicurezza*, in *Annuario della R. Università di Sassari*, 1933; V. Manzini, *Trattato di diritto penale*, III, Torino 1934, p. 175.

Bosone, D. (2011). Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari. Approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011.

Brusco, C. (1998). *Il Foro Italiano*, Vol. 121, No. 5 (MAGGIO 1998), pp. 195/196-213/214. Sezione V; sentenza 12 febbraio 1998, causa C-163/96; Pres. Gulmann, Avv. gen. Fennelly (concl. parz. diff.); Raso e altri. Società Editrice Il Foro Italiano ARL.

Cummings, J. L. et al. (1994). *Neuropsychiatric Inventory*. Trad. Ita. Cantagalli & Grassi.

Felthouse, A.R. (2015). *The appropriateness of treating psychopathic disorders*. Cambridge University Press.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. *Serie generale*- n. 23 del 29-1-2016. Decreto 23 dicembre 2015. Approvazione del programma, per la regione Puglia, per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, nonché autorizzazione all'assunzione di personale.

Leichsenring, F.; Leibing, E.; Kruse, J.; New, A.; Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*.

Ministero della Salute Decreto 1 ottobre 2012, (G.U. Serie Generale n.270 del 19-11-2012). Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

Rocco, A. *Le misure di sicurezza e gli altri mezzi di tutela giuridica*, in *Riv. di dir. penitenziario*, 1930.

Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W. & Endicott, J. (1986). *Overt Aggression Scale*. Trad. Ita. A. di Muro, L. Lucarelli, P. Castrogiovanni.

<http://www.linkiesta.it>

<http://www.quotidianosanita.it>

Mobbing e vittimizzazione: una rilettura alla luce di una ricerca esplorativa

Silvia Raschini*, Marina Caravella**

*Psicologa, Psicoterapeuta ad indirizzo analitico transazionale, esperta in psicodiagnostica

**Psicoterapeuta TSTA, Dirigente Psicologo presso Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – A.S.L. Foggia

Riassunto

Partendo dall'analisi dei risultati di una ricerca empirica effettuata con il Test di Rorschach, su un campione di dieci persone, vittime di mobbing, le autrici si propongono di legittimare la matrice relazionale-sociale della fragilità dei confini del Sé che ritengono essere la conclusione di un processo di vittimizzazione in un contesto organizzativo insensibile agli abusi (*white-collarcrime*). In secondo luogo, nel procedere con una lettura del problema in linea con l'approccio che deriva dall'Interazionismo Simbolico, pongono in risalto sia la centralità della teoria dei ruoli di Schmid, sia la definizione più esplicita del concetto di Sé in un'ottica analitico-transazionale. Da qui la traccia di una rilettura della sindrome da mobbing alla luce degli esperimenti di psicologia sociale e della dinamica del capro espiatorio.

Parole chiave: *mobbing, ruolo, Sé, gruppo, organizzazione*

“Già all'assunzione, nel ... 2001, svolgevo ... il lavoro festivo e le domeniche, senza avere il riposo compensativo ... in busta paga ... mancano alcune voci che non mi vengono retribuite ... tutt'oggi, anno 2016 ... Il mio mio operato ... è ritenuto buono fino a quando non rivendico l'assegnazione di una linea per anzianità lavoro.. ... Io divento una persona che ostacola le preferenze. La Direzione Aziendale non gradisce considerare la mia posizione né come invalido, né ... l'anzianità di servizio” (dalla Cronologia degli eventi di un lavoratore licenziato)

Il lavoro di ricerca, presentato all'International Congress of Rorschach and Projective Methods, Università di Istanbul, a luglio 2014, aveva coinvolto dieci lavoratori ai quali Sara Tudisco, allora tirocinante presso il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (ASL/FG), aveva somministrato il test di Rorschach.

Il campione in esame era composto da soggetti mobbizzati¹ (cinque maschi e cinque femmine) di età compresa tra i 35 e i 59 anni, provenienti da settori lavorativi diversi.

Dall'analisi globale dei protocolli Rorschach emergeva una fragilità dei confini del Sé con uno scarso investimento narcisistico (*tavola V della rappresentazione del Sé*) ed inibizione della pulsione aggressiva che, non trovando espressione diretta, favoriva la *passività*. Si evidenziavano, inoltre, reazioni di smarrimento e vissuti di mancanza di protezione (*tavola VII dell'imgo materna*) e risposte legate a richieste d'aiuto e di sostegno. In aggiunta, all'interno di funzionamenti psichici tendenzialmente nevrotici, emergevano frequenti risposte di vissuti persecutori e meccanismi di difesa arcaici (*scissione e proiezione*).

Gli indici del Rorschach (Tudisco, Sola, 2014),

1 I nostri soggetti sono stati selezionati tra i lavoratori in cui si riscontrava un numero di risposte al LIPT che, per l'intensità delle azioni previste nelle categorie individuate da Leymann (1.attacchi alla possibilità di comunicare, 2.attacchi alle relazioni sociali, 3.attacchi all'immagine sociale, 4. attacchi alla qualità della situazione professionale e privata), rispettava tutti e tre gli indici (*intenzionalità, aggressività, capro espiatorio*) di misurazione per la valutazione del mobbing. L'indicatore dell'intenzionalità (domande dalla n. 9 alla n. 14) viene rilevato, insieme a quello dell'aggressività, in domande che evidenziano una pluralità di azioni tipiche che si caratterizzano per il fatto di contenere una modalità di interazione basata sulla disconferma della persona verso cui è diretta l'azione. Nel campione selezionato al SPESAL, la frequenza e l'intensità (sistematicità) superavano i parametri necessari per riconoscerlo, secondo lo schema di Bussotto e Moriondo (2010), che prevede 12 azioni nelle quattro categorie suindicate, in un arco di tempo di sei mesi, agite quotidianamente o una volta alla settimana da una o più persone.

relativi ai vissuti persecutori (ad esempio, Tav. III: “Un uccello che scende in picchiata a prendere qualcosa ... qualche preda”; Tav. IV: “Un occhio malvagio che ci scruta da lontano”; Tav. IX: “Come se ci fosse una persona che domina, un dinosauro con un mitra davanti”) del nostro campione potevano essere confrontati con altri studi effettuati su persone mobbizzate, in cui l’uso del test psicométrico MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) aveva messo in evidenza proprio un’elevazione del punteggio nella scala clinica della Paranoia (*Pa*) a cui non si accompagnava solitamente un’elevazione significativa nelle altre scale psicotiche. Questo risultato, riscontrato anche nelle risposte ai protocolli del suddetto questionario nel nostro campione, si manifesta di solito nella presenza di atteggiamenti rigidi ed ostili dei soggetti con sindrome da mobbing nei confronti degli altri. Tali sintomi si accompagnano ad ipersensibilità nei rapporti interpersonali con una tendenza a generalizzare ed estendere la percezione di minaccia vissuta nel contesto lavorativo (Gandolfo, 1995; Matthiesen, 2001; Girardi e coll., 2007; Raho e coll., 2008). Dal nostro punto di vista, l’assenza dell’elevazione delle altre scale psicotiche, indicherebbe proprio *la reattività della psicopatologia* che sfocia in quadri di franca psicosi con componenti fortemente depressive e deliri persecutori quando non cambia la situazione ostile di contesto e non si trova benevolenza nelle relazioni: il principio di benevolenza identifica infatti la matrice della cura psicologica.

Le vittime di mobbing, invece, vengono viste dalla maggioranza dei clinici come persone deboli con una passività innata in ragione dei risultati dei test, senza considerare che l’organizzazione²

2 Il mobbing è un aspetto dell’attuale organizzazione del lavoro e della burocrazia che si manifesta all’interno di dinamiche di contesto quando singoli individui, conformandosi alla cultura del gruppo o del leader, diventano meri ripetitori d’obbedienza, schiavi del “non poter evadere da copioni irrigiditi”, indifferenti alla sofferenza inflitta agli altri. Questa indifferenza, definita in psicologia clinica *alessitimia*, mina la capacità empatica e contraddistingue gli attori del mobbing che manifestano un alto grado di conformismo, passività, dipendenza ed imitazione. Un tale profilo può essere esteso all’uomo delle organizzazioni che, incapace di provare

in cui lavorano non è un contesto neutro, in cui alcune dinamiche comportamentali e relazionali semplicemente o casualmente accadono, ma costituisce un vero e proprio fattore di rischio nel determinare la patologia psichica e fisica. In altre parole, i risultati dei test sono letti in maniera decontestualizzata e parziale.



Si possono interpretare, dal nostro punto di vista, i risultati dei test (passività ed ipersensibilità; meccanismi di difesa arcaici e controaggressività) come risposte del mobbizzato alla frustrazione dei bisogni relazionali (sicurezza, affermazione, riconoscimento del proprio valore, accettazione, ecc. ecc.) e dei bisogni psico-sociali (appartenenza ed affiliazione) con cui si mantiene il senso di continuità e la coerenza del Sé. In sostanza affermiamo che, in determinate circostanze di contesto, anche un soggetto sano (con un sistema d’attaccamento

emozioni e stati d’animo, deficitario nello sforzo di costruire relazioni autentiche, assumerà il rigido copione del burocrate sincronizzandosi con la routine delle organizzazioni, in un passivo adattamento che congelerà il dialogo interpersonale (Zamperini, 2007). Il mobbing è, quindi, un fenomeno psicosociale che evolve all’interno di un contesto in cui domina l’alessitimia individuale e organizzativa. Un luogo in cui alcuni degli attori sono precipitati nell’indifferenza, congelati nel ruolo di spettatori. Nella sua dinamica oltre all’aggressore e alla vittima ci sono, infatti, i cosiddetti bystanders (gli spettatori), che colludono e assistono indifferenti alle azioni, trattenuti in una condizione di inerzia da una condotta automatica, esito di processi imitativi, motivati dal perseguire la propria realizzazione o sopravvivenza e il tornaconto personale, frutto di una densa e celata aggressività, proiettata strumentalmente sulla vittima designata.

sicuro) potrebbe subire una trasformazione traumatica del Sé, determinata da relazioni ostili che lo attaccano negando i suoi bisogni, nell'identità e nei ruoli. Riteniamo, inoltre, che il quadro psicotico, osservato in più di quattro anni nella nostra pratica clinica in alcuni soggetti, sia rinforzato dalla vittimizzazione secondaria dovuta all'assenza di risposte in ambito istituzionale. Difatti, la vittimizzazione secondaria è un processo che implica la recrudescenza della condizione della vittima (*victim blaming*) riconducibile alle modalità di supporto da parte delle istituzioni che utilizzano una eccessiva *routinizzazione* degli interventi, definita in letteratura *one size fits all approach*. Esiste inoltre, secondo Melvin J. Lerner, la reazione sociale basata sulla convinzione che la sofferenza della vittima sia meritata e giustificata da un suo comportamento, *Belief in a Just World Theory* (Fanci G., 2011). La vittimizzazione secondaria si traduce pertanto in una condizione di ulteriore sofferenza ed oltraggio della vittima che sperimenta, in relazione ad un atteggiamento di disattenzione o negligenza da parte delle agenzie di cura o di controllo formale nella fase del loro intervento, una situazione senza sbocco³.

Di conseguenza, il percorso terapeutico dei nostri soggetti ha previsto in primis l'analisi delle pregresse risposte istituzionali per evitare il rischio di ripetere la dinamica della vittimizzazione secondaria e di ledere ulteriormente i confini del Sé, rinforzando così, attraverso la riproposizione di risposte prive di empatia, responsabilità e benevolenza, le difese dissociative (*detachment, compartmentalization*) correlate al trauma da mobbing, sottovalutato, eluso e non curato.

Il trauma la cui natura, come sappiamo, è di tipo biologico, può compromettere il sistema psico-neuro-endo-immunitario producendo sintomi che

riguardano il corpo, la mente e che danneggiano le relazioni affettive e sociali con fratture che sconvolgono il percorso dell'esistenza. L'esperienza traumatica è sempre una minaccia inevitabile, caratterizzata dall'*insottraibilità*, di fronte alla quale l'individuo è impotente. Impotenza che blocca il Sé, attaccando le sue funzioni, la percezione della sua unicità e continuità, la sua essenza. I meccanismi di dissociazione, che servono inizialmente come protezione del Sé e dei suoi stati adattivi, se usati in maniera intensa e massiccia, segnano il passaggio verso stati isolati, privi di nessi e di schemi interni equilibrati.

Perciò, come psicoterapeute formate ad una visione transazionale e sistemica dei problemi psichici, abbiamo cercato una teoria di matrice psico-sociale che potesse chiarirci il processo di sviluppo della patologia del Sé espressa dal nostro campione.

Assumiamo che l'Interazionismo Simbolico sia la teoria storica per leggere questa *fragilità del Sé acquisita* in età adulta e dovuta, secondo la nostra lettura, a processi paralleli di vittimizzazione in cui l'erosione delle difese adattive è il risultato di una serie di azioni disconfermanti (*microtraumi*), agite in ampi archi di tempo, che producono sviluppi traumatici secondari in soggetti con un precedente funzionamento adattivo e con un Sé integrato.

Il Sé, infatti, per gli interazionisti ha una polarità individuale ed una sociale. La mente ha origine e si sviluppa in questo processo di interazione bi-psico-sociale e viceversa. Nella relazione costruiamo la vita psichica cosciente (riflessività), così che anche l'intrapsichico si spiega risalendo al sociale, in un continuo processo di interazione e assunzione di ruoli (*role taking*). Per Mead, che è il padre dell'Interazionismo Simbolico, l'individuo entra in relazione con il mondo sociale attraverso un incessante conversazione interiore/soliloquio che consiste in un flusso costante tra due polarità del Sé: *I* e *il Me*. *L'I* costituisce l'impulso ad agire, il lato più naturale dell'essere umano, mentre *il Me* rappresenta l'insieme delle aspettative della società, dei gruppi che l'individuo ha interiorizzato mediante ripetute assunzioni di atteggiamenti e ruoli altrui (Ceretti, Natali, 2009).

Di conseguenza, la disconferma continua del *Me*, in un contesto privo di sostegno, abusante,

3 Le denunce delle vittime, finalizzate a ristabilire un equilibrio ed una coerenza tra regole formali ed informali organizzative, sono ignorate e senza risposta. Vengono percepite, nel migliore dei casi, come attacco alla gerarchia dei ruoli del gruppo e all'immagine istituzionale. Tale processo distorto di gruppo, di lunga durata nel tempo e messo in atto attraverso attacchi al ruolo lavorativo, mina il Sé (sociale, psichico e fisico) del soggetto. La reazione psicotica costituisce una difesa estrema, una fuga dagli agiti violenti (suicidio e omicidio).

rompe gli schemi coerenti dei ruoli interiorizzati e blocca anche l'altra polarità del Sé, l'I nei meccanismi di difesa primitivi.

L'attacco al ruolo lavorativo (*Me*) si estende all'I producendo una lesione del Sé dell'individuo: Sé che è costituito, in un'ottica analitico-trasazionale, dagli stati dell'Io e dai ruoli che l'individuo assume nella vita personale, familiare e sociale.

Bernd Schmid (2010), che espande il concetto analitico transazionale degli stati dell'Io di Eric Berne, definisce la personalità come l'insieme dei ruoli sui palcoscenici del mondo. La sua rivisitazione degli stati dell'Io, a nostro avviso, coerente con l'Interazionismo Simbolico, smarca il Sé dall'astratto riportandolo al sociale e conferma che la salute è anche una questione di contesto e contenuto nella complessità delle dinamiche gerarchiche di gruppo. Di conseguenza il Sé, seguendo questa visione, può essere definito come *“un insieme di stati dell'Io e di ruoli che il soggetto interpreta e assume nel corso della vita in base al riconoscimento realmente ricevuto dagli altri in un determinato contesto d'appartenenza”*.

Il ruolo, infatti, riprendendo Schmid, ... *“è un sistema coerente di atteggiamenti, sensazioni, comportamenti, visioni della realtà e di relazioni di accompagnamento”*. Le relazioni costruiscono di fatto il Sé integrato (o non integrato) di un individuo durante tutta l'esistenza.

L'elaborazione del modello a tre mondi (contesti) di Schmid, inoltre, definisce che il Sé è in rapporto con il mondo privato, il mondo organizzativo ed il mondo professionale. Così che un attacco, ad esempio, al ruolo lavorativo (mondo professionale) contaminerà anche i ruoli degli altri due mondi e avrà un impatto sul Sé globale (bio-psico-sociale) con messa in atto di un processo distruttivo, come risulta dalla nostra esperienza clinica. Il ruolo, quindi, è necessario per l'identità e l'identificazione con l'altro e per mantenere le funzioni riflessive del Sé. Esso ci posiziona tra gli altri e ci lega agli altri nei gruppi (primario e secondario) e nelle organizzazioni.

Da questa breve disamina si chiarisce che la lettura del *“fenomeno mobbing”* dovrà essere attuata, secondo lo schema dei processi paralleli, a livello intrapsichico e relazionale, gruppale e organizzativo considerando che gli ultimi due dan-

no origine alle disfunzioni soggettive e relazionali per l'impatto che hanno sui bisogni fondamentali degli individui. Seguendo la lettura interazionista e quella di Schmid possiamo considerare, di conseguenza, il mobbing un processo di vittimizzazione esteso.

Pertanto, riconosciamo nel *“mobbing”* una forma di terrore psicologico, ripetuto e protratto nel tempo in un'organizzazione (*gerarchia esecutiva*) lavorativa, agito attraverso azioni di disconferme e palese abuso di potere (*withcollarcrime*⁴), che arrecano danno ad uno o più soggetti soggetti, ponendoli nel ruolo di capro espiatorio. La persona mobbizzata subisce un attacco dettato solitamente da un pregiudizio condiviso ed attivato strumentalmente in risposta a meccanismi di conformismo all'autorità in un contesto in cui non esistono più regole e leggi.

4 Rientrano nel concetto di *“crimine del colletto bianco”* quelle fattispecie di reati commessi da un soggetto rispettabile, di elevata condizione sociale, che nell'ambito della propria occupazione, abusa della posizione del ruolo ricoperto. *“Questi illeciti non soltanto causano danni economici di gran lunga superiori a quelli generati dalla criminalità delle «persone comuni», ma rappresentano anche una grave minaccia all'ordine morale. Nonostante questo, vengono puniti con una pena solamente come extrema ratio, quasi a voler tutelare il responsabile dall'etichetta di «criminale». La responsabilità principale di questa differenza di trattamento è del legislatore, «o meglio, dell'ipocrisia delle pratiche di attuazione della legge», che dimostrano chiaramente che il reato altro non è che una costruzione sociale che rispecchia il volere della classe dominante. L'insistenza sul concetto di reato serve a mettere in evidenza come la posizione di rilievo dei colletti bianchi venga spesso utilizzata per sottrarre la condotta deviante di questi ultimi alla sanzione penale, collocandola piuttosto in sede civile o amministrativa, quasi depenalizzando azioni che, in realtà, nel momento in cui le si comparano con i delitti disciplinati dal Codice Penale, possono anche risultare più gravi e dannose. Questa depenalizzazione, unita alla capacità di questi soggetti «rispettabili» di potersi permettere una difesa legale brillante e di poter utilizzare a proprio vantaggio conoscenze influenti, va a destigmatizzare le proprie condotte, che non vengono percepite né come devianti, né tantomeno come criminali da parte della collettività. Il diritto penale viene applicato in modo da evitare che lo stigma del crimine colpisca il reo-colletto bianco ...”* (Paraciani, R., 2016, pp. 52-53)

Anche Marie France Hirigoyen (1998) afferma che il mobbing è un comportamento abusivo, minaccioso per la dignità (identità) e l'integrità psicofisica di una persona, che mette non solo in pericolo il suo posto di lavoro ma degrada irrimediabilmente il clima lavorativo. Questa studiosa descrive inoltre la vittima di mobbing come un soggetto con particolari qualità che suscita l'interesse dell'aggressore per la sua intelligenza, coscienziosità, senso del dovere, sensibilità e capacità di donarsi agli altri. Le sue acute rifles-



sioni sono confermate dall'osservazione, presso il SPESAL della ASL di Foggia, di numerosi casi in cui il mobber, estremamente bisognoso di riconoscimenti esterni (*narcisista con tratti antisociali*) o più semplicemente incompetente, fa leva sulla sua posizione gerarchica superiore, manifesta o nascosta, perché la sente minacciata, a torto o a ragione, da chi sceglie come vittima. La vittima viene quindi reiteratamente attaccata nel ruolo per essere allontanata (svalutata o piegata ai propri interessi o alla propria scalata professionale) con condotte disconfermanti che, nel tempo, diventano prassi (*copione*) nel gruppo di lavoro, soprattutto se ad agirle sono soggetti con elevato grado di responsabilità, "che detengono le intenzioni di comando e di instaurazione di una *mission culturale prevalente*" (bossing culture), innescando il fenomeno del capro espiatorio in un contesto operativo professionale, peraltro, eticamente e socialmente non responsabile (Bussotti, Moriando, Roma, 2010).

Il mobbing, in ultima analisi, è un processo violento, che va letto sempre alla luce della psicologia sociale e delle dinamiche strumentali di gruppo. Esso è basato, come ci insegna Girard

(1987), sugli stereotipi della persecuzione che conducono, durante periodi di crisi istituzionali, alla violenza collettiva e alla scelta di un capro espiatorio. Il crollo delle istituzioni, cancellando o comprimendo le differenze gerarchiche e funzionali, moltiplica gli scambi ostili in un contesto in cui prevale la confusione che sommerge e fa dimenticare tutte le leggi dell'amore e della natura.

La diffusione endemica attuale di questo *strano fenomeno* esige di conseguenza diversi livelli d'intervento nel sistema sociale che implicano tre aree d'analisi: il gruppo, l'organizzazione e l'istituzione.

Ai fini della riduzione del fenomeno sarebbe necessario intervenire, come psicologi clinici, anche sul gruppo direttamente coinvolto e sul contesto organizzativo allargato.

A conferma di quanto abbiamo fin qui scritto, diversi studi (Depolo, 2003) hanno dimostrato lo stretto legame tra il mobbing e l'organizzazione. Aspetti legati strettamente all'organizzazione (in termini di clima organizzativo e politiche dell'organizzazione) o alla leadership pongono le basi per il proliferare del fenomeno. A ciò si aggiunge spesso una leadership troppo autoritaria, troppo permissiva che può indurre, nel primo caso, ad un mobbing verticale e, nel secondo, ad un mobbing orizzontale (Giorgi, Majer, 2009).

Alcune organizzazioni dove, ad esempio, è presente una maggiore spinta al conformismo e pressione di gruppo, sembra che siano più soggette al verificarsi di episodi di mobbing. Esso è particolarmente diffuso in quelle aziende in cui le persone sentono di essere implicitamente legittimate nell'esercitare comportamenti negativi soprattutto quando non vi sono politiche di prevenzione o interventi punitivi per il mobber.

Infine, fattori come la globalizzazione, che porta ad anteporre il profitto alla persona, la competitività tra le imprese che condiziona i processi di riorganizzazione del lavoro, il surmenage lavorativo per produrre sempre di più e in poco tempo si riversano inevitabilmente sul lavoratore. Ne consegue, quindi, che un'organizzazione non sana riversa il suo malessere sul lavoratore attaccando il suo ruolo.

Il ruolo, come abbiamo visto, permette di andare al di là della visione esclusivamente intrapsichica ma di considerare la personalità, come dice

Schmid (2010), anche una “*questione di contesto e di contenuto*”.

In conclusione, come psicoterapeute non possiamo non porre attenzione al singolo e alle conseguenze che il mobbing può avere sul suo benessere psichico e poiché il suo Sé è costituito da un Io più intimo e un Me sociale è proprio quest'ultimo che funge da ponte tra l'individuo e l'ambiente. Pertanto non si può prescindere dal considerare come un'organizzazione folle, attaccando il ruolo, crei una lesione al Me dell'individuo e quindi alla totalità del suo suo Sé, alla sua identità.

Gli effetti del mobbing⁵ sono da leggere dunque come il risultato sull'individuo di un processo parallelo di vittimizzazione (nel contesto lavorativo e nelle agenzie di cura e controllo) di lunga durata, dovuto a meccanismi di psicologia sociale (pregiudizi, dinamiche di gruppo, ecc).

Riteniamo che il mobbing sia, in ultima analisi, la riproposizione dei miti della Grecia antica in cui il capro espiatorio, aveva la funzione di assorbire il loimos, lo sporco della comunità. Esso non può che essere spiegato se non con la forza estrema dei meccanismi vittimari, individuati da Girard, in particolare nel libro *Il Capro Espiatorio* in cui ci illumina sul significato della persecuzione.

Bibliografia

Bussotti, G., Moriondo, S., (2010). Valutazione del mobbing. Manuale per la gestione del rischio dei lavoratori e delle lavoratrici, Ediesse, Roma.
Ceretti, I. A., Natali, L., (2009). Cosmologie Violente,

Raffaello Cortina Ed., Milano.

- Depolo, M., (2003). Quando la prevenzione è intervenuto, Franco Angeli, Milano.
- Fanci, G., (2011). La vittimizzazione secondaria: ambiti di ricerca, teorizzazioni e scenari, in Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza - Vol. V, n. 3, pp. 53-66.
- Gandolfo, R., (1995). MMPI-2 profiles of worker's compensation claimant who present with complaints of harassment, in Journ. Clin. Psychol., n. 51, pp. 711-715.
- Giorgi, G., Majer, V., (2009). Mobbing: virus organizzativo. Prevenire e contrastare il mobbing e i comportamenti negativi sul lavoro. Psicologia per il lavoro e le organizzazioni, Giunti O.S., Firenze.
- Girard, R., (1987). Il capro espiatorio, Adelphi Edizioni, Milano
- Girardi, P., Monaco E., Prestigiaco C., Talamo A., Ruberto A., Tatarelli R. (2007). Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. Violence Vict., n.22, pp. 172-88.
- Hirigoyen, M. F., (1998). Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro, Einaudi, Torino, 2000.
- Leymann, H., (1996). The Content and Development of Mobbing at Work, in European Journal of Work and Organizational Psychology, n. 5, pp. 165-184.
- Matthiesen, S.B., Einarsen, S. (2001). MMPI-2 configuration among victims of bullying at work, in European Journal of work and organizational Psychology, n. 10, pp. 476-484.
- Paraciani, R., (2016). Riconoscere la criminalità d'impresa: il caso Eternit di Casale Monferrato, in Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. X, n. 1, pp. 51-66.
- Raho, C., Giorgi I., Bonfiglio N.S., Argentero P., (2008). Caratteristiche di personalità in un campione di soggetti che lamentano vessazioni sul posto di lavoro, in Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Supplemento A, Psicologia, Vol. 30, n. 1, A80-A86
- Schmid, B., (2008). The role concept of Transactional Analysis and other approaches to personality, encounter, and cocreativity for all professional fields, in Transactional Analysis Journal, vol. 38, n. 1, pp. 17-30, 2010.
- Tudisco, S., Sola T., (2014). Mobbing, confini del sé e investimento narcisistico: una ricerca esplorativa, XXI International Congress of Rorschach and Projective Methods, Università Istanbul, 15-19 Luglio, 2014.
- Zamperini, A., (2007). L'indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale, Einaudi, Torino.

5 La sindrome da mobbing è stata inquadrata come: Disturbo dell'Adattamento (DA); Disturbo Acuto da Stress (DAS); Disturbo Post-Traumatico da Stress. Sul piano sociale, vi sono due conseguenze del mobbing che assumono particolare valore: il primo riguarda l'influenza negativa che il mobbing ha sulla salute delle persone, il secondo i danni che esso produce alle relazioni affettive e professionali con pesanti ricadute di tipo economico. Quanto alle cause, il mobbing, nell'opinione comune, in particolar modo in Italia, si assume che sia originato in un contesto di carenza di capacità organizzative; dal nostro punto di vista, questa interpretazione rappresenta la giustificazione che sostiene le condotte abusanti dei *colletti bianchi*. Per consentire la disamina del fenomeno è dunque necessaria un'attenta analisi delle organizzazioni che consideri come le patologie della leadership generino ed alimentino il mobbing.

Training Cognitivo di gruppo. Esperienze sul campo

Eriola Bagoj*, Ciro Mundi**

* Dirigente Psicologo, Specialista in Neuropsicologia O.O.R.R. Foggia

** Direttore Struttura Complessa Ospedaliera di Neurologia O.O.R.R. Foggia.



Riassunto

Il training cognitivo è una metodica riabilitativa, sicuramente efficace, soprattutto se applicata, il più precocemente possibile, come, nei casi di Mild Cognitive Impairment o MCI. L'obiettivo del training è quello di sollecitare particolari aspetti del funzionamento cognitivo attraverso l'utilizzo di specifiche tecniche orientate al benessere complessivo ed alla riattivazione di competenze residue. In questo breve articolo abbiamo deciso di dare spazio all'esperienza diretta di alcuni pazienti che hanno partecipato ad un gruppo di training cognitivo, lasciando a loro il compito di valutare l'efficacia del metodo partendo dalle loro percezioni ed emozioni.

Parole chiave: *Mild cognitive Impairment, Training cognitivo, Esperienza diretta.*

Il training cognitivo è una metodica riabilitativa, sicuramente efficace, soprattutto se applicata, il più precocemente possibile, come, nei casi di Mild Cognitive Impairment o MCI (Petersen, 1999). I risultati del training cognitivo, così come illustrati in questo articolo, sono stati presentati in un poster pubblicato negli atti del convegno tenutosi presso l'Istituto Superiore di Sanità (Bagoj, 2009).

Con il passare degli anni la metodica è entrata nella routine della nostra pratica clinica con gratificanti risultati sia dal punto di vista scientifico sia emotivo. La selezione dei pazienti avviene in seguito ad una serie di accertamenti, stabiliti con regolamento regionale, per il day-hospital/day service per deficit cognitivo. Tutti i pazienti vengono sottoposti a valutazione neuropsicologica all'inizio e al termine della stimolazione cognitiva. Per ogni paziente viene identificato un caregiver di riferimento che ha il compito di confrontarsi con lo psicologo in tutti i vari incontri. Tutti i pazienti sono omogenei dal punto di vista cognitivo, in linea con i criteri clinici del MCI (mnemonico, esecutivo o misto).

Il training cognitivo di gruppo prevede tre livelli a difficoltà crescente. Ogni livello è strutturato in dieci incontri che si svolgono per circa due mesi. La frequenza di almeno otto incontri (80%), per ogni singolo livello, è fondamentale per partecipare alla sessione successiva. Complessivamente i tre livelli durano circa sei mesi. Tra un livello e l'altro è previsto un intervallo di due settimane in cui i pazienti non sono impegnati in altre attività cognitive. Tutte le sedute si svolgono in gruppo. Tale metodologia è stata scelta non solo per instaurare un clima di condivisione del-

lo stesso problema, ma anche per le implicazioni positive determinate dal confronto tra i pazienti. La metodologia di gruppo è indicata come la più utilizzata (90% degli studi) anche in una recente review sugli interventi cognitivi in pazienti con Mild Cognitive Impairment (Simon 2012).

Il luogo del training è lo stesso per tutti gli incontri. I pazienti sono disposti attorno ad un tavolo, in circolo, con posti assegnati, mantenuti nei successivi incontri. Al termine di ogni lezione vengono consegnati degli esercizi da svolgere a casa e da riconsegnare all'incontro successivo. La tipologia degli esercizi proposti è stata progettata e realizzata dagli autori di questo articolo. In tutti gli incontri sono presenti il riabilitatore (Specialista in Neuropsicologia) ed uno/due tirocinanti psicologi. Di seguito proponiamo la valutazione dei pazienti lasciando loro il compito di valutare l'efficacia di questo training partendo dalle loro percezioni ed emozioni.

In allegato le lettere che spontaneamente hanno scritto alcuni partecipanti al training cognitivo di gruppo di primo livello:

Prima testimonianza: 23.03.2017

Del Giudice Salvatore (74 anni; scolarità 16; diagnosi: Parkinsonismo su base vascolare; MCI amnesico)

“Con la seduta di oggi si conclude il ciclo di base di 10 lezioni tendenti al riacquisto e al rafforzamento della Memoria mediante il ricorso di diverse metodologie. Il Corso è stato diretto da una dottoressa molto brava e preparata che l'ha reso sempre interessante con la sua illimitata disponibilità. Il corso era distribuito in dieci lezioni. A mio avviso i risultati sono notevoli: le lezioni in aula e i compiti per casa sono riusciti sia a riattivare le varie facoltà intellettive, fra cui la memoria e l'attenzione sia a tenerle sempre deste e pronte a rispondere positivamente ai vari stimoli esterni.

La mia attività mentale spesso era dispersiva, caratterizzata da lentezza raziocinante nell'affrontare argomentazioni non sempre bene coordinate e soggette spesso a black-out mnemonici. Infatti, accadeva che non riuscivo a portare a termine un discorso o l'esposizione di un concetto per improvviso SPEGNIMENTO (o sparizione o dimenticanza) imprimendo al conversare un ritmo di estrema lentezza ingenerando distrazione e disinteresse in chi ascoltava.

Ho la sensazione che ultimamente, quanto detto sopra, si sia alleggerito o attenuato grazie agli stimoli e agli intensi esercizi (o allenamenti) cui sono state sottoposte le mie

facoltà intellettive, nelle lezioni impartite nel corso di training cognitivo. In seguito a ciò c'è stato un felice risveglio della mia memoria, infatti, riesco più facilmente, e con mia sorpresa, a sostenere e portare a termine senza impacci, una frase o un discorso più complesso. Le strategie adattate nel training cognitivo sono state di forte stimolo alla mia attività mentale e in particolare quella mnemonica. Le strategie impiegate erano basate su metodologie diverse, come quella fonologica, logica, semantica, i codici, la matematica.

In diverse lezioni si chiedeva la composizione di frasi incentrate su parole date. Utili le assegnazioni di compiti per casa consistenti nell'esecuzione di diversi esercizi come: soluzione di puzzle impegnativi, di labirinti, composizioni di frasi includenti parole date singolarmente o in coppia per poi ricordarle partendo da qualche parola inserita nella relativa frase ma che sia diversa da quella o quelle date; ricerca di vocaboli sul dizionario memorizzando il significato. Ho trovato molto utili i compiti per casa soprattutto quelli basati sull'apprendimento a memoria di un articolo di giornale di libera scelta indicando le parole chiave o lo schema su cui si reggeva l'articolo che in aula la dottoressa verificava elargendo complimenti ai pazienti. Questo tipo di esercizi, insieme ad altri non menzionati, è servito, ne sono convinto a ridestare le mie facoltà mnemoniche. Un altro compito intitolato "Parole più" chiedeva la composizione di parole includenti lettere date nel comando. Un altro compito per casa prevedeva la ricerca di 10 parole aventi la stessa lettera iniziale memorizzandone il significato. Sono esercizi che hanno contribuito a tenere desta la memoria.

Veramente notevole e improntato a responsabile professionalità è stato il lavoro della dottoressa nel sottoporre le nostre facoltà intellettive a concrete stimolazioni non solo per potenziare la memoria ma anche per tener desta l'attenzione. Le lezioni in aula e i compiti per casa tutti incentrati sul tema MEMORIA sono riusciti a tenere sempre desti l'interesse e l'attiva partecipazione dei pazienti. Per quanto riguardava la mia sfera personale il training ha avuto il pregio di risvegliare in me oltre la memoria anche altre facoltà intellettive come l'attenzione e la logica. Il rapporto con l'esaminatore è sempre stato caratterizzato da un clima di corretta confidenzialità e di reciproca stima. Un grazie ripetuto all'impegno sempre profuso della dottoressa sempre disponibile a fornirci chiarimenti e approfondimenti. Nell'aula aleggiava perciò un clima sereno e gioioso e le ore di lezione, di ogni seduta, volavano via rapidamente.

Le lezioni sono sempre state impostate su un piano più di praticità che teorico anzi la parte teorica partiva dalla concretezza. Le varie lezioni e i compiti svolti in aula e quelli assegnati per casa riguardanti hanno suscitato in me un grande interesse".

Seconda Testimonianza: 20.02.2017

Enrichetta Margherita (80 anni; scolarità 17; diagnosi:

Mild Cognitive Impairment amnesico).

"Mi sono iscritta con entusiasmo al corso "Training Cognitivo di Gruppo" propostomi in quanto consapevole, data l'età, del mio deficit e soprattutto dell'indebolimento della mia memoria. Nella prima lezione la dott.ssa B. ci ha spiegato in dettaglio gli obiettivi e i contenuti del corso, nonché il calendario dettagliato delle lezioni. Il lavoro in aula, è stato intenso, svolgendo esercitazioni di diverso tipo, a seconda del metodo didattico e degli obiettivi; è stato stimolante il confronto con gli altri partecipanti e con le insegnanti che ci hanno seguito, pur lasciando autonomia nello svolgimento. Il corso, inoltre, ha previsto il lavoro a casa svolgendo esercizi assegnati al termine di ogni lezione e consegnati successivamente. Il corso risulta, anche, interessante e proficuo ed attiva il ragionamento, la logica, la deduzione e il metodo. Spero che questi incontri si ripetano ancora".

Terza testimonianza: Aprile 2012

Perrone Michele (94 anni; scolarità 8; diagnosi Mild Cognitive Impairment amnesico).

Nel mese di marzo del 2011, frequentando un circolo per anziani del comune di Foggia, ebbi l'occasione di assistere ad una conferenza sul tema "training cognitivo per tenere sveglia la memoria nelle persone anziane".

Io, che avevo oltrepassato i novant'anni, e questo problema lo sentivo, mi affrettai ad iscrivermi ai corsi che ne seguirono. Questi corsi, tenuti in un'aula del reparto di Neurologia degli ospedali riuniti di Foggia, ci hanno stimolato a tenere viva la memoria. Sin dalle prime lezioni la dottoressa che teneva il corso ci assegnò il compito di descrivere brevemente la nostra storia personale e il nostro albero genealogico. Questo ci indusse a rivedere il nostro passato e la nostra origine, cosa che difficilmente avremmo fatto se non fossimo stati stimolati. In tutte le altre lezioni siamo stati sollecitati a stare attenti ed a imparare a tenere a memoria parole con i metodi "fonologici e semantici", a fare riassunti di articoli vari, finanche ad imparare a memoria brani tratti da libri famosi. Questi corsi, frequentati da circa otto persone anziane, ci hanno stimolati a stare attenti e ad emularci lodevolmente a fare amicizia fra noi, cosa importantissima per noi anziani, alleviando così, in parte, la solitudine che PESA quando si è avanti con gli anni.

Bibliografia

- Bagoj, et al., (2009). Sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (http://www.salute.gov.it/C_17pubblicazioni_1494_allegato.pdf) è possibile reperire il materiale.
- Petersen, R.C. et al., (1999). "Mild Cognitive Impairment Clinical Characterization and Outcome" Arch. Neurol./Vol 56: Mar 1999.
- Simon, S., Yokomizo, J.E., Bottino, C. M.C. "Cognitive Intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: A systematic review". Neuroscience and Behavioral Reviews. 36 (201) 1163-1178.

Può una performance sportiva generare un pensiero intrusivo?

Uno studio su ruminazione e performance sportiva

Fabiana Battista*, Tiziana Lanciano*, Antonietta Curci*

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

Riassunto

La ruminazione è un processo del pensiero ripetitivo ed intrusivo esperito a seguito di un evento di natura emotiva sia positiva che negativa. Diversi fattori incidono sul processo di ruminazione tra cui differenze individuali in termini di capacità di memoria di lavoro (working memory, WM). La ruminazione può verificarsi anche in relazione ad una performance sportiva. Il presente studio si è proposto di verificare il ruolo delle caratteristiche individuali, quali le capacità di WM, la ruminazione depressiva e le caratteristiche disposizionali, sulla ruminazione che segue una performance agonistica andata male. I risultati hanno confermato che vi è ruminazione a seguito di una prestazione agonistica fallimentare e che tale ruminazione post performance sia significativamente associata alle capacità di WM.

Parole chiave: *Ruminazione, Performance sportiva; Working Memory.*

Introduzione

L'esperienza emotiva si caratterizza per il suo aspetto multicomponenziale e per le conseguenze che produce sul pensiero umano. Un vissuto emotivo, soprattutto se negativo e di una certa intensità, crea, infatti, uno stato di sconvolgimento e di disordine nella vita quotidiana dell'individuo. Questo può portare ad un cambiamento nell'atto del pensare che da volontario diventa incontrollabile, ripetitivo, continuativo, intrusivo e focalizzato sui contenuti negativi.

Il principale tipo di pensiero ripetitivo è la ruminazione, ovvero un insieme di pensieri ricorrenti rispetto a determinati argomenti, collegati ad eventi passati o stati emotivi presenti. Questi pensieri vengono messi in atto per ridurre la discrepanza tra ciò che ci si aspetta e ciò che in realtà accade. In generale, in relazione alla natura costruttiva o non costruttiva del pensiero ripetitivo, la letteratura propone diverse concettualizzazioni

del costruito di ruminazione.

Martin e Tesser (1966) definiscono la ruminazione, inserendola in una nozione generalizzata di pensiero ripetitivo, come *"una classe di pensieri inconsapevoli che ruotano intorno ad un tema comune e che si ripresentano in assenza di immediate sollecitazioni ambientali"*. In letteratura, tuttavia, è stata convogliata molta attenzione su un altro tipo di ruminazione, ovvero quella depressiva, definita come *"comportamenti e pensieri che focalizzano l'attenzione della persona sui propri sintomi depressivi e sulle implicazioni di essi"* (Nolen-Hoeksema, 1991). In particolare modo la Response Styles Theory di Nolen-Hoeksema (1991) ha ipotizzato che questo tipo di ruminazione rappresenti uno stile di risposta all'umore depresso, causalmente implicato nel mantenimento del disturbo depressivo. Gli studi longitudinali hanno confermato questa ipotesi e dimostrato che uno stile di risposta ruminativo predice l'inizio di un successivo episodio di depressione maggiore in persone non depresse (Spasojevic e Alloy, 2001; Nolen-Hoeksema, 2000). Inoltre la ruminazione è capace di attivare pensieri e ricordi negativi, di ostacolare il problem solving, produrre compromissioni nel corretto funzionamento di alcune funzioni cognitive come la memoria e l'attenzione e di provocare isolamento sociale, giocando un ruolo causale nell'intensificazione di effetti negativi.

È stato verificato che il processo ruminativo non si sviluppa allo stesso modo negli individui esposti ad una stessa esperienza, al contrario manifesta notevoli differenze individuali (Nolen-Hoeksema, 1987; Lieberman, 2000; Lyubomirsky, 2015; Curci, Lanciano, Soletti e Rimè, 2013). I processi di elaborazione di una esperienza emotiva differiscono da individuo a individuo e risultano essere collegati alle diverse strategie che

ciascuna persona mette in atto per fronteggiare eventi di vita. Questi processi di fronteggiamento, di conseguenza, determinano la frequenza e l'intensità dei pensieri ruminativi. La ruminazione, d'altro canto, potrà essere costruttiva o non costruttiva, ossia potrà portare ad una rielaborazione dell'evento in maniera adattiva e senza conseguenze negative sulla salute della persona nel primo caso o ad una maggiore vulnerabilità alla depressione e ad effetti negativi sulla salute psicofisica nel secondo caso.

Non è da escludere che la ruminazione sia legata anche alle caratteristiche di personalità degli individui. In particolare, tratti di personalità come l'introversione ed estroversione possono svolgere un ruolo particolarmente significativo nel processo ruminativo (Lieberman, 2000). Recenti studi hanno dimostrato come tra le varie differenze individuali indagate (processi di elaborazione emotiva, strategie di coping, e/o tratti di personalità), gli aspetti cognitivi, e precisamente di memoria di lavoro (Working Memory, WM) e attenzione, giocano un ruolo fondamentale nello spiegare il fenomeno della ruminazione (Curci, Lanciano, Soleti e Rimè, 2013). Inoltre evidenze empiriche hanno confermato differenze di genere nella tendenza alla ruminazione, con una maggiore incidenza del fenomeno nelle donne rispetto agli uomini (Lyubormisky et al, 2015).

Curci e collaboratori, in due studi sulle caratteristiche individuali che influenzano i processi di ruminazione (2013; 2015), hanno dimostrato come la formazione e il mantenimento dei pensieri ruminativi siano influenzati dalla distribuzione delle risorse cognitive destinate al simultaneo svolgimento di un compito concomitante al processamento dell'esperienza emotiva. Le numerose ricadute cliniche e i risvolti pratici dello studio del fenomeno della ruminazione hanno portato professionisti e ricercatori ad interessarsi del processo ruminativo nei contesti di vita quotidiana, quale ad esempio il contesto sportivo (Lyubormisky, Layous, Chancellor, Nelson, 2015).

La letteratura sul tema suggerisce che il processo ruminativo può influire sull'attività agonistica positivamente o negativamente e che l'atleta non ha pensieri ruminativi solo su qualcosa che ancora deve accadere (performance futura), ma anche a seguito di una prova già espletata, soprattutto se questa è risultata essere fallimentare. In

particolare la ruminazione porterebbe l'atleta, che ha esperito una performance negativa, a pensare ad essa su più livelli: lo sportivo, infatti, può ruminare sulla cattiva prestazione sia ripensando esclusivamente agli aspetti tecnici sia rimuginando sulle emozioni che sono scaturite dopo una performance negativa.

Obiettivi ed ipotesi

Sulla base della rassegna su riportata, obiettivo generale del presente studio è indagare il ruolo delle caratteristiche individuali, quali le capacità di Working Memory (WM), ruminazione depressiva e caratteristiche disposizionali, sulla ruminazione che segue una performance agonistica fallimentare. Sulla base della letteratura analizzata, abbiamo formulate le seguenti ipotesi:

Hp1: gli atleti (nuotatori) agonisti presentano livelli moderati/alti di ruminazione post performance fallimentare (RPP);

Hp2: le donne presentano livelli più alti di RPP rispetto agli uomini (Lyubormirsky et al., 2015);

Hp3: la RPP è positivamente associata a caratteristiche individuali come lo span di WM, lo stile ruminativo (Nolen-Hoeksema, 1987) e la tendenza alla sensation seeking (Jack e Ronan, 1998; Zuckerman, 1993);

Hp4: le caratteristiche individuali come lo span di WM, lo stile ruminativo e la tendenza alla sensation seeking esercitano un ruolo nel predire la RPP.

Metodo

Campione

Hanno partecipato allo studio 20 atleti, tesserati con la società sportiva di Bari "Sport Project". Tutti i partecipanti sono stati reclutati nell'impianto natatorio sportivo "Piazza Europa", acconsentendo alla partecipazione su base volontaria e in forma anonima. I 20 atleti (50% uomini) praticano a livello agonistico la disciplina sportiva Nuoto. Ogni partecipante pratica la disciplina da un periodo di tempo diverso, che varia dai 2 ai 25 anni. I partecipanti hanno un livello di istruzione omogeneo; in particolare, il 75% del campione risulta aver conseguito il diploma di scuola media di secondo grado e il restante 25% la laurea. L'età dei partecipanti è compresa tra i 20 ed i 48 anni ($M=30.65$ e $DS=8.18$).

Strumenti

Sono stati utilizzati quattro strumenti, ciascuno dei quali utile alla rilevazione delle differenti variabili dello studio.

Digit Span Forward Test (DSFT). Si tratta di un test numerico ed uditivo di memoria a breve termine, ripreso dall'adattamento italiano della scala di intelligenza Wechsler Adult Intelligence Scale III (Orsini et al., 1987; Orsini e Laicardi, 1997). Sono presentate oralmente, alla velocità di una cifra per secondo, serie crescenti di cifre, che i partecipanti devono ripetere nello stesso ordine. La presentazione parte da tre cifre e continua aumentando di una ogni due prove. Quando vengono commessi due errori consecutivi nella stessa prova, il test termina. In caso contrario, il test finisce quando il partecipante riesce a ripetere correttamente le dieci sequenze di cifre. Il numero delle cifre richiamate correttamente è considerato il forward span.

Ruminative Response Scale (RRS; Treynor et al., 2003). La scala richiede ai partecipanti la compilazione di ventidue items a quattro punti (1=mai; 2=poco; 3=spesso; 4=sempre) riguardo quanto spesso si sentano impegnati in risposte ruminative a seguito di sentimenti ed esperienze tristi o depressive. Gli items sono raggruppati in tre indici: Rimuginio (11 items, α di Cronbach =.85); Riflessione (6 items, α di Cronbach =.68) e Ruminazione depressiva (5 items, α di Cronbach =.68).

Sensation Seeking Scale (SSS; Zuckerman et al., 1964). Questa scala è costituita da quaranta items con due alternative di risposta. I partecipanti devono rispondere a queste domande scegliendo l'alternativa che più sentono vicina ai propri gusti o sensazioni. Il questionario, infatti, intende misurare i gusti personali degli individui in relazione a quattro specifiche componenti: Suscettibilità alla Noia (α di Cronbach =.34); Disinibizione (10 items; α di Cronbach =.65); Esperienza (10 items; α di Cronbach =.60) e Esperienze Estreme (10 items; α di Cronbach =.60). La componente di Suscettibilità alla Noia valuta quanto un individuo sia incline alla noia ed abbia bisogno di costanti nuovi stimoli esterni, come, ad esempio, l'interazione e le attività sociali. Il secondo fattore di Disinibizione valuta l'uso di sostanze stupefacenti ed alcool, la tendenza ad atti vandalici e la predisposizione a comportamenti sessuali promiscui. La terza com-

ponente di Esperienza misura, invece, la partecipazione degli individui a situazioni meno rischiose, quali le esperienze legate ai viaggi o alla musica e all'arte. Infine il fattore di Esperienze Estreme misura la tendenza degli individui a partecipare ad attività con stimoli pericolosi, come il paracadutismo o l'alpinismo; questa componente, infatti, connota la variabile individuale del coraggio.

Rumination Post Performance (RPP). Il questionario rileva la ruminazione di stato connessa ad una prestazione sportiva fallimentare. E' costituito da una semplice consegna iniziale che richiede il ricordo di una cattiva prestazione atletica seguito da cinque domande, adattate dal questionario di Puterman, DeLongis e Pomaki (2010): (a) Performance "Hai avuto difficoltà a smettere di pensare alla tua performance nelle ore e giorni successivi?" (b) Aspetti tecnici "Quando hai pensato alla tua performance, ti sei concentrato/a sugli aspetti tecnici?" (c) Pensieri negativi "Quando hai pensato alla tua performance, ti sei concentrato/a sui pensieri negativi che ne sono scaturiti?" (d) Situazione "Pensare alla tua performance ti ha fatto sembrare peggiore la situazione?" (e) Stato affettivo "Pensare alla tua performance ha peggiorato il tuo stato d'animo?". Ai partecipanti è stato chiesto di rispondere su scale da 1 a 5 (1=per nulla; 2=poco; 3=abbastanza; 4=molto; 5=moltissimo) e basandosi sulla più significativa esperienza negativa sportiva.

Procedura

Dopo aver acquisito dai partecipanti il Consenso Informato, grazie al quale sono garantiti i diritti di anonimato e riservatezza dei dati personali, è stato possibile effettuare la somministrazione degli strumenti. Il protocollo comprendeva quattro strumenti, di cui solo il primo presentato dal ricercatore, mentre gli altri sono stati tutti autocompilati dai singoli partecipanti. L'intera somministrazione ha richiesto tempi variabili da partecipante a partecipante. In media i vari compiti venivano terminati in 20 minuti. Lo studio è stato condotto nell'arco di quattro giorni consecutivi. Gli atleti, che hanno partecipato allo studio individualmente, sono stati, per prima cosa, sottoposti alla verifica delle capacità di WM. Ai partecipanti è stato richiesto di ripetere delle serie di cifre, che partivano da tre sino ad un massimo di dieci cifre. Immediatamente

dopo, gli atleti hanno risposto alle domande dei tre questionari: RRS, SSS, RPP.

Risultati

Analisi descrittiva

È stata eseguita un'analisi descrittiva per verificare le caratteristiche del campione totale e dei sottocampioni uomini vs donne. L'analisi ha permesso di descrivere e sintetizzare le caratteristiche del campione in relazione ai risultati ottenuti dai test DSFT, RRS, SSS e RPP. Sono stati calcolati Media (*M*) e Deviazione Standard (*DS*) dei due sottogruppi ed è stato applicato il test non parametrico di Mann-Whitney per via della scarsa numerosità del campione allo scopo di confrontare i due gruppi. Le analisi hanno mostrato che effettivamente i nuotatori presentano una certa tendenza alla ruminazione in relazione ad una performance negativa soprattutto legata agli Aspetti Tecnici. Ciò conferma l'Hp1. Inoltre vi è una differenza significativa di genere tra i due sottocampioni solo per l'item Pensieri Negativi: gli uomini mostrano una maggiore persistenza di pensieri negativi dopo il fallimento di una performance atletica rispetto alle donne, contrariamente all'Hp2.

Analisi correlazionale

È stata condotta un'analisi correlazionale tra tutte le variabili considerate nel seguente studio. È stato verificato se vi fosse una relazione significativa tra ogni singolo item dello RPP e i punteggi riportati nei vari test ai quali i partecipanti sono stati sottoposti. Dall'analisi è emerso che l'indicatore di Performance è associato positivamente ai punteggi di DSFT e negativamente all'indice di Riflessione della RRS.

Analisi di regressione

Dall'analisi di correlazione effettuata è emersa una relazione significativa tra l'item Performance del test sulla ruminazione di stato post performance ed il dato ottenuto da ogni partecipante al DSFT. Tali risultati hanno suggerito di indagare la natura di questa relazione applicando un'analisi di regressione. È stata eseguita, dunque, una regressione multipla a blocchi con l'item Performance come variabile dipendente, i punteggi del DSFT al blocco 1, i punteggi della RRS al blocco 2 e quelli della SSS al blocco 3. Le analisi mostrano che effettivamente sussiste una relazione diretta e positiva tra capacità di WM e ruminazione (corretto = .17, $F(1,18) = 4.87, p < .05$), nel senso che le persone con alte capacità di WM tendono più facilmente a pensare ripetutamente alla propria performance sportiva ($\beta = .46, t = 2.21, p < .05$).

Misure		Totale <i>M (DS)</i>	Uomini <i>M (DS)</i>	Donne <i>M (DS)</i>
DSFT	<i>WM</i>	6.13 (1.20)	6.15 (1.06)	6.10 (1.39)
	<i>Rimuginio</i>	22.30 (5.60)	22.00 (4.97)	22.60 (6.43)
RRS	<i>Depressiva</i>	11.40 (3.07)	12.30 (2.16)	10.50 (3.66)
	<i>Riflessione</i>	9.05 (3.36)	8.20 (3.01)	9.90 (3.63)
SSS	<i>Suscettibilità alla Noia</i>	2.90 (1.65)	3.50 (1.78)	2.30 (1.34)
	<i>Disinibizione</i>	4.10 (2.13)	4.90 (2.28)	3.30 (1.70)
	<i>Esperienza</i>	5.60 (1.82)	4.80 (1.62)	6.40 (1.71)
RPP	<i>Esperienze Estreme</i>	7.30 (2.03)	7.70 (2.11)	6.90 (1.97)
	<i>SSS tot</i>	19.90 (4.33)	20.90 (5.00)	18.90 (3.51)
	<i>Performance</i>	2.45 (1.32)	2.70 (1.42)	2.20 (1.23)
RPP	<i>Aspetti Tecnici</i>	3.30 (1.45)	3.70 (1.34)	2.90 (1.52)
	<i>Pensieri Negativi</i>	2.80 (1.58)	3.50 (1.43)	2.10 (1.45)
	<i>Situazione</i>	2.60 (1.35)	2.60 (1.35)	2.60 (1.43)
	<i>Mood</i>	2.45 (1.54)	2.40 (1.51)	2.50 (1.65)

Tabella1: Analisi descrittive e differenze di genere. * $p < .05$

Misure	RPP				
	Performance	Aspetti Tecnici	Pensieri Negativi	Situazione	
DSFT	WM	.46*	-.07	.11	.03
	Rimuginio	-.13	.08	.25	.39
RRS	Ruminazione Depressiva	.23	-.09	.40	.14
	Riflessione	-.45*	.06	.10	.12
SSS	Suscettibilità alla Noia	-.24	.06	.01	.05
	Disinibizione	.38	.16	.18	-.13
	Esperienza	.12	-.03	-.14	-.00
	Esperienze Estreme	.03	.13	.17	.12
	SSS tot	.16	.15	.11	.01

Tabella2: Correlazione tra le misure usate nello studio. * $p < .05$.

Discussione

Il seguente studio è partito dall'idea di mettere in luce possibili relazioni tra la ruminazione in seguito ad una cattiva prestazione sportiva e le differenze individuali in termini di capacità di WM, ruminazione depressiva e caratteristiche stabili di personalità. Le ipotesi di partenza sono state quasi ampiamente confermate. In particolare dall'analisi descrittiva è emerso che esiste una ruminazione post performance nei nuotatori, con maggiore attenzione, in termini di contenuto, agli aspetti tecnici; non ci sono differenze rilevanti tra il sottocampione uomini vs donne, eccetto che nella tendenza ad avere pensieri negativi legati ad una cattiva prestazione sportiva. Gli uomini, infatti, sembrano mostrare una maggiore tendenza rispetto alle donne a pensare ripetutamente ad una cattiva prova

agonistica; questo dato non conferma i dati presenti in letteratura dai quali emerge che sono le donne ad avere una maggiore tendenza alla ruminazione (Lyubomirsky et al, 2015). Si può spiegare questo risultato considerando che questa ruminazione è un tipo di processo ruminativo particolare, legato cioè al contenuto di performance. Trattandosi, dunque, di una esperienza fallimentare sportiva ed essendo gli uomini maggiormente interessati ad avere buone prestazioni sportive rispetto alle donne, si può pensare che questo faccia loro esperire pensieri ripetitivi in quantità maggiore.

Dall'analisi correlazionale non sono emerse relazioni significative tra il pensare insistentemente alla propria prestazione e le differenze individuali di personalità o la ruminazione depressiva. È stato trovato, piuttosto, che il pensare ripetutamente ad una cattiva performance atletica è associato signi-

Item 1 di RPP - Performance		R ²	F (gdl)
1 Step	WM	.21	4.87 (1, 18)*
	WM		
2 Step	Rimuginio	.40	2.45 (4, 15)
	Ruminazione Depressiva		
	Riflessione		
3 Step	WM		
	Rimuginio		
	Ruminazione Depressiva	.41	1.97 (5, 14)
	Riflessione		
	SSS-Tot		

Tabella3: Regressione dell'item1 della RPP. * $p < .05$.

ficativamente solo alle capacità di WM: le persone con più alte capacità di WM hanno anche una maggiore tendenza al ripensare alla propria performance sportiva. Infine è emerso che sussiste una relazione negativamente significativa tra l'indicatore Performance dello RPP e l'indice di Ruminazione Riflessiva della RRS; questo significa che coloro che hanno una minore tendenza a riflettere sulle esperienze tristi vissute sono quelli che ruminano meno sulla performance sportiva. Inoltre i risultati della regressione portano a concludere che le capacità di WM non solo risultano essere associate, ma predicono la difficoltà di smettere di pensare ad una performance andata male. Dall'analisi dei dati, dunque, si può confermare che esiste un rapporto significativo tra alcune variabili individuali e il processo ruminativo messo in atto a seguito di un fallimento sportivo. Tali relazioni permettono di comprendere ulteriormente e maggiormente i processi del pensiero che coinvolgono le persone a seguito di esperienze e stati affettivi negativi. I risultati, infatti, permettono di concludere che gli individui possono avere ruminazione a seguito di una prestazione sportiva e che tale processo, data la sua natura particolare, è più frequente negli uomini piuttosto che nelle donne. Inoltre permettono di sostenere l'idea, già confermata dagli studi precedenti, che gli individui con alta WM tendono in generale ad avere un maggior numero di pensieri intrusivi, anche legati al contenuto di performance, quali quelli successivi ad una prestazione fallimentare sportiva.

Il presente studio ha, dunque, contribuito ad approfondire i risultati già presenti in letteratura sul tema della ruminazione, mettendo in luce come i pensieri ripetitivi interessino anche esperienze sportive. Inoltre il rapporto tra le variabili è stato verificato tenendo conto di caratteristiche individuali, quali le capacità WM, la tendenza ad uno stile ruminativo depressivo e alla sensation seeking. È proprio questo aspetto a rendere innovativo lo studio e ad aggiungere un tassello agli studi presenti attualmente in letteratura. Sino ad ora, infatti, sono stati svolti numerosi studi sugli eventi sportivi in relazione al processo ruminativo, che hanno mostrato come effettivamente vi sia un rapporto di casualità tra queste due variabili senza, però, soffermarsi sul ruolo di altre variabili, come le differenze individuali di personalità e le risorse esecutive, che svolgono un ruolo altrettanto importante in questa relazione. Sebbene i risultati ottenuti siano

in accordo con quelli presenti in letteratura, vi sono alcuni limiti nello studio legati alla numerosità esigua dei partecipanti, al non aver considerato altre differenze individuali e al non avere una misura di performance atletica, come ad esempio il numero di gare vinte o i podi. In futuro, inoltre, si potrebbe pensare ad un ampliamento dello studio verificando una possibile differenza nella tendenza alla ruminazione in relazione all'età e ruolo nella propria disciplina sportiva (ove possibile) dei partecipanti e soprattutto sarebbe interessante poter indagare come la ruminazione in seguito ad una performance fallimentare possa incidere su una successiva prestazione.

Bibliografia

- Curci, A. e Rimé, B. (2013). *The temporal evolution of social sharing of emotions and its consequences on emotional recovery: A longitudinal study. Emotion, 12*, 1004-1014, doi: 10.1037/a0028651.
- Curci, A., Lanciano, T., Soleti, E. e Rimé, B. (2013). Negative emotional experiences arouse rumination and affect working memory capacity. *Emotion, 13*, 867-880, doi: 10.1037/a003249.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, S. K. (2015). Thinking about rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 1-22.
- Moberly, N. J., & Watkins, E. R. (2008). Ruminative self-focus and negative affect: an experience sampling study. *Journal of abnormal psychology, 117*(2), 314.
- Mosewich, A. D., Crocker, P. R., Kowalski, K. C., & DeLongis, A. (2013). Applying self-compassion in sport: An intervention with women athletes. *Journal of sport and exercise psychology, 35*(5), 514-524.
- Puterman, E., DeLongis, A., & Pomaki, G. (2010). Protecting us from ourselves: Social support as a buffer of trait and state rumination. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(7), 797-820.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin, 134*(2), 163.
- Whitmer, A. J., & Banich, M. T. (2010). Trait rumination and inhibitory deficits in long-term memory. *Cognition and Emotion, 24*(1), 168-179.
- Chuen Yee Lo, B., Lau, S., Cheung, S. H., & Allen, N. B. (2012). The impact of rumination on internal attention switching. *Cognition & emotion, 26*(2), 209-223.

Pensieri e atteggiamenti verso il futuro di un gruppo di studenti di scuola superiore

Annalia Palmisano

Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi Regione Puglia

Presentazione

Il lavoro di tesi svolto illustra un progetto di ricerca, afferente all'ambito dell'Orientamento e della Progettazione Professionale, avente come soggetti sperimentali studenti di terzo e quarto anno di scuola superiore.

Tale studio ha come obiettivo quello di cogliere i diversi atteggiamenti assunti dagli studenti nei confronti del proprio futuro professionale e le eventuali correlazioni tra tali atteggiamenti e le caratteristiche di personalità di ognuno.

In termini più prettamente psicologici, questa ricerca è tesa ad indagare le relazioni che intercorrono tra *Career Adaptability*, che si configura come costrutto-cardine dell'approccio *Life Design* di recente formazione, e le dimensioni della Psicologia Positiva, facendo riferimento ad Ottimismo, Speranza, Resilienza, Prospettiva temporale e Qualità della vita.

Si vuole verificare se tali risultati attesi risultano in linea con quanto emerge dalla letteratura di riferimento in merito, concorde nell'individuare una sorta di legame in termini direttamente proporzionali tra le dimensioni indagate sopra citate.

La scelta di affrontare una tematica attinente all'Orientamento Professionale è stata dettata dalla rilevanza che essa sta assumendo progressivamente nel corso dell'ultimo decennio, in relazione all'inasprimento delle condizioni economiche in cui versa il nostro Paese.

Tale situazione sta avendo in ambito professionale una prevedibile ripercussione negativa di due tipi: da un lato determina una drastica diminuzione dei posti di impiego disponibili, incrementando di conseguenza il fenomeno della "disoccupazione"; dall'altro, però, ostacola l'entrata nel mondo del lavoro da parte di coloro che secondo una visione "lineare" dell'andamento della vita, dovrebbero accedervi, dopo aver terminato il loro percorso di formazione scolastica a diversi livelli;

ciò alimenta parallelamente il fenomeno dell'"inoccupazione".

Ciò ha destato interesse da più parti, in primis da parte dell'ambito psicologico, impegnato a cogliere e potenziare quelle dimensioni disposizionali (resilienza, ottimismo, speranza, adattabilità, senso di autoefficacia, ecc.), funzionali a far fronte a tale condizione estremamente instabile e disorientante.

Come emerge da quanto appena esposto, i professionisti deputati ad occuparsi di orientamento al futuro, quindi, devono ricorrere a costrutti e strumenti innovativi per affrontare al meglio tale problematica del tutto nuova.

Si fa riferimento ad aspetti e competenze, quali valori morali e solidali, abilità interpersonali, disponibilità, abilità di gestione del tempo e di *problem solving*, la cui importanza si sta affermando in maniera prorompente negli ultimi tempi all'interno dei nuovi contesti lavorativi di matrice complessa e che sono funzionali in più momenti, ovvero dalla fase di inserimento e gestione in essi a quella di uscita e reinserimento in altri.

Ciò non significa che le abilità sopra elencate siano sufficienti per assicurarsi un personale percorso lavorativo lineare e positivo in quanto non si può far fronte alla natura imprevedibile e incontrollabile che caratterizza il futuro e, di conseguenza, l'ambito professionale contando unicamente sull'*agency* individuale e sulle caratteristiche personali. In altre parole, il raggio d'azione di cui dispone il soggetto nel determinare il proprio futuro lavorativo è fortemente delimitato da elementi contestuali che possono rivelarsi avversi e ostacolanti e, per questo, devono essere considerati con attenzione.

In questo senso risulta vincente, quindi, potenziare la dimensione adattiva della "prontezza professionale-personale" che consiste «nell'essere pronti a rispondere a situazioni ed esiti incerti. La prontezza riguarda il sentirsi preparati per ostacoli

che potrebbero verificarsi, e per il saper cogliere le opportunità quando si presentano» (Sweeny, Carroll & Shepperd, 2006, p. 302).

In ultima analisi, la frontiera dell'orientamento che si sta affermando negli ultimi decenni ha l'arduo compito di sostenere l'individuo nella "costruzione" della propria parabola di vita, facendo ricorso a tutte quelle risorse e abilità che devono essere favorite e sono funzionali ad affrontare l'incertezza insita nella dimensione futura.

Lo studio sperimentale

Introduzione

Il focus sul costrutto della *Career Adaptability* in ambito di orientamento professionale ha innescato un forte interesse ad indagare le possibili relazioni tra questo e le dimensioni tipiche della Psicologia Positiva, in un'ottica di prevenzione e promozione del benessere personale.

Dalla letteratura in merito emerge che gli individui che manifestano elevati livelli di adattabilità si caratterizzano per una personalità proattiva, ovvero per elevati livelli di tutta una serie di dimensioni, quali *locus of control* interno, ottimismo, persistenza, credenze di efficacia, capacità di *coping* e *problem solving*, capacità di ricerca di informazioni, di iniziativa, apertura mentale e ricerca di opportunità (McArdle, Waters, Briscole e Hall, 2007; Thompson, 2005).

Il presente lavoro di ricerca è stato concepito al fine di verificare se i risultati ottenuti sono in linea con quanto emerso dalla letteratura a riguardo, corroborando in questo modo le conclusioni a cui questa approda, oppure si discostano da tali posizioni, aprendo la strada a una nuova prospettiva sull'argomento.

Obiettivi e ipotesi di ricerca

Tenendo conto della letteratura di riferimento, è stato realizzato il presente progetto di ricerca avente come gruppo sperimentale un gruppo di studenti al terzo e quarto anno di scuola superiore e teso ad indagare la relazione esistente tra il costrutto dell'*Adaptability*, declinato in termini professionali, e le risorse della Psicologia Positiva, facendo riferimento all'Ottimismo, alla Speranza, alla Resilienza, alla Prospettiva temporale e al

macro costrutto della Qualità di vita.

Nello specifico, le ipotesi di ricerca da verificare sono le seguenti:

Si è ipotizzato che i partecipanti alla ricerca che si sono caratterizzati per elevati livelli di *Career Adaptability* manifestassero maggiori livelli di ottimismo, speranza, resilienza e prospettiva temporale.

In altre parole, sono più inclini ad aspettarsi esiti positivi nella vita (Scheier & Carver 1985), nutrono una maggiore motivazione nel perseguire risultati e obiettivi prefissati (Snyder et al., 1991; Snyder, 2000), dispongono di una maggiore capacità di resistere o recuperare forze ed energie e di rimettersi "in moto", in presenza di sfide notevoli (Snyder & Lopez, 2007) e sono più proiettati al futuro in termini di definizione di obiettivi professionali e preparazione preventiva alle avversità in ambito lavorativo.

Considerando gli studi esposti nel paragrafo precedente, con particolare riferimento a quelli di Ferrari et al. (2010), Nota et al. (2012) e Wilkins et al. (2014), ci si attendeva che coloro che hanno maggiori livelli di *Career Adaptability* si caratterizzassero anche per maggiori livelli delle dimensioni tipiche dell'approccio positivo alla psicologia;

Si è inoltre ipotizzato che le dimensioni dell'*Adaptability* e altri aspetti positivi presi in esame fossero in grado di predire la qualità della vita.

In altre parole, i soggetti sperimentano un'elevata percezione di soddisfazione relativa alla propria vita e al benessere personale, alla cui definizione concorrono aspetti diversi ed eterogenei relativi alla propria esistenza.

Tenendo conto degli studi illustrati nel paragrafo precedente, quelli di Hirschi (2009), Soresi et al. (2012) e Maggiori et al. (2013), ci si aspettava che la *Career Adaptability* predisse la qualità della vita di questi adolescenti.

Metodo

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 171 studenti di terza e quarta superiore, di età compresa tra i 16 e i 23 anni ($M \alpha = 17,65$; $DS \alpha = 0,85$) e di questi 111 sono femmine (64,91 %) e 60 sono maschi

(35,09 %).

Dei soggetti coinvolti, 113 frequentano il terzo anno di scuola superiore (66,08 %), mentre 58 frequentano il quarto anno di scuola superiore (33,92 %); in base al genere di appartenenza nei due gruppi di partecipanti vi sono rispettivamente 32 maschi (28,32 %) e 81 femmine (71,68 %) e 28 maschi (48,27 %) e 30 femmine (51,72 %). I partecipanti provengono da tre scuole superiori della città di Padova e Piove di Sacco (PD).

Strumenti

L'indagine sperimentale è stata condotta mediante l'adozione di diversi tipi di questionari, ripartiti in due protocolli, che sono stati somministrati ai soggetti partecipanti, in occasione dei due incontri previsti per la realizzazione dello studio, al fine di analizzare i costrutti funzionali in un'ottica di progettazione professionale.

Il protocollo utilizzato al primo incontro è composto da sei questionari:

Funzioni e Compiti Lavorativi. E' un inventario di 50 attività lavorative implicate in nove tipologie di ambiti di interesse professionale. La consegna data ai soggetti è quella di indicare quanto piacerebbe loro svolgere o imparare a svolgere le attività e i compiti ripotati su una scala Likert a 5 punti, dove "1" sta per "no, non mi piacerebbe" e "5" sta per "sì, mi piacerebbe molto".

Le mie ragioni e quelle degli altri (Cattani, Ferrari, Ginevra, Di Maggio, Nota, Santilli, Sgaramea & Soresi, 2014). E' un questionario self-report composto da 32 item volti ad analizzare atteggiamenti e competenze di tipo argomentativo. È chiesto di valutare su scala Likert a 5 punti quanto ogni affermazione descrive il proprio modo di pensare ed agire, "1" indica che la frase non descrive per nulla il proprio modo di pensare ed agire, mentre "5" indica che descrive perfettamente il proprio modo di pensare ed agire.

Quanto sono simile a...? (Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., Harris, M., & Owens, V., 2001). Il questionario self-report è composto da 40 item che rappresentano brevi descrizioni verbali di persone diverse e ognuna di queste espone gli obiettivi di una persona, le aspirazioni, o i desideri, che sono predittori impliciti dell'importanza di dieci valori fondamentali (Schwartz, 2005b; Schwartz et al., 2001). Per ogni

item il soggetto deve indicare il grado di similarità tra se stesso e la persona delineata nella breve descrizione verbale su una scala Likert a 6 punti, dove "1" α = "per niente simile a me" e 6 α = "molto simile a me".

Career Adapt-abilities Inventory (Savickas, 2009; Soresi, Nota & Ferrari, 2012). Il questionario considera le modalità con le quali le persone affrontano i cambiamenti e le transizioni (da una scuola ad un'altra; da un lavoro ad un altro; dalla scuola al lavoro) e riporta 35 item. Ai soggetti viene richiesto di esprimere il grado di padronanza per ogni abilità descritta su una scala Likert a 5 punti, considerando che "1" sta per "posseggo molto poco questa capacità" e "5" sta per "posseggo moltissimo questa capacità".

Designing My Future (Soresi, Nota, Ferrari, & Sgaramea, 2012). E' uno strumento costituito da 25 item che esprimono cose che il soggetto potrebbe "pensare o fare". La consegna prevede di valutare quanto ciascuna fase presente delinea la condizione personale su una scala Likert a 5 punti dove "1" corrisponde a "mi descrive molto poco" e "5" corrisponde a "mi descrive moltissimo".

Coraggio (Norton & Weiss, 2009). E' un questionario self-report composto da 12 item volti ad analizzare la frequenza di comportamenti coraggiosi. È chiesto di valutare su scala Likert a 7 punti quanto ogni affermazione descriva il proprio modo di comportarsi, tenendo presente che "1" sta per "Non mi comporto mai così", mentre "7" sta per "Mi comporto sempre così".

Nel secondo incontro è stata proposta una batteria di sette strumenti:

Scale for Interpersonal Behavior (Arrindell, De Groot, Walburg, 2004). Lo strumento è diviso in due parti composte entrambe dagli stessi 25 item che prevedono un formato di risposta su una scala Likert a 5 punti, ma che differiscono per l'oggetto d'indagine. Nella prima parte, che chiameremo parte 'A', ogni frase descrive una situazione sociale e il soggetto è invitato a indicare per ognuna di esse la quantità di disagio e tensione che ritiene di esperire, tenendo presente che "1" indica che la situazione non provoca nessun disagio/tensione e "5" indica che la situazione provoca disagi e tensioni particolarmente intensi.

Satisfaction with Life Scale (Diener et al.,

1985). Questo questionario si propone di rilevare il livello di soddisfazione nei confronti della qualità della propria vita. È costituito da 5 item riguardo cui il soggetto deve esprimere il grado di accordo o meno su una scala Likert a 5 punti dove “1” sta per “molto in disaccordo” e “5” sta per “molto in accordo”. La scala valuta un unico fattore “qualità della vita” e un esempio di item è “Sono soddisfatto/a della mia vita”. L’indice di coerenza interna, in questo studio, è pari a $\alpha = .81$.

La Gratitude – seconda parte (McCullough, Emmons & Tsang, 2002). Lo strumento è composto da 6 item volti ad analizzare il grado di gratitudine percepito. È chiesto di indicare il proprio grado di accordo su una scala Likert a 7 punti dove “1” sta per “completamente in disaccordo” e “7” sta per “completamente d’accordo”. Lo strumento permette di analizzare un unico fattore, la gratitudine. Esempio di item: “Sono grato a una grande quantità di persone”. L’indice di coerenza interna, in questo studio, è pari a $\alpha = .75$.

Justice Sensitivity (Baumert, Beierlein, Schmitt, Kemper, Kovaleva, Liebig & Rammstedt, 2014). È un questionario self-report, formato da 8 item volti ad analizzare il senso di giustizia. È chiesto di esprimere per ogni item il proprio grado di accordo su una scala Likert a 6 punti dove “1” corrisponde a “completamente in disaccordo” e “6” corrisponde a “completamente d’accordo”. La scala misura un unico fattore “*sensibilità alla giustizia*”. Esempio di item “Mi arrabbio quando gli altri se la passano meglio di me senza meritarselo”. L’indice di coerenza interna, in questo studio, è pari a $\alpha = .65$.

Life Engagement Test (Scheier et al., 2006). Il questionario self-report fornisce un indice dello scopo nella vita, valutando la misura in cui una persona ritiene se stessa e le sue attività preziose e importanti (Scheier et al., 2006). È composto da 6 item su scala Likert a 5 punti, dove “1” sta per “fortemente in disaccordo” e “5” sta per “fortemente in accordo”. L’indice di coerenza interna, in questo studio, è pari a $\alpha = .77$.

PRO.SPERA (Soresi, Nota, Ferrari & Sgararella, 2012). È uno strumento costituito da 36 item che si riferiscono a cose che il soggetto potrebbe pensare o fare. Ai soggetti viene richiesto di esprimere il proprio parere riguardo ogni affermazione proposto su una scala Likert a 5 punti,

considerando che “1” corrisponde a “mi descrive molto poco” e “5” corrisponde a “mi descrive moltissimo”.

Pensando al Lavoro (Soresi, Nota, Ferrari, & Sgararella, 2012). Il questionario si propone di indurre nel soggetto una riflessione riguardo quando si considera pronto a mantenersi informato ed aggiornato, ad affrontare difficoltà ed ostacoli ma anche a cogliere le opportunità che potrebbero presentarsi in ambito lavorativo. È costituito da 43 item che descrivono delle abilità e al soggetto viene chiesto di indicare quanto si considera in grado di comportarsi nel modo espresso nella situazione attuale su una scala Likert da “1” che sta per “No, attualmente per me non è così” a “7” che sta per “Sì, attualmente per me è così”.

Procedura

La partecipazione al presente progetto di ricerca da parte delle classi terze e quarte è stata proposta in una fase preliminare ai dirigenti dei tre Istituti superiori delle città di Padova e Piove di Sacco (PD).

Questo primo contatto è avvenuto per email, indicando la disponibilità di illustrare tale studio in maniera più approfondita di persona. Questa iniziativa di carattere sperimentale ha destato fin da subito particolare interesse, per questo è stato fissato con i diversi presidi un appuntamento faccia a faccia, in occasione del quale è stato esposto nel dettaglio il lavoro di ricerca e la relativa esperienza di partecipazione ad esso da parte degli studenti.

Quest’ultima constava di due incontri per classe, a distanza di una settimana l’uno dall’altro, in occasione dei quali sarebbero stati somministrati agli studenti due diversi protocolli di questionari, atti ad indagare le variabili esposte nelle ipotesi di ricerca. Al termine di tale esperienza ogni partecipante avrebbe ricevuto una relazione personalizzata indicante i punti di forza di ognuno nell’ambito della prospettiva futura in termini professionali, emersi dai risultati individuali ad entrambi i protocolli. A fronte di tale spiegazione a riguardo, è stato accordato il consenso nel realizzare tale progetto a favore di un certo numero di classi per Istituto, in base alla disponibilità dei professori interessati, e sono state fissate le date degli stessi incontri.

All'inizio di ogni sessione di somministrazione veniva presentato alla classe il progetto di ricerca con le sue finalità e con il suo vantaggio intrinseco, appannaggio dei singoli studenti, in termini di scoperta e conseguente presa di coscienza delle proprie risorse adattive e proattive.

In aggiunta sono state richiamate alcune norme deontologiche e criteri di validità riguardo il trattamento dei soggetti sperimentali, tra cui il rispetto della privacy e della riservatezza (non potendo garantire l'anonimato per la strutturazione stessa del progetto), la tutela del segreto professionale che impedisce la divulgazione dei dati personali senza il consenso del diretto interessato, il diritto del soggetto di non partecipare all'esperienza proposta o di interrompere la compilazione dei questionari in qualunque momento, la possibilità dello stesso soggetto di richiedere legittime chiarificazioni in merito al progetto e non solo. Ma anche la garanzia di restituzione di una relazione personalizzata riassuntiva dei punti di forza individuali, e non per ultima, la disponibilità da parte di chi somministra ad essere ricontattato in seguito, fornendo recapito telefonico ed indirizzo email, al fine di tutelare il benessere psichico del soggetto, sventando l'insorgenza di eventuali disequilibri interiori.

In seguito a questo esaustivo cappello introduttivo, propedeutico alla corretta e responsabile somministrazione del protocollo, gli studenti venivano invitati a procedere alla compilazione dello stesso e ad esprimere eventuali dubbi, quesiti o curiosità prima, durante e dopo tale fase. Tale procedura è stata reiterata sia in occasione del primo che del secondo incontro con ogni classe partecipante e al termine di quest'ultimo si è congedati indicando la data in cui sarebbe avvenuta la fase di restituzione degli elaborati finali *ad personam*.

A distanza di un quadrimestre dall'ultimo incontro di somministrazione, periodo in cui si è svolta una corposa analisi dei dati emersi dai diversi questionari, sono stati distribuiti per classe i feedback relativi al progetto a cui gli studenti avevano preso parte, in forma di elaborati personalizzati, in linea con quanto già anticipato nel discorso iniziale di ogni sessione. In tale occasione sono state fornite spiegazioni ulteriori relative al progetto, agli esiti a cui è giunto per ognuno dei partecipanti e al significato legato ad essi, indu-

cendo il singolo a riflettere sulle capacità citate e sul proprio livello di padronanza delle stesse. Questo incontro finale si è chiuso ringraziando gli studenti per aver partecipato in maniera proficua allo studio sperimentale e per l'impegno profuso nella compilazione dei protocolli proposti, ricordando loro, ancora una volta, la reperibilità degli autori e collaboratori a tale progetto in termini di disponibilità ad essere rintracciati prontamente, nel caso in cui qualcosa non fosse stata chiara sul breve e lungo periodo o si fosse esperito un vissuto di disagio o insoddisfazione, legato all'esperienza di partecipazione alla ricerca.

Risultati

Analisi preliminari

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i coefficienti di correlazione di Pearson fra le variabili analizzate nei questionari compilati dagli studenti.

Come si può cogliere le correlazioni rilevate sono in linea con la letteratura di riferimento.

In altre parole il costrutto dell'*Adaptability*, afferente all'approccio *Life Design*, correla in maniera significativa con le variabili della Psicologia Positiva; quest'ultime, inoltre, correlano positivamente tra di loro e nel complesso tali dimensioni correlano in termini significativi con la macro dimensione della qualità della vita. Nello specifico, si registrano correlazioni positive tra le dimensioni dell'adattabilità (preoccupazione, responsabilità, curiosità, fiducia e cooperazione) e le variabili di ottimismo, speranza, resilienza, prospettiva temporale, ma anche tra le stesse variabili della Psicologia Positiva.

Le dimensioni sopra citate, inoltre, risultano significativamente correlate con la qualità della vita.

Analisi multivariata della varianza

Il gruppo dei soggetti sperimentali è stato diviso a monte in base al valore della mediana relativa al punteggio totale dell'adattabilità in due gruppi:

- Gruppo con 'bassa adattabilità', composto da 86 soggetti (50,29 %);
- Gruppo con 'alta adattabilità', composto da 85 soggetti (49,71 %).

E' stata condotta, in seguito, l'analisi multivariata della varianza (ANOVA), al fine di verificare la presenza di eventuali differenze significative tra

i soggetti che si configurano per un alto livello di *adaptability* e quelli aventi un basso livello della stessa circa le variabili considerate.

Dall'analisi effettuata si evince un effetto significativo a carico del gruppo di soggetti caratterizzati da un alto livello di adattabilità per un numero consistente di variabili, tra le più significative vi sono:

- “13. Prospettiva temporale” [F (1; 170) $\alpha = 46,35$; $p < 0.01$], per cui i soggetti aventi un livello di *Adaptability* elevato risultano disporre di un alto livello di prospettiva temporale (M = 51,00; DS = 7,53), quindi riescono a guardare al futuro in un'ottica di progettazione, contrariamente agli esponenti del gruppo con un livello di *Adaptability* basso (M = 42,80; DS = 8,19);
- “14. Resilienza” [F (1; 170) $\alpha = 49,07$; $p < 0.01$], per cui i soggetti aventi un alto livello di adattabilità si configurano per un livello elevato di resilienza (M = 38,76; DS = 5,56), quindi sono in grado di resistere e fronteggiare le situazioni avverse e imprevedibili della vita, a differenza del gruppo con un basso livello di adattabilità (M = 33,20; DS = 4,80);
- “30. Ottimismo” [F (1; 170) $\alpha = 13,83$; $p < 0.01$], per cui i soggetti aventi un alto livello di adattabilità risultano essere più ottimisti (M = 19,93; DS = 4,54), quindi tendono ad aspettarsi risvolti positivi nella propria vita, contrariamente agli esponenti del gruppo con un basso livello di adattabilità (M = 42,80; DS = 8,19);
- “32. Speranza” [F (1; 170) $\alpha = 11,26$; $p < 0.01$], per cui i soggetti con un livello di *Adaptability* elevato si configurano per un maggior livello di speranza (M = 25,02; DS = 5,00), quindi risultano motivati nel perseguire un obiettivo prestabilito sul lungo periodo, rispetto ai soggetti con un livello di *Adaptability* basso (M = 22,34; DS = 4,92);
- “41. Qualità della vita” [F (1; 170) $\alpha = 4,56$; $p < 0.05$], per cui i soggetti con un livello di *Adaptability* elevato si configurano per un maggior senso di qualità della vita e di benessere personale avvertito (M = 15,29; DS = 3,82), a differenza degli esponenti del gruppo con un livello di *Adaptability* basso

(M = 14,03; DS = 3,54).

Modello di regressione tra Qualità della Vita e Speranza, Ottimismo e *Adaptability*

Al fine di verificare se le variabili positive, centrali in tale studio e anche nell'approccio *Life Design*, quali speranza, ottimismo e *Adaptability* fossero predittori del costrutto di qualità della vita, è stata condotta un'analisi di regressione avente come oggetto di indagine l'indice totale di speranza, ottimismo e *Adaptability*, ottenuto sommando le tre dimensioni, e come *outcome* la qualità della vita. Da tale modello sono emersi i seguenti dati: $r^2 = .08$, $\sigma = .01$, $\beta = .28$; $p < 0.01$.

Discussione

Il presente lavoro di tesi era volto ad indagare le relazioni esistenti tra il costrutto di *Adaptability* e le dimensioni di ottimismo, speranza, resilienza, prospettiva temporale e qualità della vita, tipiche della Psicologia Positiva, in un gruppo di soggetti adolescenti frequentanti le classi terza e quarta superiore.

Nello specifico, in primo luogo, si voleva verificare come prima ipotesi di ricerca se i partecipanti che si caratterizzano per elevati livelli di *Career Adaptability* presentavano maggiori livelli di ottimismo, speranza, resilienza e prospettiva temporale.

In secondo luogo, si voleva verificare come seconda ipotesi di ricerca se i soggetti sperimentali con alto livello di *Adaptability* si configuravano per elevati livelli di qualità della vita.

Per quanto concerne il primo obiettivo di ricerca, le analisi multivariate della varianza condotte sui dati raccolti hanno confermato l'ipotesi di partenza, infatti i partecipanti che si configurano per maggiori livelli di adattabilità risultano più inclini ad aspettarsi esiti positivi nella vita (Scheier & Carver 1985), nutrono una maggiore motivazione e livelli di speranza rispetto ai propri obiettivi prefissati (Snyder et al., 1991; Snyder, 2000), sono più capaci di formularli e di percepirsi in grado di perseguirli fino ad arrivare al loro raggiungimento, rispetto a soggetti aventi livelli bassi di *Adaptability*. Tali soggetti, inoltre, dispongono di una maggiore capacità di resistere o recuperare forze ed energie e di rimettersi 'in moto', in presenza

di sfide notevoli (Snyder & Lopez, 2007) e si mostrano più capaci di preoccuparsi del loro futuro in termini di prospettiva temporale e preparazione preventiva alle possibili avversità in cui si ci può imbattere nell'ambito lavorativo, a differenza di coloro che sono caratterizzati da minori livelli di adattabilità. Tali risultati risultano nel complesso in linea con la letteratura di riferimento a riguardo.

In merito al secondo obiettivo di ricerca, è emerso che elevati livelli di *Adaptability* predicono maggiori livelli di soddisfazione della qualità della vita sperimentati, confermando la relativa ipotesi di ricerca, infatti i soggetti caratterizzati da alta *Adaptability* sperimentano un'elevata percezione di soddisfazione relativa alla propria vita e al benessere personale, alla cui definizione concorrono aspetti diversi ed eterogenei relativi alla propria esistenza, rispetto ai soggetti caratterizzati da bassi livelli di adattabilità. Queste evidenze attese si rivelano in sintonia con studi scientifici precedenti.

In termini di implicazioni future per la pratica, i risultati emersi da questo lavoro di tesi, nel complesso, risultano confermare i dati presenti in letteratura circa la rilevanza del costrutto di *Adaptability* nel processo decisionale degli adolescenti, prossimi a compiere le prime scelte rilevanti in termini di costruzione del personale percorso scolastico-professionale, ma anche nell'ambito di vita quotidiana che pone l'individuo davanti a sfide e situazioni problematiche ricorrenti da gestire e affrontare al meglio delle proprie possibilità, così da favorire un proficuo andamento evolutivo del soggetto in continua definizione e formazione. Risulta, quindi, determinante lavorare sull'*Adaptability* nei contesti educativo-formativi e di orientamento, essendo una risorsa altamente vantaggiosa, a sostegno della popolazione giovanile, ma anche di altri target d'età, aventi esigenze e bisogni diversi da soddisfare, con focus particolare a coloro che si configurano per minori livelli di *Adaptability*. Promuovere interventi finalizzati all'aumento dei livelli di tale dimensione a favore di soggetti aventi bassa adattabilità si traduce nel sostenere questi nel cruciale processo di identificazione e presa di coscienza dei propri punti di forza e risorse, così da poterli utilizzare nell'affrontare le sfide quotidiane.

Tale consapevolezza dei propri strumenti adat-

tivi ha come effetto quello di favorire la tendenza alla resilienza e di incrementare la soddisfazione riguardo la propria qualità della vita. Ciò è giustificato anche dall'evidenza per cui alti livelli di adattabilità favoriscono un migliore sviluppo professionale, dal momento in cui incidono sul processo di ricerca del lavoro in termini di adozione di strategie più vantaggiose per sé, ma anche sulla capacità di rimettersi in moto per cercare un nuovo impiego e di individuare con più probabilità un'occupazione di qualità e consona alle proprie caratteristiche (Koen, Klehe & Van Vianen, 2013). In altre parole, l'*Adaptability* favorisce un approccio propositivo al mercato del lavoro, che si rivela uno strumento prezioso nella società odierna. In aggiunta, un incremento dei livelli di tale dimensione promuoverebbe, di riflesso, risorse preziose soprattutto nella realtà economico-sociale attuale, caratterizzata da crisi e perdita progressiva di certezze e punti-cardine solidi; si fa riferimento a speranza, ottimismo, resilienza e prospettiva temporale. In tal senso è auspicabile una sensibilizzazione nei confronti di tali tematiche da parte di professionisti e operatori di vari ambiti di relazioni d'aiuto in un'ottica preventiva, ovvero si deve lavorare con utenti in tenera età, in qualità di destinatari diretti di interventi precoci, così da innescare in loro un processo di crescita improntato all'adattabilità e alle dimensioni ad essa collegate.

Per quanto concerne i limiti della presente ricerca, in primis si può evidenziare il numero ridotto di soggetti che compongono il gruppo sperimentale, in quanto data la presenza di tante variabili dipendenti, oggetto di indagine, sarebbe stato più opportuno ai fini dello studio poter contare su un gruppo di soggetti più cospicuo. L'esiguità dei partecipanti alla ricerca, inoltre, determina un altro problema, legato alla non rappresentatività rispetto all'intera popolazione di studenti di terza e quarta classe di scuola superiore in quanto sono stati coinvolti nel presente lavoro sperimentale solo adolescenti provenienti dalla regione del Veneto e frequentanti Istituti professionali delle città di Padova e provincia. Non risulta, quindi, possibile generalizzare i dati ad una popolazione più ampia di soggetti, risiedenti in altre regioni di Italia e frequentanti altre tipologie di scuole superiori.

Un ulteriore limite è legato al fatto che i dati quantitativi sono stati raccolti con strumenti di autovalutazione su scala Likert a più punti; potrebbe essere utile fare riferimento anche ad altre fonti (dati di osservazione diretta, eterovalutazioni, ecc).

Sempre tra i limiti emersi si può citare la disparità di genere, anche se non eccessiva, tra maschi e femmine, a favore di quest'ultime, infatti dei 171 soggetti 111 sono esponenti di sesso femminile, contro i 60 maschi; si pensa che tale dato si possa ascrivere agli indirizzi di studio degli Istituti professionali considerati per lo più a prevalenza femminile.

Un ultimo limite dello studio è rappresentato dal fatto che solo un sottogruppo di soggetti ha preso parte a entrambi gli incontri previsti per la realizzazione di tale ricerca, mentre un parte, benché ristretta ($n = 17$), non è stata presente al secondo di questi, causa assenze negli orari di lezioni destinati alla realizzazione delle ricerca nelle classi, quindi non ha potuto partecipare a tale sessione di somministrazione.

Ciò non ha reso possibile l'analisi dei dati relativi a tutti i soggetti del gruppo di partenza.

Bibliografia

- Ferrari, L., Nota, L. & Soresi, S. (2010). Time perspective and indecision in young and older adolescents. *British Journal of Guidance & Counseling*, 38 (1), 61-82.
- Hirschi, A. (2009). Career adaptability development in adolescence: Multiple predictors and effect on sense of power and life satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 145-155.
- Koen, J., Klehe, U. C., & Van Vianen, A. E. (2013). Employability among the long-term unemployed: A futile quest or worth the effort? *Journal of Vocational Behavior*, 82(1), 37-48.
- Maggiore, C., Johnston, C. S., Krings, F., Massoudi, K., & Rossier, J. (2013). The role of career adaptability and work conditions on general and professional wellbeing. *Journal of Vocational Behavior*, 83(3), 437-449.
- McArdle, S., Waters, L., Briscole, J.P. e Hall, D.T. (2007). Employability during unemployment: Adaptability, career identity and human and social capital. *Journal of Vocational Behavior*, 71, 247-264.
- Nota, L., Ginevra, M. C., Santilli, S. & Soresi, S. (2012). Contemporary career construction: The role of career adaptability. In M. Coetzee (Ed.), *Perspectives on psycho-social career meta capacities: Dynamics of contemporary career development*. New York: Springer.
- Savickas, M. L. (2009). *Career counseling over time: Psychotherapy training video* [DVD]. Washington, DC: American Psychological Association. Available from <http://www.apa.org/pubs/videos>.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., Schulz, R. & Zdzienicka, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 29, No. 3.
- Schwartz, S. H. (2005b). Robustness and fruitfulness of a theory of universals in individual human values. In A. Tamayo & J. B. Porto (Eds.), *idem* pp. 56-95.
- Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S. & Harris, M. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 519-542.
- Snyder, C. J. & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. London: Sage.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is Hope. In C.R. Snyder (Eds.), *Handbook of Hope Theory, Measures and Applications* (pp.3-21). San Diego: Academic Press.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (4), 570-585.
- Soresi, S., Nota, L. & Ferrari, L. (2012). Career Adaptabilities Scale-Italian Form: Psychometric properties and relationships to breadth of interests, quality of life, and perceived barriers. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 705-711.
- Sweeney, K., Carroll, P. J. & Sheppard, J. A. (2006). Is optimist always best? Future outlooks and preparedness. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 302-306.
- Thompson, J. (2005). Proactive personality and job performance: A social capital perspective. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1011-1017.
- Wilkins, K. G., Santilli, S., Ferrari, L., Nota, L., Tracey, T. G. C. & Soresi, S. (2014). The relationship among positive emotional dispositions, career adaptability, and satisfaction in Italian high school students. *Journal of Vocational Behavior* 85, 329-338.



Comunicato stampa

PIN Puglia

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

“PIN Puglia: un’opportunità per gli psicologi legata alla reale Innovazione. Casi pratici e proposte operative” è il titolo del convegno svoltosi questa mattina a Bari presso l’Hotel Excelsior, organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Puglia.

Anche gli psicologi possono accedere ai finanziamenti contenuti nel bando PIN proposto dalla Regione Puglia per sostenere le idee imprenditoriali giovanili. Durante la giornata è stato presentato il bando: procedure per l’accesso e per la partecipazione. L’ammontare complessivo dei finanziamenti è 10milioni di euro: 8milioni per l’erogazione di contributi a fondo perduto per il finanziamento di progetti; 2milioni per servizi di accompagnamento ai progetti e rafforzamento delle competenze dei giovani partecipanti all’iniziativa.

Dei 10milioni di euro a disposizione, al momento, sono stati utilizzati solo il 30%. Serve informare i giovani che esiste questa possibilità, serve indirizzarli, dare consigli e stimolare idee per pensare al proprio futuro. Con queste finalità è stato organizzato il convegno odierno.

Il convegno dedicato al PIN è solo una delle diverse iniziative che l’Ordine pugliese degli Psicologi dedica allo sviluppo della professione e alla diffusione di un’idea imprenditoriale ed innovativa. Tra le iniziative più importanti vi è lo sportello di consulenza sui bandi regionali, nazionali ed europei, operativo da quattro mesi presso la sede dell’Ordine di Fratelli Sorrentino, a Bari. Solo nel primo mese di attività sono stati oltre 100



gli psicologi che si sono rivolti allo sportello. E il trend è proseguito con gli stessi numeri nei mesi successivi. Tra i progetti presentati alla Regione, attraverso la consulenza dello sportello dell’Ordine, 3 sono risultati assegnatari del finanziamento del bando PIN e 16 sono al vaglio della Commissione Regionale che si occupa della valutazione delle proposte.

“Gli psicologi sono invitati a guardare al futuro con spirito innovativo e creativo, a cercare opportunità per praticare la propria attività in ambiti nuovi, anche utilizzando le nuove tecnologie” afferma Antonio Di Gioia Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. Un convegno nel quale i relatori non erano psicologi ma informatici ed economisti.

Il convegno odierno e le differenti azioni promosse dall’Ordine in questo ambito ha suscitato l’interesse della Regione Puglia che ha fatto sapere di aver apprezzato i contenuti dell’incontro, incoraggiandolo a proseguire su questa linea perché un Ordine Professionale deve essere la sede nella quale si costruisce il futuro dei propri iscritti.

A proposito di futuro, a chiusura del convegno 130 giovani psicologi, neo iscritti all’Ordine pugliese, hanno partecipato alla consueta cerimonia di giuramento.



Comunicato stampa

La Psicologia dell'Emergenza: esperienza e modelli di intervento

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Si è svolto nella giornata di ieri, mercoledì 15 febbraio, presso l'Hotel Villa Romanazzi Carducci a Bari, il convegno "La Psicologia dell'Emergenza: esperienza e modelli di intervento", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia con la preziosa collaborazione delle Associazioni intervenute durante i tragici avvenimenti dello scorso 12 luglio.

Nell'occasione, il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia, ha consegnato un attestato di encomio per l'altruismo, la solidarietà e lo straordinario impegno professionale a tutti gli psicologi che hanno contribuito nelle diverse fasi di psicologia dell'emergenza, sia durante la tragedia ferroviaria dello scorso 12 luglio in Puglia, sia durante le operazioni di soccorso a seguito del terremoto in Centro Italia.

Non è la prima volta che in Puglia viene attivato nell'immediatezza dell'evento traumatico, ma anche nelle fasi successive all'emergenza, un piano di intervento che coinvolge Protezione Civile, Ordine degli Psicologi e Associazioni di psicologia dell'emergenza. Tra i precedenti si ricorda l'incidente all'ATR 72 in viaggio verso Djerba nel 2006, il naufragio della Norman Atlantic nel 2014, la strage a seguito dell'esplosione dell'azienda Bruscella nel 2015.

"Gli psicologi pugliesi - afferma il Presidente dell'Ordine Antonio Di Gioia - hanno dimostrato ancora una volta di essere disponibili ad intervenire in situazioni critiche confermando professionalità, senso di responsabilità, spirito di solidarietà al servizio dell'intera comunità. Questo evento vuole essere anche un modo per ringraziare l'intera rete istituzionale e professionale che ha messo in campo alte competenze per attivare operazioni di sostegno sociale nell'emergenza e nelle fasi successive. Vogliamo attivare un percorso continuo, di collaborazione tra le varie parti chiamate ad intervenire per la gestione dell'emergenza. Vogliamo ricordare l'importanza della formazione perché non ci si improvvisa psicologi dell'emergenza".

"Sottoscrivo l'importanza della formazione. Non ci si improvvisa, l'intervento deve essere strutturato", ha detto Pino Romano, Presidente della Commissione Regionale Sanitaria che poi si è soffermato sull'importanza del sostegno psicologico non solo per le persone coinvolte in una tragedia ma anche per i loro soccorritori: "Oggi ci sono traumi anche per i soccorritori che non si perdonano il fatto di non essere riusciti a salvare un bimbo. Qui la devastazione diventa sociale".

Un argomento ripreso anche da Fabio Sbatella, Responsabile Unità di ricerca di Psicologia dell'emergenza Università Cattolica di Milano. "Immergersi nelle emozioni che caratterizzano le situazioni di emergenza significa vivere a stretto contatto con le sofferenze e, inevitabilmente, venirne coinvolti. Tutti gli operatori del soccorso devono dedicare tempi ed energie alla rielaborazione delle esperienze e all'integrazione di certi eventi nella propria vita personale e professionale".

Parole confermate dall'esperienza in prima linea. Come accennato dal Presidente Di Gioia, gli psicologi pugliesi hanno offerto il proprio supporto nelle zone colpite dagli eventi sismici del centro Italia. Ad Amatrice ha operato la dott.sa Giada Maslovic che ha raccontato il proprio vissuto. "A volte basta un evento traumatico a cambiare tutto l'insieme. Penso al primo incontro che ho fatto ad Amatrice dove c'erano 20 mamme tra le quali c'erano 7 lutti importanti. Penso a quei bambini che chiedevano 'la mia focaccia' ma quella focaccia non c'è più perché il fornaio non c'è più, non c'è più la strada del centro. Un singolo evento

come vedete può stravolgere le stelle, intese come i nostri punti fissi. Ogni trauma ha una sua tempistica. Possono essere 27 giorni, 27 mesi, 27 anni. Il primo feedback che abbiamo dalla popolazione dopo i primi interventi è 'Ho dormito'. Vi parlo del terremoto perché addosso sento ancora il fango di quelle zone. Gli eventi traumatici lasciano una memoria percettiva incredibile”.

Michele Cusano, responsabile del Servizio di Assistenza Psicologica dell'ASL Foggia ha sottolineato come negli ultimi anni la psicologia abbia assunto un ruolo importante nella gestione delle emergenze. Ne fa parte a pieno titolo. “Si è compreso - ha detto Cusano - che dopo aver assicurato i bisogni primari di un tetto, del caldo, del cibo, ci si deve occupare dei problemi interiori delle persone turbate da eventi traumatici. Si tratta di persone che vanno aiutate nella ricostruzione della propria identità, a ritrovare il proprio significato nel mondo, le proprie relazioni con gli altri”.

Le operazioni di soccorso, nella tragedia del 12 luglio scorso in Puglia, come altrove, sono il risultato del coordinamento di più forze, discipline e competenze. Psicologi, medici, protezione civile, croce rossa italiana. Nel corso del convegno è intervenuta Lucia Di Lauro, dirigente del servizio della Protezione Civile Regione Puglia che, in riferimento all'incidente ferroviario dell'estate scorsa, ha detto che “operare in quella situazione di emergenza non è stato semplice. Per i quattro giorni successivi alla tragedia ferroviaria anche io ho pianto. Questa è la reazione di chi vive o opera in queste situazioni. L'intervento degli psicologi è importante perché potete dare un senso alla reazione. La Protezione Civile sarà sempre al fianco degli psicologi. Continueremo nelle direttive del dipartimento nazionale a costituire un piano di emergenza”.

L'ingegner Gennaro Trentadue, della direzione regionale Vigili del Fuoco Puglia, ha riportato la memoria dei presenti più indietro nel tempo. Al

25 febbraio 2008, quando furono scoperti i corpi di Ciccio e Tore Pappalardi a Gravina in Puglia. “Voglio Ricordare l'intervento di Ciccio e Tore - ha detto Trentadue - come uno degli interventi più tragici per i vigili del fuoco degli ultimi anni. Chi recuperò quei due piccoli corpi immaginò subito tutto quello che era accaduto, vedendo i segni sui muri dei due fratellini che cercarono per giorni di salvarsi. Lì fu forte l'esigenza di un supporto per chi intervenne. La funzione di supporto psicologico per noi vigili negli anni è sempre più forte. In genere si tende ad aiutare i parenti delle vittime ma io voglio dirvi oggi quanto sia importante per noi che voi vi formiate anche per supportare psicologicamente i soccorritori. È un tema che ha bisogno di essere approfondito”.



A testimoniare il supporto della Croce Rossa Italiana è intervenuto Alessandro Giurgola che ha affermato che “la psicologia in Croce Rossa ha due versanti, uno interno ed uno esterno. Opera sia nelle dinamiche che si muovono nella nostra struttura sia durante gli interventi. È un aspetto molto importante”.

Nel corso del convegno sono stati illustrati i protocolli di intervento, i contributi, le strategie di gestione nell'ambito della psicologia dell'emergenza, sia durante le fasi critiche sia nel post emergenza, sottolineando l'importanza della formazione e la dimensione multidisciplinare dei professionisti che operano in questi ambiti.



Comunicato stampa

Maltrattamenti e abuso: l'ascolto del minore e il trattamento dell'offender

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

“Maltrattamenti e abuso: l'ascolto del minore e il trattamento dell'offender” il titolo del convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Puglia e svoltosi a Foggia giovedì 26 gennaio presso l'Hotel Cicolella. Un tema delicato, di forte attualità, che deve essere oggetto di attenzioni multidisciplinari per tutelare nel migliore dei modi la persona maltrattata e per avviare percorsi di recupero dei maltrattanti. L'evento è stato dedicato ad Emma Francavilla, giovane psicologa foggiana, consigliere e tesoriere dell'Ordine degli Psicologi della Puglia scomparsa un anno fa.

“Sono particolarmente commosso - ha detto il Presidente degli Psicologi pugliesi Antonio Di Gioia - perché in questo anno la sua assenza si è sentita parecchio, si sente la sua assenza in questa sala. Mi sono mancati i suoi consigli, le discussioni, la sua passione

in questo lavoro”.

Tra i relatori non solo psicologi ma anche avvocati e rappresentanti della Magistratura e dell'Università, tutte le diverse professionalità coinvolte nella gestione dei casi di maltrattamento. “Un convegno che sancisce l'importanza della presenza dello psicologo nel contesto giudiziario”, ha detto il Presidente del Consiglio Nazionale degli Psicologi Fulvio Giardina. “Vedere che avvocatura e psicologia cercano un dialogo è fondamentale - ha affermato Giardina - perché nei percorsi giudiziari è fondamentale offrire una stabilità emotiva alle vittime. La collaborazione tra diverse discipline è fondamentale, ricordando che lo psicologo ha un valore aggiunto dovuto ad una specifica nella capacità di ascoltare il minore”.

“Per noi - ha dichiarato Laura Simeone, Sostituto Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Foggia - è fondamentale il ruolo dello psicologo, unico soggetto che mette in relazione il mondo del diritto dei maggiorenni con quello di un contesto familiare nel quale c'è un bambino che ha vissuto un dramma. Gli unici che ci aiutano sia perché lo prevede la legge sia perché hanno gli strumenti scientifici adatti per assisterci nel nostro lavoro. Lo psicologo è determinante. Se mi arriva una denuncia per violenza sessuale su minore, io ho un problema sulla tempistica di ascolto del minore. Per me è fondamentale confrontarmi con lo psicologo su quali soluzioni adottare. È un ruolo determinante quindi anche prima delle fasi prettamente giudiziarie, è un supporto che opera anche nella fase precedente”.

Sul ruolo degli psicologi nei processi si è espressa anche la Garante Regionale dei Diritti del Minore Rosy Paparella. “I primi contatti con

un bambino violato - ha detto Paparella - spesso sono con un insegnante, un avvocato, un magistrato, figure che attraverso la collaborazione con gli psicologi possono acquisire gli elementi minimi per mettere in pratica un ascolto attivo ed empatico, per costruire una relazione di fiducia con un bambino che proprio nella fiducia è stato ferito". La collaborazione tra i professionisti quindi deve essere non solo di affiancamento ma anche di trasmissione e di condivisione dei saperi minimi, necessari per poter agire con la massima cautela nei confronti di soggetti particolarmente delicati. "Bisogna fare rete tra le professioni perché stiamo toccando con mano la vita di persone, stiamo decidendo di quello che potrebbe essere il loro domani", ha detto l'avvocato Katia Di Cagno, coordinatrice commissione minori ordine avvocati di Bari. "Vi assicuro che durante il mio servizio in qualità di giudice ho potuto apprezzare quanto sia importante avere il supporto di tutti prima di poter assolvere alla propria funzione giudicante", ha aggiunto Adelaide Minenna, Giudice Onorario Tribunale dei Minori di Bari.

I maltrattamenti di cui sono vittime i minori sono di due tipi: violenza e trascuratezza sia fisica sia emotiva; violenza assistita. La violenza fisica è più facile da intercettare per gli adulti. I danni di una violenza emotiva o psicologica,

restando nell'ombra, sono più difficili da individuare e possono arrecare maggiori danni. "Un bambino - ha ricordato Paparella - impara ad avere timore di parlare e finisce per esprimere il disagio con forme di irrequietezza o difficoltà relazionali. Le violazioni della vita personale sono quelle che meritano tutta la nostra attenzione", ha concluso la Garante.



Tra gli interventi quello della dott.ssa Loredana Mastrorilli, psicologa e psicoterapeuta, CTU del Tribunale di Taranto, che ha messo in evidenza come "spesso la teoria è importante ma di fronte all'esperienza dolorosa fatta da un bambino, non si può usare solo ed esclusivamente un metodo scientifico. Non avrebbe successo. Senza rapporto empatico con il dolore provato dalla vittima in quel momento, non c'è possibilità di ottenere risultato e appor-tarle beneficio".

Il Presidente dell'Ordine Pugliese ha focalizzato l'at-

tenzione dal punto di vista dell'offender, ricordando che "l'Italia è una delle nazioni che sta adottando programmi di riabilitazione dei maltrattanti i quali vanno valutati caso per caso perché non esiste un profilo unico di chi procura violenza. Ci sono delle specificità - ha detto Di Gioia - che portano a individuare percorsi di riabilitazione individualizzati".

"Il nostro obiettivo - ha detto Antonietta Curci, coordinatrice Master di II livello di Psicologia Giuridica presso l'Università degli Studi Aldo Moro di Bari - è salvaguardare il benessere psicofisico di quanti sono interessati dal caso giudiziario specifico. La grande difficoltà che dobbiamo affrontare è quella di non far esasperare situazioni già al limite, tenendo conto di tutte le variabili che potrebbero toccare anche chi opera nel caso e non solo i protagonisti".



Comunicato stampa

Prostituzione Minorile

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

“E’ sconcertante sapere cosa accade nelle nostre città” è il commento del Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia dopo aver preso visione del servizio de Le Iene che ha portato alla luce un giro di prostituzione minorile alla periferia di Bari.

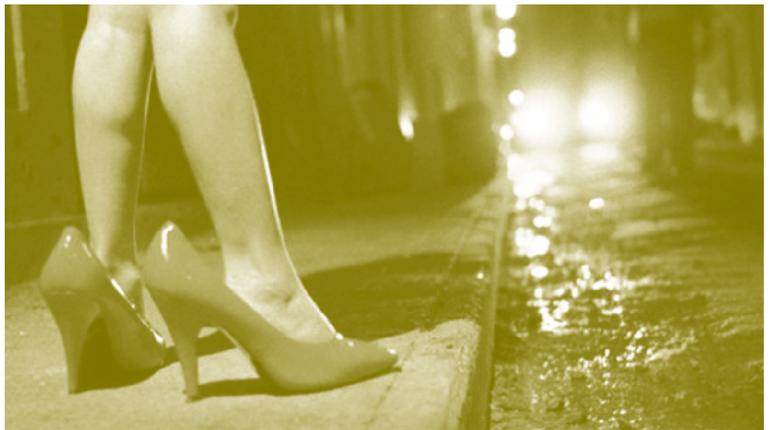
“Una realtà difficile da accettare, che fa male come cittadini e ancora di più come professionisti, come psicologi, perché sappiamo quale può essere il danno che un minore può subire con queste esperienze, un danno che senza un percorso adeguato non sarà mai rimarginato”.

Dopo aver raccolto le testimonianze dei bambini che sul ciglio della strada, nei pressi dello stadio San Nicola, vendono le proprie prestazioni sessuali, Le Iene hanno esposto denuncia ai servizi sociali. Sono intervenute le forze dell’ordine. I minori sono stati affidati ad una comunità protetta.

“Quei bambini senza infanzia - dice Di Gioia - saranno adulti senza pace se non si interviene con adeguati percorsi psicologici di recupero. Questa triste pagina di cronaca della nostra regione ci pone di fronte ad un dramma che matura nella povertà, nel disagio sociale, ma anche nell’incapacità delle istituzioni di intervenire e di prevenire. Una prevenzione che può essere efficace integran-

do i servizi sociali dei comuni e delle circoscrizioni con un team di psicologi, capaci di cogliere i segni e i segnali di un malessere”.

Ci ha provato il giornalista de Le Iene a far passare qualche messaggio ai minori che ha accolto in auto, facendosi confessare cosa facessero. “Devi pensare che questa cosa ti segna, ti rovina. Ti rimane in testa questa cosa qua. Tu adesso pensi che no, ma poi ti assicuro che non ti fa bene. [...] E le emozioni sono emozioni. Tu te lo ricorderai tutti i giorni che fai sesso. [...] Non pensi ma da qualche parte, nel tuo cervello, rimane e di sicuro



non ti fa bene”.

Il giornalista ha colto il vero rischio di questi bambini: quello di non avere più alcuna possibilità di una vita normale. “Si deve intervenire per rimarginare il danno psicologico che hanno subito questi bambini vittime di abuso. Si interviene per curare. Ma fondamentale - aggiunge Di Gioia - è intervenire per prevenire. Insieme, con i servizi sociali, con le forze dell’ordine, con le istituzioni, si deve essere in grado di conoscere cosa accade nelle nostre città”.

**Titolo: Terapia cognitivo -
comportamentale
del trauma
interpersonale
infantile**

**Autore: M. G. Foschino Barbaro
F. Mancini**

**Editore: Franco Angeli
Collana Psicologia**

Anno: 2017

Per lungo tempo il trauma infantile è stato collegato principalmente ad esperienze conclamate come l'abuso sessuale e/o la violenza fisica; questo volume pone, invece, specifica attenzione ai significati implicati nel trauma interpersonale ed alla cura del complesso quadro clinico, che ne deriva (Goffredo e Foschino Barbaro).

Per descrivere le reazioni a situazioni di violenza, trascuratezza o abuso, spesso ripetute e protratte nel tempo, sono state proposte diverse revisioni del costruito nosografico di PTSD, che tenessero conto delle variabili evolutive e della natura pervasiva dei disturbi legati al trauma nella prima infanzia; infatti, nella revisione dei criteri del cPTSD, proposta da Van der Kolk (2005), sono inclusi la disregolazione, le attribuzioni e le aspettative negative accompagnate da problematiche nel funzionamento globale, familiare, sociale e scolastico (Liotti e Farina, 2011).

Questo volume raccoglie, dunque, i contributi di psicoterapeuti cognitivo-comportamentali, impegnati nella cura del trauma infantile, con l'intento di sistematizzare la fenomenologia, la diagnosi e il trattamento del trauma interpersonale, facendo luce sugli aspetti relazionali connessi al trauma, fino a oggi non sempre adeguatamente approfonditi.

Il trauma psicologico complesso, subito in età infantile, infatti, determina un'alterazione della qualità del legame d'attaccamento; diversi studi hanno mostrato la natura velatamente traumatica di ambienti evolutivi caratterizzati da conflittualità, imprevedibilità, trascuratezza e ritiro, in cui un genitore sembra abdicare al proprio ruolo di caregiver (Lyons-Ruth, 2012). Il comportamento genitoriale, sia esso minaccioso, imprevedibile o ritirato, veicola al bambino la sensazione del rischio implicito legato alla sua richiesta di rassicurazione, e crea un "sistema di caregiving disorganizzato". Questo testo riassume in modo chiaro e completo lo sviluppo

traumatico secondo le prospettive dell'attaccamento, e la stessa disorganizzazione dell'attaccamento è descritta in modo esaustivo e comprende le ipotesi teoriche fino alla presentazione dei sistemi di valutazione in uso (Coppola, Costantini e Cassibba).

Il testo offre, altresì, una definizione operativa delle esperienze potenzialmente traumatiche di tipo interpersonale, cioè "azioni volontarie e involontarie agite all'interno di una relazione dalla quale non ci si può sottrarre", utili al clinico per una diagnosi completa ed efficace (Latrofa e Lippolis); nella classificazione si va dalla violenza intrafamiliare fino al più recente cyber bullismo (violenza interpersonale in ambito comunitario) (Castoro e Foschino Barbaro). Inoltre, sviluppa una dettagliata disamina della fenomenologia, dei correlati neurobiologici (Basile), della nosografia del trauma interpersonale (Vitale e Foschino Barbaro). Ed ancora, di grande utilità clinica, risulta la dettagliata descrizione dell'intero percorso diagnostico (Pellegrini e Lamuraglia), dalla strutturazione della relazione terapeutica alla restituzione della diagnosi alla famiglia, e l'accurata presentazione degli strumenti di indagine, atti ad individuare le correlazioni esistenti tra il comportamento del bambino (sintomi attuali) e il contesto ambientale.

La letteratura disponibile sul tema del trauma infantile testimonia il proliferare di metodologie e protocolli di intervento di differenti orientamenti per il trattamento della sintomatologia traumatica; spesso, per soddisfare le esigenze specifiche del singolo bambino e tener conto della fase di sviluppo, le tecniche sono combinate tra loro in un approccio terapeutico multimodale. Nel testo vengono ripresi i molteplici modelli di trattamento utilizzati con i bambini e gli adolescenti traumatizzati; i protocolli di terapia cognitivo-comportamentale sono rigorosamente descritti accanto alle linee guida internazionali e ai risultati di efficacia ove presenti, così che il clinico sia guidato nella scelta dei trattamenti più sicuri, efficaci ed empiricamente supportati (Goffredo, Simeone e Foschino Barbaro).

Le situazioni di maltrattamento infantile necessitano di un intervento precoce sul bambino e un contemporaneo coinvolgimento dei genitori. Nel trauma interpersonale, la sfida che è necessario affrontare, in una prospettiva ecologica, è quella di coniugare interventi di tutela dell'infanzia e programmi di sostegno alla genitorialità vulnerabile.

Nel testo sono, pertanto, presentati i programmi di intervento sulla genitorialità (Goffredo e Foschino Barbaro) con diverse metodologie, inseriti nella cornice di significato della teoria dell'attaccamento ed, infine, un ultimo capitolo è dedicato ai percorsi di tutela e cura nell'affidamento familiare e nell'adozione (Berlingiero, Gatto e Papagna).



Titolo: Le nuove dipendenze: Riconoscerle, capirle e superarle

Autore: C. Portelli, M. Papantuono

Editore: San Paolo

Anno: 2017

La tecnologia, in modo particolare internet, ha sicuramente agevolato l'uomo in vari ambiti della sua vita: lavorativo, comunicativo, educativo, affettivo... Oggi con un solo click o touch, è possibile comprare l'oggetto dei desideri, prenotare un viaggio esotico, tentare la fortuna, consultare l'enciclopedia digitale, crearsi un lavoro, esibire i talenti, trovare l'amore e 'risolvere' tutti i problemi. Tutto questo può avvenire ovunque, a qualsiasi ora. Basta un Personal Computer, uno Smartphone o un Tablet. Benissimo! Ma cosa succede quando le nostre stesse creature prendono il controllo? Si rischia di finire come nel film futuristico *Io, robot*. La macchina, l'umanoide, prende il controllo sui suoi creatori. Come per tutte le altre *addictions*, anche l'"uso" dell'utile tecnologia sta diventando "abuso" e in molti casi essa diventa "dipendenza". Stanno emergendo patologie come *Internet Addiction Disorder*, *cybersex addiction*, *Information overloading addiction*, *risk addictions*, *on-line gambling*, *cyberchondria*...

Nei quotidiani si sentono storie di cronaca che dimostrano il potere dei mezzi tecnologici rendendo schiavo l'uomo. Oggi non si esiste se non si è sul *web*! La realtà virtuale schiaccia quella reale! Si di-

pende dai *likes*, dai *friends*, dai *followers*, dagli *you win* per sentirsi arrivati, in forma, campioni...

Per tutto c'è un'app che facilita l'accesso al fantastico mondo del web. Non si può sopravvivere senza i motori di ricerca, sono diventate protesi delle menti. Tutto ciò rende impazienti, esibizionisti, alienati, sconsolati e soprattutto molto ossessivi.

Gli autori Claudette Portelli e Matteo Papantuono esperti di dipendenze, illustrano le varie facce delle nuove dipendenze per farle conoscere e farle capire, inoltre spiegano come riuscire a 'riprendere il controllo' in tempi brevi. In queste pagine, il lettore sarà accompagnato in un viaggio alla scoperta del mondo virtuale, così affascinante ma anche pieno di insidie.



Notizie dalla Segreteria

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 - **e-mail:** presidenza@psicologipuglia.it

Pec: segreteria.psicologipuglia@psypec.it

Sito: <http://www.psicologipuglia.it> - **skype:** [ordinepsicologiregionepuglia](https://www.skype.com/join/ordinepsicologiregionepuglia)

N° totale degli iscritti alla sez. A al 27/04/2017: 4990

N° totale degli iscritti alla sez. B al 27/04/2017: 13

N° totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica: 2182

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 17:00 - 18:00

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.

E' possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3407771793.

Consulenza legale

Avv. Francesco Mascoli

E' 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 il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 18.30.

Indirizzo di posta dedicato: sportello@psicologipuglia.it.

E' possibile fissare un appuntamento nei giorni indicati per informazioni su bandi di finanziamento comunitari, nazionali e regionali e per ricevere assistenza nella presentazione della propria idea progettuale.

I Consulenti ricevono gli iscritti presso la sede dell'Ordine in Bari alla via F.lli Sorrentino n° 6.

SERVIZIO DI CONSULENZA VIA SKYPE!

L'Ordine mette a disposizione il nuovo servizio di consulenza a distanza! Per fissare l'appuntamento via Skype è necessario inviare normale richiesta (via mail o telefono) presso la Segreteria dell'Ordine, specificando che si intende utilizzare la Consulenza via Skype ed inviando il nome dell'account Skype che si utilizzerà per il colloquio.

In risposta verrà fissato l'appuntamento e contestualmente verranno inviati i riferimenti dell'account del Consulente col quale mettervi in contatto il giorno dell'incontro.

E' consigliabile una connessione stabile per garantire un buon funzionamento del servizio.

In caso di malfunzionamenti tecnici dovuti all'iscritto, il colloquio proseguirà per via telefonica.

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

E' 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
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 Caprioli - dott. Antonio Calamo-Specchia - dott.ssa Paola Annese - dott. Massimo Frateschi

Stampa: **Tipografia SUMA**
Sammichele di Bari (Ba) - tel. 0808917238
www.tipografiasuma.it

Copertina:
disegno di un alunno di scuola primaria,
classe 5A, "Scuola Pascoli - Parchitello"
Noicattaro (Ba)



Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia